

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES  
DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA FINANCIERA Y CONTABILIDAD II



**TESIS DOCTORAL**

**La gestión económico-financiera bajo los modelos de colaboración público  
privada.  
El caso de los hospitales de la Comunidad de Madrid**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADA POR**

**Francisco R. Álvarez Rodríguez**

**Directoras**

**Clara Isabel Muñoz Colomina  
María Campos Fernández**

**Madrid, 2014**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES**

**DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA FINANCIERA Y CONTABILIDAD II**



**TESIS DOCTORAL**

La gestión económico – financiera bajo los  
modelos de Colaboración Público Privada. El caso  
de los hospitales de la Comunidad de Madrid

**DIRECTORAS**

**Doctora Dña. Clara Isabel Muñoz Colomina**

**Doctora Dña. María Campos Fernández**

**DOCTORANDO**

**Francisco R. Álvarez Rodríguez**

**Madrid, Febrero 2014**



## Índice de contenidos

<b>1</b>	<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>RESUMEN</b> .....	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>PARTE I. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>18</b>
4.1	OBJETIVO. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN. ....	18
4.2	MARCO TEÓRICO. ....	21
4.2.1	<i>Gasto y Financiación del Sector sanitario</i> .....	22
4.2.2	<i>La financiación del sector sanitario en Reino Unido, Canadá, España</i> .....	26
4.2.2.1	La financiación sanitaria en el Reino Unido.....	26
4.2.2.2	La financiación sanitaria en Canadá.....	35
4.2.2.3	La financiación sanitaria en España. ....	40
4.2.3	<i>La financiación según los modelos de gestión hospitalarios</i> .....	53
4.2.4	<i>Fuentes de financiación y fórmulas de participación directa en el coste por parte de los usuarios</i> .....	64
4.2.5	<i>Colaboración pública-privada. PPP/PFI</i> .....	72
4.2.6	<i>Revisión de la literatura económica especializada sobre puesta en marcha de los modelos PFI / PPP</i> .....	78
<b>5</b>	<b>PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO</b> .....	<b>84</b>
5.1	INTRODUCCIÓN.....	84
5.2	MÉTODO DE ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA GLOBAL EN LOS HOSPITALES OBJETO DEL ESTUDIO.....	98
5.2.1	<i>Metodología aplicada</i> .....	100
5.2.2	<i>Selección de la muestra</i> .....	101
5.2.3	<i>Selección de indicadores</i> .....	103
5.2.3.1	Indicadores hospitalarios.....	103
5.2.3.2	Indicadores económico-financieros.....	106
5.3	ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS DE LOS HOSPITALES OBJETO DEL ESTUDIO.....	109
5.3.1	<i>Análisis de datos y resultados de los Indicadores hospitalarios</i> .....	111
5.3.2	<i>Análisis de datos y resultados de los indicadores económico – financieros</i> .....	128
5.3.3	<i>Análisis de desviaciones respecto a la media por grupos de hospitales</i> .....	163
5.3.4	<i>Análisis de correlación de las variables más significativas</i> .....	178
<b>6</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>180</b>
<b>7</b>	<b>EXTENSIVE ENGLISH ABSTRACT</b> .....	<b>187</b>
7.1	AIM OF THE THESIS .....	187
7.2	RESEARCH QUESTION.....	187
7.3	OVERALL THEORETICAL FRAMEWORK .....	189
7.4	THEORETICAL FRAMEWORK MODEL CPP .....	192
7.5	EMPIRICAL STUDY .....	192
7.6	CONCLUSIONS.....	197
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>200</b>
<b>9</b>	<b>NOTAS</b> .....	<b>208</b>
<b>10</b>	<b>ANEXOS</b> .....	<b>214</b>

- 10.1 ANEXO 1: RESUMEN DATOS ECONÓMICOS HOSPITALES
- 10.2 ANEXO 2: PESOS Y COSTES DE LOS GRD – SNS AÑO 2010
- 10.3 ANEXO 3: NORMA MINISTERIO APV27.0 DATOS 2010
- 10.4 ANEXO 4: CARTA DEL CONSEJERO DE SANIDAD

## **Índice de tablas**

Tabla 1: Efectos de la crisis en el S.N.S.....	16
Tabla 2: Categorías de sectores público y privado en el Sistema de Sanidad de Canadá .....	38
Tabla 3 Variables utilizadas para el cálculo capitativo .....	55
Tabla 4: Condiciones que deben cumplir las variables de cálculo del sistema capitativo .....	56
Tabla 5: Empleo de fórmulas capitativas en el contexto internacional .....	60
Tabla 6: Recomendaciones OMS vs. Políticas Liberales.....	70
Tabla 7: Proyectos financiados bajo modelo de gestión CPP .....	75
Tabla 8: Conclusiones sobre C.P.P .....	81
Tabla 9: Muestra de hospitales para el análisis .....	102
Tabla 10: Indicadores hospitalarios.....	106
Tabla 11: Indicadores económicos financieros .....	108

## **Índice de gráficos**

Gráfico 1: Gasto sanitario como proporción del P.I.B .....	12
Gráfico 2: Evolución gasto sanitario respecto al P.N.B .....	22
Gráfico 3: Evolución P.I.B.....	23
Gráfico 4: Esquema de funcionamiento PFI .....	30
Gráfico 5: Evolución conceptual de los modelos de financiación de los hospitales .....	54
Gráfico 6: Gasto sanitario per cápita (Elab. Propia) .....	64
Gráfico 7: Servicios no sanitarios prestados por hospitales PFI .....	94
Gráfico 8: Estancia Media (Elab. Propia) .....	117
Gráfico 9: Peso Medio (Elab. Propia) .....	118
Gráfico 10: Gastos / usuario asignado (Elab. Propia) .....	121
Gráfico 11: Gastos totales / alta (Elab. Propia).....	124
Gráfico 12: Gastos totales / cama funcionante (Elab. Propia).....	127
Gráfico 13: Existencias / aprovisionamiento / actividad, Coslada y Parla (Elab. Propia) .....	145
Gráfico 14: Existencias / aprovisionamiento / actividad, Arganda, Vallecas y San Sebastián de los Reyes (Elab. Propia).....	146
Gráfico 15: Existencias / aprovisionamiento / actividad, Aranjuez, Fuenlabrada y Alcorcón (Elab. Propia).....	147
Gráfico 16: Aprovisionamiento s/ventas (Elab. Propia) .....	149
Gráfico 17: Gastos de personal / Trabajador (Elab. Propia) .....	152
Gráfico 18: Gastos de personal / Ventas I (Elab. Propia) .....	154

Gráfico 19: Gastos de personal / Ventas II (Elab. Propia) .....	154
Gráfico 20: Variación porcentual de gastos de personal I (Elab. Propia) .....	156
Gráfico 21: Variación porcentual de gastos de personal II (Elab. Propia).....	157
Gráfico 22: Facturación empleado (Elab. Propia).....	158
Gráfico 23: Arrendamientos y cánones (Elab. Propia).....	160
Gráfico 24: Gastos en suministros por m <sup>2</sup> (Elab. Propia) .....	162

### **Índice de cuadros (Elaboración propia)**

Cuadro 1: Estructura hospitalaria .....	112
Cuadro 2: Camas / 1.000 habitantes .....	113
Cuadro 3: Estancia Media y Peso Medio .....	116
Cuadro 4: Gastos totales / Usuario asignado.....	119
Cuadro 5: Variación de gasto / Usuario asignado .....	121
Cuadro 6: Gastos totales / Altas .....	123
Cuadro 7: Altas .....	123
Cuadro 8: Gastos totales / Cama funcionante .....	125
Cuadro 9: Fondo de Maniobra .....	129
Cuadro 10: Fondos propios .....	131
Cuadro 11: Facturación y actividad .....	133
Cuadro 12: Acreedores comerciales.....	135
Cuadro 13: Acreedores sobre pasivo total.....	136
Cuadro 14: Actividad estimada .....	138
Cuadro 15: Aprovisionamiento / Ventas.....	149
Cuadro 16: Gastos de personal / Trabajador .....	151
Cuadro 17: Gastos de personal / Ventas.....	153
Cuadro 18: Variación porcentual de gastos de personal .....	155
Cuadro 19: Facturación / Empleado.....	158
Cuadro 20: Arrendamientos y cánones s/ ventas.....	159
Cuadro 21: Suministros por m <sup>2</sup> .....	161
Cuadro 22: Desviaciones respecto a la media de gastos de personal s/ventas .....	164
Cuadro 23: Desviaciones respecto a la media facturación por empleado .....	165
Cuadro 24: Desviaciones respecto a la media, gastos de personal por trabajador .....	165
Cuadro 25: Desviaciones respecto a la media de aprovisionamientos s/ventas .....	167
Cuadro 26: Desviaciones respecto a la media de suministros /m <sup>2</sup> .....	168
Cuadro 27: Desviaciones respecto a la media de otros gastos de explotación s/ventas .....	170
Cuadro 28: Desviaciones respecto a la media de gastos / cama.....	173
Cuadro 29: Desviaciones respecto a la media de gastos / usuario asignado .....	174
Cuadro 30: Gastos por usuario asignado.....	176

## 1 Abstract

The current research describes the analysis of the forms of Public Private Partnership (PPP) in the health sector and this, in turn, limited to the hospitals of Madrid. Two new models of hospitals management, as the involvement of the concessionaire, PPP (Public- Private Partnership) and PFI (Private -Finance - Initiative) will be analyzed. To facilitate this analysis comparisons will be made with models of hospital management implemented previously.

The objective of this study is to analyse the overall economic efficiency, defined as the ability to achieve adequate profitability and financial structure according to income earned and expenses incurred hospitals that are managed by companies holding concessions and the corresponding Public Administration that oversees their activities.

In our case the analysis will be restricted to the slope of sufficiency and use of economic resources for the management of new models of hospitals managed through Public Private Partnership.

The results of the analysis of the indicators show that the hospitals under the management model PFI / PPP have a physical structure, number of beds, below the average of the National Health System and, in turn, its implementation has led to the reduction of beds in other hospitals in the community. Regarding the Length of Stay, it does not correspond with the average weight of complexity.

With reference to the cost per user, hospitals PFI / PPP have higher costs than the hospitals that we're comparing; as well this trend will be rising. Total cost of hospitals CPP will be continuing being the highest ones.

The ratio of total costs/ bed costs shows, in line with the above ratios, the cost is also higher in the new models.

Referring to financial ratios, considering the working capital, it appears that the financial information is incomplete because in all hospitals, regardless of their

legal form, it is detected that has not been posted and / or budget - scheduled the figure for the billing period, because of this and not having the appropriate heading of clients, working capital turns out negative.

In the study we raised the question: Can be contrast the economic efficiency is raised, and the financial viability of these models, PFI / PPP, compared with existing (traditional budget management, Public Foundations and Public Enterprises) in the Community Madrid?

It can be concluded that hospitals under PFI model have important deficiencies and missing information corresponding to the billing activity that substantially change indicators Working Capital and Assets.

The selected indicators show that these hospitals don't more efficient than the hospitals of comparison.

As in the UK the creation of hospitals under PFI format have been discarded and they are being made to transfer the PPP format albeit under a new name PF2. In the case of Canada we have a similar situation to the UK, but the most used version of PPP has been the result has been similar since the construction cost / funding has been higher than expected and have not been observed reductions in management costs to justify its implementation as noted in the OECD report on the Brampton Civic Hospital.

## 2 Resumen

La tesis se encuadra en el análisis de las formas de Colaboración Público Privada (CPP) dentro del ámbito sanitario y este, a su vez, circunscrito a la Comunidad de Madrid. Dentro de este ámbito económico se van a analizar dos nuevos modelos de gestión de hospitales denominados, según sea la implicación de la empresa concesionaria, PPP (Public-private-partnership) y PFI (Private-Finance-Initiative) y para facilitar este análisis se van a realizar comparaciones con los modelos que gestionan los hospitales implantados con anterioridad.

Se han realizado diferentes estudios relativos a la CPP y a los sistemas de costes hospitalarios, asimismo existen múltiples publicaciones en las que de una manera, más o menos formal, se han intentado explicar las ventajas y los problemas de este sistema de financiación. Pero estos trabajos adolecen de criterios objetivos, han sido realizados por asociaciones profesionales, partidos políticos o empresas que tenían interés de parte en los proyectos.

El objetivo de este estudio es el análisis de la eficiencia económica global, entendiendo como tal la capacidad para lograr una rentabilidad y estructura económica adecuada de acuerdo con los ingresos obtenidos y los gastos incurridos, en especial este apartado, de los hospitales que se encuentran gestionados por las empresas titulares de las correspondientes concesiones y la Administración que supervisa su actividad.

La financiación sanitaria se constituye como la clave para entender la implantación de estos modelos, principalmente la justificación de su implantación se ha hecho a través de estudios en los que se ha intentado

demostrar que se pueden acometer ahorros en el gasto sanitario aunque se han desviado en su mayor parte a las siguientes vías: Incremento del copago y reducción de prestaciones<sup>1</sup>. Dependiendo del enfoque podemos señalar entre estos estudios a los siguientes: Por un lado, el incremento de la esperanza de vida puede trasladarse a una mejora de la calidad de vida en las edades superiores, que suponga un menor gasto per cápita para esas cohortes. Por otro lado, la evidencia empírica disponible muestra que los mayores costes sanitarios a lo largo de la vida de un individuo se concentran en los últimos años de vida (Seshamani y Gray, 2004). Dado que un incremento en la esperanza de vida implica que las tasas de mortalidad para cada grupo de edad disminuyen, esto generaría una caída de los costes medios del grupo de edad correspondiente (Zwiefel et al., 1999).

En nuestro caso el análisis se ceñirá a la vertiente de suficiencia y uso de los recursos económicos para la gestión de los nuevos modelos de hospitales gestionados a través de la Colaboración Público Privada.

Asimismo, se va observar como la utilización de un sistema de Colaboración Público Privada (CPP) va a ir evolucionando desde una preponderancia del sistema PFI a una utilización exclusiva del sistema PPP, al igual que en otros países, como el Reino Unido, país considerado como el pionero en la utilización de estos modelos, donde la aplicación del modelo PFI fue prácticamente mayoritaria y que actualmente también está evolucionando.

### **3 Introducción**

En el transcurso del Siglo XX, principalmente en Europa, cae la valoración de la idea liberal del capitalismo como la gran opción y desde Europa empieza a diseñarse y a implantarse el contrato social que generalmente denominamos Estado del Bienestar, Sanidad y Educación universales y pensiones como método de aseguramiento. España, aunque con bastante retraso, se incorpora a estos modelos.

De este desarrollo del Estado del Bienestar los países de la OCDE tienen motivos para sentirse orgullosos, en especial de las mejoras conseguidas en los sistemas sanitarios. Un niño que haya nacido en un país de la OCDE durante el año 2000 tiene de media 9 años más de esperanza de vida que cualquiera que hubiera nacido en 1960. La mortalidad infantil es actualmente cinco veces menor. En las últimas cuatro décadas la mortalidad prematura, tomando como referencia los años de vida perdidos antes de los 70, se ha reducido a la mitad.

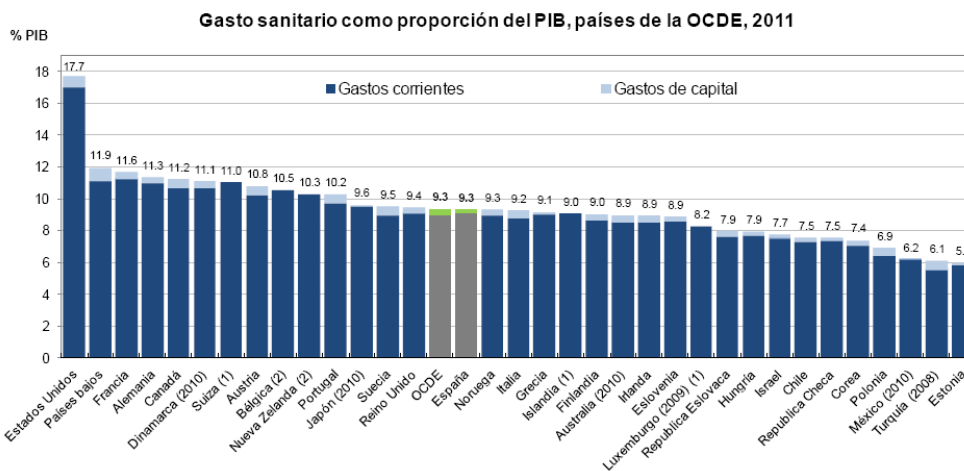
Aunque la expansión económica y el mayor rendimiento escolar han sentado los cimientos del incremento de salud de la población, las mejoras de la atención sanitaria también merecen un reconocimiento. El pasado reciente ha visto importantes avances en la prevención y tratamiento de enfermedades cardíacas, cáncer, derrames cerebrales y partos prematuros entre otros. Y con nuevos medicamentos, instrumentos e intervenciones podemos tratar las enfermedades mejor que antes. Por ejemplo, las nuevas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas contribuyen a una recuperación más rápida y menos dolorosa de los pacientes, y los que antiguamente no eran candidatos de cirugía ahora pueden ser tratados.

En la mayoría de los países la cobertura sanitaria universal (de financiación pública o privada) no sólo ofrece la seguridad de poder afrontar los costes de una enfermedad grave, sino que además fomenta el acceso a tratamientos vanguardistas y a servicios preventivos. En 2001, más de dos tercios de los países de la OCDE han alcanzado porcentajes superiores al 90% de inmunización de niños contra el sarampión, frente a tan sólo un tercio de estos países hace diez años. Como consecuencia directa de esta evolución de los sistemas de salud y de la atención sanitaria, las personas viven más y con mejor salud.

Estos avances no son gratuitos. El Sector Sanitario es una de las principales partidas de los presupuestos de las naciones, en España alcanzó el 9,3 % del PNB en el año 2011, con una cobertura prácticamente universal mientras que en los casos de Canadá el porcentaje es del 10,62 % y en Reino Unido del 9,07 %<sup>2</sup> dándose la característica de que el modelo canadiense se aproxima mucho a la realidad madrileña anterior a la puesta en marcha del modelo de CPP, en cobertura, aunque a un mayor coste mientras que en el Reino Unido la cobertura ha ido disminuyendo a medida que se iban extendiendo estos modelos.

Como se ha señalado en el año 2011, el gasto sanitario como proporción del PNB alcanzó el 9,3 % en España que es prácticamente igual al promedio en los países de la OCDE, 9,3 %. En ese año 2011, los gastos sanitarios como proporción del PIB más altos se encontraron en los Estados Unidos (7,7 %), Francia (11,6 %), Suiza (11, %) y Alemania y Austria (11,3 % y 10,8 % respectivamente).

**Gráfico 1: Gasto sanitario como proporción del P.I.B**



España se encuentra por debajo de promedio de la OCDE en términos de gastos totales per cápita, con un gasto medio de 3.076 USD en el 2010 (ajustado por poder de paridad de compra), mientras la media en la OCDE alcanzó 3.322 USD<sup>3</sup>.

Entre 2000 y 2011, se estima que los fondos dedicados al gasto en salud per cápita, crecieron en promedio para los países de la OCDE un 4,3 % anual en términos reales, mientras en España decrecieron al -2,8 % en este mismo periodo, aunque el punto de inflexión es el año 2010 y con anterioridad se presentaba un crecimiento mantenido en el tiempo, el 2,4% hasta el 2009.

El sector público es la fuente principal de fondos en salud en todos los países de la OCDE, a excepción de los Estados Unidos, México y Chile. En España, la proporción de financiación pública del sector salud alcanzó el 73,6 % en el 2009, casi igual al promedio en la OCDE de 72,2 %. Los países con las proporciones públicas de gastos en salud más altas (mayor del 80%) son los países nórdicos (Dinamarca, Noruega, Islandia y Suecia), el Reino Unido y Japón.

Con respecto a los recursos en el sector de la salud (humano, físico, tecnológico), en el año 2009, el número de médicos por cada 1.000 habitantes en España era 4,1 por encima del promedio en los países de la OCDE de 3,2. Sin embargo, con una media de 5,5 enfermeras por cada 1.000 habitantes, España queda por debajo del promedio de la OCDE de 8,7.

El número de camas en hospital para cuidados agudos en España por cada 1.000 habitantes alcanzó 2,5 en el 2010, por debajo del promedio de la OCDE de 3,4. La mayoría de los países de la OCDE muestran una tendencia a largo plazo a un descenso del número de camas para cuidados agudos, como consecuencia del avance de la tecnología médica, que reduce la necesidad de atención hospitalaria y posibilita el progreso en el uso de las intervenciones ambulatorias.

La disponibilidad de tecnologías de diagnóstico, tales como la tomografía axial computarizada (TAC) o el diagnóstico por la imagen por resonancia magnética (RM) se ha extendido rápidamente en la última década en todos los países de la OCDE. En España, el número de unidades de RM también aumentó, alcanzando 11,4 por millón de habitantes en el 2011, aunque queda debajo del promedio de la OCDE de 12,5. El número de unidades de TAC en España quedó en 15,6 por millón de habitantes que se encuentra por debajo del promedio de la OCDE de 22,6 en el 2011.

La esperanza de vida al nacer se ha alargado sustancialmente en los países de la OCDE en las últimas décadas, gracias a la mejora en la calidad de vida, al avance en la educación, y a los progresos en el acceso a la atención sanitaria. En el 2011<sup>4</sup>, la esperanza de vida al nacer se situó en 82,4 años en España, más de 2 años por encima del promedio en la OCDE (80). Suiza y

Japón tienen la esperanza de vida al nacer mayor de los países de la OCDE, con 82,8 y 82,7 años respectivamente.

Todos los países de la OCDE muestran notables avances en la reducción de las tasas de mortalidad infantil desde 1970. En España, la tasa de mortalidad en niños menores de un año quedó por debajo del promedio de la OCDE (4,3), con 3,2 muertes por 1.000 nacidos vivos en el 2010. Las tasas de mortalidad infantil son inferiores en Japón y en los países nórdicos (Islandia, Japón y Finlandia), con tasas de aproximadamente 2,2 muertes por 1.000 nacidos vivos.

La proporción de personas que fuman a diario en el conjunto de la población adulta se caracterizó por un pronunciado descenso en las últimas décadas en la mayoría de los países de la OCDE. En España, las tasas de consumo de tabaco disminuyeron también, con una tasa de tabaquismo del 26,2% en el 2009, en comparación con una tasa del 41% en el 1985. Sin embargo, dicha tasa queda encima del promedio de la OCDE de 21,7% en el 2009. Los Estados Unidos, Canadá y Suecia representan ejemplos del éxito en la reducción de las tasas de tabaquismo, con tasas debajo del 17%.

Las tasas de sobrepeso y de obesidad han aumentado en todos los países de la OCDE en las últimas décadas, aunque cabe señalar diferencias notables. En España, la tasa de obesidad en la población adulta – basada en medidas reportadas de tamaño y peso – quedó en 17,1% en el 2007, debajo de los Estados Unidos (27,5% en el 2008), pero por encima de las tasas de Italia (9,9%) o Francia (11,2%). El promedio de los 21 países de la OCDE con datos reportados fue del 14,9% en el 2008. Está demostrado que la obesidad es un factor agravante para varios problemas de salud, como la diabetes, las

enfermedades cardiovasculares y el asma, y presagia gastos de salud más elevados en el futuro.

El problema es que las presiones hacia el aumento del gasto no amainan, reflejando los continuos avances de la atención sanitaria y el aumento de la demanda por parte de la población que envejece. Al mismo tiempo disminuirá el porcentaje de población activa, con la consiguiente presión añadida sobre las finanzas públicas.

A esta tensión sobre el gasto sanitario hay que añadir la actual crisis económica, crisis que está forzando a los gobiernos a tomar medidas restrictivas del Gasto Público. Como una paradoja histórica, la crisis que actualmente se está intentando cerrar, causada por prácticas financieras capitalistas, está generando un movimiento pendular que cuestiona este modelo de Estado de Bienestar Social que habían ido implantándose. Incidiendo más, en esta paradoja, en Estados Unidos la idea es ampliarlo mientras que en Europa es reducirlo.

En el artículo del profesor Repullo de la Escuela Nacional de Sanidad podemos ver, de una manera resumida, como los efectos de estos movimientos contrapuestos son diferentes en función de cuáles son las amenazas que genera la crisis al entorno sanitario, por este motivo es lógico preguntarse ¿Cuáles podrían ser los efectos de la crisis en el Sistema Nacional de Sanidad?<sup>5</sup> Y la respuesta la encontramos en la tabla 1:

**Tabla 1: Efectos de la crisis en el S.N.S**

<b>CRISIS Amenaza</b>	<b>Características</b>	<b>Efectos</b>	<b>Comentario</b>
Financiación pública	Merma de recursos presupuestarios e imposibilidad de gestionar la disminución	Descapitalización, erosión de salarios y desequilibrios a favor de partidas abiertas	La pulsión política y electoral llevarán a acumular deudas mas allá de la cobertura financiera real o razonable
Liquidez y pago de obligaciones	Suministradores externos (excepto farmacia) asumen crecientes retrasos	Encarecimiento, y despilfarro de tiempo directivo en gestión de retrasos y deudas	Las CCAA carecen de experiencia y capacidad para este tipo de gestión; sus haciendas tenderán a mas control de la sanidad (no a mejor gestión)
Conflictos entre administraciones generales	Malas experiencias de oportunismo y gestión temeraria entre CCAA	Más tensión y menor cohesión	El nuevo sistema de financiación autonómica no parece que dé respuesta a los problemas de financiación en condiciones de crisis
Conflictos entre administraciones sanitarias	Falta de órganos sistémicos eficaces para gobernar, aseguramiento público, funciones compartidas e interacciones	Creciente tensión; búsqueda de nueva financiación asistida, o nuevas fuentes de ingreso	¿El pacto de la sanidad podría incorporar reformas estructurales en órganos de gobierno del sistema?
Conflictos con la profesión médica y enfermería	Poca legitimación del sistema y bajo perfil del profesionalismo	Conflictos crecientes, y desafección probable (Privada)	¿Cómo concretar un contrato social renovado con los profesionales con el sistema tan fragmentado?
Conflictos con los pacientes	Aumento de necesidades sanitarias (auténticas o derivadas) y erosión de aspectos no tecnológicos de los servicios y de la continuidad	Tendencia a saturación de servicios, deshumanización y fragmentación	El papel de la primaria, de la gestión clínica y de las experiencias de integración asistencial, puede ser central, pero van muy lentas
Conflictos con los ciudadanos	Debilidad de la cultura política para expresar las limitaciones del sistema (priorización) y de la medicina (medicalización del malestar)	Deslegitimación social, malestar y fugas al sector privado o alternativo	Dificultad para avanzar en el contrato social con los ciudadanos: papel de copropietarios del sistema e implicación en su gestión

En el cuadro podemos observar varios factores que están directamente relacionados con la financiación sanitaria, financiación que se está reduciendo por la recesión económica, y que lleva a que se acometan políticas de reducción de prestaciones, cobertura de población (exclusión de inmigrantes, cotizantes, colectivos, etc.), copago e introducción de nuevos modelos de gestión con la intención de mejorar le gestión de ese gasto.

En función de estos parámetros (amenazas, características y efectos) se va a razonar este estudio que pretende comprobar si las nuevas fórmulas de gestión, PPP y PFI, que se están aplicando a los hospitales de la Comunidad de Madrid son más eficientes, a nivel económico global que las que se aplican hasta este momento.

El sector debe tener mayor eficiencia en la gestión de sus recursos, en nuestro estudio los económicos, a fin de poder el puesto en cuanto a atención sanitaria que se había alcanzado dentro de los países del entorno de la OCDE.

## **4 PARTE I. Contexto de la investigación**

### **4.1 Objetivo. Identificación del problema. Pregunta de investigación.**

Este estudio pretende comprobar si las nuevas fórmulas de gestión de colaboración público privada (CPP) que se están aplicando a los hospitales de la Comunidad de Madrid son más eficientes, a nivel económico financiero que las gestionadas en su totalidad por el sector público (de gestión presupuestaria, Fundaciones Públicas y Empresas Públicas) en esta región.

Siendo conscientes de la importancia y problemas que conlleva la gestión de los hospitales públicos, en distintos países y regiones, sus dirigentes han aplicado diferentes fórmulas con la intención de agilizar su gestión, optimizar el uso de los recursos económicos y mejorar su situación financiera. En definitiva, buscando nueva fórmulas que aumenten la eficiencia económica y financiera de los hospitales. Entre esta variedad de fórmulas se encuentran las denominadas de colaboración público privada, en particular con sus dos modalidades PPP/ PFI que han sido aplicadas en Reino Unido, Canadá y, en España, en la Comunidad Valenciana y en la Comunidad de Madrid. En esta última durante el periodo 2008 / 2012, el Gobierno de la Región, ha abierto 8 hospitales gestionados bajo estas fórmulas justificando su decisión en que mejorarán la gestión sanitaria, la rapidez de puesta en marcha y ahorrará costes en su gestión hospitalaria. No obstante, no está claro que estos métodos de gestión consigan los fines que se proponen pues experiencias implantadas en Reino Unido y Canadá con anterioridad permiten, cuando menos, dudar de que se puedan alcanzar los resultados esperados. Con esta

duda, en este trabajo, se parte de cuestionar que los hospitales gestionados bajo estos modelos de colaboración público privada (PFI / PPP) sean económicamente más eficientes que los gestionados con fórmulas diferentes ya implantadas en la Comunidad de Madrid. Para ello, se toman los datos publicados de los hospitales gestionados con las fórmulas PFI / PPP, Hospitales de gestión presupuestaria, Empresas Públicas y Fundaciones durante el periodo 2008 – 2012 (En algunos cuadros se ha incorporado el año 2013 por motivos de dar mayor visibilidad al análisis si los datos así lo permitían) y se procede a su comparación basándonos en ratios estándar financieros y del sector.

Para el ámbito geográfico del estudio se ha considerado la Comunidad de Madrid pues se superponen los diferentes modelos de gestión objeto de esta tesis. En la selección se ha utilizado la clasificación estándar de hospitales en España de acuerdo con el número de camas<sup>6</sup>, habiendo incluido en el análisis aquellos hospitales con dotaciones de camas similares, así como las características de cartera de servicios que ofrecen. No siempre se ha podido encontrar hospital de tamaño similar, caso del hospital de Aranjuez, pero su inclusión se ha considerado necesaria para cubrir todos los hospitales del modelo PFI.

De acuerdo con estos criterios dentro del sector hospitalario el campo que delimita el análisis está compuesto por los siguientes hospitales:

<b>NOMBRE DEL HOSPITAL</b>	<b>CAMAS INSTALADAS</b>	<b>FÓRMULA JURÍDICA</b>
Hospital de Alcalá de Henares Príncipe de Asturias	601	Hospital tradicional de gestión presupuestaria (Gestión directa)
Hospital de Móstoles	411	Hospital tradicional de gestión presupuestaria (Gestión directa)
Hospital de Fuenlabrada	406	Empresa Pública (Gestión directa)
Hospital de Alcorcón	448	Fundación (Gestión directa) Personalidad jurídica propia (R. Decreto-Ley 10/1996)
Hospital de Coslada (Henares)	194	PFI (Gestión directa). Empresa Pública. Personalidad jurídica propia (Estatuto Dcrto. 114/2007) Depende del SERMAS
Hospital de Arganda (Sureste)	132	PFI (Gestión directa). Empresa Pública. Personalidad jurídica propia (Estatuto Dcrto. 113/2007) Depende del SERMAS
Hospital de Majadahonda Puerta de Hierro	613	PFI (Gestión indirecta) Adscrito al SERMAS
Hospital de Parla (Sur) Infanta Cristina	247	PFI (Gestión directa). Empresa Pública. Depende del SERMAS.
Hospital de San Sebastián de los Reyes (Norte) Infanta Sofía	283	PFI (Gestión directa). Empresa Pública. Personalidad jurídica propia (Estatuto Dcrto. 112/2007) Depende del SERMAS
Hospital de Vallecas Infanta Leonor	269	PFI (Gestión directa) Empresa pública Personalidad jurídica propia (Estatuto Dcrto. 116/2007) Depende del SERMAS
Hospital de Aranjuez (Tajo)	98	PFI (Gestión directa). Empresa Pública. Personalidad jurídica propia (Estatuto Dcrto. 115/2007) Depende del SERMAS
Hospital de Valdemoro Infanta Elena	102	PPP (Gestión indirecta) Hospital Público gestionado por una empresa privada. Concesión de servicio público Adscrito al SERMAS

Teniendo en cuenta la evolución que el gasto sanitario real está teniendo en estos años de crisis en los países de la OCDE, (un descenso del PNB mayor o igual que la reducción del gasto sanitario implica que éste último crece o se mantiene proporcionalmente; asimismo, un descenso de la población, motivado por un retorno de inmigrantes y / o crecimiento de nuestros

emigrantes, puede dar una imagen de incremento de gasto público por habitante) se observa que las medidas que se están tomando para corregir los déficit públicos son en algunos países y, en España en particular, la reducción del gasto sanitario así como la búsqueda de sistemas organizativos que faciliten su eficiencia. Es en este entorno en el que se encuadra la puesta en marcha de modelos CPP en la Sanidad a través de la gestión de hospitales en sus diferentes formatos.

Como resultado de la revisión de esta implantación de nuevos modelos es cuando nos planteamos nuestra pregunta de investigación:

***¿Los modelos, PFI / PPP tienen mayor eficiencia económica global y viabilidad financiera que los modelos ya existentes (Tradicional de gestión presupuestaria, Fundaciones Públicas y Empresas Públicas) en la Comunidad de Madrid?***

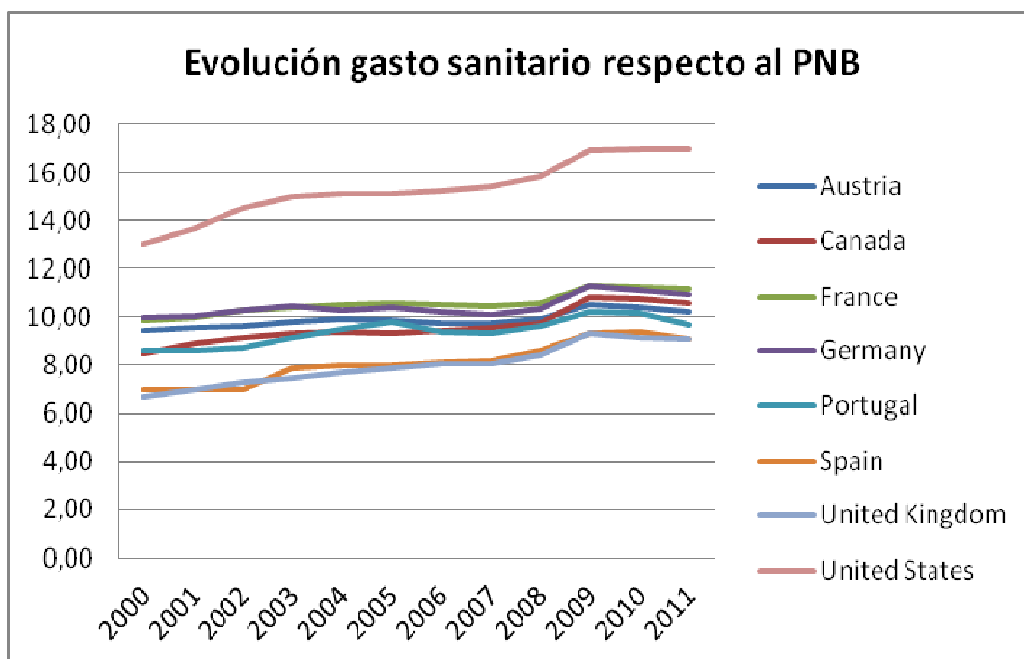
## **4.2 Marco Teórico.**

En este capítulo se van a desarrollar los conceptos que guían, desde un punto de vista económico, al sector sanitario y, dentro de éste, a su principal fuente de gasto y objetivo de financiación. Asimismo, se describirán las fórmulas de Colaboración Público Privada (CPP) bajo las que se encuadran los modelos PFI y PPP.

#### 4.2.1 Gasto y Financiación del Sector sanitario

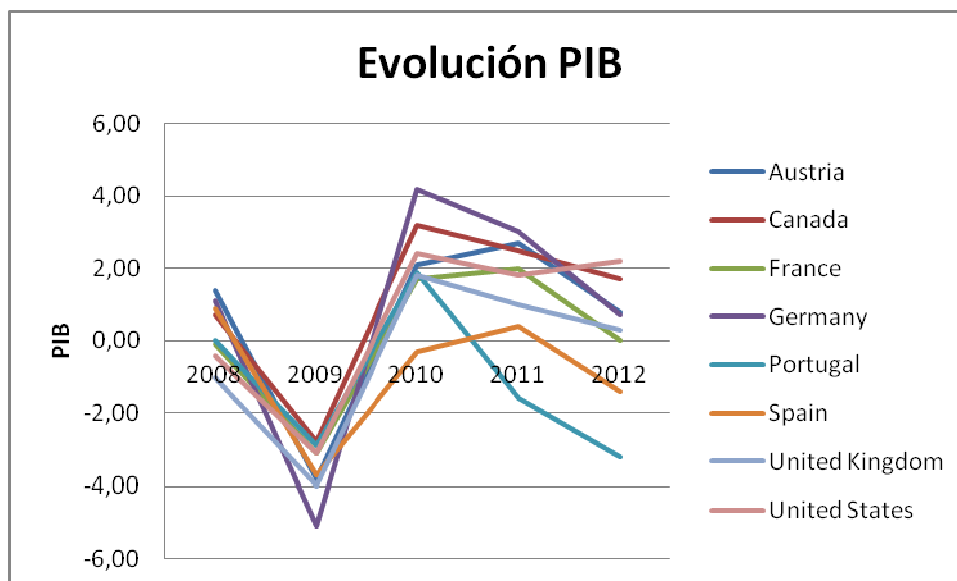
Como se ha señalado con anterioridad, el problema objeto de estudio, la implantación de CPP como método de gestión hospitalaria, se identifica con la presión que sufre el gasto sanitario en los países de nuestro entorno y, en particular, en España. Los países que más se han caracterizado por implantar este modelo de colaboración han sido Reino Unido y Canadá, en el primer caso por su gran experiencia en otros sectores económicos como infraestructuras y prisiones; en el segundo porque lo importaron empresas multinacionales británicas. En todos los casos subyace la teoría de que el sector Privado es más eficiente que el Público. Se pretende conseguir una financiación de proyectos que sea menos costosa, y que además no penalice el déficit público. En el gráfico 2 podemos ver la evolución del gasto sanitario respecto al PNB<sup>7</sup>.

Gráfico 2: Evolución gasto sanitario respecto al P.N.B



Si comparamos el gráfico anterior con el siguiente de evolución del PNB, podemos observar que a partir del año 2009, año en que el que el descenso del PIB fue prácticamente generalizado<sup>8</sup>, todos los países disminuyen su gasto.

Gráfico 3: Evolución P.I.B.



El descenso del gasto afecta por igual al sector Público que al sector Privado, aunque en diferentes proporciones. Esto es debido a que los Gobiernos aplican políticas restrictivas en el área que más fácilmente pueden controlar a través de los presupuestos: el sector Público y el sector Privado por los problemas del mercado derivados de la crisis (Número de pólizas en disminución; rentabilidad en descenso, coste de producción sanitaria cada vez mayor por la descompensación de unas pólizas emitidas en periodos de expansión con coberturas elevadas y en cambio ingresos menores) que le ha obligado a participar de forma directa o indirecta en la provisión de servicios al público y a ser en el que

se van apoyar los modelos de CPP. La Sanidad es un sector que necesita de una continua inversión en tecnología lo que le sitúa como un sector económico intensivo en financiación. De acuerdo con la definición de hospital, que utilizaremos que figura en el libro “Hospitals in a changing Europe”<sup>9</sup>, que considera al hospital como una institución que provee a los pacientes de cama, alimentos y cuidados de enfermería mientras que los profesionales médicos llevan a cabo las terapias necesarias para su curación.

Dentro del sistema sanitario, los hospitales son su recurso más importante que tienen las siguientes características comunes en todas las naciones:

- El sistema sanitario, al contrario que en otros sistemas económicos, separa al usuario del proveedor. Esto implica que el usuario no fija el volumen de recursos que consume, la actividad viene inducida por el hospital; en este caso, con muchas diferencias según el país en que se encuentre de forma que, en Estados Unidos esto supone un coste muy elevado con una cobertura muy baja y en Europa un consumo ilimitado con una cobertura elevada. En ambos casos consumo de recursos elevados y unos costes incontrolados.
- Los sistemas de salud, como se ha señalado anteriormente, son muy diversos con un grado de participación del Sector Público muy variado.
- El sistema de financiación es técnico y complejo. Cada contribuyente tiene un conjunto diferente de beneficios, y muchas

veces no se especifican claramente. Según el país los consumidores (pacientes / usuarios) pueden creer que tienen un cierto conjunto de beneficios, pero cuando finalmente tienen necesidad de cuidados no están cubiertos para ese grupo particular de enfermedades o tratamientos, en los países con coberturas universales se empiezan a hacer discriminaciones por tipo de pacientes (Fumadores, obesos, etc.) con el fin de reducir costes llegando a absurdos que ponen en riesgo la salud de los ciudadanos. En los países como Estados Unidos o en aquellos usuarios que habían optado por coberturas privadas, esta realidad pone al proveedor sanitario, generalmente compañías de seguros privadas, en la difícil situación de negar o posponer la atención hasta que los problemas de cobertura se liquidan.

- Finalmente la atención de salud es personal y afecta a todos. Ninguna otra industria proporciona la intensidad de las emociones que han surgido en la atención sanitaria. El paciente, cuya enfermedad puede conducir a la muerte o en el caso de la atención de maternidad el nacimiento de una persona, la vida es siempre un riesgo personal y los Poderes Públicos, con independencia del sistema económico en que el país se sitúe, deben garantizar que los sistemas sanitarios sean adecuados y accesibles a la población sin discriminación. En España el Derecho a la protección a la salud se consagra en la Constitución a través del artículo 43 se resalta la prevención de la salud.

## **4.2.2 La financiación del sector sanitario en Reino Unido, Canadá, España.**

La fórmula de financiación de la Sanidad de cada país condiciona como se llevarán a cabo las diferentes fórmulas de gestión hospitalarias<sup>10</sup>. De hecho se puede observar como la escasez de recursos públicos, agravada por la crisis económica por la que están atravesando los países con mayores recursos económicos, hace que se introduzcan los modelos de colaboración público privada. En nuestro estudio se van a analizar las fórmulas de financiación de los tres países que han apostado por estos modelos: España, Reino Unido y Canadá. Una muestra de la aceptación de estos sistemas es el llamado modelo Alzira (PPP) que se está convirtiendo en referencia para países latinoamericanos y centroeuropeos. La financiación de la Sanidad, a su vez, será quién determine la forma en que se financian/pagan estos hospitales.

### **4.2.2.1 *La financiación sanitaria en el Reino Unido*<sup>11</sup>.**

La provisión sanitaria en el Reino Unido está controlada y financiada en su mayor parte, cerca del 86 % en el 2014, por el Servicio Nacional de Salud (National Health Service – NHS). El NHS fue creado en 1948 con el objetivo de brindar una asistencia médica que fuera:

- Universal: debería brindarse el mismo tipo de asistencia a todos los ciudadanos dentro de todo el territorio del Reino Unido.
- Integral: el sistema debería cubrir todas las necesidades de salud.
- De acceso gratuito.

Históricamente el porcentaje del PIB dedicado a ello ha tendido a ser bajo comparado con los demás países europeos, pero el Gobierno se fijó como objetivo incrementarlo hasta el nivel promedio de la Unión Europea. Con este objetivo, se ha incrementado el presupuesto en los últimos años, periodo 2006-2010 de este servicio. Al comienzo del plan de renovación del NHS del Gobierno Británico el gasto per cápita fue de 889 libras esterlinas en 2000-01, y prácticamente se ha duplicado para llegar a GBP 1.678 en 2007-08, aunque esta cifra refleja en parte el efecto de la inflación (los precios al por menor aumentaron en algo más del 15% entre 2000-01 y 2006-07).

La financiación, prácticamente en exclusiva, es a través de los impuestos; aunque existen copagos relativamente pequeños de los beneficiarios, que en ningún caso constituyen una cifra significativa. En resumen, el NHS pasó de un sistema anterior basado en un seguro social no universal, que se consideró que había dejado a una buena parte de la población sin el suministro adecuado de asistencia médica, a un sistema universal y público.

La financiación es vía impuestos, no finalistas, con una pequeña partida no significativa del presupuesto de la Seguridad Social. Los impuestos son considerados más neutrales en su recaudación que las cotizaciones a la Seguridad Social, además están vinculados con la capacidad contributiva y, por lo tanto, crean un interés común en la calidad del NHS debido a que todos contribuyen a su costo.

El NHS se diseñó como un organismo de planificación centralizada y administrado por el Ministerio de Salud en Londres. También tuvo

algunos recursos de las autoridades sanitarias regionales que tenían a su cargo la aplicación de las políticas determinadas por el Gobierno central. Una característica importante de este sistema fue el modo en que se distribuyeron los recursos financieros. El Gobierno central fijaba la asignación de recursos para la atención hospitalaria en todo el país y la autoridad sanitaria regional correspondiente distribuía esos fondos a cada uno de los hospitales. La asignación de recursos era por lo general per cápita pero con ajustes para reflejar las características regionales específicas.

Los médicos de atención primaria o generalistas (GP) eran remunerados con carácter per cápita y además percibían asignaciones suplementarias por ciertos elementos y gratificaciones por el cumplimiento de objetivos. Los GP no son empleados directamente por el NHS y trabajan como autónomos bajo contrato. Se consideró que este enfoque permitiría a los pacientes la libertad en su elección de médico generalista.

El proceso de reforma empezó con el Gobierno conservador que asumió el poder en 1979. Las primeras etapas podrían parecer limitadas pero fueron significativas con la introducción de administradores profesionales para la gestión de los hospitales y la subcontratación de servicios.

La subcontratación se centró inicialmente en servicios complementarios, como la limpieza y la restauración, pero desde entonces se ha extendido para abarcar algunos servicios clínicos. La subcontratación de servicios inevitablemente se tradujo en el fin del contrato de trabajadores en el sector público y generó un gran rechazo por parte de los sindicatos. Sin embargo, a pesar de los vínculos del partido Laborista con el movimiento

sindical, esta política se ha mantenido a pesar de los cambios en los diferentes gobiernos desde entonces.

A comienzos de la década de 1990, se adoptó una medida más radical cuando el Gobierno conservador introdujo el concepto de mercado interno. El gobierno fijó como objetivo la mejora en la eficiencia, disminuir costes en la prestación del servicio, del suministro de asistencia médica pública y vio en el mecanismo del mercado la mejor manera de obtenerla.

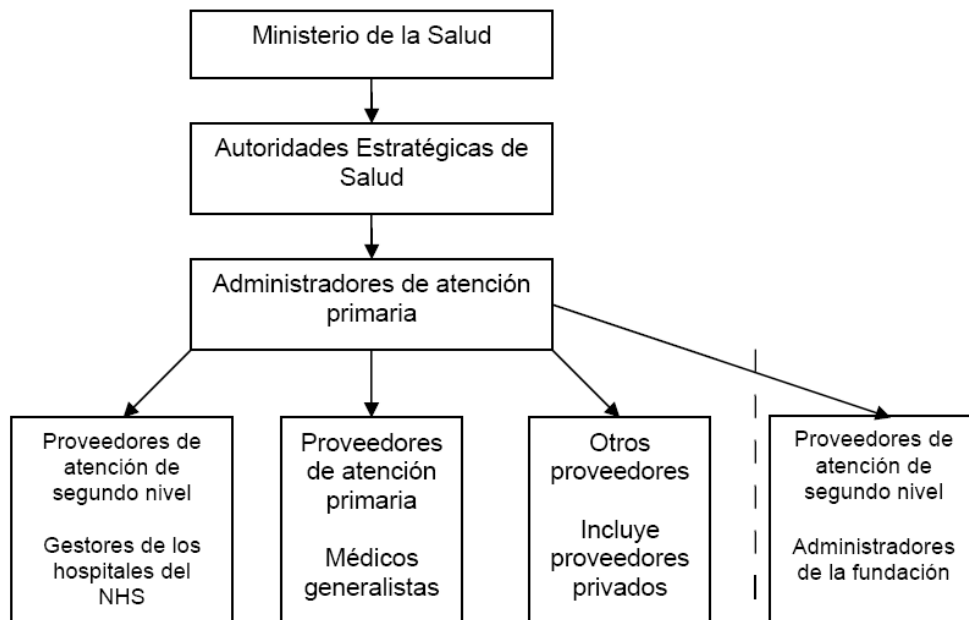
Los proveedores de servicios de asistencia médica (como los hospitales) fueron reorganizados en gestores independientes que debían competir para vender sus servicios a las autoridades sanitarias, que eran los compradores de la asistencia médica en nombre de los pacientes. Se exigió a los gestores de los hospitales equilibrar sus cuentas y aquellos que no podían hacerlo (y que, por tanto, fueron considerados como operadores ineficientes) fueron obligados a cerrar o a fusionarse.

Este sistema tuvo muchas críticas por la complejidad de los contratos implicados y el aumento del número de administradores necesarios para su gestión. Se dio marcha atrás en algunas de estas reformas cuando el Gobierno laborista asumió el poder aunque las principales características del mercado interno volvieron a utilizarse en las siguientes reformas.

Otra modificación importante fue la adopción de la Iniciativa Privada de Finanzas (Private Finance Initiative – PFI) a comienzos de la década de 1990, como un medio para captar capital privado en la construcción y, a veces, gestión de hospitales. En consecuencia, el proveedor PFI del sector privado podía implicarse en la construcción de un hospital y alquilarlo a un gestor hospitalario a cambio de un pago anual.

A pesar de las críticas que suscitó este sistema por parte de los opositores políticos, la PFI siguió constituyendo un componente significativo de las políticas del Gobierno laborista. La PFI tiene un notable impacto en el suministro de asistencia médica y una parte muy importante de las inversiones para la asistencia médica que se llevaron a cabo desde entonces se ha realizado y se realiza a través de la PFI.

**Gráfico 4: Esquema de funcionamiento PFI**



*El Ministerio de Salud (Sanidad)*, tiene en la actualidad un papel limitado en el NHS con la consecuente reducción del número de trabajadores. Sus principales funciones consisten en distribuir los recursos financieros, determinar la orientación general de la política y supervisar el rendimiento de otras organizaciones implicadas en el suministro de asistencia médica (incluidos los reguladores).

*Las Autoridades Estratégicas de Salud (Strategic Health Authorities – SHA)* son el vínculo entre los proveedores reales de asistencia médica (en

especial, los gestores de los hospitales del NHS y los médicos generalistas) y los compradores de asistencia médica, principalmente los Administradores de atención primaria. Las SHA controlan regiones muy grandes. Sus funciones incluyen el diseño de una estrategia para el suministro de asistencia médica en su región y la adopción de decisiones sobre el modo de desarrollar su capacidad. También gestionar el rendimiento de todos los organismos del NHS que trabajan en la región (con excepción de los hospitales con estatus de Fundación), lo que significa la garantía de que cumplen los objetivos de rendimiento acordadas que constituyen, por agregación, el reflejo de los objetivos impuestos a escala nacional.

*Los Administradores de atención primaria (Primary Care Trusts – PCT)* fueron creados en 1997, y son los principales organismos responsables de la compra de la oferta de asistencia médica y como tales perciben por encima del 80% del presupuesto total del NHS (para el período 2006-2007). A octubre de 2006, se contaba con 152 PCT vigentes en Inglaterra, cubriendo cada uno de ellos una zona geográfica determinada.

Los PCT compran servicios de atención primaria de los consultorios de medicina general y de otros proveedores de asistencia médica. El principal servicio es el de permitir el acceso de la población de la zona a un médico. Asimismo, también compran atención de segundo y de tercer nivel (especializada), excepto cuando ésta corre a cargo de los consultorios de los médicos generalistas. Los servicios son comprados sobre todo a gestores de los hospitales del NHS pero también de otros proveedores (incluidos los del sector privado, similar a las listas de espera españolas, tanto quirúrgicas como diagnósticas). En la actualidad,

los médicos generalistas o los consultorios de médicos compran cada vez más la atención de segundo nivel (para reducir costes y producir una agrupación de los riesgos más fácil de gestionar). Los PCT, sin embargo, mantienen el papel de supervisión del proceso de compra de la atención de segundo nivel por los médicos generalistas.

*Los médicos generalistas* son los principales proveedores de atención médica primaria en el Reino Unido y existen unos 30 000 de estos doctores en Inglaterra. Cumplen un papel decisivo como puerta de entrada para el acceso a los servicios de atención médica de segundo nivel, por cuanto, se requiere por lo general una derivación de un médico de atención primaria a fin de poder ser atendido en un hospital. Los consultorios de atención primaria trabajan con los PCT con arreglo a un contrato. El contrato describe los servicios que deben brindar estos consultorios (que pueden incluir algunos servicios especializados de atención primaria) y las condiciones de pago. En general, se paga una suma básica para cubrir los servicios esenciales con suplementos para permitir servicios adicionales. Algunos pagos están vinculados con la calidad de los resultados, incluido el rendimiento comparado con los objetivos acordados. Se incentiva a los médicos generalistas a que brinden servicios que de otro modo tendrían que brindarse (con un mayor coste) en los hospitales.

*Los gestores de los hospitales del NHS*, son los principales proveedores de atención de segundo y de tercer nivel. En 2005, se contaba con más de 150 de estos gestores. Los mayores de ellos por lo general administran varios hospitales. Tienen la responsabilidad del suministro de atención mediante los PCT y los consultorios de médicos generalistas, de

conformidad con los términos de los contratos suscritos con el NHS (que no son de cumplimiento legal). Los gestores pueden percibir ingresos adicionales por el tratamiento de pacientes que no están cubiertos por el NHS.

En el año 2006 se produce la inclusión de los *Administradores de las Fundaciones*. Los gestores de los hospitales del NHS de alto rendimiento (tal y como los clasifica el regulador nombrado por el Gobierno, la Comisión de Asistencia Médica) están en condiciones de solicitar el estatus de Fundación, sujeto a la aprobación del Secretario de Estado. La política actual del Gobierno es que todos los gestores se conviertan a su debido tiempo en administradores con estatus de Fundación.

A los administradores con estatus de Fundación se les otorgan licencias en las que se especifican los servicios que deben brindar. Sin embargo, ya no están bajo el control de las Autoridades Estratégicas de Salud o del Secretario de Estado (pero, siguen perteneciendo en sentido estricto al sector público). Se les solicita que funcionen de conformidad con sus licencias y de modo “eficaz, eficiente y económico”. En consecuencia, tienen mayor capacidad para determinar sus prioridades y pueden captar dinero del sector privado. El rendimiento de los administradores con estatus de Fundación es supervisado por un regulador independiente llamado Monitor.

#### *Flujos financieros*

La mayor parte de los fondos gubernamentales para la asistencia médica son entregados a los PCT. El Ministerio de Salud determina cuál es la cuantía de recursos financieros que cada PCT debe recibir. Esto se basa

en un sistema per cápita ponderado, es decir, el dinero es asignado en proporción al número de personas cubiertas por la asistencia médica, con ajustes a fin de reflejar factores tales como su estado de salud (que está vinculado con la edad y con el grupo social) y el costo de del suministro de servicios en la región (lo que refleja los gastos en personal y en propiedad). Se realizan asignaciones presupuestarias complementarias respecto de algunas actividades gestionadas a nivel central, tales como las campañas de salud.

Los recursos financieros fluyen de los PCT a los proveedores reales de asistencia médica con arreglo a los términos de los contratos negociados entre el PCT y el proveedor. Los términos de los contratos se basan en precios uniformes establecidos por el Ministerio de Salud (“la tarifa nacional”) y, por tanto, se aplica el mismo precio a todos los proveedores. Esto se hace a efectos de garantizar que los proveedores compitan en calidad en vez de en precio. Los contratos especifican los servicios a ser brindados y el proveedor recibirá, en la práctica, sólo el pago por el número de actos médicos realmente realizados. En circunstancias especiales, se pueden efectuar pagos complementarios a los proveedores desde el Ministerio de Salud (por ejemplo, si funcionan en una zona donde los precios son especialmente elevados).

Se espera que con el tiempo, se otorgue a los pacientes la libre elección del establecimiento hospitalario en el que deseen ser tratados, siempre y cuando el hospital cumpla las normas del NHS y esté de acuerdo en aceptar precios con arreglo a la tarifa nacional. En este sentido se cree necesario orientar a los pacientes sobre su elección del proveedor,

teniendo en cuenta la información relativa a la clasificación del rendimiento y a los tiempos de espera.

Un objetivo global, dentro de las teorías del mercado, es que el dinero siga al paciente. Se supone que los pacientes elegirán probablemente proveedores que ellos creen que satisfacen plenamente sus necesidades (en términos de tiempos de espera, calidad de la atención, etc.), obviamente si el sistema proporciona información suficiente para la toma de decisiones. El sistema de financiación debería, por tanto, prever una mayor financiación para estos proveedores, en detrimento de los proveedores menos eficaces, a imagen de lo que ocurre en el mercado comercial del consumo.

Se solicita a los proveedores y a los PCT que cubran los gastos que implican sus inversiones en capital (como es el caso de la propiedad). Estos gastos incluyen tanto los gastos en intereses como los gastos de depreciación y se pagan al Tesoro. El objetivo de esta medida es incentivar una utilización eficiente del capital.

#### **4.2.2.2 *La financiación sanitaria en Canadá***<sup>12</sup>

En Canadá la gestión sanitaria está traspasada desde hace más de un siglo a las provincias, equivalentes a las Comunidades Autónomas españolas. Durante la década de los 90 se inicia, además, un nuevo proceso de descentralización a nivel sub-provincial. Por su parte, el gobierno federal realiza funciones de coordinación, promoción de la salud y otras tareas de ese nivel. Entre 1996 y 1997 se crea el Sistema

Canadiense de Transferencia de Fondos Sanitarios y Sociales (Canada Health and Social Transfer), momento en el cual se producen cambios importantes en los acuerdos de financiación compartida: se consolida la contribución federal (que se reduce a los servicios sanitarios y sociales y a la educación) y se distribuyen los porcentajes de financiación fiscal entre provincias y gobierno federal (cediéndose un mayor porcentaje de impuestos a las provincias).

Este sistema se modificó, de manera que las transferencias de fondos sanitarios (Canada Health Transfer) se separaron de las correspondientes a la educación post-secundaria, asistencia social y servicios sociales (Canada Social Transfer), con el objetivo de aumentar la transparencia en la contribución del gobierno federal al sistema sanitario y mejorar los mecanismos de rendición de cuentas haciéndolas finalistas. Asimismo, se creó en el 2004 una nueva transferencia específica (Health Reform Transfer), cuya finalidad era facilitar apoyo financiero a las provincias para llevar a cabo reformas en el ámbito de la atención primaria, atención domiciliaria y otras áreas. Estos fondos se integraron en la Canada Health Transfer.

Considerando que la mayor parte de la financiación pública procede de impuestos sobre la renta recaudados por las provincias, el gobierno central cuenta con un programa de transferencias de nivelación para compensar las diferencias en la capacidad recaudatoria de los territorios. De esta forma se asegura que las provincias con menos recursos dispongan de ingresos suficientes para proveer niveles razonablemente comparables de servicios públicos, manteniendo unos niveles similares

de esfuerzo fiscal. El bloque principal de transferencias se completa con una fórmula de financiación territorial que compensa a los territorios del norte por el mayor coste que supone la provisión de servicios en dichas áreas geográficas.

El gobierno federal fijó en el 2005 un nuevo marco de regulación que establece pagos fijos a los diversos territorios con tasas de crecimiento predeterminadas, revisables cada 5 años en función de como hayan evolucionado las desigualdades territoriales y las diferencias en los costes de provisión.

En Canadá coexisten tanto la sanidad pública como la privada. Al clasificar lo que se entiende por los términos "público" y "privado", ya que se utilizan en el contexto de la atención de la salud, hay que señalar que hay muchos niveles, tanto en el sector público como en el privado. En la Tabla 1<sup>13</sup> se presenta un esquema de esta división, el sector público se refiere a los gobiernos y los organismos gubernamentales, los gobiernos pueden ser nacionales (o federales), provinciales o municipales. El sector privado es amplio y abarca desde las empresas con ánimo de lucro del sector, las pequeñas empresas y entidades empresariales, y voluntaria o de beneficencia sin fines de lucro, así como individuos y familias.

**Tabla 2: Categorías de sectores público y privado en el Sistema de Sanidad de Canadá**

Categoría	Nivel
Pública	Nacional Provinciales / territoriales Regionales Local
Privada	Corporativo con ánimo de lucro Pequeños negocios / emprendedores Caridad (sin ánimo de lucro) con los empleados asalariados o voluntarios Familia / individuos

La *Ley de Salud del Canadá, Canada Health Act*, estableció cinco criterios (comúnmente conocidos como los principios nacionales) que las áreas sanitarias provinciales y territoriales deben cumplir para poder ser clasificados por el gobierno federal y así poder recibir financiación del Canada Health Transfer (CHT). Estos criterios no imponen obligaciones jurídicamente vinculantes para los gobiernos provinciales y territoriales. El cumplimiento de las condiciones de la ley es totalmente voluntario, la única sanción es la retención de los fondos federales. Las sanciones son de carácter financiero y político, no jurídico. Los cinco criterios son los siguientes:

- Administración pública: cada plan de aseguramiento de atención de la salud provincial debe ser administrado sobre una base sin ánimo de lucro por una autoridad pública, que es responsable ante el gobierno provincial para sus transacciones financieras.
- Integridad: cada plan de aseguramiento de atención de la salud provincial debe cubrir todos los "servicios de seguro de salud (atención hospitalaria, servicios médicos y procedimientos quirúrgicos dentales necesarios que puedan ser llevados a cabo correctamente sólo en un hospital).
- Universalidad: todos los residentes en la provincia deben tener acceso a seguro de salud públicos en términos y condiciones uniformes.
- Portabilidad: Las provincias y territorios que cubren el aseguramiento de los servicios de salud a sus ciudadanos deberán mantener esta cobertura mientras se encuentren temporalmente fuera de su provincia de residencia o de Canadá.
- Accesibilidad: los asegurados deben tener acceso razonable y uniforme a los servicios médicos asegurados, libre de obstáculos financieros o de otro tipo. Esta condición se recalca por dos disposiciones de la ley que específicamente prohíben las contribuciones financieras de los pacientes, ya sea a través de derechos de uso adicionales o de facturación, por los servicios cubiertos por planes de seguro de salud provincial.

Estos criterios se refieren únicamente a la financiación de los servicios de salud públicos asegurados, ya que no tienen en cuenta el aspecto de prestación del servicio por parte de los sectores público y privado de la asistencia sanitaria. Con respecto a la financiación, los criterios de la administración pública y la accesibilidad son de particular importancia, ya que ambos, respectivamente, intentan desalentar la publicidad de los seguros privados.

#### **4.2.2.3 *La financiación sanitaria en España.***

Desde finales del año 2008 el sistema de financiación sanitaria está en proceso de revisión por el Ministerio de Sanidad y las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA). Cuando empezaron a aparecer las primeras propuestas concretas de modificación del sistema de financiación autonómica, este era un requerimiento que llevaba tiempo sobre la mesa debido a las siguientes razones:

El aumento de la población sobre todo en determinadas Comunidades Autónomas y, en especial, por la concentración de la población inmigrante, que creció de manera exponencial hasta los dos últimos años que con motivo de la crisis han comenzado a retornar a sus países de origen. El sistema de financiación autonómica en vigor establecía la distribución de la financiación de acuerdo con la población de cada territorio, definida ésta como la existente a finales de 1999, convertida en la referencia del sistema. No estaba prevista su adaptación a las modificaciones que se pudieran producir en esa cifra, modificaciones que han adquirido un volumen tanto a nivel absoluto como proporcional

importante en determinadas CCAA. Por ello, el cambio al menos en ese aspecto del sistema de financiación autonómica parecía obligado en un plazo relativamente inmediato.

La modificación de diferentes Estatutos de Autonomía que ha tenido lugar, y tiene relación con las limitaciones que se introdujeron en el Estatuto de Cataluña, seguidas posteriormente en la reforma de los estatutos de otras CCAA, para que sólo una parte de la recaudación fiscal de Cataluña pueda servir de base para compensar las diferencias en capacidad fiscal de las CCAA al objeto de disponer de servicios similares. En este sentido, las características más importantes y las condiciones de la evolución de la financiación sanitaria en los estatutos son:

1. Financiación sanitaria no finalista y de uso disponible por cada Comunidad Autónoma.

La financiación sanitaria constituye una parte integrada no diferenciada en el sistema de financiación autonómica general, en el que no hay ingresos fiscales finalistas, ni adscripción del conjunto o parte de los fondos recibidos a ninguna finalidad concreta. Con el conjunto de los ingresos de cada comunidad autónoma se constituye un fondo común, de cuya distribución, salvo algunas garantías iniciales de adscripción de determinadas cantidades a ciertas finalidades, entre ellas la sanitaria es responsable únicamente cada Administración autonómica.

Incluso en esos casos de garantías teóricas de adscripción de cantidades mínimas a ciertos fines no hay ningún mecanismo

efectivo de control externo a cada comunidad autónoma, ni siquiera durante el período, ya pasado, para el que se establecieron esas garantías nominales de dedicación.

Esa discrecionalidad en la distribución de los fondos por parte de las Comunidades se hizo también presente en la asignación de los fondos adicionales supuestamente dirigidos a la financiación sanitaria que se distribuyeron a las Autonomías tras la Conferencia de Presidentes de septiembre de 2005, cuyo uso con esos fines específicos se puso de inmediato en cuestión.

Esta falta de adscripción o finalidad está motivando un gran debate en la actualidad ya que la crisis económica está forzando a la reducción de gastos y dependiendo del tipo de política económica que se quiera poner en práctica se puede elegir no subir impuestos y bajar gastos a fin de reducir el déficit público, con lo que supone de reducción del gasto social.

2. Un sistema resultante de la evolución de un sistema finalista anterior se llegó desde un sistema de financiación sanitario diferenciado imperfecto, en el que los ingresos de origen contributivo basados en las aportaciones de trabajadores y empresarios fueron progresivamente sustituidos por aportaciones fiscales. El cierre de este proceso de sustitución de las fuentes se culminó en 1999, año en el que la totalidad de los fondos para la financiación sanitaria procedieron de fuentes fiscales. Pese a ello, el sistema de financiación sanitaria era supuestamente finalista y diferenciado hasta el momento ya descrito, a partir de enero de

2002, en el que la financiación sanitaria se integró de manera indiferenciada en el sistema de financiación autonómica general.

Las autonomías que absorbieron estas competencias en primer lugar, salvo País Vasco y Navarra que tenían concierto económico, lo hicieron sin evaluar económicamente el coste de estos servicios lo que supuso unos déficits anuales que se han ido acumulando y que en este momento no serán fáciles de compensar, debido a este déficit que se va generando las Comunidades empiezan a buscar sistemas alternativos que les permitan construir y / o renovar las instalaciones hospitalarias que con el paso de los años necesitan de esa adaptación a nuevas tecnologías y procesos.

3. Un sistema en el que predominan los objetivos de dotar de mayor financiación y capacidad de gasto a las CCAA sobre el de sostenimiento de un sistema sanitario equitativo, solidario y común, sin analizar la gestión del mismo.

La sustitución de ese sistema finalista previo por el sistema indiferenciado de financiación actual tuvo lugar en diciembre de 2001, mediante dos normas: la Ley Orgánica 7/2001, de 27 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de financiación de las CCAA (LOFCA), y la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las CCAA de régimen común. Esas leyes trasladaron al campo normativo los acuerdos previos alcanzados por el conjunto de las Autonomías de régimen común (todas menos Navarra y el País Vasco) en el Consejo de Política Fiscal y Financiera.

La puesta en marcha de este sistema de financiación tuvo lugar de manera simultánea con el cierre del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria (de la Seguridad Social) a las diez Comunidades que no habían recibido todavía ese traspaso. En ese proceso simultáneo las razones financieras y de incremento de la capacidad de gasto de las comunidades autónomas predominaron netamente sobre las razones sanitarias para la descentralización lo que está originando problemas de coordinación y de coste económico.

En la Disposición Final segunda de la Ley 21/2001, figura la condición para la aplicación del nuevo sistema de financiación a las diez CCAA que estaban pendientes de recibir los traspasos de la asistencia sanitaria y que básicamente suponía la aceptación de esos mismos traspasos.

Por otra parte, esas Comunidades obtuvieron una valoración económica de los bienes y servicios traspasados superior (si bien de manera discrecional y distinta para cada una de ellas) a la que se deduciría de los coeficientes de financiación previstos en los acuerdos de transferencia correspondientes en la Ley en la mayoría de los casos, aunque no se tuvieron en cuenta a la hora de realizar los cálculos económicos, las infraestructuras, la población de unas Autonomías que se atendía en las fronteras o en lugares de residencia de familiares, así como el estado de los recursos humanos.

La razón principal de la preferencia en aquel momento por la aprobación de un nuevo sistema de financiación autonómica hay

que buscarla en el papel que juegan los servicios sanitarios en el gasto público de las CCAA una vez éstas asumen su gestión. La proporción del gasto sanitario en el total del gasto público de cada Comunidad supuso, según las estimaciones más recientes, un promedio del 37,6% para cada CA en el año 2003<sup>14</sup>.

Dado que la finalidad del sistema de financiación autonómica es dotar a cada CA de fondos suficientes para afrontar los servicios que deben atender, el traspaso de los servicios sanitarios fue la condición indispensable para que se pudiera ceder el amplio paquete de impuestos que caracterizaron al nuevo sistema financiero. Sin el traspaso de los servicios sanitarios la cesión de impuestos tan amplia hubiera carecido de justificación. Además, aceptar una situación de traspasos sanitarios diferente para distintas CCAA hubiera significado la aplicación de sistemas de financiación distintos para cada uno de los grupos de aquéllas constituidos conforme a los servicios traspasados a la responsabilidad de su gestión. Esto habría roto de nuevo la homogeneidad del sistema de financiación autonómica (para todas las CCAA excepto Navarra y el País Vasco, que disponen de sistemas de financiación específicos conforme a los cuales ellas mismas recaudan su propios tributos, y cuya aplicación deriva en unos ingresos per cápita superiores a los del resto de Autonomías de régimen “común”), lo que era otro de los objetivos prioritarios de su implantación.

4. Los ingresos autonómicos en el sistema de financiación actual condicionan la evolución de la financiación sanitaria.

En el sistema indiferenciado de financiación actual los ingresos autonómicos están constituidos principalmente por porcentajes diferentes de una “cesta” de impuestos (33% del IRPF recaudado en cada territorio; 35% del IVA igualmente recaudado en la CA respectiva; 40% de los impuestos especiales en las mismas condiciones territoriales de recaudación). Tales impuestos son en todo caso recaudados por la Administración General del Estado (AGE) en el territorio de cada CA, y esos fondos son distribuidos también en su mayor parte (98%) a cada una de ellas mediante adelantos mensuales con arreglo a las previsiones recaudatorias correspondientes a cada territorio autonómico, estando a su vez prevista una liquidación final, positiva o negativa, una vez terminado cada año.

Esta asignación en base a previsiones de recaudación está generando graves tensiones entre la AGE, CCAA y los Ayuntamientos ya que se había adelantado mas financiación de la que al final se recaudó, el importe se había calculado en función a impuestos a ingresar sin haber tenido en cuenta la crisis económica y la disminución en la recaudación y ninguna de las partes había sido capaz de prever este problema, problema que se mantiene en estos momentos y que ha obligado a fijar déficits máximos para entidades locales y autonómicas desde el Congreso a través de la Ley General de Presupuestos anualmente.

Por otra parte, en el sistema de financiación autonómica actual las capacidades de gasto de cada CA derivadas de los ingresos generados con la cesión de los impuestos citados deben

confrontarse con las “necesidades de financiación” de cada una de ellas. Éstas últimas son la resultante de la suma de las “necesidades” establecidas en tres campos de actuación diferentes:

- las fijadas para los servicios generales de acuerdo con la población de cada territorio;

- las sanitarias, cuyo cálculo se hace de manera proporcional en un 75% a la población “protegida” de cada territorio (la del padrón de cada CA, de la que se resta la población protegida por MUFACE, MUGEJU e ISFAS en cada territorio respectivo), un 24,5% en proporción a la población mayor de 65 años, y un 0,5% (sólo aplicable a Baleares y Canarias) a la condición de insularidad. Estas cifras se establecieron de manera discrecional, sin soporte estadístico que justificase que los requerimientos de financiación sanitaria deriven de los criterios señalados, y menos aún que lo hagan en esa proporción, pero fueron las cifras aceptadas por todas las CCAA en el Consejo de Política Fiscal y Financiera; el problema a la hora de considerar la población “sanitaria” que no censada es que ambas no coinciden tanto por la población que por facilidades de comunicación o cercanía a las infraestructuras sanitarias es atendida, así como por aquellos familiares mayores que pasan el invierno con otros allegados lejos de su comunidad, como por aquellas personas que se desplazan a otra comunidad para un tratamiento público que no existe en la suya;

- por último, las necesidades de servicios sociales, cuya base de cálculo es la población de cada territorio que supera la edad de 65 años.

Con la suma de las cantidades de financiación proporcionales correspondientes a cada CA por cada uno de esos bloques se calculan las necesidades globales de financiación de cada una de ellas. (No obstante, conforme al criterio no finalista señalado en el apartado anterior, hay que repetir que las “necesidades” sanitarias así determinadas no significan que esas cantidades se destinen a fines sanitarios por cada CA. Por el contrario, el conjunto de las cantidades que recibe cada una de ellas constituye un fondo común, que, como se ha indicado en el apartado 1, se distribuye entre los distintos servicios conforme al criterio de cada una de aquéllas).

Para la mayoría de las CCAA, las “necesidades” globales de financiación así determinadas son superiores a los ingresos previsiblemente generados con los impuestos cedidos en la proporción antes indicada. Para resolver esas diferencias entre “necesidades” e ingresos funciona como elemento complementario un Fondo de Suficiencia financiado por la (AGE) con sus propios fondos, y con los de aquellas CCAA en los que sus ingresos mediante los impuestos cedidos sean superiores a sus necesidades de financiación.

Las desigualdades entre CCAA en cuanto a las diferencias entre “necesidades” e ingresos y, en consecuencia, en cuanto al porcentaje del gasto que debe ser cubierto por el Fondo de

Suficiencia, en cada caso, fueron muy notables desde el principio de la instauración del actual sistema de financiación. Para 1999, que se tomó como año de referencia inicial para la aplicación del sistema, sólo dos CCAA, Baleares y Madrid, superaban en la previsión de ingresos con los impuestos cedidos la previsión de “necesidades”, y lo hacían en porcentajes diferentes: Baleares en un 12,6% y Madrid sólo en el 3,4%. El resto de CCAA presentaba unos “déficits” a cubrir con el Fondo de Suficiencia de entre un 64,2% de sus “necesidades” (es el caso de Extremadura; en Castilla-La Mancha era del 52,4%; en Galicia del 50,9%; en Andalucía del 49,2%) y un 15,2% (el caso de Cataluña; la siguiente era la Comunidad Valenciana con el 28%), con un promedio del 33,2%<sup>15</sup>. Esta situación ha evolucionado tanto en cifras absolutas como relativas desde el inicio de la aplicación del sistema, sobre todo en razón de los incrementos recaudatorios por los diferentes tributos que se han producido a lo largo de los últimos años de elevado crecimiento económico. Pese a ello se mantienen diferencias proporcionales muy importantes entre distintas CCAA que se han intentando ir corrigiendo con la última modificación de financiación pero que las CCAA siguen considerando insuficiente, es mas algunas de ellas, caso de Murcia, se está solicitando la devolución de transferencias al Estado.

##### 5. Mecanismos de corresponsabilidad fiscal.

Pese a la adscripción de esos impuestos a la financiación de cada CA, éstas carecen de capacidad normativa sobre la mayoría de ellos, así como de intervención en la propia recaudación. Esta

situación pone en cuestión la existencia de mecanismos reales de corresponsabilidad fiscal (quien hace el gasto debe ser responsable del esfuerzo recaudatorio para recabar los fondos que se gastan, so pena de que se descontrole el gasto efectuado si el esfuerzo recaudatorio lo realiza una autoridad diferente), que fue la razón principal por la que se justificó la implantación del nuevo sistema de financiación<sup>16</sup>.

El sistema de corresponsabilidad fiscal debería suponer también que los incrementos de gasto por parte de las comunidades autónomas que estén por encima de la financiación recibida acordada debieran ser atendidos con cargo a su propia responsabilidad, bien sea por la mejora de la actividad recaudatoria de los tributos recaudados en su propio territorio, o por el establecimiento de recargos tributarios propios sobre los impuestos cedidos total o parcialmente. Son dos campos en los que la capacidad de las CCAA, como se ha indicado en el párrafo anterior, y en todo caso su decisión efectiva de implantar los recargos citados, es casi inexistente en la práctica. Por el contrario, las administraciones autonómicas siguen tendiendo a la reducción de impuestos o el aumento de las desgravaciones fiscales (Eliminación de Impuesto de sucesiones, etc.). A su vez, el margen de incremento de los ingresos por la mejora de la capacidad recaudatoria de los tributos propios, que suponen una parte menor de la financiación, en relación con el volumen de éstos, parece escaso. Si a esta falta de interés recaudatorio autonómico se le suma la crisis económica por la que se está pasando las

perspectivas de incremento de financiación por la vía de la corresponsabilidad fiscal son muy escasas.

#### 6. Garantías de la financiación sanitaria.

En la definición del sistema por las leyes de 2001 citadas se estableció una garantía de porcentajes mínimos de ingresos autonómicos que debían utilizarse en gasto sanitario para un período, ya transcurrido, de tres años. A partir del final de ese período, en 2005, los ingresos, ya sin garantía sectorial alguna, pasarían a depender de la capacidad recaudatoria de los impuestos vinculados a la financiación autonómica general en cada territorio. Como se ha comentado con anterioridad la vinculación se ha eliminado pero las CCAA han continuado, en algunos casos de forma desmesurada, incrementando la cartera de servicios sanitarios lo que directamente incrementa el gasto.

#### 7. Fondos sanitarios específicos.

El sistema de financiación actual contempla la existencia de dos fondos sanitarios específicos: el denominado “de cohesión sanitaria” y el de “incapacidad temporal”. La cuantía de esos fondos es escasa. Su dotación supone alrededor de un 1/1.000 del presupuesto global del Sistema Nacional de Salud para asistencia sanitaria. Por otra parte, y aunque el primero de ellos ha sido objeto de diferentes regulaciones, no hay posibilidad de realizar distribuciones discrecionales de dichos fondos por parte de la AGE. Cada uno se debe distribuir con arreglo a coeficientes preestablecidos, sin posibilidad de estimar el cumplimiento de ninguna otra condición de cuyo mantenimiento fuera responsable

la propia AGE. Ambas razones los hacen carecer de validez como instrumentos reales de cohesión, y para acreditar la intervención de la AGE en la asistencia sanitaria en las funciones que le serían propias, como la garantía de la universalidad y equidad de la protección.

#### 8. Asignaciones de nivelación.

El actual sistema de financiación también incluye asignaciones de nivelación en la asistencia sanitaria (lo mismo que en Educación). Sin embargo, la aplicación de éstas no se contempla en relación con la existencia de diferencias en la distribución o dotación de los servicios sanitarios en territorios autonómicos distintos. Por el contrario, con arreglo a lo previsto en el artículo 67 de la Ley 21/2001 (que desarrolla lo previsto en el artículo tercero de la Ley Orgánica 7/2001), la puesta en marcha de un proceso de “nivelación” en el campo sanitario se plantea únicamente como consecuencia de desviaciones muy importantes (superiores al 3%) del crecimiento de la población de una CA con respecto a la media nacional de este mismo parámetro. En la norma citada se prevé que de superarse esa desviación se pondría en marcha lo que se define como un proceso de debate entre la AGE y la CA que se pudiera ver afectada por situaciones de crecimiento poblacional como el descrito. No obstante, no se establecen criterios precisos de dotación ni de constitución de tales fondos, ni se concretan tampoco los criterios con los que cabría distribuirlos en su caso. *En definitiva, en España la financiación sanitaria no está consolidada, sujeta a vaivenes políticos y agravada por la crisis económica tiene*

*una situación bastante incierta, en especial porque el principal problema que es, a su vez, origen del resto no se afronta: La gestión eficiente y profesionalizada de sus recursos de una manera coordinada para evitar despilfarros y discriminaciones territoriales.*

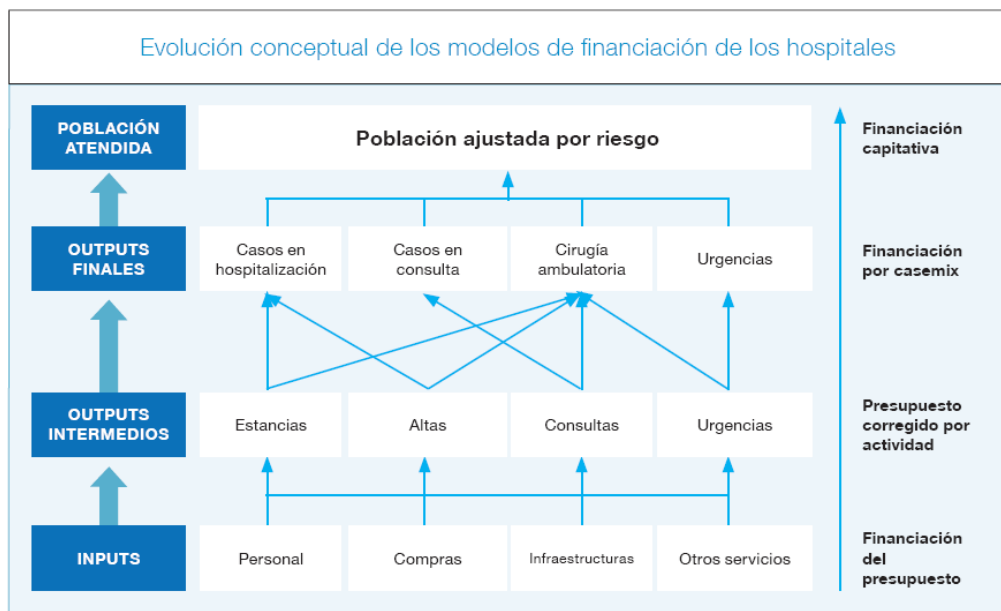
#### **4.2.3 La financiación según los modelos de gestión hospitalarios**

La búsqueda de la eficiencia, o, en sentido estricto, la necesidad de reducir el gasto sanitario ha llevado a buena parte de los países de nuestro entorno a replantearse la forma de elaborar los presupuestos que se asignan a los proveedores de la atención sanitaria, tanto a nivel macro (ya sean éstos fondos de seguro o áreas territoriales) como a nivel meso (hospitales o proveedores de atención primaria). Dicha búsqueda ha dado paso a la sustitución de presupuestos de tipo retrospectivo (que se limitan a reembolsar los costes de la atención prestada, y donde todo el riesgo es asumido por el financiador) por presupuestos prospectivos (que permiten el traslado de riesgos, en todo o en parte, a los proveedores de servicios). En el primer caso (Pago retrospectivo) se encuentra el modelo de pago a los hospitales PPP. Una variante de financiación prospectiva consiste en reembolsar la actividad prestada por el proveedor a partir de un esquema de tarifas basado, por ejemplo, en los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD's)<sup>17</sup>.

En el gráfico siguiente (Evolución conceptual de los modelos de financiación de los hospitales) vamos a observar una primera aproximación desde un punto de vista evolutivo y general de los

diferentes modelos de financiación, su evolución y relaciones entre las diferentes variables que a continuación se van a ir explicando.

**Gráfico 5: Evolución conceptual de los modelos de financiación de los hospitales**



Fuente: Antares Consulting, 2005.

¿Cómo se fija la tarifa de pago por actividad sanitaria a los hospitales modelos PPP? Consiste en asignar la financiación de acuerdo con el gasto futuro esperado, utilizando presupuestos fijos. Al margen de la cantidad total a distribuir, que es una decisión de carácter político, el diseño de mecanismos de financiación prospectiva se fundamenta, en la mayor parte de los casos, en el cálculo de capitaciones (Ver tabla 3<sup>18</sup>), que permiten asignar a cada individuo una cantidad de recursos en función de su necesidad relativa de gasto, que depende a su vez de las características individuales (tales como el sexo, la edad, la morbilidad o la situación socioeconómica). En realidad, el comportamiento real del consumo se utiliza para inferir los factores de necesidad a partir de procedimientos estadísticos.

**Tabla 3 Variables utilizadas para el cálculo capitativo**

- 1. Variables demográficas.** La estructura demográfica de los diferentes planes se toma en cuenta a la hora de realizar el ajuste de riesgos mediante la división de la población en cohortes de edad y sexo.
- 2. Colectivos ‘objetivo’.** Grupos de población (%) perteneciente a colectivos considerados en situación de desventaja sanitaria cuya corrección se pretende conseguir a través de la asignación considerada.
- 3. Situación laboral.** Información sobre el número de personas con invalidez laboral o con bajas temporales de enfermedad, por ejemplo. Las ventajas de estos datos son que se actualizan regularmente y que son universales. Sin embargo, el hecho de que no estén diseñados específicamente para consideraciones sanitarias y que sean vulnerables a manipulaciones, representan los principales inconvenientes de su uso.
- 4. Situación geográfica.** La densidad poblacional del plan sanitario (de base territorial) suele ser tomada en cuenta a la hora de realizar el ajuste de riesgos. Los motivos principales se deben a dos razones; primero, al hecho de que la diferencia en el grado de urbanización de una población dé lugar a necesidades sanitarias relativas diferentes, y segundo a la diferencia en costes de proveedor ciertos servicios sanitarios (por ejemplo, servicios de ambulancia o logísticos en general).
- 5. Morbilidad y mortalidad.** Las tasas de morbilidad aparecen como un elemento común a algunos sistemas de ajuste de riesgos que actualmente se aplican por ser la variable “proxy” más fiable que se tiene de la morbilidad. Normalmente se suelen utilizar tasas estandarizadas y en muchos casos se opta por no incluir las tasas de mortalidad para los grupos de edades más avanzadas, puesto que sus tasas de mortalidad pueden dominar la tasa global de mortalidad del ‘plan’, haciendo que ésta no refleje adecuadamente el nivel de necesidad relativa de la población total del plan sanitario. Respecto a las variables de morbilidad, la falta de datos universales ha hecho que su aplicación a efectos de ajuste de riesgos no sea común, utilizándose, en algunos casos, datos sobre el número de personas con algún tipo de invalidez permanente o datos de encuesta sobre autopercepción del estado de salud.
- 6. Variables socioeconómicas.** Mediante la inclusión de estas variables se trata de incorporar en el ajuste de riesgos las mayores necesidades sanitarias que se producen como consecuencia de situaciones de privación y/o marginación social. Algunas de las variables utilizadas son: tasas de desempleo, estructura familiar, calidad de la vivienda, clases sociales y renta.

Los presupuestos capitativos, al estimar el consumo esperado de la población, tienen la ventaja de generar incentivos a la contención de costes (Ver tabla 4). Además, al tener en cuenta las diferencias en la necesidad de las distintas poblaciones, contribuyen a la equidad en mayor grado que otros esquemas de financiación. Cuando la distribución de recursos a los proveedores no está vinculada con la necesidad de la población a la que cubren, se genera una desigualdad ex - ante que no permite alcanzar el logro de la igualdad de acceso.

**Tabla 4: Condiciones que deben cumplir las variables de cálculo del sistema capitativo**

Útil	→	Factor de riesgo
Fiable	→	No sujeta a errores importantes, esto es, replicable
Factible	→	Disponible con facilidad y con un coste de obtención bajo
Universal	→	Disponible para toda la población
Objetiva	→	La definición no puede ser subjetiva
No generadora de incentivos perversos	→	La utilización y el gasto previos, siendo buenos predictores, caen de lleno en este tipo de problemas

No obstante, resulta imposible diseñar mecanismos que reúnan la doble característica de ser eficientes y equitativos. Así, los problemas de selección de riesgos en presencia de competencia entre proveedores, los incentivos a escatimar la cantidad y/o la calidad de la asistencia prestada o a crear listas de espera son algunos de los inconvenientes de los

sistemas capitativos, que pueden tener repercusiones notables sobre la equidad. Por otra parte, el reparto de los recursos sanitarios a las zonas geográficas o a las aseguradoras, según los países, se realiza en función de ciertas variables (como la edad y el sexo, entre otras) que se han demostrado relevantes en la determinación del gasto en el pasado (y que se consideran proxies de la necesidad sanitaria). De este modo, los mecanismos de financiación capitativa tienden a perpetuar inequidades al ignorar las necesidades no satisfechas (y que, por lo tanto, no se reflejan en el gasto real) de ciertos grupos de población. Además, resulta difícil aislar la influencia de los factores de oferta en el gasto, por lo que las asignaciones pueden estar influidas por patrones históricos de oferta y barreras al acceso.

Pese a los inconvenientes citados, el diseño de los sistemas capitativos también está relacionado con el logro de la equidad. El objetivo básico en términos de equidad es común para todos los países de nuestro entorno económico, y consiste en asegurar la igualdad de acceso a igual necesidad (o igual riesgo). Este objetivo ha permanecido constante a lo largo del tiempo, desde que comenzaron a desarrollarse los métodos capitativos en Inglaterra a mediados de los años 70 con la fórmula RAWP (Resource Allocation Working Party), que vinculan la distribución de recursos a las regiones con la necesidad de su población. No obstante, precisamente en Inglaterra ha empezado a considerarse la incorporación de un criterio de equidad alternativo al mecanismo de capitaciones, que consiste en contribuir a la reducción en las desigualdades en salud evitables.

En el caso inglés se plantea pues un cambio de enfoque que implica desviar la atención de los medios a los fines, de la atención sanitaria a la salud, de la equidad horizontal a la vertical. Dada la novedad de este modelo, merece la pena detenerse un poco más en sus fundamentos e implicaciones.

El argumento es el siguiente: las desigualdades en salud pueden tener su origen en variaciones en la calidad de los servicios sanitarios, el acceso a dichos servicios o la forma en que los individuos producen salud. Cuando el resultado debido a las diferencias en las funciones de producción salud se considera inaceptable ha de plantearse un cambio fundamental en el mecanismo de asignación capitulo, tal que los recursos se reasignen hacia los individuos con peor esperanza de vida o niveles de salud más reducidos. Por lo tanto, una vez identificados los grupos desfavorecidos y sus áreas de residencia, la asignación de los recursos debe responder a la composición por grupos en cada área.

La lógica de incorporar un criterio de desigualdad en salud a la asignación de recursos implica inevitablemente su incorporación a la evaluación económica de tecnologías, así como un cambio en el modo en que se ofrecen las recomendaciones clínicas a los médicos. En principio, las tecnologías deberían evaluarse de forma diferente en función del estado de salud del individuo. La necesidad de dirigirse a la población con niveles de salud menores puede significar que ciertos tratamientos sean recomendados para estos grupos, a pesar de no ser considerados coste-efectivos para grupos de población con niveles de salud más elevados. En cualquier caso, el incremento del volumen de recursos que se dirige a las áreas von mayor necesidad no implica necesariamente una reducción de

las desigualdades en salud. Por el contrario, puede conducir a la perpetuación de los patrones de utilización existentes en el área pero a un nivel de salud medio mayor. En este sentido, surgen importantes cuestiones acerca de la gestión y auditoría de resultados si se quiere que los objetivos de política sanitaria se traduzcan en acciones concretas de los profesionales del sector.

Las políticas intersectoriales adquieren una especial relevancia en la estrategia de reducción de las desigualdades en salud. En este sentido, una política socialmente óptima debería asignar los recursos entre áreas de tal manera que el beneficio marginal del gasto público (en términos de reducción de las desigualdades en salud) fuese igual en cada área de política pública (medioambiente, educación, vivienda, políticas de redistribución de renta, etc.).

En los últimos años se ha producido un progreso considerable en el desarrollo de los esquemas capitativos (Ver tabla 5), tanto por la mejora de las fuentes de información utilizadas en la elaboración de las fórmulas de reparto como por los avances metodológicos relacionados con su diseño. El elemento central de estos esquemas reside en la identificación de las variables que determinan el consumo sanitario de los individuos (que actúa como proxy de su necesidad) y en el cálculo de la ponderación que cada variable debe tener en el reparto. El rasgo común en todos los países que utilizan mecanismos de carácter capitativo es la consideración de la edad como variable relevante en la asignación de recursos.

**Tabla 5: Empleo de fórmulas capitativas en el contexto internacional**

PAIS	Plan Sanitario	Factores de ajuste de riesgo utilizados		
		Nivel individual	Nivel de plan sanitario	Otros factores
<b>ALEMANIA</b>	Seguros de enfermedad (de carácter laboral y competitivos)	Edad, sexo		Renta media individuos del seguro
<b>AUSTRALIA</b>	17 Áreas sanitarias (definidas geográficamente)	Edad, sexo, minoría étnica, "sin techo"	Mortalidad, Nivel educativo, ruralidad	Utilización sanidad privada, flujos de desplazados, variaciones de costes
<b>BÉLGICA</b>	100 seguros de enfermedad (entorno competitivo)		Edad, sexo, desempleo, invalidez, urbanización	
<b>CANADÁ</b>	17 Servicios Sanitarios regionales	Edad, sexo, minoría étnica, renta	Dispersión de la población	Flujos de desplazados, variaciones de costes
<b>ESCOCIA</b>	15 Consejos Sanitarios	Edad, sexo	Mortalidad	Costes de ruralidad
<b>ESTADOS UNIDOS</b>	Medicar	Edad, sexo, invalidez, renta, Diagnósticos hospitalarios previos, Condado de residencia	Mortalidad, ancianos viviendo solos, renta, nacimiento con bajo peso	Costes laborales
<b>ESTADOS UNIDOS</b>	Veteranos	Nivel de Dependencia	Mortalidad, ancianos viviendo solos, estado civil	
<b>FINLANDIA</b>	452 municipios	Edad, invalidez	Archipiélago, lejanía	Base fiscal de los individuos del municipio
<b>FRANCIA</b>	25 regiones	Edad		En fase de implantación
<b>HOLANDA</b>	26 seguros de enfermedad (competitivos)	Edad, sexo, situación laboral (incluyendo grados de invalidez)	Urbanización	Renta mínima de individuos del seguro
<b>INGLATERRA</b>	100 Regiones Sanitarias	Edad	Mortalidad, morbilidad, desempleo, ancianos viviendo solos, minorías étnicas, estatus socioeconómico	Variaciones de costes

PAIS	Plan Sanitario	Factores de ajuste de riesgo utilizados		
		Nivel individual	Nivel de plan sanitario	Otros factores
<b>IRLANDA DEL NORTE</b>	4 consejos sanitarios  (definidos geográficamente)	Edad, sexo	Mortalidad, ancianos viviendo solos, medidas de pobreza, bebés nacidos con bajo peso	Ajustes por costes en zonas rurales
<b>ITALIA</b>	21 gobiernos regionales	Edad, sexo		
<b>NORUEGA</b>	19 condados (gobiernos regionales)	Edad, sexo	Mortalidad, ancianos viviendo solos, estado civil	Base fiscal
<b>NUEVA ZELANDA</b>	4 Regiones	Edad, sexo, minoría étnica, renta	Ruralidad	
<b>PAÍS DE GALES</b>	5 Autoridades Sanitarias regionales	Edad, sexo	Mortalidad	Ajuste por coste de la dispersión
<b>SUIZA</b>	200 fondos de enfermedad	Edad, sexo, religión		Renta media individuos del fondo

Algunos países europeos han introducido ajustes muy rudimentarios al criterio per cápita simple, basados exclusivamente en la edad (como Francia) o en la combinación de la edad y el sexo (como Alemania y Suiza). Otros, sin embargo, han empleado métodos de mayor refinado en los datos. El ejemplo clásico corresponde al modelo inglés, que ha utilizado su famosa fórmula RAWP durante más de 20 años, y ha ido introduciendo avances metodológicos notables en la identificación de las variables determinantes del consumo (que se emplea como proxy de la necesidad). El caso inglés constituye un buen ejemplo de cómo combinar los dos enfoques básicos de cálculo de las capitaciones: el enfoque “matricial” y el basado en el cálculo de un “índice”. Según el primer modelo, algunas variables representativas de la necesidad se utilizan para crear un conjunto de celdas en las que cada entrada representa el

coste anual esperado de un ciudadano con las características relevantes (como la edad, el sexo, la incapacidad, etc.). Por su parte, el cálculo de un “índice” consiste en combinar medidas agregadas de las características de un grupo de población, con el fin de aproximar las necesidades de gasto agregadas. Otros países que utilizan métodos similares son Finlandia e Italia. Entre los países que emplean medidas agregadas para introducir ajustes por riesgo cabe citar el caso de Bélgica, que aproxima la necesidad a través de variables como la estructura demográfica, las tasas de mortalidad, la proporción de desempleados y de discapacitados o la calidad de la vivienda.

No obstante, el empleo de datos agregados genera el conocido problema de la “falacia ecológica”. Este problema consiste en la identificación de factores que a nivel agregado se muestran como determinantes del gasto, pero que no se corresponden con factores de necesidad a nivel individual. Algunos países disponen de datos individuales que permiten superar este inconveniente. Así, Francia, Alemania, Suiza, Países Bajos, Nueva Zelanda, Estados Unidos en su programa Medicare, la provincia de Alberta en Canadá o Suecia basan el reparto de los fondos sanitarios en el método “matricial”, a partir de distintas variables. Los modelos empleados en cada caso van desde los sencillos correspondientes a Francia, Alemania y Suiza hasta el sofisticado de Suecia (En concreto en el condado de Estocolmo), donde las capitaciones en atención hospitalaria se elaboran mediante una matriz que contempla el sexo, la edad, la situación familiar, la categoría ocupacional y la situación con respecto a la tenencia de vivienda a partir de una base de registros individuales muy detallada. Como se comentaba anteriormente, al ser el

patrón de gasto real el que sirve de base de cálculo para la capitación, las fórmulas de reparto tienden a ignorar el grado de necesidades no satisfechas en los grupos menos favorecidos.

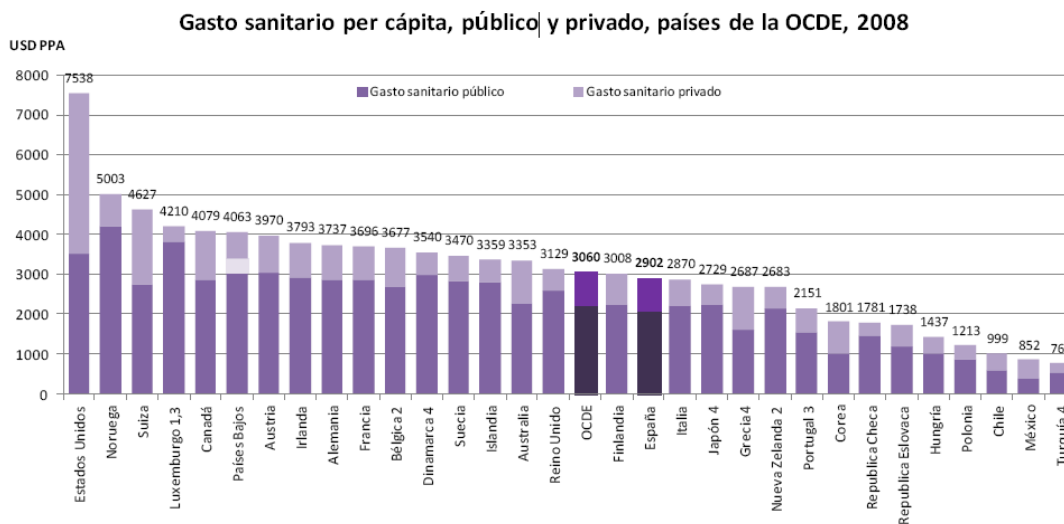
Al margen de la propuesta inglesa, que no pasa de ser una propuesta teórica con un difícil desarrollo en el terreno práctico, algunos países han decidido alterar los ajustes capitativos obtenidos empíricamente para dirigir recursos adicionales a dichos grupos, como en el caso de Nueva Zelanda, donde se ha incrementado el volumen de fondos destinado a la población aborígen que, según la evidencia disponible, registra un cierto infraconsumo de atención sanitaria.

Algunos países también incorporan mecanismos complementarios a la capitación para ajustar por las variaciones en los costes que se producen entre proveedores. Muchos esquemas emplean el sistema de tarifas asociado a los GRD's para evitar algunas variaciones en los precios. En otros casos, como en Irlanda del norte, Finlandia o Nueva Zelanda, se establecen ajustes que compensan por los mayores costes de prestación de la atención sanitaria que se registran en las áreas rurales. Finalmente, el esquema de asignación de recursos al programa de Veteranos en Estados Unidos ajusta sobre la base de comparar el nivel de salarios que pagan los distintos proveedores. Asimismo, algunos países también establecen compensaciones por pacientes desplazados, como en el caso, entre otros, de Canadá.

#### 4.2.4 Fuentes de financiación y fórmulas de participación directa en el coste por parte de los usuarios

En el grupo de países de nuestro entorno económico cabe distinguir tres tipos de modelos sanitarios diferenciados, que determinan a su vez las características de los esquemas de financiación: el “modelo estadounidense”, de naturaleza básicamente privada –a pesar del notable peso de los programas públicos, Medicare, Medicaid y el programa de asistencia a los Veteranos-; los modelos de Seguridad Social y los Sistemas Nacionales de Salud. A pesar de que estos dos últimos modelos se articulan sobre la base de una intervención pública mayoritaria, es destacable el peso que los gastos privados representan sobre el gasto total.

**Gráfico 6: Gasto sanitario per cápita (Elab. Propia)**



1. Se refiere a la población asegurada más no a la población residente. 2. Gasto corriente. 3. 2006. 4. 2007. Fuente: *Eco-Salud OCDE 2010*, Junio 2010. Datos en Dólares US, ajustados por paridad de poder de adquisición (PPA), lo cual permite comparar los gastos entre los países con una base en común. PPA es la tasa de cambio que iguala el costo de una canasta dada de bienes y servicios entre diferentes países.

Entre 2000 y 2008, se estima que los fondos dedicados al gasto en salud per cápita, crecieron en promedio para países de la OCDE 4.2% anual en términos reales, mientras en España crecieron al 4.7% en este mismo periodo (Ver gráfico 6).

El sector público es la fuente principal de fondos en salud en todos los países de la OCDE, a excepción de los Estados Unidos y de México. En España, la proporción de financiación pública del sector salud alcanzó el 72.5% en el 2008, casi igual al promedio en la OCDE de 72.8%. Los países con las proporciones públicas de gastos en salud mayores (por encima del 80%) son los países nórdicos (Dinamarca, Noruega, Islandia y Suecia), el Reino Unido y el Japón.

Los componentes básicos de la financiación privada corresponden a participaciones directas en el coste por parte de los usuarios y al pago de seguros privados. Por lo que respecta a los pagos directos por parte de los pacientes, cabe destacar el peso que esta fuente de financiación representa en países como Suiza (31,5%), España (23,6%), Italia o Finlandia (20%). Por el contrario, según los datos suministrados por la OCDE, Francia (9,8%), Países Bajos (10,1%) Alemania (10,4%) o Luxemburgo (11,9%) aparecen entre los Estados donde los pagos directos tienen un peso relativamente menor. Salvo en España, Finlandia, Luxemburgo, Australia y Nueva Zelanda, la proporción que esta fuente de financiación supone sobre el gasto sanitario total ha experimentado ligeras reducciones.

Por su parte, el gasto en seguros privados destaca por su importancia relativa (al margen del caso estadounidense, donde representan el 36,2% de la financiación total) en Países Bajos (17%), Francia y Canadá (ambos

en torno al 13%), mientras Italia (0,9%), Luxemburgo (1,4%) y Dinamarca (1,6%) registran los porcentajes menores. España, por su parte, registra un porcentaje próximo al 4% del gasto sanitario total. En la actualidad con la crisis económica los gastos en seguros privados están sufriendo un fuerte descenso tanto por el número de suscriptores como por el cambio de la situación del mercado ya que para compensar la reducción de pólizas individuales se ha desarrollado el mercado de pólizas colectivas (Empresas, asociaciones, etcétera).

En principio, la preocupación por garantizar la equidad (entendida como igualdad de acceso a la atención sanitaria) limita el papel de las distintas fórmulas de participación directa en el coste por parte de los usuarios en la mayor parte de los países (ya adopten la forma de una cantidad fija por servicio o producto –el copago en sentido estricto en terminología anglosajona–; de un porcentaje del precio total –“coseguro” o, tal y como se denomina en algunos países, ticket moderador–; o de “deducibles” –equivalentes a una franquicia–), aunque están presentes en todos ellos de una forma u otra. Sin embargo, también es cierto que una de las tendencias con mayor relevancia de los últimos años ha consistido en aumentar la parte de los costes que soportan directamente los pacientes (o asegurados), en línea con otras medidas dirigidas al mismo objetivo: contener el crecimiento del gasto sanitario. Las últimas reformas en este sentido han tenido lugar en Alemania y Francia. Alemania, con la Ley de Modernización del Seguro Estatutario, en vigor desde enero de 2004, ha pasado de un modelo de libre acceso a cualquier especialista a introducir un pago de 10 € en la primera visita ambulatoria de cada trimestre. Asimismo, incrementa el importe de los

copagos ya existentes –especialmente en el consumo de medicamentos– y endurece las condiciones de exención de los mismos. Por su parte, la Asamblea Nacional francesa aprobó una reforma del Seguro de Enfermedad que obliga al ciudadano al pago de 1 € por acto médico. Esta cantidad podrá ser modificada por decreto por el Gobierno, lo que ha generado el convencimiento de que será aumentada en el futuro.

Tomando como referencia el ámbito de la Unión Europea (cuadro 3), se observa que en las prestaciones de atención primaria aproximadamente la mitad de los Estados miembros establecen algún tipo de participación en el coste para los usuarios, ya sea en forma de un pago fijo por consulta o prueba diagnóstica (Austria, Finlandia, Portugal o Suecia) o bien como un porcentaje del coste total (Luxemburgo). Francia combina ambos mecanismos y Bélgica, por su parte, aplica un sistema de deducibles. En algunos casos los pagos difieren en función de que se trate de la primera o sucesivas visitas (como en Luxemburgo) o según donde se lleve a cabo la consulta (Portugal). No obstante, es frecuente que se establezcan exenciones para determinados colectivos (niños, pensionistas, individuos de baja renta, etc.).

En el ámbito de la prestación de asistencia especializada, los Estados que ofrecen asistencia gratuita son Dinamarca (al menos para una parte de la población), España, Grecia, Países Bajos, Irlanda y Reino Unido. En Italia y Portugal la hospitalización es gratuita, pero se establece un ticket moderador para las consultas al especialista. En algunos casos, pese a la gratuidad, existe la posibilidad de obtener una mejora de la calidad hotelera mediante pago. El resto de países tienen en común el haber establecido pagos por día de hospitalización (en algún caso incluyendo

un canon de admisión, como en Bélgica), que suelen estar sujetos a limitaciones temporales, con el fin de aliviar el coste en tratamientos de larga duración. El importe de estos pagos ha ido aumentando en los últimos años, en general de forma moderada. No obstante, algunos países han registrado incrementos significativos en las cuantías fijadas para los copagos. En este sentido destaca el caso de Austria, que ha triplicado el coste por día de hospitalización desde 1999.

Finalmente, todos los países establecen participaciones en el coste en el ámbito farmacéutico, a excepción de Irlanda, que provee gratuitamente los medicamentos para los individuos con protección total. La participación en el coste se materializa nuevamente, bien en una cantidad por fármaco prescrito, bien en un porcentaje del precio de los medicamentos. En el primer caso se encuentran Alemania, Austria, o el Reino Unido, mientras en el segundo grupo aparecen Bélgica, España, Francia, Grecia, Luxemburgo y Portugal. Italia, por su parte, combina ambas fórmulas de copago, y los países nórdicos combinan la aplicación de cantidades deducibles con porcentajes de participación en el coste aplicados sobre el precio de los fármacos. En general, los copagos varían en función de un conjunto de variables: la utilidad terapéutica de los fármacos, la gravedad y/o cronicidad de las enfermedades, la edad o la capacidad económica de los individuos.

El control del gasto farmacéutico ha centrado buena parte de los esfuerzos de los Estados miembros de la UE, de manera que, al margen de estos mecanismos, también se han generalizado las listas de medicamentos autorizados, se han incorporado los precios de referencia en prácticamente la mitad de estos países y se ha fomentado la

utilización de genéricos, ver últimas decisiones del Gobierno español de agosto 2011.

A la hora de valorar la eficiencia de los mecanismos de participación directa en el coste por parte de los usuarios, hay que considerar cuál es el motivo principal que mueve a las autoridades a establecerlos y/o aumentarlos. Existen básicamente dos razones para implantarlos: por un lado, reducir/eliminar la demanda innecesaria; por otro, aumentar los ingresos públicos. En relación con la primera de estas razones, y según indica la evidencia empírica, los copagos (en un sentido amplio que incluye tickets moderadores, deducibles, etc.) no sólo tienden a reducir la demanda innecesaria, sino también la necesaria. En un mercado caracterizado por la asimetría informativa entre paciente y profesional sanitario, parece razonable que los mecanismos de racionalización del consumo sanitario recaigan básicamente sobre el lado de la oferta, sin perjuicio de que estos mecanismos puedan complementarse con otras medidas. En cuanto a la implantación de copagos como instrumento de recaudación de ingresos públicos, es preciso advertir de que su eficacia recaudatoria puede verse seriamente afectada por los costes de administración asociados a su diseño.

La crisis económica ha sido, y está siendo, más profunda y larga de lo que en un principio se preveía esto está suponiendo que los Gobiernos están poniendo en marcha diferentes políticas económicas para salir de la misma, el problema es que hasta la fecha las políticas que se llevan a cabo no están siendo coordinadas y, en algunos casos, son opuestas dadas las diferentes teorías económicas que se están aplicando. Mientras

que en algunos países, con Estados Unidos a la cabeza, la propuesta es incentivar el crecimiento en Europa el objetivo es el control del déficit lo que está obligando a los países miembros de la U.E. a realizar duros ajustes económicos. Estos ajustes están suponiendo una reducción del gasto Público lo que implica una reducción del Estado de Bienestar y, por lo tanto, uno de los sectores cuestionados es la Sanidad Pública.

En los próximos años la tendencia en la Sanidad Pública va a ir encaminada a reducir su coste, tomando las medidas que sean necesarias, entre las que se incluyen, según tengan una visión de mantenimiento del Estado de Bienestar o sean de corte liberal, las siguientes:

**Tabla 6: Recomendaciones OMS vs. Políticas Liberales**

<b>Recomendaciones OMS<sup>19</sup></b>	<b>Recomendaciones Políticas Liberales</b>
1. Generalizar la prescripción de genéricos, formando a los pacientes y controlando a los prescriptores (facultativos).	1. Implantar el copago, incluyendo en las consultas, urgencias y estancias; en algunos casos se propone que también incluya el coste de alimentación del paciente.
2. Controlar la comercialización de medicamentos de usos inadecuados o ineficaces, así como baja calidad y falsificados.	2. No se toman medidas al respecto cuando el consumo farmacéutico es el gasto más caro después de los costes de personal, así como problemas de corrupción.
3. Reducir el uso excesivo de productos y servicios sanitarios por temor a querellas (medicina defensiva) o por demanda inducida por proveedores. Cambio en la gestión instaurando guías de	3. Al igual que en el primer punto, las únicas propuestas son implantar el copago ya mencionado, así como pagar muy tarde a los diferentes proveedores. Asimismo, el planteamiento es reducir el peso del Sector Público introduciendo a la gestión Privada que

<p>práctica clínica y reduciendo el peso de la financiación capitativa o la financiación vía GRD. Financiación vía impuestos indirectos para aquellos productos o servicios que suponen unos hábitos no saludables (Tabaco, alcohol, etc.).</p> <p>4. Despilfarro en los sistemas sanitarios; Ejercer control sobre los drivers del gasto (Control de consumos de productos farmacéuticos y sanitarios), rediseñar los procesos que generan los mayores consumos (Control de tareas y recursos humanos), introducir líneas de gestión que ya han sido implantadas en otros sectores (Reformas en la gestión logística)<sup>20</sup>.</p> <p>5. Sanidad Pública Universal.</p>	<p>utiliza parámetros de calidad y servicio muy diferentes a los públicos.</p> <p>4. Cuando aparece en algún plan la propuesta se reduce a centrales de compras farmacéuticas.</p> <p>5. Introducción de aseguramiento privado complementario o total.</p>
---	--

Como se puede observar la financiación de la Sanidad va constituirse como uno de los principales debates y las tendencias políticas van a suponer mucho en su evolución. Lo que parece evidente es que la cobertura y cartera de servicios que se está prestando en la actualidad, en el caso español, no se va a superar en los próximos años y que la

tendencia es a reducirlas siempre que sea posible según el criterio político del momento.

#### **4.2.5 Colaboración pública-privada. PPP/PFI**

La CPP, aunque parece reciente, en realidad ha existido siempre, lo que ha ido variando en el tiempo ha sido la intensidad de esta relación que se ha ido modificando a lo largo de la historia en función de las teorías imperantes en cada momento sobre qué papeles debían ser desempeñados por el Sector Público y cuales por el Privado y, es en estos momentos con las políticas de contención / eliminación del déficit público, cuando han cobrado mayor impulso ambos modelos PPP/PFI.

Definimos el modelo PPP como una tipología de relación público-privada materializada en un contrato entre un organización pública y una compañía privada (sociedad de propósito específico) para la provisión y compra de proyectos de infraestructura y de sus servicios relacionados en el largo plazo (promedio 20 años), financiado principalmente [aunque no necesariamente] a través de pagos diferidos en el tiempo por parte del Estado y de los usuarios. Dicha asociación se traduce en retención y transferencias de riesgos, en derechos y obligaciones para las partes, en mecanismos de pago relacionados con incentivos y deducciones, en establecimiento de una regulación integral de los estándares de calidad de los servicios contratados e indicadores claves de cumplimiento.

El término “Public Private Partnerships [PPP] “, asociación pública privada, se originó en los Estados Unidos con la financiación de

programas conjuntos en educación entre el sector público y el sector privado. Posteriormente en los años 1950s se extendió para el desarrollo de servicios públicos (“utilities”). Con el paso del tiempo se amplió su uso, en especial a partir de los años sesenta para referirse al desarrollo de programas público privados en renovación urbana<sup>21</sup>

También el término es usado en los Estados Unidos para referirse a programas de servicios sociales por el sector no público, a menudo por el sector no gubernamental sin ánimo de lucro (no profit), así como también a la financiación pública de programas de investigación y desarrollo por parte del sector privado en el campo de la tecnología<sup>22</sup>.

En el ámbito del desarrollo internacional el término es usado para referirse a iniciativas conjuntas entre el sector público, las agencias de cooperación y de ayuda internacional y el sector privado para combatir enfermedades tales como el SIDA y la malaria, la introducción de nuevos métodos en el sector agrícola o promover el desarrollo económico general. En el contexto anterior el uso del término PPP puede ser interpretado como políticas públicas [policy-based] o programas PPPs [programme-based].

Por otro lado, los Public-Private-Partnerships (PPP o P3) es un concepto relacionado con proyectos y encuentra en la literatura existente una gama amplia de definiciones. Autores como Fitzpatrick (2006)<sup>23</sup>, Esteban (2006)<sup>24</sup>, así como otras instituciones a nivel mundial definen de manera distinta lo que es un PPP, y por lo tanto no existe completo consenso acerca de su definición, aunque si en todos los casos el denominador común es el desarrollo de productos específicos.

A nivel de experiencia internacional el modelo más avanzado en materia de Colaboración Público Privada es el que se encuentra desarrollando el Reino Unido, y se denomina Private Finance Initiative (PFI). Según Public Private Finance (2007), solamente en el periodo que abarca los años 2007/2010 en más de 39 hospitales públicos del Reino Unido se han realizado contratos PFI con el sector privado que representan inversiones por casi 4 mil millones de euros, de un total de 80 mil millones de euros en más de 700 contratos.

En América Latina, el modelo con mayor desarrollo es el de Chile, modelo PFI. Chile a principio de los años noventa inicia una importante renovación y ampliación de su infraestructura con participación del sector privado y con una fuerte presencia de fondos institucionales en calidad de financiadores a largo plazo. Se crea una Ley de Concesiones que ha sido la que ha gobernado hasta ahora la relación entre el sector público y privado para el desarrollo de infraestructura. A la fecha se encuentran en concesión mas 50 proyectos, que representan más de 10 mil millones de dólares (casi el 10% del PIB 2008) en sectores como carreteras, autopistas urbanas, aeropuertos, cárceles, edificación pública, puertos, ferrocarriles, obras de riego y terminales aduaneros.

En España, desde finales de los años 90 del siglo XX, la mayoría de los proyectos ejecutados vía CPP se ha concentrado en el sector de infraestructuras de transporte. Esto es, en autopistas, autovías, metros, metros ligeros, tren de alta velocidad y aeropuertos. Sin embargo, en los cinco últimos años se ha incrementado la licitación de proyectos para la provisión de equipamientos en otros sectores tales como justicia, redes

de aguas y energía, aparcamientos y polideportivos. Ha sido especialmente significativo el esfuerzo realizado en el sector de sanidad.

En el año 2010 los datos de proyectos de salud financiados bajo este modelo de gestión son los siguientes<sup>25</sup>:

**Tabla 7: Proyectos financiados bajo modelo de gestión CPP**

<b>País</b>	<b>Fuente predominante de financiación de servicios sanitarios</b>	<b>Rol del capital privado en las infraestructuras y provisión de servicios</b>	<b>Número de CPP</b>	<b>Valor de CPP</b>
<b>Finlandia</b>	Impuestos	Experimentar con edificios / mantenimiento y áreas clínicas	1	<\$100 million
<b>Francia</b>	Seguros sociales sanitarios	Edificios y mantenimientos	16	\$1.6 billion
<b>Alemania</b>	Seguros sociales sanitarios	Crecimiento en la provisión de servicios en régimen de concesión estatal, en su mayoría subvenciones estatales para gastos de capital	24	\$2.1 billion
<b>Italia</b>	Impuestos	Sector privado de tamaño pequeño; algunos edificios y mantenimiento	71	\$5.7 billion
<b>Polonia</b>	Seguros sociales sanitarios	Edificios y mantenimientos	1	\$40 million
<b>Portugal</b>	Impuestos	Al comienzo edificios, mantenimiento y servicios asistenciales; actualmente solo edificios y mantenimiento	8	\$4.6 billion
<b>España</b>	Impuestos	Diferentes tipos de colaboración, PFI y PPP	19	\$2.3 billion
<b>Suecia</b>	Impuestos	Un único contrato para gestionar construcción y mantenimiento	1	\$2.1 billion
<b>Reino Unido</b>	Impuestos	Sector privado de tamaño pequeño; algunos edificios y mantenimiento	146	\$25.8 billion

En un estudio de 2008 (Sánchez Soliño, Gago y Vassallo)<sup>26</sup> se realiza un análisis comparado de España con la UE donde se recoge nuestra peor situación relativa respecto a la media de la UE en la dotación de equipamientos sociales en España. En dicho estudio se describen los sectores en los que las necesidades son más acuciantes y, por tanto, donde la colaboración público-privada podría contribuir de forma eficaz a paliar el déficit registrado. Entre las actuaciones prioritarias, se encuentra la que es preciso llevar a cabo en los centros penitenciarios dadas las tasas de hacinamiento existentes, y el crecimiento de la población reclusa registrado en la última década.

En el sector hospitalario, gran parte del esfuerzo inversor se está canalizando ya en nuestro país a través de CPPs. En este sentido existe experiencia previa importante que puede contribuir a definir un mecanismo de colaboración, la Comunidad Autónoma Valenciana fue pionera en la implantación de este modelo con la puesta en marcha del Hospital de Alzira que inicialmente solo tendría bajo su responsabilidad la atención especializada con una concesión de diez años y que al demostrarse que económicamente era inviable se amplió a quince años acogiendo la responsabilidad de la atención primaria y, por lo tanto, se le incrementó la cuota por habitante.

Los aspectos que mejor definen los PPP son los siguientes<sup>27</sup>:

- a. Generan una relación comercial entre entidades públicas y privadas que obliga a distribuir finalmente los riesgos adquiridos que devienen de esa relación a través de contratos flexibles de largo plazo.

- b. Generalmente se aplican a proyectos de infraestructuras públicas y la provisión de servicios sociales (salud, educación) que tienen una financiación deficitaria.
- c. Típicamente se realizan bajo esquemas DBFOT (Diseño, Construcción, Financiación, Operación y Transferencia) mediante un contrato de largo plazo.
- d. Su financiación está ligada al potencial del proyecto en si, más que a las posibilidades de los patrocinadores lo que lo hace complejo y delicado.
- e. Las inversiones suelen ser muy elevadas y la población afectada por el proyecto también.

En proyectos de prestación de servicios públicos en los cuales no es posible o es muy complicado traspasar el riesgo de demanda, el Estado puede asumir dicho riesgo y por lo tanto asumir compromisos de pago directo al titular privado de un proyecto de inversión pública. Este tipo de esquema se viene utilizando en proyectos de implementación de hospitales, principalmente, en los cuales, además de tratar de paliar demandas sociales, también se buscan nuevas oportunidades de generar ingresos adicionales desde el propio activo. Mientras que en proyectos de transporte, por ejemplo carreteras, puertos y aeropuertos, dónde es posible cobrar una tarifa o peaje, y el riesgo de demanda es transferible, es directamente el sector privado quien es el comprador directo del servicio.

#### **4.2.6 Revisión de la literatura económica especializada sobre puesta en marcha de los modelos PFI / PPP**

La revisión de la literatura económica y especializada del tema que aquí se analiza se ha realizado con dos objetivos claramente diferenciados: que las aportaciones fuesen objetivas y que la documentación fuese lo suficientemente actualizada y relevante para poder dar un apoyo documental al trabajo que aquí se realiza.

La justificación de la incorporación de la Colaboración Público Privada (CPP) podemos encontrarla a través de las imperfecciones del mercado como una forma de intervención pública en el caso particular de la provisión de equipamientos públicos<sup>28</sup>. Es en el ámbito de la CPP, en especial en la dedicada a infraestructuras de transporte, donde se va encontrando toda una línea argumental sobre la justificación de este tipo de intervención privada, como señala Julio V. González<sup>29</sup>, en línea con lo ya expuesto con anterioridad, es la presión sobre las Administraciones Públicas y, en especial, sobre el déficit público lo que favorecerá esta eclosión de actividades conjuntas. Asimismo, la mayoría de los autores sitúan el renacer de esta colaboración en el Reino Unido donde la crisis monetaria de 1992 obligó al gobierno de John Major a incorporarlo como un instrumento del denominado New Public Management<sup>30</sup>. Como indica la profesora María Hernando Rydings<sup>31</sup> la relación crisis – CPP es determinante para analizar el crecimiento de estos proyectos. Además, con esta denominación, CPP, se intenta diferenciar el contrato público habitual de cooperación genérica con una relación larga en el tiempo en la que cada sector aporta sus recursos y conocimientos con el fin de

llevar a cabo una infraestructura o la gestión de un servicio público de la manera con mayor eficacia y eficiencia posible, en este sentido podemos profundizar en los diferencias tipos de contratos en *“La colaboración Público Privada. Fórmulas contractuales; M. Hernando Rydigns, Madrid, Cívitas, 2012”*.

En este marco de control de la política fiscal bajo un principio rector focalizado en la estabilidad presupuestaria, en la Unión Europea, comienzan a propiciarse legislaciones que favorezcan esta proliferación de proyectos. En el año 2000 el Consejo Extraordinario de Lisboa formula la “Iniciativa por el Crecimiento”<sup>32</sup>, no obstante aunque las autoridades comunitarias las apoyaban este tipo de fórmulas no hicieron su presentación sistemática y formulación del concepto hasta el año 2004 con la publicación del Libro Verde sobre la CPP y el Derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones. Esta sistematización propuesta por la Comisión distingue entre las contractuales y las institucionales, en cualquier caso la Directiva de Contratación Pública desarrolla una única fórmula: las concesiones de obra pública. Un análisis detallado del libro verde se puede obtener en el libro de *L. Míguez Macho: “Las fórmulas de colaboración Público Privada en el derecho español, RAP nº 175, 2008*. En cualquier caso, a pesar de tener unos comienzos justificados en base a la crisis y la generación de las correspondientes restricciones presupuestarias, también se han utilizado estas fórmulas en especial, por las Comunidades Autónomas en España para eludir las exigencias de estabilidad presupuestaria<sup>33</sup>.

### *Evolución de los modelos de gestión PFI / PPP*

Se ha ido justificando, en diferentes publicaciones, su puesta en marcha y evolución, siendo la evolución la mas discutida. Generalmente los defensores de este tipo de fórmulas podemos encontrarlos en publicaciones realizadas<sup>34</sup> o auspiciadas por consultoras y empresas privadas<sup>35</sup> y los detractores en las publicaciones universitarias<sup>36</sup>, en especial en las dedicadas al sector sanitario, la consideración final a las que llegan podríamos resumirla en muy eficiente a nivel de infraestructuras y no adecuada en hospitales como consecuencia de mayores costes incurridos a consecuencia de una negociación contractual más dilatada en el tiempo que una adjudicación normal vía concurso, que los servicios no sanitarios prestados en el hospital no tenían los mismos niveles de calidad y servicio que los que se estaban prestando hasta ese momento y que, mientras los riesgos financieros son asumidos por el sector privado los riesgos de obsolescencia técnica así como los motivados por el cambio de regulación sanitaria son asumidos por la autoridad sanitaria pública, ver artículo de Barlow, James et al<sup>37</sup>. En este artículo, se nos presenta una tabla resumen de sus conclusiones:

**Tabla 8: Conclusiones sobre C.P.P**

<b>Ventajas y desventajas</b>	<b>Descripción</b>
Solución para el Sector Público: escasez de capital (+)	Los acuerdos CPP pueden proporcionar activos difíciles de financiar
Disminuyen los costes de capital(+) o costes de capital superiores (-)	Diferentes resultados según estudios previos
Los servicios sanitarios ,que atiende el sector público, pueden concentrarse en los servicios clínicos (+)	Los servicios no asistenciales (como mantenimiento y seguridad) se gestionan por el sector privado
Incorporar la eficiencia del sector privado(+)	La ejecución de proyectos en plazo y dentro del presupuesto, la mayoría de los contratos se fijan los precios; mantenimiento y costes del ciclo de vida de forma transparente.
La adopción de nuevas tecnologías y la gestión (+) o asfixia de la innovación (-)	Incentivar el rendimiento especificando los niveles de servicio, la innovación y el buen diseño a través de especificaciones de puesta en marcha del proyecto
Mayor número de transacciones, mayores costes de control y de instalación (-)	Contratos complejos a largo plazo debido a lo cual las relaciones inter-organizacionales necesitan ser establecidas y gestionadas; reducción de la flexibilidad del contrato, los contratos son difíciles de modificar y su control es más complejo.
Falta de integración entre los modelos clínicos y el diseño de la infraestructura (-)	La responsabilidad de la infraestructura y los servicios clínicos en su mayoría no está gestionada por una única entidad con suficiente capacidad de decisión para alinear los objetivos.
Difícil de gestionar las relaciones entre los diferentes responsables durante períodos prolongados de tiempo (-)	Necesidad de gestionar una red amplia de compañías (incluyendo bancos, proveedores, consultores) durante períodos de tiempo de hasta 30 años
Compartir riesgo (+/-)	El riesgo no es compartido, recae en el sector público, la actividad es solo de pacientes públicos no privados. Al ser contratos a muy largo plazo se incrementan los riesgos comerciales

Una primera publicación en la que se intenta centrar esta cuestión, su adecuación al sector sanitario, podemos encontrarla en “Public-private partnership as a new way to deliver healthcare services” de José Luis Navarro Espigares y Elisa Hernández Torres de la Universidad de Granada y del Hospital Universitario de Granada, respectivamente, donde se realiza un estudio exhaustivo de estas fórmulas en el Reino Unido en el que se concluye que son muy adecuadas para las infraestructuras públicas en general pero que en el área hospitalaria no han tenido los mismos resultados en lo relativo a ahorro de costes financieros y mejora de prestaciones debido principalmente al componente tecnológico que va intrínseco en la Sanidad así como en el tipo de servicio que se presta.

Abundando en este planteamiento el profesor Basilio Acerete y las profesoras Anne Stafford and Pamela Stapleton, de la Universidad de Manchester en su artículo Spanish Healthcare Public Private Partnerships: the ‘Alzira model’<sup>38</sup> nos muestran como el modelo PPP implantado en Alzira y tomado como modelo para expandir en Madrid no era económicamente viable sin hacer las modificaciones ad hoc que llevaron a cabo, estas modificaciones fueron revisiones en precios, incorporación de la atención primaria y variación del periodo concesional lo que facilitó su viabilidad. Asimismo, nos muestran como el otro modelo, PFI, extendido en Reino Unido y Australia se ha caracterizado por una continua falta de información económica que es otro rasgo de los hospitales madrileños. En este artículo también se señala la falta de estudios que evalúen este tipo de hospitales en su vertiente económica. Como se ha ido señalando la idea original de la puesta en marcha de

estos modelos PFI / PPP era conseguir una construcción con mayor eficiencia en el uso de tecnologías así como en la sostenibilidad de los materiales utilizados y económica, no solo en el ahorro de costes de financiación de su construcción, sino también en el uso de tecnologías que permitiesen una gestión económica de la energía que proporcionase ahorros en los consumos pero, en general, esa falta de datos no ha permitido contrastar los ahorros, en definitiva tal y como cita Shaoul<sup>39</sup> los sectores público y privado habían subestimado los costes de asociación, partnership, y control asociados a este tipo de modelos.

El reto está situado en cómo atender una demanda ilimitada de servicios, con unas políticas fiscales restrictivas y un equilibrio en la colaboración entre las instituciones públicas y privadas tal y como plantea David Parker en su artículo “ppp / pfi – solution or problem?”<sup>40</sup>

## **5 PARTE II. Estudio empírico**

### **5.1 Introducción**

Como ya se ha comentado con anterioridad, en Madrid coexisten diferentes modelos de gestión hospitalarios que han ido evolucionando en paralelo al resto de España, salvo en Cataluña donde la participación privada comenzó más pronto, Ley Orgánica de Regulación Sanitaria de Cataluña de 1990, y tiene mayor peso. De esta manera podemos decir que en España existe una gran diversidad de formas jurídicas de gestión de Hospitales que trabajan para el sector Público gestionados de alguna manera bajo legislación privada.

La forma jurídica implica su forma de administración y control. En España en 1997 se aprobó una ley que permitía a los centros sanitarios crear entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho, como empresas públicas, consorcios o fundaciones. Posteriormente, la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos para 1999 —Ley 50/1998— incluyó la posibilidad de que los centros del Insalud se transformasen en “fundaciones públicas sanitarias”. Con esta cobertura legal se produce la posibilidad de crear diferentes formas jurídicas para los Hospitales en aquellas comunidades que no tenían, hasta ese momento, transferidas las competencias, entre ellas Madrid. Este momento sirve como punto de partida para que cada vez que se produce un cambio de Gobierno Nacional o Autonómico se introduzca un modelo de gestión diferente, sin dar opción a que madure el anterior y analizar sus virtudes y defectos. La máxima es cambiar. Por este motivo del Hospital dependiente del presupuesto, se pasa a constituir la Fundación, un nuevo cambio de Gobierno del Gobierno Central da paso a la Empresa Pública, y, de

nuevo, la entrada de un nuevo equipo de Gobierno de la Comunidad de Madrid da paso a los modelos de financiación privada en sus formatos PFI y PPP.

La justificación para crear Fundaciones era aumentar la capacidad de gestión al hospital. La introducción del concepto de Empresa Pública, además de seguir aumentando capacidad de gestión, permite la posibilidad de su posterior enajenación a otro inversor. Finalmente, el nuevo modelo de participación separa definitivamente el financiador, sector público a través de presupuestos generales, del proveedor del servicio sanitario, empresas privadas. El uso de un formato doble, PFI y PPP, además de acomplejar su gestión, ha llevado a situaciones financieras, cuando menos, complicadas ya que la gestión del hospital pasa a ser un mix de gestión público y privado, caso PFI, con empleados que son funcionarios y otros que son laborales y que trabajan para un empleador distinto que tienen, a nivel empresarial, objetivos distintos.

Según sea la fuerza política dominante en cada Comunidad se hace uso de uno u otro sistema o fórmula jurídica. De hecho se puede dar el caso que un partido político apoye un sistema en una Comunidad y lo rechace en otra.

Los principales sistemas o fórmulas jurídicas utilizadas en España para proveer la Sanidad Pública son:

- Gestión directa por organismos autónomos de carácter administrativo (OAA) Fórmula jurídica derogada por la LOFAGE en el ámbito de la Administración General del Estado pero vigente en algunas comunidades autónomas [ejemplo Ley 2/1998 Ley de Salud de Andalucía: Servicio Andaluz de Salud (OAA)].

- Entidades de derecho público creadas por ley.
- Tienen personalidad jurídica y patrimonio propio.
- Actúan en régimen de descentralización administrativa.
- Tienen como función la organización y administración de un servicio público, de los fondos adscritos, bienes y actividades:
  - Servicio Navarro de Salud (art. 45 Ley Foral 10/1990)
  - Servicio Andaluz de Salud (Ley 2/1998)
  - Servicio Gallego de Salud (art. 1 Ley 1/1989)
  - Servicio Canario de Salud (Ley 11/1994)
- Gestión directa por entes de derecho público (EP).
  - Surgen como una estrategia organizativa para romper la rigidez jurídica que establecía la Ley de Entidades Estatales Autonómicas de diciembre 1958.
  - Son organizaciones con personalidad jurídica pública.
  - Gestión de sus recursos conforme al ordenamiento jurídico privado.
  - Se crean para la prestación de un servicio público o ejercer funciones de autoridad.
  - Ventajas:
    - ✓ La regulación de los EP se establece en su ley de creación.

- ✓ Los recursos humanos están sometidos al derecho privado laboral aunque puede aplicarse el régimen funcional o el estatutario si así se establece en la ley de creación.
- ✓ La gestión de recursos materiales y contratación de bienes y servicios se somete a la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas (TRLCAP).
- ✓ La gestión financiera y presupuestaria no está sometida al régimen presupuestario de la Administración pública sino a un programa de actuación, inversión y financiación.
- ✓ El régimen de control realizado por la Intervención es el de Auditoría.

#### Ejemplos:

- ✓ Servicio Catalán de Salud (Ley 15/1990 de Ordenación Sanitaria). EP responsable de la ordenación, y regulación de los servicios sanitarios, asumiendo, por tanto, las funciones de aseguramiento, compra y contratación de servicios.
- ✓ Hospital Costa del Sol (Andalucía): Decreto 104/1993, BOJA 92/1992.
- ✓ Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (Andalucía): Decreto 88/1994. BOJA54/1994.
- ✓ Hospital de Poniente (Almería): Decreto 131/1997. BOJA 65/1997.
- ✓ Hospital de Andújar. (Jaén): Ley 11/1999. BOJA 144/1999.
- ✓ País Vasco. Ley 8/1997 (Ley de Ordenación Sanitaria). Transformó el Servicio Vasco de Salud (OSAKIDETZA) en un EP.

- Gestión directa por consorcios.
    - Entidades dotadas de personalidad jurídica y patrimonio propio.
    - Creadas por diversas EP de naturaleza territorial o institucional (también se pueden integrar entidades privadas).
    - La regulación es mínima:
      - ✓ Artículo 7 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
      - ✓ Reglamento de Servicios de Régimen Local.
      - ✓ Artículo 87 de la Ley de Bases de Régimen Local.
      - ✓ Artículo 110 del Real Decreto 781/1986 de Régimen Local.
    - Los contenidos del estatuto son los que definen el marco organizativo y legislativo (órganos de dirección y gestión de recursos).
    - Puede utilizar cualquier forma de gestión de servicios, incluso la adjudicación a un arrendatario o concesionario.
  
    - Ejemplos en Cataluña:
      - ✓ El consorcio Hospitalario de Cataluña.
      - ✓ El Consorcio Hospitalario de Vic.
      - ✓ El Consorcio Hospitalario de Barcelona.
- Todos ellos de acuerdo al artículo 7 de la Ley Orgánica de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC).

- Gestión directa por fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/1994 (Ley de Fundaciones en mano pública).
  - Organizaciones dotadas de personalidad jurídica.
  - Constituidas sin ánimo de lucro por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas.
  - Se rigen por:
    - ✓ Ley 30/1994 (Ley de fundaciones y del mecenazgo).
    - ✓ Real Decreto 316/1996 (Reglamento de fundaciones de competencia estatal).
    - ✓ Real Decreto 384/1996 (Reglamento del registro de fundaciones de competencia estatal).
  - Las reglas básicas de funcionamiento se establecen en los estatutos, creando órganos de gobierno (patronato).
  - La función de control la ejerce el protectorado (Ministerio de Sanidad).
  - La gestión de recursos depende de los estatutos (al menos 70% ingresos dedicarse a fines fundacionales).
  - Generalmente se rigen por el derecho privado.
  - Gestión de recursos humanos sometida al régimen laboral.
  - Contratación de obras, bienes y servicios. Normas de derecho civil.

- Gestión de recursos financieros. Normas de derecho privado. Tienen tesorería propia (pueden endeudarse).
- Control Financiero por la Ley General Presupuestaria.
- Ejemplos:
  - ✓ Fundación Hospital de Verín.
  - ✓ Fundación Hospital de Alcorcón. BOE 32/1997.
  - ✓ Fundación Hospital de Manacor. BOE 32/1997.
  - ✓ Fundación Hospital de Calahorra. (Año 2000).
- Gestión directa por sociedades mercantiles públicas.
  - Reguladas por derecho mercantil, basadas en títulos representativos del capital.
  - La titularidad pertenece a la Administración pública.

No son organismos administrativos.

  - Son sociedades propiedad del Estado o de algún organismo público.
  - La relación entre la Administración pública y las sociedades mercantiles no es de tipo orgánico. Se regula como un contrato de sociedad mercantil donde el Estado es el propietario.
  - Se rigen por leyes del ordenamiento jurídico privado: Ley de Sociedades Anónimas, Ley de Sociedades de Responsabilidad Limitada, Ley de Comercio.
  - Facilidad y rapidez de creación (Consejo de Ministros). Artículo 6.3 de la Ley General Presupuestaria. Escritura pública.

- No les son de aplicación ni el TRLCAP, ni el sistema presupuestario general de la Administración pública.
- El régimen de control es la Auditoría.
- Gestión de recursos humanos por el derecho laboral.
- Cataluña:
  - ✓ Energética de Instalaciones Sanitarias, SA.
  - ✓ Hospital San Jaime de Calella.
- Granada:
  - ✓ Escuela Andaluza de Salud Pública.
- País Vasco:
  - ✓ Alta Tecnología Sanitaria, SA.
- Gestión directa por sociedades estatales.
  - RDNFG (Real Decreto de Nuevas Formas Jurídicas de Gestión 29/2000).
  - Sociedad en cuyo capital es mayoritaria o única participación el INSALUD.
  - Se constituye para la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.
  - Su creación tiene que ser autorizada por el Consejo de Ministros a propuesta del titular del Ministerio de Sanidad (art. 56 del RDNFG).

- Se rigen por sus estatutos sociales, el RDNFG, artículo 7 del Texto Refundido de la Ley General Presupuestaria (TRLGP).
- Gestión directa por fundaciones públicas sanitarias.
  - Se crean a través del RDNFG.
  - Adaptación al ámbito sanitario de las EPE.
  - Son organismos públicos adscritos al INSALUD con personalidad jurídica propia (Ley de acompañamiento de los PGE para 1999).
  - Para su creación, modificación o extinción y para la aprobación de sus estatutos acuerdo Consejo de Ministros a propuesta del Ministro de Sanidad.
  - El personal se regirá generalmente por el régimen estatutario, aunque existe la posibilidad de aplicar el régimen laboral y funcional (art. 111 Ley 50/1998).
  - No están reguladas por la Ley 30/1994 de Fundaciones y de Incentivos Fiscales a la participación privada en actividades de interés general.
  - Las FPS se rigen en materia patrimonial, de contratación de bienes y servicios y de régimen económico y financiero por lo establecido para las EPE (LOFAGE).
  - Plan estratégico del INSALUD (80 hospitales susceptibles de convertirse en FPS y adquirir personalidad jurídica propia).

- Constitución voluntaria. Solicitud gerencia. Dictamen favorable comisión homologación. Propuesta al Ministro de Sanidad. Resolución favorable del Consejo

¿Cómo son los hospitales bajo el modelo PPP (Public-private-partnership) / PFI (Private-Finance-Initiative) en Madrid?

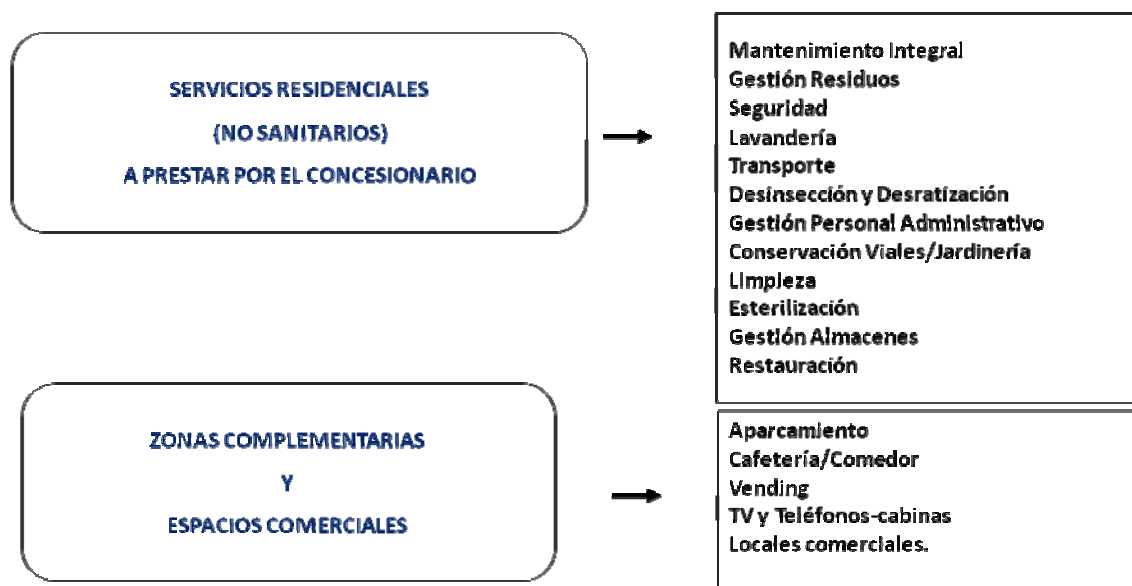
En la Comunidad de Madrid coexisten los dos modelos PFI y PPP, en un principio los mayoritarios fueron los primeros, 2008, y en la actualidad solo se licitan los segundos.

En este entorno de colaboración público privada, los modelos de gestión hospitalaria se dividen en:

1. Los que pretenden una financiación de las infraestructuras e incorporan la iniciativa privada en la gestión exclusivamente de servicios no sanitarios (modelo PFI).
2. Los que, aparte de la financiación, implican a la iniciativa privada en la gestión de los servicios sanitarios (modelo PPP).

A continuación se va a describir el funcionamiento, en cuanto a servicios no sanitarios que prestan los hospitales bajo estos modelos así como las cláusulas contractuales principales.

**Gráfico 7: Servicios no sanitarios prestados por hospitales PFI**



Resumen de un contrato de concesión tipo:

**I - Sociedad concesionaria:**

1. Origen de fondos: 100% privado.
2. Remuneración: Financiación presupuestaria.
3. Financiación de la S.A.: Fuera de balance de la Administración a efectos SEC 95.
4. Requerimientos de capitalización:
  1. 15% de recursos aportados por los accionistas
  2. Desembolsos de capital: TRLSA.
5. Pignoración de acciones, cesión y titulización de derechos de cobro: Previa autorización administrativa.

**II – Modelo de retribución:**

1. Retribución del concesionario:

- a. Pagos variables de la Administración vinculados a la correcta puesta a disposición de las instalaciones, de conformidad a las especificaciones objetivas de disponibilidad y calidad de los Pliegos de Prescripciones Técnicas Particulares.
- b. Ingresos procedentes zonas comerciales.

2. Base de Retribución:

- a. Cantidad Máxima Anual ofertada por Concesionario (CMA):
- b. Cantidad Fija Anual: Máximo 40% CMA→No expuesta a deducciones.
- c. Cantidad Variable Anual: Mínimo 60% CMA →Sujeta en su totalidad a deducciones automáticas.

III – Mecanismo de deducciones:

- a. Características de las deducciones:
  - a) Definidas en los Pliegos de Prescripciones Técnicas Particulares.
  - b) Clases: fallos de disponibilidad y calidad.
  - c) Objetivas: determinadas mediante indicadores.
  - d) Cualquier incumplimiento por el concesionario de los estándares de calidad implica la aplicación automática de deducciones.
- b. Definición de indicadores:
  - Permiten establecer de forma objetiva el correcto/incorrecto funcionamiento del servicio.
- c. Parámetros para determinar el nivel de deducción:
  - a) categoría del fallo.
  - b) tiempo de respuesta.

- c) tiempo de corrección.
- d. mecanismos de supervisión y control:
  - a) Establecimiento por la administración de una unidad técnica de control.
  - b) Frecuencia de control.
  - c) Método de supervisión.

En las concesiones según el modelo PFI el protagonismo lo tienen grandes empresas constructoras (ACS, SACYR, FCC) que, por haber diversificado su negocio (Mantenimiento, limpieza, aparcamientos,...) tienen capacidad económica para la gestión empresarial en régimen de concesión. En el segundo caso, PPP, intervienen operadores sanitarios, sobre todo empresas aseguradoras sanitarias, estando las más importantes implicadas en estas operaciones (ADESLAS, ASISA, SANITAS, DKV) o grandes compañías de capital riesgo especializadas en sanidad (CAPIO). La situación de los mercados financieros debido a la crisis económica ha dificultado o restringido la colocación de proyectos de infraestructura en el sector privado, haciendo que tanto bancos como empresas se hayan vuelto más selectivos e implicando unos procesos de financiación más dilatados y complejos y la necesidad de mayores tasas de retorno (rentabilidades) versus una viabilidad económico-financiera excesivamente ajustada. A pesar de las dificultades, la necesidad que ha tenido la Administración de recurrir a estas fórmulas se mantiene y sigue habiendo interés por parte de suficientes inversores, entidades financieras y operadores bajo determinadas condiciones, como se demuestra en la reciente licitación y concurrencia a los Hospitales de Torrejón, Villalba y Móstoles, convocados por

la Comunidad de Madrid, ya adjudicados y, en el caso de Torrejón y Móstoles, ya con su actividad iniciada.

Estas fórmulas de colaboración público privada teóricamente permiten a los sistemas sanitarios acometer las inversiones que se han considerado necesarias mediante modelos de gestión y financiación privada de las infraestructuras públicas, así como incorporar ciertas experiencias positivas de la iniciativa privada en la gestión de los servicios sanitarios y no sanitarios. Además, este tipo de financiación permite a las administraciones evitar que las inversiones le computen como Inversión Pública y, por lo tanto, que le considere a la hora de fijar su nivel de endeudamiento y déficit. Para analizar estas relaciones hay que recurrir al manual del Sistema Europeo de Cuentas Nacionales y Regionales (SEC95) sobre el Déficit Público y la Deuda Pública; en la Parte IV Arrendamientos, Licencias y Concesiones se encuentra la definición de infraestructuras que por su modalidad de contrato no se contabilizan dentro del Sector Público: "Si la infraestructura se entrega a la Administración Pública al final del período de explotación, se registra en los balances de dicha administración como formación bruta de capital fijo, compensada por una transferencia de capital (otras transferencias de capital D.99), sin repercusiones sobre la capacidad o necesidad de financiación (B.9)"<sup>4142</sup>.

No obstante, en las circunstancias actuales del mercado es necesario abordar cada proyecto como uno nuevo ya que la utilización, sin modificaciones específicas, de estructuras anteriores que tuvieron éxito en un pasado puede no servir para nuevos proyectos. Es necesario estructurar las operaciones con mucha precaución manteniendo una estructura equilibrada de riesgos, combinándolo con los objetivos y restricciones de la Administración y

dedicando el tiempo y los recursos necesarios al análisis de viabilidad y estructuración/ redacción de pliegos de los proyectos que se van a licitar, así como a la valoración de ofertas.

En este contexto, la aprobación futura del proyecto de ley de captación de financiación en proyectos CPP y, en concreto, la generalización de la obtención de avales públicos a las diversas operaciones de endeudamiento, puede constituir una fórmula que permita impulsar al sector privado, incrementando las fuentes de financiación disponibles y disminuyendo costes financieros lo que, a su vez, podría suponer una disminución del gasto sanitario.

Esta incorporación legislativa permitiría al Sector Público gestionar su presupuesto de una forma más operativa, en términos de utilización de recursos financieros, y el sector privado podría participar con mayor transparencia y menor coste.

## **5.2 Método de análisis de la eficiencia global en los hospitales objeto del estudio**

El análisis de la eficiencia económica global de los hospitales con modelos de gestión de colaboración público privada conlleva una selección de indicadores tanto de uso en el entorno hospitalario como en el económico-financiero. De hecho serán de este tipo en su mayoría los que se utilizarán ya que no es objeto de este análisis la productividad de los citados hospitales y en cuanto a sus resultados respecto a sus costes de producción consideramos que no se dispone de datos de contabilidad analítica para llevarlo a cabo.

Según el diccionario de la Real Academia Española se define eficiencia:

**Eficiencia** (Del lat. *efficientia*) es la capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado<sup>43</sup>.

Una aproximación al área de la Administración sería la de Idalberto Chiavenato, **eficiencia** "significa utilización correcta de los recursos (medios de producción) disponibles. Puede definirse mediante la ecuación  $E=P/R$ , donde  $P$  son los productos resultantes y  $R$  los recursos utilizados"<sup>44</sup>.

Partiendo de esta definición general y focalizándonos en lo que consiste nuestro análisis, entendemos que la definición que más se aproxima al objeto de nuestro estudio es la de Reinaldo O. Da Silva, la **eficiencia** significa "operar de modo que los recursos sean utilizados de forma más adecuada"<sup>45</sup>, y que en nuestro caso acotamos al resultado obtenido en relación a los recursos económicos consumidos por los hospitales objeto de nuestro análisis.

La preocupación por la evaluación de la eficiencia de las organizaciones sanitarias españolas en las últimas décadas ha ido creciendo aunque sin estudios definitivos que validen unos u otros modelos, de hecho uno de los problemas a la hora de realizar este análisis es la falta de estudios a nivel general de hospitales. Se han publicado diferentes trabajos y tesis respecto a áreas determinadas de hospitales e incluso teorías de cómo se deben estructurar los costes, pero ninguno en su globalidad organizativa; en este sentido podemos citar las tesis de Francesc Cots Reguant sobre *Análisis del coste hospitalario*<sup>46</sup>, la de Jordi de Falguera sobre *La Contabilidad de gestión en los centros hospitalarios*<sup>47</sup>; o la tesis Karen Moreno sobre *avances metodológicos en la implantación de sistemas de costes para mejorar la gestión hospitalaria* donde reduce su estudio a comparar resultados en tres áreas médicas de dos hospitales<sup>48</sup>. A nivel general en España el único libro publicado sobre este tipo de concesiones es el del Hospital de Alzira aunque al estar

realizado por la propia empresa que lo gestiona no tiene contrastados sus datos.

La idea que ha dirigido la selección de indicadores que se va a realizar es la de encontrar aquellos que, sin constituir en si mismo un cuadro de mando, estén siendo utilizados de una manera general por todas aquellas instituciones sanitarias tanto del ámbito público como el privado, así como aquellos indicadores financieros que sean de uso común y, en ambos casos, se disponga de información suficiente para su cálculo y análisis.

### **5.2.1 Metodología aplicada**

A la hora de analizar los hospitales objeto de este estudio lo primero que debemos hacer es considerarlos como empresas (en cuanto a organizaciones de capital y trabajo con finalidad económica), empresas que tienen como finalidad la gestión eficiente de los recursos que se le asignan y que como ya se mencionó en el primer capítulo suponen, dependiendo del país, un porcentaje muy elevado del PIB.

Una vez hecha la selección de la muestra de los hospitales a analizar individualmente y en comparación con otros de carteras de servicio y tamaño similares, (ver Parte I), procederemos a la selección de modelo de indicadores que nos permitirá llevar a cabo el análisis. Y utilizando las estadísticas disponibles procederemos a realizar el cálculo de los indicadores seleccionados así como el análisis de correlación entre las variables seleccionadas para los hospitales objeto del estudio.

## 5.2.2 Selección de la muestra

Los hospitales PFI se constituyen como Empresas Públicas a las que factura la empresa concesionaria. Por este motivo están incluidos en los presupuestos de la Comunidad de Madrid (CM). Su facturación se negocia anualmente en función de la previsión de procesos asistenciales. Sin embargo, esta cifra no cubre todos los gastos del Ente Público y por ello sus Fondos Propios han ido disminuyendo hasta llegar a la situación de descapitalización actual.

Sin embargo, en el caso de los hospitales PPP, se constituye una empresa concesionaria independiente que factura por los servicios y financiación de la construcción y por la actividad asistencial de acuerdo con la cápita asignada en el concurso. Los Hospitales con este modelo de gestión constituyen un programa de gasto dentro de los Presupuestos de la Consejería de Sanidad de la CM. Dado que el hospital analizado bajo este modelo no ha publicado la información contable, el análisis se ha realizado con los datos disponibles en los Presupuestos por Programas de la Comunidad.

Como ya se anticipó, la búsqueda de información financiera de los hospitales que dependen de una u otra manera de la Comunidad de Madrid ha sido bastante complicada habiéndose solo conseguido información presupuestaria y, en algunos casos, las memorias que publican los hospitales que contienen muy poca información financiera ya que, prácticamente, se focalizan en actividad asistencial. No obstante y a pesar de que no se ha publicado la información de cumplimiento presupuestario

que hubiese sido muy clarificadora, el trabajo contiene los suficientes datos para extraer conclusiones respecto al objetivo buscado.

**Tabla 9: Muestra de hospitales para el análisis**

NOMBRE DEL HOSPITAL	CAMAS INSTALADAS	FÓRMULA JURÍDICA
Hospital de Alcalá de Henares, Príncipe de Asturias	601	Hospital tradicional de gestión presupuestaria ( <i>Gestión directa</i> )
Hospital de Móstoles	411	Hospital tradicional de gestión presupuestaria ( <i>Gestión directa</i> )
Hospital de Fuenlabrada	406	Empresa Pública ( <i>Gestión directa</i> )
Hospital de Alcorcón	448	Fundación ( <i>Gestión directa</i> ) Personalidad jurídica propia (R. Decreto-Ley 10/1996)
Hospital de Coslada (Henares)	194	PFI ( <i>Gestión directa</i> ) Empresa pública, Personalidad jurídica propia (Estatuto Dcrto. 114/2007) Depende del Servicio Madrileño de Salud
Hospital de Arganda (Sureste)	132	PFI ( <i>Gestión directa</i> ) Empresa pública, Personalidad jurídica propia (Estatuto Dcrto. 113/2007) Depende del Servicio Madrileño de Salud
Hospital de Majadahonda, Puerta de Hierro	613	PFI ( <i>Gestión directa</i> ) Adscrito al Servicio Madrileño de Salud
Hospital de Parla (Sur), Infanta Cristina	247	PFI ( <i>Gestión directa</i> ) Empresa pública. Depende del Servicio Madrileño de Salud
Hospital de San Sebastián de los Reyes (Norte), Infanta Sofía	283	PFI ( <i>Gestión directa</i> ) Empresa pública, Personalidad jurídica propia (Estatuto Dcrto. 112/2007) Depende del Servicio Madrileño de Salud
Hospital de Vallecas Infanta Leonor	269	PFI ( <i>Gestión directa</i> ) Empresa pública Personalidad jurídica propia (Estatuto Dcrto. 116/2007) Depende del Servicio Madrileño de Salud
Hospital de Aranjuez (Tajo)	98	PFI ( <i>Gestión directa</i> ) Empresa pública Personalidad jurídica propia (Estatuto Dcrto. 115/2007) Depende del Servicio Madrileño de Salud
Hospital de Valdemoro Infanta Elena	102	PPP ( <i>Gestión indirecta</i> ) Hospital Público gestionado por una empresa privada. Concesión de servicio público Adscrito al Servicio Madrileño de Salud

### 5.2.3 Selección de indicadores

Los indicadores seleccionados los agruparemos en dos apartados:

- a) Hospitalarios
- b) Económico-financieros

Los primeros son específicos del sector, ambos grupos se han seleccionado de acuerdo con su mayor utilización, y que además sean pertinentes así como su facilidad de obtención y cálculo.

#### 5.2.3.1 *Indicadores hospitalarios*

Dentro del entorno hospitalario, hasta hace relativamente poco tiempo, los indicadores económicos no formaban parte del cuadro de mando de las organizaciones, no se consideraba la capacidad económica como una limitación y generalmente solo se utilizaban indicadores de actividad. Esta perspectiva cambió como continuación a las tendencias que en la industria en general impulsaron los nuevos modelos de Calidad y Calidad Total y de esta forma diversas organizaciones<sup>49</sup> empezaron a proponer diferentes indicadores que permitiesen un mejor análisis de la gestión hospitalaria, entre ellas la mas seguida ha sido el modelo EFQM<sup>50</sup>.

Los indicadores se comenzaron seleccionando con la finalidad de medir la eficiencia global sanitaria y tratando de comparar ésta entre los diferentes tipos de hospitales a analizar. Los primeros antecedentes bibliográficos de una aplicación sanitaria de indicadores para un uso comparativo a fin de establecer con criterios de control de gestión fue Dana Forgione<sup>51</sup> centrándose los mismos principalmente en el control financiero y en

diversos indicadores de calidad asistencial. Forgone detectó en un workshop organizado por “European Institute for Advanced Studies in Management” el consenso existente en dos temas fundamentales: Las amplias diferencias a nivel nacional sobre el concepto de bienestar público, debido principalmente a las formas de financiación y/o pago de los servicios sanitarios, y la importancia de la información financiera para una asignación óptima de recursos.

En el Reino Unido una de las publicaciones más prestigiosas para el cálculo y asignación de costes es el manual *Assessing cost impact (previously known as Developing costing tools: methods guide)*<sup>52</sup> donde se definen criterios e indicadores así como el manual *Unit Costs of Health and Social Care*<sup>53</sup>. Los dos manuales tienen como finalidad proporcionar herramientas de gestión de costes que faciliten el análisis económico de la actividad asistencial que se lleva a cabo en los hospitales.

En nuestro estudio se han seleccionado aquellos indicadores que no estén relacionados con la producción del servicio así como con la calidad del mismo, ya que sería objeto del análisis de otras ciencias, asimismo este tipo de estudios implica una mayor profundizar en la tipología del hospital, área sanitaria cubierta y case mix, o complejidad, que se presenta en cada hospital.

La selección de indicadores se ha hecho basándose en las siguientes fuentes y criterios:

1. **Sherman HD. Hospital efficiency** measurement and evaluation. Empirical test of a new technique. *Med Care* 1984; 22(10), páginas 922-938. Donde comienzan a incorporarse aquellos ratios que van a ser utilizados hasta

nuestros momentos: camas por mil habitantes, coste por cama, coste por paciente, y otros exclusivamente relacionados con el output hospitalario.

2. **Ratios seleccionados por el INE:** La Estadística de indicadores hospitalarios ofrecía una información resumida y sintética de la actividad asistencial que tenía lugar a lo largo del año en todos los centros hospitalarios del país, así como de los recursos humanos y de la dotación de medios materiales con que contaban para poderla realizar.

La información presentada complementaba la proporcionada por la Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (ESCRI), que el Instituto Nacional de Estadística ha venido publicando con carácter anual desde el año 1972 hasta la estadística del año 1995. A partir de este año la elaboración de la ESCRI corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo.

A partir de 2006 esta estadística se ha dejado de elaborar.

3. **Otros indicadores son los propuestos por Biel Fortuny i Organs<sup>54</sup>.**
4. **Modelo EFQM.** Constituye otra de las fuentes de clara referencia en el sector sanitario y que se ha utilizado para seleccionar este grupo de indicadores y al que diferentes autores hacen referencia ya que este modelo es el de mayor utilización para certificarse. Entre estos autores podemos citar a Oteo L.A.<sup>55</sup>; Pastor Tejedor, A.C.<sup>56</sup>.
5. **SEDISA.** Otra de las fuentes utilizadas para seleccionar los indicadores hospitalarios es la de la Sociedad Española de Directivos Sanitarios (SEDISA) principalmente en el artículo que se publicó en la revista de de esta organización, el 31 de mayo del 2010<sup>57</sup> donde se seleccionan y definen los indicadores que se están utilizando en la actualidad en el entorno hospitalario español y europeo.

## 6. Indicadores utilizados por la OCDE<sup>58</sup>.

**Tabla 10: Indicadores hospitalarios**

Nombre	Tipo	Valor recomendado	Cálculo	Observaciones
Estructura hospitalaria (Cuadro de datos primarios)	Hospitalario			Cuadro resumen donde figuran las variables para el cálculo de los diferentes indicadores.
Camas por 1000 habitantes	Hospitalario		Nº Camas funcionantes / 1.000 habitantes	El Sistema Nacional de Salud (SNS) Tiene de media 3,22. La OMS(*) indica que la media mundial está en 3.
Estancia media	Hospitalario	Cuanto menor mejor	Sumatorio de la diferencia entre la fecha de alta y la fecha de ingreso dividido por el nº de altas	La EM refleja el tiempo desde que un paciente ingresa en el hospital hasta que recupera su salud lo suficiente como para recibir cuidados en su entorno habitual
Gastos por usuario.	Hospitalario	Cuanto menor mejor	Total gastos / número de usuarios asignados	En el SNS el valor medio es de 729,86 €
Gastos por alta	Hospitalario	Cuanto menor mejor	Total gastos / número de altas	
Gastos por cama funcionante	Hospitalario	Cuanto menor mejor	Total gastos / número de camas funcionantes	

Todos los indicadores relativos a los recursos humanos los integramos en el apartado de económico-financieros.

### **5.2.3.2 Indicadores económico-financieros**

El análisis que estamos llevando a cabo está dirigido a revisar la eficiencia global de los hospitales gestionados bajo el modelo de colaboración público privada, por este motivo su peso recae sobre los indicadores económico-financieros. Este trabajo intentará responder a la pregunta de ¿La eficiencia

en la asignación de los recursos económicos que se han puesto a disposición de estos hospitales?

El análisis económico-financiero, es un conjunto de técnicas utilizadas para diagnosticar la situación y perspectiva de la empresa con objeto de facilitar la toma de decisiones. Estas decisiones deben estar focalizadas en el cumplimiento de los objetivos fundamentales de la empresa o negocio que podemos resumir en: estabilidad económica (Rentabilidad y seguridad) y estabilidad financiera (solvencia).

Los métodos de análisis aplicables son básicamente tres: Ratios, porcentajes y diferencias; aunque también se da habitualmente una combinación de ellos tal y como se ha hecho en el presente trabajo.

Para seleccionar los ratios económicos hemos seguido, la configuración de un cuadro de mando, entendiendo como tal el informe de carácter periódico que, confeccionado para las diferentes áreas de responsabilidad, resume información de relevancia a fin de facilitar la detección global de la tendencia o evolución de las magnitudes claves en cada nivel o fase de actividad, posibilitando la dirección por objetivos a través de su comparación consigo misma o con empresas del sector<sup>59</sup>.

Para realizar el análisis se ha elaborado una serie temporal de los datos suministrados por los diferentes hospitales e instituciones a fin de estudiar la evolución temporal y poder predecir su comportamiento.

Los ratios seleccionados son los económico financieros estándar, en este caso se han escogido aquellos más representativos en función del tipo de gestión y sector económico, hospitalario, y se ha tomado como referencia, a nivel general, los indicadores recogidos de forma común en publicaciones

muy solventes (Amat Salas O.<sup>60</sup>, Hidalgo Vega<sup>61</sup> y Fernández y otros<sup>62</sup>; Rivero P.)

**Tabla 11: Indicadores económicos financieros**

Nombre	Tipo	Valor recomendado	Cálculo	Observaciones
Fondo de Maniobra.	Eco.-financiero	> 0	Activo circulante - Pasivo circulante	El valor de acuerdo con el estudio de Javier Giner <sup>63</sup> para la agregación del sector hospitalario español es > 0
Programa presupuestario (actividad).	Eco.-financiero			
Fondos propios.	Eco.-financiero	> 0		El valor de acuerdo con el estudio de Javier Giner para la agregación del sector hospitalario español es > 0
Acreedores comerciales y otras cuentas a pagar.	Eco.-financiero		Valor absoluto y % del valor s/ total pasivo	El valor de acuerdo con el estudio de Javier Giner para la agregación del sector hospitalario español se encuentra alrededor del 29 % del Pasivo Total
Existencias, aprovisionamientos y actividad.	Eco.-financiero		Valor absoluto	
Aprovisionamientos sobre ventas.	Eco.-financiero		Compras s/ ventas	
Gastos de personal x trabajador.	Eco.-financiero	Cuanto menor mejor	Gastos personal s/nº trabajadores	
Gastos de personal sobre ventas.	Eco.-financiero	Cuanto menor mejor	Gastos personal s/ventas	
Variación porcentual de gastos de personal.	Eco.-financiero		Variación gastos personal	
Facturación por empleado.	Eco.-financiero	Cuanto menor mejor	Facturación / trabajador	
Arrendamientos y cánones sobre ventas.	Eco.-financiero		Arros y cánones s/ventas	
Gastos en suministros x m <sup>2</sup> .	Eco.-financiero		Suministros / m <sup>2</sup>	

### **5.3 Análisis de datos y resultados de los hospitales objeto del estudio.**

De acuerdo con los indicadores seleccionados, se analiza la situación de los hospitales objeto de esta tesis en base a la información disponible que proporciona la Comunidad de Madrid. Se utilizan los datos de los presupuestos ya que, tanto hospitales como concesionarias y Comunidad no han proporcionado ningún dato adicional. Asimismo, los datos son los correspondientes a previsiones de cierre de ejercicio y a presupuesto ya que tampoco la Comunidad presenta liquidación de presupuesto por centro.

El periodo de análisis es el comprendido entre los años 2009/2012, con motivo del concurso convocado para externalizar la gestión de los hospitales bajo el modelo PFI (Excepto el de Majadahonda) se ha considerado incluir en determinados cuadros de indicadores el periodo presupuestario del 2013, principalmente en varios indicadores económico financieros por ser de utilidad su análisis de tendencia o cumplimiento del presupuesto. Al ser los hospitales objeto del estudio, modelo PFI, constituidos como Empresa Públicas no se publican cuentas de forma similar a las que se presentan en los Registros Mercantiles y dado que las memorias de los citados hospitales no incluyen datos financieros, se han utilizado los Presupuestos Generales de La Comunidad de Madrid, considerando las partidas de previsión de cierre (estimado) y presupuesto (previsto). Toda la documentación utilizada (Presupuestos de la

Comunidad de Madrid y Memorias de Hospitales) se adjunta como anexo del presente trabajo. Aunque es habitual en la gestión empresarial que se produzcan desviaciones entre los datos reales y los presupuestarios, en el presente trabajo se constata que estas desviaciones son continuas a lo largo de los diferentes ejercicios, llegando a ser en algunos casos de cuantías significativas. La Comunidad tampoco proporciona liquidación de presupuestos a nivel de hospital, los publican agregados al máximo nivel.

El Hospital de Majadahonda, aun siendo bajo el formato PFI, tiene unas características especiales que lo situarían fuera de este grupo: Su plantilla asistencial existía antes de pasar a este formato; no se convirtió a Empresa Pública. La única característica que lo sitúa en este epígrafe es la financiación del nuevo edificio que alberga al hospital, a través de una empresa concesionaria que asume todas las actividades no asistenciales del hospital. Este hospital tampoco ha sido incluido en el concurso de externalización de los hospitales modelo PFI.

A continuación se van a ir presentando los diferentes indicadores seleccionados, de acuerdo con el cuadro resumen del capítulo anterior. Los datos se han grabado en una hoja de cálculo, también adjunta, donde se han realizado los diferentes cálculos. Aunque en los apartados siguientes se presentan datos resumidos por indicador y hospital o grupo de hospitales, en la citada hoja de cálculo se encuentran todos los datos individualizados.

### **5.3.1 Análisis de datos y resultados de los Indicadores hospitalarios**

#### ***1. INDICADOR ESTRUCTURA HOSPITALARIA:***

En primer lugar presentaremos el indicador denominado estructura hospitalaria que, aunque no es propiamente un indicador, nos presenta la estructura comparativa de todos los hospitales. Asimismo, nos muestra una imagen global de la organización así como una comparación global de los hospitales de la muestra. Dentro de la Estructura Hospitalaria figuran diversos datos sobre los que se realizarán los cálculos de otros indicadores.

Las camas que se utilizan en los cálculos son funcionantes, es decir, las que realmente están en uso.

En la actualidad se están revisando estos datos por las autoridades sanitarias ya que se han realizado diversos cambios en la población asignada, incrementando la misma en los hospitales PFI/PPP y disminuyéndola en el resto. No obstante, al ser la Comunidad de Madrid un área sanitaria única los pacientes pueden elegir el centro, de atención primaria y especializada (hospital), donde quieren ser atendidos.

**Cuadro 1: Estructura hospitalaria**

	Población	Número de camas (En funcionamiento)	m2	Plantilla Ppto. 2008	Plantilla Ppto. 2009	Plantilla Ppto. 2010	Plantilla Ppto. 2011	Plantilla Ppto. 2012
<b><i>a) Objeto del estudio</i></b>								
Coslada (Henares) PFI	169.335	194	31.096			702	702	702
Arganda (Sureste) PFI	164.904	125	45.000	659	552	558	558	558
Majadahonda PFI	560.331	563	77.833	3.331	3.707	3.707	3.707	3.707
Parla (Sur) PFI	150.000	180	30.380			667	643	643
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	299.686	239	45.075			1.082	1.082	1.082
Vallecas PFI	314.225	204	85.066			1.094	1.094	1.094
Aranjuez (Tajo) PFI	63.073	98	46.000			472	472	472
Valdemoro (PPP)	93.697	90					1.094	1.094
<b><i>b) Hospitales de comparación</i></b>								
Fuenlabrada (Empresa Pública)	220.646	290	64.000	1.379	1.379	1.398	1.398	1.398
Alcalá de Henares (Presupuestario)	389.078	550	81.930	2.352	2.419	2.419	2.419	2.419
Móstoles (Presupuestario)	220.473	383		2.388	2.366	2.320	2.320	2.320
Alcorcón (Fundación)	269.088	432	74.138	1.569	1.569	1.582	1.584	1.584

## 2. CAMAS POR CADA MIL HABITANTES

Este indicador se calcula dividiendo el número de camas funcionantes por cada mil habitantes.

El dato que nos muestra, a pesar de ser a nivel macro dadas las magnitudes que utiliza (Número de camas totales y población de referencia total) es muy utilizado por ser homogéneo en todos los hospitales y por mostrarnos la estructura física del centro. A lo largo del análisis se utilizarán estas variables, camas y población así como gastos totales, por proporcionar datos de fácil comparabilidad así como por ser de uso común en el sector hospitalario.

En el cuadro podemos ver que los hospitales gestionados bajo los nuevos modelos PFI / PPP tienen menos camas por cada mil habitantes, salvo el de Aranjuez debido a su escasa población asignada.

**Cuadro 2: Camas / 1.000 habitantes**

	Número de camas (En funcionamiento)	Camas por cada 1.000 habitantes
<b><i>a) Objeto del estudio</i></b>		
Coslada (Henares) PFI	194	1,15
Arganda (Sureste) PFI	125	0,76
Majadahonda PFI	563	1
Parla (Sur) PFI	180	1,2
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	239	0,8
Vallecas PFI	204	0,65
Aranjuez (Tajo) PFI	98	1,55
Valdemoro (PPP)	90	0,96
<b><i>b) Hospitales de comparación</i></b>		
Fuenlabrada (Empresa Pública)	290	1,31
Alcalá de Henares (Presupuestario)	550	1,41
Móstoles (Presupuestario)	383	1,74
Alcorcón (Fundación)	432	1,61

Si tomamos como comparación los indicadores de la Organización Mundial de la Salud<sup>64</sup> observaremos, comparándonos con los datos medios, que nuestro número de camas por 1000 habitantes es inferior a los citados tramos de comparación:

OMS (Estadísticas medias globales):

Mínimo	0,10	) Se señalan en azul las cifras de comparación
Mediana	2,60	
Máximo	13,70	
Ingresos (ecos.) bajos	1,70	
Ingresos (ecos.) medianamente bajos	1,20	
Ingresos (ecos.) medianamente altos	3,90	
Ingresos (ecos.) altos	5,60	
Mundial	3,00	

Se puede observar como la Comunidad de Madrid tiene una política de infraestructuras sanitarias hospitalarias claramente inferior a los de la media de entornos económicos similares. La media es inferior a la del Sistema Nacional de Sanidad que está en un 3,22. Si además consideramos que la puesta en marcha de los hospitales bajo los nuevos modelos de gestión supuso la reducción de camas en otros hospitales ya existentes y, por otro lado y quizás lo más importante, su cartera de servicios se diseñó para pacientes agudos<sup>65</sup> cuando la necesidad que va sufriendo nuestra sociedad es de camas para pacientes crónicos y de larga o media estancia.

Otro punto a considerar es que Madrid al ser área única sanitaria, normativa que entró en vigor el 15 de octubre del 2010, los usuarios tienen libre elección en atención primaria y especializada lo que llevado al extremo, puede suponer que si los usuarios de una zona eligen un hospital distinto al asignado inicialmente éste puede quedarse sin actividad y el de destino sin capacidad física para atenderlos.

### **3. ESTANCIA MEDIA Y PESO MEDIO**

La estancia media refleja el tiempo desde que un paciente ingresa en el hospital hasta que recupera su salud, lo suficiente, como para recibir cuidados en su entorno habitual. Su valor debe ir reduciéndose desde la puesta en marcha del hospital y está afectado por el peso medio.

Su cálculo es el sumatorio de la diferencia entre la fecha de alta y la fecha de ingreso dividido por el nº de altas.

El Peso Medio (de un hospital) es la media aritmética del Peso Relativo (PR) de todos los episodios de hospitalización, una vez clasificados en Grupo Relacionado con el Diagnóstico (GRD). Para el caso de la hospitalización, por ejemplo, el Peso Medio de un hospital nos informa de la complejidad atendida por dicho hospital.

La estancia media y el peso medio implican consumo de recursos, lo que significa que una estancia media baja con un peso medio alto debe ser un coste mayor que el caso contrario.

De acuerdo con esto vamos a presentar los cuadros de *Estancia Media* y *Peso Medio* de los hospitales del análisis:

**Cuadro 3: Estancia Media y Peso Medio**

	Estancia Media					Peso Medio				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
<b><i>a) Objeto del estudio</i></b>										
Coslada (Henares) PFI	6,40	6,09	5,66	5,05	5,81	1,40	1,49	1,53	1,54	1,55
Arganda (Sureste) PFI	5,60	5,48	5,06	4,90	4,84	1,33	1,48	1,51	1,49	1,56
Majadahonda PFI		7,93	7,93	7,30	7,34		1,92		2,01	2,02
Parla (Sur) PFI		4,81	4,72	4,72			1,40	1,52	1,55	
SS de los Reyes(Norte) PFI	6,15		6,04	5,96		1,39		1,52	1,58	
Vallecas PFI	5,06	5,13	4,97	4,89	5,81	1,44	1,47	1,54	1,56	1,61
Aranjuez (Tajo) PFI		5,52	5,61	5,58			1,50	1,54	1,63	
Valdemoro (PPP)	5,10	4,97	4,59	4,36	4,56	1,36	1,50	1,50	1,48	1,60
<b><i>b) Hospitales de comparación</i></b>										
Fuenlabrada (Empresa Pública)	5,79	5,64	5,71	5,77	5,91	1,50	1,52	1,54	1,55	1,58
Alcalá de Henares	7,10	6,86	6,68	6,78		1,54	1,58	1,61	1,70	
Móstoles	7,24	7,19	7,03	6,88	6,80	1,48	1,50	1,46	1,49	1,50
Alcorcón (Fundación)	6,31	6,22	6,03	6,16	6,12	1,76	1,75	1,81	1,84	1,78

Para observar sus valores y evolución lo presentamos a través de los siguientes gráficos:

Gráfico 8: Estancia Media (Elab. Propia)

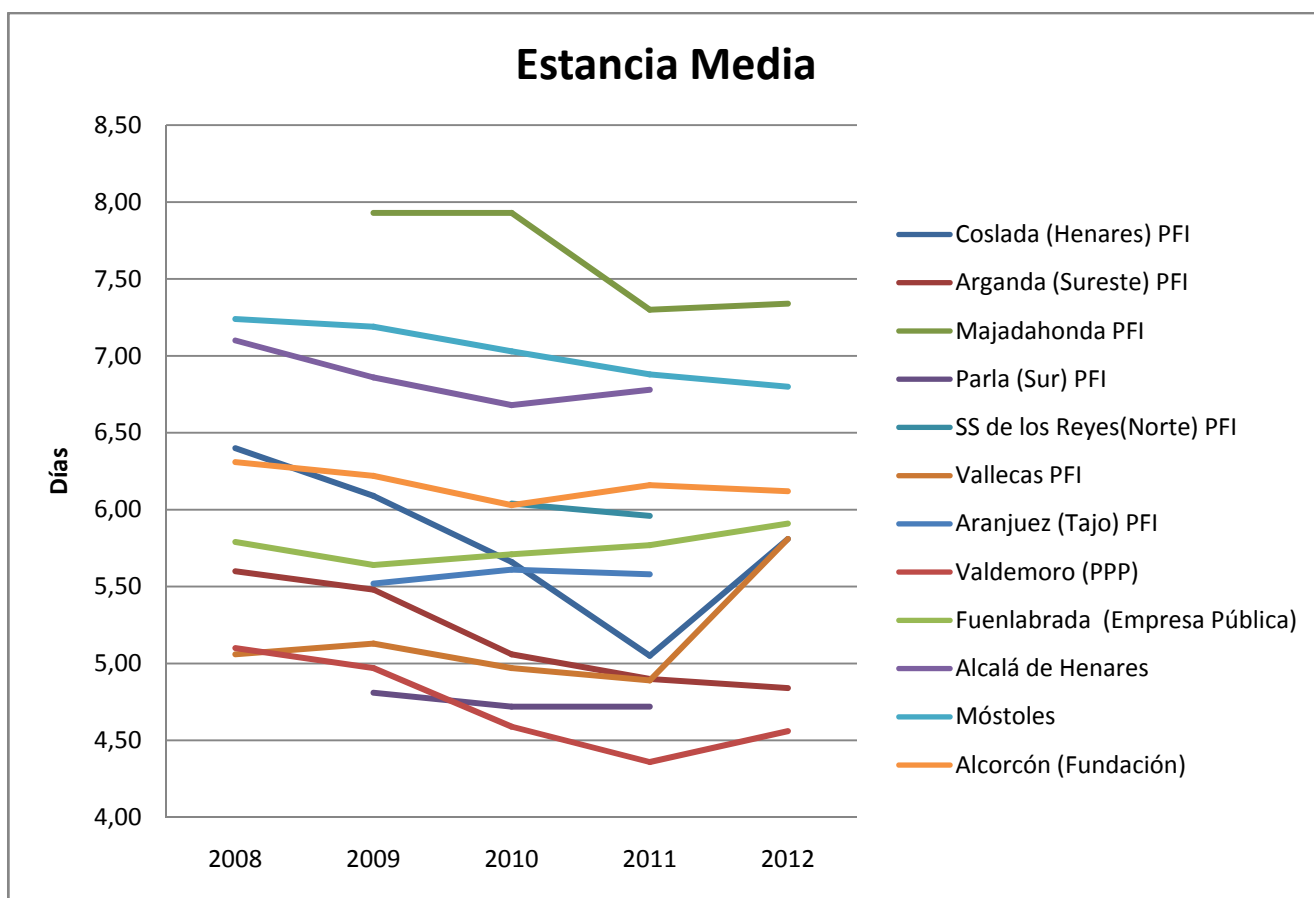
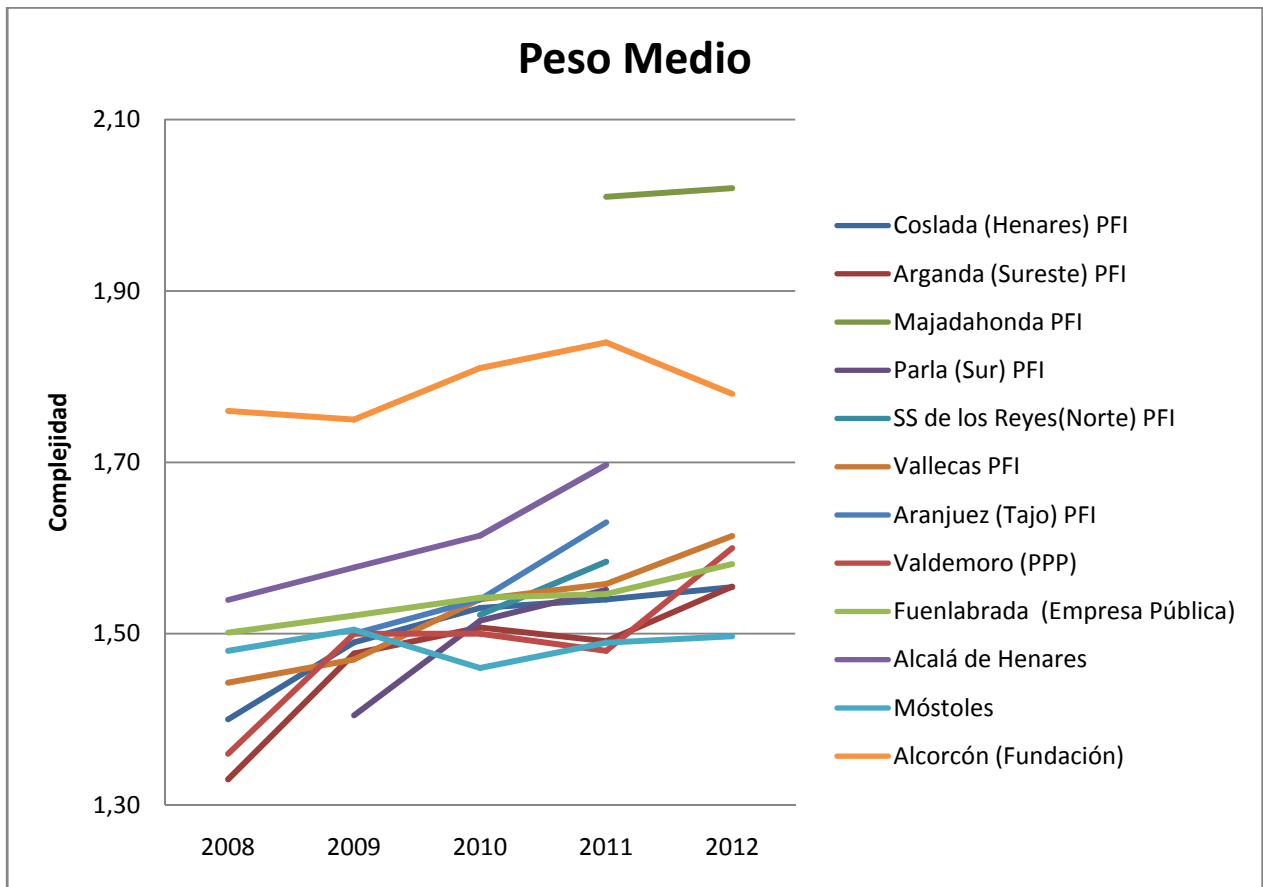


Gráfico 9: Peso Medio (Elab. Propia)



En el periodo analizado se observa que al principio la estancia media disminuye progresivamente para crecer en los últimos ejercicios pero no en consonancia con la evolución de su peso medio. Esta situación es contraria a la encontrada en los hospitales de comparación en los que hay un equilibrio entre su evolución y su peso medio.

De nuevo es reseñable el hospital de Majadahonda que, como ya se ha señalado anteriormente, es un hospital diferente al resto pues, existía con anterioridad a la puesta en marcha del modelo PFI, no se va a externalizar y es el más grande y complejo de todos. Este hospital tiene estancia media alta y peso medio muy alto,

por lo tanto, en comparación con un hospital de estancia media baja y peso medio bajo tendrá unos costes más altos.

#### 4. GASTOS POR USUARIO ASIGNADO

Se calcula el cociente entre el total de gastos y el número de usuarios asignados. Es uno de los indicadores de mayor uso por su facilidad de cálculo, aunque necesita del complemento de otros indicadores para que la información sea más refinada ya que es un dato a nivel de detalle muy bajo (Total de gastos y número de usuarios).

A este indicador hay que señalarle dos características especiales, por un lado la complejidad de la cartera de servicios del hospital (peso medio) y, en segundo lugar, como afecta la población asignada. De este modo, mayor complejidad tendrá mayor gasto y mayor población reducirá el coste por usuario.

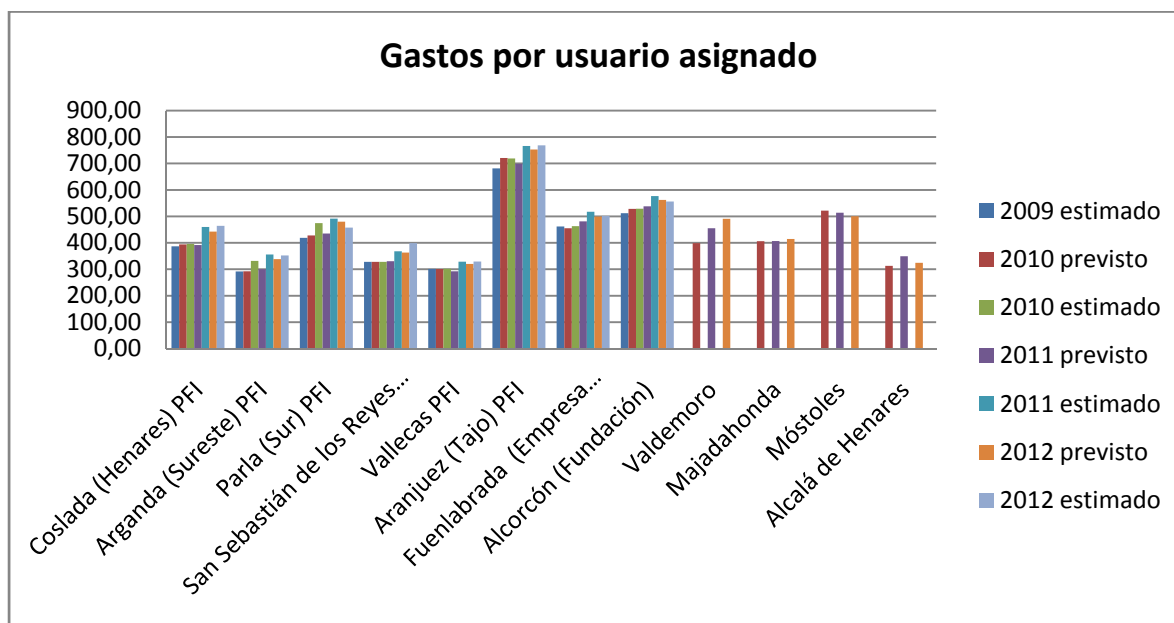
Cuadro 4: Gastos totales / Usuario asignado

Gastos por usuario asignado (Euros)	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado
<b>a) Objeto del estudio</b>							
Coslada (Henares) PFI	386,48	393,87	396,06	391,75	459,73	442,39	464,52
Arganda (Sureste) PFI	292,01	292,39	331,96	300,12	355,78	338,52	352,45
Majadahonda		405,82		406,78		414,32	
Parla (Sur) PFI	419,07	428,17	474,58	435,02	491,47	480,17	457,36
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	328,25	328,21	328,03	330,58	367,80	362,96	398,70
Vallecas PFI	301,21	300,85	302,19	292,27	328,75	320,36	329,28
Aranjuez (Tajo) PFI	681,64	720,72	719,18	699,07	766,06	752,66	768,62
Valdemoro		399,16		455,00		490,72	
<b>b) Hospitales de comparación</b>							
Fuenlabrada (Empresa Pública)	461,99	455,05	462,94	481,42	517,61	499,07	501,86
Alcalá de Henares		312,68		349,01		324,32	
Móstoles		521,44		513,95		500,35	
Alcorcón (Fundación)	512,20	528,64	528,98	537,87	577,03	562,52	556,50

Combinando el resultado de este indicador con los dos anteriores, observamos que los hospitales PFI/PPP no tienen menor coste por usuario y que su tendencia no es a reducirse como se debería desprender de una curva de aprendizaje así como de unos procesos ya probados. En este caso, el efecto de la complejidad y del número de usuarios del hospital de Majadahonda explica que tenga un indicador más elevado durante el periodo analizado pues su cartera es de mayor complejidad y su número de usuarios es el mayor de todos. El caso contrario, está el hospital de Aranjuez donde la escasa población asignada así como su cartera de servicios, inferior en complejidad al resto, hace que sea el hospital con mayor coste por usuario.

En el gráfico 10 se puede comprobar como los nuevos hospitales PFI van incrementando anualmente sus costes por usuario sin estar justificados estos incrementos por complejidad. Aunque no todos los hospitales tienen una evolución igual, por ejemplo el hospital de San Sebastián de los Reyes que tiene una cartera de servicios más compleja que el resto de los hospitales de su modelo así como es el que mayor población asignada tiene.

Gráfico 10: Gastos / usuario asignado (Elab. Propia)



El incremento de gasto por usuario asignado de los hospitales PFI /PPP es superior a los de comparación a partir del año 2012, ver cuadro 5.

Cuadro 5: Variación de gasto / Usuario asignado

Variación de Gastos por usuario asignado	Var 2010/2011	Var 2011/2012	Var 2012/2013
Coslada (Henares) PFI	-0,54%	12,93%	-26,92%
Arganda (Sureste) PFI	2,65%	12,79%	-23,39%
Majadahonda	0,24%	1,85%	14,07%
Parla (Sur) PFI	1,60%	10,38%	-29,34%
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	0,72%	9,80%	-28,22%
Vallecas PFI	-2,85%	9,61%	-28,28%
Aranjuez (Tajo) PFI	-3,00%	7,67%	-28,30%
Valdemoro	13,99%	7,85%	9,57%
Fuenlabrada (Empresa Pública)	5,80%	3,67%	-0,97%
Móstoles	-1,44%	-2,65%	9,58%
Alcalá de Henares	11,62%	-7,07%	11,40%
Alcorcón (Fundación)	1,75%	4,58%	-7,27%

Es importante señalar que el gasto por habitante medio mundial según cálculos de la OMS para la atención especializada (hospitales) en el 2012 es de 729,86 y como vemos en los datos anteriores, cuadro 4, nos encontramos por debajo de los mismos.

## **5. GASTOS TOTALES POR ALTA**

El indicador se calcula dividiendo el total de gastos por el total de altas hospitalarias dadas por cada hospital.

Como complemento de los indicadores anteriores incorporamos este indicador, donde se unen dos variables: Gastos totales y altas hospitalarias, este último es una medida de actividad. Este indicador nos muestra una medida del coste hospitalario por unidad de actividad, aunque también es un dato a nivel macro ya que las altas figuran agrupadas y no diferenciadas en función de su complejidad.

Hay que considerar que los hospitales de Majadahonda, Móstoles y Alcalá de Henares no contabilizan las amortizaciones, aunque sus importes no son significativos, por lo que no afectarán a los datos obtenidos.

Se ha comentado con anterioridad que la puesta en marcha de algunos hospitales, PFI y PPP, se hace disminuyendo la población asignada de los ya existentes, por lo tanto, la actividad de estos últimos irá disminuyendo en mayor o menor medida y disminuirá su número de altas.

En el cuadro 6 vemos la evolución de este indicador a lo largo de los periodos estudiados:

**Cuadro 6: Gastos totales / Altas**

<b>Gastos totales / Altas</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 estimado</b>
<b><i>a) Objeto del estudio</i></b>				
Coslada (Henares) PFI	7.096,88	7.015,81	7.926,68	7.983,29
Arganda (Sureste) PFI	8.605,32	8.272,17	8.084,09	8.065,47
Majadahonda PFI	12.178,74	9.290,10	8.846,87	9.039,66
Parla (Sur) PFI	6.784,62	7.731,52	8.280,27	0,00
SS de los Reyes(Norte) PFI	0,00	8.134,49	8.846,40	0,00
Vallecas PFI	7.366,65	7.260,62	7.513,82	8.234,37
Aranjuez (Tajo) PFI	8.846,64	9.392,61	9.919,52	0,00
Valdemoro (PPP)	0,00	5.605,52	6.280,46	6.708,29
<b><i>b) Hospitales de comparación</i></b>				
Fuenlabrada (Empresa Pública)	6.882,52	6.956,13	7.975,62	7.639,59
Alcalá de Henares	6.915,14	5.108,40	5.948,20	0,00
Móstoles	8.689,47	6.779,32	6.649,41	6.991,12
Alcorcón (Fundación)	6.993,04	7.231,75	7.920,87	8.631,65

Los ceros indican que el dato no está disponible

Para comprender bien el indicador es importante conocer como evolucionan las altas:

**Cuadro 7: Altas**

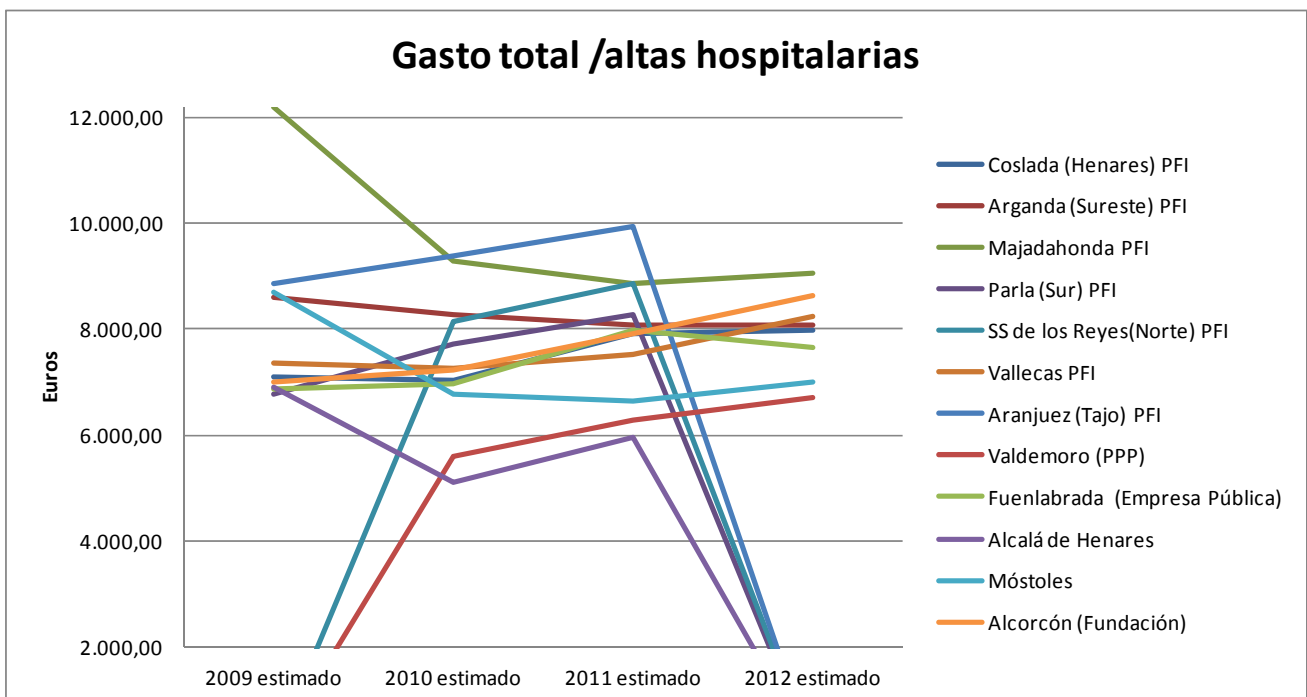
<b>Altas</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 estimado</b>
<b><i>a) Objeto del estudio</i></b>				
Coslada (Henares) PFI	9.316,00	9.639,00	9.897,00	9.933,00
Arganda (Sureste) PFI	5.650,00	6.675,00	7.322,00	7.271,00
Majadahonda PFI	23.290,00	24.477,00	25.764,00	25.682,00
Parla (Sur) PFI	9.359,00	9.297,00	8.994,00	0,00
SS de los Reyes(Norte) PFI	0,00	12.178,00	12.554,00	0,00
Vallecas PFI	12.933,00	13.171,00	13.859,00	12.663,00
Aranjuez (Tajo) PFI	4.896,00	4.888,00	4.920,00	0,00
Valdemoro (PPP)	5.725,00	6.672,00	6.788,00	6.854,00
<b><i>b) Hospitales de comparación</i></b>				
Fuenlabrada (Empresa Pública)	15.592,00	15.394,00	14.981,00	14.881,00
Alcalá de Henares	23.973,00	23.815,00	22.829,00	0,00
Móstoles	16.509,00	16.958,00	17.041,00	15.779,00
Alcorcón (Fundación)	20.138,00	20.100,00	20.171,00	17.870,00

Los ceros indican que el dato no está disponible

Como se puede observar en el cuadro 7, las altas evolucionan al alza en los hospitales nuevos (PFI/PPP) y a la baja en los de comparación. Esto es debido a que se está desviando actividad de unos hospitales a otros.

A pesar de la evolución motivada por el desvío de la actividad, los nuevos hospitales tienen unos indicadores de gastos totales / alta superiores a los de los hospitales de comparación, aunque la tendencia los hará mejorar con el trasvase de población, ver el gráfico 11:

Gráfico 11: Gastos totales / alta (Elab. Propia)



El único hospital que siempre tiene el mejor valor es el de Valdemoro, modelo PPP. El de Vallecas varía en forma de V a lo largo del periodo analizado, esto es debido a que cuenta con otro hospital en paralelo del modelo tradicional (Hospital Virgen de la Torre) que se gestiona conjuntamente y coordina simultáneamente sus actividades.

## 6. GASTOS TOTALES POR CAMA FUNCIONANTE

El cálculo es el cociente entre gastos totales y número de camas funcionantes declaradas.

Su interés analítico radica en que nos muestra un ratio de coste de comparación significativo aunque a un nivel global ya que se trata de gastos totales y camas funcionantes,

Para el análisis se han tomado los datos que figuran en todas las estadísticas hospitalarias y se ha escogido la muestra de hospitales comparables entre sí en cuanto a tamaño y cartera de servicios

El importe de las amortizaciones es solo significativo en los hospitales de Fuenlabrada y Alcorcón, en el resto no son significativas: En los hospitales PFI / PPP se encuentran en su mayor parte incluidas en el coste del contrato y en los hospitales de Majadahonda, Móstoles y Alcalá no se contemplan.

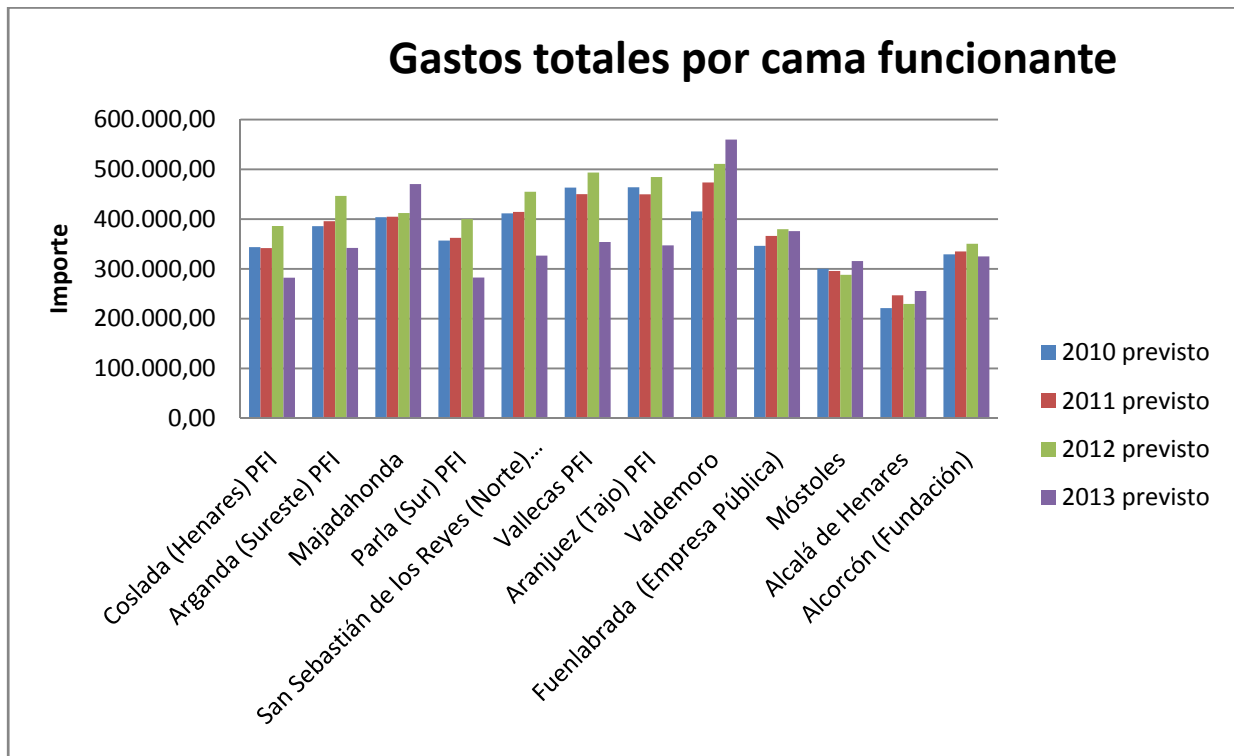
**Cuadro 8: Gastos totales / Cama funcionante**

Gastos totales por cama	2010 previsto	2011 previsto	2012 previsto	2013 previsto
<b>a) Objeto del estudio</b>				
Coslada (Henares) PFI	343.794,09	341.942,48	386.144,12	282.190,87
Arganda (Sureste) PFI	385.726,67	395.932,86	446.584,92	342.146,84
Majadahonda	403.896,48	404.850,38	412.356,10	470.374,97
Parla (Sur) PFI	356.811,78	362.515,43	400.137,58	282.729,44
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	411.546,69	414.516,50	455.123,19	326.710,15
Vallecas PFI	463.408,26	450.181,52	493.460,58	353.900,82
Aranjuez (Tajo) PFI	463.858,03	449.923,24	484.414,15	347.326,02
Valdemoro	415.555,56	473.686,58	510.873,70	559.771,67
<b>b) Hospitales de comparación</b>				
Fuenlabrada (Empresa Pública)	346.223,84	366.288,26	379.715,12	376.020,24
Móstoles	300.166,35	295.855,16	288.023,17	315.620,48
Alcalá de Henares	221.193,84	246.893,35	229.426,69	255.584,46
Alcorcón (Fundación)	329.284,35	335.035,51	350.384,97	324.923,69

De los datos que muestra el cuadro 8 se deduce que todos los hospitales de los modelos PFI / PPP tienen unos gastos totales por cama superiores a los de comparación. Concretamente, tomando como referencia el hospital de Fuenlabrada que es de mayor ratio de gastos/cama entre el grupo “hospitales de comparación”, siete de los ocho hospitales objeto de estudio superan el gasto por cama para los años 2010-2012, lo que en términos porcentuales supone una media del 15 % para los cuatros años

Por último, creemos necesario resaltar respecto a los datos ofrecidos para los hospitales de comparación Móstoles y de Alcalá de Henares que, aunque su ratio es inferior a los de los modelos PFI y PPP, es muy probable que tienda a empeorar dado que, con la puesta en marcha de los hospitales Rey Juan Carlos y Torrejón irán reduciendo su número de camas y población asignada.

Gráfico 12: Gastos totales / cama funcionando (Elab. Propia)



Analizando este indicador junto al de gasto total por usuario asignado se obtiene dos visiones complementarias de distribución del gasto hospitalario: Visión dotación, camas, y visión usuario. Este enfoque conjunto nos muestra como, en general, los hospitales del modelo PFI tienen costes más altos, lo que para carteras de servicios similares y complejidades no mayores que el resto, supone que son menos eficientes.

Si considerásemos este grupo de indicadores y los analizamos globalmente podemos concluir:

1. El determinante de la complejidad afecta al resto de indicadores y, a pesar de que los hospitales tradicionales tienen una complejidad superior, el resto de variables no son más costosas que los demás hospitales PFI.

2. Solamente el indicador de gasto por usuario asignado beneficia a los hospitales modelo PFI pero hay dos cuestiones a tener en cuenta:

- a. La tendencia es a crecer, al contrario que en los hospitales de comparación.
- b. De nuevo la complejidad debe ser tenida en cuenta, además cuando se ha publicado el concurso de externalización han aparecido unos costes que no figuran en los presupuestos y que se deben considerar ya que son por servicios que el resto de los hospitales asumen: Laboratorio, Sistemas de Información y centralización de Imagen.

### **5.3.2 Análisis de datos y resultados de los indicadores económico – financieros**

#### **A. INDICADOR FONDO DE MANIOBRA**

Margen de maniobra de la empresa para hacer frente a sus obligaciones de pago asociadas a su actividad corriente o ciclo operativo (Activo circulante – Pasivo circulante).

Cuando el fondo de maniobra necesario es positivo indica que la empresa necesita una financiación adicional para su circulante. Esta financiación suele ser de tipo bancario, pero dado que la inversión en fondo de maniobra tiene un carácter permanente es aconsejable que la financiación tenga también este carácter y, por tanto, sea a largo plazo o bien a corto plazo pero con facilidades para ir renovando cada año. En la mayoría de sectores este es el caso habitual. Cuando el fondo de maniobra necesario es negativo significa que la financiación automática supera a las necesidades de inversión a corto plazo y, por tanto, la empresa tiene excedentes de liquidez que podrá invertir en otros activos. Esta situación se da en sectores que

tienen un ciclo de maduración corto y tienen plazos de pago superiores a la media, como ocurre por ejemplo, en el sector de la distribución alimentaria<sup>66</sup>. En el caso que nos ocupa, el sector debe tener, en condiciones normales,  $FM > 0$ <sup>67</sup>, salvo que estemos en un hospital de gestión tradicional presupuestaria.

La nomenclatura de los cuadros es la señalada anteriormente, las partidas de previsión de cierre (estimado) y presupuesto (previsto), que se corresponde a las que figuran en los Presupuestos de la Comunidad de Madrid (Ver anexos).

**Cuadro 9: Fondo de Maniobra**

Fondo de maniobra	2009 estimado	2010 estimado	2011 estimado	2012 estimado
<b>a) Objeto del estudio</b>				
Coslada (Henares) PFI	-13.892.451,00	-12.641.831,00	-23.890.875,00	-14.504.511,00
Arganda (Sureste) PFI	-7.413.742,00	-7.694.075,00	-16.363.042,00	-8.699.694,00
Majadahonda PFI	(1)	(1)	(1)	(1)
Parla (Sur) PFI	-7.032.462,00	-7.063.704,00	-14.709.543,00	-2.816.370,00
SS de los Reyes(Norte) PFI	-11.027.395,00	-8.539.119,00	-19.775.826,00	-14.369.517,00
Vallecas PFI	-1.757.217,00	-1.928.658,00	-9.307.270,00	1.925.363,00
Aranjuez (Tajo) PFI	-6.699.895,00	-5.669.379,00	-9.890.310,00	-6.695.658,00
Valdemoro (PPP)	(1)	(1)	(1)	(1)
<b>b) Hospitales de comparación</b>				
Fuenlabrada (Empresa Pública)	2.458.724,00	-1.994.377,00	-10.455.736,00	6.010.740,00
Alcalá de Henares	(1)	(1)	(1)	(1)
Móstoles	(1)	(1)	(1)	(1)
Alcorcón (Fundación)	-5.792.379,00	-23.507.860,00	-30.862.521,00	-3.642.280,00

(1) No disponible.

De la información recogida en el cuadro se desprende que todos los hospitales, objeto del estudio y con independencia de su fórmula jurídica, tienen su Fondo de maniobra negativo y solo el de Fuenlabrada, en los periodos 2009 y 2012, ha tenido saldo positivo.

Teniendo en cuenta que estos hospitales son todos de gestión indirecta y, por lo tanto, la Comunidad de Madrid actúa simultáneamente como financiador y cliente, se observa que la información financiera es incompleta ya que en todos los hospitales, con independencia de su forma jurídica, se detecta que no se ha contabilizado y / o presupuestado-previsto la cifra de facturación correspondiente al periodo, debido a esto y al no tener la correspondiente partida de clientes, el Fondo de Maniobra resulta negativo.

### ***B. INDICADOR FONDOS PROPIOS***

Su valor indica la capacidad financiera de la entidad para llevar a cabo su objeto social. En el caso de nuestro estudio, la atención sanitaria del área asignada.

Los capitales propios han de ser los adecuados para que la empresa no tenga un exceso de deudas y disponga de la suficiente autonomía ante terceros. En este sector se considera que una organización hospitalaria tiene capacidad financiera para hacer frente a sus deudas cuando los capitales propios, oscilan, aproximadamente, entre el 35% y el 50% del total del pasivo<sup>68</sup>. Este porcentaje de capitales propios, que puede ser mayor o menor en función de las necesidades concretas de la entidad.

Cuando los fondos propios son negativos, porque las pérdidas acumuladas superan al capital y reservas, se dice que la empresa está en una situación de quiebra técnica<sup>69</sup>.

En el cuadro siguiente se presentan los Fondos Propios de los periodos 2009 / 2012 inclusive, donde los Fondos Propios incluyen: Capital, reservas, resultados de ejercicios anteriores, otras aportaciones de los socios y resultado del ejercicio:

**Cuadro 10: Fondos propios**

<b>Fondos Propios</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 estimado</b>
<b>a) Objeto del estudio</b>				
Coslada (Henares) PFI	-11.517.514,00	-11.354.481,00	-22.619.851,00	-13.084.245,00
Arganda (Sureste) PFI	-5.702.610,00	-6.504.531,00	-15.514.871,00	-7.687.743,00
Majadahonda PFI	(1)	(1)	(1)	(1)
Parla (Sur) PFI	-4.969.534,00	-4.599.143,00	-12.533.178,00	-791.464,00
SS de los Reyes(Norte) PFI	-6.843.695,00	-5.431.820,00	-16.912.864,00	-11.757.105,00
Vallecas PFI	-225.897,00	-12.229,00	-6.683.668,00	4.491.854,00
Aranjuez (Tajo) PFI	-5.821.660,00	-4.337.464,00	-8.691.821,00	-5.625.413,00
Valdemoro (PPP)	(1)	(1)	(1)	(1)
<b>b) Hospitales de comparación</b>				
Fuenlabrada (Empresa Pública)	20.219.820,00	19.054.740,00	11.453.575,00	19.956.278,00
Alcalá de Henares	(1)	(1)	(1)	(1)
Móstoles	(1)	(1)	(1)	(1)
Alcorcón (Fundación)	3.416.633,00	3.840.320,00	-8.111.738,00	4.424.798,00

(1) No disponible,

Los datos de los Fondos Propios recogidos en el cuadro 10 nos muestran que:

1. Todos los hospitales bajo el sistema PFI tienen los Fondos Propios negativos desde su puesta en marcha hasta el último ejercicio del análisis (Periodos 2009-2012). La excepción es el hospital de Vallecas que al tener su actividad asociada a un hospital público del modelo de gestión presupuestaria, Hospital Virgen de la Torre, pudo ir equilibrando que actividad realizar en cada uno de sus hospitales, derivando la actividad compleja (Ver índice de complejidad<sup>70</sup>), de mayor coste, al PFI y la menos compleja, más barata, al otro; de hecho se observa que es el único hospital modelo PFI con Fondos Propios positivos en el ejercicio 2012.
2. Solo los hospitales de Fuenlabrada y Alcorcón, este último con la excepción del año 2011, tienen los Fondos Propios positivos, hasta el ejercicio del 2012 en el que mejora radicalmente Vallecas.
3. Los Fondos Propios se generan, en todos los casos, por resultados negativos del ejercicio sin haberse hecho ampliaciones de capital y no haber dado lugar a la constitución de reservas.

Como se ha señalado, la transformación de Fondos Propios negativos en positivos requiere incorporar periódicamente resultados positivos, al patrimonio, y/o nuevas aportaciones de capital. Sin embargo, En la información presupuestaria de los diferentes ejercicios no se explica cómo se van a reponer los capitales necesarios para mejorar los desfases detectados aunque si se anuncia que será externalizada su gestión, excepto en el hospital de Majadahonda. En el caso que nos ocupa al no tener prevista en la ley, la ampliación de capital correspondiente, podemos decir que estos hospitales PFI no tienen viabilidad financiera.

Como complemento a este análisis de Fondos Propios podemos incorporar la comparación entre el programa presupuestario (Ingresos que se presupuestan desde el presupuesto general del Servicio Madrileño de Salud) y la Facturación / Actividad de cada presupuesto individualizado de los hospitales (Ver cuadro siguiente).

**Cuadro 11: Facturación y actividad**

		S.S. de los							
		Fuenlabrada	Parla (Sur)	Arganda	Coslada	Reyes	Aranjuez	Vallecas	Alcorcón
Pres. 2010	Programa presup.	103.000.000	64.314.255	47.721.093	66.395.656	97.617.696	44.990.573	93.500.000	140.500.000
	Fact. (Resultado)	-103.645.540	-64.314.255	-48.341.262	-66.681.157	-98.537.585	-45.290.573	-93.825.000	-141.225.377
	Déficit (-) / Superávit	-645.540	0	-620.169	-285.501	-919.889	-300.000	-325.000	-725.377
Pres. 2011	Programa presup.	105.479.640	64.820.416	48.744.902	65.835.859	98.450.924	43.865.809	91.162.500	143.228.244
	Fact. (Resultado)	-107.099.726	-65.026.639	-48.871.813	-65.826.140	-98.450.924	-43.798.854	-91.089.673	-143.228.244
	Déficit (-) / Superávit	-1.620.086	-206.223	-126.911	9.719	0	66.955	72.827	0
Pres. 2012	Programa presup.	109.322.880	71.279.764	55.272.243	74.781.973	107.974.448	47.122.587	99.765.958	151.438.261
	Fact. (Resultado)	-109.347.482	-71.373.944	-55.358.009	-74.191.191	-107.974.448	-47.130.673	-100.010.558	-151.438.261
	Déficit (-) / Superávit	-24.602	-94.180	-85.766	590.782	0	-8.086	-244.600	0
Pres. 2013	Programa presup.	108.557.583	50.043.985	42.142.153	54.147.424	77.029.325	33.575.235	71.117.918	147.326.361
	Fact. (Resultado)	-109.210.259	-49.975.544	-42.178.667	-53.992.373	-76.975.221	-33.776.966	-71.215.251	-139.001.548
	Déficit (-) / Superávit	-652.676	68.441	-36.514	155.051	54.104	-201.731	-97.333	8.324.813

En el cuadro 11 podemos ver como ya presupuestariamente se reconocen desfases entre lo que tiene previsto facturar (Fact.) el hospital y lo que la Comunidad incluye en su presupuesto por este concepto (Programa pres.).

Como la situación, a nivel de Fondos Propios, va empeorando en el presupuesto se informa de emisión de instrumentos de patrimonio, *De Entes de la Comunidad de Madrid*, emisión que no se produce. Este deterioro patrimonial se observa que empeora anualmente en cada presupuesto ya que la cifra de facturación que cuadra el ejercicio presupuestario y que la Comunidad de Madrid debería asumir como deuda no está cubierta en su totalidad y, por lo tanto, su patrimonio empeora sistemáticamente.

Si unimos la situación de Fondo de maniobra, capacidad de afrontar el pago de compromisos a corto plazo, Fondos Propios negativos y un programa presupuestario/ facturación insuficiente para financiar la actividad, así como la inexistencia de un programa de capitalización de estos hospitales llegamos a la situación de una falta o incorrecta información presupuestaria económica ya que al ser hospitales bajo gestión indirecta nunca se llegaría a la insolvencia.

### **C. INDICADOR ACREEDORES COMERCIALES Y OTRAS CUENTAS A PAGAR**

Para analizar la solvencia financiera es necesario tener en cuenta el volumen de deuda que tiene la entidad pues nos va a mostrar el volumen de compromisos de pago, en este caso, a corto plazo. Por este motivo, se han recopilado los datos de las deudas y otras cuentas a pagar de los hospitales objeto de estudio en los períodos 2009/2012.

A continuación observaremos sus valores, absolutos y relativos en comparación con el total de deudas.

**Cuadro 12: Acreedores comerciales**

<b>Acreedores com. y otras cuentas a pagar</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 estimado</b>
<b>a) Objeto del estudio</b>				
Coslada (Henares) PFI	26.220.775,00	21.325.710,00	29.426.465,00	27.439.056,00
Arganda (Sureste) PFI	9.476.585,00	15.740.789,00	21.934.162,00	10.274.215,00
Majadahonda PFI	(1)	(1)	(1)	(1)
Parla (Sur) PFI	14.077.414,00	15.664.310,00	18.131.964,00	12.029.542,00
SS de los Reyes(Norte) PFI	18.358.293,00	19.024.329,00	31.408.116,00	26.639.540,00
Vallecas PFI	14.619.661,00	13.882.965,00	13.116.796,00	7.651.666,00
Aranjuez (Tajo) PFI	7.720.580,00	6.515.617,00	9.405.386,00	7.914.783,00
Valdemoro (PPP)	(1)	(1)	(1)	(1)
<b>b) Hospitales de comparación</b>				
Fuenlabrada (Empresa Pública)	18.549.248,00	26.900.659,00	24.098.548,00	21.008.608,00
Alcalá de Henares	(1)	(1)	(1)	(1)
Móstoles	(1)	(1)	(1)	(1)
Alcorcón (Fundación)	20.972.828,00	49.904.380,00	54.155.537,00	49.959.505,00

(1) No disponible

**Cuadro 13: Acreedores sobre pasivo total**

<b>% Acreedores S/ Pasivo total</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 estimado</b>
<b>a) Objeto del estudio</b>				
Coslada (Henares) PFI	128,30%	136,70%	250,94%	145,57%
Arganda (Sureste) PFI	147,82%	135,30%	249,22%	228,49%
Majadahonda PFI	(1)	(1)	(1)	(1)
Parla (Sur) PFI	115,87%	113,74%	227,16%	90,76%
SS de los Reyes(Norte) PFI	94,37%	104,44%	160,31%	138,25%
Vallecas PFI	79,08%	64,48%	94,24%	37,43%
Aranjuez (Tajo) PFI	140,61%	133,12%	257,12%	154,59%
	(1)	(1)	(1)	(1)
Valdemoro (PPP)				
<b>b) Hospitales de comparación</b>				
Fuenlabrada (Empresa Pública)	42,67%	21,29%	18,19%	14,89%
Alcalá de Henares	(1)	(1)	(1)	(1)
Móstoles	(1)	(1)	(1)	(1)
Alcorcón (Fundación)	23,08%	37,11%	43,48%	38,08%

(1) No disponible

De acuerdo con los datos que aparecen en ambos cuadros podemos concluir:

1. Las deudas de los hospitales PFI superan siempre el 100 % del valor del pasivo, excepto el hospital de Vallecas, llegando a alcanzar en algún caso los 200.
2. Solo Fuenlabrada y Alcorcón y, en menor medida, Vallecas para el ejercicio 2012, se mantienen en índices aceptables de deuda.
3. La evolución ha sido prácticamente igual en todos los hospitales del modelo PFI creciendo cada año hasta 2011 donde alcanzan su mayor valor y luego se reduce aunque manteniéndose en niveles excesivamente altos, salvo el hospital de Vallecas todos superan el 90% del pasivo total. Esto indica que, unido a los indicadores de Fondo de Maniobra y Fondos Propios estos hospitales presentan una información no adecuada que da lugar a interpretaciones financieras equívocas.

#### ***D. INDICADOR EXISTENCIAS - APROVISIONAMIENTOS - ACTIVIDAD***

Para el estudio de este indicador, se ha considerado pertinente, incorporar datos del presupuesto del 2013 con el fin de tener una visión actualizada que se complementa con el concurso de externalización también comentado y al estudiar la información incluida en el presupuesto de esta año, se ha observado que las cifras de determinadas partidas contables aprovisionamientos, existencias y actividad no se correlacionan con la actividad que cada hospital presupuesta.

La actividad del hospital actúa directamente sobre los aprovisionamientos, en los resultados se observa que a mayor actividad mayor consumo de material sanitario y fármacos, principalmente, y a menor actividad menor consumo. Asimismo, las variaciones en los consumos varían en el mismo sentido en aprovisionamientos y, a su vez, en los almacenes o existencias. Dado el tipo de empresa del que se trata no hay almacenes de productos intermedios ni en curso, las existencias en su mayor parte, aproximadamente el 95 %, se componen de productos farmacéuticos, material sanitario e instrumental desechable, esta composición varía directamente con la actividad que realiza el hospital.

A continuación se van a presentar los diferentes cuadros de evolución de actividad, existencias y aprovisionamientos para analizar sus cifras. En los siguientes cuadros y gráficos se han incluido las dos visiones de previsiones de cierre y los presupuestos conjuntamente para facilitar su visibilidad.

**Cuadro 14: Actividad estimada**

	<b>Actividad Estimada (Cierre del ejercicio estimado)</b>				<b>Variación en %</b>		
	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 estimado</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 estimado</b>
<b>a) Objeto del estudio</b>							
Coslada (Henares) PFI	65.502.682,00	66.395.656,00	65.835.859,00	74.781.973,00	1,36%	-0,84%	13,59%
Arganda (Sureste) PFI	48.279.032,00	48.285.073,00	48.744.902,00	55.272.243,00	0,01%	0,95%	13,39%
Majadahonda PFI	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Parla (Sur) PFI	63.092.348,00	64.824.501,00	64.820.416,00	71.279.764,00	2,75%	-0,01%	9,96%
SS de los Reyes(Norte) PFI	98.539.355,00	97.617.696,00	98.450.924,00	107.974.448,00	-0,94%	0,85%	9,67%
Vallecas PFI	93.818.333,00	94.611.706,00	91.162.500,00	99.765.958,00	0,85%	-3,65%	9,44%
Aranjuez (Tajo) PFI	42.838.599,00	45.232.923,00	43.865.809,00	47.122.587,00	5,59%	-3,02%	7,42%
Valdemoro (PPP)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
<b>b) Hospitales de comparación</b>							
Fuenlabrada (Empresa Pública)	102.398.051,00	103.000.000,00	105.479.640,00	109.322.880,00	0,59%	2,41%	3,64%
Alcalá de Henares	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Móstoles	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Alcorcón (Fundación)	138.902.127,00	141.212.783,00	143.228.244,00	151.438.261,00	1,66%	1,43%	5,73%
<i>Media del grupo</i>	<i>81.671.315,88</i>	<i>82.647.542,25</i>	<i>82.698.536,75</i>	<i>89.619.764,25</i>	<i>1,48%</i>	<i>-0,23%</i>	<i>9,11%</i>

	<b>Actividad Prevista (Presupuesto del ejercicio)</b>				<b>Variación en %</b>		
	<b>2010 previsto</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2013 previsto</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2013 previsto</b>
<b>a) Objeto del estudio</b>							
Coslada (Henares) PFI	66.681.157,00	65.835.859,00	74.781.973,00	54.147.424,00	-1,27%	13,59%	-27,59%
Arganda (Sureste) PFI	48.341.262,00	48.744.902,00	55.272.243,00	42.142.153,00	0,83%	13,39%	-23,76%
Majadahonda PFI	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Parla (Sur) PFI	64.314.255,00	64.820.416,00	71.279.764,00	50.043.985,00	0,79%	9,96%	-29,79%
SS de los Reyes(Norte) PFI	98.537.585,00	98.450.924,00	107.974.448,00	77.029.325,00	-0,09%	9,67%	-28,66%
Vallecas PFI	93.825.000,00	91.162.500,00	99.765.958,00	71.117.918,00	-2,84%	9,44%	-28,72%
Aranjuez (Tajo) PFI	45.290.573,00	43.865.809,00	47.122.587,00	33.575.235,00	-3,15%	7,42%	-28,75%
Valdemoro (PPP)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
<b>b) Hospitales de comparación</b>							
Fuenlabrada (Empresa Pública)	103.645.540,00	105.479.640,00	109.322.880,00	108.557.583,00	1,77%	3,64%	-0,70%
Alcalá de Henares	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Móstoles	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Alcorcón (Fundación)	141.225.377,00	143.228.244,00	151.438.261,00	147.326.361,00	1,42%	5,73%	-2,72%
<i>Media del grupo</i>	<i>82.732.593,63</i>	<i>82.698.536,75</i>	<i>89.619.764,25</i>	<i>72.992.498,00</i>	<i>-0,32%</i>	<i>9,11%</i>	<i>-21,33%</i>

Existencias	2009 estimado	2010 estimado	2011 estimado	2012 estimado	2010 estimado	2011 estimado	2012 estimado
<b>a) Objeto del estudio</b>							
Coslada (Henares) PFI	1.434.839,00	1.900.627,00	1.830.231,00	1.682.055,00	32,46%	-3,70%	-8,10%
Arganda (Sureste) PFI	1.377.774,00	7.619.451,00	1.129.246,00	952.436,00	453,03%	-85,18%	-15,66%
Majadahonda PFI	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Parla (Sur) PFI	1.348.138,00	7.779.494,00	1.893.200,00	2.453.501,00	477,05%	-75,66%	29,60%
SS de los Reyes(Norte) PFI	2.506.809,00	2.506.346,00	2.371.738,00	2.516.301,00	-0,02%	-5,37%	6,10%
Vallecas PFI	2.527.387,00	4.135.312,00	2.058.002,00	2.234.271,00	63,62%	-50,23%	8,57%
Aranjuez (Tajo) PFI	1.390.241,00	721.661,00	525.148,00	585.119,00	-48,09%	-27,23%	11,42%
Valdemoro (PPP)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
<b>b) Hospitales de comparación</b>							
Fuenlabrada (Empresa Pública)	1.625.462,00	1.273.063,00	1.264.604,00	1.193.554,00	-21,68%	-0,66%	-5,62%
Alcalá de Henares	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Móstoles	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Alcorcón (Fundación)	3.252.190,00	5.526.987,00	4.404.968,00	5.367.106,00	69,95%	-20,30%	21,84%
<i>Media del grupo PFI</i>	<i>1.764.198,00</i>	<i>4.110.481,83</i>	<i>1.634.594,17</i>	<i>1.737.280,50</i>	<i>128,29%</i>	<i>-33,54%</i>	<i>6,02%</i>

Existencias	2010 previsto	2011 previsto	2012 previsto	2013 previsto	Variación en %		
					2011 previsto	2012 previsto	2013 previsto
<b>a) Objeto del estudio</b>							
Coslada (Henares) PFI	1.319.121,00	2.025.828,00	1.437.241,00	1.754.654,00	53,57%	-29,05%	22,08%
Arganda (Sureste) PFI	1.377.774,00	1.042.023,00	1.129.246,00	952.436,00	-24,37%	8,37%	-15,66%
Majadahonda PFI	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Parla (Sur) PFI	1.448.138,00	7.822.694,00	1.998.200,00	2.453.501,00	440,19%	-74,46%	22,79%
SS de los Reyes(Norte) PFI	2.506.809,00	2.506.346,00	2.371.738,00	2.516.301,00	-0,02%	-5,37%	6,10%
Vallecas PFI	2.282.287,00	4.310.312,00	2.158.002,00	2.241.771,00	88,86%	-49,93%	3,88%
Aranjuez (Tajo) PFI	1.390.241,00	600.661,00	525.148,00	585.119,00	-56,79%	-12,57%	11,42%
Valdemoro (PPP)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
<b>b) Hospitales de comparación</b>							
Fuenlabrada (Empresa Pública)	1.554.412,00	1.202.013,00	1.193.554,00	993.554,00	-22,67%	-0,70%	-16,76%
Alcalá de Henares	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Móstoles	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Alcorcón (Fundación)	4.102.973,00	4.178.314,00	5.367.106,00	4.673.580,00	1,84%	28,45%	-12,92%
<i>Media del grupo PFI</i>	<i>1.720.728,33</i>	<i>3.051.310,67</i>	<i>1.603.262,50</i>	<i>1.750.630,33</i>	<i>60,08%</i>	<i>-16,91%</i>	<i>2,62%</i>

Aprovisionamientos (En negativo por ser gasto)	2009 estimado	2010 estimado	2011 estimado	2012 estimado	Variación en %		
					2010 estimado	2011 estimado	2012 estimado
<b>a) Objeto del estudio</b>							
Coslada (Henares) PFI	-10.552.620,00	-10.943.950,00	-18.575.415,00	-19.788.645,00	3,71%	69,73%	6,53%
Arganda (Sureste) PFI	-8.377.051,00	-9.918.938,00	-11.623.529,00	-11.016.580,00	18,41%	17,19%	-5,22%
Majadahonda PFI	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Parla (Sur) PFI	-11.251.977,00	-14.072.260,00	-15.250.521,00	-12.598.570,00	25,06%	8,37%	-17,39%
SS de los Reyes(Norte) PFI	-20.229.248,00	-11.929.354,00	-26.130.277,00	-27.649.132,00	-41,03%	119,04%	5,81%
Vallecas PFI	-19.387.782,00	-20.405.945,00	-25.549.748,00	-27.546.231,00	5,25%	25,21%	7,81%
Aranjuez (Tajo) PFI	-5.545.482,00	-8.257.303,00	-10.046.269,00	-10.619.490,00	48,90%	21,67%	5,71%
Valdemoro (PPP)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
<b>b) Hospitales de comparación</b>							
Fuenlabrada (Empresa Pública)	-25.803.953,00	-18.633.408,00	-31.704.150,00	-29.689.393,00	-27,79%	70,15%	-6,35%
Alcalá de Henares	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Móstoles	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Alcorcón (Fundación)	-39.618.937,00	-46.391.782,00	-57.794.576,00	-55.948.152,00	17,09%	24,58%	-3,19%
<i>Media del grupo PFI</i>	<i>-12.557.360,00</i>	<i>-12.587.958,33</i>	<i>-17.862.626,50</i>	<i>-18.203.108,00</i>	<i>6,20%</i>	<i>44,49%</i>	<i>-0,79%</i>

Aprovisionamientos (En negativo por ser gasto)	2010 previsto	2011 previsto	2012 previsto	2013 previsto	Variación en %		
					2011 previsto	2012 previsto	2013 previsto
<b>a) Objeto del estudio</b>							
Coslada (Henares) PFI	-10.915.694,00	-12.093.731,00	-19.458.456,00	-11.039.597,00	10,79%	60,90%	-43,27%
Arganda (Sureste) PFI	-6.815.917,00	-6.603.658,00	-11.693.794,00	-7.961.806,00	-3,11%	77,08%	-31,91%
Majadahonda PFI	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Parla (Sur) PFI	-11.951.345,00	-9.883.480,00	-15.914.327,00	-8.309.566,00	-17,30%	61,02%	-47,79%
SS de los Reyes(Norte) PFI	-21.428.676,00	-15.821.920,00	-24.804.422,00	-14.610.141,00	-26,16%	56,77%	-41,10%
Vallecas PFI	-19.563.218,00	-19.097.464,00	-26.017.884,00	-16.441.491,00	-2,38%	36,24%	-36,81%
Aranjuez (Tajo) PFI	-7.052.846,00	-7.741.606,00	-10.727.100,00	-6.225.553,00	9,77%	38,56%	-41,96%
Valdemoro (PPP)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
<b>b) Hospitales de comparación</b>							
Fuenlabrada (Empresa Pública)	-17.157.844,00	-24.541.097,00	-30.589.386,00	-28.308.274,00	43,03%	24,65%	-7,46%
Alcalá de Henares	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Móstoles	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Alcorcón (Fundación)	-44.057.197,00	-47.038.446,00	-55.948.152,00	-48.632.164,00	6,77%	18,94%	-13,08%
<i>Media del grupo PFI</i>	<i>-12.954.616,00</i>	<i>-11.873.643,17</i>	<i>-18.102.663,83</i>	<i>-10.764.692,33</i>	<i>2,67%</i>	<i>46,77%</i>	<i>-32,92%</i>

En primer lugar se observa que nunca coincide la cifra de presupuesto con la cifra de estimación de cierre del ejercicio correspondiente, siempre a peor. Una primera cifra que llama la atención es la correspondiente a la actividad en la que, a pesar de lo comentado de no coincidencias de estimaciones y presupuestos, la cifra del presupuesto del ejercicio 2012 coincide exactamente con la cifra de cierre estimado del mismo.

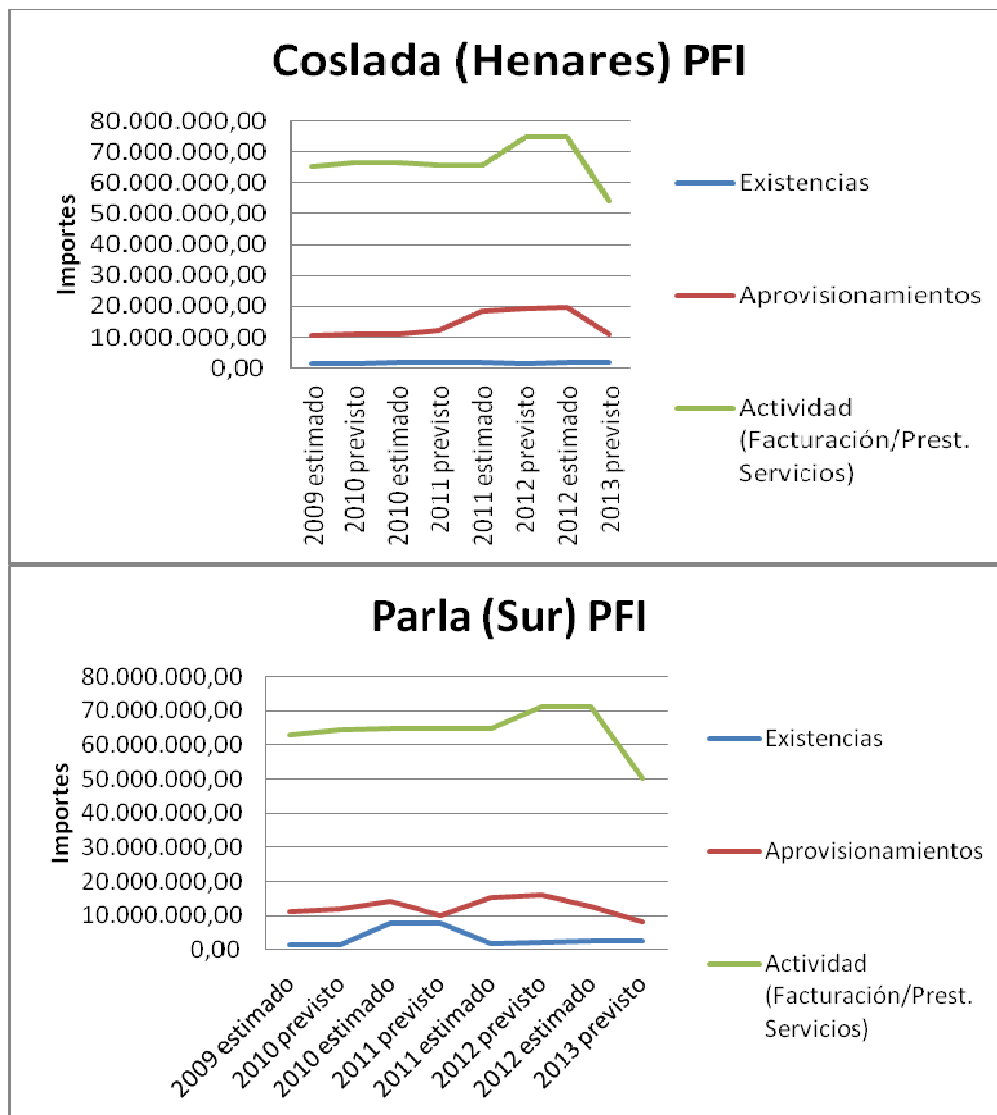
A partir de la citada cifra de actividad y según se deduce de las siguientes partidas, en el presupuesto del ejercicio 2013 los datos de existencias y de aprovisionamientos presupuestados no se correlacionan con la evolución presentada hasta ese momento, de forma que la evolución que iban teniendo respecto a la actividad sufre un cambio en el citado ejercicio. Cuando se construyen los presupuestos organizativos se suelen presupuestar la variación de existencias como nula, salvo que una modificación de la actividad vaya a suponer un cambio importante en los almacenes, en el caso de nuestro análisis así se observa aunque una reducción del nivel de actividad previsto debería reducir ese nivel de existencias.

Además, se observa también un dato fuera de la normalidad en los hospitales de Parla y Arganda en el estimado de cierre del ejercicio 2010 donde crecen desmesuradamente las existencias, al año siguiente se presupuesta este nivel para que la variación fuese cero y, sin embargo, su estimado de cierre vuelve a lo que sería un nivel normal de las mismas. Estos dos hospitales son gestionados por la misma concesionaria.

Para facilitar la visión de los ajustes realizados en estas partidas se han elaborado los gráficos 13, 14 y 15 donde se puede observar que los datos presupuestados son

simétricos en todos los hospitales PFI de forma que las estructuras de balance y las cuentas de resultados, que las han estimado para 9 meses, presentan unos datos mejores que la evolución que iban marcando:

Gráfico 13: Existencias / aprovisionamiento / actividad, Coslada y Parla (Elab. Propia)



**Gráfico 14: Existencias / aprovisionamiento / actividad, Arganda, Vallecas y San Sebastián de los Reyes (Elab. Propia)**

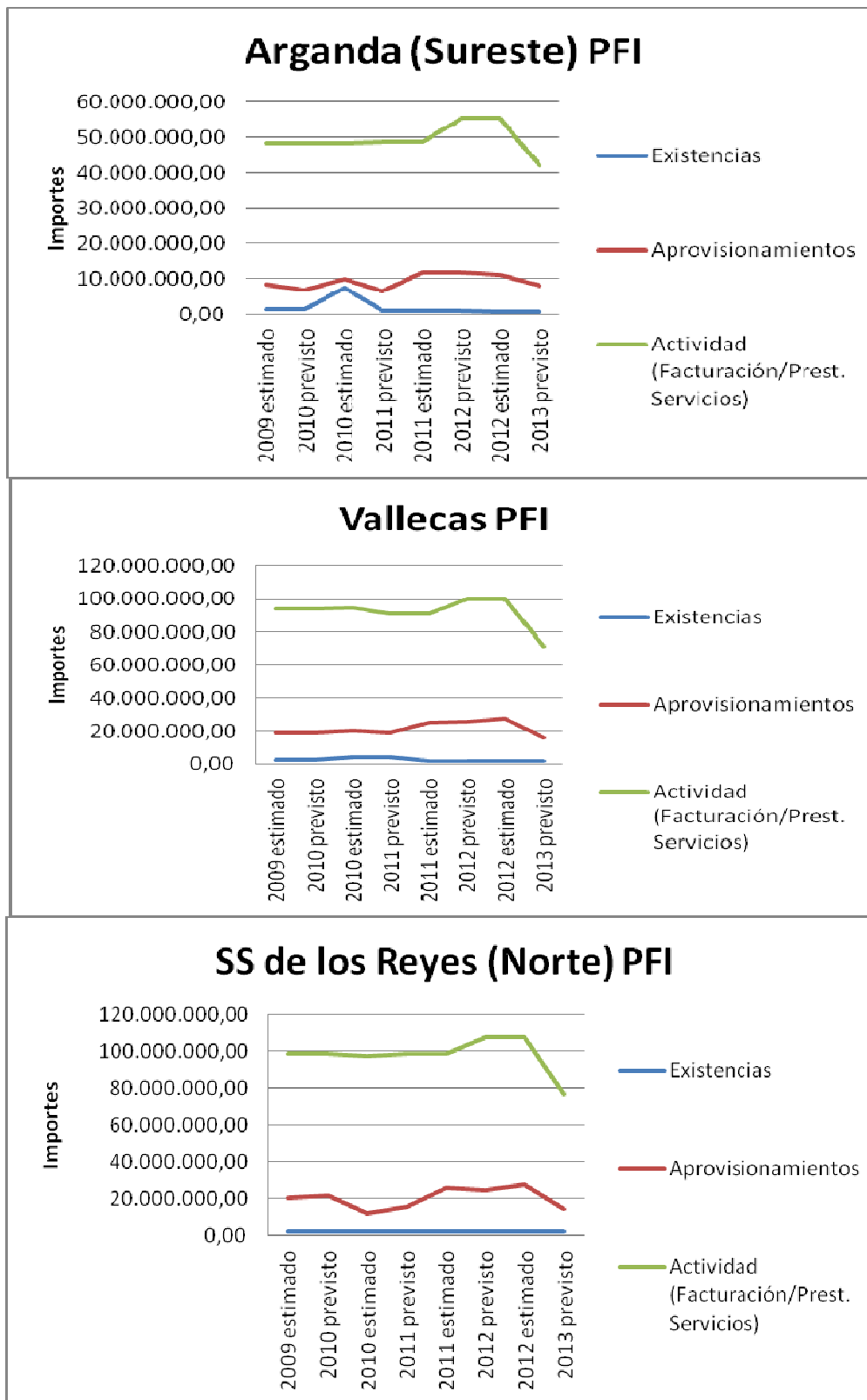
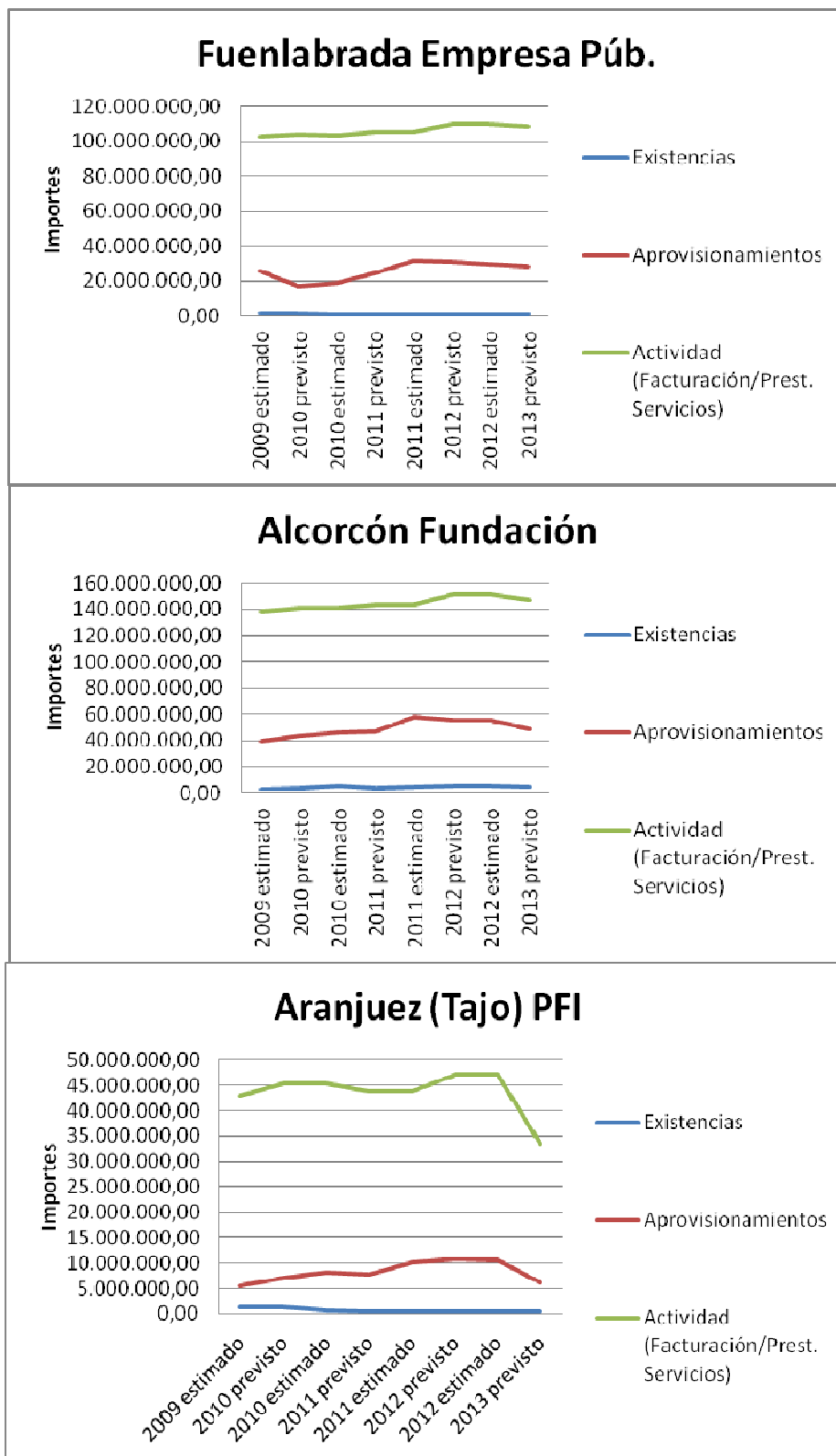


Gráfico 15: Existencias / aprovisionamiento / actividad, Aranjuez, Fuenlabrada y Alcorcón (Elab. Propia)



Se puede observar que en los presupuestos correspondientes al ejercicio 2013 de los hospitales modelo PFI, ha disminuido la actividad y, simultáneamente los aprovisionamientos, a fin de justificar el ajuste presupuestario global, sin embargo en la información presupuestaria no se explica cómo es posible que esa reducción tan drástica de actividad, no afecte a la variación de existencias. Las existencias en los hospitales analizados tienen un valor superior al millón de euros, excepto en el hospital del Tajo que han ido reduciéndose desde un millón hasta los aproximadamente 600.000 euros actuales, y el stock mas alto corresponde a Alcorcón con mas de 4 millones. Si calculásemos la media de todos los hospitales que analizamos estaría situada en los dos millones. Cifra que por su importancia, mas del 2 % de la actividad, es importante considerar como una de las variables a analizar.

En los hospitales Fuenlabrada (Empresa Pública) y Alcorcón (Fundación) al no estar prevista su externalización no se han hecho estos ajustes.

### ***E. APROVISIONAMIENTOS SOBRE VENTAS***

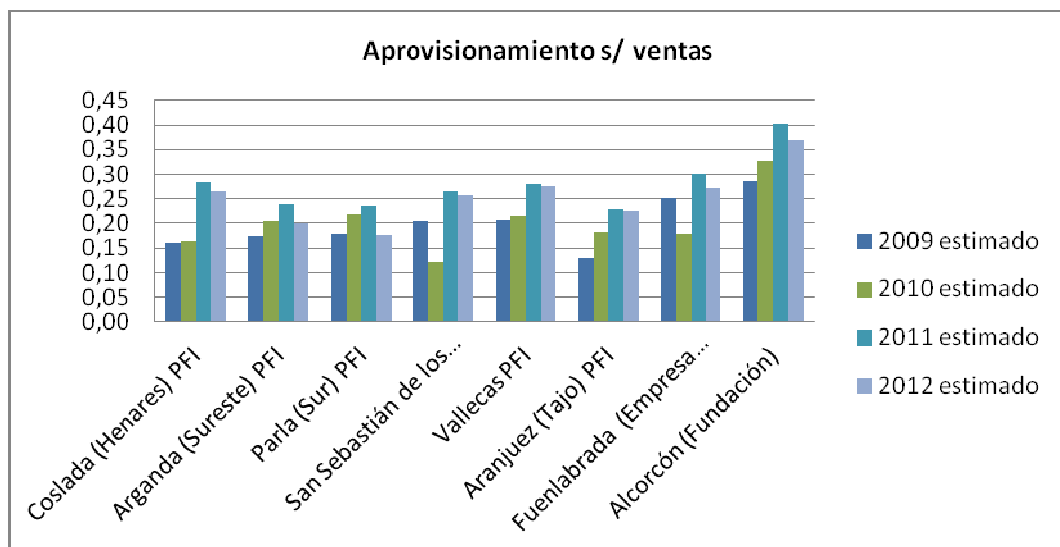
La evolución de los aprovisionamientos está ligada a la actividad que realiza el hospital ya que las principales partidas son consumo de material sanitario y productos farmacéuticos. Al igual que en los gastos de personal se cumple que la previsión de cierre supera a lo presupuestado, , en todos los hospitales de los dos grupos y que la evolución es creciente.

**Cuadro 15: Aprovisionamiento / Ventas**

Aprovisionamientos sobre ventas (Aprovisionam./Ventas) %	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Coslada (Henares) PFI	16,11%	16,37%	16,37%	18,37%	28,21%	26,02%	26,46%	20,39%
Arganda (Sureste) PFI	17,35%	14,10%	20,54%	13,55%	23,85%	21,16%	19,93%	18,89%
Parla (Sur) PFI	17,83%	18,58%	21,71%	15,25%	23,53%	22,33%	17,67%	16,60%
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	20,53%	21,75%	12,11%	16,07%	26,54%	22,97%	25,61%	18,97%
Vallecas PFI	20,67%	20,85%	21,57%	20,95%	28,03%	26,08%	27,61%	23,12%
Aranjuez (Tajo) PFI	12,95%	15,57%	18,26%	17,65%	22,90%	22,76%	22,54%	18,54%
Fuenlabrada (Empresa Pública)	25,20%	16,55%	17,98%	23,27%	30,06%	27,98%	27,16%	26,08%
Alcorcón (Fundación)	28,52%	31,20%	32,85%	32,84%	40,35%	36,94%	36,94%	33,01%

Como ya se ha comentado, la disminución que se pretende tener no es consistente con la actividad, ya que esta es creciente, con la variación de existencias y con la cuenta de acreedores y proveedores.

**Gráfico 16: Aprovisionamiento s/ventas (Elab. Propia)**



Esta partida, en general, supone el 20 % del presupuesto<sup>71</sup> y su gestión tiene mucho recorrido para mejorar en los hospitales, con independencia de su modelo. De hecho en los hospitales de gestión directa de la Comunidad se han comenzado a centralizar las adquisiciones de determinados productos y servicios.

Como la actividad va creciendo, en general, la cifra tiende a ser creciente.

### ***Indicadores relacionados con Gastos de Personal***

El grupo de Gastos de Personal constituye la partida de gasto de mayor importancia de cualquier centro hospitalario, ya sea público, en cualquiera de sus modelos de gestión pública, o privado. En los hospitales de nuestro análisis veremos que los del modelo PFI varían entre el 47 % al 57 % respecto al total de gastos, sin incluir el personal no asistencial adscrito a la concesionaria, mientras que los hospitales de comparación están entre el 58 % y el 66 %.

Desde su puesta en marcha, los hospitales objeto de este estudio no han tenido variaciones significativas del número de empleados. La excepción es el Hospital de Arganda (PFI/PPP) que ha disminuido su plantilla desde 659 en el 2008 a 558 en 2013, esta disminución ha ido acompañada con un descenso en su actividad.

Las plantillas no son menores que en los hospitales del grupo de comparación ya que habría que incluir los empleados que prestan servicios no asistenciales a través de subcontratación.

En el año 2013 los medios de comunicación han publicado<sup>72</sup> que se detectó que empleados no asistenciales del Hospital de Majadahonda (PFI) se les estaban pagando sus nóminas a través del presupuesto como si fuesen asistenciales lo que

debería haber incrementado esta partida en la concesionaria y disminuido en la asistencial. Esto ha obligado a hacer un ajuste de plantilla de, aproximadamente, 400 trabajadores que se han recolocado en otros hospitales, los que eran fijos de plantilla, o en la concesionaria, los eventuales. El coste estimado por la Comunidad de Madrid de este pago indebido es superior a 7,9 millones de euros.

En este indicador se han tomado los datos de estimado y previsto a fin de incluir a los hospitales de modelo tradicional presupuestario en el análisis y además para tener una visión sobre la comparación previsiones de cierre y presupuesto.

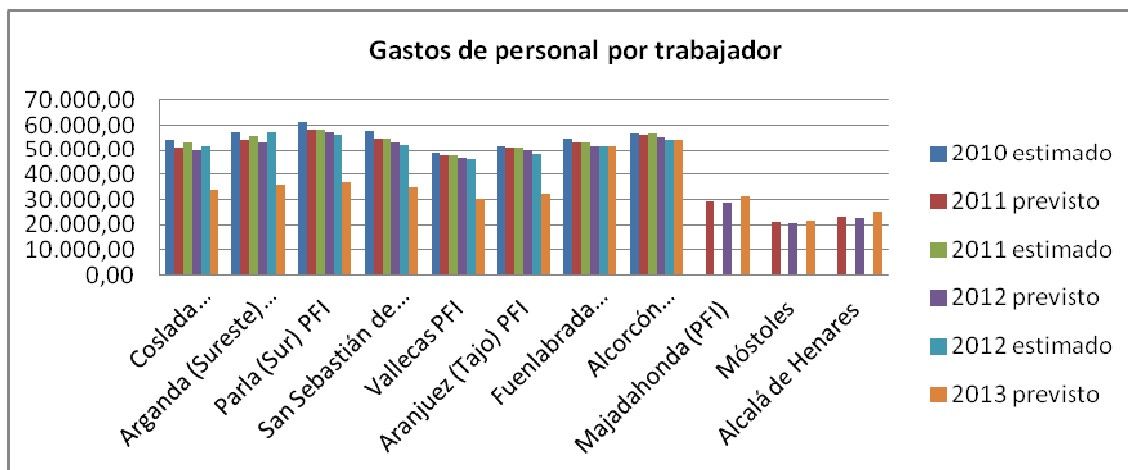
#### **F. GASTOS DE PERSONAL POR TRABAJADOR**

Son sensiblemente inferiores en los hospitales de gestión pública presupuestaria que en los hospitales modelo PFI, Empresa Pública y Fundación:

**Cuadro 16: Gastos de personal / Trabajador**

Gastos de personal por trabajador	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Coslada (Henares) PFI	49.628,39	50.109,60	54.016,15	51.347,75	52.963,13	50.051,55	51.469,47	33.621,94
Arganda (Sureste) PFI	48.502,50	51.411,76	57.092,49	54.272,12	55.858,87	53.096,69	57.111,85	35.859,03
Majadahonda (PFI)		29.764,74		29.278,07		28.926		31.367
Parla (Sur) PFI	51.380,06	51.837,69	61.397,38	58.364,35	58.474,94	56.990,40	56.430,65	36.960,27
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	50.032,49	48.413,57	57.554,99	54.711,78	54.658,73	53.299,37	52.289,43	34.940,78
Vallecas PFI	48.142,83	48.629,12	48.910,78	47.443,46	48.333,76	46.345,67	46.302,83	30.198,04
Aranjuez (Tajo) PFI	52.560,53	56.527,74	51.810,70	51.315,70	51.315,70	50.016,94	48.598,36	32.250,08
Fuenlabrada (Empresa Pública)	51.473,29	56.784,78	54.756,65	53.113,95	53.029,73	51.805,04	51.632,97	51.502,95
Móstoles		21.665,73		21.006,34		20.752		21.754
Alcalá de Henares		23.117,74		23.103,28		22.655		25.053
Alcorcón (Fundación)	57.854,16	58.220,23	56.774,75	56.377,23	56.491,09	55.191,16	54.169,29	54.100,41

Gráfico 17: Gastos de personal / Trabajador (Elab. Propia)



De la observación de los datos de los hospitales de gestión pública presupuestaria se desprende que tienen unas plantillas superiores a las de los hospitales PFI / PPP, superiores al 60 % en número de trabajadores, pero con cualificaciones de media inferior lo que les hace tener un indicador más bajo. En el caso de los hospitales de Fuenlabrada y Alcorcón, aunque parecen ser sus costes similares a los del modelo PFI, hay que considerar que incluyen toda la plantilla, asistencial y no asistencial, mientras que en los del modelo PFI solo incluyen la asistencial.

La tendencia de esta partida a nivel global es de reducción del coste de personal debido a los ajustes presupuestarios que se está llevando a cabo en el Sector Público en general.

**G. GASTOS DE PERSONAL SOBRE VENTAS.**- Ratio similar, en cuanto a su resultado, al anterior (Gastos de personal / Ventas). En este caso no se dispone de la información para los Hospitales de Majadahonda, Móstoles y Alcalá de Henares.

**Cuadro 17: Gastos de personal / Ventas**

<b>Gastos de personal sobre ventas</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2012 estimado</b>	<b>2013 previsto</b>
Coslada (Henares) PFI	53,19%	52,75%	56,72%	54,75%	56,47%	46,98%	48,32%	43,59%
Arganda (Sureste) PFI	56,06%	59,34%	65,98%	62,13%	63,94%	53,60%	57,66%	47,48%
Parla (Sur) PFI	52,36%	51,83%	60,90%	57,90%	58,01%	51,41%	50,90%	47,49%
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	54,94%	53,16%	63,21%	60,13%	60,07%	53,41%	52,40%	49,08%
Vallecas PFI	56,14%	56,70%	56,56%	56,93%	58,00%	50,82%	50,77%	46,45%
Aranjuez (Tajo) PFI	57,91%	58,91%	54,06%	55,22%	55,22%	50,10%	48,68%	45,34%
Fuenlabrada (Empresa Pública)	70,27%	76,59%	73,86%	70,40%	70,28%	66,25%	66,03%	66,33%
Alcorcón (Fundación)	65,98%	65,30%	63,68%	62,35%	62,48%	57,73%	56,66%	58,17%

EL cuadro 17 muestra que, en los presupuestos de los hospitales PFI, la cifra de gasto disminuye en los diferentes años, lo que puede interpretarse como un objetivo de reducción de gasto. Sin embargo los datos incluidos en la estimación de cierre permiten ver que no se ha cumplido, la causa de ello está relacionada con el incremento de actividad ya que ha ido aumentando, como se ha podido ver indicadores anteriores, como el de altas.

Dentro de los hospitales del modelo PFI el hospital de Arganda es el caso más reseñable, ya que a pesar de tener menos empleados que cuando se abrió, sus gastos de personal respecto a las ventas han seguido incrementándose.

Gráfico 18: Gastos de personal / Ventas I (Elab. Propia)

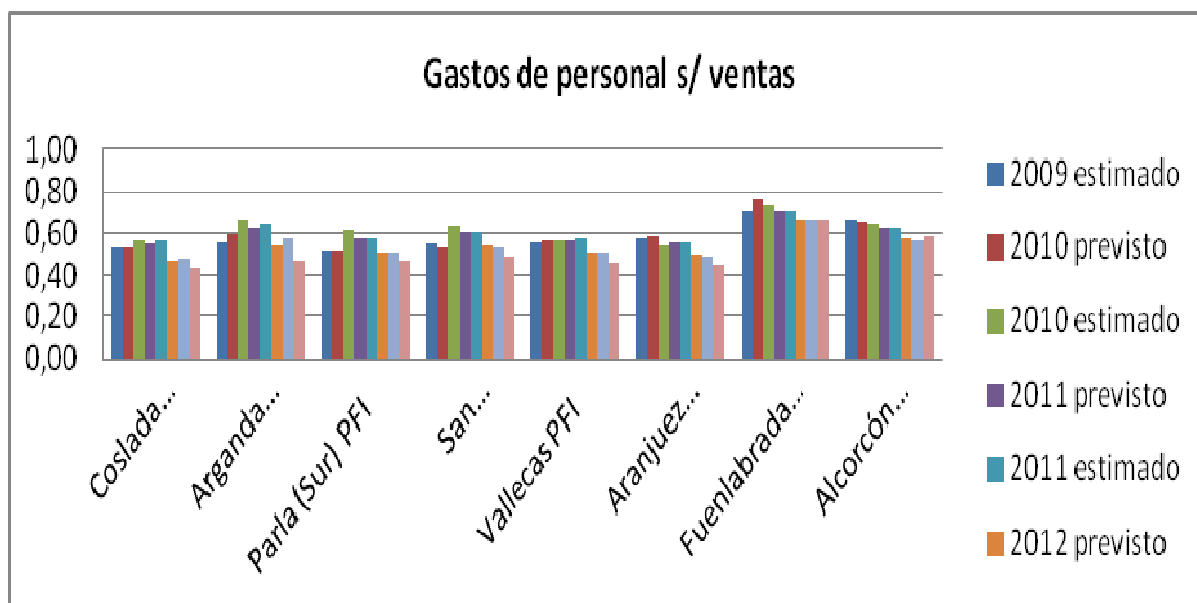
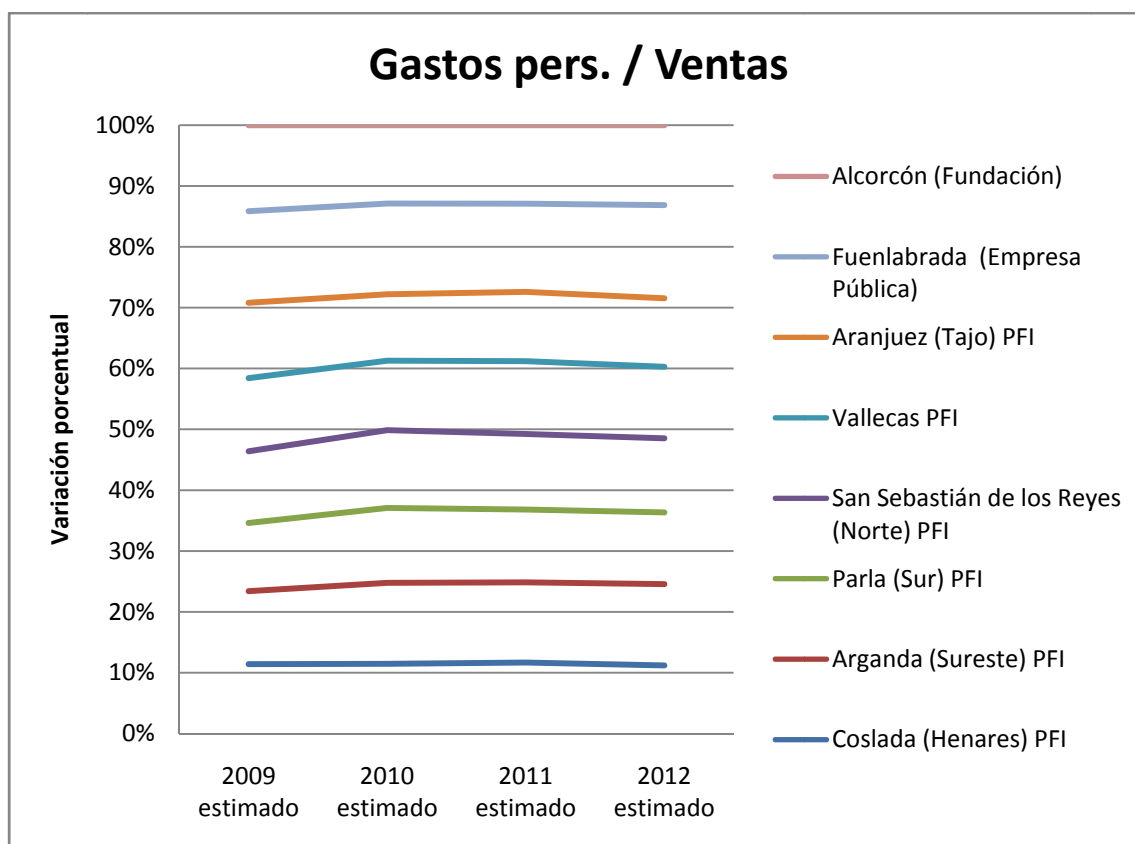


Gráfico 19: Gastos de personal / Ventas II (Elab. Propia)



Este indicador es de productividad y nos muestra el valor añadido de los Recursos Humanos respecto a la actividad (Ventas o Facturación). En la medida que la actividad crezca, si se está ganado en productividad, el valor del indicador irá disminuyendo.

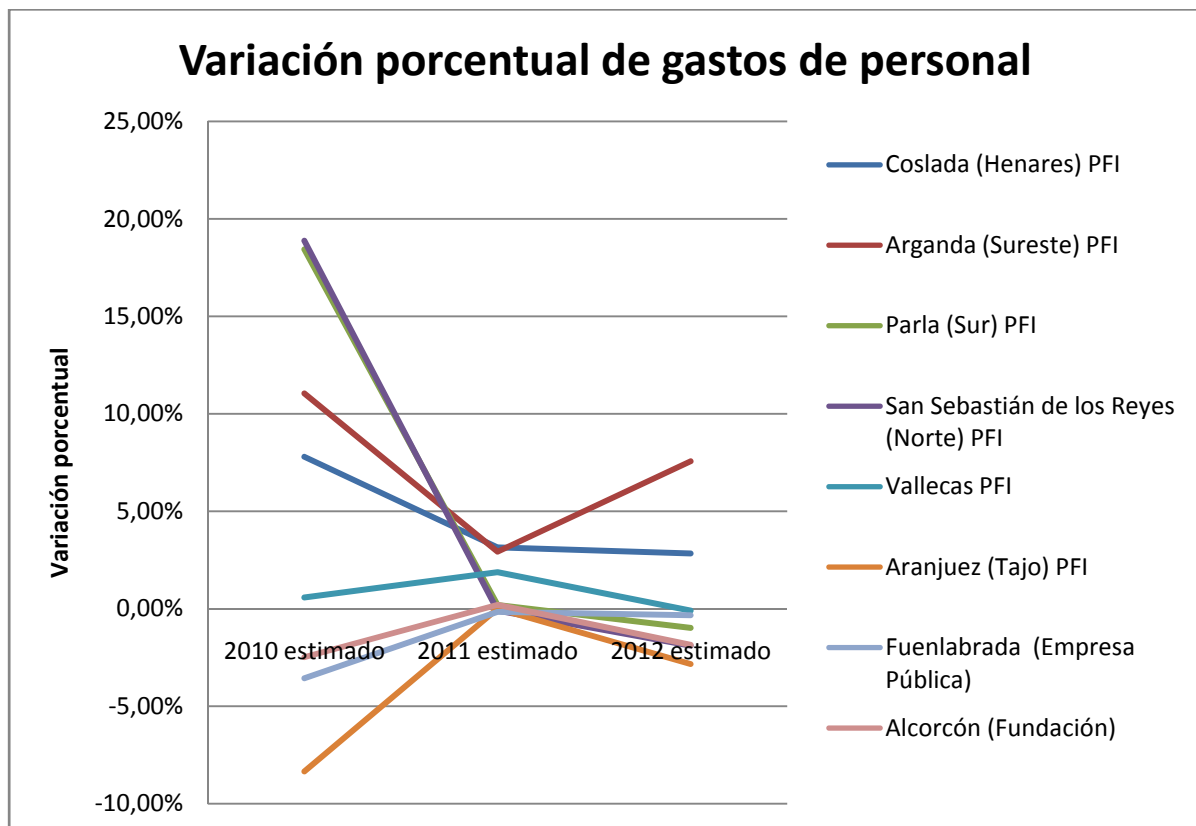
**H. VARIACIÓN PORCENTUAL DE GASTOS DE PERSONAL.**- Este indicador nos indica la variación anual porcentual de los gastos de personal.

A continuación en el cuadro 18 se muestra la reducción presupuestaria de este gasto que ha tenido diferentes resultados:

**Cuadro 18: Variación porcentual de gastos de personal**

<b>Evolución gastos de personal</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 estimado</b>
Coslada (Henares) PFI	7,80%	3,15%	2,83%
Arganda (Sureste) PFI	11,05%	2,92%	7,56%
Parla (Sur) PFI	18,44%	0,19%	-0,98%
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	18,88%	-0,10%	-1,89%
Vallecas PFI	0,58%	1,88%	-0,09%
Aranjuez (Tajo) PFI	-8,34%	0,00%	-2,84%
Fuenlabrada (Empresa Pública)	-3,57%	-0,16%	-0,33%
Alcorcón (Fundación)	-2,48%	0,20%	-1,85%

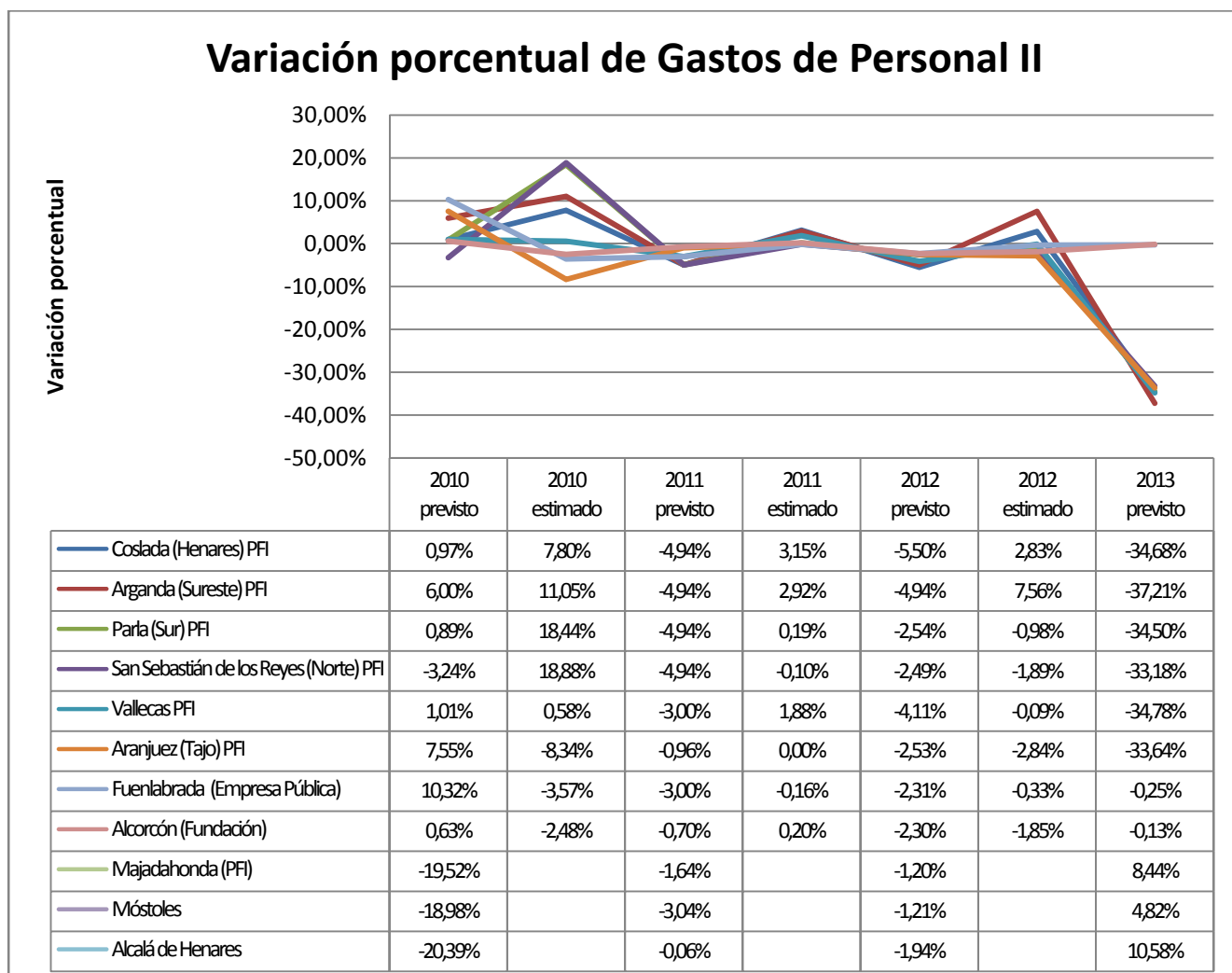
Gráfico 20: Variación porcentual de gastos de personal I (Elab. Propia)



Salvo el hospital de Aranjuez, todos los hospitales bajo el modelo PFI tienen variaciones de gasto de personal positivas al contrario que los dos de comparación, Fuenlabrada y Alcorcón, que en este periodo van reduciendo sus gastos en consonancia con la política global de contención del gasto.

Si esta visión la complementamos con las previsiones presupuestarias, a fin de incorporar a los hospitales tradicionales así como para ver el cumplimiento del presupuesto, podremos observar que a lo ya comentado de variaciones incrementales del gasto de los hospitales PFI se le suman las desviaciones respecto al presupuesto:

Gráfico 21: Variación porcentual de gastos de personal II (Elab. Propia)



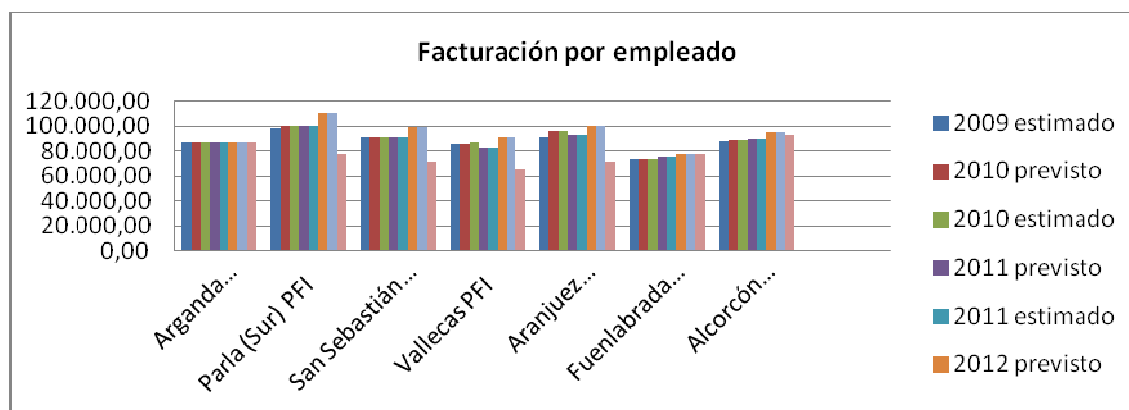
**I. FACTURACIÓN POR EMPLEADO.**- (Facturación / número de trabajadores).

Este indicador, también de productividad ya que nos muestra el valor añadido por empleado, nos debería indicar que los hospitales PFI, al no tener empleados de las áreas no asistenciales ya que son contratados por la concesionaria, su productividad debe ser mayor que en los otros casos.

**Cuadro 19: Facturación / Empleado**

Facturación por empleado	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Coslada (Henares) PFI	93.308,66	94.987,40	95.233,32	93.783,27	93.783,27	106.527,03	106.527,03	77.133,08
Arganda (Sureste) PFI	86.521,56	86.633,09	86.532,39	87.356,46	87.356,46	87.356,46	87.356,46	87.356,46
Parla (Sur) PFI	98.121,85	100.022,17	100.815,71	100.809,36	100.809,36	110.855,00	110.855,00	77.828,90
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	91.071,49	91.069,86	91.060,82	90.989,76	90.989,76	99.791,54	99.791,54	71.191,61
Vallecas PFI	85.757,16	85.763,25	86.482,36	83.329,52	83.329,52	91.193,75	91.193,75	65.007,24
Aranjuez (Tajo) PFI	90.759,74	95.954,60	95.832,46	92.936,04	92.936,04	99.835,99	99.835,99	71.133,97
Fuenlabrada (Empresa Pública)	73.246,10	74.138,44	74.138,44	75.450,39	75.450,39	78.199,48	78.199,48	77.652,06
Alcorcón (Fundación)	87.690,74	89.157,43	89.149,48	90.421,87	90.421,87	95.604,96	95.604,96	93.009,07

**Gráfico 22: Facturación empleado (Elab. Propia)**



Si ajustásemos la plantilla incorporando el número de personas pertenecientes a la concesionaria y que no figuran en plantilla las diferencias disminuirían drásticamente. Asimismo y como ya se comentó anteriormente, la transferencia de actividad hacia los nuevos hospitales PFI hace que la tendencia de este indicador beneficie a estos últimos en detrimento de los de comparación.

### ***Otros gastos de explotación.***

Siguiendo con la estructura contable del sector, a continuación pasamos a analizar el resto de gastos. En este grupo de indicadores se encuentran los gastos de construcción del edificio así como las actividades no sanitarias que factura la concesionaria al hospital, lo hace a través de la cuenta de Arrendamientos y cánones.

Por este motivo, las diferencias entre unos hospitales, PFI / PPP, con los de comparación van a ser muy importantes.

### **J. INDICADOR ARRENDAMIENTOS Y CÁNONES SOBRE VENTAS.-**

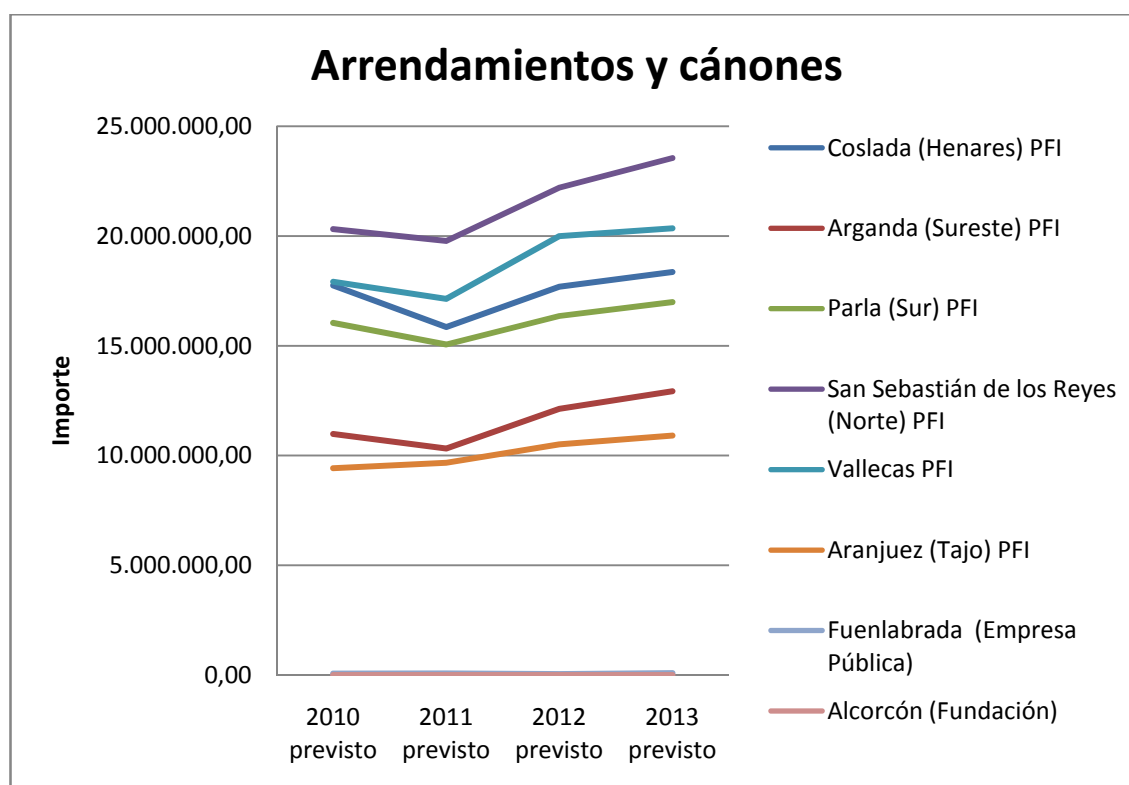
En los hospitales PFI, ésta es la partida de mayor importancia, después de gastos de personal, ya que es la que incorpora la facturación de la empresa concesionaria por la construcción del hospital y los servicios no asistenciales que presta. Sin embargo, en los hospitales con otros modelos de gestión, este indicador es prácticamente residual.

**Cuadro 20: Arrendamientos y cánones s/ ventas**

<b>Arrendamientos y cánones sobre ventas</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2012 estimado</b>	<b>2013 previsto</b>
Coslada (Henares) PFI	26,57%	26,62%	23,76%	24,08%	29,26%	23,66%	25,92%	33,92%
Arganda (Sureste) PFI	22,75%	22,72%	21,33%	21,17%	27,24%	21,95%	22,15%	30,69%
Parla (Sur) PFI	25,14%	24,95%	23,17%	23,24%	27,58%	22,95%	23,70%	33,95%
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	20,32%	20,62%	20,21%	20,09%	21,19%	20,57%	28,36%	30,58%
Vallecas PFI	19,71%	19,10%	18,11%	18,80%	23,06%	20,05%	20,97%	28,62%
Aranjuez (Tajo) PFI	23,85%	20,81%	22,10%	22,06%	26,31%	22,31%	25,20%	32,50%
Fuenlabrada (Empresa Pública)	0,06%	0,06%	0,06%	0,07%	0,05%	0,05%	0,08%	0,08%
Alcorcón (Fundación)	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

En los hospitales PFI se observa que la tendencia a incrementar el gasto anualmente a pesar de que los precios son fijados por el concurso, no obstante las concesionarias desde el primer momento reclaman que en los concursos se subestimaron actividad y consumos. Para fijar los precios de gasto en estas partidas la Administración fijó unos niveles de actividad así como una complejidad que eran las variables a las que aplicando la tarifa se obtenía el gasto; si estas variables no eran correctamente estimadas el gasto podría variar al alza o a la baja. En esta partida también se incluye cualquier modificación que sea necesaria en la infraestructura del hospital que la concesionaria calcula incorporando al coste la actualización del precio por el periodo de la concesión lo que implica sobrecostes.

Gráfico 23: Arrendamientos y cánones (Elab. Propia)



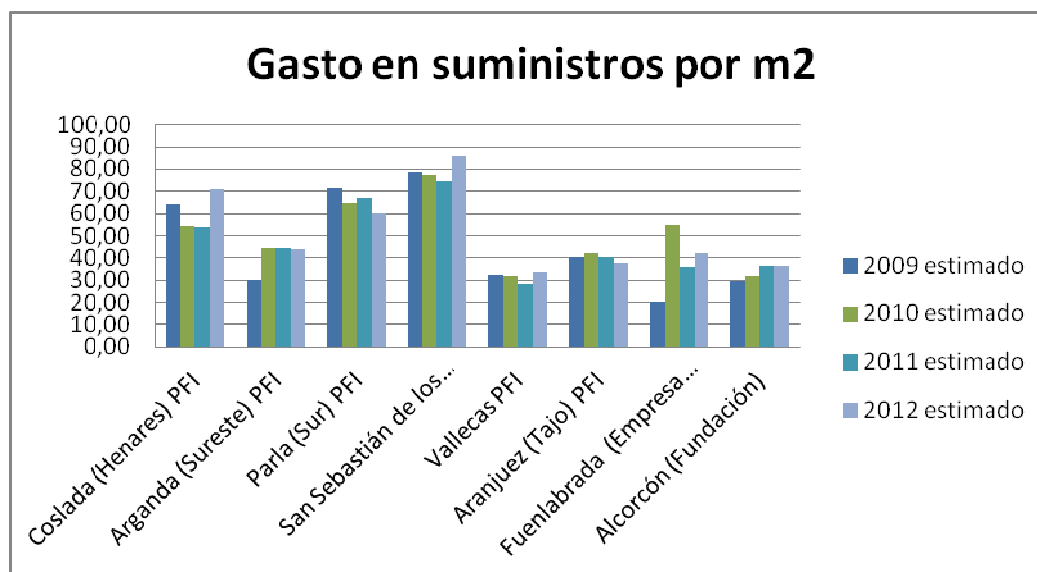
Año a año, los cierres han sido superiores a los presupuestos. Asimismo, a pesar de que la partida principal es el canon de la concesión las empresas concesionarias han ido consiguiendo cobros por encima de lo contratado justificadas por desviaciones de la actividad y las penalizaciones por incumplimientos han sido mínimas.

**K. INDICADOR GASTOS EN SUMINISTROS POR m<sup>2</sup>.**- Esta partida era uno de los argumentos de justificación del modelo, ya que se planteaba que las empresas que construirían la infraestructura, al ser expertos en construcción y además quienes iban a mantenerlo, harían unas instalaciones eficientes y, por lo tanto, con menores consumos energéticos. Sin embargo, los datos muestran que esta previsión no se cumple y que en algunos casos son más altos sus consumos que los de hospitales con infraestructuras de mayor antigüedad:

**Cuadro 21: Suministros por m<sup>2</sup>**

Suministros por m2 (Euros)	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Coslada (Henares) PFI	64,23	72,20	54,48	54,17	53,54	50,87	70,79	36,80
Arganda (Sureste) PFI	30,17	30,17	44,35	44,44	44,26	39,17	43,71	21,94
Parla (Sur) PFI	71,61	73,05	64,71	68,63	66,78	69,11	59,91	38,18
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	78,24	78,86	77,15	79,35	74,40	74,40	86,15	37,71
Vallecas PFI	32,33	32,90	31,62	31,72	28,47	28,87	33,40	17,63
Aranjuez (Tajo) PFI	40,33	35,96	42,06	40,83	40,34	41,55	37,60	19,57
Fuenlabrada (Empresa Pública)	20,23	23,45	54,70	51,01	35,99	35,99	42,05	42,05
Alcorcón (Fundación)	29,35	31,63	31,63	42,36	36,29	36,29	36,29	30,62

Gráfico 24: Gastos en suministros por m<sup>2</sup> (Elab. Propia)



Como se puede observar, en el cuadro y gráfico anterior, los hospitales PFI, en general, tienen costes más altos que los dos hospitales de comparación, Fuenlabrada y Alcorcón. Este coste, además es importante por su recurrencia en el tiempo ya que la energía es el tercer coste en importancia en este tipo de actividad pues la temperatura es muy importante en las áreas de hospitalización y en los bloques quirúrgicos, así como la filtración del aire en las instalaciones y esto consume mucha energía (Eléctrica y de gas).

El hospital con menos costes es la Fundación Hospital Alcorcón cuya puesta en funcionamiento data del año 1997.

### 5.3.3 Análisis de desviaciones respecto a la media por grupos de hospitales

La metodología de cálculo se ha realizado respecto a la media del conjunto de hospitales analizados en cada grupo de indicadores.

La valoración del análisis de desviaciones respecto a la medias se ha realizado confeccionando un escala tipo Likert, enfoque utilizado en investigaciones empíricas, sobre todo en ciencias sociales. La escala propuesta puntúa las desviaciones respecto a la media permitiendo su comparabilidad, estudio y análisis.

Se presentan los cuadros en dos versiones, una primera en valores absolutos o porcentuales y un segundo cuadro en el que se ha utilizado la escala de Likert. Se ha considerado la siguiente escala:

- 5= Mucho mejor que la media, desv. Positiva > 10 %
- 4= Mejor que la media, desv. Positiva < 10 %
- 3= Igual que la media
- 2= Peor que la media, desv. negativa < 10 %
- 1= Mucho peor que la media, desv. Negativa >10 %

- **Desviaciones Gastos de Personal.-** En una cuenta de resultados acumulada de los hospitales objeto del estudio y tomando como muestra la previsión de cierre del ejercicio 2011 se puede observar que los gastos de personal supondrían de media el 54 % de los ingresos, los aprovisionamientos el 26 % y otros gastos el 18 %, en el supuesto de que el resultado fuese cero.

Para analizar este primer grupo de gasto utilizaremos los indicadores desviaciones respecto las medias de Gastos de personal sobre ventas, facturación por empleado y gastos de personal por trabajador. Cada indicador presentará dos cuadros, uno numérico donde figura su valor porcentual de desviación así como la media general y por grupos de hospitales; y un cuadro adicional donde aparecen los resultados con la indicación mejor / peor respecto a la media general.

**Cuadro 22: Desviaciones respecto a la media de gastos de personal s/ventas**

Desviaciones respecto a la media gastos de personal sobre ventas	2009 estimado	2010 estimado	2011 estimado	2012 estimado
Coslada (Henares) PFI	-8,33%	-8,33%	-6,75%	-10,40%
Arganda (Sureste) PFI	6,64%	6,64%	5,59%	6,92%
Parla (Sur) PFI	-1,57%	-1,57%	-4,22%	-5,60%
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	2,16%	2,16%	-0,81%	-2,83%
Vallecas PFI	-8,59%	-8,59%	-4,22%	-5,85%
Aranjuez (Tajo) PFI	-12,62%	-12,62%	-8,82%	-9,73%
Fuenlabrada (Empresa Pública)	19,37%	19,37%	16,06%	22,44%
Alcorcón (Fundación)	2,93%	2,93%	3,16%	5,07%

Desviaciones respecto a la media gastos de personal sobre ventas	2009 estimado	2010 estimado	2011 estimado	2012 estimado
Coslada (Henares) PFI	4	4	4	5
Arganda (Sureste) PFI	4	2	2	2
Parla (Sur) PFI	5	4	4	4
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	4	2	3	4
Vallecas PFI	4	4	4	4
Aranjuez (Tajo) PFI	3	5	4	4
Fuenlabrada (Empresa Pública)	1	1	1	1
Alcorcón (Fundación)	1	2	2	2

5= Mucho mejor que la media, desv. Positiva > 10 %

4= Mejor que la media, desv. Positiva < 10 %

3= Igual que la media

2= Peor que la media, desv. negativa < 10 %

1= Mucho peor que la media, desv. Negativa >10 %

**Cuadro 23: Desviaciones respecto a la media facturación por empleado**

Desviaciones respecto a la media facturación ppor empleado	2009 estimado	2010 estimado	2011 estimado	2012 estimado
Coslada (Henares) PFI	5,66%	5,93%	4,92%	10,77%
Arganda (Sureste) PFI	-2,02%	-3,75%	-2,27%	-9,17%
Parla (Sur) PFI	11,11%	12,14%	12,78%	15,27%
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	3,13%	1,28%	1,80%	3,77%
Vallecas PFI	-2,89%	-3,81%	-6,77%	-5,17%
Aranjuez (Tajo) PFI	2,77%	6,59%	3,97%	3,81%
Fuenlabrada (Empresa Pública)	-17,06%	-17,54%	-15,59%	-18,69%
Alcorcón (Fundación)	-0,70%	-0,84%	1,16%	-0,59%

Desviaciones respecto a la media facturación ppor empleado	2009 estimado	2010 estimado	2011 estimado	2012 estimado
Coslada (Henares) PFI	2	2	2	1
Arganda (Sureste) PFI	4	4	4	4
Parla (Sur) PFI	1	1	1	1
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	2	2	2	2
Vallecas PFI	4	4	4	4
Aranjuez (Tajo) PFI	2	2	2	2
Fuenlabrada (Empresa Pública)	5	5	5	5
Alcorcón (Fundación)	3	3	2	3

5= Mucho mejor que la media, desv. Positiva > 10 %

4= Mejor que la media, desv. Positiva < 10 %

3= Igual que la media

2= Peor que la media, desv. negativa < 10 %

1= Mucho peor que la media, desv. Negativa >10 %

**Cuadro 24: Desviaciones respecto a la media, gastos de personal por trabajador**

Desviaciones respecto a la media gastos de personal por trabajador	2010 previsto	2011 previsto	2012 previsto	2013 previsto
Coslada (Henares) PFI	5,78%	7,68%	7,33%	-10,51%
Arganda (Sureste) PFI	8,53%	13,81%	13,86%	-4,56%
Majadahonda (PFI)	-37,17%	-38,60%	-37,97%	-16,51%
Parla (Sur) PFI	9,43%	22,39%	22,21%	-1,62%
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	2,20%	14,73%	14,30%	-7,00%
Vallecas PFI	2,66%	-0,51%	-0,61%	-19,62%
Aranjuez (Tajo) PFI	19,33%	7,61%	7,26%	-14,16%
Fuenlabrada (Empresa Pública)	19,87%	11,38%	11,09%	37,08%
Móstoles	-37,17%	-38,60%	-37,97%	-16,51%
Alcalá de Henares	-28,34%	-30,98%	-30,28%	-9,28%
Alcorcón (Fundación)	22,90%	18,23%	18,35%	44,00%

Desviaciones respecto a la media gastos de personal por trabajador	2010 previsto	2011 previsto	2012 previsto	2013 previsto
Coslada (Henares) PFI	2	2	2	5
Arganda (Sureste) PFI	2	1	1	4
Majadahonda (PFI)	5	5	5	5
Parla (Sur) PFI	2	1	1	4
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	2	1	1	4
Vallecas PFI	2	3	3	5
Aranjuez (Tajo) PFI	1	2	2	5
Fuenlabrada (Empresa Pública)	1	1	1	1
Móstoles	5	5	5	5
Alcalá de Henares	5	5	5	2
Alcorcón (Fundación)	1	1	1	1

5= Mucho mejor que la media, desv. Positiva > 10 %

4= Mejor que la media, desv. Positiva < 10 %

3= Igual que la media

2= Peor que la media, desv. negativa < 10 %

1= Mucho peor que la media, desv. Negativa >10 %

El presupuesto del ejercicio 2013, al no incluir un periodo completo (12 meses), hace que la tendencia negativa de los hospitales PFI parezca que mejora.

- a) *Gastos de personal sobre ventas*: Siempre los hospitales del modelo PFI deberían ser mejores porque todo el personal no sanitario se ha subcontratado y no está incluido su gasto en este apartado. La tendencia del grupo PFI es a ir empeorando, incremento de gasto en contraste con el grupo de comparación.
- b) *Facturación por empleado*: La media de los hospitales PFI son mejores al tener menor plantilla que el resto similar al resultado del indicador anterior.
- c) *Gastos de personal por trabajador*: Los mejores resultados son para hospitales de gestión tradicional, de nuevo se

observa el elevado gasto de los hospitales PFI. Las plantillas de los hospitales de gestión tradicional incluyen categorías salariales más bajas que las nuevas fórmulas de gestión, incluyendo Empresas Públicas y Fundación junto a PFI. Los hospitales gestionados bajo el modelo Fundación y Empresa Pública se gestionan los recursos humanos con convenios individuales lo que encarece su coste.

- **Desviaciones Aproveccionamientos sobre ventas.** Los hospitales PFI, como ya se ha señalado, tienen una cartera de servicios inferior y, por lo tanto, una complejidad menor a los otros hospitales de comparación lo que debería suponer que sus costes de aprovisionamiento fuesen siempre inferiores a los de los hospitales con los que los comparamos (Excepto el hospital de Majadahonda), sin embargo cuando vemos el resultado de estos ratios algunos hospitales tienen sus gastos superiores (Al igual que en el apartado anterior se presentarán dos cuadros):

**Cuadro 25: Desviaciones respecto a la media de aprovisionamientos s/ventas**

Desviaciones respecto a la media aprovisionamientos sobre ventas	2009 estimado	2010 estimado	2011 estimado	2012 estimado
Coslada (Henares) PFI	-19,02%	-18,85%	1,01%	3,81%
Arganda (Sureste) PFI	-12,78%	1,83%	-14,63%	-21,81%
Parla (Sur) PFI	-10,36%	7,61%	-15,77%	-30,66%
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	3,19%	-39,98%	-4,98%	0,46%
Vallecas PFI	3,87%	6,92%	0,33%	8,32%
Aranjuez (Tajo) PFI	-34,93%	-9,51%	-18,01%	-11,59%
Fuenlabrada (Empresa Pública)	26,67%	-10,88%	7,60%	6,54%
Alcorcón (Fundación)	43,37%	62,86%	44,46%	44,93%

Desviaciones respecto a la media aprovisionamientos sobre ventas	2009 estimado	2010 estimado	2011 estimado	2012 estimado
Coslada (Henares) PFI	5	5	2	2
Arganda (Sureste) PFI	5	2	5	5
Parla (Sur) PFI	5	2	5	5
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	2	5	4	3
Vallecas PFI	2	2	3	2
Aranjuez (Tajo) PFI	5	4	5	5
Fuenlabrada (Empresa Pública)	1	4	2	2
Alcorcón (Fundación)	1	1	1	1

5= Mucho mejor que la media, desv. Positiva > 10 %

4= Mejor que la media, desv. Positiva < 10 %

3= Igual que la media

2= Peor que la media, desv. negativa < 10 %

1= Mucho peor que la media, desv. Negativa >10 %

Como se ha señalado sus datos son mejores al tener menor complejidad, no obstante algún hospital siempre está por encima de la media (Vallecas) y otro (Coslada) empieza a empeorar respecto a la media y no mejora.

- **Desviaciones Suministros por m<sup>2</sup>**. Este grupo de gasto es donde las concesionarias tienen mayor capacidad de gestión ya que es el origen de su concesión.

**Cuadro 26: Desviaciones respecto a la media de suministros /m<sup>2</sup>**

Desviaciones respecto a la media suministros por m <sup>2</sup>	2009 estimado	2010 estimado	2011 estimado	2012 estimado
Coslada (Henares) PFI	40,20%	8,77%	12,70%	38,17%
Arganda (Sureste) PFI	-34,14%	-11,46%	-6,84%	-14,69%
Parla (Sur) PFI	56,32%	29,20%	40,55%	16,92%
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	70,79%	54,03%	56,60%	68,13%
Vallecas PFI	-29,43%	-36,87%	-40,07%	-34,81%
Aranjuez (Tajo) PFI	-11,97%	-16,03%	-15,09%	-26,61%
Fuenlabrada (Empresa Pública)	-55,84%	9,21%	-24,24%	-17,94%
Alcorcón (Fundación)	-35,93%	-36,85%	-23,62%	-29,17%

Desviaciones respecto a la media suministros por m <sup>2</sup>	2009 estimado	2010 estimado	2011 estimado	2012 estimado
Coslada (Henares) PFI	1	2	1	1
Arganda (Sureste) PFI	5	5	4	5
Parla (Sur) PFI	1	1	1	1
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	1	1	1	1
Vallecas PFI	5	5	5	5
Aranjuez (Tajo) PFI	5	5	5	5
Fuenlabrada (Empresa Pública)	5	2	5	5
Alcorcón (Fundación)	5	5	5	5

5= Mucho mejor que la media, desv. Positiva > 10 %

4= Mejor que la media, desv. Positiva < 10 %

3= Igual que la media

2= Peor que la media, desv. negativa < 10 %

1= Mucho peor que la media, desv. Negativa >10 %

Como se ha señalado con anterioridad este apartado es uno de los que la concesionaria, además de ser parte de su gestión directa, también ha sido responsable de su diseño debido a lo cual se tendría que observar una mejora en gastos respecto al resto de hospitales. Los resultados, tanto individuales como los de la media del grupo nos indican que solo tres hospitales, precisamente los de menor tamaño y actividad, siempre están peor respecto a la media.

Este gasto además de ser recurrente en el tiempo va a convertirse en objeto de un tributo nuevo basado en el consumo energético por lo que su impacto será mayor en el futuro.

- **Desviaciones Otros gastos de explotación.** En su globalidad se puede observar que esta partida siempre es mucho

mayor que en el resto, el principal motivo es que en ella se incluye el gasto correspondiente al arrendamiento de la infraestructura, no obstante también incluye aquellas partidas externalizadas, como limpieza, restauración y mantenimiento:

La primera tabla es el valor relativo respecto a ventas, la segunda y tercera desviaciones respecto a la media

**Cuadro 27: Desviaciones respecto a la media de otros gastos de explotación s/ventas**

Desviaciones respecto a la media otros gastos de explotación s/ ventas	2009 estimado	2010 estimado	2011 estimado	2012 estimado
Coslada (Henares) PFI	41,46%	30,50%	36,62%	28,93%
Arganda (Sureste) PFI	21,67%	28,68%	32,61%	16,88%
Parla (Sur) PFI	36,01%	30,39%	31,08%	17,31%
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	12,58%	17,23%	3,19%	38,47%
Vallecas PFI	11,27%	6,57%	11,08%	7,39%
Aranjuez (Tajo) PFI	36,33%	34,02%	30,40%	34,26%
Fuenlabrada (Empresa Pública)	-81,17%	-67,81%	-67,70%	-65,63%
Alcorcón (Fundación)	-78,15%	-79,57%	-77,27%	-77,61%

Desviaciones respecto a la media otros gastos de explotación s/ ventas	2009 estimado	2010 estimado	2011 estimado	2012 estimado
Coslada (Henares) PFI	1	1	1	1
Arganda (Sureste) PFI	1	1	1	1
Parla (Sur) PFI	1	1	1	1
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	1	1	2	1
Vallecas PFI	1	2	1	2
Aranjuez (Tajo) PFI	1	1	1	1
Fuenlabrada (Empresa Pública)	5	5	5	5
Alcorcón (Fundación)	5	5	5	5

5= Mucho mejor que la media, desv. Positiva > 10 %

4= Mejor que la media, desv. Positiva < 10 %

3= Igual que la media

2= Peor que la media, desv. negativa < 10 %

1= Mucho peor que la media, desv. Negativa >10 %

Como se ha señalado este apartado incluye el arrendamiento de la construcción del edificio, arrendamiento que se entendía sería con un coste de financiación menor y que con la evolución de la crisis ha tenido unos costes financieros, en comparación con los del Sector Público, superiores. Asimismo, los hospitales bajo el modelo PFI, como ya se ha descrito, tienen dividida la gestión entre la parte asistencial y la parte no asistencial esta última es la que presta la concesionaria. Este modelo integra a la concesionaria como un proveedor de servicios en una Empresa Pública desde la que se gestiona el hospital, al igual que en el modelo PPP el hospital (Empresa Pública) tiene una financiación capitativa por la actividad del hospital en su globalidad y la concesionaria recibe su contraprestación económica en base a la Cantidad Máxima Anual (CMA) a través de la facturación en función de los precios fijados en el concurso. De acuerdo con estas premisas y al ser esta CMA un precio público, IVA incluido, se ha detectado un problema en el diseño del sistema y que de acuerdo con el Anexo, parece ser que las empresas concesionarias no consideraron: Como la empresa concesionaria asume las prestaciones no sanitarias esto supone que el IVA a repercutir correspondiente es el tipo general (21 %) en lugar del reducido (8 %, en el momento de la concesión) que era el que habían supuesto. Además, de acuerdo con una sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión

Europea del 17/1/2013 este IVA no se va a poder reducir ya que se va a generalizar para todos los productos sanitarios.

Esta diferencia en la interpretación está suponiendo una disminución del margen del 13 % lo que va a comprometer su viabilidad ya que no se puede repercutir en el precio, es más, debido a la actual coyuntura económica están recibiendo los pagos, ver deudas del hospital, con bastante retraso con los correspondientes costes financieros asociados<sup>73</sup>.

Finalmente, las empresas concesionarias también reclaman otros conceptos como definiciones de algunas prestaciones y exceso de actividad no prevista que está actualmente en negociación.

- ***Desviaciones Gastos totales por cama.*** Se observa que todos los hospitales PFI, excepto el de Majadahonda que, como ya se comentó tuvo una origen diferente al resto de su grupo tienen los costes superiores. En esta parte del análisis que se hace respecto a la media, podemos observar que, aunque en algún caso son inferiores respecto a la media, los hospitales de comparación tienen una diferencia mayor.

**Cuadro 28: Desviaciones respecto a la media de gastos / cama**

Desviaciones respecto a la media gastos totales por cama	2010 previsto	2011 previsto	2012 previsto	2013 previsto
Coslada (Henares) PFI	-7,71%	-10,35%	-4,56%	-21,52%
Arganda (Sureste) PFI	3,55%	3,80%	10,38%	-4,84%
Majadahonda (PFI)	8,42%	6,14%	1,92%	30,82%
Parla (Sur) PFI	-4,22%	-4,96%	-1,10%	-21,37%
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	10,48%	8,68%	12,49%	-9,13%
Vallecas PFI	24,40%	18,03%	21,97%	-1,57%
Aranjuez (Tajo) PFI	24,52%	17,96%	19,73%	-3,40%
Valdemoro	11,55%	24,19%	26,27%	55,68%
Fuenlabrada (Empresa Pública)	-7,06%	-3,97%	-6,15%	4,58%
Móstoles	-19,42%	-22,43%	-28,81%	-12,22%
Alcalá de Henares	-40,62%	-35,27%	-43,29%	-28,92%
Alcorcón (Fundación)	-11,61%	-12,16%	-13,40%	-9,63%

Desviaciones respecto a la media gastos totales por cama	2010 previsto	2011 previsto	2012 previsto	2013 previsto
Coslada (Henares) PFI	4	5	4	5
Arganda (Sureste) PFI	2	2	1	4
Majadahonda (PFI)	2	2	1	4
Parla (Sur) PFI	4	4	4	5
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	1	2	1	4
Vallecas PFI	1	1	1	4
Aranjuez (Tajo) PFI	1	1	1	4
Valdemoro	1	1	1	1
Fuenlabrada (Empresa Pública)	4	4	4	2
Móstoles	5	5	5	5
Alcalá de Henares	5	5	5	5
Alcorcón (Fundación)	5	5	5	4

**5= Mucho mejor que la media, desv. Positiva > 10 %**

**4= Mejor que la media, desv. Positiva < 10 %**

**3= Igual que la media**

**2= Peor que la media, desv. negativa < 10 %**

**1= Mucho peor que la media, desv. Negativa >10 %**

Este indicador al ser el divisor el número de camas beneficiará a aquellos hospitales que tengan un mayor número de ellas, en este caso los de Majadahonda (PFI), Móstoles y Alcalá (ambos presupuestarios). Además, si analizamos por desviación porcentual veremos que los

siguientes hospitales son Fuenlabrada (Empresa Pública) y Alcorcón (Fundación). Como grupo se puede ver que, a pesar del peso que tiene el hospital de Majadahonda el grupo de hospitales PFI está peor situado en gastos por cama.

Asimismo el hospital de Valdemoro (PPP) también está situado con mayor coste respecto a la media y con tendencia a empeorar.

- **Desviaciones Gasto por usuario asignado.** Este indicador requiere unos comentarios adicionales:

**Cuadro 29: Desviaciones respecto a la media de gastos / usuario asignado**

Desviaciones respecto a la media gastos totales usuario asignado	2010 previsto	2011 previsto	2012 previsto	2013 previsto
Coslada (Henares) PFI	-7,09%	-9,47%	-3,27%	-20,63%
Arganda (Sureste) PFI	-31,03%	-30,65%	-25,98%	-36,32%
Majadahonda (PFI)	-4,27%	-6,00%	-9,41%	16,04%
Parla (Sur) PFI	1,00%	0,53%	4,99%	-16,70%
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	-22,58%	-23,61%	-20,64%	-36,03%
Vallecas PFI	-29,03%	-32,46%	-29,95%	-43,59%
Aranjuez (Tajo) PFI	70,01%	61,55%	64,57%	32,50%
Valdemoro	-5,84%	5,14%	7,29%	32,01%
Fuenlabrada (Empresa Pública)	7,34%	11,25%	9,12%	21,34%
Móstoles	23,01%	18,77%	9,40%	34,61%
Alcalá de Henares	-26,24%	-19,35%	-29,09%	-11,30%
Alcorcón (Fundación)	24,70%	24,30%	22,99%	28,07%

Desviaciones respecto a la media gastos totales usuario asignado	2010 previsto	2011 previsto	2012 previsto	2013 previsto
Coslada (Henares) PFI	4	4	4	5
Arganda (Sureste) PFI	5	5	5	5
Majadahonda (PFI)	4	4	4	1
Parla (Sur) PFI	2	3	2	5
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	5	5	5	5
Vallecas PFI	5	5	5	5
Aranjuez (Tajo) PFI	1	1	1	1
Valdemoro	4	2	2	1
Fuenlabrada (Empresa Pública)	2	1	2	1
Móstoles	1	1	2	1
Alcalá de Henares	5	5	5	5
Alcorcón (Fundación)	1	1	1	1

**5= Mucho mejor que la media, desv. Positiva > 10 %**

**4= Mejor que la media, desv. Positiva < 10 %**

**3= Igual que la media**

**2= Peor que la media, desv. negativa < 10 %**

**1= Mucho peor que la media, desv. Negativa >10 %**

- La implantación de los hospitales modelos PFI y PPP supuso que se reasignaran usuarios de otros hospitales que ya estaban prestando servicio desde hace años, lo que implica que se dimensionaron estos en base a esa población y ahora esa base de cálculo se ha modificado.
- Al comenzar el análisis de los gastos de estos hospitales se suponía que sus cuentas de explotación recogían todos los gastos correspondientes a los servicios que prestaban. Sin embargo al publicarse los pliegos de licitación de los hospitales PFI han surgido unos gastos

que no están asumiendo ahora, los asume Servicio Madrileño de Salud, y que a partir de la nueva concesión correrán a cargo de las empresas adjudicatarias; por este motivo se ha incluido en este indicador una columna denominada licitación 2013 y que incluye un ajuste, en base a pliegos para calcular un teórico coste total basado en la cápita asignada.

De nuevo en este indicador hay que tener en cuenta el efecto que produce el hospital de Majadahonda, que por su peso distorsiona los datos de medias grupales.

**Cuadro 30: Gastos por usuario asignado**

<b>Gastos por usuario asignado (V. Abs.)</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2013 previsto</b>	<b>Licitación 2013</b>
Coslada (Henares) PFI	393,87	391,75	442,39	323,29	512,00
Arganda (Sureste) PFI	292,39	300,12	338,52	259,35	473,00
Majadahonda	405,82	406,78	414,32	472,62	472,62
Parla (Sur) PFI	428,17	435,02	480,17	339,28	492,00
San Sebastián de los Reyes (Norte) PFI	328,21	330,58	362,96	260,55	486,00
Vallecas PFI	300,85	292,27	320,36	229,76	518,00
Aranjuez (Tajo) PFI	720,72	699,07	752,66	539,66	549,00
<b>Valdemoro</b>	399,16	455,00	490,72	537,68	537,68
Fuenlabrada (Empresa Pública)	455,05	481,42	499,07	494,21	494,21
Móstoles	521,44	513,95	500,35	548,29	548,29
Alcalá de Henares	312,68	349,01	324,32	361,29	361,29
Alcorcón (Fundación)	528,64	537,87	562,52	521,64	521,64
<b>Media General</b>	<b>423,92</b>	<b>432,74</b>	<b>457,36</b>	<b>407,30</b>	<b>497,14</b>
<b>Media PFI licitación</b>	<b>410,70</b>	<b>408,13</b>	<b>449,51</b>	<b>325,32</b>	<b>505,00</b>
<b>Media Comparación</b>	<b>454,45</b>	<b>470,56</b>	<b>471,56</b>	<b>481,36</b>	<b>481,36</b>

En primer lugar los datos presupuestarios del 2013 no son reales para los hospitales PFI porque se hicieron estimando la externalización antes de acabar el ejercicio y, por lo tanto, no incluyen los costes del año completo.

Se ha incorporado el dato de la cápita publicada en los pliegos de externalización publicados por la Comunidad de Madrid. Este indicador, en principio, parece indicar que la cápita por la que se va a licitar les da un importe superior al gasto que tienen, este teórico sobreprecio es debido a que los hospitales deberán afrontar unos gastos adicionales que, hasta ahora, afrontaba la Comunidad y que el resto de los hospitales los afronta de su presupuesto, y que consisten en los costes por usuario asignado en pruebas de laboratorio y diagnóstico por imagen así como en el coste de las infraestructuras tecnológicas de información. Como se observa, el coste por usuario se homogeniza respecto a Fuenlabrada y Alcorcón hospitales con cartera de servicios de mayor complejidad. Asimismo, hay que señalar que el hospital del Tajo se licita en conjunto con el del Sur ya que ambos por separado no tienen suficiente población y serían inviables.

El hospital de San Sebastián de los Reyes es el que incluye el Laboratorio de Análisis centralizado así como el Centro de Diagnóstico por la Imagen, además de ser un hospital bien dimensionado y eficiente.

La media de hospitales al analizar el ejercicio 2013 cambia de signo, siendo mejor los hospitales de comparación que los PFI y los PPP (Este último siempre es más caro que la media).

En fichero de Excel adjunto se presenta un análisis detallado hospital a hospital con sus correspondientes ratios y evoluciones, en los que, además de observarse el deterioro de los correspondientes Fondos de Maniobra y del Neto Patrimonial, ya se observa como la deuda, con los acreedores y proveedores, que caracteriza a este sector va creciendo paulatinamente.

#### **5.3.4 Análisis de correlación de las variables más significativas**

Una vez seleccionados los indicadores se han realizado Regresiones Simples, Múltiples y Análisis Multivariados sobre algunos indicadores para mostrar la adecuación de la elección de los mismos, para ello se utilizó el programa Statgraphics.

En primer lugar, se ha procedido a realizar una regresión múltiple entre las variables Gastos totales / cama, Estancia Media y Peso Medio, que ha confirmado la relación de mayor Peso Medio (Mayor complejidad) implica mayor Estancias Media; así como que a mayor estancia y complejidad se produce un incremento del gasto. Los valores obtenidos nos han mostrado una relación estadísticamente significativa entre las variables con un nivel de confianza del 95,0 %.

A continuación se hizo un análisis multivariado con los indicadores Estancia Media, Gastos Totales /cama, Gastos Totales /usuario asignado y Gastos Totales /alta. Todos los análisis muestran sesgo estandarizado inferior al 1,0 %.

Seguidamente se ha hecho un análisis de regresión simple entre varias variables:

- Estancia Media / Peso Medio
- Gastos por cama / Estancia Media
- Estancia Media / Gastos por cama

En los tres casos se confirma que existe una relación estadísticamente significativa con un nivel de confianza del 95,0 %.

Finalmente, se ha hecho un análisis de regresión múltiple entre los indicadores de Gasto total y los correspondientes a Gasto por Cama y Gasto por usuario donde se ha obtenido una relación estadísticamente significativa entre las variables con niveles de confianza del 95 %.

## 6 Conclusiones.

### Marco teórico

#### **Primera.**

La sociedad demanda cada vez mayores prestaciones sanitarias. El gasto sanitario en España alcanzó el 9,3% del PNB en 2011 situándose en el promedio de la OCDE.

El gasto público de la sanidad en España alcanza el 73% del gasto total en el 2011, en el Reino Unido ha sido del 82.8% y en la OCDE el 72,2%.

El control sobre el déficit público y sobre el gasto ha facilitado la proliferación en la implantación de las nuevas fórmulas de gestión de Colaboración Pública Privada (CPP).

#### **Segunda.**

Los modelos de Colaboración Público Privada no han cumplido con la finalidad de cubrir tres grandes objetivos:

- *Coste de financiación más barato:* Los costes financieros que han tenido que soportar las empresas que han llevado a cabo los proyectos han sido superiores a los costes financieros que debería haber afrontado el Sector Público, lo

que ha implicado desfases entre lo presupuestado y lo real que, en algunos casos, comprometen la viabilidad de los proyectos.

- *La transmisión del riesgo* ha dependido de la estructura sanitaria del país. Mientras que en algunas zonas de Canadá las empresas podían simultanear atención a pacientes públicos y a pacientes privados, en otras áreas tanto del Reino Unido como el caso de Madrid eso no ha sido posible, lo que ha impedido obtener las sinergias previstas.
- No se han observado los *ahorros en costes* que se preveían. En algunos hospitales de Canadá estos modelos son más económicos, al contrario que en Reino Unido y en Madrid donde han resultado ser menos económicos que los públicos con los que se comparan.

### **Tercera**

Los modelos de colaboración de colaboración público privada (CPP) a nivel internacional en el ámbito hospitalario se presentan, fundamentalmente, en Canadá y Reino Unido, comenzándose a utilizar en su versión PPP en Latino América, principalmente en Chile.

En el Reino Unido los informes que aportaron tanto la National Audit Office<sup>74</sup> así como el informe elaborado por Civitas (Institute for the Study of Civil Society)<sup>75</sup> llegan a la conclusión de que no se puede

demostrar que económicamente sean más eficientes los hospitales bajo este modelo que con otros modelos, uno de los principales argumentos de ahorro en costes de financiación está claramente sobrevalorado ya que los tipos de interés del sector privado son superiores a lo público y se está analizando el posible efecto en el rating de la deuda inglesa si se consolidase esta deuda en el presupuesto del Estado lo que está suponiendo que algunos hospitales estén en riesgo de insolvencia ante el incremento de las deudas financieras.

En el caso de Canadá nos encontramos con una situación parecida a la de Reino Unido, aunque la versión de mayor utilización ha sido la de PPP el resultado ha sido similar ya que el coste de construcción / financiación ha sido superior al esperado y no se han observado reducciones en costes de gestión que justificasen su implantación tal y como se señala en el informe de la OCDE sobre el Brampton Civic Hospital<sup>76</sup>.

Tanto en Canadá como en Reino Unido se está evolucionando al modelo PPP, en Reino Unido se le denomina PP2, donde la empresa asume todo el riesgo y cobra una cápita por paciente, es el mismo caso que se iba a dar en Madrid con la externalización de los hospitales PFI.

En España, el primer hospital y que se utiliza como modelo es el Hospital de Alzira, en su origen su actividad era solo del área de especializada pero al no llegar a dar resultados positivos se amplió la concesión incluyendo la atención primaria. Es un modelo PPP. La Comunidad Valenciana siguió abriendo hospitales bajo este modelo: Manises, Denia, Torre Vieja y Vinalopó; pero ha informado que seguirá con estos

modelos. El resultado económico de la empresa que los gestiona, Ribera Salud, en estos momentos es complicado habiendo tenido que cancelar su participación en el hospital de Torrejón para obtener liquidez.

### **Parte empírica**

En el caso de la Comunidad de Madrid el estudio nos permite llegar a las siguientes conclusiones:

#### ***Primera***

Las instituciones presentan una importante falta de transparencia informativa.

#### ***Segunda***

##### *Indicadores Hospitalarios:*

- Se observa que la *estructura hospitalaria*, considerando el número de camas por cada 1.000 habitantes no es la adecuada para la población asignada que tienen los hospitales del nuevo modelo. La causa es el traspaso de población de los hospitales tradicionales a los nuevos.
- La *estancia media*, en los hospitales PFI / PPP no se corresponde con el peso medio, complejidad de la actividad asistencial, teniendo una complejidad menor la estancia media es mayor que en los hospitales de comparación con una complejidad mayor.

- El gasto medio por usuario en los nuevos hospitales presentan un crecimiento anual continuado.
- La ratio de gastos totales por alta presenta peores resultados en los nuevos hospitales que en los tradicionales, salvo el Hospital de Valdemoro (PPP).
- Los *gastos totales por cama funcionante*, presentan una tendencia al alza comparados con los hospitales tradicionales.

Hay que considerar que hay un hospital del modelo PFI que es mejor al resto, e incluso en varios ratios de los mencionados, a los de comparación; este hospital es el de Majadahonda (Puerta de Hierro) que como ya se comentó es un caso especial ya que en este proyecto tanto la plantilla asistencial como la población asignada eran las originales y el modelo se circunscribió exclusivamente al edificio.

#### *Indicadores económicos - financieros:*

- Indicador *Fondo de Maniobra y Fondos propios*; en ambos casos son negativos y, dado que estos hospitales son de gestión directa es de suponer que el problema está en la falta de información sobre la forma en que se cubrirá este desfase y capitalización.
- El indicador *acreedores comerciales y otras cuentas a pagar*, nos muestra un excesivo endeudamiento en comparación con la media del sector.

- *Existencias*, se observa que no se corresponde su evolución con la actividad y que para el ejercicio 2013 los datos que se presentan no son fiables.
- Los gastos de personal en los hospitales PFI no han disminuido a pesar de que estos hospitales solo incluyen gastos de personal asistencial.
- Los otros gastos de explotación de los nuevos modelos, en el sub apartado de arrendamientos y cánones sobre ventas, se observa mayores importes debidos a la inclusión de los costes de la concesión, especialmente la construcción del edificio.
- El informe de fiscalización de la Cámara de Cuentas de la Comunidad de Madrid<sup>77</sup> señala la reclamación de las empresas concesionarias motivada en la interpretación del IVA repercutido, ya que éstas consideraban que se debía aplicar el correspondiente a servicios sanitarios en lugar del normal.
- Los gastos en suministros por m<sup>2</sup>, variable relevante del ahorro, en todos los hospitales bajo el formato PFI son menos eficientes en consumos que los tradicionales, debido a la realización y diseño de los edificios por las concesionarias.
- Los hospitales modelo PPP reciben su financiación de acuerdo con la población asignada. La fuga de pacientes del área que gestionan disminuye directamente sus ingresos. Sus gastos se incrementan al tener que subcontratar servicios y prestaciones necesarias para los pacientes procedentes de otros hospitales y de los que ellos carecen.

- Los nuevos hospitales se han creado sin considerar su necesidad asistencial real así como la evolución de la población de la Comunidad de Madrid. Algunos se han construido donde ya existían otros dos hospitales en radio de kilómetros muy pequeños: Nuevo Hospital de Móstoles existiendo el Hospital de Móstoles I y la Fundación Hospital Alcorcón.
- Falta de planificación en la estructura hospitalaria dando lugar a ineficiencias como el caso de construir y dotar con infraestructuras un hospital y por falta de presupuesto para financiar los gastos permanece cerrado pero genera un canon anual para su mantenimiento de aproximadamente 12 millones (Hospital de Collado Villalba acabado de construir en el año 2012).
- En definitiva, se puede concluir que las nuevas fórmulas de gestión de colaboración público privada de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid no han demostrado ser más eficientes, a nivel económico financiero global, que los denominados de Gestión Presupuestaria, Fundaciones Públicas y Empresas Públicas.

## 7 Extensive English Abstract

### 7.1 Aim of the thesis

Assess whether the new forms of management of public-private collaboration (CPP) are more efficient, to global financial and economic level, that the so-called budget management, public foundations, and public enterprises.

The geographical scope of the study focuses on the public hospitals in the Community of Madrid.

Within this economic field we are going to discuss two new models of hospital management called, depending on the involvement of the concessionary company, PPP (Public-private-partnership) and PFI (Private-Finance -Initiative) and to facilitate this analysis is going to make comparisons with models that manage hospitals previously implanted.

This complexity and diversity of models is what makes research more attractive. As an example in the CAM there are 38 hospital centers: 1 Concert (CR), 2 Foundations, 3 PPP, 7 PFI and 25 traditional (3 institutes, 3 psychiatric, 19 hospitals).

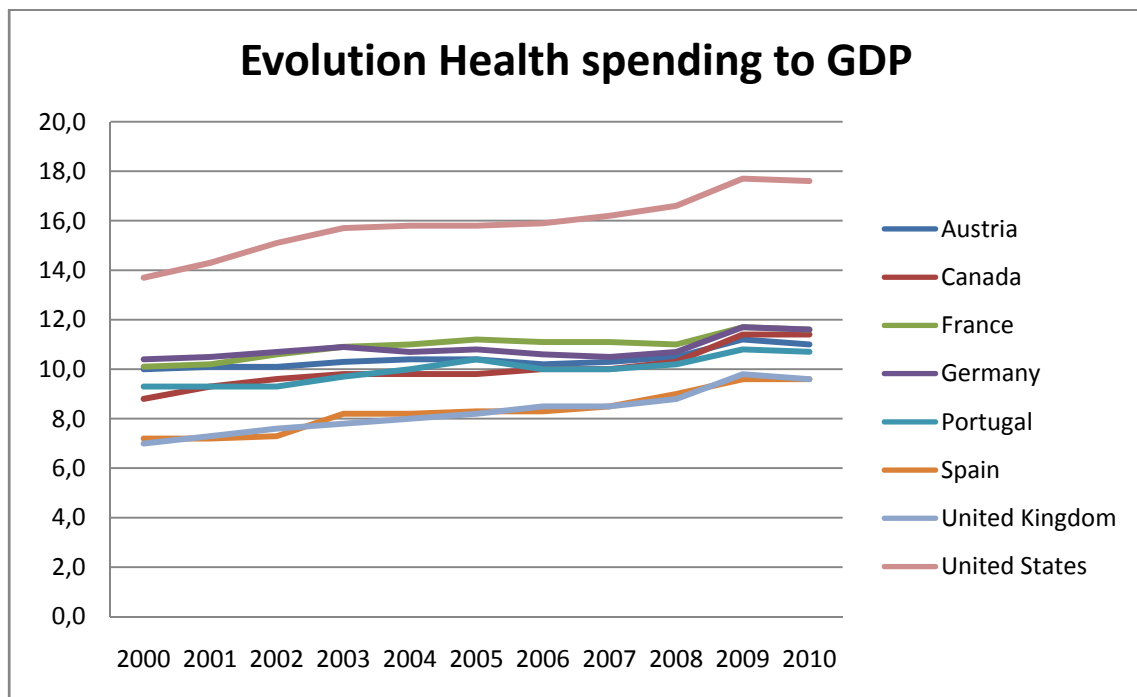
### 7.2 Research question

The implementation of models of public-private collaboration (CPP) as a method of hospital management comes from the strong increase in spending on health care in OECD countries.

The question mark is: ***are the models of CPP (PFI / PPP) more efficient economically and financially than the models of budgetary management, public foundations, and Public Enterprises in the public hospitals in the Community of Madrid?***

The Health must face the following challenges:

- A. Aging of the population and increased life expectancy which implies an increase in the demand for services.
- B. Increase of chronic diseases (70 per cent of the health spending)
- C. Pressure to incorporate innovation.



Within the health system, hospitals are its most important resource to have the following common characteristics to all nations:

The health system, in contrast to other economic systems, separates the user of the provider. This implies that the user does not set the volume of resources it consumes, the activity is induced by the hospital; in this case, with many differences depending on the country in which it is found in such a way that, in the United States this means a very high cost with a very low coverage in Europe and a unlimited consumption with high coverage. In both cases, high consumption of resources and uncontrolled costs.

Health systems, as has been pointed out above, are very diverse with a degree of participation of the Public Sector very varied.

### **7.3 Overall Theoretical Framework**

To achieve the objective of the research work, it has been assumed a theoretical framework of reference based on the countries with the largest experience on models CPP

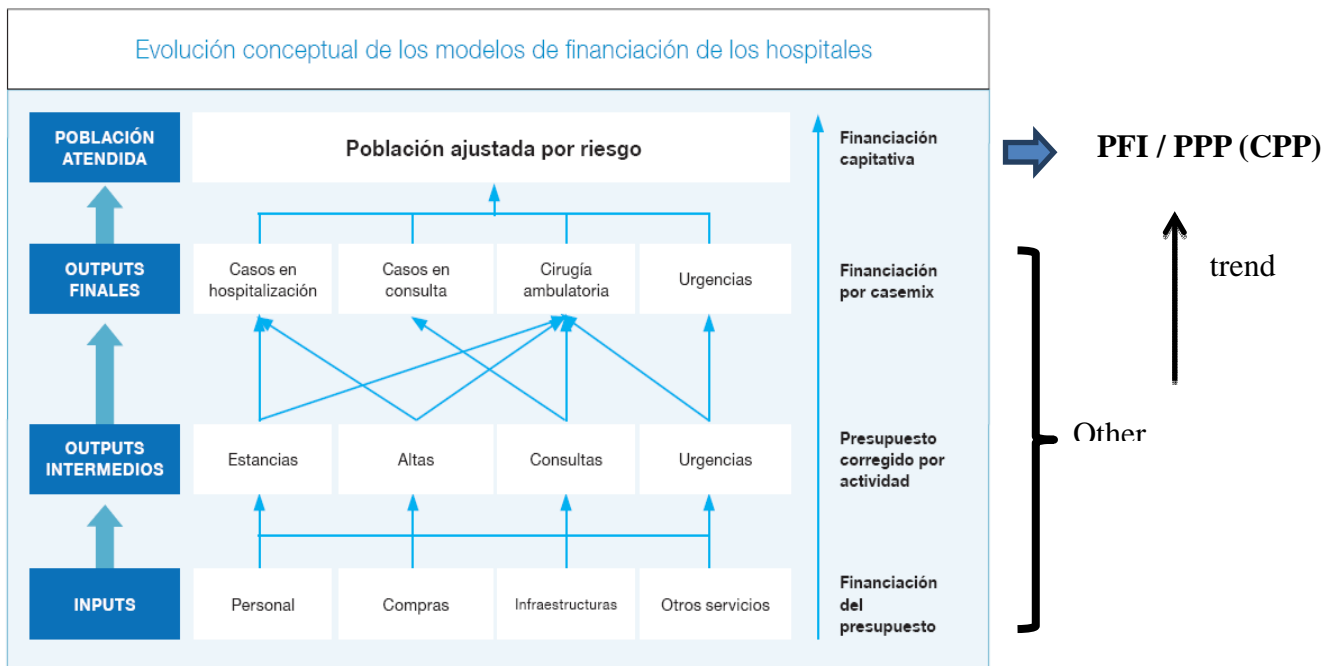
In the three countries with the largest model of the CPP, United Kingdom, Canada and Spain the majority of funding is via taxes, although gradually has been increasing participation copayment.

The funding system is technically complex. Each contributor has a different set of benefits, and many times do not clearly specified. According to the country consumers (patients / users) can believe they have a certain set of benefits, but when finally have need of care are not covered for this particular group of diseases or treatments, in the countries with universal coverage will begin to make discrimination by type of patients (smokers, obese, etc.) in order to reduce costs reaching absurd situations that put at risk the health of the citizens. In countries like the United States or to those users who had opted for private coverage, this reality puts the healthcare provider, usually private insurance companies, in the difficult situation to deny or postpone the attention until the problems of coverage are settled.

Finally the attention of health is personal and affects all. No other industry provides the intensity of the emotions which have emerged in the health care. The patient, whose disease can lead to death or in the case of the maternity care the birth of a person, life is always a personal risk and the public authorities, regardless of the economic system in which the country place must ensure that health systems are adequate and accessible to the population without discrimination. In Spain the

right to health protection is provided in the Constitution through the article 43 highlighting the health prevention.

## How are financed hospitals



Fuente: Antares Consulting, 2005.

In this table where summarizes all the models and that is used as a frame of reference to explain the financing, we can observe how the funding has been changing from an annual budget, until the new capitation systems used to finance hospitals CPP and that will be adopted for all hospitals in the near future.

**Demographic variables.** The demographic structure of the various plans is taken into account in conducting the risk adjustment through the division of the population in age cohorts and sex.

**Collective 'objective'.** Population groups (%) belonging to collective in situation of disadvantage health correction whose aim is to achieve through the assignment considered.

**Employment status.** Information about the number of people with temporary work disability or sickness leaves, for example. The advantages of these data are updated regularly and are universal. However, the fact that they are not designed specifically for health reasons and that they are vulnerable to tampering, represent the main disadvantages of their use.

**Geographical situation.** The population density in the health care plan (with a territorial base) tends to be taken into account when performing the risk adjustment. The main reasons is due to two causes; first, to the fact that the difference in the degree of urbanization in a population of place to health needs relating different, and second to the difference in costs of certain health services provider (for example, ambulance services or logistical in general).

**Morbidity and mortality.** Morbidity rates appear as a common element to some systems of risk adjustment that are currently applied by be the variable "proxy" more reliable than they have of morbidity. This usually use standardized rates and in many cases we opt not to include the rates of mortality for older age groups , because their mortality rates can dominate the overall mortality rate of the 'plan', doing that this does not adequately reflect the level of relative need of the total population of the health plan. With respect to the variables of morbidity, the lack of universal data has made his application for the purposes of risk adjustment is not common, used, in some cases, data on the number of people with some kind of permanent disability or survey data on self-perception of health status.

**Socio-economic variables.** Through the inclusion of these variables is to incorporate in the risk adjustment the greatest health needs that occur as a result of situations of deprivation and/or social marginalization.

Some of the variables used are: unemployment rates, family structure, quality of housing, social classes and income.

## **7.4 Theoretical Framework Model CPP**

From the literature review of the CPP model published in the United Kingdom, Canada and Spain for the authors Aldana, Allyson, barrows, Beckett, Gilbert, Gregoroff, Vickers, Zelman and ot ., we can synthesize the following arguments supporting the model:

- A. The private sector is more efficient than the public.
- B. Funding of projects that would be less costly.
- C. Not to penalize the public deficit.

The models PPP / PFI in accordance with the contributions of Yescombe and Link we can define it as:

- A. PFI Model: private financing of infrastructure and private management services exclusively to non-health care.
- B. PPP model: private financing of infrastructure and private management of all services.

## **7.5 Empirical Study**

Once completed the explanation on the theoretical framework we undertake the empirical phase of the hospitals involved in the present thesis.

<b>NAME OF THE HOSPITAL</b>	<b>LEGAL FORMULA</b>
Hospital de Alcalá de Henares	Traditional Hospital of budget management (direct management)
Hospital of Mostoles	Traditional Hospital of budget management (direct management)
Hospital de Fuenlabrada	Public Company (direct management)
Hospital Alcorcón	Foundation (direct management)
Hospital of Coslada (De Henares)	PFI (direct management)
Hospital in Arganda (Southeast)	PFI (direct management)
Hospital de Majadahonda Iron Door	PFI (direct management)
Hospital de Parla (South)	PFI (direct management)
Hospital San Sebastian de los Reyes (North)	PFI (direct management)
Hospital de Vallecas	PFI (direct management)
Hospital de Aranjuez (Tagus)	PFI (direct management)
Hospital of Valdemoro	PPP (indirect management)

The data sources used have been:

- A. Laws of budgets for the Community of Madrid
- B. Annual Financial Reports of the hospitals of the study
- C. Statistics of Health expenditure as well as indicators of health, published by the Ministry of Health

D. World Health Report of the W.H.O.

E. Economic statistics for the E.O.C.D.

Difficulties encountered in the collection and processing of the data:

- The annual accounts of the hospitals are not available to external users.
  - Liquidation of the State budget.
  - Balance Sheet.
  - Account of results.
  - Financial Reports.
- Difficulty in the homogenization of the budgetary data for the hospitals. Has only been possible by the use of the data provided and estimated.
- The information of the hospitals shows different structure in its content.
- Complexity in the treatment of primary data (> 10,000) that has been explained by the development of 200 worksheets.

In order to proceed to the analysis of global efficiency have been selected two groups of indicators: indicators of hospital activity and financial indicators. This enables it to cover the two visions of the hospitals, the productive and economic.

*Hospital Indicators:*

- Frame of Reference: the selection of these indicators has been based on the following authors and institutions: Alexander,

Anders, Astier, Barliba, Biel, Forgione, Nilson, Oteo, Stefan and Weiner as well as the work of the institutions Sherman HD. Hospital efficiency, Deming Institute, EFQM Foundation and Sedisa.

- Requirements applied to the selection of indicators:
  - Greater consensus on its use in the sector.
  - Possibility of calculation with the available information.

Name	Calculation
<p><b>Hospital structure (Table of primary data).</b></p> <p><b>Beds per 1000 inhabitants</b></p> <p><b>Average stay</b></p> <p><b>Expenses per user.</b></p> <p><b>Expenses by hospital admissions</b></p> <p><b>Cost per bed or functioning.</b></p>	<p>No. Beds functioning / 1,000 inhabitants</p> <p>Summation of the difference between the discharge date and the date of income divided by the total hospital admissions</p> <p>Total expenditure / number of users assigned</p> <p>Total expenditure / number of hospital admissions.</p> <p>Total expenditure / number of beds functioning</p>

### *Financial Indicators*

- **Frame of Reference:** The selection of indicators has been based on the following authors: Amat O., Esteo, Fernandez and others, Hidalgo, Rivero Torres.
- **Requirements applied to the selection of indicators:**
  - Greater consensus on their use.
  - Possibility of calculation with the available information.

Name	Calculation
Working capital.	Current assets - current liabilities
Budgetary Program (activity).	
Equity Capital	
Trade creditors and other payables.	Absolute value and % of the value s/ total liabilities
Stock, supplies and activity.	Absolute value
Supplies / incomes.	Supplies/ Incomes
Staff costs / worker.	Staff Cost s/nº workers
Staff costs / Incomes.	Staff Costs /Incomes
Percentage change in staff costs.	Variation expenditure staff
Revenues per employee.	Revenues / worker
Leases and royalties / Incomes.	Leases and royalties /Incomes
Expenditures for supplies x m2.	Supplies / m2

## 7.6 Conclusions

### A. *Theoretical Framework:*

- a. The attempt to control the public deficit and spending has facilitated the proliferation in the deployment of new forms of management of public private partnership (CPP).
- b. The models of public-private collaboration emerged with the purpose of cover three major objectives:
  - i. *Financing Cost cheaper*
  - ii. *The transmission of risk*
  - iii. *Cost Savings*

The funding has not proved cheaper than what it could have obtained the Public Sector.

There has been no transmission of risk because the hospitals only make charitable activity for the Public Sector and this is guaranteed.

As shown in the calculation of the different ratios are not more economic.

### B. *Empirical Study*

First: The sources of information provided by the institutions are an important lack of transparency of information.

Hospital Indicators:

- a) The structure of hospital hospitals CPP, considering the number of beds per 1,000 inhabitants, is not suitable for the population that is assigned.
- b) The average length of stay in hospitals PFI / PPP does not match with the average weight, because of the complexity of health care.
- c) The average expenditure per user in hospitals CPP presents an annual growth continued.
- d) Total expenditures by hospital admissions show worse results in the CPP hospitals than traditional hospital, save Hospital Valdemoro (PPP).
- e) The total expenditure by functioning bed in the CPP hospitals, have a tendency to rise over the top hospitals.

Economic indicators - financial:

- a) Working Capital and Equity Assets; in both models of management are negative for the hospitals CPP, which are of direct management and due to the lack of information, has not been possible to know the formula to be applied to cover this gap and its capitalization .
- b) Regarding trade creditors and other payables, hospitals CPP, show excessive indebtedness in comparison with the industry average.
- c) Stock, in hospitals CPP, its erratic evolution does not correspond to the level of activity.
- d) Staff costs in the PFI hospitals have not diminished in spite of the fact that these hospitals only include costs of health care personnel.

- e) Leases and royalties on sales, in hospitals CPP, notes higher amounts than traditional. The reason for this is to be found in the inclusion of the costs of the concession, especially the construction of the building.

### ***Final Conclusion***

In short, it can be concluded that in the scope of the Community of Madrid the new forms of management of public-private collaboration of public hospitals have not proved to be more efficient than the so-called budget management, public foundations, and public enterprises.

## 8 Bibliografía

- A.T. Kearney, 2011. *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: ¿Ha dejado la sanidad de ser una prioridad social?*, Madrid: A.T. Kearney.
- Abásolo Alessón, I. y. C. P. D., 2008. La inversión pública en sanidad. *Papeles de Economía*, Issue 118.
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2012. *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (indicadores hospitalarios)*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Aiken, L. y. o., 2002. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham · Philadelphia: Open University Press.
- Aldana, S., 2001. Financial Impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature.. *American Journal of Health Promotion*, 15(5).
- Ali Javed,A., Lam, P. y Chan, A., 2013. *A model framework of output specifications for hospital PPP/PFI projects*. s.l.:Facilities.
- Allison Pollock, David Price and Moritz Liebe, 2011. *Private finance initiatives during NHS austerity*. s.l.:BMJ.
- Amat Salas, O., 2008. *Análisis Económico Financiero*. Barcelona: Ediciones Gestión.
- Anon., 2002. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Anon., 2003. *A European Initiative for Growth, Investing in Networks and Knowledge for Growth and Jobs*. , Bruselas: s.n.
- Arah, O., Westert, G., Hurst, J. y Klazinga, N., 2006. A conceptual framework for the OECDHealth Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, Septiembre.p. 5–13.
- Astier Peña, M. y. o., 2004. Propuesta de indicadores para cuadros de mando de servicios médicos y quirúrgicos. *Administración Sanitaria*, 2(3).
- Ball, R., 2011. *Provision of public service infrastructure – the use of PPPs in the UK and Australia: A comparative study*. s.l.:International Journal of Public Sector Management.
- Barrows, David; MacDonald, H. Ian, Bhanich, A.; Dalton-Jez, Olivia and, 2012. *Public-private partnerships in Canadian health care. A case study of the Brampton Civic Hospital*, s.l.: OECD.

Beckett, M., McBride, T. y Reddaway, J., 2010. *The performance and management of hospital PFI contracts*, Londres: Printed in the UK for the Stationery Office Limited on behalf of the Controller of Her Majesty's Stationery Office.

Bidgood, E., 2012. *PFI: Still the Only Game in Town?*, Londres: Civitas.

Cabasés Hita, J., 2006. *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*, Bilbao: s.n.

Cámara de Cuentas de Madrid, 2012. *Informe de fiscalización*, s.l.: s.n.

Comunidad Autónoma de Madrid, 2009. *LEY DE PRESUPUESTOS GENERALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID PARA 2010*. Madrid: B.O.C.M..

Comunidad Autónoma de Madrid, 2010. *LEY DE PRESUPUESTOS GENERALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID PARA 2011*. Madrid: B.O.C.M..

Comunidad Autónoma de Madrid, 2011. *LEY DE PRESUPUESTOS GENERALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID PARA 2012*. Madrid: B.O.C.M..

Comunidad Autónoma de Madrid, 2012. *Ley de presupuestos generales de la Comunidad de Madrid para 2013*. Madrid: B.O.C.M..

Cooper, Z., Gibbons, S., Jones, S. y McGuire, A., s.f. Does hospital competition save lives? Evidence from the english NHS patient choice reforms. *The Economic Journal*, August, Volumen 121, p. F228–F260.

Curtis, L., 2012. *Unit Costs of Health and Social Care 2012*. Kent: Unit, Personal Social Services Research.

De Rosa, A., Marín, M., Martínez, F., Tarazona, E., Ribelles, S. y otros, 2006. *Modelo Alzira 1999-2005 la ambición de una nueva sanidad*. Alzira: Grupo Gráfico Alzira.

Eadie, R., Millar, P. y Grant, G., 2013. *PFI/PPP, private sector perspectives of UK transport and healthcare*. s.l.:Built Environment Project and Asset Management.

Esteban, M., 2006. La colaboración público privada en la provisión de infraestructuras: una valoración de la experiencia internacional. *Economías*, 3º cuatrimestre(63).

Esteo Sánchez, F., 2003. *Análisis de Estados Financieros, planificación y control (Comentarios y casos prácticos)*. Barcelona: Centro de Estudios Financieros.

European Foundation for Quality Management, 1999. Modelo EFQM de Excelencia. En: Bruselas: European Foundation for Quality Management.

Eurostat, 2004. *New decision of Eurostat on deficit and debt: Treatment of public-private partnerships*, Luxemburgo: Eurostat Press Office.

- Fernández Llera, R., 2009. Colaboración Público Privada como elusión de la estabilidad presupuestaria. *Revista de Estudios Regionales*, Volumen Volumen extra VIII.
- Fernández, y. o., 2010. *Introducción al análisis contable de las empresas*. Madrid: Thomson Reuter.
- Fisher, E. S. & Bynum, J. P. a. S. J. S., 2009. Slowing the growth of health care costs—lessons from regional variation. *The New England Journal of Medicine*, Issue 360.
- Fitzpatrick, S., 2006. *Asociaciones Público Privadas: Principales aspectos económicos y directrices básicas*. s.l.:Universidad de Hamburgo.
- Forgione, D., 1997. Health care financial and quality measures: International call for a "balanced scorecard" approach. *Journal of Health Care Finance*, Volumen 24.
- Fuertes Fernández, A., 2009. Fundamentos de la colaboración público-privada para dotación de infraestructuras y servicios. *Revista del Derecho de las Telecomunicaciones, Transportes e Infraestructuras (REDETI)*, Año X(Num. 29, Mayo-Agosto 2007).
- Gago de Santos, M. P., 2011. *Colaboraciones Público - Privadas: procedimientos para minimizar sus costes de transacción*. s.l.:Universidad Complutense de Madrid.
- García Cornejo, B., 1997. Análisis de eficiencia del sector hospitalario: una revisión de métodos. *Cuadernos de Estudios Empresariales*, Issue 7.
- Gaynor, M., Laudicella, M. y Propper, C., 2012. Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS. *Journal of Health Economics*, Volumen 31, Issue 3, pp. 528-543.
- Gilbert, E., 2009. Failing grade for public–private partnership hospitals. 180(4).
- Gómez Crespo, S., 1992. Gestión de Hospitales Públicos. *REVISTA ESPAÑOLA DE FINANCIACIÓN Y CONTABILIDAD*, XXII(70).
- Gregoroff, S. J. & McKelvie, R. S. a. S. S., 2004. The impact of an outpatient heart failure clinic on hospital costs. *International Journal of Health Care Quality Assurance incorporating*, 17(1).
- Groene, O. y Skauand Anne Frølich, J., 2008. An international review of projects on hospital performance assessment. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), p. 162–171.
- Grupo de trabajo de la Conferencia de Presidentes para el análisis del Gasto Sanitario presidido por la IGAE, 2005. *Informe para el análisis del gasto sanitario*, Madrid: Ministerio de Economía y Hacienda - Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Gurd, B. y Gao, T., 2008. Lives in the balance: an analysis of the balanced scorecard (BSC) in Healthcare organizations. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 57(1), pp. 6-21.

- Hellowell, M. y Pollock, A., 2009. *The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice*. Oxford: Institute of Economics Affairs, published by Blackwell Publishing.
- Hernández de Cos, P. y M.-B. E., 2011. *Eficiencia y regulación en el gasto sanitario en los países de la OCDE*. s.l.:Banco de España.
- Hidalgo Vega, Álvaro; Corrugado de las Cuevas, Indalecio, y Del Llano Señarís, Juan, 2000. *Economía de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Hospital de Móstoles, 2008. *Memoria 2008*. Móstoles: s.n.
- Hospital de Móstoles, 2009. *Memoria 2009*. Móstoles: s.n.
- Hospital del Henares, 2008. *Memoria 2008*. Coslada: s.n.
- Hospital del Henares, 2009. *Memoria 2009*. Coslada: s.n.
- Hospital del Sureste, 2008. *Memoria 2008*. Arganda: s.n.
- Hospital del Sureste, 2009. *memoria 2009*. Arganda: s.n.
- Hospital Fundación Alcorcón, 2010. *Memoria 2010*. Alcorcón: s.n.
- Hospital Principe de Asturias, 2008. *Memoria 2008*. Alcalá de Henares: s.n.
- Hospital Principe de Asturias, 2009. *Memoria 2009*. Alcalá de Henares: s.n.
- Hospital Universitario de Fuenlabrada, 2009. *Memoria 2009*. Fuenlabrada: s.n.
- Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 2008. *Memoria 2008*. Majadahonda: s.n.
- Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 2009. *Memoria 2009*. Majadahonda: s.n.
- Hurts, J. y Williams, S., 2012. *Can NHS hospitals do more with less?*. s.l.:Nuffieldtrust research report.
- Instituto Nacional de la Salud, 2001. *Gestión clínico financiera y coste por proceso*. Madrid: Solana e Hijos, A.G., S.A..
- Kaufman, F., 2009. *A Primer on Hospital Accounting and Finance*. Skokie(IL): Kaufman, Hall & Associates, Inc..
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D., 2011. Health effects of financial crisis: omen of a Greek tragedy. 22 Octubre. Volumen 378.
- Link, A., 2006. *Public / Private Partnerships: Innovation Strategies and Policy Alternatives*. Londres: Springer.

- Martín Martín, José J. y López del Amo González, M. P., 2007. La medida de eficiencia en las organizaciones sanitarias. *Presupuesto y Gasto Público*, Volumen 49.
- Mc Kee, M. H. J., 2002. *Hospitals in a changing Europe*. Philadelphia: Biddles Ltd., Guildford and Kings Lynn.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999. *Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: MIJÁN, Industrias Gráficas Abulenses.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. *Estadística del gasto sanitario Público (Principio del devengo)*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. *Indicadores de salud 2009; Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Madrid: s.n.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. *Indicadores de Salud: evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*, Madrid: s.n.
- Moreno Domene, P., Estévez Lucas, J. y Moreno Ruiz, J., 2012. Indicadores de Gestión Hospitalaria. *Sedisa Siglo XXI*, Volumen 17.
- Moro Visconti, R., 2013. *Managing Healthcare Project Finance Investments: A Corporate Finance Perspective*. s.l.:Journal of Investment and Management.
- N. Zelman, W., Mc Cue, M. J., Millikan, A.R. y Glick, N. D., 2003. *Financial Management of Health Care Organizations*. Malden(MA): BLACKWELL PUBLISHING.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011. *Assessing cost impact*. Londres: s.n.
- Nieto Garrido, E., 2003. El New Public Management y el gobierno a través de contratos en el Reino Unido. *Revista de Administración Pública*, Septiembre-diciembre 2003(162).
- OCDE, 2012. *Health Data 2012: Statistics and Indicators*, s.l.: s.n.
- OMS, 2010. *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal*, s.l.: s.n.
- Organización Mundial de la Salud, 2010. *Informe sobre la salud en el mundo 2010*, Ginebra: OMS.
- Organs, B.F. y otros, 2009. *La gestión de la Excelencia en centros sanitarios*. Madrid: Pfizer.
- Ortum, V., López, G., Puig, J. y Sabés, R., 2001. Sistema de financiación capitativo, posibilidades y limitaciones. *Fulls Economics del Sistema Sanitari*, Issue 35.

Oteo, L., 2002. Cuadro de Mandos Integral a nivel hospitalario basado en indicadores del modelo EFQM de excelencia. *Gestión Hospitalaria*, Issue 13.

Parker, D., 2009. PPP / PFI - Solution or Problem?. *Journal of Economics Affairs*.

Pastor Tejedor, J., 2009. Reflexión sobre el fin último de la gestión en el sector hospitalario español. *Gaceta Sanitaria*, 23(2).

Pastor Tejedor, J. & Luis, N. E., 2004. Diseño del CMI para un hospital público desarrollado en base a los modelos de excelencia. *Productions and Operations Management Society*.

Patel, B., Chausalet, T. y Millard, P., 2008. Balancing the NHS balanced scorecard!. *European Journal of Operational Research*, Issue 185, Issue 3, pp. 905-914.

Pollock, A., Shaoul, J. y Vickers, N., 2002. Private finance and “value for money” in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?. Volume 324.

Quaglio, G., Karapiperis, T., Woensela, L.V., Arnold, E. y McDaid, D., 2013. Austerity and health in Europe. Volumen 0168-8510/\$.

Repullo, J., 2009. Las debilidades del Sistema Nacional de Salud ante la crisis económica. *A Fons*, Issue 4.

Rivero Torre, P., Banegas Ochovo, R., Sánchez-Mayoral García-Calvo, F. y Nevado Peña, D., 1998. *Análisis por ratios de los estados contables financieros*. Madrid: Civitas.

Sahoul, J. S. A. a. S. P., 2011. NHS capital investment and PFI: from central government responsibility to local affordability. *Financial Accountability & Management*, 27(Issue 1).

Sánchez Soliño, Gago y Vasallo, 2008. *Equipamientos sociales y colaboración público - privada en España y en la Unión Europea*, Madrid: s.n.

Sánchez, F., Abellán, J. M. y Oliva, J., 2013. *Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional*. Madrid: Real Instituto Elcano.

SERMAS, 2010. *Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid.

Sevilla Segura, J., 2001. Las claves de la financiación autonómica. *Crítica*.

Shaoul, J., Stafford, A. y Stapleton, P., 2011. Making concessions: political, commercial and regulatory tensions in accounting for European roads PPPs. *Accounting and Business Research*, 40(Issue 5).

Stafford, A., Stapleton, P. y Aceretes, B., 2011. Spanish healthcare public private partnerships: The ‘Alzira model’. *Critical perspectives of accounting*, 22(Issue 6).

The Canadian Council for public-private partnerships, 2011. *Public sector accounting for public-private partnership transactions in Canada*, s.l.: The Canadian Council for public-private partnerships.

Thompson, J., 2007. *Métodos de financiación de la asistencia médica*, Helsinki: Asociación Internacional de la Seguridad Social.

Thomson, S.; Foubister, T. y Mossialos, E., 2009. *Financing Health care in the European Union*. Copenhagen: Publications, WHO Regional Office for Europe,.

UK Trade and Investment, 2009. *Spanish Healthcare*, Madrid: Crown.

Urbanos Garrido, R. M., 2001. El nuevo sistema de financiación sanitaria y sus implicaciones en las CC.AA.. *Revista de Administración Sanitaria*, 5(20).

Urbanos Garrido, R. M., 2001. Tendencias internacionales en la financiación del gasto. *Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales*, Issue 19/04.

Van Doorslaer, E. e. a., 1999. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*, Issue 18.

Vasallo Magro, \_J. y Izquierdo de Bartolomé, R., 2010. *Infraestructura pública y participación privada: conceptos y experiencias en América y España*. s.l.:Panamericana Formas e Impresos S.A..

Veena S Raleigh, J., Bremner, S. y Scobie, S., 2008. *Patient safety indicators for England from hospital administrative data: case-control analysis and comparison with US data*. s.l.:BMJ.

Wagstaff, A., 1989. Estimating efficiency in the hospital sector: a comparison of three statistical cost frontier models. *Applied Economics*, Volumen 21.

Wagstaff, A. e. A., 1999. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of health Economics*, Issue 18.

Walburg, J., Bevan, H. & Wilderspin, J. a. L. K., 2006. *Performance management in health care*. Abingdon: Routledge 2 Park Square, Milton Park, Abingdon, Oxon OX14 4RN.

Walker, S., Mason, A.R., Claxton, K. et al, 2010. Value for money and the Quality and Outcomes Framework in primary care in the UK NHS. *British Journal of General Practice*, mayo.

Watkins, A. L., 2000. Hospital financial ratio classification patterns revisited: Upon considering non financial information. *Journal of Accounting and Public Policy*, Issue 19.

Whiteside, H., 2011. Unhealthy policy: The political economy of Canadian public-private partnership hospitals. *Health Sociology Review*, 20(3).

William N Zelman; George H Pink; Catherine B Matthias, 2003. Use of Balance Score card in Health Care. *Journal of Health Care Finance*, verano.

Yescombe, E., 2007. *Public - Private - Partnerships: Principle of Policy and Finance*. s.l.:Elsevier Finance.

## 9 Notas

<sup>1</sup> Hernández de Cos, Pablo y Moral-Benito Enrique; Eficiencia y Regulación en el gasto sanitario en los países de la OCDE; Banco de España, Madrid 2011; ISSN: 1696-2222.

<sup>2</sup> Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013 [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata).

<sup>3</sup> Fuente: OECD Health Data 2012: Statistics and Indicators, 29 junio 2012.

<sup>4</sup> Fuente: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/topics/health-es/>

<sup>5</sup> Repullo, J.R.; Las debilidades del Sistema Nac. de Salud ante la crisis económica (2009); Revista A Fons, número 4

<sup>6</sup> Catálogo nacional de Hospitales 2011; Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad; **NIPO en Línea:** 860-11-122-0.

Niveles de Hospitales:

1. De cero a 99 camas
2. De 100 a 199 camas
3. De 200 a 499 camas
4. Más de 500 camas

<sup>7</sup> Fuente: <http://stats.oecd.org/>

<sup>8</sup> Fuente: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG/countries?display=default>

<sup>9</sup> Hospitals in a changing Europe; varios autores; editors Mckee, Martin and Healy, Judith; European Observatory On Health Care Systems Series, 2002.

<sup>10</sup> Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., Van der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T., Citoni, G.,... & Winkelhake, O. (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of health economics*, 18(3), 263-290.

<sup>11</sup> Thompson James; Asociación Internacional de la Seguridad Social; Helsinki, 23-25 de mayo de 2007; ISSA/ACT/CON/15/5(b).

<sup>12</sup> Urbanos Garrido, Rosa María; Tendencias internacionales en la financiación del gasto sanitario; Universidad Complutense de Madrid P.T. Nº 19/04 (I.E.F.).

<sup>13</sup> B. Deber y otros. Al Raisa, La Alianza Público-Privada en la Atención Sanitaria, en *Una cuestión de equilibrio: sistemas de atención de salud en Canadá y otras partes*, los documentos encargados por el Foro Nacional de Salud, vol. 4, Éditions MultiMondes, Sainte-Foy (Quebec), 1998, p. 433.

<sup>14</sup> Grupo de trabajo de la Conferencia de Presidentes para el análisis del gasto sanitario presidido por la IGAE. Informe para el análisis del gasto sanitario. Madrid. Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda-Ministerio de Sanidad y Consumo. Julio 2005.

<sup>15</sup> Cabasés Hita Jm (Dir). La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada. Bilbao. Fundación BBVA, 2006. p. 161-203.

<sup>16</sup> Sevilla Segura JV. Las claves de la financiación autonómica. Barcelona. Crítica. 2001.

<sup>17</sup>GRD (DRG).-Diseñados para hospitalización de agudos en el que los episodios asistenciales de una misma clase presentan cierto nivel de homogeneidad clínica y un consumo esperado de recursos similar. Cada clase o grupo lleva asociado un Peso Relativo (PR) como expresión del coste relativo de dicho grupo en relación al episodio promedio en hospitalización de agudos.

El sentido clínico de las categorías resultantes, junto con sus propiedades iso-consumo, han convertido a los Grupos Relacionados con el Diagnóstico en el sistema de clasificación de pacientes más utilizado universalmente para valorar la producción de un hospital. Actualmente, son ampliamente utilizados en muchos países como base de la categorización del producto hospitalario a efectos de gestión, planificación y financiación.

A pesar de sus evidentes características comunes, lo cierto es que en la actualidad conviven diversos sistemas de GRD, desde los desarrollados por compañías privadas hasta los desarrollados por países individuales. Entre los Sistemas de GRD mas utilizados destacan los All Patient DRG, los CMS-DRG, los AR-DRG, los HRG o los GHM. En Anexo se detalla la clasificación de GRD del año 2005.

<sup>18</sup> Sistema de financiación capitativo, posibilidades y limitaciones; Vicente Ortum, Guillem López, Jaume Puig y Ramón Sabés; Fulls Econòmics del Sistema Sanitari nº35; marzo 2001, páginas 8-16.

<sup>19</sup>Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal;

ISBN 978 92 4 356402 9; Organización Mundial de la Salud, 2010

<sup>20</sup>Aldana, S. G. (2001). Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5), 296-320.

<sup>21</sup> Yescombe, E.R. (2007) Public – Private – Partnerships: Principle of Policy and Finance. Elsevier Finance.

<sup>22</sup> Link, A. (2006) Public / Private Partnerships: Innovation Strategies and Policy Alternatives. Springer.

<sup>23</sup> Fitzpatrick, S.(2006) “Asociaciones Público Privadas: Principales Aspectos económicos y directrices básicas”. Universidad de Hamburgo 2006.

<sup>24</sup> Esteban, M. (2006) “La colaboración pública privada en la provisión de infraestructuras: una valoración de la experiencia internacional”. *Economías*, nº 63, 3er cuatrimestre 2006.

<sup>25</sup> Location And Features Of Public-Private Partnerships For Health Care Project Financing In Selected European Countries . Source/notes: SOURCES Adapted from Barlow J, Roehrich J, Wright S. De facto privatization or a renewed role for the EU? Paying for Europe’s healthcare infrastructure in a recession. *J R Soc Med*. 2010;103:51–5. Some figures are based on Survey of Project Finance in Healthcare sector, Finlombarda, 2009 May. NOTE PPP is public-private partnership.

<sup>26</sup>Sánchez Soliño, Gago y Vassallo (2008): Equipamientos sociales y Colaboración Público-Privada en España y en la Unión Europea: Estudio Comparativo, SEOPAN, Madrid.

- <sup>27</sup> Hinojosa, Sergio Alejandro; Asociaciones Pública-Privadas: Una nota conceptual; paper en ESADE Business School para el Workshop Ética y Empresa en Barcelona, noviembre 2007. [www.esade.edu](http://www.esade.edu).
- <sup>28</sup> Colaboraciones público-privadas: procedimientos para minimizar sus costes de transacción memoria para optar al grado de doctor presentada por Dña. María Pilar Gago de Santos. Madrid 14 de febrero 2011, U.C.M.
- <sup>29</sup> González García, Julio V.; Colaboración público-privada e infraestructuras del transporte; Marcial Pons, 2010.
- <sup>30</sup> Nieto Garrido, E.; El new public management y el gobierno a través de contratos en el reino unido, Revista de Administración Pública nº 162 (septiembre-diciembre 2003), pp. 391 y ss.
- <sup>31</sup> Este artículo se realizó en el marco del Proyecto I+D+i del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte “Servicios públicos e infraestructuras en la nueva ordenación territorial del Estado” (DER2009-13764) y “Potestad sancionadora y organismos reguladores” (DER 2011-22549) integrados en el Grupo de Investigación de la Universidad Complutense de Madrid (Ref. 931089) sobre Las transformaciones del Estado y la autonomía local: organización institucional, servicios públicos y democracia participativa.
- <sup>32</sup> Communication from the Commission, “A European Initiative for Growth, Investing in Networks and Knowledge for Growth and Jobs. Final Report to the European Council Brussels, 11.11.2003. Com (2003) 690 final.
- <sup>33</sup> Roberto Fernández Llera, Colaboración público privada como elusión de la estabilidad presupuestaria; Revista de Estudios Regionales, Vol. Ext. VIII, I.S.S.N.: 0213-7585 (2009), PP.: 337-350.
- <sup>34</sup> Andersen, Henrik, Cao Fuguo, D. Tavarro Christina y Wang Ping; Public-Private Partnerships. An international analysis from a legal and economic perspective; Consortium EU Asia Inter University Network for Teaching and Research in Public Procurement Regulation, 2010.
- <sup>35</sup> Estudio 2009 del Sector Sanitario Privado; Aliad.
- <sup>36</sup> Ponencia Dra. Sally Ruana, 2008; Universidad de Monfort,; U.K.
- <sup>37</sup> James Barlow, Jens Roehrich and Steve Wright (2013). Europe Sees Mixed Results From Public-Private Partnerships For Building And Managing Health Care Facilities And Services. Health Affairs, 32(1): 146-154.
- <sup>38</sup> Basilio Acerete, Anne Stafford and Pamela Stapleton; Critical perspectives of accounting; Elsevier, volume 22, Issue 6, August 2011, pages 539-549
- <sup>39</sup> Shaoul, J., Stafford, A. & Stapleton, P. NHS capital investment and PFI: from central government responsibility to local affordability, Financial Accountability and Management, Vol.27, No.1, 2011, pp.1-17.  
Stafford, A., Acerete, B. & Stapleton, P. Making concessions: political, commercial and regulatory tensions in accounting for European roads PPPs, Accounting and Business Research, Vol. 40, No.5, 2010, pp.1-22.

<sup>40</sup> Parker David, “PPP / PFI – SOLUTION OR PROBLEM?”, Journal compilation © Institute of Economic Affairs 2009. Published by Blackwell Publishing, Oxford

<sup>41</sup> Manual del SEC95 sobre el Déficit Público y la Deuda Pública; Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2002.

<sup>42</sup> Tanto el objetivo de estabilidad presupuestaria como el déficit o superávit de las Cuentas Públicas está expresado en términos de contabilidad nacional, es decir, aplicando las definiciones y los criterios metodológicos del Sistema Europeo de Cuentas Nacionales y Regionales (SEC-95), que es el documento utilizado a efectos de la aplicación del Procedimiento de Déficit Excesivo (PDE) y del Pacto de Estabilidad y Crecimiento (PEC) y que permite la comparación homogénea entre los distintos países europeos. Los criterios del SEC 95 difieren de la metodología presupuestaria en diversos aspectos que afectan tanto a la delimitación institucional del sector público como a la valoración de los ingresos y gastos.

<sup>43</sup> Del sitio web de la «Real Academia Española», Diccionario de la Lengua Española - Vigésima Segunda Edición, obtenido en [http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=eficiencia](http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=eficiencia), el 16 de enero, 2008.

<sup>44</sup> Chiavenato Idalberto; Introducción a la Teoría General de la Administración, Séptima Edición, McGraw-Hill Interamericana, 2004, Pág. 52.

<sup>45</sup> Oliveira Da Silva Reinaldo; Teorías de la Administración»; de International Thomson Editores, S.A. de C.V., 2002, Pág. 20.

<sup>46</sup> Cots Reguant, Francesc; Análisis del coste hospitalario; Departament d’Economia Aplicada; Facultat de CC. EE. Y EE. ; Universidad Autónoma de Barcelona; Sabadell, 2001.

<sup>47</sup> Falguera Martínez-Alarcón, Jordi; La Contabilidad de Gestión en los Centros Sanitarios; Universidad Pompeu Fabra; Barcelona 2002.

<sup>48</sup> Moreno Orduña, Karen; Avances metodológicos en la implantación de sistemas de costes para mejorar la gestión hospitalaria en el marco de la Nueva Gestión Pública en España.

<sup>49</sup> The Deming Institute (1993) y El Instituto Universitario de Calidad Asistencial y Seguridad Clínica Avedis Donabedian (2006) principalmente.

<sup>50</sup> European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia 1999. Bruselas: 1999.

<sup>51</sup> Forgione, D.A.; “Health care financial and quality measures: International call for a “balanced scorecard” approach”. Journal of Health Care Finance, 1997; 24 (1), page 55.

<sup>52</sup> Assessing cost impact, © National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011; London UK.

- <sup>53</sup> Unit Costs of Health and Social Care 2012; Personal Social Services Research Unit Cornwallis Building The University of Kent Canterbury Kent CT2 7NF.
- <sup>54</sup> Biel Fortuny y Organs, La gestión de la excelencia en centros sanitarios, Edita: PFIZER; ISBN: 978-84-7989-561-7. Depósito legal: M. 17722-2009.
- <sup>55</sup> Oteo, L.A., Cuadro de Mandos Integral a nivel hospitalario basado en indicadores del modelo EFQM de excelencia. *Gestión Hospitalaria* 13, 2002, pág. 9-25.
- <sup>56</sup> Pastor Tejedor, A.C.; Diseño del cuadro de Mando integral para un hospital público desarrollado en base a los modelos de excelencia. *Production and Operations Management Society* 2004.
- <sup>57</sup> Moreno Domene, Pilar; Estévez Lucas. Joaquín; Moreno Ruiz, José Antonio: *Indicadores de Gestión Hospitalaria*, Sedisa s.XXI, 2010, Nº 17.
- <sup>58</sup> Health at a Glance 2009 OECD INDICATORS, ISBN 978-92-64-06153-8 (print)
- <sup>59</sup> Esteo Sánchez, F.; *Análisis de estados financieros, planificación y control (Comentarios y casos prácticos)*; Centro de Estudios Financieros; Barcelona, 2003.
- <sup>60</sup> Amat Salas, Oriol; *Análisis Económico-Financiero*; Ediciones Gestión, Barcelona, 2008.
- <sup>61</sup> Hidalgo Vega, Álvaro, *Corrugado de las Cuevas*, Indalecio y Del Llano Señarís, Juan; *Economía de la Salud* Editorial Pirámide, Madrid, 2000.
- <sup>62</sup> Fernández y otros; *Introducción al análisis contable de la empresa*; (2010) Civitas; Thomson Reuter.
- <sup>63</sup> Giner Rubio, Javier y otros; *Análisis financiero de las empresas hospitalarias en Canarias: un estudio comparado en el conjunto español*; Facultad de CC. EE. Y EE. Universidad de La Laguna; clasificación código: JEL: 110; 2007.
- <sup>64</sup> *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012*; OMS, Ginebra (Suiza); ISBN 978 92 4 356444 9.
- <sup>65</sup> Pacientes agudos: pacientes que son ingresados en un hospital por padecer una patología grave o que padece una enfermedad crónica que se ha agravado o que por interacción con otra patología pasa a sufrir un proceso agudo.
- <sup>66</sup> Amat, Oriol; Claus de l'anàlisi d'empreses; *Revista de Comptabilitat i Direcció*; Vol. 2, any 2005, pp 13-50
- <sup>67</sup> Giner Rubio, Javier y otros; *Análisis financiero de las empresas hospitalarias en Canarias: un estudio comparado en el conjunto español*; Facultad de CC. EE. Y EE. Universidad de La Laguna; clasificación código: JEL: 110; 2007.
- <sup>68</sup> Giner Rubio, Javier y otros; *Análisis financiero de las empresas hospitalarias en Canarias: un estudio comparado en el conjunto español*; Facultad de CC. EE. Y EE. Universidad de La Laguna; clasificación código: JEL: 110; 2007. Barrubés, Joan y Mellado, José Carlos, *El mercado español de clínicas privadas con finalidad lucrativa: Realidades y Tendencias*; Antares Consulting, Flash Tendencias; Junio 2011.

<sup>70</sup> Índice de complejidad (IC): compara la complejidad media de los casos de una determinada unidad estudiada (U) respecto al estándar (universo de comparación). Un índice superior a 1 significa que la unidad en estudio está atendiendo a una casuística más compleja que el estándar y viceversa

Para los cálculos se excluyen los Casos extremos (ver ficha D3-11a)

Estancia media ajustada por casuística (EMAC): Ver ficha D3-11b. Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, versión 2010.

<sup>71</sup> Ver en anexo, apartados de cálculo individuales de cada hospital.

<sup>72</sup> Madriddiario.es <http://madriddiario.es/noticia/227237>

<sup>73</sup> Ver informe de fiscalización de la Cámara de Cuentas de Madrid aprobado el 24 de septiembre de 2012

<sup>74</sup> Morse Amyas (Comptroller and Auditor General); The performance and management of hospital PFI contracts; NAO, London 2010.

<sup>75</sup> Bidgood Elliot; PFI: Still the Only Game on Town; Civitas 2012.

<sup>76</sup> Barrows, David , *et al.* (2012), “Public-private partnerships in Canadian health care: A case study of the Brampton Civic Hospital”, *OECD Journal on Budgeting*, Vol. 12/1. <http://dx.doi.org/10.1787/budget-12-5k9czxkbck9w>

<sup>77</sup> Informe de fiscalización del cumplimiento de las estipulaciones de los contratos de concesión de obra pública en las empresas creadas por Ley 4/2006, de 22 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas de la Comunidad de Madrid, en su artículo 12, en el periodo 2007-2009.

## **10 ANEXOS**

### **10.1 Anexo 1: Resumen Datos Económicos Hospitales**

**Fuenlabrada**

	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Cifra de negocio	102.398.051	103.645.540	103.645.540	750.000	488.770	488.770	928.070	948.070
Var. Existencias Prod. Termin. y en curso								
Aprovisionamiento	-25.803.953	-17.157.844	-18.633.408	-24.541.097	-31.704.150	-30.589.386	-29.689.393	-28.308.274
Otros ingresos	890.000	903.349	903.350	367.994	590.405	590.405	846.000	856.000
Gastos de personal	-71.959.664	-79.385.118	-76.549.796	-74.253.302	-74.135.563	-72.423.448	-72.182.890	-72.001.123
Otros gastos de explotación	-4.172.573	-3.861.951	-6.961.951	-7.429.196	-8.367.877	-7.104.552	-8.861.471	-8.736.472
Amortización de inmovilizado	-5.376.035	-7.456.676	-4.937.525	-4.985.025	-5.275.171	-5.275.171	-2.950.961	-2.950.961
Imputación subvenciones	3.800.000	3.085.164	2.306.254	2.780.000	4.676.490	4.676.490	1.015.331	934.212
Deterioro enaj. inmov.	0	0			190.059	190.059	-11.000	-11.000
Subvenc. Concedidas	0	0						
<b>Resultado de explotación</b>	<b>-224.174</b>	<b>-227.536</b>	<b>-227.536</b>	<b>-107.310.626</b>	<b>-113.537.037</b>	<b>-109.446.833</b>	<b>-110.906.314</b>	<b>-109.269.548</b>
Resultados financieros	224.174	227.536	227.536	210.900	99.351	99.351	49.289	59.289
<b>Bº antes de impuestos</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-107.099.726</b>	<b>-113.437.686</b>	<b>-109.347.482</b>	<b>-110.857.025</b>	<b>-109.210.259</b>
I.S.								
<b>Resultado del ejercicio</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-107.099.726</b>	<b>-113.437.686</b>	<b>-109.347.482</b>	<b>-110.857.025</b>	<b>-109.210.259</b>
Ventas			103.000.000		488.770	488.770	928.070	948.070
Prestación de servicios	102.398.051	103.645.540	645.540	750.000				
Consumo de materias primas y ...	18.401.767	14.645.879	12.121.443	17.729.132	24.570.970	23.748.076	22.979.393	21.618.274
Trabajos realizados por otras empresas	7.402.186	2.511.965	6.511.965	6.811.965	7.133.180	6.841.310	6.710.000	6.690.000
Otros ingresos	890.000	903.349	903.350	367.994	590.405	590.405	846.000	856.000
Sueldos y salarios	58.019.093	63.395.476	59.300.035	57.521.034	58.394.683	57.496.709	55.754.370	56.692.725
SS a cargo de la empresa	13.940.571	14.582.097	15.885.363	15.408.802	15.328.785	14.407.204	16.173.300	15.308.398
Otros gastos sociales		1.407.545	1.364.398	1.323.466	412.095	519.535	255.220	
Arrendamientos y cánones	66.082	67.073	67.073	78.000	50.480	50.480	90.000	90.000
Reparaciones y conservación	1.719.630	1.150.728	2.250.728	2.600.000	3.844.886	2.581.561	3.717.129	3.617.129
Servicios de profesionales independientes	164.000	166.460	166.460	250.000	600.871	600.871	600.000	575.000
Transportes	0	0	0	0				
Primas de seguros	230.000	233.450	233.450	235.000	233.450	233.450	483.450	483.450
Servicios bancarios y similares	1.224	1.242	1.242	1.600	300	300	400	401
Publicidad, propaganda y RRPP	0	0	0	0				
Suministros	1.294.839	1.500.852	3.500.852	3.264.596	2.303.667	2.303.667	2.690.975	2.690.975
Otros servicios	435.582	477.011	477.011	500.000	459.717	459.717	557.517	557.517
Tributos	155.080	157.407	157.407	500.000	750.000	750.000	700.000	700.000
Otros gastos de gestión corriente	106.136	107.728	107.728	0	124.506	124.506	22.000	22.000
Programa presupuestario		103.000.000		105.479.640	105.479.640	109.322.880	109.322.880	108.557.583
Facturación (Resultado)		-103.645.540		-107.099.726		-109.347.482		-109.210.259
Déficit (-) / Superávit		-645.540		-1.620.086		-24.602		-652.676

## Fuenlabrada

BALANCE DE SITUACIÓN	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Activo no corriente	21.029.104	20.232.461	100.359.111	95.904.086	118.537.225	113.786.054	113.710.774	111.972.674
Activo corriente	22.440.444	20.649.456	25.972.434	30.097.873	13.917.301	4.743.946	27.344.330	28.424.098
<b>Total activo</b>	<b>43.469.548</b>	<b>40.881.917</b>	<b>126.331.545</b>	<b>126.001.959</b>	<b>132.454.526</b>	<b>118.530.000</b>	<b>141.055.104</b>	<b>140.396.772</b>
Patrimonio neto	23.304.984	20.219.820	97.987.532	93.587.446	106.992.262	102.291.170	118.727.034	117.140.146
Pasivo no corriente	182.844	182.844	377.202	377.202	1.089.227	1.074.341	994.480	994.480
Pasivo corriente	19.981.720	20.479.253	27.966.811	32.037.311	24.373.037	15.164.489	21.333.590	22.262.146
<b>Patrimonio neto y pasivo</b>	<b>43.469.548</b>	<b>40.881.917</b>	<b>126.331.545</b>	<b>126.001.959</b>	<b>132.454.526</b>	<b>118.530.000</b>	<b>141.055.104</b>	<b>140.396.772</b>
Inmovilizado intangible	1.761.546	369.223	75.710.905	73.460.905	95.304.632	93.157.988	95.821.438	94.874.576
Inmovilizado material	19.267.558	19.863.238	24.648.206	22.443.181	23.232.593	20.628.066	17.889.336	17.098.098
Inversiones financieras a LP								
Existencias	1.625.462	1.554.412	1.273.063	1.202.013	1.264.604	1.193.554	1.193.554	993.554
Deudores comerciales y cuentas a cobrar	11.626.975	12.096.975	17.359.503	22.329.503	10.580.995	1.112.503	8.862.928	8.464.453
Clientes	11.035.180	11.435.180	17.000.000	21.900.000	10.221.492	683.000	8.433.425	8.034.950
Otros deudores	591.795	661.795	359.503	429.503	359.503	429.503	429.503	429.503
Inversiones financieras a CP	9.023.364	6.800.000	6.643.470	6.420.106	1.839.318	1.615.954	16.516.927	16.526.927
Periodificación a CP	130.946	130.946	127.477	127.477	170.000	150.000	165.277	165.277
Efectivo y otros activos líquidos equiv.	33.697	67.123	568.921	18.774	62.384	671.935	605.644	2.273.887
Fondos Propios	20.219.820	20.219.820	19.054.740	17.434.654	11.453.575	11.428.973	19.956.278	19.303.602
Capital	3.005.000	3.005.000	5.523.576	111.003.216	111.003.216	120.776.455	114.846.456	223.404.039
Reservas			13.531.164	13.531.164	13.888.045		13.888.046	13.888.046
Resultados ejercicios anteriores	17.214.820	17.214.820					-112.622.288	-223.479.313
Otras aportaciones de los socios							114.701.089	114.701.089
Resultado del ejercicio				-107.099.726	-113.437.686	-109.347.482	-110.857.025	-109.210.259
Ajustes por cambio de valor								
Subvenciones, donaciones y legados rec.	3.085.164		78.932.792	76.152.792	95.538.687	90.862.197	98.770.756	97.836.544
Provisiones a LP	182.844	182.844	285.143	285.143	1.005.831	990.945	604.480	604.480
Deudas a LP	0	0	92.059	92.059	83.396	83.396	390.000	390.000
Deudas con entidades de crédito								
Acreedores por arrendamiento financiero								
Otras deudas a LP			92.059	92.059	83.396	83.396	390.000	390.000
Deudas con empresas del grupo								
Periodificaciones a LP								
Provisiones a CP								
Deudas a CP	1.432.472	1.086.794	1.066.152	1.066.152	274.489	274.489	324.982	324.982
Deudas con entidades de crédito								
Otras deudas a CP	1.432.472	1.086.794	1.066.152	1.066.152	274.489	274.489	324.982	324.982
Acreedores comerciales y otras cuentas p.	18.549.248	19.392.459	26.900.659	30.971.159	24.098.548	14.890.000	21.008.608	21.937.164
Periodificación a CP								

### Ratios Financieros

Liquidez	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Ratio de Liquidez	1,12	1,01	0,93	0,94	0,57	0,31	1,28	1,28
Ratio de Tesorería	1,04	0,93	0,88	0,90	0,52	0,23	1,23	1,23
Ratio de Disponibilidad (Acid test)	0,45	0,34	0,26	0,20	0,08	0,15	0,80	0,84
Fondo de Maniobra	2.458.724	170.203	-1.994.377	-1.939.438	-10.455.736	-10.420.543	6.010.740	6.161.952

Todos los ratios van empeorando, ya sea a nivel previsión de cierre o presupuestaria. Importante el Fondo de maniobra pasa a negativo.

Endeudamiento	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Ratio de Endeudamiento	0,46	0,51	0,22	0,26	0,19	0,14	0,16	0,17
Ratio de autonomía	1,16	0,98	3,46	2,89	4,20	6,30	5,32	5,04
Ratio de garantía	2,07	1,96	1,79	1,62	1,46	1,56	2,03	1,96
Ratio de calidad de la deuda	0,99	0,99	0,99	0,99	0,96	0,93	0,96	0,96

Aunque los ratios de endeudamiento, en principio, no son malos se percibe un deterioro paulatino por el aumento de deudas a CP.

## Fuenlabrada

Puntos Z o Análisis de Altman	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Fondo de maniobra - A	2.458.724	170.203	-1.994.377	-1.939.438	-10.455.736	-10.420.543	6.010.740	6.161.952
Activo -B	43.469.548	40.881.917	126.331.545	126.001.959	132.454.526	118.530.000	141.055.104	140.396.772
Beneficio retenido o reservas -C	0	0	13.531.164	13.531.164	13.888.045	0	13.888.046	13.888.046
Beneficio All -D	-224.174	-227.536	-227.536	-107.310.626	-113.537.037	-109.446.833	-110.906.314	-109.269.548
Fondos propios -E	23.304.984	20.219.820	97.987.532	93.587.446	106.992.262	102.291.170	118.727.034	117.140.146
Deudas -F	20.164.564	20.662.097	28.344.013	32.414.513	25.462.264	16.238.830	22.328.070	23.256.626
Ventas -G	102.398.051	103.645.540	103.645.540	750.000	488.770	488.770	928.070	948.070
Coefficiente A/B x 1,2=	0,07	0,00	-0,02	-0,02	-0,09	-0,11	0,05	0,05
Coefficiente C/B x 1,4=	0,00	0,00	0,15	0,15	0,15	0,00	0,14	0,14
Coefficiente D/B x 3,3=	-0,02	-0,02	-0,01	-2,81	-2,83	-3,05	-2,59	-2,57
Coefficiente E/F x 0,6=	0,69	0,59	2,07	1,73	2,52	3,78	3,19	3,02
Coefficiente G/B x 1=	2,36	2,54	0,82	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01
<b>Total</b>	<b>3,10</b>	<b>3,11</b>	<b>3,02</b>	<b>-0,94</b>	<b>-0,25</b>	<b>0,63</b>	<b>0,79</b>	<b>0,65</b>

Aunque el ratio se mantenía en entornos aceptables la realización del último presupuesto plantea serias dudas, bien de ejecución bien de futuro.

Rentabilidad y Rendimiento	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Rendimiento (ROI, return of investments; ROA, return of assets)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rendimiento neto	-0,01	-0,01	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rentabilidad (ROE Return of equity)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rentabilidad= (Bº Neto / Ventas) x (Ventas / Activo) x (Activo / Capitales propios)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

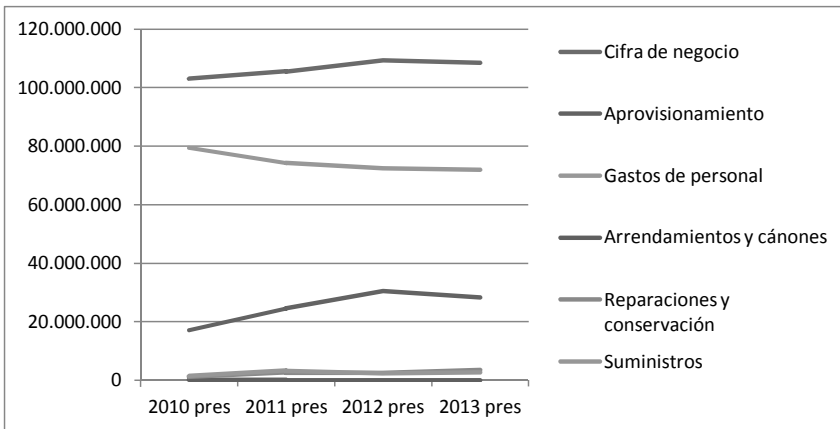
Estos ratios no son significativos para Empresas Públicas, su objetivo no es maximizar el beneficio.

Otros ratios de Gestión	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Gastos de personal sobre ventas	0,70	0,77	0,74	0,70	0,70	0,66	0,66	0,66
Aprovisionamientos sobre ventas	0,25	0,17	0,18	0,23	0,30	0,28	0,27	0,26
Otros gastos de explotación sobre ventas	0,04	0,04	0,07	0,07	0,08	0,06	0,08	0,08
Arrendamientos y cánones sobre ventas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Evolución gastos de personal		10,32%	-3,57%	-3,00%	-0,16%	-2,31%	-0,33%	-0,25%
Facturación por empleado	73.246,10	74.138,44	74.138,44	75.450,39	75.450,39	78.199,48	78.199,48	77.652,06
Gastos de personal por trabajador	51.473,29	56.784,78	54.756,65	53.113,95	53.029,73	51.805,04	51.632,97	51.502,95
Gastos por cama	351.504,10	346.223,84	352.224,67	366.288,26	393.819,28	379.715,12	381.840,53	376.020,24
Gastos por usuario asignado	461,99	455,05	462,94	481,42	517,61	499,07	501,86	494,21
Otros gastos de explotación por cama	14.388,18	13.317,07	24.006,73	25.617,92	28.854,75	24.498,46	30.556,80	30.125,77
Arrendamientos y cánones por cama	227,87	231,29	231,29	268,97	174,07	174,07	310,34	310,34
Camas	290							
Población	220.646							
Empleados	1.398							

**Nota.- Se utiliza como plantilla la fijada para 2011 en presupuesto.**

## Fuenlabrada

	2010 pres	2011 pres	2012 pres	2013 pres
Cifra de negocio	103.000.000	105.479.640	109.322.880	108.557.583
Aprovisionamiento	17.157.844	24.541.097	30.589.386	28.308.274
Gastos de personal	79.385.118	74.253.302	72.423.448	72.001.123
Arrendamientos y cánones	67.073	78.000	50.480	90.000
Reparaciones y conservación	1.150.728	2.600.000	2.581.561	3.617.129
Suministros	1.500.852	3.264.596	2.303.667	2.690.975



	2010 pres	2011 pres	2012 pres	2013 pres
Cifra de negocio	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Aprovisionamiento	16,66%	23,27%	27,98%	26,08%
Gastos de personal	77,07%	70,40%	66,25%	66,33%
Arrendamientos y cánones	0,07%	0,07%	0,05%	0,08%
Reparaciones y conservación	1,12%	2,46%	2,36%	3,33%
Suministros	1,46%	3,10%	2,11%	2,48%

**Parla (Sur)**

	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Cifra de negocio	63.092.348	64.314.255	64.824.501	523.906	788.981	850.000	800.000	870.000
Var. Existencias Prod. Termin. y en curso			6.527.847					
Aprovisionamiento	-11.251.977	-11.951.345	-14.072.260	-9.883.480	-15.250.521	-15.914.327	-12.598.570	-8.309.566
Otros ingresos	0	203.135	40.937	63.510	146.292	150.000	150.000	162.500
Gastos de personal	-33.037.378	-33.331.637	-39.478.513	-37.528.274	-37.599.389	-36.644.827	-36.284.906	-23.765.454
Otros gastos de explotación	-18.571.026	-18.943.139	-17.636.561	-17.841.023	-20.870.498	-19.465.610	-19.720.320	-18.816.280
Amortización de inmovilizado	-636.922	-696.223	-692.632	-773.598	-752.355	-811.513	-765.008	-786.000
Imputación subvenciones	404.955	404.954	411.867	412.320	459.682	462.333	462.333	465.000
Deterioro enaj. inmov.	0		-6.777					
Subvenc. Concedidas	0							
<b>Resultado de explotación</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-81.591</b>	<b>-65.026.639</b>	<b>-73.077.808</b>	<b>-71.373.944</b>	<b>-67.956.471</b>	<b>-50.179.800</b>
Resultados financieros	0		81.591		99.388		210.528	204.256
<b>B° antes de impuestos</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-65.026.639</b>	<b>-72.978.420</b>	<b>-71.373.944</b>	<b>-67.745.943</b>	<b>-49.975.544</b>
I.S.	0							
<b>Resultado del ejercicio</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-65.026.639</b>	<b>-72.978.420</b>	<b>-71.373.944</b>	<b>-67.745.943</b>	<b>-49.975.544</b>
Ventas								
Prestación de servicios	63.092.348	64.314.255	64.824.501	523.906	788.981	850.000	800.000	870.000
Consumo de materias primas y ...	9.409.081	9.839.793	11.696.753	7.564.139	12.750.095	13.319.551	10.003.794	5.652.554
Trabajos realizados por otras empresas	1.842.896	2.111.552	2.375.507	2.319.341	2.500.426	2.594.776	2.594.776	2.657.012
Otros ingresos	0	203.135	40.937	63.510	146.292	150.000	150.000	162.500
Sueldos y salarios	26.444.579	26.665.310	31.471.725	29.917.021	30.087.568	29.341.347	28.733.090	18.183.860
SS a cargo de la empresa	6.412.799	6.466.327	7.985.749	7.591.253	7.511.821	7.283.480	7.551.816	5.581.594
Otros gastos sociales	180.000	200.000	21.039	20.000		20.000		
Arrendamientos y cánones	15.861.100	16.043.230	15.020.652	15.064.173	17.877.759	16.356.587	16.890.929	16.991.216
Reparaciones y conservación	114.000	250.000	209.849	250.000	282.386	310.625	310.625	196.156
Servicios de profesionales independientes	61.500	62.177	72.595	73.122	75.000	76.875	76.875	50.000
Transportes	0	0	0	0				
Primas de seguros	194.726	198.620	188.501	198.620	174.544	178.908	178.908	118.908
Servicios bancarios y similares	0	0	0	0				
Publicidad, propaganda y RRPP	0	0	0	0				
Suministros	2.175.600	2.219.112	1.966.029	2.085.108	2.028.630	2.099.632	1.820.000	1.160.000
Otros servicios	164.100	170.000	178.935	170.000	432.179	442.983	442.983	300.000
Tributos	0	0	0	0				
Otros gastos de gestión corriente	0	0		0				
Programa presupuestario		64.314.255		64.820.416	64.820.416	71.279.764	71.279.764	50.043.985
Facturación (Resultado)		-64.314.255		-65.026.639		-71.373.944		-49.975.544
Déficit (-) / Superávit		0		-206.223		-94.180		68.441



## Parla (Sur)

### Ratios Financieros

<b>Liquidez</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2012 estimado</b>	<b>2013 previsto</b>
Ratio de Liquidez	0,50	0,55	0,55	0,56	0,19	0,22	0,77	0,78
Ratio de Tesorería	0,40	0,46	0,05	0,07	0,08	0,11	0,56	0,57
Ratio de Disponibilidad (Acid test)	0,38	0,44	0,03	0,05	0,06	0,09	0,53	0,54
Fondo de Maniobra	-7.032.462	-7.378.117	-7.063.704	-7.058.649	-14.709.543	-14.604.543	-2.816.370	-2.576.929

Todos los ratios van empeorando, ya sea a nivel previsión de cierre o presupuestaria. Importante el Fondo de maniobra siempre es negativo.

<b>Endeudamiento</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2012 estimado</b>	<b>2013 previsto</b>
Ratio de Endeudamiento	1,16	1,17	1,14	1,19	2,27	2,35	0,91	0,93
Ratio de autonomía	-0,14	-0,14	-0,12	-0,16	-0,56	-0,57	0,10	0,07
Ratio de garantía	0,86	0,85	0,87	0,84	0,44	0,42	1,10	1,07
Ratio de calidad de la deuda	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Los ratios de endeudamiento son inadecuados y además se percibe un deterioro paulatino por el aumento de deudas a CP.

<b>Puntos Z o Análisis de Altman</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2012 estimado</b>	<b>2013 previsto</b>
Fondo de maniobra - A	-7.032.462	-7.378.117	-7.063.704	-7.058.649	-14.709.543	-14.604.543	-2.816.370	-2.576.929
Activo -B	12.149.293	14.012.993	13.771.612	13.508.786	7.982.189	7.926.928	13.253.765	12.501.965
Beneficio retenido o reservas -C	0	0	0	0	0	0	0	0
Beneficio All -D	0	0	-81.591	-65.026.639	-73.077.808	-71.373.944	-67.956.471	-50.179.800
Fondos propios -E	-1.928.121	-2.333.075	-1.892.698	-2.511.241	-10.149.775	-10.706.288	1.224.223	827.664
Deudas -F	14.077.414	16.346.068	15.664.310	16.020.027	18.131.964	18.633.216	12.029.542	11.674.301
Ventas -G	63.092.348	64.314.255	64.824.501	523.906	788.981	850.000	800.000	870.000
Coefficiente A/B x 1,2=	-0,69	-0,63	-0,62	-0,63	-2,21	-2,21	-0,25	-0,25
Coefficiente C/B x 1,4=	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Coefficiente D/B x 3,3=	0,00	0,00	-0,02	-15,89	-30,21	-29,71	-16,92	-13,25
Coefficiente E/F x 0,6=	-0,08	-0,09	-0,07	-0,09	-0,34	-0,34	0,06	0,04
Coefficiente G/B x 1=	5,19	4,59	4,71	0,04	0,10	0,11	0,06	0,07
<b>Total</b>	<b>4,42</b>	<b>3,87</b>	<b>4,00</b>	<b>-16,57</b>	<b>-32,66</b>	<b>-32,16</b>	<b>-17,05</b>	<b>-13,38</b>

<b>Rentabilidad y Rendimiento</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2012 estimado</b>	<b>2013 previsto</b>
Rendimiento (ROI, return of investments; ROA, return of assets)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rendimiento neto	0,00	0,00	-0,01	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rentabilidad (ROE Return of equity)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rentabilidad= (Bº Neto / Ventas) x (Ventas / Activo) x (Activo / Capitales propios)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Estos ratios no son significativos para Empresas Públicas, su objetivo no es maximizar el beneficio.

## Parla (Sur)

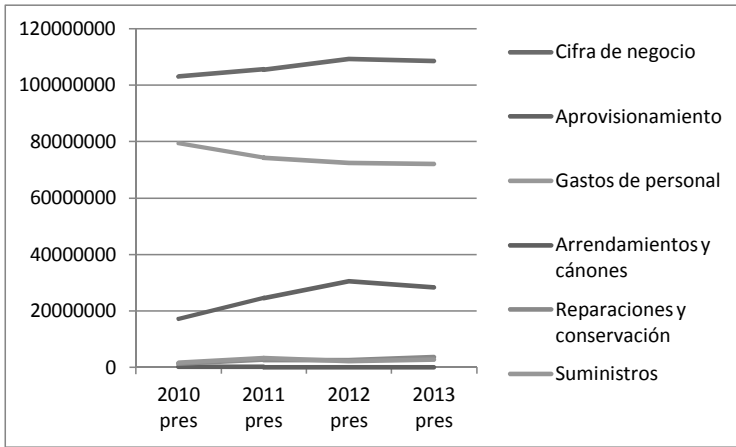
Otros ratios de Gestión	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Gastos de personal sobre ventas	0,52	0,52	0,61	0,58	0,58	0,51	0,51	0,47
Aprovisionamientos sobre ventas	0,18	0,19	0,22	0,15	0,24	0,22	0,18	0,17
Otros gastos de explotación sobre ventas	0,29	0,29	0,27	0,28	0,32	0,27	0,28	0,38
Arrendamientos y cánones sobre ventas	0,25	0,25	0,23	0,23	0,28	0,23	0,24	0,34
Evolución gastos de personal		0,89%	18,44%	-4,94%	0,19%	-2,54%	-0,98%	-34,50%
Facturación por empleado	98.121,85	100.022,17	100.815,71	100.809,36	100.809,36	110.855,00	110.855,00	77.828,90
Gastos de personal por trabajador	51.380,06	51.837,69	61.397,38	58.364,35	58.474,94	56.990,40	56.430,65	36.960,27
Gastos por cama	349.224,34	356.811,78	395.485,19	362.515,43	409.557,82	400.137,58	381.132,20	282.729,44
Gastos por usuario asignado	419,07	428,17	474,58	435,02	491,47	480,17	457,36	339,28
Otros gastos de explotación por cama	103.172,37	105.239,66	97.980,89	99.116,79	115.947,21	108.142,28	109.557,33	104.534,89
Arrendamientos y cánones por cama	88.117,22	89.129,06	83.448,07	83.689,85	99.320,88	90.869,93	93.838,49	94.395,64

Camas	180
Población	150.000
Empleados	643

**Nota.- Se utiliza como plantilla la fijada para 2011 en presupuesto.**

**Parla (Sur)**

	2010 pres	2011 pres	2012 pres	2013 pres
Cifra de negocio	64.314.255	64.820.416	71.279.764	50.043.985
Aprovisionamiento	11.951.345	9.883.480	15.914.327	8.309.566
Gastos de personal	33.331.637	37.528.274	36.644.827	23.765.454
Arrendamientos y cánones	16.043.230	15.064.173	16.356.587	16.991.216
Reparaciones y conservación	250.000	250.000	310.625	196.156
Suministros	2.219.112	2.085.108	2.099.632	1.160.000



	2010 pres	2011 pres	2012 pres	2013 pres
Cifra de negocio	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Aprovisionamiento	18,58%	15,25%	22,33%	16,60%
Gastos de personal	51,83%	57,90%	51,41%	47,49%
Arrendamientos y cánones	24,95%	23,24%	22,95%	33,95%
Reparaciones y conservación	0,39%	0,39%	0,44%	0,39%
Suministros	3,45%	3,22%	2,95%	2,32%

## Arganda (Sureste)

	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Cifra de negocio	48.279.032	48.341.262	48.285.073	746.705	670.914	600.000	725.000	725.000
Var. Existencias Prod. Termin. y en curso			6.577.428					
Aprovisionamiento	-8.377.051	-6.815.917	-9.918.938	-6.603.658	-11.623.529	-11.693.794	-11.016.580	-7.961.806
Otros ingresos	0	0	6.403	0	0	0	0	0
Gastos de personal	-27.064.397	-28.687.761	-31.857.609	-30.283.843	-31.169.249	-29.627.955	-31.868.413	-20.009.339
Otros gastos de explotación	-12.712.156	-12.712.156	-12.965.446	-12.604.106	-15.877.409	-14.501.366	-15.236.175	-14.797.210
Amortización de inmovilizado	-466.430	-466.430	-474.717	-474.717	-521.522	-521.522	-522.862	-522.862
Imputación subvenciones	323.828	323.828	347.806	347.806	318.168	318.168	324.550	324.550
Deterioro enaj. inmov.								
Subvenc. Concedidas								
<b>Resultado de explotación</b>	<b>-17.174</b>	<b>-17.174</b>	<b>0</b>	<b>-48.871.813</b>	<b>-58.202.627</b>	<b>-55.426.469</b>	<b>-57.594.480</b>	<b>-42.241.667</b>
Resultados financieros	17.174	17.174			68.460	68.460	63.000	63.000
<b>Bº antes de impuestos</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-48.871.813</b>	<b>-58.134.167</b>	<b>-55.358.009</b>	<b>-57.531.480</b>	<b>-42.178.667</b>
I.S.								
<b>Resultado del ejercicio</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-48.871.813</b>	<b>-58.134.167</b>	<b>-55.358.009</b>	<b>-57.531.480</b>	<b>-42.178.667</b>
Ventas					670.914	600.000		725.000
Prestación de servicios	48.279.032	48.341.262	48.285.073	746.705			725.000	
Consumo de materias primas y ...	6.254.999	4.510.020	7.700.432	4.500.000	9.403.721	9.403.721	8.726.507	5.826.507
Trabajos realizados por otras empresas	2.122.052	2.305.897	2.218.506	2.103.658	2.219.808	2.290.073	2.290.073	2.135.299
Otros ingresos			6.403					
Sueldos y salarios	21.764.774	22.950.209	25.536.416	24.274.917	25.168.906	24.243.040	25.403.758	15.664.274
SS a cargo de la empresa	5.299.623	5.737.552	6.302.279	5.990.946	6.000.343	5.364.002	6.464.655	4.345.065
Otros gastos sociales			18.914	17.980		20.913		
Arrendamientos y cánones	10.981.751	10.981.751	10.300.000	10.320.000	13.277.399	12.131.473	12.241.553	12.932.584
Reparaciones y conservación	87.121	87.121	237.707	158.442	217.629	217.629	262.493	262.497
Servicios de profesionales independientes			0	0				
Transportes			0	0	31.569	31.569		
Primas de seguros	146.673	146.673	125.664	125.664	120.000	120.000	120.000	120.000
Servicios bancarios y similares			0	0				
Publicidad, propaganda y RRPP			0	0				
Suministros	1.357.733	1.357.733	1.995.551	2.000.000	1.991.698	1.762.601	1.967.080	987.080
Otros servicios	138.878	138.878	306.524	0	239.114	238.094	645.049	495.049
Tributos			0	0				
Otros gastos de gestión corriente			0	0				
Programa presupuestario		47.721.093		48.744.902	48.744.902	55.272.243	55.272.243	42.142.153
Facturación (Resultado)		-48.341.262		-48.871.813		-55.358.009		-42.178.667
Déficit (-) / Superávit		-620.169		-126.911		-85.766		-36.514



## Arganda (Sureste)

### Ratios Financieros

<b>Liquidez</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2012 estimado</b>	<b>2013 previsto</b>
Ratio de Liquidez	0,22	0,21	0,51	0,19	0,25	0,26	0,16	0,17
Ratio de Tesorería	0,07	0,06	0,03	0,08	0,20	0,21	0,07	0,08
Ratio de Disponibilidad (Acid test)	0,05	0,04	0,01	0,06	0,18	0,19	0,04	0,05
Fondo de Maniobra	-7.413.742	-7.271.140	-7.694.075	-7.694.075	-16.363.042	-16.294.583	-8.699.694	-8.607.896

Todos los ratios van empeorando, ya sea a nivel previsión de cierre o presupuestaria. Importante el Fondo de maniobra siempre es negativo.

<b>Endeudamiento</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2012 estimado</b>	<b>2013 previsto</b>
Ratio de Endeudamiento	1,48	1,58	1,35	1,93	2,52	2,64	2,31	2,52
Ratio de autonomía	-0,32	-0,37	-0,26	-0,48	-0,60	-0,62	-0,57	-0,60
Ratio de garantía	0,67	0,63	0,74	0,51	0,40	0,38	0,43	0,40
Ratio de calidad de la deuda	1,00	1,00	1,00	1,00	0,99	0,99	1,00	1,00

Aunque los ratios de endeudamiento, en principio, no son malos se percibe un deterioro paulatino por el aumento de deudas a CP.

<b>Puntos Z o Análisis de Altman</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2012 estimado</b>	<b>2013 previsto</b>
Fondo de maniobra - A	-7.413.742	-7.271.140	-7.694.075	-7.694.075	-16.363.042	-16.294.583	-8.699.694	-8.607.896
Activo -B	6.411.006	5.853.640	11.633.716	4.908.999	8.801.093	8.397.159	4.496.586	4.135.522
Beneficio retenido o reservas -C	0	0	0	0	0	0	0	0
Beneficio All -D	-17.174	-17.174	0	-48.871.813	-58.202.627	-55.426.469	-57.594.480	-42.241.667
Fondos propios -E	-3.065.579	-3.389.407	-4.107.073	-4.581.790	-13.405.944	-13.809.878	-5.909.748	-6.270.812
Deudas -F	9.476.585	9.243.047	15.740.789	9.490.789	22.207.037	22.207.037	10.406.334	10.406.334
Ventas -G	48.279.032	48.341.262	48.285.073	746.705	670.914	600.000	725.000	725.000
Coficiente A/B x 1,2=	-1,39	-1,49	-0,79	-1,88	-2,23	-2,33	-2,32	-2,50
Coficiente C/B x 1,4=	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Coficiente D/B x 3,3=	-0,01	-0,01	0,00	-32,85	-21,82	-21,78	-42,27	-33,71
Coficiente E/F x 0,6=	-0,19	-0,22	-0,16	-0,29	-0,36	-0,37	-0,34	-0,36
Coficiente G/B x 1=	7,53	8,26	4,15	0,15	0,08	0,07	0,16	0,18
<b>Total</b>	<b>5,94</b>	<b>6,54</b>	<b>3,20</b>	<b>-34,87</b>	<b>-24,34</b>	<b>-24,41</b>	<b>-44,77</b>	<b>-36,39</b>

<b>Rentabilidad y Rendimiento</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2012 estimado</b>	<b>2013 previsto</b>
Rendimiento (ROI, return of investments; ROA, return of assets)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rendimiento neto	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rentabilidad (ROE Return of equity)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rentabilidad= (Bº Neto / Ventas) x (Ventas / Activo) x (Activo / Capitales propios)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Estos ratios no son significativos para Empresas Públicas, su objetivo no es maximizar el beneficio.

## Arganda (Sureste)

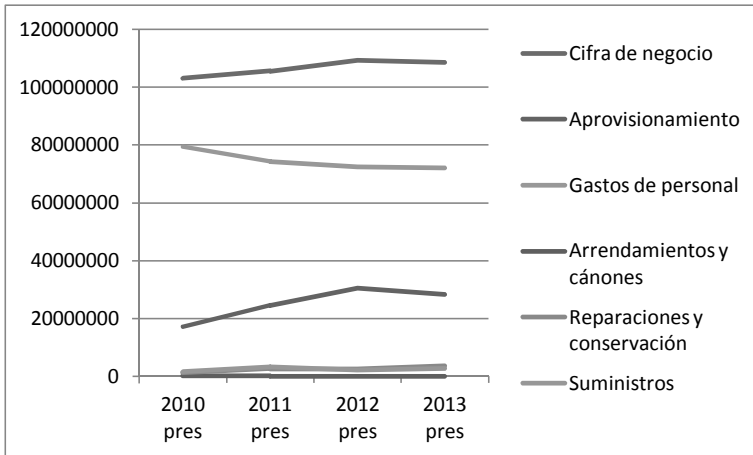
Otros ratios de Gestión	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Gastos de personal sobre ventas	0,56	0,59	0,66	0,62	0,64	0,54	0,58	0,47
Aprovisionamientos sobre ventas	0,17	0,14	0,21	0,14	0,24	0,21	0,20	0,19
Otros gastos de explotación sobre ventas	0,26	0,26	0,27	0,26	0,33	0,26	0,28	0,35
Arrendamientos y cánones sobre ventas	0,23	0,23	0,21	0,21	0,27	0,22	0,22	0,31
Evolución gastos de personal		6,00%	11,05%	-4,94%	2,92%	-4,94%	7,56%	-37,21%
Facturación por empleado	86.521,56	86.633,09	86.532,39	87.356,46	87.356,46	87.356,46	87.356,46	87.356,46
Gastos de personal por trabajador	48.502,50	51.411,76	57.092,49	54.272,12	55.858,87	53.096,69	57.111,85	35.859,03
Gastos por cama	385.228,83	385.726,67	437.935,94	395.932,86	469.361,50	446.584,92	464.969,34	342.146,84
Gastos por usuario asignado	292,01	292,39	331,96	300,12	355,78	338,52	352,45	259,35
Otros gastos de explotación por cama	101.697,25	101.697,25	103.723,57	100.832,85	127.019,27	116.010,93	121.889,40	118.377,68
Arrendamientos y cánones por cama	87.854,01	87.854,01	82.400,00	82.560,00	106.219,19	97.051,78	97.932,42	103.460,67

Camas 125  
Población 164.904  
Empleados 558

**Nota.- Se utiliza como plantilla la fijada para 2011 en presupuesto.**

## Arganda (Sureste)

	2010 pres	2011 pres	2012 pres	2013 pres
Cifra de negocio	47.721.093	48.744.902	55.272.243	42.142.153
Aprovisionamiento	6.815.917	6.603.658	11.693.794	7.961.806
Gastos de personal	28.687.761	30.283.843	29.627.955	20.009.339
Arrendamientos y cánones	10.981.751	10.320.000	12.131.473	12.932.584
Reparaciones y conservación	87.121	158.442	217.629	262.497
Suministros	1.357.733	2.000.000	1.762.601	987.080



	2010 pres	2011 pres	2012 pres	2013 pres
Cifra de negocio	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Aprovisionamiento	14,28%	13,55%	21,16%	18,89%
Gastos de personal	60,12%	62,13%	53,60%	47,48%
Arrendamientos y cánones	23,01%	21,17%	21,95%	30,69%
Reparaciones y conservación	0,18%	0,33%	0,39%	0,62%
Suministros	2,85%	4,10%	3,19%	2,34%

## Henares (Coslada)

	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Cifra de negocio	65.502.682	66.681.157	66.853.792	388.785	492.306	598.762	638.194	676.110
Var. Existencias Prod. Termin. y en curso								
Aprovisionamiento	-10.552.620	-10.915.694	-10.943.950	-12.093.731	-18.575.415	-19.458.456	-19.788.645	-11.039.597
Otros ingresos	217.609	233.212	359.304	232.188	304.208	292.728	296.828	315.864
Gastos de personal	-34.839.132	-35.176.937	-37.919.337	-36.046.122	-37.180.120	-35.136.191	-36.131.569	-23.602.605
Otros gastos de explotación	-20.052.163	-20.603.422	-18.204.100	-18.196.989	-22.093.343	-20.317.312	-22.738.668	-20.102.827
Amortización de inmovilizado	-670.594	-550.295	-557.984	-563.564	-601.508	-601.508	-639.107	-631.417
Imputación subvenciones	385.108	331.979	423.283	423.283	431.335	474.469	435.135	439.495
Deterioro enaj, inmov.			0	0				
Subvenc. Concedidas			0	0				
<b>Resultado de explotación</b>	<b>-9.110</b>	<b>0</b>	<b>11.008</b>	<b>-65.856.150</b>	<b>-77.222.537</b>	<b>-74.147.508</b>	<b>-77.927.832</b>	<b>-53.944.977</b>
Resultados financieros	9.110		-11.008	30.010	-53.789	-43.683	-58.146	-47.396
<b>Bº antes de impuestos</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-65.826.140</b>	<b>-77.276.326</b>	<b>-74.191.191</b>	<b>-77.985.978</b>	<b>-53.992.373</b>
I.S.			0					
<b>Resultado del ejercicio</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-65.826.140</b>	<b>-77.276.326</b>	<b>-74.191.191</b>	<b>-77.985.978</b>	<b>-53.992.373</b>
Ventas			458.136	388.785	492.306	598.762	638.194	676.110
Prestación de servicios	65.502.682	66.681.157	66.395.656					
Consumo de materias primas y ...	8.254.076	8.111.289	8.109.847	9.273.554	16.000.267	17.048.364	17.378.553	8.537.956
Trabajos realizados por otras empresas	2.298.544	2.804.405	2.834.103	2.820.177	2.575.148	2.410.092	2.410.092	2.501.641
Otros ingresos	217.609	233.212	359.304	232.188	304.208	292.728	296.828	315.864
Sueldos y salarios	28.123.288	28.395.978	30.356.075	28.856.485	29.630.935	28.355.028	28.492.614	18.580.278
SS a cargo de la empresa	6.715.844	6.780.959	7.520.510	7.148.997	7.549.185	6.741.380	7.636.379	5.022.327
Otros gastos sociales			42.752	40.640		39.783	2.576	
Arrendamientos y cánones	17.402.819	17.750.875	15.883.181	15.854.646	19.264.022	17.692.507	19.380.394	18.365.181
Reparaciones y conservación	106.713	93.625	164.130	195.271	251.471	267.345	260.837	123.053
Servicios de profesionales independientes			0	0				
Transportes			0	0				
Primas de seguros	236.359	202.960	239.566	239.568	219.951	195.262	217.552	127.552
Servicios bancarios y similares			0	0				
Publicidad, propaganda y RRPP			0	0				
Suministros	1.997.213	2.245.126	1.694.131	1.684.412	1.664.984	1.581.735	2.201.376	1.144.378
Otros servicios	309.059	310.836	223.092	223.092	692.915	580.463	678.436	342.663
Tributos			0	0			73	
Otros gastos de gestión corriente			0	0				
Programa presupuestario		66.395.656		65.835.859	65.835.859	74.781.973	74.781.973	54.147.424
Facturación (Resultado)		-66.681.157		-65.826.140		-74.191.191		-53.992.373
Déficit (-) / Superávit		-285.501		9.719		590.782		155.051

## Henares (Coslada)

<b>BALANCE DE SITUACIÓN</b>	<b>2009</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2012</b>	<b>2013 previsto</b>
	<b>estimado</b>			<b>previsto</b>	<b>estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>estimado</b>	
Activo no corriente	5.219.108	5.103.390	3.796.465	3.382.901	3.489.331	3.060.003	3.211.012	2.869.255
Activo corriente	15.217.972	18.590.251	11.803.969	11.705.455	8.237.047	8.028.796	15.638.490	15.700.801
<b>Total activo</b>	<b>20.437.080</b>	<b>23.693.641</b>	<b>15.600.434</b>	<b>15.088.356</b>	<b>11.726.378</b>	<b>11.088.799</b>	<b>18.849.502</b>	<b>18.570.056</b>
Patrimonio neto	-8.673.343	-9.005.322	-8.845.366	-9.258.930	-20.401.544	-20.285.231	-11.293.499	-11.577.943
Pasivo no corriente	0	0	0	0	0	0	0	0
Pasivo corriente	29.110.423	32.698.963	24.445.800	24.347.286	32.127.922	31.374.030	30.143.001	30.147.999
<b>Patrimonio neto y pasivo</b>	<b>20.437.080</b>	<b>23.693.641</b>	<b>15.600.434</b>	<b>15.088.356</b>	<b>11.726.378</b>	<b>11.088.799</b>	<b>18.849.502</b>	<b>18.570.056</b>
Inmovilizado intangible							0	
Inmovilizado material	5.219.108	5.103.390	3.796.465	3.382.901	3.489.331	3.060.003	3.211.012	2.869.255
Inversiones financieras a LP								
Existencias	1.434.839	1.319.121	1.900.627	2.025.828	1.830.231	1.437.241	1.682.055	1.754.654
Deudores comerciales y cuentas a cobrar	242.262	91.713	311.241	283.130	3.758.171	4.284.805	7.228.150	7.754.784
Clientes	34.473	-116.076	40.678	39.623	3.648.317	3.724.111	6.768.560	6.844.354
Otros deudores	207.789	207.789	270.563	243.507	109.854	560.694	459.590	910.430
Inversiones financieras a CP							4.730.000	4.730.000
Periodificación a CP	144.043	172.066	142.264	143.687	244.553	204.553	186.261	146.261
Efectivo y otros activos líquidos equiv.	13.396.828	17.007.351	9.449.837	9.252.810	2.404.092	2.102.197	1.812.024	1.315.102
Fondos Propios	-11.517.514	-11.517.514	-11.354.481	-11.344.762	-22.619.851	-22.029.069	-13.084.245	-12.929.194
Capital	10.491.511	10.491.511	10.491.511	76.327.370	76.327.370	151.109.343	86.065.558	62.227.004
Reservas								
Resultados ejercicios anteriores	-22.009.025	-22.009.025	-21.845.992	-21.845.992	-21.670.895	-98.947.221	-21.163.825	-21.163.825
Otras aportaciones de los socios								
Resultado del ejercicio				-65.826.140	-77.276.326	-74.191.191	-77.985.978	-53.992.373
Ajustes por cambio de valor								
Subvenciones, donaciones y legados rec.	2.844.171	2.512.192	2.509.115	2.085.832	2.218.307	1.743.838	1.790.746	1.351.251
Provisiones a LP								
Deudas a LP	0	0	0	0	0	0	0	0
Deudas con entidades de crédito								
Acreedores por arrendamiento financiero								
Otras deudas a LP								
Deudas con empresas del grupo								
Periodificaciones a LP								
Provisiones a CP								
Deudas a CP	2.889.648	2.889.648	3.120.090	3.120.090	2.701.457	3.051.457	2.703.945	3.053.944
Deudas con entidades de crédito								
Otras deudas a CP	2.889.648	2.889.648	3.120.090	3.120.090	2.701.457	3.051.457	2.703.945	3.053.944
Acreedores comerciales y otras cuentas p.	26.220.775	29.809.315	21.325.710	21.227.196	29.426.465	28.322.573	27.439.056	27.094.055
Periodificación a CP								

### Ratios Financieros

<b>Liquidez</b>	<b>2009</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2012</b>	<b>2013 previsto</b>
	<b>estimado</b>			<b>previsto</b>	<b>estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>estimado</b>	
Ratio de Liquidez	0,52	0,57	0,48	0,48	0,26	0,26	0,52	0,52
Ratio de Tesorería	0,47	0,53	0,41	0,40	0,20	0,21	0,46	0,46
Ratio de Disponibilidad (Acid test)	0,46	0,52	0,39	0,38	0,07	0,07	0,22	0,20
Fondo de Maniobra	-13.892.451	-14.108.712	-12.641.831	-12.641.831	-23.890.875	-23.345.234	-14.504.511	-14.447.198

Todos los ratios van empeorando, ya sea a nivel previsión de cierre o presupuestaria. Importante el Fondo de maniobra siempre es negativo.

## Henares (Coslada)

Endeudamiento	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Ratio de Endeudamiento	1,42	1,38	1,57	1,61	2,74	2,83	1,60	1,62
Ratio de autonomía	-0,30	-0,28	-0,36	-0,38	-0,64	-0,65	-0,37	-0,38
Ratio de garantía	0,70	0,72	0,64	0,62	0,36	0,35	0,63	0,62
Ratio de calidad de la deuda	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Aunque los ratios de endeudamiento, en principio, no son malos se percibe un deterioro paulatino por el aumento de deudas a CP.

Puntos Z o Análisis de Altman	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Fondo de maniobra - A	-13.892.451	-14.108.712	-12.641.831	-12.641.831	-23.890.875	-23.345.234	-14.504.511	-14.447.198
Activo -B	20.437.080	23.693.641	15.600.434	15.088.356	11.726.378	11.088.799	18.849.502	18.570.056
Beneficio retenido o reservas -C	0	0	0	0	0	0	0	0
Beneficio All -D	-9.110	0	11.008	-65.856.150	-77.222.537	-74.147.508	-77.927.832	-53.944.977
Fondos propios -E	-8.673.343	-9.005.322	-8.845.366	-9.258.930	-20.401.544	-20.285.231	-11.293.499	-11.577.943
Deudas -F	29.110.423	32.698.963	24.445.800	24.347.286	32.127.922	31.374.030	30.143.001	30.147.999
Ventas -G	65.502.682	66.681.157	66.853.792	388.785	492.306	598.762	638.194	676.110
Coefficiente A/B x 1,2=	-0,82	-0,71	-0,97	-1,01	-2,44	-2,53	-0,92	-0,93
Coefficiente C/B x 1,4=	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Coefficiente D/B x 3,3=	0,00	0,00	0,00	-14,40	-21,73	-22,07	-13,64	-9,59
Coefficiente E/F x 0,6=	-0,18	-0,17	-0,22	-0,23	-0,38	-0,39	-0,22	-0,23
Coefficiente G/B x 1=	3,21	2,81	4,29	0,03	0,04	0,05	0,03	0,04
<b>Total</b>	<b>2,21</b>	<b>1,93</b>	<b>3,10</b>	<b>-15,61</b>	<b>-24,52</b>	<b>-24,93</b>	<b>-14,76</b>	<b>-10,71</b>

Rentabilidad y Rendimiento	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Rendimiento (ROI, return of investments; ROA, return of assets)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rendimiento neto	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rentabilidad (ROE Return of equity)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rentabilidad= (Bº Neto / Ventas) x (Ventas / Activo) x (Activo / Capitales propios)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Estos ratios no son significativos para Empresas Públicas, su objetivo no es maximizar el beneficio.

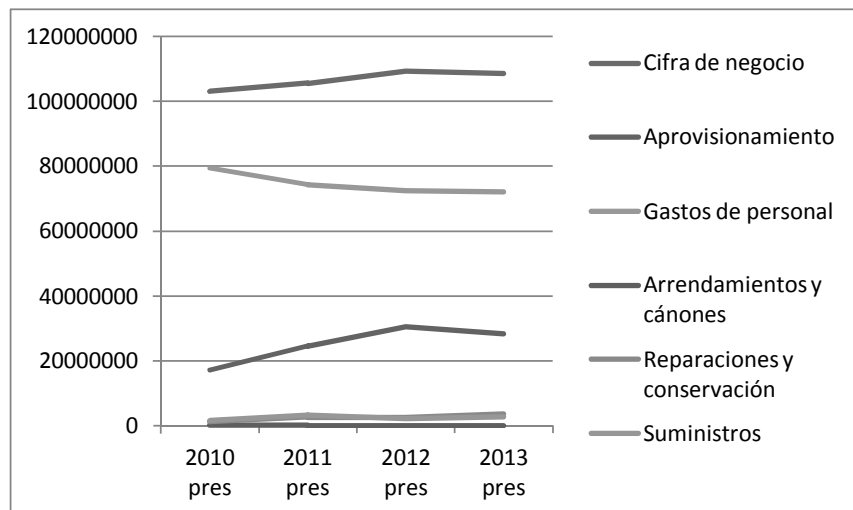
## Henares (Coslada)

Otros ratios de Gestión	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Gastos de personal sobre ventas	0,53	0,53	0,57	0,55	0,56	0,47	0,48	0,44
Aprovisionamientos sobre ventas	0,16	0,16	0,16	0,18	0,28	0,26	0,26	0,20
Otros gastos de explotación sobre ventas	0,31	0,31	0,27	0,28	0,34	0,27	0,30	0,37
Arrendamientos y cánones sobre ventas	0,27	0,27	0,24	0,24	0,29	0,24	0,26	0,34
Evolución gastos de personal		0,97%	7,80%	-4,94%	3,15%	-5,50%	2,83%	-34,68%
Facturación por empleado	93.308,66	94.987,40	95.233,32	93.783,27	93.783,27	106.527,03	106.527,03	77.133,08
Gastos de personal por trabajador	49.628,39	50.109,60	54.016,15	51.347,75	52.963,13	50.051,55	51.469,47	33.621,94
Gastos por cama	337.339,77	343.794,09	345.708,18	341.942,48	401.282,88	386.144,12	405.458,15	282.190,87
Gastos por usuario asignado	386,48	393,87	396,06	391,75	459,73	442,39	464,52	323,29
Otros gastos de explotación por cama	103.361,66	106.203,21	93.835,57	93.798,91	113.883,21	104.728,41	117.209,63	103.622,82
Arrendamientos y cánones por cama	89.705,25	91.499,36	81.872,07	81.724,98	99.299,08	91.198,49	99.898,94	94.665,88
Camas	194							
Población asignada	169.335							
Empleados	702							

**Nota.- Se utiliza como plantilla la fijada para 2011 en presupuesto.**

## Henares (Coslada)

	<b>2010 pres</b>	<b>2011 pres</b>	<b>2012 pres</b>	<b>2013 pres</b>
Cifra de negocio	66.395.656	65.835.859	74.781.973	54.147.424
Aprovisionamiento	10.915.694	12.093.731	19.458.456	11.039.597
Gastos de personal	35.176.937	36.046.122	35.136.191	23.602.605
Arrendamientos y cánones	17.750.875	15.854.646	17.692.507	18.365.181
Reparaciones y conservación	93.625	195.271	267.345	123.053
Suministros	2.245.126	1.684.412	1.581.735	1.144.378



	<b>2010 pres</b>	<b>2011 pres</b>	<b>2012 pres</b>	<b>2013 pres</b>
Cifra de negocio	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Aprovisionamiento	16,44%	18,37%	26,02%	20,39%
Gastos de personal	52,98%	54,75%	46,98%	43,59%
Arrendamientos y cánones	26,73%	24,08%	23,66%	33,92%
Reparaciones y conservación	0,14%	0,30%	0,36%	0,23%
Suministros	3,38%	2,56%	2,12%	2,11%

**San Sebastián de los Reyes (Norte)**

	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Cifra de negocio	98.539.355	98.537.585	98.527.810	921.590	938.666	1.008.205	1.015.327	1.274.051
Var. Existencias Prod. Termin. y en curso								
Aprovisionamiento	-20.229.248	-21.428.676	-11.929.354	-15.821.920	-26.130.277	-24.804.422	-27.649.132	-14.610.141
Otros ingresos	0	0	27.319	25.529	25.529	75.000	87.132	105.000
Gastos de personal	-54.135.154	-52.383.483	-62.274.504	-59.198.144	-59.140.747	-57.669.918	-56.577.167	-37.805.929
Otros gastos de explotación	-24.008.206	-24.547.501	-24.101.122	-24.049.379	-24.954.045	-26.300.103	-35.259.988	-25.667.657
Amortización de inmovilizado	-672.058	-703.015	-756.811	-835.271	-832.660	-852.660	-849.204	-870.000
Imputación subvenciones	435.097	435.096	462.225	462.234	489.455	489.455	489.455	489.455
Deterioro enaj. inmov.			0	0				
Subvenc. Concedidas			0	0				
<b>Resultado de explotación</b>	<b>-70.214</b>	<b>-89.994</b>	<b>-44.437</b>	<b>-98.495.361</b>	<b>-109.604.079</b>	<b>-108.054.443</b>	<b>-118.743.577</b>	<b>-77.085.221</b>
Resultados financieros	70.214	89.994	44.437	44.437	54.849	79.995	67.151	110.000
<b>Bº antes de impuestos</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-98.450.924</b>	<b>-109.549.230</b>	<b>-107.974.448</b>	<b>-118.676.426</b>	<b>-76.975.221</b>
I.S.								
<b>Resultado del ejercicio</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-98.450.924</b>	<b>-109.549.230</b>	<b>-107.974.448</b>	<b>-118.676.426</b>	<b>-76.975.221</b>
Ventas			910.114	921.590	938.666	1.008.205	1.015.327	1.274.051
Prestación de servicios	98.539.355	98.537.585	97.617.696					
Consumo de materias primas y ...	16.806.579	16.485.688	7.163.938	11.047.786	21.387.702	19.755.586	22.418.739	10.142.803
Trabajos realizados por otras empresas	3.422.669	4.942.988	4.765.416	4.774.134	4.742.575	5.048.836	5.230.393	4.467.338
Otros ingresos			27.319	25.529	25.529	75.000	87.132	105.000
Sueldos y salarios	42.626.106	41.199.634	49.273.276	46.839.177	46.839.177	46.074.991	43.967.425	29.891.702
SS a cargo de la empresa	11.477.724	11.123.901	12.940.848	12.301.570	12.244.173	11.537.530	12.609.742	7.914.227
Otros gastos sociales	31.324	59.948	60.380	57.397	57.397	57.397		
Arrendamientos y cánones	20.022.931	20.321.339	19.913.785	19.778.577	20.861.098	22.207.156	30.619.484	23.557.607
Reparaciones y conservación	162.596	375.583	383.788	381.404	419.997	419.997	430.686	250.686
Servicios de profesionales independientes			21.120	28.320	28.320	28.320	41.960	28.320
Transportes	19.319	19.319	19.396	19.085	21.907	21.907	22.367	12.367
Primas de seguros	185.506	185.506	185.506	185.506	172.684	172.684	176.488	72.684
Servicios bancarios y similares			0	0				
Publicidad, propaganda y RRPP			0	0				
Suministros	3.526.662	3.554.595	3.477.521	3.576.526	3.353.639	3.353.639	3.883.010	1.700.000
Otros servicios	91.167	90.929	99.413	79.346	95.938	95.938	85.531	45.531
Tributos	25	230	593	615	462	462	462	462
Otros gastos de gestión corriente			0	0				
Programa presupuestario		97.617.696		98.450.924	98.450.924	107.974.448	107.974.448	77.029.325
Facturación (Resultado)		-98.537.585		-98.450.924		-107.974.448		-76.975.221
Déficit (-) / Superávit		-919.889		0		0		54.104



## San Sebastián de los Reyes (Norte)

### Ratios Financieros

<b>Liquidez</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2012 estimado</b>	<b>2013 previsto</b>
Ratio de Liquidez	0,51	0,52	0,57	0,58	0,40	0,41	0,49	0,49
Ratio de Tesorería	0,40	0,42	0,45	0,46	0,33	0,34	0,40	0,40
Ratio de Disponibilidad (Acid test)	0,37	0,40	0,43	0,44	0,32	0,32	0,38	0,38
Fondo de Maniobra	-11.027.395	-11.562.476	-8.539.119	-8.366.082	-19.775.826	-19.612.621	-14.369.517	-14.248.868

Todos los ratios van empeorando, ya sea a nivel previsión de cierre o presupuestaria. Importante el Fondo de maniobra siempre es negativo.

<b>Endeudamiento</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2012 estimado</b>	<b>2013 previsto</b>
Ratio de Endeudamiento	1,16	1,17	1,10	1,13	1,69	1,74	1,46	1,49
Ratio de autonomía	-0,13	-0,14	-0,09	-0,11	-0,41	-0,42	-0,31	-0,33
Ratio de garantía	0,86	0,86	0,91	0,88	0,59	0,57	0,68	0,67
Ratio de calidad de la deuda	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Aunque los ratios de endeudamiento, en principio, no son malos se percibe un deterioro paulatino por el aumento de deudas a CP.

<b>Puntos Z o Análisis de Altman</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2012 estimado</b>	<b>2013 previsto</b>
Fondo de maniobra - A	-11.027.395	-11.562.476	-8.539.119	-8.366.082	-19.775.826	-19.612.621	-14.369.517	-14.248.868
Activo -B	19.452.697	20.763.341	18.215.363	17.698.869	19.592.533	19.048.818	19.269.297	18.779.686
Beneficio retenido o reservas -C	0	0	0	0	0	0	0	0
Beneficio All -D	-70.214	-89.994	-44.437	-98.495.361	-109.604.079	-108.054.443	-118.743.577	-77.085.221
Fondos propios -E	-3.018.271	-3.453.367	-1.835.599	-2.297.833	-13.536.509	-14.025.964	-8.838.942	-9.274.293
Deudas -F	22.470.968	24.216.708	20.050.962	19.996.702	33.129.042	33.074.782	28.108.239	28.053.979
Ventas -G	98.539.355	98.537.585	98.527.810	921.590	938.666	1.008.205	1.015.327	1.274.051
Coeficiente A/B x 1,2=	-0,68	-0,67	-0,56	-0,57	-1,21	-1,24	-0,89	-0,91
Coeficiente C/B x 1,4=	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Coeficiente D/B x 3,3=	-0,01	-0,01	-0,01	-18,36	-18,46	-18,72	-20,34	-13,55
Coeficiente E/F x 0,6=	-0,08	-0,09	-0,05	-0,07	-0,25	-0,25	-0,19	-0,20
Coeficiente G/B x 1=	5,07	4,75	5,41	0,05	0,05	0,05	0,05	0,07
<b>Total</b>	<b>4,29</b>	<b>3,98</b>	<b>4,78</b>	<b>-18,95</b>	<b>-19,87</b>	<b>-20,16</b>	<b>-21,37</b>	<b>-14,59</b>

<b>Rentabilidad y Rendimiento</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2012 estimado</b>	<b>2013 previsto</b>
Rendimiento (ROI, return of investments; ROA, return of assets)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rendimiento neto	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rentabilidad (ROE Return of equity)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rentabilidad= (Bº Neto / Ventas) x (Ventas / Activo) x (Activo / Capitales propios)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Estos ratios no son significativos para Empresas Públicas, su objetivo no es maximizar el beneficio.

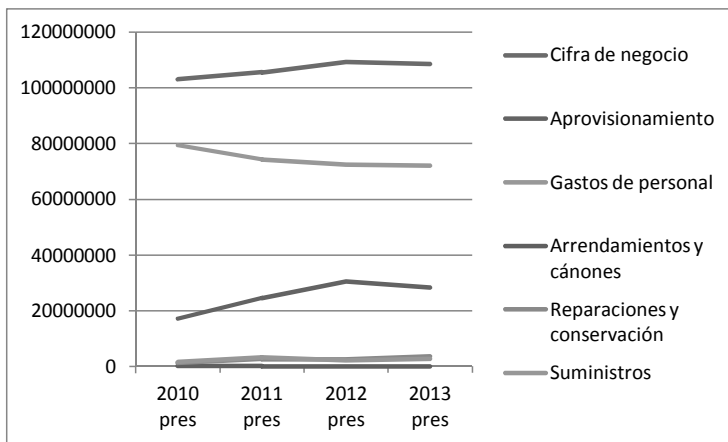
<b>Otros ratios de Gestión</b>	<b>2009 estimado</b>	<b>2010 previsto</b>	<b>2010 estimado</b>	<b>2011 previsto</b>	<b>2011 estimado</b>	<b>2012 previsto</b>	<b>2012 estimado</b>	<b>2013 previsto</b>
Gastos de personal sobre ventas	0,55	0,53	0,63	0,60	0,60	0,53	0,52	0,49
Aprovisionamientos sobre ventas	0,21	0,22	0,12	0,16	0,27	0,23	0,26	0,19
Otros gastos de explotación sobre ventas	0,24	0,25	0,24	0,24	0,25	0,24	0,33	0,33
Arrendamientos y cánones sobre ventas	0,20	0,21	0,20	0,20	0,21	0,21	0,28	0,31
Evolución gastos de personal		-3,24%	18,88%	-4,94%	-0,10%	-2,49%	-1,89%	-33,18%
Facturación por empleado	91.071,49	91.069,86	91.060,82	90.989,76	90.989,76	99.791,54	99.791,54	71.191,61
Gastos de personal por trabajador	50.032,49	48.413,57	57.554,99	54.711,78	54.658,73	53.299,37	52.289,43	34.940,78
Gastos por cama	411.600,87	411.546,69	411.317,91	414.516,50	461.192,76	455.123,19	499.942,62	326.710,15
Gastos por usuario asignado	328,25	328,21	328,03	330,58	367,80	362,96	398,70	260,55
Otros gastos de explotación por cama	100.452,74	102.709,21	100.841,51	100.625,02	104.410,23	110.042,27	147.531,33	107.396,05
Arrendamientos y cánones por cama	83.777,95	85.026,52	83.321,28	82.755,55	87.284,93	92.916,97	128.115,00	98.567,39

Camas	239
Población	299.686
Empleados	1.082

**Nota.- Se utiliza como plantilla la fijada para 2011 en presupuesto.**

## San Sebastián de los Reyes (Norte)

	<b>2010 pres</b>	<b>2011 pres</b>	<b>2012 pres</b>	<b>2013 pres</b>
Cifra de negocio	97.617.696	98.450.924	107.974.448	77.029.325
Aprovisionamiento	21.428.676	15.821.920	24.804.422	14.610.141
Gastos de personal	52.383.483	59.198.144	57.669.918	37.805.929
Arrendamientos y cánones	20.321.339	19.778.577	22.207.156	23.557.607
Reparaciones y conservación	375.583	381.404	419.997	250.686
Suministros	3.554.595	3.576.526	3.353.639	1.700.000



	<b>2010 pres</b>	<b>2011 pres</b>	<b>2012 pres</b>	<b>2013 pres</b>
Cifra de negocio	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Aprovisionamiento	21,95%	16,07%	22,97%	18,97%
Gastos de personal	53,66%	60,13%	53,41%	49,08%
Arrendamientos y cánones	20,82%	20,09%	20,57%	30,58%
Reparaciones y conservación	0,38%	0,39%	0,39%	0,33%
Suministros	3,64%	3,63%	3,11%	2,21%

## Aranjuez (Tajo)

	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Cifra de negocio	42.838.599	45.290.573	45.232.923	200.000	226.493	335.114	250.409	335.114
Var. Existencias Prod. Termin. y en curso								
Aprovisionamiento	-5.545.482	-7.052.846	-8.257.303	-7.741.606	-10.046.269	-10.727.100	-10.619.490	-6.225.553
Otros ingresos	152.538	195.514	166.132	168.624	240.146	164.886	203.004	164.886
Gastos de personal	-24.808.571	-26.681.094	-24.454.652	-24.221.012	-24.221.012	-23.607.995	-22.938.424	-15.222.038
Otros gastos de explotación	-12.639.084	-11.724.147	-12.649.100	-12.129.860	-14.050.447	-13.137.492	-14.921.021	-12.590.359
Amortización de inmovilizado	-320.000	-350.000	-550.000	-600.000	-486.300	-486.300	-570.300	-560.000
Imputación subvenciones	272.000	272.000	500.000	525.000	320.984	320.984	321.000	320.984
Deterioro enaj. inmov.			0					
Subvenc. Concedidas			0					
<b>Resultado de explotación</b>	<b>-50.000</b>	<b>-50.000</b>	<b>-12.000</b>	<b>-43.798.854</b>	<b>-48.016.405</b>	<b>-47.137.903</b>	<b>-48.274.822</b>	<b>-33.776.966</b>
Resultados financieros	50.000	50.000	12.000		7.230	7.230		
<b>Bº antes de impuestos</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-43.798.854</b>	<b>-48.009.175</b>	<b>-47.130.673</b>	<b>-48.274.822</b>	<b>-33.776.966</b>
I.S.			0					
<b>Resultado del ejercicio</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-43.798.854</b>	<b>-48.009.175</b>	<b>-47.130.673</b>	<b>-48.274.822</b>	<b>-33.776.966</b>
Ventas								
Prestación de servicios	42.838.599	45.290.573	45.232.923	200.000	226.493	335.114	250.409	335.114
Consumo de materias primas y ...	3.804.829	4.518.231	6.549.083	6.041.780	8.336.258	9.185.916	9.078.306	4.714.392
Trabajos realizados por otras empresas	1.740.653	2.534.615	1.708.220	1.699.826	1.710.011	1.541.184	1.541.184	1.511.161
Otros ingresos	152.538	195.514	166.132	168.624	240.146	164.886	203.004	164.886
Sueldos y salarios	19.772.431	21.264.158	19.929.462	19.681.578	19.586.385	19.216.969	18.421.311	12.101.824
SS a cargo de la empresa	5.036.140	5.416.936	4.525.190	4.539.434	4.634.627	4.391.026	4.517.113	3.120.214
Otros gastos sociales								
Arrendamientos y cánones	10.219.000	9.426.147	9.997.400	9.675.570	11.541.172	10.512.922	11.873.393	10.911.075
Reparaciones y conservación	300.000	300.000	224.000	229.000	235.404	282.484	281.247	180.000
Servicios de profesionales independientes			240.000	91.000	293.145	301.939	926.747	524.284
Transportes			0	0				
Primas de seguros	120.000	120.000	120.000	120.000	108.000	111.240	110.000	75.000
Servicios bancarios y similares			0	0				
Publicidad, propaganda y RRPP			0	0				
Suministros	1.855.000	1.654.000	1.934.700	1.878.290	1.855.668	1.911.338	1.729.634	900.000
Otros servicios	145.084	224.000	133.000	136.000	17.058	17.569		
Tributos			0	0				
Otros gastos de gestión corriente			0	0				
Programa presupuestario		44.990.573		43.865.809	43.865.809	47.122.587	47.122.587	33.575.235
Facturación (Resultado)		-45.290.573		-43.798.854		-47.130.673		-33.776.966
Déficit (-) / Superávit		-300.000		66.955		-8.086		-201.731



## Aranjuez (Tajo)

### Ratios Financieros

<u>Liquidez</u>	<u>2009 estimado</u>	<u>2010 previsto</u>	<u>2010 estimado</u>	<u>2011 previsto</u>	<u>2011 estimado</u>	<u>2012 previsto</u>	<u>2012 estimado</u>	<u>2013 previsto</u>
Ratio de Liquidez	0,24	0,23	0,23	0,28	0,07	0,07	0,28	0,27
Ratio de Tesorería	0,09	0,08	0,13	0,20	0,02	0,02	0,22	0,21
Ratio de Disponibilidad (Acid test)	0,06	0,06	0,11	0,18	0,01	0,01	0,20	0,19
Fondo de Maniobra	-6.699.895	-7.121.895	-5.669.379	-5.677.424	-9.890.310	-9.883.080	-6.695.658	-6.808.373

Todos los ratios van empeorando, ya sea a nivel previsión de cierre o presupuestaria. Importante el Fondo de maniobra siempre es negativo.

<u>Endeudamiento</u>	<u>2009 estimado</u>	<u>2010 previsto</u>	<u>2010 estimado</u>	<u>2011 previsto</u>	<u>2011 estimado</u>	<u>2012 previsto</u>	<u>2012 estimado</u>	<u>2013 previsto</u>
Ratio de Endeudamiento	1,61	1,64	1,50	1,59	2,90	3,18	1,82	2,03
Ratio de autonomía	-0,38	-0,39	-0,33	-0,37	-0,65	-0,69	-0,45	-0,51
Ratio de garantía	0,62	0,61	0,66	0,63	0,34	0,31	0,55	0,49
Ratio de calidad de la deuda	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Aunque los ratios de endeudamiento, en principio, no son malos se percibe un deterioro paulatino por el aumento de deudas a CP.

<u>Puntos Z o Análisis de Altman</u>	<u>2009 estimado</u>	<u>2010 previsto</u>	<u>2010 estimado</u>	<u>2011 previsto</u>	<u>2011 estimado</u>	<u>2012 previsto</u>	<u>2012 estimado</u>	<u>2013 previsto</u>
Fondo de maniobra - A	-6.699.895	-7.121.895	-5.669.379	-5.677.424	-9.890.310	-9.883.080	-6.695.658	-6.808.373
Activo -B	5.489.532	5.667.532	4.894.597	4.936.552	3.657.954	3.328.884	5.119.863	4.597.148
Beneficio retenido o reservas -C	0	0	0	0	0	0	0	0
Beneficio All -D	-50.000	-50.000	-12.000	-43.798.854	-48.016.405	-47.137.903	-48.274.822	-33.776.966
Fondos propios -E	-3.351.746	-3.623.746	-2.459.289	-2.917.334	-6.937.001	-7.266.071	-4.192.349	-4.715.064
Deudas -F	8.842.538	9.292.538	7.353.886	7.853.886	10.594.955	10.594.955	9.312.212	9.312.212
Ventas -G	42.838.599	45.290.573	45.232.923	200.000	226.493	335.114	250.409	335.114
Coficiente A/B x 1,2=	-1,46	-1,51	-1,39	-1,38	-3,24	-3,56	-1,57	-1,78
Coficiente C/B x 1,4=	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Coficiente D/B x 3,3=	-0,03	-0,03	-0,01	-29,28	-43,32	-46,73	-31,12	-24,25
Coficiente E/F x 0,6=	-0,23	-0,23	-0,20	-0,22	-0,39	-0,41	-0,27	-0,30
Coficiente G/B x 1=	7,80	7,99	9,24	0,04	0,06	0,10	0,05	0,07
<b>Total</b>	<b>6,08</b>	<b>6,22</b>	<b>7,64</b>	<b>-30,84</b>	<b>-46,89</b>	<b>-50,60</b>	<b>-32,91</b>	<b>-26,25</b>

<u>Rentabilidad y Rendimiento</u>	<u>2009 estimado</u>	<u>2010 previsto</u>	<u>2010 estimado</u>	<u>2011 previsto</u>	<u>2011 estimado</u>	<u>2012 previsto</u>	<u>2012 estimado</u>	<u>2013 previsto</u>
Rendimiento (ROI, return of investments; ROA, return of assets)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rendimiento neto	-0,01	-0,01	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rentabilidad (ROE Return of equity)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rentabilidad= (B° Neto / Ventas) x (Ventas / Activo) x (Activo / Capitales propios)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Estos ratios no son significativos para Empresas Públicas, su objetivo no es maximizar el beneficio.

## Aranjuez (Tajo)

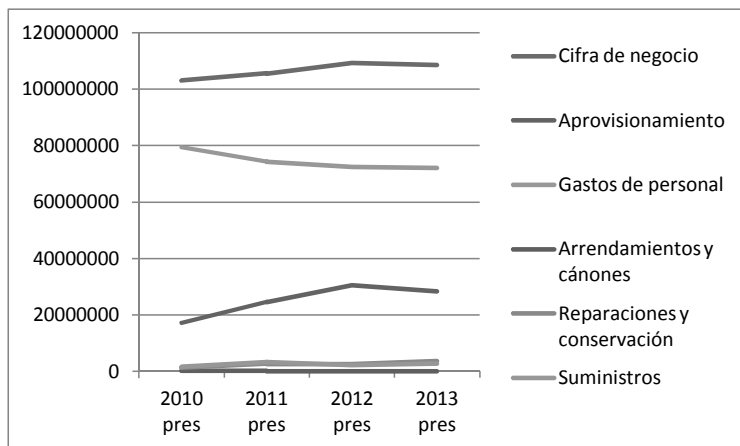
Otros ratios de Gestión	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Gastos de personal sobre ventas	0,58	0,59	0,54	0,55	0,55	0,50	0,49	0,45
Aprovisionamientos sobre ventas	0,13	0,16	0,18	0,18	0,23	0,23	0,23	0,19
Otros gastos de explotación sobre ventas	0,30	0,26	0,28	0,28	0,32	0,28	0,32	0,37
Arrendamientos y cánones sobre ventas	0,24	0,21	0,22	0,22	0,26	0,22	0,25	0,32
Evolución gastos de personal		7,55%	-8,34%	-0,96%	0,00%	-2,53%	-2,84%	-33,64%
Facturación por empleado	90.759,74	95.954,60	95.832,46	92.936,04	92.936,04	99.835,99	99.835,99	71.133,97
Gastos de personal por trabajador	52.560,53	56.527,74	51.810,70	51.315,70	51.315,70	50.016,94	48.598,36	32.250,08
Gastos por cama	438.705,48	463.858,03	462.867,91	449.923,24	493.038,04	484.414,15	494.683,01	347.326,02
Gastos por usuario asignado	681,64	720,72	719,18	699,07	766,06	752,66	768,62	539,66
Otros gastos de explotación por cama	128.970,24	119.634,15	129.072,45	123.774,08	143.371,91	134.056,04	152.255,32	128.473,05
Arrendamientos y cánones por cama	104.275,51	96.185,17	102.014,29	98.730,31	117.767,06	107.274,71	121.157,07	111.337,50

Camas	98
Población	63.073
Empleados	472

**Nota.- Se utiliza como plantilla la fijada para 2011 en presupuesto.**

## Aranjuez (Tajo)

	<b>2010 pres</b>	<b>2011 pres</b>	<b>2012 pres</b>	<b>2013 pres</b>
Cifra de negocio	44.990.573	43.865.809	47.122.587	33.575.235
Aprovisionamiento	7.052.846	7.741.606	10.727.100	6.225.553
Gastos de personal	26.681.094	24.221.012	23.607.995	15.222.038
Arrendamientos y cánones	9.426.147	9.675.570	10.512.922	10.911.075
Reparaciones y conservación	300.000	229.000	282.484	180.000
Suministros	1.654.000	1.878.290	1.911.338	900.000



	<b>2010 pres</b>	<b>2011 pres</b>	<b>2012 pres</b>	<b>2013 pres</b>
Cifra de negocio	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Aprovisionamiento	15,68%	17,65%	22,76%	18,54%
Gastos de personal	59,30%	55,22%	50,10%	45,34%
Arrendamientos y cánones	20,95%	22,06%	22,31%	32,50%
Reparaciones y conservación	0,67%	0,52%	0,60%	0,54%
Suministros	3,68%	4,28%	4,06%	2,68%

## Vallecas

	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Cifra de negocio	93.818.333	93.825.000	94.611.706	909.854	1.321.214	870.800	1.200.000	942.516
Var. Existencias Prod. Termin. y en curso								
Aprovisionamiento	-19.387.782	-19.563.218	-20.405.945	-19.097.464	-25.549.748	-26.017.884	-27.546.231	-16.441.491
Otros ingresos	907.485	915.185	485.807	89.676	530.859	146.925	614.546	375.000
Gastos de personal	-52.668.256	-53.200.260	-53.508.396	-51.903.144	-52.877.137	-50.702.158	-50.655.297	-33.036.661
Otros gastos de explotación	-22.592.055	-21.771.807	-21.039.772	-20.836.422	-24.873.780	-23.945.916	-25.266.726	-22.717.615
Amortización de inmovilizado	-624.738	-780.795	-675.519	-750.000	-833.392	-844.600	-803.629	-827.000
Imputación subvenciones	425.895	425.895	447.827	447.827	448.419	474.322	449.163	440.000
Deterioro enaj. innov.			0					
Subvenc. Concedidas			0					
<b>Resultado de explotación</b>	<b>-121.118</b>	<b>-150.000</b>	<b>-84.292</b>	<b>-91.139.673</b>	<b>-101.833.565</b>	<b>-100.018.511</b>	<b>-102.008.174</b>	<b>-71.265.251</b>
Resultados financieros	121.118	150.000	84.292	50.000	124.492	7.953	375.000	50.000
<b>Bº antes de impuestos</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-91.089.673</b>	<b>-101.709.073</b>	<b>-100.010.558</b>	<b>-101.633.174</b>	<b>-71.215.251</b>
I.S.								
<b>Resultado del ejercicio</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-91.089.673</b>	<b>-101.709.073</b>	<b>-100.010.558</b>	<b>-101.633.174</b>	<b>-71.215.251</b>
Ventas			94.611.706	909.854	1.321.214	870.800		942.516
Prestación de servicios	93.818.333	93.825.000					1.200.000	
Consumo de materias primas y ...	16.727.774	16.228.918	16.618.259	15.396.190	21.532.889	21.795.566	23.280.000	12.291.200
Trabajos realizados por otras empresas	2.660.008	3.334.300	3.787.686	3.701.274	4.016.859	4.222.318	4.266.231	4.150.291
Otros ingresos	907.485	915.185	485.807	89.676	530.859	146.925	614.546	375.000
Sueldos y salarios	41.665.543	42.086.408	43.208.324	41.912.074	41.238.223	40.037.992	39.977.222	26.056.813
SS a cargo de la empresa	10.533.651	10.640.052	10.239.632	9.932.443	11.011.439	10.137.295	10.678.075	6.979.848
Otros gastos sociales	469.062	473.800	60.440	58.627	627.475	526.871		
Arrendamientos y cánones	18.494.591	17.917.404	17.136.952	17.136.952	21.018.501	20.000.494	20.916.610	20.356.685
Reparaciones y conservación	610.000	615.000	430.000	443.666	620.487	650.590	672.601	370.000
Servicios de profesionales independientes	58.964	50.000	98.255	74.459	63.903	83.803	131.024	70.000
Transportes	95.000	50.000	49.463	37.550	42.767	60.667	20.708	13.000
Primas de seguros	225.000	235.000	188.985	190.000	190.000	192.314	176.176	90.000
Servicios bancarios y similares			0	0	100		609	
Publicidad, propaganda y RRPP	82.000	40.000	170.638	102.361	140.000	115.104	257.605	150.000
Suministros	2.750.000	2.798.403	2.689.788	2.698.717	2.422.104	2.455.725	2.841.460	1.500.000
Otros servicios	275.000	60.000	275.091	152.117	375.318	386.819	249.411	167.330
Tributos	1.500	6.000	600	600	600	400	522	600
Otros gastos de gestión corriente			0	0				
Programa presupuestario		93.500.000		91.162.500	91.162.500	99.765.958	99.765.958	71.117.918
Facturación (Resultado)		-93.825.000		-91.089.673		-100.010.558		-71.215.251
Déficit (-) / Superávit		-325.000		72.827		-244.600		-97.333



## Vallecas

### Ratios Financieros

Liquidez	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Ratio de Liquidez	0,88	0,86	0,89	0,90	0,45	0,36	1,15	1,16
Ratio de Tesorería	0,71	0,70	0,66	0,66	0,33	0,22	0,98	0,97
Ratio de Disponibilidad (Acid test)	0,63	0,60	0,55	0,53	0,21	0,11	0,31	0,26
Fondo de Maniobra	-1.757.217	-2.002.317	-1.928.658	-1.753.658	-9.307.270	-9.681.592	1.925.363	1.915.030

Todos los ratios van empeorando, ya sea a nivel previsión de cierre o presupuestaria. Importante el Fondo de maniobra siempre es negativo.

Endeudamiento	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Ratio de Endeudamiento	0,79	0,81	0,82	0,84	1,23	1,34	0,64	0,64
Ratio de autonomía	0,26	0,24	0,21	0,19	-0,18	-0,26	0,57	0,57
Ratio de garantía	1,26	1,23	1,21	1,19	0,74	0,74	1,56	1,56
Ratio de calidad de la deuda	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Aunque los ratios de endeudamiento, en principio, no son malos se percibe un deterioro paulatino por el aumento de deudas a CP.

Puntos Z o Análisis de Altman	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Fondo de maniobra - A	-1.757.217	-2.002.317	-1.928.658	-1.753.658	-9.307.270	-9.681.592	1.925.363	1.915.030
Activo -B	18.487.861	17.961.966	21.530.058	21.280.058	13.918.419	11.249.497	20.443.040	19.003.537
Beneficio retenido o reservas -C	0	0	0	0	0	0	0	0
Beneficio All -D	-121.118	-150.000	-84.292	-91.139.673	-101.833.565	-100.018.511	-102.008.174	-71.265.251
Fondos propios -E	3.868.200	3.442.305	3.796.960	3.421.960	-3.134.667	-3.853.589	7.435.284	6.897.951
Deudas -F	14.619.661	14.519.661	17.733.098	17.858.098	17.053.086	15.103.086	13.007.756	12.105.586
Ventas -G	93.818.333	93.825.000	94.611.706	909.854	1.321.214	870.800	1.200.000	942.516
Coeficiente A/B x 1,2=	-0,11	-0,13	-0,11	-0,10	-0,80	-1,03	0,11	0,12
Coeficiente C/B x 1,4=	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Coeficiente D/B x 3,3=	-0,02	-0,03	-0,01	-14,13	-24,14	-29,34	-16,47	-12,38
Coeficiente E/F x 0,6=	0,16	0,14	0,13	0,11	-0,11	-0,15	0,34	0,34
Coeficiente G/B x 1=	5,07	5,22	4,39	0,04	0,09	0,08	0,06	0,05
<b>Total</b>	<b>5,10</b>	<b>5,20</b>	<b>4,40</b>	<b>-14,07</b>	<b>-24,96</b>	<b>-30,45</b>	<b>-15,95</b>	<b>-11,86</b>

### Rentabilidad y Rendimiento

	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Rendimiento (ROI, return of investments; ROA, return of assets)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rendimiento neto	-0,01	-0,01	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rentabilidad (ROE Return of equity)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rentabilidad= (Bº Neto / Ventas) x (Ventas / Activo) x (Activo / Capitales propios)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Estos ratios no son significativos para Empresas Públicas, su objetivo no es maximizar el beneficio.

### Otros ratios de Gestión

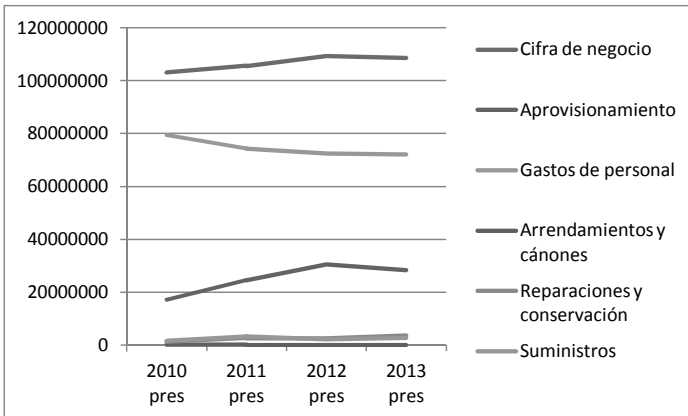
	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Gastos de personal sobre ventas	0,56	0,57	0,57	0,57	0,58	0,51	0,51	0,46
Aprovisionamientos sobre ventas	0,21	0,21	0,22	0,21	0,28	0,26	0,28	0,23
Otros gastos de explotación sobre ventas	0,24	0,23	0,22	0,23	0,27	0,24	0,25	0,32
Arrendamientos y cánones sobre ventas	0,20	0,19	0,18	0,19	0,23	0,20	0,21	0,29
Evolución gastos de personal		1,01%	0,58%	-3,00%	1,88%	-4,11%	-0,09%	-34,78%
Facturación por empleado	85.757,16	85.763,25	86.482,36	83.329,52	83.329,52	91.193,75	91.193,75	65.007,24
Gastos de personal por trabajador	48.142,83	48.629,12	48.910,78	47.443,46	48.333,76	46.345,67	46.302,83	30.198,04
Gastos por cama	463.961,24	463.408,26	465.461,34	450.181,52	506.375,81	493.460,58	507.197,32	353.900,82
Gastos por usuario asignado	301,21	300,85	302,19	292,27	328,75	320,36	329,28	229,76
Otros gastos de explotación por cama	110.745,37	106.724,54	103.136,14	102.139,32	121.930,29	117.381,94	123.856,50	111.360,86
Arrendamientos y cánones por cama	90.659,76	87.830,41	84.004,67	84.004,67	103.031,87	98.041,64	102.532,40	99.787,67

Camas 204  
Población 314.225  
Empleados 1.094

**Nota.- Se utiliza como plantilla la fijada para 2011 en presupuesto.**

**Vallecas**

	<b>2010 pres</b>	<b>2011 pres</b>	<b>2012 pres</b>	<b>2013 pres</b>
Cifra de negocio	93.500.000	91.162.500	99.765.958	71.117.918
Aprovisionamiento	19.563.218	19.097.464	26.017.884	16.441.491
Gastos de personal	53.200.260	51.903.144	50.702.158	33.036.661
Arrendamientos y cánones	17.917.404	17.136.952	20.000.494	20.356.685
Reparaciones y conservación	615.000	443.666	650.590	370.000
Suministros	2.798.403	2.698.717	2.455.725	1.500.000



	<b>2010 pres</b>	<b>2011 pres</b>	<b>2012 pres</b>	<b>2013 pres</b>
Cifra de negocio	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Aprovisionamiento	20,92%	20,95%	26,08%	23,12%
Gastos de personal	56,90%	56,93%	50,82%	46,45%
Arrendamientos y cánones	19,16%	18,80%	20,05%	28,62%
Reparaciones y conservación	0,66%	0,49%	0,65%	0,52%
Suministros	2,99%	2,96%	2,46%	2,11%

## Fundación Hospital Alcorcón

	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Cifra de negocio	138.902.127	141.225.377	141.212.783	712.784	712.784	552.783	552.783	815.103
Var. Existencias Prod. Termin. y en curso								
Aprovisionamiento	-39.618.937	-44.057.197	-46.391.782	-47.038.446	-57.794.576	-55.948.152	-55.948.152	-48.632.164
Otros ingresos	1.521.567	2.258.450	2.258.090	1.739.051	1.739.051	1.897.216	1.897.216	2.492.175
Gastos de personal	-91.640.982	-92.220.849	-89.931.209	-89.301.535	-89.481.888	-87.422.793	-85.804.158	-85.695.050
Otros gastos de explotación	-6.568.194	-5.972.794	-6.018.444	-8.395.361	-7.995.361	-7.995.361	-7.995.361	-6.039.818
Amortización de inmovilizado	-2.997.659	-3.216.788	-3.016.788	-2.912.784	-4.500.000	-4.500.000	-4.500.000	-3.952.180
Imputación subvenciones	120.303	1.804.730	1.818.080	1.818.080	1.818.080	1.818.080	1.818.080	1.804.524
Deterioro enaj. inmov.			27.621	27.621	27.622	27.620	27.620	60.000
Subvenc. Concedidas			0	0				
<b>Resultado de explotación</b>	<b>-281.775</b>	<b>-179.071</b>	<b>-41.649</b>	<b>-143.350.590</b>	<b>-155.474.288</b>	<b>-151.570.607</b>	<b>-149.951.972</b>	<b>-139.147.410</b>
Resultados financieros	281.775	179.071	41.649	122.346	112.346	132.346	132.346	145.862
<b>Bº antes de impuestos</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-143.228.244</b>	<b>-155.361.942</b>	<b>-151.438.261</b>	<b>-149.819.626</b>	<b>-139.001.548</b>
I.S.			0					
<b>Resultado del ejercicio</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-143.228.244</b>	<b>-155.361.942</b>	<b>-151.438.261</b>	<b>-149.819.626</b>	<b>-139.001.548</b>
Ventas						552.783		
Prestación de servicios	138.902.127	141.225.377	141.212.783	712.784	712.784		552.783	815.103
Consumo de materias primas y ...	39.618.937	44.057.197	46.391.782	47.038.446	57.794.576	55.948.152	55.948.152	48.632.164
Trabajos realizados por otras empresas								
Otros ingresos	1.521.567	2.258.450	2.258.090	1.739.051	1.739.051	1.897.216	1.897.216	2.492.175
Sueldos y salarios	73.107.705	74.054.645	73.409.475	73.275.453	71.198.698	69.877.665	67.736.762	68.582.249
SS a cargo de la empresa	18.533.277	18.166.204	16.453.693	15.960.082	17.957.866	17.479.128	18.067.396	17.112.801
Otros gastos sociales			68.041	66.000	325.324	66.000		
Arrendamientos y cánones	7.999	7.914	7.914	1.813	1.813	1.813	1.813	1.965
Reparaciones y conservación	2.457.923	2.080.082	2.080.082	3.099.644	2.799.644	2.799.644	2.799.644	2.112.050
Servicios de profesionales independientes						182.843		
Transportes	103.823	64.185	64.185	82.843	182.843	868.517	182.843	93.379
Primas de seguros	560.218	324.876	324.876	568.517	868.517		868.517	364.317
Servicios bancarios y similares								
Publicidad, propaganda y RRPP								
Suministros	2.176.069	2.344.831	2.344.831	3.140.444	2.690.444	2.690.444	2.690.444	2.270.302
Otros servicios	1.170.914	1.136.399	1.136.399	1.332.864	832.864	832.864	832.864	695.331
Tributos	356.623	244.040	244.040	353.119	803.119	803.119	803.119	702.474
Otros gastos de gestión corriente	-265.375	-229.533	-183.883	-183.883	-183.883	-183.883	-183.883	-200.000
Programa presupuestario		140.500.000		143.228.244	143.228.244	151.438.261	151.438.261	147.326.361
Facturación (Resultado)		-141.225.377		-143.228.244		-151.438.261		-139.001.548
Déficit (-) / Superávit		-725.377		0		0		8.324.813



## Fundación Hospital Alcorcón

### Ratios Financieros

Liquidez	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Ratio de Liquidez	0,72	0,66	0,53	0,52	0,43	0,39	0,93	0,93
Ratio de Tesorería	0,57	0,49	0,42	0,43	0,35	0,28	0,82	0,82
Ratio de Disponibilidad (Acid test)	0,53	0,43	0,25	0,27	0,12	0,02	0,24	0,15
Fondo de Maniobra	-5.792.379	-8.130.321	-23.507.860	-22.913.156	-30.862.521	-30.680.601	-3.642.280	-3.218.595

Todos los ratios van empeorando, ya sea a nivel previsión de cierre o presupuestaria. Importante el Fondo de maniobra siempre es negativo.

Endeudamiento	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Ratio de Endeudamiento	0,24	0,27	0,38	0,37	0,44	0,42	0,38	0,36
Ratio de autonomía	3,17	2,73	1,66	1,70	1,29	1,36	1,61	1,81
Ratio de garantía	1,15	1,10	1,06	1,06	0,85	0,84	1,09	1,09
Ratio de calidad de la deuda	0,96	0,97	0,99	0,99	1,00	0,99	0,99	0,99

Aunque los ratios de endeudamiento, en principio, no son malos se percibe un deterioro paulatino por el aumento de deudas a CP.

Puntos Z o Análisis de Altman	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Fondo de maniobra - A	-5.792.379	-8.130.321	-23.507.860	-22.913.156	-30.862.521	-30.680.601	-3.642.280	-3.218.595
Activo -B	90.884.955	91.921.696	134.494.482	130.411.242	124.555.949	118.541.839	131.203.305	121.920.196
Beneficio retenido o reservas -C	0	0	0	0	0	0	0	0
Beneficio AII -D	-281.775	-179.071	-41.649	-143.350.590	-155.474.288	-151.570.607	-149.951.972	-139.147.410
Fondos propios -E	69.107.477	67.302.747	83.869.889	82.051.809	70.131.290	68.313.210	80.987.369	78.518.874
Deudas -F	21.777.478	24.618.949	50.624.593	48.359.433	54.424.659	50.228.629	50.215.936	43.401.322
Ventas -G	138.902.127	141.225.377	141.212.783	712.784	712.784	552.783	552.783	815.103
Coficiente A/B x 1,2=	-0,08	-0,11	-0,21	-0,21	-0,30	-0,31	-0,03	-0,03
Coficiente C/B x 1,4=	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Coficiente D/B x 3,3=	-0,01	-0,01	0,00	-3,63	-4,12	-4,22	-3,77	-3,77
Coficiente E/F x 0,6=	1,90	1,64	0,99	1,02	0,77	0,82	0,97	1,09
Coficiente G/B x 1=	1,53	1,54	1,05	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01
<b>Total</b>	<b>3,35</b>	<b>3,06</b>	<b>1,83</b>	<b>-2,81</b>	<b>-3,64</b>	<b>-3,71</b>	<b>-2,83</b>	<b>-2,71</b>

Rentabilidad y Rendimiento	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Rendimiento (ROI, return of investments; ROA, return of assets)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rendimiento neto	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rentabilidad (ROE Return of equity)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Rentabilidad= (B° Neto / Ventas) x (Ventas / Activo) x (Activo / Capitales propios)	0,00	0,00	0,00	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

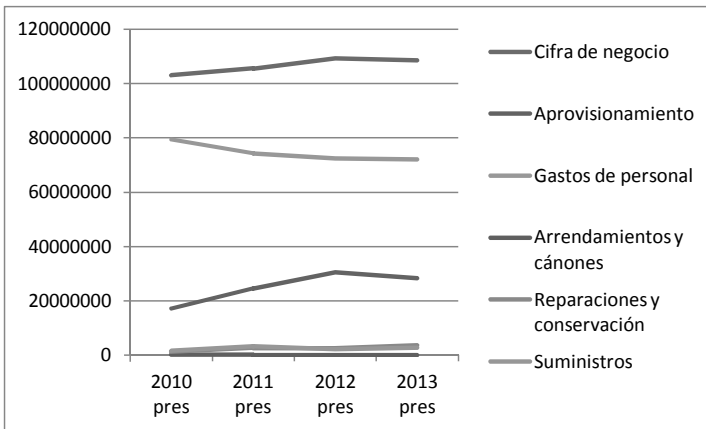
Estos ratios no son significativos para Empresas Públicas, su objetivo no es maximizar el beneficio.

Otros ratios de Gestión	2009 estimado	2010 previsto	2010 estimado	2011 previsto	2011 estimado	2012 previsto	2012 estimado	2013 previsto
Gastos de personal sobre ventas	0,66	0,65	0,64	0,62	0,62	0,58	0,57	0,58
Aprovisionamientos sobre ventas	0,29	0,31	0,33	0,33	0,40	0,37	0,37	0,33
Otros gastos de explotación sobre ventas	0,05	0,04	0,04	0,06	0,06	0,05	0,05	0,04
Arrendamientos y cánones sobre ventas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Evolución gastos de personal		0,63%	-2,48%	-0,70%	0,20%	-2,30%	-1,85%	-0,13%
Facturación por empleado	87.690,74	89.157,43	89.149,48	90.421,87	90.421,87	95.604,96	95.604,96	93.009,07
Gastos de personal por trabajador	57.854,16	58.220,23	56.774,75	56.377,23	56.491,09	55.191,16	54.169,29	54.100,41
Gastos por cama	319.046,56	329.284,35	329.494,06	335.035,51	359.425,52	350.384,97	346.638,13	324.923,69
Gastos por usuario asignado	512,20	528,64	528,98	537,87	577,03	562,52	556,50	521,64
Otros gastos de explotación por cama	15.204,15	13.825,91	13.931,58	19.433,71	18.507,78	18.507,78	18.507,78	13.981,06
Arrendamientos y cánones por cama	18,52	18,32	18,32	4,20	4,20	4,20	4,20	4,55
Camas	432							
Población	269.088							
Empleados	1.584							

**Nota.- Se utiliza como plantilla la fijada para 2011 en presupuesto.**

## Fundación Hospital Alcorcón

	<b>2010 pres</b>	<b>2011 pres</b>	<b>2012 pres</b>	<b>2013 pres</b>
Cifra de negocio	140.500.000	143.228.244	151.438.261	147.326.361
Aprovisionamiento	44.057.197	47.038.446	55.948.152	48.632.164
Gastos de personal	92.220.849	89.301.535	87.422.793	85.695.050
Arrendamientos y cánones	7.914	1.813	1.813	1.965
Reparaciones y conservación	2.080.082	3.099.644	2.799.644	2.112.050
Suministros	2.344.831	3.140.444	2.690.444	2.270.302



	<b>2010 pres</b>	<b>2011 pres</b>	<b>2012 pres</b>	<b>2013 pres</b>
Cifra de negocio	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Aprovisionamiento	31,36%	32,84%	36,94%	33,01%
Gastos de personal	65,64%	62,35%	57,73%	58,17%
Arrendamientos y cánones	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%
Reparaciones y conservación	1,48%	2,16%	1,85%	1,43%
Suministros	1,67%	2,19%	1,78%	1,54%

<b>Majadahonda</b>	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Capítulo 1	117.810.614	137.105.267	110.337.875	108.533.801	107.229.214	116.276.467
Capítulo 2	81.211.484	146.537.489	117.055.844	119.396.961	124.927.270	148.544.643
Evolución gastos de personal		16%	-20%	-2%	-1%	8%
Gastos de personal por trabajador	31.781	36.986	29.765	29.278	28.926	31.367
Gastos por cama	353.503	503.806	403.896	404.850	412.356	470.375
Gastos por usuario asignado	355,19	506,21	405,82	406,78	414,32	472,62
Camas	563					
Población	560.331					
Empleados	3.707					

<b>Móstoles</b>	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Capítulo 1	92.827.812	99.135.777	80.314.877	77.870.509	76.929.007	80.640.534
Capítulo 2	40.713.538	44.318.722	34.648.834	35.442.016	33.383.867	40.242.109
Evolución gastos de personal		7%	-19%	-3%	-1%	5%
Gastos de personal por trabajador	39.234	41.900	33.945	32.912	32.514	34.083
Gastos por cama	348.672	374.555	300.166	295.855	288.023	315.620
Gastos por usuario asignado	605,70	650,67	521,44	513,95	500,35	548,29
Camas	383					
Población	220.473					
Empleados	2.366					

<b>Alcalá de Henares</b>	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Capítulo 1	101.318.018	107.644.384	85.697.477	85.643.865	83.983.568	92.870.017
Capítulo 2	52.134.811	58.132.366	35.959.136	50.147.480	42.201.111	47.701.437
Evolución gastos de personal		6%	-20%	0%	-2%	11%
Gastos de personal por trabajador	41.884	44.500	35.427	35.405	34.718	38.392
Gastos por cama	279.005	301.412	221.194	246.893	229.427	255.584
Gastos por usuario asignado	394,40	426,08	312,68	349,01	324,32	361,29
Camas	550					
Población	389.078					
Empleados	2.419					

<b>Valdemoro</b>	2008	2009	2010	2011	2012	2013
			37.400.000	42.631.792	45.978.633	50.379.450
Gastos por cama			415.555,56	473.686,58	510.873,70	559.771,67
Gastos por usuario asignado			399,16	455,00	490,72	537,68
Camas	90					
Población	93.697					

## **10.2 Anexo 2: Pesos y costes de los GRD – SNS Año 2010**

*Principales resultados y nota metodológica del proceso de estimación de costes y pesos por GRD para el SNS. Año 2010*

- En 2010 los procesos atendidos con hospitalización en los hospitales generales del Sistema Nacional de Salud tuvieron un coste medio aproximado de 4.920 Euros de acuerdo con los resultados del proyecto de estimación de pesos y costes de los GRD de hospitales del SNS llevado a cabo en una muestra de 42 hospitales.
- Los cálculos se realizaron a partir de los datos clínicos contenidos en los registros de altas de hospitalización – CMBD (conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria) y de los datos de contabilidad analítica. Las altas fueron agrupadas mediante el sistema de clasificación de pacientes de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico que clasifican todo los tipos de pacientes atendidos en 684 grupos (GRD) diferentes.
- Los 20 procesos (GRD) más frecuentes agrupan un 28% de los casos aunque suponen apenas un 2% del coste global en la muestra analizada y de ellos destacan en primer lugar el parto normal (GRD 373) con un coste medio de 2.014 euros, la neumonía simple y gripe (GRD 541) con 4.086 y el parto vaginal complicado (GRD 372) con 2.208 euros de coste.
- Los 20 procesos de mayor coste, por el contrario, apenas suponen el 0,36 por cien de los casos atendidos, aunque su coste global asciende al 6%. Entre ellos se encuentran procesos muy complejos o de larga estancia en el hospital tales como pacientes intervenidos con grandes complicaciones y sometidos a traqueostomía y ventilación mecánica (GRD 877), neonatos con menos de 750 grs de peso al nacer (GRD 602) y la mayoría de los trasplantes.

*Antecedentes:*

Los pesos y costes de los GRD para el Sistema Nacional de Salud (SNS) se vienen obteniendo periódicamente desde 1997, fecha en la que se aprobó el proyecto “*Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud*” (SNS), por parte del Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas<sup>1</sup>. El proceso de estimación de pesos y costes se realiza mediante la integración de la información sobre los costes hospitalarios, obtenidos por los sistemas de contabilidad analítica, con la información clínica, referida a las altas de pacientes atendidos y registrada en el CMBD (Registro de altas de hospitalización, que forma parte del conjunto de operaciones estadísticas del Plan Estadístico Nacional), en una muestra representativa de hospitales del SNS.

En el Anexo I se recogen algunas referencias conceptuales y de uso de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico en el Sistema Nacional de Salud

<sup>1</sup> <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm>

## *Proyecto de estimación de pesos y costes de la hospitalización - 2010*

En la presente edición los datos corresponden al año 2010. El total de hospitales participantes en el estudio es de 42, y el número total de altas de hospitalización que aportan ascienden a 742.512 altas válidas (20,2% del total de altas del SNS para ese año) y los costes globales de son de 3.921.116.595 euros.

La desagregación, por grupo clúster de hospitales<sup>2</sup>, de los hospitales participantes es la siguiente: 3 hospitales del grupo I, 18 del Grupo II, 12 pertenecen al grupo III, 4 del Grupo IV y 5 del Grupo V

La relación de hospitales participantes se recoge en el anexo II.

La agrupación de la casuística se ha realizado con las versiones 25.0 y 27.0 del agrupador AP-GRD (All Patients) que corresponden a las versiones en vigor para el año de estudio y para el de publicación respectivamente.

### **Metodología:**

A continuación se enumeran las principales tareas que se han llevado a cabo en cada una de las fases:

#### **Preparación de la Información Asistencial**

- En las bases de datos de altas, ya validadas de acuerdo con las normas de carga y validación del CMBD estatal, se ha procedido a la diferenciación de los casos según la duración de la estancia identificando los valores anormalmente altos o bajos, según los denominados “puntos de corte” que establecen, de acuerdo con un proceso estadístico de cálculo<sup>3</sup> los casos extremos, que se extraen en los primeros procesos de cálculo con el fin de minimizar su impacto en los cálculos de costes medios por proceso, pero manteniéndolos, como valores extremos, para el cómputo final de costes.

#### **Preparación y validación de la Información de costes**

En función de los diferentes formatos en los que ha sido reportada la información procedente de los costes, se distinguen dos tipos de datos de costes:

1.- Hospitales que disponen de información individual a nivel paciente (14 hospitales), en ellos El hospital, de forma individual registra Información del coste en cada uno de los episodios asistenciales.

En estos hospitales, de forma individual para cada hospital, se realiza el cruce de las dos bases de datos (CMBD y Costes por paciente).

En la base de datos agregada se procede a las siguientes tareas:

---

<sup>2</sup> Clasificación en conglomerados de hospitales generales del SNS. Norma estatal GRD v25 MSSSI en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/NormaGRD2008/CLASIFICACIONHOSPITALESCUSTER.pdf>

<sup>3</sup> Punto de corte (superior/inferior): estancia del GRD por encima/debajo de la cual se considera caso extremo, obtenido mediante la fórmula: Percentil 75  $\pm$  1,5 \* (Percentil 75 – Percentil 25)

- Depuración de la información: eliminación de registros duplicados, eliminación registros no coincidentes en ambas bases de datos, depuración costes/tiempos medios obtenidos (para conceptos de costes que provengan de tiempos).
- Agrupación de pacientes por GRD (AP-GRD, APR-GRD e IR-GRD)
- Agregación de la muestra y creación de la base de datos global muestral (14) por episodio.
- Imputación de Costes por GRD y Conceptos de Costes parciales (vectorización). Se establecen los costes por GRD para el total de la muestra y para cada uno de los conceptos de coste incluidos (en la presente edición, no ha sido posible realizar un vectorización de los mismos ya que no se disponía de datos suficientes para ello).
- Cálculo de pesos relativos por GRD.

Obtención tabla final de GRD con toda la información de costes y pesos por GRD a partir de la información de costes reales de pacientes de muestra de hospitales.

2.- Para el caso de los hospitales que NO disponen de información individual a nivel paciente: El resto de hospitales han registrado la información de costes por servicio, con diferentes niveles de desagregación, cubriendo al menos los siguientes centros de coste:

- Gastos médicos y de Estructura
- Gastos de Enfermería
- Gastos de Cuidados Diarios
- Gastos de UCI
- Gastos de Quirófano
- Gastos de Farmacia
- Gastos de Radiología
- Gastos de Laboratorio
- Gastos de Suministros Médicos
- Gastos de Terapias
- Servicios Clínicos

En este grupo de hospitales se ha procedido a efectuar un doble cálculo de costes por GRD:

- a) Cálculo de costes utilizando software propiedad de la empresa 3M, que realiza una estimación de costes mediante metodología *top-down* cuyas bases de reparto se resumen a continuación:
  - Preparación Información Asistencial: eliminación GRD erróneos, creación de Altas Equivalentes y corrección estadística de estancias
  - Preparación y validación de la Información de costes: eliminación de costes de no hospitalización, revisión asignación coherente y homogénea costes de hospitalización y su clasificación en los 26/12 grupos definidos
  - Integración de la actividad asistencial y económica (asignación de costes top-down: el sistema utiliza algoritmos internos generados por el equipo de desarrollo de los GRD, en EEUU que posibilitan la imputación a nivel paciente, de los “costes parciales” definidos anteriormente (12 - 26 centros de coste)<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> • El sistema utiliza una serie de algoritmos internos generados por el equipo de desarrollo de los GRD, que posibilitan la imputación a nivel paciente, de los “costes parciales” definidos (12/26 centros).

b) Aplicación de pesos relativos obtenidos en la muestra de costes individuales (metodología Premise®)

Tras estos pasos se efectúa la integración de los resultados de ambas muestras y se realiza una validación estadística comparando los resultados de frecuencia y estancia media de cada uno de los GRD con los del Sistema Nacional de Salud (Norma 2010), lo que permite, con fines de garantizar la representatividad de los resultados, corregir determinados valores de coste en función de las diferencias de estancia con respecto al SNS.

Finalmente se procede a ajustar y/o calcular individualmente los costes de los GRD con insuficiente número de casos ( $n < 30$ ) los cuales se calculan con base en la proporcionalidad que en los pesos americanos mantienen dichos GRD con respecto a casos clínica y funcionalmente relacionados; tal es el caso de algunos neonatos, algún caso de infección VIH, algún trasplante, craneotomía, etc.... De dichos casos la muestra contaba con datos para 603 altas y para el conjunto de hospitales del SNS se trata de casos de muy rara ocurrencia, y apenas suponen 3.000 casos en el año 2010 (menos de uno por 1000 altas).

---

Los algoritmos de imputación originales se realizan con base en información individualizada, para cada paciente- alta (en función de su estancia específica en días) y para cada “coste parcial”. Dichos algoritmos imputación se conocen como “pesos relativos por coste parcial” (Quirófano, Personal Facultativo, etc.) y, como se ha señalado anteriormente, están basados en la información suministrada por grandes bases de datos hospitalarias en EE.UU. Para los pacientes de la muestra, se recogen todos los costes de hospitalización, a partir de más de 100 grupos de costes básicos, definidos por paneles de profesionales sanitarios.

- La hipótesis de trabajo de este proyecto, se basa en la aceptación de esas bases de datos, como referencia de la práctica médica.
- La imputación de costes se realiza mediante:
  - La aplicación de costes relativos por cada grupo definido y por GRD.
  - La estancia real del paciente en el hospital.
  - El coste de los servicios.
  - El número de pacientes por GRD de los hospitales.

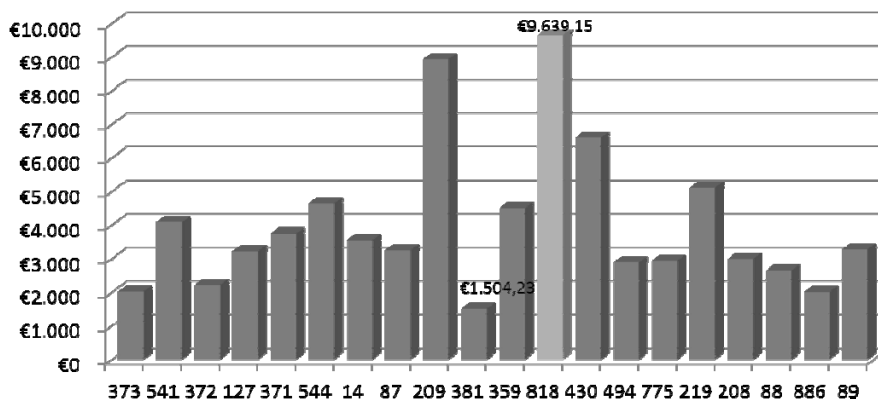
## Principales Resultados

A continuación, se muestran los principales resultados obtenidos para la muestra en su conjunto, para la versión AP25, en vigor en el año de estudio. En las tablas de resultados publicadas se incluyen también los relativos a la versión AP27 (actualmente vigente con la actual edición de los códigos de referencia de la clasificación en uso para codificación de diagnósticos y procedimientos CIE9MC 8ª edición).

El coste medio por alta se sitúa en 4.929 Euros. De los procesos más frecuentes solo cuatro superan dicho coste medio, siendo el GRD 818 que corresponde a la operación de sustitución de cadera excepto casos con complicaciones, el proceso de mayor coste con 9.639 euros y el aborto con aspiración y legrado (GRD 381) el de menor coste, con 1.504 euros.

En conjunto los casos que integran estos 20 procesos más frecuentes suponen casi el 30% de los casos de hospitalización pero apenas superan el 20,5% de los costes globales en los hospitales del SNS.

Grafico 1: Coste medio de los GRD más frecuentes:

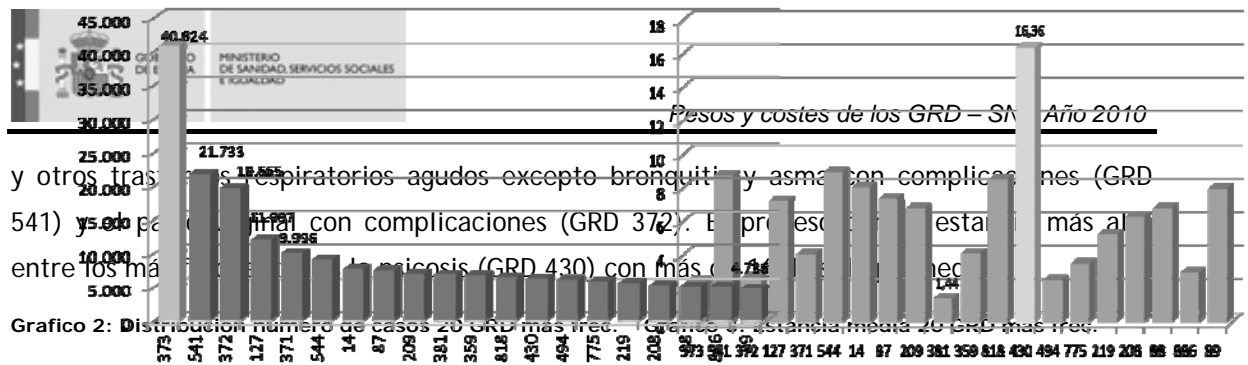


(1) Descripción 20 GRD más frecuentes (ordenados por frecuencia):

373 PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES	359 PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC
541 NEUMONÍA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESPIRATORIOS EXC. BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR	818 SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES
372 PARTO VAGINAL CON COMPLICACIONES	430 PSICOSIS
127 INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	494 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC
371 CESAREA, SIN COMPLICACIONES	775 BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 SIN CC
544 ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	219 PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 SIN CC
14 ICTUS CON INFARTO	208 TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC
87 EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	88 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
209 SUSTITUCION ARTICULACION MAYOR EXCEPTO CADERA & REEMPLANTE MIEMBRO INFERIOR, EXCEPTO POR CC	886 OTROS DIAGNÓSTICOS ANTEPARTO SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
381 ABORTO CON DILATACION & LEGRADO, ASPIRACION O HISTEROTOMIA	89 NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC

Nota: Ver apéndice de símbolos y abreviaturas utilizados

En los gráficos 2 y 3 se muestran la frecuencia y la estancia media de estos 20 procesos. El más frecuente es el parto vaginal sin complicaciones (GRD 373) seguido de la neumonía simple



MEMBRANA EXTRACORPOREA						
803	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA ALOGENICO	Q	801	33,98	64.286,16 €	13,0672
821	QUEMADURAS EXTENSAS O DE ESPESOR TOTAL CON VENT. MEC. + 96 hrs CON INJERTO DE PIEL	Q	109	28,4	57.866,92 €	11,7623
103	TRASPLANTE CARDIACO O IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA	Q	227	36,86	57.688,22 €	11,726
609	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, CON P. QUIR. SIGNIF., CON MULT. PROB. MAYORES	Q	123	55,07	55.311,16 €	11,2428
547	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS CON CC MAYOR	Q	419	22,2	49.459,43 €	10,0534
622	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON P. QUIR. SIGNIF., CON MULT. PROB. MAYORES	Q	828	31,52	45.554,99 €	9,2598
792	CRANEOTOMIA POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. CON CC MAYOR NO TRAUMATICA	Q	61	45,11	43.732,21 €	8,8892
793	PROC. POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. EXC. CRANEOTOMIA CON CC MAYOR NO TRAUMATICA	Q	651	26,79	37.458,07 €	7,6139

(T: tipo de GRD: Q quirúrgico y M: Médico)

CC: con comorbilidad y/o complicaciones

## Resumen y consideraciones finales

El estudio de pesos y costes de la hospitalización del año 2010 en el SNS, llevado a cabo en una muestra de 42 hospitales generales, estima para ese año un coste medio por alta de 4.920 euros, siendo el proceso más costoso más de 223 veces más caro que dicho paciente medio. Los 20 GRD más frecuentes suponen casi un 28% del total de altas<sup>5</sup> y el 20,5% de los costes de la muestra estudiada para ese año, mientras que los 20 GRD de mayor coste agrupan solo al 0,36% del total de altas y consumen el 6,4% de los recursos económicos totales destinados a la hospitalización.

El gasto global que supondría, para el total del SNS la aplicación de estos costes medios como tarifas, alcanzan un total de 17.818,53 millones de Euros, lo que supone un incremento interanual desde la anterior obtención de costes (pesos y costes 2008, actualizado de acuerdo con el IPC para 2009) de un 7,6% para los costes globales de la hospitalización.

No obstante, cabe señalar, que estas cifras de aumento son mayores a las registradas para el gasto global en la Estadística de Establecimientos con Régimen de Internado (ESCRI)<sup>6</sup>. Para ese mismo período (2010 respecto a 2009), dicha estadística presenta un incremento interanual del 4% para los hospitales de agudos, reflejando la desaceleración relativa de la actividad hospitalaria respecto a años anteriores, en donde, por primera vez se registra una disminución en el número de ingresos (más costosos), favoreciendo un mayor peso relativo de las áreas ambulatorias, hacia las que, por otra parte, se viene desplazando desde hace ya unos años la actividad de asistencia especializada anteriormente realizada con hospitalización. Este hecho justifica seguir avanzando en trabajos de estimación de costes y pesos de los procesos atendidos en las áreas ambulatorias de atención especializada.

<sup>6</sup> [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/SIAE\\_Resultadosprovisionales\\_2010.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/SIAE_Resultadosprovisionales_2010.pdf)

Desde el punto de vista metodológico cabe destacar que en esta edición se han obtenido por primera vez pesos y costes con base en costes individuales de episodios en una importante proporción de la casuística analizada (14 hospitales), y que además en conjunto se ha integrado información de 42 hospitales lo que dota a la muestra global de una mayor representatividad, tanto por grupo de hospitales como geográfica con 15 comunidades autónomas representadas<sup>7</sup>.

Ello ha permitido a su vez el cálculo de costes y pesos para la familia de GRD de los APR (AP refinados), los cuales están siendo objeto de análisis por parte de los grupos de trabajo de este sistema de información.

Como limitaciones del estudio cabe señalar, sin embargo, que a pesar de la participación de un mayor número de hospitales, se sigue apreciando una cierta sobrerrepresentación, en algunos GRD, de los hospitales de mayor tamaño, lo que sigue requiriendo algún ajuste posterior para permitir su comparabilidad con respecto al global del SNS.

Por último, se señala como recomendación, para futuros ejercicios, el completar la información relativa a centros de coste en la serie de datos de costes individuales por alta, consignando en cada registro los datos relativos a la participación de los vectores de coste que intervienen en la obtención de dichos costes individuales. Dicha información permitiría refinar la metodología de aplicación de los pesos resultantes de estos hospitales, teniendo en cuenta los diferentes componentes de coste en el proceso de reparto de costes, al aplicarlo en la muestra de hospitales que carezcan del detalle de información de costes por episodios individuales.

---

<sup>7</sup> El Instituto de Información Sanitaria desea hacer constar y agradecer el esfuerzo de colaboración de todos los responsables de los servicios de gestión económica/contabilidad analítica de los hospitales participantes, así como de los representantes autonómicos en el grupo de trabajo de Contabilidad Analítica y el Comité Técnico del CMBD y mostrar el reconocimiento al equipo técnico que ha estado a cargo del proyecto en la compañía responsable del mismo (SIGESA Case-Mix Knowledge SA)

## Anexo I: Referencias metodológicas y uso de los Grupos Relacionados por el diagnóstico GRD

Los Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) constituyen un sistema de clasificación de episodios de hospitalización en el que los pacientes se distribuyen en grupos de procesos o grupos de pacientes, en los cuales se identifican pacientes similares desde el punto de vista clínico, y en los que se espera un consumo similar de recursos.

Las principales características del sistema de clasificación lo convierten en uno de los más usados en tanto en cuanto aúna aspectos de manejabilidad - al agrupar toda la casuística en un número manejable de grupos - 684 para la versión APGRD v25-, información sobre patrones de intensidad en el consumo de recursos de hospitalización - derivados en gran parte de la tecnología aplicada, procedimientos realizados en el tratamiento de los pacientes y del tiempo de permanencia en el hospital (estancia)- y, además, mantienen significación epidemiológica y clínica al identificar la tipología de enfermedad, morbilidad secundaria y proceso de cuidados - complicaciones.

Los GRD incorporan un estimador de coste para cada tipo de proceso atendido y constituyen uno de los sistemas de agrupación de pacientes más utilizados para la obtención del denominado "case-mix", medida de la complejidad media de los pacientes atendidos en los hospitales, y para los "pesos relativos", o nivel de consumo de recursos atribuible a cada tipología o grupo de pacientes (GRD).

El concepto de peso está basado en la comparación de los costes individuales de los distintos grupos de pacientes con el coste medio por paciente, de forma que cada uno de los GRD lleva asociado un peso relativo que representa el coste esperado de este tipo de pacientes respecto al coste medio de todos los pacientes de hospitalización de agudos. Un peso relativo de valor 1 equivale al coste medio del paciente hospitalizado (estándar). Un peso por encima o por debajo de 1 significa que el coste específico de ese grupo estará por encima o por debajo respectivamente del coste del paciente promedio.

En el proyecto de análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud, iniciado en 1997 por el Ministerio y las comunidades autónomas, se ha ido contando con información de una muestra de hospitales, progresivamente mayor, que aporta los datos relativos al CMBD (Registro de altas de hospitalización) y los datos de coste cumpliendo una serie de criterios:

- ⊕ Los hospitales seleccionados deben reunir una serie de requisitos para su inclusión como son: tamaño, tipo de hospital, representatividad territorial, nivel de codificación y grado de desarrollo de contabilidad analítica.
- ⊕ Los criterios de normalización de la información clínica, base para la agrupación de pacientes, son los establecidos por el Comité Técnico del CMBD, órgano de representación territorial para el Registro de Altas del SNS - CMBD.
- ⊕ Del mismo modo, y a través del grupo de trabajo de contabilidad analítica (GTCA) se consensuan los criterios para la recogida de datos económicos, definición de productos intermedios y otros aspectos de imputación de costes.

Asimismo desde esta edición de 2004, se han ido depurando diversos aspectos de la metodología del proyecto, incorporando elementos de validación y ajuste de los resultados, con el fin de superar limitaciones derivadas del proceso de muestreo y obtener resultados más robustos. En esta línea de mejora, en sucesivas ediciones se ha ido incrementando el número de hospitales, que han pasado de los 14 iniciales a 42 en la edición de 2010.

Los hospitales son sometidos, periódicamente, tanto auditorías del CMBD como de la contabilidad de costes con el fin de establecer el nivel de fiabilidad y validez de los resultados obtenidos. La última auditoría fue realizada en 2011 y corresponde a los datos clínicos. Dicha auditoría fue realizada en una muestra representativa del CMBD, en 30 hospitales del SNS de todas las comunidades autónomas.

Con relación a la metodología de obtención de datos y a las auditorías de coste, en 2009 se inició una línea de trabajo, coordinada desde el Instituto de Información Sanitaria y con participación de todas las comunidades autónomas a través de sus responsables y representantes en el GTCA, destinada a mejorar la calidad de los datos. Hasta el momento se ha publicado un informe exhaustivo sobre la situación de los sistemas de contabilidad analítica y se ha elaborado una **guía de recomendaciones para la extracción de datos homogéneos de costes en el SNS**. Dicha guía, debe servir de referente de normalización para la obtención de pesos y costes hospitalarios en el SNS y está previsto que constituya la base para la elaboración de un nuevo manual del auditor en el proceso de evaluación de la calidad de los datos de coste en el proyecto del SNS.

Respecto al uso de los pesos españoles y costes de los procesos hospitalarios agrupados por GRD, estos constituyen un referente en diferentes ámbitos.

- ↪ Los pesos españoles en sus diferentes ediciones se usan en primer lugar como valor de referencia para la elaboración de las tarifas del Fondo de Cohesión del SNS (actual fondo de compensación), con objeto de realizar los cálculos de compensación a las Comunidades Autónomas por los pacientes atendidos en sus hospitales con residencia en otro territorio autonómico, en una serie de procesos seleccionados, que se recogen en los anexos específicos de las normas (Reales Decretos) que regulan dicho fondo de cohesión desde el año 2001.
- ↪ Igualmente los resultados de coste han sido proporcionados a otros órganos de la administración, como el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, para la elaboración de tarifas para pago a terceros y centros concertados.
- ↪ Parte de los datos de contabilidad analítica en la elaboración de algunos componentes de las estadísticas nacionales del gasto sanitario público y asimismo se usan en estimaciones de gasto para el envío de estadísticas internacionales (Sistema de Cuentas de la Salud de Eurostat/OCDE/OMS)
- ↪ Los pesos del SNS de los GRD también se incorporan a la denominada norma estatal, conjunto de datos, indicadores y estadísticos de referencia para el Sistema Nacional de Salud, basada en los GRD y que constituyen el estándar de comparación en el análisis del funcionamiento en relación a los procesos atendidos en la hospitalización.

**Anexo II: Estimación de pesos y costes de la hospitalización. Año 2010: relación de hospitales que componen la muestra**

1. Hospital de Antequera	Andalucía
2. Hospital de La Serranía	Andalucía
3. Complejo Hospitalario Virgen de La Victoria	Andalucía
4. Hospital Universitario Reina Sofía	Andalucía
5. Hospital Universitario San Cecilio de Granada	Andalucía
6. Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme	Andalucía
7. H Infanta Margarita de Cabra	Andalucía
8. H Este De Málaga- Axarquía	Andalucía
9. H De La Merced-Osuna	Andalucía
10. H San Juan de la Cruz	Andalucía
11. Obispo Polanco	Aragón
12. Hospital de Cabueñes	Asturias
13. Hospital Arriondas	Asturias
14. Hospital Central de Asturias	Asturias
15. Hospital Son Llätzer (Mallorca)	Baleares
16. Hospital Mateu Orfila (Menorca)	Baleares
17. Hospital De Gran Canaria Dr. Negrín	Canarias
18. Hospital Comarcal de Laredo	Cantabria
19. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Cantabria
20. Hospital de Sierrallana	Cantabria
21. Hospital de Hellín	Castilla-La Mancha
22. Hospital Santa Bárbara de Puertollano	Castilla-La Mancha
23. Hospital General de Ciudad Real	Castilla-La Mancha
24. Complejo Hospitalario de Toledo	Castilla-La Mancha
25. H. Talavera. Ntra. Sra. del Prado	Castilla-La Mancha
26. Hospital Virgen de la Concha- Complejo de Zamora	Castilla-León
27. Complejo Hospitalario de Leon	Castilla-León
28. Hospital Río Hortega de Valladolid	Castilla-León
29. Hospital del Mar	Cataluña
30. Hospital de La Vila-Joyosa (Marina Baixa)	Com. Valenciana
31. Hospital General Universitario de Alicante	Com. Valenciana
32. Hospital General de Castelló	Com. Valenciana
33. Hospital Lluís Alcanyís	Com. Valenciana
34. Hospital Don Benito-Villanueva de La Serena	Extremadura
35. H Campo Arañuelo-Navalmoral de La Mata	Extremadura

36. Hospital de Mérida	Extremadura
37. Hospital General Gregorio Marañón	Madrid
38. Hospital Severo Ochoa	Madrid
39. Hospital 12 De Octubre	Madrid
40. Hospital Virgen del Camino	Navarra
41. C. Hospitalario San Millán-San Pedro	Rioja, La
42. Fundación Hospital Calahorra	Rioja, La

## Apéndice A: Abreviaturas, acrónimos, signos y siglas utilizadas en los descriptores de los GRD

<b>&amp;</b>	Y (Ej.: hígado & otros)
<b>A&amp;AV</b>	AMIGDALAS Y ADENOIDES
<b>ADENOIDECT.</b>	ADENOIDECTOMIA
<b>AIT</b>	ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO
<b>AMIGDALECT.</b>	AMIGDALECTOMIA
<b>AMP.</b>	AMPUTACION
<b>ANEJ.</b>	ANEJOS
<b>ANTEB.</b>	ANTEBRAZO
<b>AP.</b>	APARATO
<b>ARTICUL.</b>	ARTICULACION
<b>BIL.</b>	BILIAR
<b>BILAT.</b>	BILATERAL
<b>C/</b>	CON
<b>CA.</b>	CARCINOMA
<b>CARD.</b>	CARDIACO/A
<b>CARDIAC.</b>	CARDIACO
<b>CARDIOTOR.</b>	CARDIOTORACICOS
<b>CARDIOVASC.</b>	CARDIOVASCULAR/ES
<b>CARDIOV.</b>	CARDIOVASCULAR/ES
<b>CAT.</b>	CATETERISMO
<b>CC</b>	CON COMPLICACIONES Y COMORBILIDADES
<b>CIE</b>	CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
<b>COLECISTECT.</b>	COLECISTECTOMIA
<b>COMPL.</b>	COMPLICACION
<b>CONGÉN.</b>	CONGENITA
<b>CRANEOT.</b>	CRANEOTOMIA
<b>D &amp; L</b>	DILATACION Y LEGRADO
<b>DESBRID.</b>	DESBRIDAMIENTO
<b>DIAG.</b>	DIAGNOSTICO
<b>DIFER.</b>	DIFERENCIADA
<b>DIG.</b>	DIGESTIVO
<b>DIGEST.</b>	DIGESTIVO
<b>E&lt;18</b>	EDAD<18
<b>ECB.</b>	EXPLORACION DEL CONDUCTO BILIAR
<b>ENDOCR.</b>	ENDOCRINOS
<b>ENF.</b>	ENFERMEDAD / ES
<b>EXC.</b>	EXCEPTO
<b>EXCIS.</b>	ESCISION
<b>EXTR.</b>	EXTREMIDAD
<b>EXTREM.</b>	EXTREMIDAD
<b>G.</b>	GRAMOS (Ej.:<750G)
<b>H.</b>	HORAS (Ej.: +96H)
<b>HEMATOPOY.</b>	HEMAATOPOYETICO
<b>HEP.</b>	HEPatico
<b>HEPATOBIL.</b>	HEPATOBILIAR
<b>HER.</b>	HERIDA
<b>HTA.</b>	HIPERTENSIÓN ARTERIAL
<b>HIV.</b>	VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA (en inglés: Human Inmunodeficiency Virus)
<b>I.</b>	INTESTINO
<b>IAM.</b>	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

<b>ICC.</b>	INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA
<b>IMA</b>	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
<b>IMPL.</b>	IMPLANTACION
<b>IMPLANT.</b>	IMPLANTACION
<b>INF.</b>	INFERIOR
<b>INFECC.</b>	INFECCION
<b>INJ.</b>	INJERTO
<b>INMUNOL.</b>	INMUNOLOGICO
<b>INTEST.</b>	INTESTINO
<b>M.INF.</b>	MIEMBRO INFERIOR
<b>M.INFERIOR</b>	MIEMBRO INFERIOR
<b>MALIG.</b>	MALIGNO
<b>MASC.</b>	MASCULINO
<b>MAY.</b>	MAYOR
<b>METAB.</b>	METABOLICO/S
<b>MIELOPRO.</b>	MIELOPROLIFERATIVO
<b>MÚLT.</b>	MULTIPLE
<b>MUSCULOESQ.</b>	MUSCULOESQUELETICO
<b>N.CRANEALES</b>	NERVIOS CRANEALES
<b>N.MALIGNA</b>	NEOPLASIA MALIGNA
<b>NEO.</b>	NEOPLASIA
<b>NEOPL.</b>	NEOPLASIA
<b>NUTRIC.</b>	NUTRICIONAL/ES
<b>ORG.</b>	ORGANOS (Ej.: sangre, org. Hematopoyéticos)
<b>ORL.</b>	OTORRINOLARINGOLOGICO
<b>P.</b>	PROCEDIMIENTO
<b>PERCUT.</b>	PERCUTANEO
<b>PERIF.</b>	PERIFERICOS
<b>PERM.</b>	PERMANENTE
<b>POST.</b>	POSTERIOR (Ej.: fusión vertebral anterior/post.)
<b>PQ</b>	PROCEDIMIENTO/S QUIRURGICO/S
<b>P.QUIR.</b>	PROCEDIMIENTO/S QUIRURGICO/S
<b>PRINC.</b>	PRINCIPAL
<b>PROC.</b>	PROCEDIMIENTOS
<b>PROC.S</b>	PROCEDIMIENTOS SOBRE
<b>PROCED.</b>	PROCEDIMIENTOS
<b>PROCED. S.</b>	PROCEDIMIENTOS SOBRE
<b>REIMPL.</b>	REIMPLANTACION
<b>RESP.</b>	RESPIRATORIO
<b>S.</b>	SOBRE (Ej.: Proc. S. Columna...)
<b>S/</b>	SIN
<b>S. MUSCULOESQUELETICO</b>	SISTEMA MUSCULOESQUELETICO
<b>S. NERVIOSO</b>	SISTEMA NERVIOSO
<b>SIGNIF.</b>	SIGNIFICATIVO
<b>SIST.</b>	SISTEMA
<b>SUP.</b>	SUPERIOR
<b>SUBCUTÁNEO</b>	TEJIDO SUBCUTANEO
<b>TRASPL.</b>	TRASPLANTE
<b>TRAS. / TRAST.</b>	TRASTORNO
<b>TRAUM.</b>	TRAUMATICA
<b>URIN.</b>	URINARIO
<b>VALV.</b>	VALVULA/S
<b>VENT.</b>	VENTILACIÓN (Ej.: Traqueostomía con vent.)
<b>VIH</b>	VIRUS INMUNODEFICIENCIA HUMANA



### **10.3 Anexo 3: Norma Ministerio APv27.0 datos 2010**

Norma de referencia: Norma Ministerio APv27.0 datos 2010

GRD	Descripción	Coste medio/Tarifa AP27	Peso Relativo AP27
1	CRANEOTOMIA EDAD>17 CON CC	15.206,24 €	3,0908
2	CRANEOTOMIA EDAD>17 SIN CC	10.888,12 €	2,2131
6	LIBERACION DE TUNEL CARPIANO	1.412,77 €	0,2872
7	PROCED. SOBRE N.CRANEALES & PERIFERICOS & OTROS PQ S.NER	5.597,46 €	1,1377
8	PROCED. SOBRE N.CRANEALES & PERIFERICOS & OTROS PQ S.NER	3.891,34 €	0,7910
9	TRASTORNOS & LESIONES ESPINALES	4.368,12 €	0,8879
10	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO CON CC	7.047,40 €	1,4325
11	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO SIN CC	4.768,00 €	0,9691
12	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO	3.543,68 €	0,7203
13	ESCLEROSIS MULTIPLE & ATAXIA CEREBELOSA	3.229,46 €	0,6564
14	ICTUS CON INFARTO	3.539,72 €	0,7195
15	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR NO ESPECIFICO & OCLUSION PREC	3.194,82 €	0,6494
16	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS CON CC	5.659,74 €	1,1504
17	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS SIN CC	3.249,56 €	0,6605
18	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES & PERIFERICOS CON CC	4.361,81 €	0,8866
19	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES & PERIFERICOS SIN CC	2.958,20 €	0,6013
21	MENINGITIS VIRICA	3.047,54 €	0,6194
22	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	4.045,53 €	0,8223
23	ESTUPOR & COMA NO TRAUMATICOS	2.633,11 €	0,5352
34	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CON CC	4.962,11 €	1,0086
35	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC	2.621,36 €	0,5328
36	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA	5.636,12 €	1,1456
37	PROCEDIMIENTOS SOBRE ORBITA	8.595,53 €	1,7471
38	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS	4.206,26 €	0,8550
39	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	3.569,40 €	0,7255
40	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD>17	4.087,13 €	0,8307
41	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD<18	4.361,21 €	0,8865
42	PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRIS & CRIST	6.155,19 €	1,2511
43	HIPEMA	6.553,79 €	1,3321
44	INFECCIONES AGUDAS MAYORES DE OJO	7.066,87 €	1,4364
45	TRASTORNOS NEUROLOGICOS DEL OJO	3.362,90 €	0,6835
46	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 CON CC	3.858,20 €	0,7842
47	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 SIN CC	3.193,95 €	0,6492
48	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD<18	3.390,30 €	0,6891
49	PROCED. MAYORES DE CABEZA & CUELLO EXCEPTO POR NEOPLAS	15.457,13 €	3,1418
50	SIALOADENECTOMIA	3.955,31 €	0,8040
51	PROCEDIMIENTOS SOBRE GLANDULAS SALIVARES EXCEPTO SIALO	2.874,99 €	0,5844
52	REPARACION DE HENDIDURA LABIAL & PALADAR	4.893,89 €	0,9947
53	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS & MASTOIDES EDAD>17	3.196,88 €	0,6498
54	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS & MASTOIDES EDAD<18	4.395,47 €	0,8934
55	PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA & GAR	2.642,89 €	0,5372
56	RINOPLASTIA	2.760,52 €	0,5611
57	PROCED. S. A&VA EXCEPTO AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOM	2.390,26 €	0,4858

58	PROCED. S. A&VA EXCEPTO AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA	2.408,06 €	0,4895
59	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17	2.177,92 €	0,4427
60	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	2.258,49 €	0,4591
61	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD>17	2.362,01 €	0,4801
62	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD<18	2.547,26 €	0,5178
63	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA	4.322,55 €	0,8786
64	NEOPLASIA MALIGNA DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	4.386,61 €	0,8916
65	ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO	2.310,17 €	0,4696
66	EPISTAXIS	2.897,22 €	0,5889
67	EPIGLOTITIS	2.976,21 €	0,6049
68	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD>17 CON CC	2.192,80 €	0,4457
69	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD>17 SIN CC	1.809,92 €	0,3679
70	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD<18	2.451,88 €	0,4984
71	LARINGOTRAQUEITIS	2.495,29 €	0,5072
72	TRAUMATISMO & DEFORMIDAD NASAL	1.874,47 €	0,3810
73	OTROS DIAGNOSTICOS DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA EDAD>	1.592,76 €	0,3237
74	OTROS DIAGNOSTICOS DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA EDAD<	1.597,21 €	0,3246
75	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES	7.808,68 €	1,5872
76	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO	6.001,42 €	1,2198
77	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO	3.800,23 €	0,7724
78	EMBOLISMO PULMONAR	3.672,19 €	0,7464
79	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMONIA	4.338,52 €	0,8818
80	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMONIA	3.317,54 €	0,6743
82	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	4.129,87 €	0,8394
83	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR CON CC	3.489,76 €	0,7093
84	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR SIN CC	2.195,42 €	0,4462
85	DERRAME PLEURAL CON CC	4.533,10 €	0,9214
86	DERRAME PLEURAL SIN CC	3.847,43 €	0,7820
87	EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	3.242,91 €	0,6592
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	2.652,45 €	0,5391
89	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC	3.270,94 €	0,6649
90	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 SIN CC	2.491,57 €	0,5064
92	NEUMOPATIA INTERSTICIAL CON CC	3.856,31 €	0,7838
93	NEUMOPATIA INTERSTICIAL SIN CC	3.165,02 €	0,6433
94	NEUMOTORAX CON CC	3.856,75 €	0,7839
95	NEUMOTORAX SIN CC	2.514,72 €	0,5111
96	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 CON CC	2.504,86 €	0,5091
97	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 SIN CC	2.147,06 €	0,4364
99	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CC	2.941,76 €	0,5979
100	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS SIN CC	1.882,34 €	0,3826
101	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	3.192,85 €	0,6490
102	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	2.432,13 €	0,4944
103	TRASPLANTE CARDIACO O IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE ASISTENCIA	57.395,14 €	11,6661
104	PROC. SOBRE VALV. CARDIACAS & OTROS PROC. CARDIOTORACICOS	25.529,70 €	5,1892
105	PROC. SOBRE VALV. CARDIACAS & OTROS PROC. CARDIOTORACICOS	20.188,92 €	4,1036
106	BYPASS CORONARIO CON ACTP	35.825,48 €	7,2819
107	BYPASS CORONARIO SIN ACTP Y CON CATETERISMO CARDIACO	19.953,18 €	4,0557
108	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS	15.983,80 €	3,2489
109	BYPASS CORONARIO SIN ACTP SIN CATETERISMO CARDIACO	14.301,63 €	2,9069
110	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC	15.246,87 €	3,0991

111	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES SIN CC	11.301,05 €	2,2970
112	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTANEOS, SIN IAM, IN	3.365,62 €	0,6841
113	AMPUTACION POR TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO M.SUPERIOR Y	13.051,97 €	2,6529
114	AMPUTACION DE M.SUPERIOR & DEDOS DEL PIE POR TRASTORNOS	6.768,16 €	1,3757
115	IMPLANT. MARCAPASOS CARD. PERM. CON IAM, F. CARDIACO, SHOC	11.438,15 €	2,3249
116	OTRAS IMPLANTACIONES DE MARCAPASOS CARDIACO PERMANENT	6.693,33 €	1,3605
117	REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO EXCEPTO SUSTITUCION DE C	5.365,71 €	1,0906
118	REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO SUSTITUCION DE GENERADOC	5.343,12 €	1,0860
119	LIGADURA & STRIPPING DE VENAS	1.691,19 €	0,3438
120	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO CIRCULATOR	9.615,00 €	1,9543
121	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM & COMPL.MAYORES, ALTA CON VI	5.253,95 €	1,0679
122	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM SIN COMPL. MAYORES ALTA CON V	4.413,17 €	0,8970
123	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM, EXITUS	4.434,04 €	0,9013
124	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO & DIAG. C	5.004,40 €	1,0172
125	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO SIN DIAG	2.573,47 €	0,5231
126	ENDOCARDITIS AGUDA & SUBAGUDA	10.741,00 €	2,1832
127	INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	3.218,22 €	0,6541
128	TROMBOFLEBITIS DE VENAS PROFUNDAS	2.730,10 €	0,5549
129	PARADA CARDIACA, CAUSA DESCONOCIDA	4.561,51 €	0,9272
130	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC	3.521,38 €	0,7158
131	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC	2.755,15 €	0,5600
132	ATEROSCLEROSIS CON CC	4.516,85 €	0,9181
133	ATEROSCLEROSIS SIN CC	3.754,91 €	0,7632
134	HIPERTENSION	2.592,14 €	0,5269
135	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 C	3.148,39 €	0,6399
136	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 S	2.597,39 €	0,5279
137	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD<18	2.997,72 €	0,6093
138	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION CON CC	2.872,21 €	0,5838
139	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION SIN CC	2.364,79 €	0,4807
140	ANGINA DE PECHO	2.175,48 €	0,4422
141	SINCOPE & COLAPSO CON CC	2.811,83 €	0,5715
142	SINCOPE & COLAPSO SIN CC	2.468,83 €	0,5018
143	DOLOR TORACICO	2.135,85 €	0,4341
144	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC	4.256,44 €	0,8652
145	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC	3.382,11 €	0,6874
146	RESECCION RECTAL CON CC	12.433,35 €	2,5272
147	RESECCION RECTAL SIN CC	8.840,78 €	1,7970
148	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO CC	11.527,42 €	2,3431
149	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO SIN	7.766,79 €	1,5787
150	ADHESIOLISIS PERITONEAL CON CC	8.926,17 €	1,8143
151	ADHESIOLISIS PERITONEAL SIN CC	5.876,00 €	1,1944
152	PROCEDIMIENTOS MENORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO CC	8.653,74 €	1,7590
153	PROCEDIMIENTOS MENORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO SIN	5.826,73 €	1,1843
154	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD	12.126,96 €	2,4649
155	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD	6.068,45 €	1,2335
156	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD	6.600,83 €	1,3417
157	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA CON CC	3.582,73 €	0,7282
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC	1.882,37 €	0,3826
159	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL E	4.298,37 €	0,8737
160	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL E	2.958,45 €	0,6013

161	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 C	2.789,39 €	0,5670
162	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 S	2.056,98 €	0,4181
163	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	2.631,17 €	0,5348
164	APENDICECTOMIA CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO CON	8.123,86 €	1,6513
165	APENDICECTOMIA CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN	5.124,76 €	1,0417
166	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO CON	5.577,10 €	1,1336
167	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN C	3.256,21 €	0,6619
168	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA CON CC	3.551,99 €	0,7220
169	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC	2.825,47 €	0,5743
170	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE APARATO DIGESTIV	8.773,04 €	1,7832
171	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE APARATO DIGESTIV	6.433,17 €	1,3076
172	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC	4.679,68 €	0,9512
173	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA SIN CC	3.556,18 €	0,7228
174	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC	3.516,30 €	0,7147
175	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	2.538,18 €	0,5159
176	ULCERA PEPTICA COMPLICADA	3.250,82 €	0,6608
177	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA CON CC	4.281,22 €	0,8702
178	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA SIN CC	3.168,11 €	0,6439
179	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	3.966,86 €	0,8063
180	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL CON CC	3.337,88 €	0,6785
181	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL SIN CC	2.469,99 €	0,5020
182	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS ED	3.282,35 €	0,6672
183	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS ED	2.589,71 €	0,5264
185	TRAST. DENTALES & BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES & REPOSIC	2.653,16 €	0,5393
186	TRAST. DENTALES & BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES & REPOSIC	2.794,64 €	0,5680
187	EXTRACCIONES & REPOSICIONES DENTALES	2.169,16 €	0,4409
188	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC	3.205,29 €	0,6515
189	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC	2.323,96 €	0,4724
191	PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION CON C	10.499,78 €	2,1342
192	PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION SIN C	9.600,94 €	1,9515
193	PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN	11.646,03 €	2,3672
194	PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN	8.306,82 €	1,6884
195	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	11.424,20 €	2,3221
196	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	10.091,96 €	2,0513
197	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	8.781,42 €	1,7849
198	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	5.253,76 €	1,0679
199	PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO HEPATOBILIAR POR NEOPLASIA MA	7.499,75 €	1,5244
200	PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO HEPATOBILIAR EXCEPTO POR NEOP	6.349,53 €	1,2906
201	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS HEPATOBILIARES O DE PA	9.632,23 €	1,9578
202	CIRROSIS & HEPATITIS ALCOHOLICA	3.688,86 €	0,7498
203	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PANCREAS	4.274,45 €	0,8688
204	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	3.312,22 €	0,6732
205	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS AL	3.074,73 €	0,6250
206	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS AL	1.859,60 €	0,3780
207	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC	4.402,75 €	0,8949
208	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	2.993,43 €	0,6084
209	SUSTITUCION ARTICULACION MAYOR EXCEPTO CADERA & REIMPLA	8.919,11 €	1,8129
210	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD	9.122,74 €	1,8543
211	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD	7.084,67 €	1,4400
212	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD	7.362,52 €	1,4965

213	AMPUTACION POR TRASTORNOS MUSCULOESQUELETICOS & TEJID	13.001,46 €	2,6427
216	BIOPSIAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJIDO CONECTIV	6.130,83 €	1,2462
217	DESBRID.HER.& INJ.PIEL EXC.HER.ABIERTA POR TRAST.MUS.ESQ.&	11.163,48 €	2,2691
218	PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>1	7.843,90 €	1,5944
219	PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>1	5.106,02 €	1,0378
220	PROCEDIMIENTOS EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEM	3.754,73 €	0,7632
221	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA CON CC	3.880,00 €	0,7886
222	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	3.246,11 €	0,6598
223	PROC. MAYORES HOMBRO/CODO, U OTROS PROCEDIMIENTOS EXTR	3.524,69 €	0,7164
224	PROC. HOMBRO, CODO O ANTEBRAZO, EXC. PROC.MAYOR DE ARTIC	3.654,32 €	0,7428
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	2.884,88 €	0,5864
226	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS CON CC	5.019,27 €	1,0202
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	3.231,43 €	0,6568
228	PROC.MAYOR SOBRE PULGAR O ARTICULACION, U OTROS PROC.S.M	3.406,64 €	0,6924
229	PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES S.ARTIC	2.822,74 €	0,5738
230	EXCISION LOCAL & ELIMINACION DISP. FIJACION INTERNA DE CADEF	3.178,05 €	0,6460
232	ARTROSCOPIA	2.697,00 €	0,5482
233	OTROS PROC.QUIRURGICOS DE S.MUSCULOESQUELETICO & T.CONE	11.508,15 €	2,3391
234	OTROS PROC.QUIRURGICOS DE S.MUSCULOESQUELETICO & T.CONE	7.773,98 €	1,5801
235	FRACTURAS DE FEMUR	5.303,74 €	1,0780
236	FRACTURAS DE CADERA & PELVIS	4.037,52 €	0,8207
237	ESGUINCE, DESGARRO & LUXACION DE CADERA, PELVIS & MUSLO	2.103,03 €	0,4275
238	OSTEOMIELITIS	5.674,85 €	1,1535
239	FRACTURAS PATOLOGICAS & NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQU	5.037,71 €	1,0240
240	TRASTORNOS DE T.CONECTIVO CON CC	5.798,93 €	1,1787
241	TRASTORNOS DE T.CONECTIVO SIN CC	4.293,25 €	0,8726
242	ARTRITIS SEPTICA	7.371,45 €	1,4983
243	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA	3.073,46 €	0,6247
244	ENFERMEDADES OSEAS & ARTROPATIAS ESPECIFICAS CON CC	4.174,85 €	0,8486
245	ENFERMEDADES OSEAS & ARTROPATIAS ESPECIFICAS SIN CC	2.909,15 €	0,5913
246	ARTROPATIAS NO ESPECIFICAS	3.883,21 €	0,7893
247	SIGNOS & SINTOMAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & T.CONE	2.994,84 €	0,6087
248	TENDINITIS, MIOSITIS & BURSITIS	2.590,49 €	0,5265
249	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO ORTOPEDICO	4.183,20 €	0,8503
250	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,	2.514,05 €	0,5110
251	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,	2.011,15 €	0,4088
252	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,	1.849,81 €	0,3760
253	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXC	3.451,55 €	0,7016
254	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXC	1.915,06 €	0,3893
255	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXC	1.754,40 €	0,3566
256	OTROS DIAGNOSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJI	2.249,17 €	0,4572
257	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	6.050,21 €	1,2298
258	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	5.662,18 €	1,1509
259	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	4.936,42 €	1,0034
260	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	4.045,38 €	0,8223
261	PROC. S. MAMA POR PROCESO NO MALIGNO EXCEPTO BIOPSIA & EX	4.009,62 €	0,8150
262	BIOPSIA DE MAMA & EXCISION LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO	2.525,94 €	0,5134
263	INJERTO PIEL &/O DESBRID. POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS CON	10.299,02 €	2,0934
264	INJERTO PIEL &/O DESBRID. POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS SIN	5.117,32 €	1,0401
265	INJERTO PIEL &/O DESBRID. EXCEPTO POR ULCERA CUTANEA, CELU	5.831,35 €	1,1853

266	INJERTO PIEL &/O DESBRID. EXCEPTO POR ULCERA CUTANEA, CELU	4.572,63 €	0,9294
267	PROCEDIMIENTOS DE REGION PERIANAL & ENFERMEDAD PILONIDA	1.683,36 €	0,3422
268	PROCEDIMIENTOS PLASTICOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA	3.770,06 €	0,7663
269	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA CO	4.738,00 €	0,9630
270	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA SIN	2.865,84 €	0,5825
271	ULCERAS CUTANEAS	5.026,12 €	1,0216
272	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL CON CC	6.508,55 €	1,3229
273	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL SIN CC	5.200,28 €	1,0570
274	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA CON CC	4.658,59 €	0,9469
275	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA SIN CC	3.250,25 €	0,6606
276	TRASTORNOS NO MALIGNOS DE MAMA	1.882,44 €	0,3826
277	CELULITIS EDAD>17 CON CC	3.783,71 €	0,7691
278	CELULITIS EDAD>17 SIN CC	2.705,54 €	0,5499
279	CELULITIS EDAD<18	3.407,26 €	0,6926
280	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD>17 CON CC	2.951,96 €	0,6000
281	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD>17 SIN CC	1.925,09 €	0,3913
282	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD<18	2.106,29 €	0,4281
283	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL CON CC	5.212,86 €	1,0596
284	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL SIN CC	2.670,90 €	0,5429
285	AMPUTACION M.INFERIOR POR TRAST.ENDOCRINOS, NUTRICIONALE	11.426,14 €	2,3225
286	PROCEDIMIENTOS SOBRE SUPRARRENALES & HIPOFISIS	8.400,67 €	1,7075
287	INJERTO DE PIEL & DESBRIDAMIENTO HERIDA POR TRAST. ENDOCR	7.868,97 €	1,5994
288	PROCEDIMIENTOS GÁSTRICOS PARA OBESIDAD	7.404,30 €	1,5050
289	PROCEDIMIENTOS SOBRE PARATIROIDES	3.473,16 €	0,7060
290	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES	3.907,57 €	0,7943
291	PROCEDIMIENTOS SOBRE TRACTO TIREOGLOSO	2.932,63 €	0,5961
292	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ENDOCR., NUTRIC. & META	12.096,76 €	2,4588
293	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ENDOCR., NUTRIC. & META	6.837,80 €	1,3898
294	DIABETES EDAD>35	3.550,57 €	0,7217
295	DIABETES EDAD<36	4.031,37 €	0,8194
296	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDA	3.440,21 €	0,6993
297	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDA	2.653,45 €	0,5393
298	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDA	2.912,61 €	0,5920
299	ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	2.781,64 €	0,5654
300	TRASTORNOS ENDOCRINOS CON CC	5.086,71 €	1,0339
301	TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	3.827,66 €	0,7780
302	TRASPLANTE RENAL	25.099,00 €	5,1016
303	PROCEDIMIENTOS S.RIÑON Y URETER POR NEOPLASIA	7.811,08 €	1,5877
304	PROC. S. RIÑON Y URETER POR PROCEDIMIENTO NO NEOPLASICO C	7.932,22 €	1,6123
305	PROC. S. RIÑON Y URETER POR PROCEDIMIENTO NO NEOPLASICO S	6.038,14 €	1,2273
306	PROSTATECTOMIA CON CC	4.288,93 €	0,8718
307	PROSTATECTOMIA SIN CC	3.461,98 €	0,7037
308	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA CON CC	5.742,85 €	1,1673
309	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA SIN CC	3.701,31 €	0,7523
310	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES CON CC	3.721,06 €	0,7563
311	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	2.627,04 €	0,5340
312	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 CON CC	3.660,54 €	0,7440
313	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 SIN CC	2.602,98 €	0,5291
314	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD<18	4.730,57 €	0,9615
315	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑON & TRACTO URINARIO	4.988,68 €	1,0140

316	INSUFICIENCIA RENAL	4.454,67 €	0,9055
317	ADMISION PARA DIALISIS RENAL	1.899,85 €	0,3862
318	NEOPLASIAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO CON CC	4.089,68 €	0,8313
319	NEOPLASIAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO SIN CC	2.300,59 €	0,4676
320	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	3.183,14 €	0,6470
321	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	2.201,29 €	0,4474
322	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD<18	3.714,04 €	0,7549
323	CALCULOS URINARIOS CON CC, &/O LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA	2.394,86 €	0,4868
324	CALCULOS URINARIOS SIN CC	1.949,42 €	0,3962
325	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON	2.849,85 €	0,5793
326	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN C	2.202,98 €	0,4478
327	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD<18	2.989,68 €	0,6077
328	ESTENOSIS URETRAL EDAD>17 CON CC	3.555,30 €	0,7226
329	ESTENOSIS URETRAL EDAD>17 SIN CC	2.454,25 €	0,4989
330	ESTENOSIS URETRAL EDAD<18	3.929,98 €	0,7988
331	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 CO	4.376,00 €	0,8895
332	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN	2.762,05 €	0,5614
333	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD<18	4.441,02 €	0,9027
334	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA CON CC	7.287,89 €	1,4813
335	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA SIN CC	6.663,81 €	1,3545
336	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL CON CC	3.931,34 €	0,7991
337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL SIN CC	3.431,40 €	0,6975
338	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, NEOPLASIA MALIGNA	2.999,21 €	0,6096
339	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD	2.070,21 €	0,4208
340	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD	2.583,49 €	0,5251
341	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PENE	4.995,30 €	1,0153
344	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL MASC. PARA NEOPLAS	4.962,61 €	1,0087
345	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL MASC. EXC. PARA NEO	3.640,02 €	0,7399
346	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASCULINO, CON CC	4.623,60 €	0,9398
347	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASCULINO, SIN CC	4.241,72 €	0,8622
348	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC	2.832,02 €	0,5756
349	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SIN CC	1.889,31 €	0,3840
350	INFLAMACION DE APARATO GENITAL MASCULINO	2.256,69 €	0,4587
351	ESTERILIZACION, VARON	1.528,98 €	0,3108
352	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO GENITAL MASCULINO	2.188,70 €	0,4449
353	EVISCERACION PELVICA, HISTERECTOMIA RADICAL & VULVECTOMIA	9.643,44 €	1,9601
354	PROC. S. UTERO, ANEJOS POR N.MALIGNA NO OVARICAS NI DE ANE	10.402,34 €	2,1144
355	PROC. S. UTERO, ANEJOS POR N.MALIGNA NO OVARICAS NI DE ANE	6.837,17 €	1,3897
356	PROC. DE RECONSTRUCCION APARATO GENITAL FEMENINO	3.602,22 €	0,7322
357	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE OVA	9.447,83 €	1,9204
358	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MA	5.083,99 €	1,0334
359	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MA	4.507,53 €	0,9162
360	PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CERVIX & VULVA	2.882,88 €	0,5860
361	LAPAROSCOPIA O INTERRUPCION TUBARICA INCISIONAL	3.672,18 €	0,7464
362	INTERRUPCION TUBARICA POR ENDOSCOPIA	1.999,19 €	0,4064
363	DILATACION & LEGRADO, CONIZACION & RADIO-IMPLANTE POR NEC	3.899,92 €	0,7927
364	DILATACION & LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEOPLASIA M	1.888,46 €	0,3838
365	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL FEMENINO	5.800,30 €	1,1790
366	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMENINO, CON CC	6.605,83 €	1,3427
367	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMENINO, SIN CC	4.668,67 €	0,9490

368	INFECCIONES, APARATO GENITAL FEMENINO	2.617,99 €	0,5321
369	TRASTORNOS MENSTRUALES & OTROS PROBLEMAS DE APARATO G	1.741,92 €	0,3541
370	CESAREA, CON COMPLICACIONES	3.604,61 €	0,7327
371	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	3.745,06 €	0,7612
372	PARTO VAGINAL CON COMPLICACIONES	2.208,15 €	0,4488
373	PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES	2.014,62 €	0,4095
374	PARTO VAGINAL CON ESTERILIZACION Y/O DILACION & LEGRADO	2.940,11 €	0,5976
375	PARTO VAGINAL CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EXCEPTO ESTE	2.788,17 €	0,5667
376	DIAGNOSTICOS POST-PARTO & POST-ABORTO SIN PROCEDIMIENTO	2.094,92 €	0,4258
377	DIAGNOSTICOS POST-PARTO & POST-ABORTO CON PROCEDIMIENTO	3.911,56 €	0,4783
378	EMBARAZO ECTOPICO	2.342,91 €	0,4762
379	AMENAZA DE ABORTO	1.897,38 €	0,3857
380	ABORTO SIN DILACION & LEGRADO	1.154,74 €	0,2347
381	ABORTO CON DILACION & LEGRADO, ASPIRACION O HISTEROTOM	1.503,81 €	0,3057
382	FALSO TRABAJO DE PARTO	1.070,35 €	0,2176
392	ESPLENECTOMIA EDAD>17	7.094,28 €	1,4420
393	ESPLENECTOMIA EDAD<18	6.429,21 €	1,3068
394	OTROS PROC.QUIRURGICOS HEMATOLOGICOS Y DE ORGANOS HEM	3.718,95 €	0,7559
395	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	3.183,15 €	0,6470
397	TRASTORNOS DE COAGULACION	4.343,99 €	0,8830
398	TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL & INMUNITARIOS CON CC	4.298,42 €	0,8737
399	TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL & INMUNITARIOS SIN CC	3.560,49 €	0,7237
401	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PROC.QUIRURGICOS	9.801,42 €	1,9922
402	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PROC.QUIRURGICOS	5.668,18 €	1,1521
403	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON CC	7.320,66 €	1,4880
404	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC	5.525,47 €	1,1231
406	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON PROC.QUIRU	11.952,07 €	2,4294
407	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON PROC.QUIRU	7.920,17 €	1,6099
408	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON OTRO PROCE	5.475,68 €	1,1130
409	RADIOTERAPIA	3.827,03 €	0,7779
410	QUIMIOTERAPIA	3.656,18 €	0,7432
413	OTROS TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS O NEOPLASIAS MAL D	5.165,81 €	1,0500
414	OTROS TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS O NEOPLASIAS MAL D	3.426,26 €	0,6964
417	SEPTICEMIA EDAD<18	4.473,15 €	0,9092
418	INFECCIONES POSTOPERATORIAS & POSTRAUMATICAS	4.543,78 €	0,9236
419	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 CON CC	3.560,37 €	0,7237
420	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 SIN CC	2.316,79 €	0,4709
421	ENFERMEDAD VIRICA EDAD>17	2.604,48 €	0,5294
422	ENFERMEDAD VIRICA & FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD<18	2.687,91 €	0,5463
423	OTROS DIAGNOSTICOS DE ENFERMEDAD INFECCIOSA & PARASITAR	4.197,12 €	0,8531
424	PROC.QUIRURGICO CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE ENFERMEDAD	13.498,07 €	2,7436
425	REACCION DE ADAPTACION AGUDA & DISFUNCION PSICOSOCIAL	3.071,37 €	0,6243
426	NEUROSIS DEPRESIVAS	4.603,97 €	0,9358
427	NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA	4.031,21 €	0,8194
428	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD & CONTROL DE IMPULSOS	3.546,04 €	0,7208
429	ALTERACIONES ORGANICAS & RETRASO MENTAL	4.212,69 €	0,8563
430	PSICOSIS	6.597,63 €	1,3410
431	TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA	3.871,56 €	0,7869
432	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL	2.483,53 €	0,5048
439	INJERTO CUTANEO POR LESION TRAUMATICA	7.744,36 €	1,5741

440	DESBRIDAMIENTO HERIDA POR LESION TRAUMATICA, EXCEPTO HER	6.346,06 €	1,2899
441	PROCEDIMIENTOS SOBRE MANO POR LESION TRAUMATICA	4.616,35 €	0,9383
442	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR LESION TRAUMATICA	7.995,64 €	1,6252
443	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR LESION TRAUMATICA	3.716,97 €	0,7555
444	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD>	2.624,38 €	0,5334
445	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD>	2.041,81 €	0,4150
446	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD<	2.319,38 €	0,4714
447	REACCIONES ALERGICAS EDAD>17	3.983,84 €	0,8098
448	REACCIONES ALERGICAS EDAD<18	1.823,85 €	0,3707
449	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 CON CC	3.291,39 €	0,6690
450	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 SIN CC	2.290,47 €	0,4656
451	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18	1.625,22 €	0,3303
452	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO CON CC	3.736,44 €	0,7595
453	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO SIN CC	2.921,24 €	0,5938
454	OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO & EFECTO TO	2.919,48 €	0,5934
455	OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO & EFECTO TO	1.649,75 €	0,3353
461	PROC. QUIRURGICO CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVICIOS	3.909,74 €	0,7947
462	REHABILITACION	7.426,28 €	1,5095
463	SIGNOS & SINTOMAS CON CC	3.545,79 €	0,7207
464	SIGNOS & SINTOMAS SIN CC	1.881,31 €	0,3824
465	CUIDADOS POSTERIORES CON HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DI	2.322,89 €	0,4721
466	CUIDADOS POSTERIORES SIN HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DIA	2.325,79 €	0,4727
467	OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	1.884,18 €	0,3830
468	Procedimiento quirúrgico extensivo sin relación con diagnóstico princ	10.719,32 €	2,1788
469	Diagnóstico principal no válido como diagnóstico de alta	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
470	No agrupable	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
471	PROC.MAYORES SOBRE ARTICULACION M.INFERIOR, BILATERAL O M	21.259,02 €	4,3211
476	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PROSTATICO NO RELACIONADO CON	21.828,45 €	4,4368
477	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CC	9.526,53 €	1,9364
478	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC	8.781,08 €	1,7848
479	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES SIN CC	6.123,23 €	1,2446
480	TRASPLANTE HEPATICO Y/O TRASPLANTE INTESTINAL	72.240,43 €	14,6836
482	TRAQUEOSTOMIA CON TRASTORNOS DE BOCA, LARINGE O FARINGI	16.939,88 €	3,4432
491	PROCEDIMIENTOS MAYORES REIMPLANTACION ARTICULACION & MI	8.484,04 €	1,7245
493	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BI	4.149,24 €	0,8434
494	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BI	2.878,20 €	0,5850
530	CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	33.787,86 €	6,8677
531	PROCEDIMIENTOS SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO CRANEOTOMIA CO	18.715,17 €	3,8040
532	AIT, OCLUSIONES PRECEREBRALES, CONVULSIONES & CEFALEA CC	4.827,84 €	0,9813
533	OTROS TRAST. SISTEMA NERVIOSO EXC. AIT, CONVULSIONES & CEF	8.015,80 €	1,6293
534	PROCEDIMIENTOS OCULARES CON CC MAYOR	9.298,08 €	1,8899
535	TRASTORNOS OCULARES CON CC MAYOR	5.433,79 €	1,1045
536	PROCEDIMIENTOS ORL & BUCALES EXCEPTO PROC.MAYORES CABE	6.344,04 €	1,2895
538	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	14.837,92 €	3,0160
539	PROCEDIMIENTOS RESPIRATORIOS EXCEPTO PROC.TORACICOS MA	12.505,57 €	2,5419
540	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMO	5.395,16 €	1,0966
541	NEUMONÍA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESPIRATORIOS EXC. BRONQUI	4.087,78 €	0,8309
543	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, ENDOCARDITIS, ICC & ARRIT	5.277,99 €	1,0728
544	ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	4.633,52 €	0,9418
545	PROCEDIMIENTO VALVULAR CARDIACO CON CC MAYOR	37.404,11 €	7,6028

546	BYPASS CORONARIO CON CC MAYOR	28.175,83 €	5,7270
547	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS CON CC MAYOR	49.438,63 €	10,0489
548	IMPLANTACION O REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO CON CC M	11.424,04 €	2,3220
549	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR	25.687,59 €	5,2213
550	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC MAYOR	12.624,40 €	2,5660
551	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & ULCERA NO COMPLICADA CON C	4.558,55 €	0,9266
552	TRAST. AP. DIGESTIVO EXCEPTO ESOF., GASTROENT. & ULC.NO COM	6.670,67 €	1,3559
553	PROC.AP.DIGEST. EXCEPTO HERNIA & PROC.MAYOR ESTOMAGO O I	14.131,63 €	2,8724
554	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA CON CC MAYOR	6.747,51 €	1,3715
555	PROC. PANCREAS, HIGADO & OTROS VIA BILIAR CON CC MAYOR	25.240,50 €	5,1304
556	COLECISTECTOMIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES C	13.059,57 €	2,6545
557	TRASTORNOS HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	6.749,72 €	1,3719
558	PROC.MUSCULOESQUELETICO MAYOR CON CC MAYOR	15.322,37 €	3,1144
559	PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELETICOS NO MAYORES CON CC	12.631,85 €	2,5675
560	TRAST.MUSCULOESQ.EXC.OSTEOMIEL.,ART.SEPTICA & TRAST.T.CO	6.596,40 €	1,3408
561	OSTEOMIELITIS, ARTRITIS SEPTICA & TRAST.T.CONECT. CON CC MA	8.870,78 €	1,8031
562	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL & MAMA CON CC MAYOR	7.925,93 €	1,6110
563	OTROS TRASTORNOS DE PIEL CON CC MAYOR	4.817,99 €	0,9793
564	PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL & MAMA CON CC MAYOR	10.404,69 €	2,1149
565	PROCEDIMIENTOS ENDOCR.,NUTRIC. & METAB. EXC.AMPUTACION M	12.662,02 €	2,5737
566	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. & METAB. EXC. TRAST. DE INGESTA O	6.364,29 €	1,2936
567	PROCEDIMIENTOS RIÑON & TRACTO URINARIO EXCEPTO TRASPLAN	16.165,39 €	3,2858
568	INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	8.166,27 €	1,6599
569	TRAST. DE RIÑON & TRACTO URINARIO EXCEPTO INSUFICIENCIA RE	4.524,64 €	0,9197
570	TRASTORNOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	4.656,87 €	0,9466
571	PROCEDIMIENTOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	8.796,64 €	1,7880
572	TRASTORNOS APARATO GENITAL FEMENINO CON CC MAYOR	6.430,01 €	1,3070
573	PROCEDIMIENTOS NO RADICALES APARATO GENITAL FEMENINO CC	10.662,54 €	2,1673
574	TRASTORNOS DE SANGRE, ORGANOS HEMOPOYETICOS & INMUNOL	6.308,21 €	1,2822
575	PROCEDIMIENTOS S. SANGRE, ORGANOS HEMOPOYETICOS & INMUN	11.124,29 €	2,2611
576	LEUCEMIA AGUDA CON CC MAYOR	28.916,49 €	5,8776
577	TRAST. MIELOPROLIFERATIVO & NEO. MAL DIFERENCIADA CON CC M	13.201,32 €	2,6833
578	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON CC MAYOR	13.505,28 €	2,7451
579	PROCEDIMIENTOS PARA LINFOMA, LEUCEMIA & TRAST.MIELOPROLI	35.743,72 €	7,2653
580	INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS EXCEPTO SEPTICEMIA C	6.646,12 €	1,3509
581	PROCEDIMIENTOS PARA INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS	21.517,00 €	4,3735
582	LESIONES, ENVENENAMIENTOS O EFECTO TÓXICO DROGAS EXC. TR	7.020,34 €	1,4270
583	PROCEDIMIENTOS PARA LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CC	14.148,31 €	2,8758
584	SEPTICEMIA CON CC MAYOR	7.357,65 €	1,4955
585	PROCEDIMIENTO MAYOR ESTOMAGO,ESOFAGO,DUODENO,I.DELGAD	20.383,49 €	4,1431
586	TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD > 17	2.713,71 €	0,5516
587	TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD < 18	4.945,00 €	1,0051
588	BRONQUITIS & ASMA EDAD >17 CON CC MAYOR	3.020,48 €	0,6139
589	BRONQUITIS & ASMA EDAD <18 CON CC MAYOR	3.529,82 €	0,7175
602	NEONATO, PESO AL NACER <750 G, ALTA CON VIDA	100.221,64 €	20,3710
603	NEONATO, PESO AL NACER <750 G, EXITUS	11.287,98 €	2,2944
604	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, ALTA CON VIDA	64.901,71 €	13,1919
605	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, EXITUS	13.292,83 €	2,7019
606	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, CON P.QUIRURGICO SIGNIF	66.939,52 €	13,6061
607	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, SIN P.QUIRURGICO SIGNIF.,	32.042,24 €	6,5129

608	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, EXITUS	24.028,17 €	4,8840
609	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, CON P.QUIR.SIGNIF., CON M	55.313,46 €	11,2430
610	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, CON P.QUIR.SIGNIF., SIN MU	12.598,96 €	2,5609
611	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON MU	18.802,67 €	3,8218
612	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., SIN MU	14.246,91 €	2,8958
613	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PR	11.057,16 €	2,2475
614	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON OT	8.027,09 €	1,6316
615	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., CON M	70.696,77 €	14,3698
616	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., SIN MU	21.657,19 €	4,4020
617	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON MU	11.334,01 €	2,3037
618	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PR	6.281,63 €	1,2768
619	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PR	3.978,64 €	0,8087
620	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., DIAG. N	2.767,21 €	0,5625
621	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON OT	4.122,32 €	0,8379
622	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., CON MULT	45.532,39 €	9,2549
623	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., SIN MULT.	13.378,85 €	2,7194
624	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON PROCEDIMIENTO ABDOMIN	3.436,19 €	0,6984
626	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.	7.477,81 €	1,5199
627	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBL	3.577,53 €	0,7272
628	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBL	2.842,53 €	0,5778
629	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., DIAG NEON	1.319,75 €	0,2683
630	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON OTROS	2.042,85 €	0,4152
631	DISPLASIA BRONCOPULM. Y OTRAS ENF.RESPIRATORIAS CRONICAS	4.755,73 €	0,9666
633	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS, MULTIPLES Y NO ESPECIFICADAS	11.902,13 €	2,4192
634	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS, MULTIPLES Y NO ESPECIFICADAS	11.902,13 €	2,4192
635	CUIDADOS POSTERIORES NEONATALES PARA INCREMENTO DE PESO	6.800,94 €	1,3824
636	CUIDADOS POSTERIORES LACTANTE PARA INCREMENTO DE PESO,	9.504,58 €	1,9319
637	NEONATO, EXITUS DENTRO DEL PRIMER DIA, NACIDO EN EL CENTRO	2.513,57 €	0,5109
638	NEONATO, EXITUS DENTRO DEL PRIMER DIA, NO NACIDO EN EL CEN	1.955,66 €	0,3975
639	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NACIDO EN EL CENTRO	4.474,46 €	0,9095
640	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NO NACIDO EN EL CENTRO	1.080,11 €	0,2195
641	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON OXIGENACION MEMBRANA	65.336,71 €	13,2803
650	CESAREA DE ALTO RIESGO CON CC	5.277,44 €	1,0727
651	CESAREA DE ALTO RIESGO SIN CC	4.531,54 €	0,9211
652	PARTO VAGINAL DE ALTO RIESGO CON ESTERILIZACION Y/O D+L	3.362,24 €	0,6834
700	TRAQUEOSTOMIA POR INFECCION HIV	67.584,80 €	13,7373
701	HIV CON PROCED. QUIRURGICO Y VENTILACION MECANICA O SOPO	34.219,48 €	6,9554
702	HIV CON PROCED. QUIRURGICO CON INFECC. MAYORES MULTIPLES	19.662,32 €	3,9966
703	HIV CON PROCED. QUIRURGICO CON DIAGNOSTICO RELACIONADO M	12.943,45 €	2,6309
704	HIV CON PROCED. QUIRURGICO SIN DIAGNOSTICO RELACIONADO M	8.957,32 €	1,8207
705	HIV CON INFECC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS CON TUBER	17.379,15 €	3,5325
706	HIV CON INFECC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS SIN TUBER	17.574,35 €	3,5722
707	HIV CON VENTILACION MECANICA O SOPORTE ALIMENTICIO	20.323,50 €	4,1310
708	HIV CON DIAGNOSTICO RELACIONADO MAYOR, ALTA VOLUNTARIA	5.119,82 €	1,0407
709	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS CON DIAG MAYORES MULT	9.695,78 €	1,9708
710	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS CON DIAG MAYORES MULT	8.560,01 €	1,7399
711	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS SIN DIAG MAYORES MULT.	5.732,44 €	1,1652
712	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS SIN DIAG MAYORES MULT.	4.654,20 €	0,9460
713	HIV CON DIAGNOSTICO RELACIONADO SIGNIFICATIVO, ALTA VOLUN	2.681,32 €	0,5450
714	HIV CON DIAGNOSTICO RELACIONADO SIGNIFICATIVO	4.450,27 €	0,9046

715	HIV CON OTROS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS	2.899,51 €	0,5894
716	HIV SIN OTROS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS	2.719,43 €	0,5528
730	CRANEOTOMIA PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	26.538,28 €	5,3942
731	PROC. S. COLUMNA, CADERA, FEMUR O MIEMBROS POR TRAUMA MU	21.989,12 €	4,4695
732	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA TRAUMA MULTIPLE S	19.484,14 €	3,9603
733	DIAGNOSTICOS DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO CABEZA, TOR	9.385,71 €	1,9077
734	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	7.559,91 €	1,5366
737	REVISION DE DERIVACION VENTRICULAR	6.020,80 €	1,2238
738	CRANEOTOMIA EDAD<18 CON CC	21.307,83 €	4,3310
739	CRANEOTOMIA EDAD<18 SIN CC	12.128,44 €	2,4652
740	FIBROSIS QUISTICA	6.519,84 €	1,3252
743	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS, ALTA VOLUNTARIA	2.874,18 €	0,5842
744	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS CON CC	6.371,47 €	1,2951
745	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS SIN CC	5.726,15 €	1,1639
746	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS, ALTA VOL	1.375,20 €	0,2795
747	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS CON CC	4.901,14 €	0,9962
748	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS SIN CC	3.770,06 €	0,7663
749	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, ALTA VOLUNTARIA	2.171,99 €	0,4415
750	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC	4.628,55 €	0,9408
751	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	3.999,03 €	0,8128
752	ENVENENAMIENTO POR PLOMO	3.059,41 €	0,6219
753	REHABILITACION PARA TRASTORNO COMPULSIVO NUTRICIONAL	15.305,99 €	3,1111
754	CUIDADOS POSTERIORES NIVEL TERCARIO, EDAD => 1 AÑO	7.861,13 €	1,5979
755	FUSION VERTEBRAL EXCEPTO CERVICAL CON CC	16.354,05 €	3,3241
756	FUSION VERTEBRAL EXCEPTO CERVICAL SIN CC	12.997,46 €	2,6419
757	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESPALDA & CUELLO EXC. FUSION ESPINA	8.803,98 €	1,7895
758	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESPALDA & CUELLO EXC. FUSION ESPINA	5.003,88 €	1,0171
759	IMPLANTES COCLEARES MULTICANAL	34.290,11 €	6,9698
760	HEMOFILIA, FACTORES VIII Y IX	8.341,94 €	1,6956
761	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA > 1 H	4.646,43 €	0,9444
762	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H O SIN COMA E	1.423,31 €	0,2893
763	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA < 1 H, EDAD < 18	2.640,33 €	0,5367
764	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H. O SIN COMA E	2.825,83 €	0,5744
765	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H. O SIN COMA E	2.380,60 €	0,4839
766	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA<1H, EDAD>17 CON CC	4.948,64 €	1,0059
767	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA<1H, EDAD>17 SIN CC	3.623,14 €	0,7364
768	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD<18 CON CC	3.586,27 €	0,7289
769	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD<18 SIN CC	2.431,53 €	0,4942
770	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMO	10.613,53 €	2,1573
771	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMO	4.150,67 €	0,8437
772	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD<18 CON CC	4.186,16 €	0,8509
773	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD<18 SIN CC	3.091,02 €	0,6283
774	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 CON CC	4.258,84 €	0,8657
775	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 SIN CC	2.929,42 €	0,5954
776	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGESTIVOS MISCELANEO	3.818,68 €	0,7762
777	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGESTIVOS MISCELANEO	1.996,39 €	0,4058
778	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 CON CC	3.127,13 €	0,6356
779	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 SIN CC	2.062,67 €	0,4193
780	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD-	15.503,26 €	3,1512
781	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD-	7.478,56 €	1,5201

782	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD>	14.627,59 €	2,9732
783	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD>	7.756,25 €	1,5765
784	ANEMIA HEMOLITICA ADQUIRIDA O CRISIS ENF.CEL.FALCIFORMES E	4.931,16 €	1,0023
785	OTROS TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD<18	3.245,86 €	0,6598
786	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE CABEZA & CUELLO POR NEOPL	13.706,59 €	2,7860
787	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON EXPLORACION VIA BILIAF	9.238,93 €	1,8779
789	REVISION SUSTITUCION RODILLA & REIMPLANTE MIEMBRO EXTR.INF	12.529,26 €	2,5467
790	DESBR.HERIDA & INJ.PIEL POR HER.ABIERTA, TRAST.MUSC.ESQ. & T	4.574,87 €	0,9299
791	DESBRIDAMIENTO DE HERIDA POR LESIONES CON HERIDA ABIERTA	5.094,15 €	1,0354
792	CRANEOTOMIA POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. CON CC MAYOR NO	44.012,67 €	8,9460
793	PROC. POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. EXC. CRANEOTOMIA CON CC	37.458,07 €	7,6137
794	DIAGNOSTICO DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO CON CC MAYOR	12.883,61 €	2,6187
795	TRASPLANTE DE PULMON	79.097,61 €	16,0774
796	REVASCULARIZACION EXTREMIDAD INFERIOR CON CC	13.609,74 €	2,7663
797	REVASCULARIZACION EXTREMIDAD INFERIOR SIN CC	9.864,85 €	2,0051
798	TUBERCULOSIS CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	10.432,51 €	2,1205
799	TUBERCULOSIS, ALTA VOLUNTARIA	9.900,87 €	2,0124
800	TUBERCULOSIS CON CC	7.019,50 €	1,4268
801	TUBERCULOSIS SIN CC	4.013,01 €	0,8157
802	NEUMOCISTOSIS	8.673,17 €	1,7629
803	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA ALOGENICO	64.286,16 €	13,0668
804	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA AUTOLOGO	28.411,19 €	5,7749
805	TRASPLANTE SIMULTANEO DE RIÑON Y PANCREAS	72.728,65 €	14,7828
806	FUSION VERTEBRAL ANTERIOR/POSTERIOR COMBINADA CON CC	33.423,25 €	6,7936
807	FUSION VERTEBRAL ANTERIOR/POSTERIOR COMBINADA SIN CC	19.568,97 €	3,9776
808	PROCED. CARDIOVASC. PERCUTANEOS CON IMA, FALLO CARDIACO	8.868,23 €	1,8026
809	OTROS PROCED. CARDIOTORACICOS CON DIAG PRINCIPAL DE ANOF	26.852,52 €	5,4580
810	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	5.764,17 €	1,1716
811	OTRO IMPLANTE DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA	21.216,76 €	4,3125
812	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO O PROC. CARDI	4.967,35 €	1,0097
813	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 1	2.922,59 €	0,5940
814	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 1	1.957,09 €	0,3978
815	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 1	2.604,45 €	0,5294
816	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 1	2.061,89 €	0,4191
817	REVISION O SUSTITUCION DE CADERA POR COMPLICACIONES	11.477,95 €	2,3330
818	SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES	9.639,15 €	1,9593
819	CREACION, REVISION O RETIRADA DE DISPOSITIVO DE ACCESO REN	4.027,35 €	0,8186
820	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO, INJERTO O TR	4.018,64 €	0,8168
821	QUEMADURAS EXTENSAS O DE ESPESOR TOTAL CON VENT. MEC. +	58.291,84 €	11,8484
822	QUEMADURAS EXTENSAS O DE ESPESOR TOTAL CON VENT. MEC. +	31.855,58 €	6,4750
823	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL CON INJ. PIEL O LESIONES INHA	23.758,49 €	4,8291
824	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL CON INJ. PIEL O LESIONES INHA	16.406,45 €	3,3348
825	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL SIN INJ. PIEL O LESIONES INHAL	20.262,60 €	4,1186
826	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL SIN INJ. PIEL O LESIONES INHAL	7.051,78 €	1,4333
827	QUEMADURAS NO EXTENSAS CON LESION POR INHALACION, CC O T	11.072,89 €	2,2507
828	QUEMADURAS NO EXTENSAS SIN LESION POR INHALACION, CC O TR	5.639,72 €	1,1463
829	TRASPLANTE DE PANCREAS	96.368,35 €	19,5878
832	ISQUEMIA TRANSITORIA	2.438,33 €	0,4956
833	PROCEDIMIENTOS VASCULARES INTRACRANEALES CON DIAG. PRIN	27.985,13 €	5,6883
836	PROCEDIMIENTOS ESPINALES CON CC	15.485,17 €	3,1475

837	PROCEDIMIENTOS ESPINALES SIN CC	8.643,55 €	1,7569
838	PROCEDIMIENTOS EXTRACRANEALES CON CC	9.264,40 €	1,8831
839	PROCEDIMIENTOS EXTRACRANEALES SIN CC	6.884,76 €	1,3994
849	IMPLANTE DE DESFIBRILADOR CON CATETERISMO CARDIACO, CON	20.610,79 €	4,1893
850	IMPLANTE DE DESFIBRILADOR CON CATETERISMO CARDIACO, SIN I	17.345,16 €	3,5256
851	IMPLANTE DE DESFIBRILADOR SIN CATETERISMO CARDIACO	11.178,00 €	2,2720
852	PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR PERCUTANEO CON STENT NO L	6.681,74 €	1,3581
853	PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR PERCUTANEO CON STENT LIBE	8.589,35 €	1,7459
854	PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR PERCUTANEO CON STENT LIBE	5.387,16 €	1,0950
864	FUSION VERTEBRAL CERVICAL CON CC	13.083,78 €	2,6594
865	FUSION VERTEBRAL CERVICAL SIN CC	7.377,90 €	1,4996
866	ESCISION LOCAL Y EXTRACCION DE DISPOSITIVO FIJACION INTERNA	5.679,39 €	1,1544
867	ESCISION LOCAL Y EXTRACCION DE DISPOSITIVO FIJACION INTERNA	2.668,06 €	0,5423
874	LINFOMA Y LEUCEMIA CON PROC. QUIRURGICO MAYOR, CON CC	10.318,35 €	2,0973
875	LINFOMA Y LEUCEMIA CON PROC. QUIRURGICO MAYOR, SIN CC	5.998,21 €	1,2192
876	QUIMIOTERAPIA CON LEUCEMIA AGUDA COMO DXS O CON USO DE A	4.747,25 €	0,9649
877	OXIG. MEMB. EXTRAC. O TRAQUEOSTOMIA CON VENT. MEC. + 96 hrs	113.331,58 €	23,0358
878	TRAQUEOSTOMIA CON VENT. MEC. + 96 hrs O SIN DIAG. PRINC. TRAS	79.826,24 €	16,2255
879	CRANEOTOMÍA CON IMPLANT. DE DISPOSITIVO O SUST. ANTINEOPLA	24.249,25 €	4,9289
880	ACCIDENTE ISQUÉMICO AGUDO CON UTILIZACIÓN AGENTE TROMBO	6.160,06 €	1,2521
881	DIAGNÓSTICO DE SISTEMA RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN MECÁ	24.992,45 €	5,0800
882	DIAGNÓSTICO DE SISTEMA RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN MECÁ	12.209,47 €	2,4817
883	APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	3.166,00 €	0,6435
884	FUSIÓN ESPINAL EXCEPTO CERVICAL CON CURVATURA DE COLUMN	28.521,43 €	5,7973
885	OTROS DIAGNÓSTICOS ANTEPARTO CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRG	2.678,78 €	0,5445
886	OTROS DIAGNÓSTICOS ANTEPARTO SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRG	1.998,95 €	0,4063
887	INFECCIONES BACTERIANAS Y TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVI	7.380,29 €	1,5001
888	INFECCIONES NO BACTERIANAS DEL SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO	7.550,35 €	1,5347
889	CONVULSIONES EDAD > 17 CON CC	3.108,50 €	0,6318
890	CONVULSION EDAD > 17 SIN CC	2.653,96 €	0,5394
891	CEFALEA EDAD > 17	2.999,44 €	0,6097
892	PROCEDIMIENTO DE STENT DE ARTERIA CAROTIDA	6.455,07 €	1,3121
893	PROCEDIMIENTOS CRANEALES/FACIALES	6.065,70 €	1,2329
894	TRASTORNO MAYOR DE ESOFAGO	3.021,73 €	0,6142
895	TRASTORNOS MAYORES GASTROINTESTINALES E INFECCIONES PEI	3.813,84 €	0,7752
896	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VEJIGA	13.679,02 €	2,7804
897	DIAGNOSTICO HEMATOLOGICO O INMUNOLOGICO MAYOR EXC CRIS	5.862,58 €	1,1916
898	INFECCIONES Y PARASITOSIS CON PROC. QUIRURGICO	9.008,44 €	1,8311
899	INFECCIONES POSTOPERATORIAS O POSTRAUMATICAS CON PROC.	8.525,63 €	1,7329
900	SEPTICIEMIA CON VENT. MEC. +96 HORAS HORAS EDAD > 17	8.205,97 €	1,6679
901	SEPTICIEMIA SIN VENT. MEC. +96 HORAS HORAS EDAD >17	4.728,80 €	0,9612

## **10.4 Anexo 4: Carta del Consejero de Sanidad**

## Consejero de Sanidad

### **CARTA DE RESPUESTA DEL CONSEJERO DE SANIDAD DE MADRID, JAVIER FERNÁNDEZ - LASQUETTY, AL PRESIDENTE DE SEOPAN, DAVID TAGUAS**

Sr. D. David Taguas Coejo  
Presidente  
SEOPAN  
C/ Nervión, 7  
28002 Madrid

Madrid, 25 de abril de 2011

Estimado Sr. Taguas:

He recibido su carta, del 13 de abril, en la que detalla una serie de cuestiones relativas a las sociedades accionistas que participan en las 7 concesiones hospitalarias de la Comunidad de Madrid.

En primer lugar me ha sorprendido la afirmación de que exista una falta de interlocución y comunicación por parte de la Consejería de Sanidad con las sociedades concesionarias. Considero que el seguimiento y desarrollo de los contratos de concesión de obra pública de los nuevos hospitales, tanto desde la licitación de los concursos, la fase de construcción, la puesta en marcha y el seguimiento de la explotación de los mismos ha sido permanente por esta Consejería.

Personalmente he recibido a todos los representantes de las sociedades concesionarias que lo han solicitado. Asimismo, la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria y el Director General de Gestión Económica y Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos han mantenido 13 reuniones en total, con los accionistas de todas las Sociedades Concesionarias desde su nombramiento en julio de 2010.

Igualmente, tanto la Unidad Técnica de Control del SERMAS y las Empresas Públicas de los hospitales en régimen de concesión de obra pública mantienen periódicamente Comisiones Mixtas -cuyas funciones son, entre otras, el seguimiento e información del contrato y la resolución de conflictos que pudieran surgir entre las partes- y mensualmente se celebran las Comisiones de Evaluación del Sistema de Gestión de Incidencias.

Sin entrar en detalle a todas las cuestiones planteadas en su escrito, si me gustaría comentar brevemente alguna de ellas. El Precio Final Reconocido de los hospitales se ha tramitado y aprobado siguiendo las indicaciones de los Pliegos. Tal y como se recoge en los mismos, se incluyen las modificaciones introducidas por la Administración por el interés público. Como bien sabe, no tiene cabida en el mismo las modificaciones introducidas por las Sociedades Concesionarias sin aprobación por parte de la Administración.

Con respecto a la entrada en vigor del nuevo Plan Sectorial de Contabilidad, quiero indicarle que hasta la fecha, no se ha recibido ninguna solicitud de restablecimiento del reequilibrio económico financiero del contrato de concesión por parte de ninguna de las Sociedades Concesionarias a las que representa.

En cuanto al resto de cuestiones como las referentes a modificaciones realizadas después del Acta de Comprobación o el ajuste por volumen de los servicios de restauración y esterilización, le indico que se están tramitando en la actualidad y que, al igual que en la aprobación del Precio Final de Obra Reconocido, deberán contar con los informes jurídicos y de control financiero preceptivos.

Cuestión distinta es el tema del IVA que menciona en su escrito, pues es la Administración Tributaria, y no los órganos de contratación, los responsables de la determinación de los tipos impositivos aplicables. Esta Consejería confía en que la Administración Tributaria resuelva, a la máxima brevedad posible, la incertidumbre existente fruto de las diferentes Consultas y Resoluciones por ella emitidas sobre los tipos impositivos a aplicar en los contratos de concesión.

Por último, solo quisiera precisar que en la fecha actual el número de recursos contenciosos recibidos en esta Administración es de 13; 7 de ellos correspondientes a la modificación de la base imponible por el cambio de tipo de IVA, y 6 contenciosos por diferentes temas. A este respecto, le informo, una vez más, que es nuestra voluntad solventar cuantas cuestiones pudieran surgir dentro de una relación contractual a largo plazo como es la concesional sin necesidad de acudir a otras instancias.

Alientamente,



Comunidad de Madrid  
CONSEJERIA DE SANIDAD  
CONSEJERO  
SECRETARIA

Salida Nº 76  
Fecha 26.04.2011

Javier Fernández-Lasquetty