



FACULTAD DE CIENCIA ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES

**EL MODELO SANITARIO “ALZIRA” EN LA
COMUNIDAD DE MADRID: COMPARATIVA
DE LA EFICIENCIA ECONÓMICA Y LA
CALIDAD DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS
DE GESTIÓN PÚBLICA Y PRIVADA**

Autor: Íñigo Ríos de Juan
Director: Prof. Dr. Francisco Borrás Palá

Madrid
Abril, 2018



El modelo sanitario “Alzira” en la Comunidad de Madrid: comparativa de la
eficiencia económica y la calidad de los hospitales públicos de gestión pública y
privada

Íñigo
Ríos
de Juan

Índice de Contenidos

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. Justificación de la necesidad del trabajo: el estado de la cuestión	6
1.2. Objetivos	7
1.3. Metodología	8
1.4. Estructura	9
2. REVISIÓN DE LITERATURA	11
2.1. La experiencia internacional	12
2.1.1. Argumentos a favor de la colaboración público-privada.....	12
2.1.2. Argumentos en contra de la colaboración público-privada	12
2.2. La experiencia española	14
2.2.1. Eficiencia económica	15
2.2.2. Calidad de los servicios	17
3. MARCO LEGAL DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	19
3.1. Aspecto competencial	19
3.2. Posibilidad legal de una asistencia sanitaria privada y de una colaboración público-privada	20
4. EL MODELO ALZIRA	22
4.1. Causas del modelo Alzira	22
4.2. Contenido del modelo Alzira	24
4.2.1. Principios básicos del modelo.....	24
4.2.2. Sistema de financiación	26
4.2.3. Medios personales.....	28
4.2.4. Mecanismos de control	29
4.2.5. Expansión nacional e internacional el modelo Alzira.....	30
5. COMPARATIVA DE EFICIENCIA ECONÓMICA Y CALIDAD DE LOS HOSPITALES DE GESTIÓN DIRECTA E INDIRECTA MADRILEÑOS	33
5.1. Comparativa de costes medios por habitante	34
5.2. Comparativa de eficiencia y calidad	36
5.2.1. Consideraciones previas.....	36
5.2.2. El control del gasto	37
5.2.3. El consumo de recursos hospitalarios	44
5.3. Comparativa de la satisfacción de los pacientes	52
6. CONCLUSIONES	55
6.1. Consideración de los resultados obtenidos y del cumplimiento de los objetivos planteados	55
6.2. Limitaciones del trabajo	56
6.3. Recomendaciones para futuros trabajos y utilidad del presente estudio	57
7. BIBLIOGRAFÍA	58

Índice de Figuras

Figura i: Argumentos a favor y en contra de la gestión privada.....	14
Figura ii: Pilares básicos del modelo Alzira	26
Figura iii: Expansión del modelo Alzira en la Península Ibérica.....	31
Figura iv: Expansión del modelo Alzira en Sudamérica	31

Índice de Tablas

Tabla i: Gasto público hospitalario en la Comunidad de Madrid	35
Tabla ii: Gasto público hospitalario en la Comunidad Valenciana.....	35
Tabla iii: Tamaño de los hospitales madrileños.....	36
Tabla iv: Tasa de medicamentos genéricos	38
Tabla v: Importe por receta.....	39
Tabla vi: Índice agregado de mortalidad	42
Tabla vii: Tasa de complicaciones médicas y quirúrgicas.....	43
Tabla viii: Estancia media de atención hospitalaria (en número de días).....	44
Tabla ix: Hospitalizaciones potencialmente evitables	46
Tabla x: Tasa de ambulatorización	47
Tabla xi: Ratio de reingresos por causas quirúrgicas a los 7 días.....	49
Tabla xii: Tasa de infecciones relacionadas con la atención sanitaria.....	50
Tabla xiii: Índice de satisfacción global	52
Tabla xiv: Índice de reclamaciones (número de reclamaciones x 10.000 actos asistenciales)	53

Resumen

La reversión del modelo Alzira, iniciada en Valencia en 2018, hace necesario plantearse si este modelo de gestión privada de servicios sanitarios públicos realmente implica, como han argüido sus impulsores, un mayor control del gasto público sin perjudicar a la calidad asistencial, lo que permitirá evaluar la conveniencia de tal reversión y determinar si se debe seguir el mismo camino en Madrid. Este trabajo pretende analizar la eficiencia económica y la calidad de los hospitales de gestión directa (tradicional) e indirecta o externalizada (modelo Alzira) de la Comunidad de Madrid en los años inmediatamente subsiguientes a la crisis económica. Para ello, se ha realizado un análisis longitudinal de una serie de indicadores de hospitales madrileños, agrupados por complejidad de los casos tratados y por modelos de gestión hospitalaria. Las conclusiones alcanzadas reflejan que el gasto en los hospitales de gestión indirecta es más sostenible sin que la calidad asistencial se resienta, si bien la complejidad de los casos que tratan parece ser menor.

Palabras clave

Modelo Alzira, reversión, sanidad pública, hospitales, eficiencia económica, servicios públicos, calidad asistencial, gestión indirecta, gestión directa, modelo sanitario, colaboración público-privada, externalización, Comunidad de Madrid.

Abstract

The reversal of the Alzira model, started in Valencia in 2018, makes it necessary to consider whether this model of private management of public health services really entails greater control of public spending without harming the quality of care. Such research will allow us to evaluate the appropriateness of the reversal and determine if the same path should be followed in Madrid. This work aims to analyze the economic efficiency and quality of the direct (traditional) and indirect or outsourced hospitals (Alzira model) of the Comunidad de Madrid in the years immediately following the economic crisis. To this end, a longitudinal analysis of a certain indicators, grouped by complexity of the treated cases and by hospital management models, of Madrid hospitals has been carried out. The conclusions reached reflect that expenditure of indirectly managed hospitals is more sustainable without negative impacts on quality of care, although the complexity of the cases they treat seems to be lower.

Keywords

Alzira model, reversal, healthcare, hospitals, economic efficiency, public services, quality of care, indirect management, direct management, health model, public-private partnership, outsourcing, Comunidad de Madrid.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación de la necesidad del trabajo: el estado de la cuestión

El modelo Alzira está de máxima actualidad, pues el Gobierno de la Comunidad Valenciana ha anunciado que no prorrogará los contratos con las concesionarias de servicios de salud, perfeccionados años atrás, cuyas fechas de expiración se acercan (la primera ya ha llegado: el 31 de marzo de 2018). Ello ha suscitado mucha polémica en los últimos meses entre los partidarios y detractores del modelo, cuyos argumentos, en la mayoría de los casos, son más de corte político e ideológico que de carácter científico y técnico.

Tampoco la doctrina ha alcanzado un consenso en lo relativo a los beneficios económicos y sociales de este sistema. La literatura nacional ha tratado profusamente la cuestión de la eficiencia de la gestión de los diferentes modelos sanitarios, pero sus resultados no son concluyentes ni profundos. Por un lado, porque los que abarcan la eficiencia económica dejan de lado el análisis de la calidad de los servicios prestados o se limitan a realizar juicios de valor sobre su empeoramiento en los centros de gestión privada (Bes, 2009; Alonso *et al.*, 2015; Martínez, 2017). Y, por otro lado, porque muchas veces se comparan los resultados de la gestión tradicional con los nuevos modelos sin realizar una distinción pormenorizada de éstos (Informe IASIST, 2012), lo que desvirtúa el análisis.

Además, los trabajos encontrados utilizan datos de años anteriores o simultáneos a la crisis económica (sirvan como ejemplo los estudios ya citados), por lo que las conclusiones que obtienen pueden no ser válidas hoy, bien por la antigüedad de la información que analizan, bien por su enmarque en una coyuntura económica distinta a la actual. Tampoco han podido determinar la viabilidad del modelo Alzira en el contexto presente, vacío que debe ser completado. Por último, el único trabajo encontrado centrado en la Comunidad de Madrid (Alonso *et al.*, 2015) adolece de los mismos problemas ya reseñados, y se considera a sí mismo “uno de los primeros intentos” de analizar la sanidad de la región. En definitiva, parece existir un claro hueco para nuestra investigación: la eficiencia económica y calidad de los hospitales de gestión directa (tradicional) e indirecta o externalizada (modelo Alzira) de la Comunidad de Madrid en los años inmediatamente subsiguientes a la crisis económica.

Las motivaciones que me han llevado a la selección del tema de estudio son diversas. En primer lugar, muchos miembros de mi familia han realizado una carrera profesional en el mundo sanitario o ha estudiado grados universitarios del ramo. Ello me ha hecho estar siempre cerca sector, interesarme por él y ser consciente de la relevancia de la sanidad para lograr el mantenimiento y desarrollo del Estado de Bienestar, uno de los pilares de la sociedad española moderna cuya conservación depende en gran medida de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Esta sostenibilidad debe ser asegurada. Para ello, es necesario encontrar nuevas fórmulas económico-financieras y políticas viables y analizar la situación de las ya existentes a la luz de las nuevas realidades sociales (especialmente la evolución de la pirámide poblacional y el envejecimiento) y económicas (especialmente la escasez de recursos, la eficiencia y el impacto de los períodos de recesión). Por último, el dogmatismo de la mayoría de los partidos políticos y su falta de honestidad intelectual, que hace que defiendan radicalmente, en muchos casos sin apenas reflexión subyacente, determinadas políticas (privatizaciones o nacionalizaciones), hacen que sea necesaria una aproximación al asunto de manera objetiva e imparcial.

1.2. Objetivos

El principal objetivo del presente trabajo es determinar si el modelo de gestión sanitaria conocido como “Alzira”, caracterizado por la gestión por entidades privadas de hospitales de titularidad pública, es económicamente más eficiente que el modelo de gestión directa tradicional y si las diferencias en la eficiencia de ambos modelos repercuten en la calidad de los servicios prestados. El marco temporal de este estudio abarcará los años inmediatamente posteriores a la crisis económica iniciada en 2008 y su objeto serán los hospitales de la Comunidad de Madrid, pues se quiere conocer si la realidad del modelo Alzira en los centros de la región es consistente, tras la recesión económica, con el consenso alcanzado la literatura nacional e internacional sobre la colaboración público-privada en materia sanitaria.

Para la consecución de este objetivo genérico deben ser planteados una serie de objetivos parciales y específicos que, en el caso del presente trabajo, son de dos tipos: descriptivos

y explicativos. Los descriptivos son (i) analizar del marco legal básico del sistema sanitario, especialmente en lo relativo a quién ostenta la competencia sanitaria y a la legalidad de la colaboración público-privada en materia sanitaria; (ii) definir el modelo Alzira, exponiendo las ventajas e inconvenientes de su sistema de financiación, modelo de recursos humanos y mecanismos de control; (iii) analizar la evolución económico-financiera de hospitales en el marco temporal entre 2012 y 2018.

Respecto de los objetivos explicativos, se busca determinar cómo afecta el modelo de gestión a la eficiencia económica hospitalaria y a la calidad de los servicios prestados en un contexto de crisis y post-crisis económica, para lo cual se plantea el objetivo de obtener y analizar los indicadores enumerados en el apartado “1.3. Metodología”, en algunos casos mediante su elaboración y en otros a través de su obtención directa de fuentes primarias

1.3. Metodología

Por haber sido el campo de los modelos de gestión sanitaria ampliamente tratado en la literatura académica, este trabajo es de naturaleza confirmatoria, y para su desarrollo se empleará un análisis cuantitativo y un enfoque deductivo.

El trabajo es confirmatorio porque busca sistematizar el conocimiento sobre la materia y confirmar su aplicabilidad al caso de la Comunidad de Madrid tras la crisis de 2008. El análisis es cuantitativo porque, tras la revisión bibliográfica, se basará en el análisis y comparación de datos objetivos y de indicadores económicos de eficiencia y calidad. Tal análisis será longitudinal (y no cross seccional o transversal) porque se estudiará la evolución los indicadores a lo largo del tiempo, así como la relación entre ellos. El enfoque es deductivo porque, partiendo de una revisión amplia de la literatura, en la que se buscará la respuesta generalizada de la doctrina sobre los beneficios y problemas de la colaboración público-privada en materia sanitaria, se analizará el caso de la Comunidad de Madrid y se determinará si éste se corresponde con el consenso alcanzado.

Para la consecución de los objetivos planteados, se emplearán indicadores de eficiencia económica de 19 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, concretamente de 15 de gestión pública y 4 de gestión privada.

Los indicadores que serán analizados son: (i) el gasto sanitario por habitante; indicadores de eficiencia en la gestión, concretamente (ii) hospitalizaciones potencialmente evitables, (iii) tasa de ambulatorización, (iv) estancia media de atención hospitalaria, (v) importe por receta y (vi) tasa de uso de medicamentos genéricos; indicadores de calidad asistencial, específicamente (vii) índice agregado de mortalidad, (viii) tasa de complicaciones médicas y quirúrgicas, (ix) tasa de reingresos por causas quirúrgicas a los 7 días y (x) tasa de infecciones relacionadas con la atención sanitaria; y, por último, indicadores sobre satisfacción del paciente, concretamente (xi) índice global de satisfacción e (xiii) índice de reclamaciones.

Los datos aquí analizados han sido obtenidos de distintas fuentes. La más relevante es el Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud (ORSMS), que tiene como referencia más importante el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización (CMBD-H). También han resultado esenciales las resoluciones anuales de la Consejería de la Comunidad de Madrid, en las que se publicita el pago anual que la Consejería de Sanidad realiza a las entidades privadas que gestionan los hospitales públicos.

1.4. Estructura

En primer lugar, se realizará una revisión de la literatura científica sobre la colaboración público-privada en materia sanitaria. En lo referido al marco conceptual, el trabajo se abordará desde la literatura sobre la eficiencia económica de los métodos de colaboración público-privados en materia sanitaria. En una segunda parte se dará una explicación del marco legal básico del sistema sanitario, especialmente de lo relativo a quién ostenta la competencia sanitaria y a posibilidad legal de injerencia de entidades privadas en el sector sanitario.

En el tercer apartado se desarrollará el modelo Alzira, exponiéndose sus ventajas e inconvenientes en lo que respecta al método de financiación, a la gestión de recursos humanos y a los mecanismos de control. Para hacerlo, serán de utilidad los pliegos de condiciones particulares de contratación de los procedimientos administrativos pertinentes. En esta sección se analizarán también las causas del desarrollo del modelo y su expansión nacional e internacional.

La cuarta parte desarrollará el análisis cuantitativo a través de los indicadores de coste financiero, eficiencia en la gestión, calidad asistencial y satisfacción del paciente enumerados en el apartado anterior. Por último, se expondrán las conclusiones más relevantes alcanzadas y se recomendarán mejoras para futuros trabajos que deseen continuar la línea de investigación aquí desarrollada.

2. REVISIÓN DE LITERATURA

Multitud de obras han tratado sobre los distintos modelos de colaboración público-privados en materia sanitaria y su eficiencia desde la primera iniciativa de este tipo desarrollada en Reino Unido por el Gobierno de Margaret Thatcher, denominada PFI (traducido, “Iniciativa de Financiación Privada”). Mediante este sistema, el sector privado financia la construcción de unas infraestructuras hospitalarias, las cuales explota durante un período de tiempo de aproximadamente treinta años. Entre todos los trabajos es posible encontrar argumentos muy variados: desde una acérrima defensa de la participación del sector privado en el sector sanitario público (Martínez, 2017; Engel *et al.*, 2008; Pollit, 2005; Barlow *et al.*, 2013; Barlow *et al.*, 2008) hasta una exacerbada crítica a este fenómeno (Hall, 1998; Roehrich *et al.*, 2012; Akintoye *et al.* 2003; Zheng *et al.*, 2008; Pollock *et al.*, 2011; Broadbent *et al.*, 2003; Edwards *et al.*, 2004; Shaoul *et al.*, 2011; Froud, 2003; Broadbent *et al.*, 2005; Pollock *et al.*, 2002) que ha llevado a la creación de Asociaciones como la Plataforma para la Defensa de la Salud Pública en España.

Se debe señalar, antes de proceder al análisis de las ventajas e inconvenientes de la gestión pública y privada, que la reformulación de la forma de prestar servicios públicos ha sido una máxima en toda Europa en las últimas décadas (Arruñada, 1999; Clancy, 2003). Se han potenciado los llamados *autonomized hospitals*, públicos, pero con mayor autonomía de gestión (Jakab *et al.*, 2002). Así, como señalan Clancy (2003), Dixon y Reis (1999) y Oliveira y Cunha (2011), entre los pioneros en reformar las prácticas sanitarias se encuentran Italia, que transformó más de cien hospitales públicos en fundaciones, Portugal que convirtió hospitales en empresas privadas y las dotó de una gestión privada, así como de una relación laboral con los trabajadores, Suecia (paradigma de los servicios sociales) y Holanda, que en la década de los noventa sujetó a derecho privado a los hospitales públicos.

2.1. La experiencia internacional

2.1.1. Argumentos a favor de la colaboración público-privada

Entre la literatura internacional a favor de la colaboración se encuentran argumentos como que incrementa la eficiencia por agrupar en un mismo sujeto la inversión y la gestión (Engel *et al.*, 2008). Pollit (2005) afirma que la gestión privada permite una evacuación de riesgo del sector público que redundaría en un beneficio colectivo. Por otro lado, basándose en la calidad del servicio, se afirma que el sistema de colaboración permite que el proveedor de servicios médicos se centre precisamente en aspectos sanitarios, incrementando su calidad (Barlow *et al.*, 2013) y que la participación privada promueve la innovación (Barlow *et al.*, 2008). Además, desde instancias académicas como el Grupo Global de Salud de la Universidad de Californian argumentan que la colaboración es una solución óptima para resolver el problema de la provisión de servicios sanitarios en los países en vías de desarrollo, puesto que soluciona tanto el problema de las infraestructuras obsoletas como el de la provisión de servicios clínicos.

2.1.2. Argumentos en contra de la colaboración público-privada

Sin embargo, hay autores que resaltan aspectos negativos de la injerencia del sector privado en los sistemas de salud pública. Entre otros, el limitado número de competidores que puedan hacerse con los contratos por la elevada inversión necesaria, lo que puede generar una situación de oligopolio (Hall, 1998; Roehrich *et al.*, 2012); o los problemas en las relaciones entre los distintos agentes públicos y privados para realizar una gestión apropiada (Akintoye *et al.*, 2003; Zheng *et al.*, 2008).

En el caso de Reino Unido y sus PFI, hay cierta evidencia de que la colaboración resulta más cara debido a los altos costes de financiación de los concesionarios privados, su margen de beneficio y las dificultades de establecimiento de estos sistemas e importantes gastos de control de los mismos (Pollock *et al.*, 2011). Así, las prácticas burocráticas necesarias para monitorizar y controlar la adecuada ejecución de los contratos hacen que los proyectos sean en muchos casos más caros de lo que inicialmente se esperaba (Broadbent *et al.*, 2003; Edwards *et al.*, 2004), dado que se suelen infraestimar los gastos derivados de la colaboración durante el proyecto, según Shaoul *et al.* (2011). Además,


hay autores que niegan que haya una verdadera transferencia de riesgos al sector privado (Froud, 2003; Broadbent *et al.*, 2005), puesto que en reiteradas ocasiones se ha debido extender el plazo de la concesión cuando no se ha alcanzado el beneficio proyectado o renegociar los términos de financiación (Pollock *et al.*, 2002).

En Italia, Vecchi *et al.* (2010) ha encontrado que la rentabilidad de las inversiones (ROI) es muy superior a la que se daría en condiciones de mercado, de forma que los ingresos estarían revirtiendo en empresas privadas, cuando deberían estar haciéndolo en la sociedad en su conjunto. En Alemania, se ha señalado que la eficiencia en costes del sector privado en el ámbito sanitario es inferior a la de la gestión pública (Herr *et al.*, 2009). Por último, en Francia, un estudio comparado de Dormont y Milcent (2012) concluye que los hospitales públicos no son técnicamente ineficientes: su productividad es menor que los de gestión indirecta solo si se comparan hospitales de gestión directa grandes con otros pequeños y medianos, pero una vez se realiza el ajuste, tal diferencia de productividad no existe. Es más, los hospitales públicos medianos y grandes resultan más eficientes.

En resumen, dada la gran cantidad de argumentos a favor y en contra de la colaboración en materia sanitaria, no es posible dar una respuesta categórica y global al asunto. Por ello, Sánchez *et al.* (2013) señala que los estudios de las diferentes experiencias internacionales no permiten concluir que la gestión privada de los recursos sanitarios sea mejor que la pública, ni al contrario.

Se debe, pues, analizar su viabilidad por países y por modelo de implantación, teniendo en cuenta las características de sus respectivos sistemas pormenorizadamente. En este sentido, afirma Arenas (citado por Martínez, 2017:97) que la mayoría de trabajos concluyen que “[...] no es tan importante la titularidad pública o privada, como las herramientas gestoras y las ausencias de mercados cautivos, monopolios u oligopolios con prácticas de fijación de precios”. Dado que debemos centrarnos en cada sistema para ver si sus peculiaridades permiten que la colaboración público-privada sea eficiente, debemos estudiar ahora la realidad española y el funcionamiento de modelo Alzira.

Figura i: Argumentos a favor y en contra de la gestión privada

A favor	En contra
<ul style="list-style-type: none"> - Incrementa la eficiencia por agrupación de inversión y gestión (Engel <i>et al.</i>, 2008) - Transferencia de riesgos (Pollit, 2005) - Calidad de servicios médicos (Barlow <i>et al.</i>, 2013) - Promoción de la innovación (Barlow <i>et al.</i>, 2008) 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitado número de competidores por la elevada inversión necesaria (Hall, 1998; Roehrich <i>et al.</i>, 2012) - Problemas de agencia (Akintoye <i>et al.</i> 2003; Zheng <i>et al.</i>, 2008) - Costes de establecimiento y control (Pollock <i>et al.</i>, 2011) - Costes burocráticos (Broadbent <i>et al.</i>, 2003; Edwards <i>et al.</i>, 2004; Shaoul <i>et al.</i>, 2011) - No existe verdadera transferencia de riesgos al sector privado (Froud, 2003; Broadbent <i>et al.</i>, 2005; Pollock <i>et al.</i>, 2002) - Experiencias negativas en Italia (Vecchi <i>et al.</i>, 2010) y Alemania (Herr <i>et al.</i>, 2009)
 No es posible una respuesta categórica. Se debe tener en cuenta las herramientas gestoras e instrumentos empleados en cada caso concreto (Arenas, citado por Martínez, 2017:97)	

Fuente: Elaboración propia

2.2. La experiencia española

Los costes sanitarios en España están creciendo. El envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida, el desarrollo de nueva tecnología médica para diferentes enfermedades, entre otros factores, están haciendo que la deuda sanitaria crezca a un ritmo vertiginoso, máxime cuando el gasto público en sanidad en España alcanzó en 2016 el 14,5% del gasto total del Estado, un 6,34% del PIB de ese año. Torralbo (citado por Martínez, 2017:34) estima que la deuda del sistema sanitario español crece a un ritmo anual de alrededor de 10.000 millones de euros, lo que hace imprescindible plantearse un cambio estructural del Sistema Nacional de Salud si se quiere mantener o aumentar el actual Estado del Bienestar.

En este sentido, la colaboración público-privada en la que entidades privadas financian enteramente la inversión inicial que supone la construcción de un centro sanitario puede llegar a ser la única solución para ciertas regiones puedan poner en marcha proyectos que,

de otra forma, tendrían que retrasar años, con el consiguiente perjuicio para su población (Vázquez, 2006; Vilardel, 2005).

2.2.1. Eficiencia económica

La eficiencia económica es el asunto central del debate científico, político y público sobre el modelo Alzira, y probablemente el más controvertido. El principal motivo que los defensores de este modelo aducen es, precisamente, el menor coste para las arcas públicas que supone este modelo, cifrado en alrededor de un 25% (Bes, 2009), consecuencia de la mayor eficiencia económica de estos hospitales. No obstante, tal eficiencia no parece haber quedado categóricamente demostrada, según se desprende de la disparidad de los resultados obtenidos por los distintos trabajos que han pretendido analizarla.

Hasta la fecha, no ha sido posible dar una respuesta categórica a la pregunta de si la gestión privada tiene con carácter general un impacto positivo sobre la eficiencia económica de los hospitales españoles. Uno de los motivos principales es la escasez de información pública al respecto, y su disgregación en diferentes fuentes, así como la heterogeneidad de aquélla, que la hace difícilmente comparable y, por tanto, al tratar de homogeneizarla los diferentes autores siguiendo distintos criterios, los resultados de los cálculos devienen diferentes. La causa principal de estos problemas estriba en que la sanidad, como se ha explicado, es una competencia cedida, de forma que cada Comunidad Autónoma elabora y publica sus propios indicadores económicos y médicos. También el hecho de que estas experiencias de gestión son recientes.

Los trabajos de referencia sobre la eficiencia económica de los hospitales públicos con gestión externalizada son el documento IASIST 2012 y los trabajos de Sánchez, Abellán y Oliva (2013), Peiró y Meneu (2013) y Alonso *et al.* (2015).

El Informe IASIST 2012 compara, con datos de 2010, 41 hospitales de gestión directa con 37 bajo un régimen diferente, alcanzando la conclusión de que los hospitales que cuentan con un modelo de organización alternativo, esto es, distinto al clásico de gestión directa, cuentan con una mayor eficiencia económica y funcional que no afecta a su calidad debido a los instrumentos de gestión con que cuentan. En estos hospitales, los recursos humanos tienen una productividad que supera en un 37% la de los centros de

gestión directa. Ello, junto con el hecho de que su coste por unidad de producción es un 30% inferior, es la principal causa de la diferencia en la eficiencia.

Afirma Arenas (citado por Martínez, 2017:98) que en España las ventajas competitivas de las concesiones administrativas han quedado acreditadas por la reducción que en ellas se ha logrado del gasto per cápita (en el caso de los hospitales de la Comunidad Valenciana, de un 31,77% en el período entre 2004 y 2010). De hecho, el informe de auditoría que el actual Gobierno de la Comunidad Valenciana encargó a la Sindicatura de Comptes (el Tribunal de Cuentas de la Comunidad), referido a los ejercicios de 2009 a 2015, resuelve que “el modelo Alzira genera un ahorro del 25 por ciento en el gasto corriente público frente a los hospitales de gestión directa”.

Asimismo, Acerete *et al.* (2015) ha señalado que el modelo Alzira ha sido un éxito financiero en Valencia, pero por motivos que no son generalizables e internacionalizables, sino que dependen del propio contexto local, como son los ahorros en mano de obra por contar con personal laboral frente a las plantillas de los hospitales de gestión directa, íntegramente compuestas por personal al servicio de la Administración. También es relevante la inclusión de la atención primaria entre los servicios objetos de concesión.

Otros autores nacionales han sido menos categóricos en sus conclusiones. Así, Caballer Tarazona y Vivas-Consuelo (2016) concluyen en su estudio que, aunque los hospitales que siguen el modelo Alzira obtienen resultados por encima de la media, no siempre son mejores que los hospitales directamente gestionados, por lo que no hay evidencia suficiente para optar indubitablemente por uno de los dos modelos. En el mismo sentido, se ha afirmado, en relación a los hospitales de la Comunidad de Madrid, que no hay prueba concluyente que demuestre que los hospitales que no siguen un modelo de gestión tradicional sean más eficientes, sino que lo relevante es la gestión efectiva realizada, más que el modelo de gestión adoptado (Alonso *et al.*, 2015).

En el mismo sentido, Sánchez *et al.* (2013) señala que “El excesivo empeño en apuntar que la privatización de la gestión de centros sanitarios públicos es la pieza clave sobre la que asentar la eficiencia del sistema sanitario” no está avalada por datos nacionales y experiencias internacionales.

En el año 2003, a raíz de un episodio al que la mayor parte de la doctrina se refiere como el “rescate” del Hospital de la Ribera, el primero en que se adoptó el modelo Alzira, se puso también en duda la transferencia de riesgos financieros al concesionario (Sánchez *et al.*, 2013), como habían hecho previamente autores refiriéndose a sistemas de otros países (Froud, 2003; Broadbent *et al.*, 2005). En tal año, ante la inviabilidad económica del proyecto iniciado en 1999 en Alzira, que hacía que la concesionaria incurriera en cuantiosas pérdidas, se resolvió el contrato, produciéndose la adjudicación de un nuevo contrato con condiciones mejoradas (se incorporó la atención primaria a la concesión y se aumentó la cifra a pagar por ciudadano adscrito al Área de Salud -cápita) a las mismas concesionarias del primero (por no haber más participantes en el concurso), a las que se había previsto indemnizar con 69.000.000 euros por el “lucro cesante” derivado de la resolución del contrato. Finalmente, la adjudicataria no llegó a percibir tal indemnización porque en la nueva concesión se preveía un pago de 72.000.000 euros a la Administración valenciana, pero este episodio puso en duda el modelo y en contra a buena parte de la opinión pública.

Sintetizado el estado actual del conocimiento sobre el tema, queda de manifiesto que no se ha alcanzado una respuesta definitiva sobre la eficiencia económica de los hospitales en régimen de concesión.

2.2.2. Calidad de los servicios

El tema de la calidad en los hospitales que siguen el modelo Alzira es profundamente controvertido. Por un lado, hay una serie de indicadores en que estos centros destacan, situándose a la cabeza de los mismos. A modo de ejemplo, las listas de espera más cortas (tanto en Madrid, donde los cuatro hospitales de gestión privada encabezan la lista de centros con menor tiempo de espera, como en Valencia) o ciertos aspectos del área de anestesia, como la tasa de mujeres que recibe la epidural (Bes, 2009). También destacan en los indicadores de gestión. De hecho, los hospitales públicos de gestión privada encabezan el estudio TOP 20, que analiza anualmente la calidad, funcionamiento y eficiencia de los centros sanitarios españoles.

Pero los autores discuten el cómo han podido ser obtenidos los resultados económicos que presentan los hospitales en régimen de concesión, con costes muy por debajo de la media española, sin que ello repercuta en la calidad asistencial. Algunos, como Rosado (citado por Martínez, 2017:31) afirman que se deben a que los hospitales en régimen de concesión emplean herramientas y métodos propios del sector privado en los que prima la flexibilización de tareas, el uso de tecnologías más avanzadas y procedimientos informáticos complejos, el trabajo por objetivos, el asesoramiento de consultorías y las economías de escala, entre otros.

Otros consideran que lo que en realidad ocurre es que en los hospitales de gestión directa se restringen los servicios en los que destacan los de gestión privada para que sus pacientes decidan atender a éstos, en los que se produce una especialización que hace que los indicadores sobresalgan (Benedito, 2010). Parece sin embargo que en la elaboración de este argumento no se han tenido en cuenta las condiciones de precios estipuladas en los pliegos de condiciones administrativas, que serán explicadas con posterioridad. Sirva como adelanto lo siguiente: existe un desincentivo a esta práctica que hace que no sea rentable, consistente en que los servicios prestados a pacientes atendidos por los hospitales en régimen de concesión que estén adscritos a otros centros de gestión directa solo se sufragan en un 80% a las concesionarias, con lo que éstas deberían asumir un 20% de los costes de tales atenciones.

Existe, no obstante, un dato objetivo relativo a la calidad de los servicios: las encuestas de satisfacción que son periódicamente realizadas en los distintos centros y que reflejan que los atendidos están satisfechos en tasas superiores al 90% con el trato recibido, cifra que se sitúa algo por encima de la media de los hospitales de gestión directa (alrededor de un 85%). A ello se añade que, en la mayoría de los casos, los atendidos no son conscientes de qué régimen de gestión rige en el centro en cuestión. Profundizaremos en estas consideraciones en el apartado 5.3 del trabajo.

3. MARCO LEGAL DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

Para comprender las políticas sanitarias y sus consecuencias, primero debemos hacer una breve referencia al marco legal español en materia de sanidad, desde una doble aproximación: la perspectiva competencial y la dicotomía público-privada.

3.1. Aspecto competencial

Los pilares de la regulación competencial se encuentran en la Constitución española de 1978 (“CE”, en adelante), cuyo artículo 149.1.16ª reserva al Estado la competencia de dictar las bases de la regulación y de coordinar la sanidad española. Según el art. 149.1.17ª, corresponde al Estado elaborar la “Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas”. Así pues, corresponde al Estado el establecimiento de las directrices o bases de la legislación sanitaria, la coordinación general de la sanidad y la adopción de acuerdos internacionales en la materia.

Con ello, se deja espacio para que las Comunidades Autónomas asuman competencias en materia de sanidad, lo que han ido haciendo paulatinamente, en un proceso iniciado en 1981 y concluido en 2002. De esta forma, hoy cada Comunidad Autónoma cuenta con su propio Servicio de Salud y es responsable de desarrollar su propia normativa sanitaria y de la organización de sus servicios de salud propios, siempre respetando la normativa básica fijada por el Estado. El objetivo de este sistema es proporcionar un servicio cercano y adaptado al ciudadano, lo que se vería dificultado en caso de optarse por un modelo sanitario centralizado.

El Estado cumplió el mandato constitucional de regular las bases de la sanidad con Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante, “LGS”), que instauró el llamado Sistema Nacional de Salud (“SNS”, en adelante), que puede ser definido como el conjunto de servicios sanitarios que los organismos públicos estatales y autonómicos ofrecen para hacer efectivo el derecho a la sanidad instaurado por el artículo 43 CE. Otro de los pilares sobre los que se asienta esta norma es la descentralización política de la sanidad

Así pues, queda aclarado que son las Comunidades Autónomas las que tienen la competencia de legislar en detalle y desarrollar los modelos concretos de políticas sanitarias que se consideren más adecuadas para satisfacer las necesidades de la población.

3.2. Posibilidad legal de una asistencia sanitaria privada y de una colaboración público-privada

Por otro lado, en lo relativo a la dicotomía público-privada en la sanidad española, el artículo 43 de la Carta Magna reconoce el derecho a la protección de la salud, afirmando en su párrafo segundo que “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”. Esta disposición contiene dos pilares esenciales de nuestro sistema de salud: su configuración como un derecho para todos los ciudadanos y la potestad y obligación de los poderes públicos de estructurarlo y protegerlo.

La referencia expresa hecha en el artículo 43 a lo público creó un halo de polémica en torno a la posibilidad de que pudiera existir asistencia sanitaria privada. Por ello, el artículo 89 LGS se apresuró en recordar la posibilidad de iniciativa privada en materia de salud, apoyándose en el artículo 38 de la Carta Magna, que “reconoce la libertad de empresa en el marco de la economía de mercado”. Del mismo modo, el artículo 88 LGS, apoyándose en los artículos 35 y 36 CE, admite “el derecho al libre ejercicio de las profesiones sanitarias”, tanto en el sector público como en el privado.

Sentados los términos jurídicos de la legalidad de la coexistencia iniciativa pública y privada, veamos cómo ha evolucionado su interacción desde la aprobación de la Constitución. En un primer momento la LGS estableció “[...] la gestión directa, tradicional en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social” (CNC, 2013). Ello excluía la posibilidad de que entidades privadas se hicieran cargo de cualquier aspecto del servicio de salud público, si bien se permitió la vinculación de centros privados a la red pública mediante conciertos (art. 67 LGS) (aunque se otorgaba preferencia a las instituciones sin ánimo de lucro a la hora de suscribirlos), y convenios (art. 90 LGS).

No obstante, por la inoperatividad de este sistema, se hizo necesario contar con nuevas formas de estructuración sanitaria. Por ello, se promulgó el Real Decreto Ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión de Insalud, que más tarde sería sustituido por la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Estas normas admiten por primera vez la gestión indirecta de hospitales y demás centros sanitarios públicos por cualquier tipo de entidad legalmente permitida. Proliferaron así consorcios, convenios y otras fórmulas de gestión integrada o compartida, que fueron el caldo de cultivo del que hoy es el más polémico de los sistemas sanitarios, acogido por varios hospitales madrileños y valencianos: el modelo Alzira.

4. EL MODELO ALZIRA

4.1. Causas del modelo Alzira

En la década de 1990, asentada la Transición y consolidado el Estado de Bienestar, bajo la influencia de movimientos de pensamiento europeos nacidos años atrás con los gobiernos liberales (especialmente el de Margaret Thatcher, que reformó profundamente la sanidad inglesa) se desarrollan en España ideas críticas relacionadas con las deficiencias de los organismos públicos en cuanto administradores por, entre otros motivos, la frecuente falta de especialización de sus integrantes y la ausencia total de incentivos para la mejora de la eficiencia.

La “huida del Derecho administrativo”, concepto que se refiere a la búsqueda en ciertos campos regidos por Derecho público de una regulación jurídico-privada (mercantil, civil y laboral) menos formalista, más flexible y, por ello, posibilitadora de una mayor eficiencia económica, ha sido clave en la evolución de nuestro Sistema Nacional de Salud en las últimas dos décadas. Las ventajas del Derecho privado son claras: en primer lugar, permite una cierta autonomía financiera para utilizar los fondos públicos con mayor libertad; en segundo lugar, la toma de decisiones relativas al servicio son más ágiles y permiten responder rápidamente a necesidades espontáneas, al no verse vinculadas por los procedimientos contemplados por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (y, antes de ésta, la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común); en tercer lugar, posibilita una relación más fluida entre los terceros contratantes y los proveedores de servicios sanitarios, pues se evitan los largos y formalistas procedimientos de la LCSP a la hora de proceder a la contratación de bienes y servicios, y gestión del patrimonio y los recursos humanos.

Estas ideas críticas, englobables bajo el concepto “crisis del Estado-Gestor”, tuvieron, en el ámbito sanitario, un claro precursor: el “Informe de la Comisión para el análisis, evaluación y propuesta de mejoras del Sistema Nacional de Salud” (1991), también conocido como el “Informe de la Comisión Abril” o “Informe Abril”, elaborado al amparo del Congreso de los Diputados. Este documento planteaba, entre otros puntos:

1. La necesidad de un mayor compromiso de los gestores del Sistema Nacional de Salud con la eficiencia en el empleo de recursos materiales y humanos.
2. Que, ante el fuerte cambio tecnológico que se preveía para los años siguientes, en un contexto de gasto sanitario creciente, y para evitar la obsolescencia y el incremento de la ineficiencia de la sanidad pública española, una posible solución pasaba por la cobertura de servicios mediante contratación externa.
3. Que la mejora de la eficiencia del sector debía tener como clave de bóveda la separación de la financiación (que debía ser pública, al tratarse de un servicio público) de la provisión de servicios (que podía combinar fórmulas públicas y privadas).

El tono general del Informe se puede resumir en la siguiente cita extraída del mismo (Recomendación número 25, sin número de página):

La provisión de asistencia sanitaria al S.N.S. con medios distintos de los públicos, y desarrollada hasta la fecha en compartimentos muy estancos, tiene que ser el soporte de la complementariedad y un elemento necesario para devolver eficiencia al sistema en general.

Así pues, ante la crisis del Estado-Gestor, se van produciendo una serie de cambios legislativos destinados a poner en práctica las nuevas ideas imperantes en el pensamiento económico de la época. En este sentido, la Ley 15/1997, en su artículo único, párrafo segundo, abrió la posibilidad a la gestión privada de servicios sanitarios públicos, señalando que:

La prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad.

Al margen de las fórmulas previstas por la legislación nacional (convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas), las legislaciones autonómicas de varias

comunidades (Madrid, la Comunidad Valenciana, Castilla y León o Baleares, entre otras), han regulado formas alternativas de gestión indirecta. Destacan el uso con fines sanitarios de la concesión de obra pública (para trabajos de construcción, restauración o mantenimiento de infraestructuras sanitarias), el contrato de gestión de servicio público y el contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado (que abarca tanto obras como otras prestaciones –suministros, gestión de instalaciones, producción de bienes y servicios...). Todos ellos están recogidos en los artículos 7, 8 y 11 respectivamente del Real Decreto Legislativo 3/2011 de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, en adelante “LCSP”).

Pues bien, de todas las vías de colaboración público-privada en la gestión de los servicios sanitarios en el presente trabajo nos centraremos en el contrato de gestión de servicio público en régimen de concesión administrativa que, de acuerdo al artículo 8 LCSP, es:

[...] aquél en cuya virtud una Administración Pública o una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, encomienda a una persona, natural o jurídica, la gestión de un servicio cuya prestación ha sido asumida como propia de su competencia por la Administración o Mutua encomendante.

4.2. Contenido del modelo Alzira

4.2.1. Principios básicos del modelo

Este contrato de colaboración público-privada se ha puesto en práctica de distintas formas, destacando entre ellas el llamado “modelo Alzira”, que nació en la localidad valenciana del mismo nombre, donde en 1999 se inauguró el Hospital de la Ribera. El modelo se consolidó en la Comunidad en 2003, cuando la empresa concesionaria añadió a su cartera de servicios la atención primaria, con lo que pasó a gestionar la sanidad de las más de 230.000 personas que componen la antigua Área Sanitaria número 10 de la Comunidad Valenciana (actual Departamento 11 de Salud). El pilar básico de este sistema es la separación entre financiación (pública), que será explicada más adelante, y gestión (privada).

Los grandes principios sobre los que se asienta el modelo Alzira son: titularidad, control y financiación pública, con gestión privada. Jurídicamente, este modelo se asienta sobre una concesión administrativa, como se señala en los pliegos de condiciones de los contratos públicos, y se caracteriza por una concesión global de los servicios sanitarios de una población concreta a una entidad privada, con o sin ánimo de lucro¹, manteniéndose la propiedad de las infraestructuras y la titularidad del servicio en manos públicas.

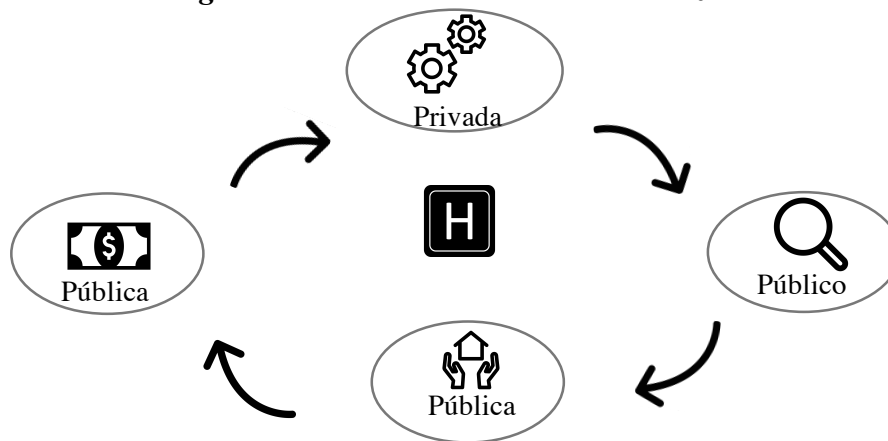
1. En relación a la financiación pública, la Comunidad Autónoma correspondiente paga al concesionario una cantidad anual fija (cápita) por cada uno de los ciudadanos a los que corresponda ser tratados en el área u hospital al que se extienda la concesión (pago capitativo).
2. Respecto del control público, la Administración supervisa de forma continuada el respeto de la concesionaria del pliego de condiciones administrativas, que es el “contrato” perfeccionado entre concedente y concesionario en el que se regulan todos los términos, condiciones y requisitos de calidad en la prestación del servicio.
3. En relación a la propiedad, señalar que tanto el suelo como las infraestructuras que sobre él se construyen son de titularidad pública. Incluso en aquellos casos en los que la concesión lleve aparejada la construcción del propio hospital, que son la mayoría, tal construcción revertirá en manos públicas cuando concluya el plazo de la concesión.
4. Por último, en cuanto a la prestación privada, es una entidad de naturaleza privada (con o sin ánimo de lucro) la que gestiona la provisión del servicio, asumiendo los riesgos financieros por haber sido hecho el pago capitativo *ex-ante*.

Debemos, pues, distinguir este modelo de la “privatización”, con la que parte de la ciudadanía, quizás por el discurso de medios de comunicación y partidos políticos, lo

¹ Las concesionarias en algunos casos son fundaciones sin ánimo de lucro.

confunden. Privatizar, jurídicamente, implica trasladar al sector privado la titularidad (competencia y responsabilidad) de una actividad o un bien público, reduciendo el Estado o las Comunidades Autónomas la cartera de servicios ofertados a través de técnicas como la desregulación, la liberalización o la desnacionalización, cuyo estudio excede el ámbito del presente trabajo. Como ya se ha explicado, con la externalización de la gestión sanitaria la titularidad del servicio sigue siendo pública (lo contrario sería inconstitucional), como también lo siguen siendo las infraestructuras en que éste se presta (incluso aunque sean construidas por la propia concesionaria). Así, externalizar la gestión en ningún caso implicar privatizar.

Figura ii: Pilares básicos del modelo Alzira



Fuente: Elaboración propia

4.2.2. Sistema de financiación

Como ya se ha mencionado, la contrapartida a la provisión de servicios se efectúa mediante un sistema de pago capitativo, por el que el concesionario recibe, a cambio de sus servicios, una cápita, esto es, una dotación económica por cada una de las personas adscritas a un hospital o Área de Salud, sin importar el uso de servicios efectivamente realizado por ellas en cada período. De hecho, se mantiene la libertad de elección de los pacientes del centro sanitario en que deseen ser tratados. Nuestro sistema sanitario fue el primero público en que se implantó un modelo de pago capitativo, que ya existía en hospitales privados de Estados Unidos desde 1983 (el pago DRG o *Diagnosis-Related Group*), hospitales que recibían pagos del Gobierno Federal por los pacientes tratados bajo el programa “Medicare”.

El pago capitativo es un sistema de pago prospectivo (SPP), dado que se realiza *ex-ante*, esto es, antes de que se produzca la actividad sanitaria, en base a estimaciones basadas en parámetros objetivos, de modo que el gasto presupuestado puede no coincidir con el gasto efectivo del proveedor sanitario.

Entre las consecuencias principales de este método de pago, debemos señalar la evacuación de riesgos por parte del Sector Público, que, una vez realizado el cálculo de la cápita, no se ve afectado por las variaciones del coste de tratamientos, los incrementos puntuales de enfermedades u otros factores análogos. Con ello, en principio la Administración Pública evita que se exceda el gasto presupuestado, de modo que el riesgo financiero es asumido por la entidad privada (Jegers *et al.*, 2002; Brusse *et al.*, 2007). Además, dado que el pago a las entidades privadas es fijo por lista de personas adscritas (y no por personas efectivamente tratadas), aquéllas se enfrentan a un doble reto: la reducción de costes para aumentar la rentabilidad de la gestión y el aumento de calidad de los servicios para contar con la cartera de potenciales pacientes más amplia posible y, con ello, obtener unos ingresos más elevados. La combinación de estas dos motivaciones puede generar una sanidad eficaz en lo técnico (la cura de enfermedades) y eficiente en lo económico (un menor coste para el contribuyente). Además, el pago capitativo potencia el desarrollo de planes de prevención en los hospitales, pues con ellos se reduce el uso de servicios sanitarios, lo que se traduce en una reducción de costes para las entidades concesionarias (Robbins, 2001; Christiansen, 2002).

Uno de los mayores problemas del modelo Alzira es cómo determinar la cápita que le corresponde a cada hospital por persona adscrita. En la práctica, se perfecciona un contrato entre el ente financiador (el Servicio de Salud de cada Comunidad Autónoma) y el concesionario, el “contrato-programa”, que incluye los servicios a prestar por el hospital y su uso efectivo previsto, entre otros factores (Sánchez *et al.*, 2006). Sin embargo, en este “contrato-programa” las estimaciones de costes son realizadas en base a datos históricos, técnica criticada por parte de la doctrina, que la considera fuente de importantes ineficiencias (Peacock y Segal, 2000). Además, en 2003 se renegociaron los términos de la concesión del Hospital de la Ribera, incrementándose la cápita y la cartera de servicios prestada, lo que ha generado desconfianza hacia el modelo.

Asimismo, otro problema que los detractores del modelo Alzira han argüido en relación a este sistema de pago es el hecho de que los hospitales, para evitar el pago de costosos tratamientos, pueden tratar de desarrollar estrategias de “selección de riesgos” que finalmente perjudiquen tanto al paciente como al contribuyente. Éstas se materializan en dos técnicas diferenciadas: derivar a los pacientes más problemáticos a otros centros sanitarios de gestión directa, limitándose los centros en régimen de concesión a tratar los casos más leves (*dumping*) y escoger pacientes con escaso riesgo -se busca atraer adscritos cuyo previsible coste de tratamiento, si es que alguno es necesario, es bajo (e.g. a través de la concentración de los esfuerzos del hospital en casos de fácil solución), lo que se conoce como *cream skimming* (Ellis y McGuire, 1996; Ellis, 1998).

Resulta evidente tras este análisis que el medio de financiación de los hospitales de gestión privada puede generar comportamientos dañinos que impacten negativamente en la calidad del servicio sanitario (análisis que excede el ámbito del presente trabajo) y que distorsionen los resultados económicos de los centros y, por ende, los análisis de eficiencia económica de los mismos. No obstante, para evitarlo, la actividad de las entidades privadas es intensamente monitorizada y controlada, y los pliegos de condiciones administrativas de las concesiones suelen incluir cláusulas que mitiguen estas prácticas perjudiciales. En este sentido, en el caso del Hospital de la Ribera, por ejemplo, el coste de atención de los pacientes que a éste le corresponde por estar adscritos a su área en hospitales públicos diferentes, es facturado en su totalidad a la empresa concesionaria. Los pacientes de otras áreas atendidos en el Hospital de La Ribera se facturan al 80 %, de forma que la concesionaria asume el 20% del coste de las atenciones a personas no adscritas a su centro. De esta forma, si los hospitales de gestión externalizada atendieran solo casos leves y derivaran pacientes complejos, estarían perdiendo dinero. Posteriormente se analizará en mayor profundidad, a través de indicadores estadísticos, si la calidad de los servicios sanitarios se resiente en los modelos de gestión indirecta.

4.2.3. Medios personales

En los hospitales del modelo Alzira convive personal dependiente de la Administración, esto es, funcionarios, con trabajadores laborales dependientes de las entidades privadas concesionarias. Ello puede suponer un problema en la medida en que su régimen jurídico

es distinto, como también lo es la remuneración que reciben y ciertos privilegios de los que solo el personal al servicio de la Administración disfruta y que ha hecho que algunos de sus homólogos en régimen laboral se quejen de explotación en el puesto de trabajo. Este problema es fácilmente salvable “elevando las mejoras hacia el colectivo menos favorecido por el modelo de contratación”, como afirma Rosado (citado por Martínez, 2017:32), que añade que “la experiencia indica que el modelo donde mejor funciona es donde se crea sin existencia previa de modelo tradicional y sin competencia con el mismo”.

4.2.4. Mecanismos de control

Para evitar que, en la búsqueda de la eficiencia económica, la calidad en la prestación del servicio sufra, los pliegos de condiciones administrativas establecen que la responsable del control de calidad de la prestación del servicio y de su garantía es la propia Administración, a través de distintos métodos. En primer lugar, a través de una “Comisión Mixta de Seguimiento”, entre cuyas funciones destacan las de control de propuestas de ingreso de enfermos de áreas distintas a la que abarca la concesión y ordenación de traslados de pacientes a otras demarcaciones. Estos cometidos tienen un peso esencial en la prevención del *dumping* y del *cream skimming*, prácticas explicadas con anterioridad. La Comisión también debe aprobar los contratos auxiliares con los que la concesionaria pretenda subcontratar tareas que le son propias y, en términos generales, velar por el cumplimiento de las condiciones contractuales y dirimir sobre las reclamaciones de pacientes.

Otro control, que resulta especialmente relevante a los efectos del presente trabajo, es el que se lleva a cabo a través de auditorías contables, que pueden ser de dos tipos: las legalmente exigidas con carácter anual y las que pueden ser ordenadas, en virtud del pliego de condiciones y en cualquier momento, por la Comisión Mixta. Un ejemplo de este último tipo es la ordenada por la *Conselleria de Sanitat* en 2015, que arrojó resultados muy positivos, si bien ello no ha sido suficiente para que el actual Gobierno de la Comunidad Valenciana se haya propuesto revertir el modelo Alzira, empezando por no prorrogar la concesión del Hospital de la Ribera en 2018.

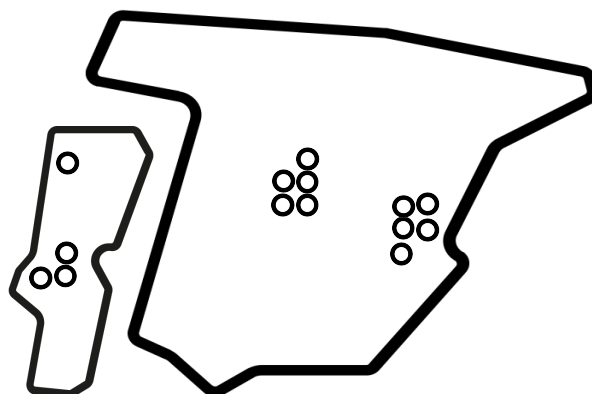
Por último, se debe hacer referencia a las certificaciones oficiales de calidad (ISO 9001, en Valencia, e ISO 9002 en Madrid), que establecen estándares de buen servicio y cuya ostentación es exigida como condición contractual. De esta forma, además del control de auditores y de las respectivas Consejerías de Sanidad, los hospitales de gestión privada deben someterse al escrutinio del Organismo Internacional de Normalización.

4.2.5. Expansión nacional e internacional el modelo Alzira

El modelo Alzira ha despertado un gran interés a nivel nacional e internacional que hasta la fecha no se ha traducido en una amplia adopción en territorio español. El sistema, que se ha implantado desde 1999 en varios hospitales de la Comunidad Valenciana, solo ha abandonado las fronteras de ésta (donde se inauguró en 2006 el hospital de Torrevieja, al que seguiría en 2009 el de Denia y el de Manises y en 2011 el de Vinalopó, en Alicante) para ser implantado en Madrid, donde, en la actualidad, rige en cuatro centros.

En Madrid, el modelo Alzira llegó en 2007 con la inauguración del hospital de Valdemoro (Infanta Elena), al que se uniría en 2011 el de Torrejón, en 2012 el de Móstoles (Rey Juan Carlos) y en 2014 el de Collado de Villalba. Además de estos cuatro centros, en la Comunidad de Madrid la Fundación Jiménez Díaz cuenta con un área de salud pública concertada. Las adjudicatarias de estas concesiones son el grupo Quirónsalud, Sanitas, Asisa, FCC y Concessia. El Gobierno de la Comunidad de Madrid quiso extender esta fórmula administrativa a otros seis hospitales (Coslada, Parla, Aranjuez, San Sebastián de los Reyes, Vallecas y Arganda), pero desistió de sus pretensiones por las movilizaciones sociales en contra, que llevaron, entre otros hechos, a la interposición de un recurso de inconstitucionalidad por parte de cincuenta diputados del Partido Socialista, que finalizó en 2015 con la respuesta del Alto Tribunal afirmando que la naturaleza pública del sistema de Seguridad Social no se ve dañada por la fórmula de gestión indirecta propuesta (el modelo Alzira). También se interpuso un recurso contencioso administrativo que quedó sin resolver por la suspensión en 2014 del proceso de externalización de los seis centros mencionados *supra*.

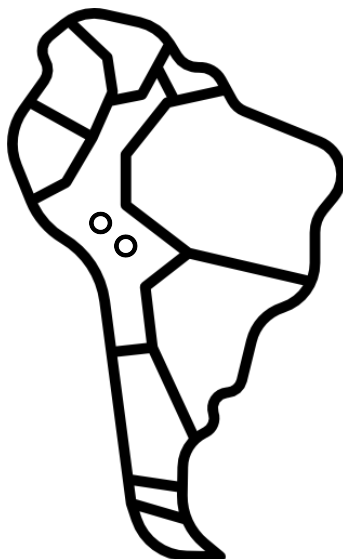
Figura iii: Expansión del modelo Alzira en la Península Ibérica



Fuente: Elaboración propia

En el plano internacional, el modelo Alzira ha sido implantado ya en los hospitales peruanos de Santa María del Triunfo (Lima) y Callao (2014) y en los portugueses de Cascais (2010), Braga (2011), Loures (2012) y Vila Franca de Xira (2013), existiendo en la actualidad conversaciones con los promotores de estos proyectos en España para aplicaciones en Chile, Eslovaquia y Reino Unido.

Figura iv: Expansión del modelo Alzira en Sudamérica



Fuente: Elaboración propia

Debe tenerse en cuenta que el modelo Alzira, con su implantación en 1999, supuso un cambio radical en la organización de la gestión sanitaria española, con un fuerte impacto en la opinión pública. Es por ello que muchas Comunidades Autónomas, con el objetivo de reducir costes y riesgo presupuestario, han optado por modelos similares, pero

manteniendo siempre el aspecto puramente sanitario, cuya externalización generaba más críticas, en manos públicas. Así, se ha popularizado un modelo consistente en la construcción de los centros médicos y la gestión de sus actividades no sanitarias (limpieza, restauración, etc.) por una entidad privada, modelo que en la actualidad siguen catorce hospitales españoles de Madrid, entre ellos los seis cuya externalización se paralizó en 2014, Cataluña, Cantabria, Castilla y León y Baleares.

5. COMPARATIVA DE EFICIENCIA ECONÓMICA Y CALIDAD DE LOS HOSPITALES DE GESTIÓN DIRECTA E INDIRECTA MADRILEÑOS

Para elaborar la presente sección el autor se ha debido enfrentar a problemas previamente denunciados por la mayoría de los que han tratado de estudiar la eficiencia de los hospitales públicos de gestión externalizada en España (Alonso *et al.*, 2015, Sánchez *et al.*, 2013): la opacidad de la información y su heterogeneidad, que hace difícil comparar los datos de distintos hospitales. Este problema se acentúa en el caso de la Comunidad de Madrid, donde la implantación del modelo Alzira es más reciente, y la única información que existe sobre muchos de sus aspectos es la que los representantes públicos que la defienden o critican han aportado. Si bien esta sección se pretende focalizar en los resultados obtenidos por la sanidad madrileña, ciertos datos económicos del modelo en Valencia serán útiles para aportar certidumbre sobre las informaciones de que se dispone en Madrid.

Se pretende en este apartado, en primer lugar, estudiar los costes medios que supone el modelo de gestión directa e indirecta de servicios sanitarios para la Comunidad de Madrid. Ello permitirá conocer qué tipo de hospital es más eficiente administrando sus recursos. En segundo lugar, se analizarán y compararán una serie de indicadores de eficiencia en la gestión (concretamente las hospitalizaciones potencialmente evitables, la tasa de ambulatorización, la estancia media de atención hospitalaria, el importe por receta y la tasa de uso de medicamentos genéricos), indicadores de calidad asistencial (concretamente el índice agregado de mortalidad, la tasa de complicaciones médicas y quirúrgicas, la tasa de reingresos por causas quirúrgicas a los 7 días y la tasa de infecciones relacionadas con la atención sanitaria) y, por último, resultados de encuestas sobre satisfacción del paciente. Con estos indicadores, se pretende determinar cuáles son las causas de las diferencias de eficiencia y si el mayor o menor coste de los hospitales públicos que siguen el modelo Alzira tiene alguna repercusión en la calidad asistencial o en el trato al ciudadano que lo haga más o menos deseable.

En relación a la muestra de hospitales analizada a lo largo de este quinto apartado, han sido seleccionados cuatro de los hospitales madrileños que siguen el modelo Alzira, esto es, el Hospital Rey Juan Carlos, el Hospital de Torrejón, el Hospital de Collado de Villalba y el Hospital Infanta Elena, siendo excluido el quinto, la Fundación Jiménez Díaz

por ciertas peculiaridades que su modelo presenta. Respecto de los hospitales de gestión sanitaria directa, se han seleccionado 15, todos aquellos sobre los que existía información comparable disponible. En la Comunidad de Madrid existen 36 hospitales públicos, 31 de los cuales tienen una gestión enteramente pública de los servicios sanitarios, y 4 una administración puramente privada de los mismos (el restante es la Fundación Jiménez Díaz, excluido por razones ya mencionadas). Así, en el presente trabajo se analizan la totalidad de los centros que han adoptado el modelo Alzira *strictu sensu* y casi la mitad de aquellos que son gestionados de forma directa. Por ello, se espera que las conclusiones alcanzadas sean extrapolables a todos los hospitales madrileños y esta obra pueda servir como *benchmark* para ulteriores estudios.

5.1. Comparativa de costes medios por habitante

Pues bien, en relación al coste de cada modelo de gestión, la cápita de hospitales de gestión indirecta, esto es, del modelo Alzira, ha sido entre un 27% y un 27,9% menor de media entre los años 2012 y 2018, como se puede apreciar en la Tabla i. En ella, los costes medios de la gestión directa han sido proyectados partiendo de la cifra declarada por el Gobierno autonómico de Madrid en el año 2012 (600 euros por habitante) utilizando la tasa de crecimiento del gasto público sanitario madrileño desde esa fecha hasta la actualidad (0,53% interanual, como señala la Memoria Anual del SMS de 2016).

En relación a la cápita de los hospitales de gestión indirecta (el pago por persona adscrita a cada centro hospitalario realizado por la Comunidad de Madrid a las entidades concesionarias), los datos para cada uno de los cuatro hospitales han sido obtenidos de las resoluciones anuales de la Consejería de la Comunidad de Madrid, las cuales no son públicas para algunos ejercicios. En estos casos, se ha entendido que la variación anual del gasto ha seguido la tendencia de los años anteriores en el mismo hospital.

La cápita media calculada en la Tabla i es aritmética por no conocerse cuántas personas están adscritas a cada centro (ello debía haber sido el coeficiente de ponderación para cada hospital). No obstante, dada la similitud de las cápitras de todos los hospitales, una media ponderada no se hubiera alejado demasiado de la obtenida.

Tabla i: Gasto público hospitalario por habitante en la Comunidad de Madrid

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Proyección de gasto medio en gestión directa	600,00 €	603,21 €	606,44 €	609,68 €	612,94 €	616,22 €	619,52 €
Gasto medio en concesiones (cápita)	433,31 €	440,40 €	437,62 €	439,88 €	443,59 €	447,40 €	450,57 €
Hospital R.J.C. de Móstoles	446,25 €	445,70 €	445,16 €	444,61 €	444,07 €	443,52 €	442,98 €
Hospital de Valdemoro	425,33 €	447,45 €	457,74 €	465,98 €	479,96 €	494,36 €	509,19 €
Hospital de Torrejón	428,35 €	428,05 €	427,75 €	427,44 €	427,14 €	426,84 €	422,10 €
Hospital de Collado de Villalba	-	-	419,82 €	421,50 €	423,19 €	424,88 €	428,00 €
Diferencia de gasto	27,8%	27,0%	27,8%	27,9%	27,6%	27,4%	27,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de las resoluciones anuales de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid

Tabla ii: Gasto público hospitalario por habitante en la Comunidad Valenciana

	2014	2015	2016
Gasto medio en gestión directa	858,36 €	887,77 €	933,84 €
Gasto medio en concesiones (cápita)	712,77 €	737,19 €	775,45 €
Diferencia de gasto	16,96%	16,96%	16,96%

Fuente: Memoria Anual del Hospital de Vinalopó

Los datos de Madrid contrastan con los de la Comunidad Valenciana, donde la cápita es mayor y las diferencias de gasto entre ambos modelos es menor. La principal razón que explica esto es que, en Madrid, la atención primaria no está incluida en los servicios prestados por las concesionarias, mientras que en la Comunidad Valenciana, desde 2003, sí lo está.

Expuestos los datos presupuestarios, parece quedar probado que la gestión directa supone un coste mayor para las arcas públicas, derivado de sus ineficiencias en la gestión. No obstante, este análisis cuenta con la limitación de no haber podido tener en cuenta, por ausencia de datos, las relaciones inter centros, esto es, las remisiones de pacientes de unos centros a otros en función de cuestiones como la complejidad de los tratamientos o su coste, problema desarrollado en apartados anteriores.

5.2. Comparativa de eficiencia y calidad

5.2.1. Consideraciones previas

Antes de proceder al análisis de los indicadores seleccionados, con el que se pretende determinar cuáles son las causas de la mayor eficiencia de la gestión indirecta y si el mayor o menor coste de los hospitales públicos que siguen el modelo Alzira tiene alguna repercusión en la calidad asistencial, se deben poner de relieve dos cuestiones especialmente importantes para alcanzar una comprensión no distorsionada de los resultados de ambos modelos. En primer lugar, el tamaño de los hospitales públicos de gestión indirecta es mucho menor, en términos generales, al de los de gestión directa de la Comunidad de Madrid (en media, 235 camas menos).

Tabla iii: Tamaño de los hospitales madrileños

	Número de camas
Media hospitales de gestión indirecta de la Comunidad de Madrid	189
Hospital R.J.C. De Móstoles	260
Hospital de Torrejón	250
Hospital de Collado de Villalba	140
Hospital Infanta Elena de Valdemoro	106
Media hospitales públicos de la Comunidad de Madrid	424,36

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria Anual del SMS de 2016

En segundo lugar, en la base de datos de la que se ha obtenido la información para elaborar los indicadores (Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud – ORSMS-) se clasifican los datos de cada hospital según la complejidad de los casos tratados (alta, media o baja). Para los asuntos de alta complejidad, los hospitales con un régimen de gestión indirecta no presentaban resultados: todos sus datos eran relativos a asuntos de baja o media complicación.

Es posible encontrar un nexo causal entre estos dos hechos: el tamaño de los hospitales de gestión indirecta es sustancialmente menor al de los centros de gestión indirecta, lo que hace que sus medios materiales (instalaciones, maquinaria de última tecnología, etc.) sean más escasos y, por ende, que el número de casos complejos que pueden ser atendidos en estos hospitales sea menor. Resulta evidente que los casos complejos son más caros que los sencillos, lo que puede hacer que comparar todos los hospitales de gestión sanitaria directa como bloque con los de gestión indirecta pueda arrojar resultados algo sesgados en materia económica, por lo que los datos expuestos deben ser leídos a la luz de esta consideración.

Para elaborar los once indicadores que serán analizados *infra*, se ha seguido el siguiente método: se ha obtenido la cifra para cada uno de los hospitales; se han agrupado los datos según la complejidad de los casos tratados (baja o media) y por modelos de gestión (el grupo amarillo, como ya se habrá podido apreciar, representa la gestión directa o modelo tradicional, y el azul, la gestión indirecta o modelo Alzira); y se han calculado las medias aritméticas para cada grupo de gestión, que son posteriormente comparadas y analizadas. Si bien los resultados hubieran sido más precisos si las medias se hubieran ponderado, esto no ha sido posible por no existir información tan detallada sobre cada indicador.

5.2.2. El control del gasto

5.2.2.1. El gasto en los hospitales de gestión directa e indirecta

Se ha mencionado que una de las causas de que la dotación económica de los hospitales que siguen el modelo Alzira, siendo alrededor de un 27,5% más baja, permita un buen funcionamiento de tales centros, es la ineficiencia del gasto en los hospitales de gestión directa.

El coste en medicamentos es una de las principales partidas presupuestarias de los hospitales, y una parte importante del presupuesto de la Consejería de Sanidad de Madrid. Si bien es necesario que los pacientes reciban los medicamentos necesarios para superar sus enfermedades, existen diferentes opciones que varían en precio pero son de eficacia análoga. Por ello, se ha analizado el gasto en recetas por paciente y sobre el porcentaje de medicamentos genéricos recetados, elaborándose los dos indicadores siguientes.

Los medicamentos genéricos son aquellos que tienen la misma eficacia que los de marca (todos cumplen las reglas de seguridad y calidad) pero un precio menor que éstos, consecuencia del hecho de que los laboratorios que los fabrican no deben realizar inversión alguna para investigar cuál es la molécula activa del fármaco. El indicador que aquí se expone, la tasa de medicamentos genéricos, matemáticamente es el resultado de dividir el número de envases de medicamentos genéricos recetados por los médicos de atención especializada de cada hospital entre el número total de envases prescritos. Los datos son los que siguen:

Tabla iv: Tasa de medicamentos genéricos

Baja complejidad			
	2014	2015	2016
H.U. Infanta Elena	40,92%	40,11%	40,42%
Promedio hospitales gestión directa	31,35%	32,54%	32,62%
H. El Escorial	30,88%	33,57%	36,00%
H.U. del Tajo	27,85%	28,77%	28,19%
H.U. del Henares	32,91%	34,87%	34,72%
H.U. Infanta Cristina	35,66%	34,71%	33,51%
H.U. del Sureste	29,44%	30,79%	30,70%

Media complejidad			
	2014	2015	2016
Promedio en hospitales de gestión indirecta	34%	35,84%	35,50%
H.G. de Villalba	-	39,21%	37,54%
H.U. Rey Juan Carlos	39,23%	37,93%	37,67%
H.U. de Torrejón	29,71%	30,38%	31,28%
Promedio en hospitales de gestión directa	28,35%	29,54%	29,79%
H. Gómez Ulla	22,21%	25,09%	25,58%
H.I.U. Niño Jesús	24,92%	25,86%	25,37%

H.U. de Fuenlabrada	32,71%	33,73%	34,57%
H.U. Fundación Alcorcón	31,63%	32,53%	32,27%
H.U. de Getafe	28,58%	29,77%	30,11%
H.U. Infanta Leonor	30,46%	31,15%	30,47%
H.U. Infanta Sofía	31,77%	33,11%	33,74%
H.U. de Móstoles	28,43%	29,81%	29,80%
H.U. Príncipe de Asturias	26,52%	27,35%	27,73%
H.U. Severo Ochoa	26,30%	26,96%	28,25%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del ORSMS

Se puede observar que en los casos de baja complejidad la prescripción de medicamentos genéricos es mayor que en los asuntos de media complejidad (un 3% en la gestión directa y aproximadamente un 5% en la indirecta), lo que debe ser tenido en cuenta, como se ha señalado, a la hora de estudiar por qué el modelo Alzira es especialmente eficiente. En lo que respecta a las diferencias entre ambos modelos, salvo en el Hospital Universitario de Torrejón, en todos los centros de gestión indirecta la tasa de prescripción de medicamentos genéricos es mayor, tanto en los casos de baja complejidad (la diferencia media en los años estudiados asciende al 8,31%) como en los de media complejidad (la diferencia media en los años estudiados asciende al 6,04%). Así pues, queda claro que, en lo que respecta a la prescripción de medicamentos, el gasto en los hospitales de gestión externalizada es más sostenible.

En cuanto al coste medio por receta prescrita, este indicador resulta de dividir el coste total de las recetas de cada hospital entre su número. La siguiente tabla muestra los datos sistematizados:

Tabla v: Importe por receta

	Baja complejidad		
	2014	2015	2016
H.U. Infanta Elena	21,79 €	22,86 €	23,07 €
Promedio en hospitales de gestión directa	24,95 €	25,97 €	26,71 €
H. El Escorial	21,90 €	25,75 €	24,83 €
H.U. del Tajo	29,87 €	29,83 €	31,39 €
H.U. del Henares	26,47 €	27,33 €	28,28 €
H.U. Infanta Cristina	21,40 €	21,63 €	22,94 €
H.U. del Sureste	25,13 €	25,33 €	26,12 €

Media complejidad			
	2014	2015	2016
Promedio en hospitales de gestión indirecta	22,485	22,97 €	24,37 €
H.G. de Villalba	-	21,26 €	23,14 €
H.U. Rey Juan Carlos	19,49 €	21,50 €	22,60 €
H.U. de Torrejón	25,48 €	26,16 €	27,37 €
Promedio en hospitales de gestión directa	27,06 €	27,60 €	28,21 €
H. Gómez Ulla	23,54 €	22,99 €	23,17 €
H.I.U. Niño Jesús	34,12 €	38,87 €	40,09 €
H.U. de Fuenlabrada	29,20 €	29,91 €	29,92 €
H.U. Fundación Alcorcón	30,37 €	30,69 €	31,92 €
H.U. de Getafe	22,84 €	22,55 €	23,33 €
H.U. Infanta Leonor	22,48 €	22,82 €	23,90 €
H.U. Infanta Sofía	29,80 €	30,36 €	31,31 €
H.U. de Móstoles	23,91 €	23,12 €	23,36 €
H.U. Príncipe de Asturias	34,23 €	33,58 €	34,08 €
H.U. Severo Ochoa	20,06 €	21,07 €	21,01 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del ORSMS

De nuevo, en los casos de baja complejidad, el importe por receta es menor que en los asuntos de media complejidad, lo que debe ser tenido en cuenta, como se ha señalado reiteradamente, a la hora de estudiar por qué el modelo Alzira es especialmente eficiente. No obstante, es destacable el hecho de que, mientras que en los hospitales de gestión indirecta el importe por receta apenas sube alrededor de 1 euro de media cuando crece la complejidad, en la gestión directa, el montante asciende unos 2 euros. Así, a medida que crece la complejidad de los casos tratados, el coste marginal de las recetas es mayor en la gestión directa que en la indirecta.

Por lo que respecta a las diferencias entre ambos modelos, todos los centros de gestión indirecta ahorran en recetas frente a los de gestión directa. Esto sucede tanto en los casos de baja complejidad (la diferencia media en los años estudiados asciende a 3,31 euros a favor de los hospitales del modelo Alzira) como de media complejidad (la diferencia media en los años estudiados asciende a 4,34 euros a favor, de nuevo, de los centros de gestión indirecta). Solo existen dos excepciones: por la parte de la gestión indirecta, el

Hospital Universitario de Torrejón (que gasta algo más), y por la de la directa, el Infanta Cristina, especialmente eficiente. Así pues, queda claro que en este sentido el gasto en los hospitales de gestión externalizada también es más sostenible.

Como nota adicional, otra de las principales partidas gastos de los presupuestos de un hospital, el gasto en personal, también es sustancialmente menor en los centros de gestión indirecta. Si bien no ha sido posible encontrar datos completos y sistematizables, si se atiende a los pliegos de cláusulas y condiciones, se puede advertir que en todos los hospitales en régimen de concesión convive personal laboral con personal estatutario, mientras que en los de gestión directa solo existe personal al servicio de la Administración. Los trabajadores laborales tienen un sueldo base más reducido que los empleados públicos, al que se añaden complementos de productividad y por resultados, lo que repercute positivamente en la eficiencia de los hospitales y no perjudica al trato al paciente, como reflejan las encuestas de satisfacción, que también se analizarán.

Pero el hecho de que el gasto sea más sostenible en términos generales en los hospitales de gestión indirecta es irrelevante aisladamente, pues si los resultados obtenidos por éstos en el aspecto sanitario son peores, el ahorro carece de utilidad. Debemos pues estudiar algunos indicadores de calidad asistencial que nos muestren la eficacia de los hospitales en el cumplimiento de su objetivo principal: sanar. Analicemos para ello el índice agregado de mortalidad y la tasa de complicaciones médicas y quirúrgicas.

5.2.2.2. Consecuencias de un menor gasto en la calidad de los servicios

El primero de estos indicadores muestra, para los años de 2015 y 2016, la mortalidad de los ingresados por problemas cardíacos (insuficiencias e infartos de miocardio), ictus, infecciones del sistema respiratorio como la neumonía, fractura de cadera y hemorragia del aparato digestivo. El Ratio de Mortalidad Estandarizada (RME) es el cociente entre los casos que han fallecido y aquellos en que se esperaba el fallecimiento por la gravedad del paciente. Si es igual a uno, la mortalidad esperada y la que se ha producido efectivamente es la misma, y si el valor del RME se encuentra dentro del Intervalo de Confianza (IC), la mortalidad de este centro no difiere sustancialmente de la media en la Comunidad de Madrid. Este intervalo de confianza se construye a partir de una muestra de los casos atendidos en la Comunidad de Madrid.

Ninguno de los hospitales de la Comunidad de Madrid cuenta con un RME fuera del intervalo de confianza (ni los de gestión directa ni los externalizados). Este tipo de ajuste no permite comparar los RME de distintos hospitales entre sí, por lo que realizar medias de los resultados de hospitales carece de sentido. No obstante, queda claro por los datos expuestos *infra* que la mortalidad en los hospitales de gestión indirecta está dentro del estándar del Servicio Madrileño de Salud.

Tabla vi: Índice agregado de mortalidad

Baja complejidad			
	RME	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
H.U. Infanta Elena	0,84	0,71	0,98
Hospitales de gestión directa			
H. El Escorial	1,23	1	1,5
H.U. del Tajo	1,06	0,89	1,27
H.U. del Henares	0,62	0,53	0,73
H.U. Infanta Cristina	0,92	0,79	1,06
H.U. del Sureste	0,8	0,67	0,95
Media complejidad			
	RME	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Hospitales de gestión indirecta			
H.G. de Villalba	0,78	0,66	0,91
H.U. Rey Juan Carlos	0,65	0,58	0,73
H.U. de Torrejón	0,89	0,76	1,03
Hospitales de gestión directa			
H. Gómez Ulla	1,24	1,09	1,41
H.U. de Fuenlabrada	0,92	0,81	1,03
H.U. Fundación Alcorcón	0,83	0,73	0,93
H.U. de Getafe	0,85	0,76	0,95
H.U. Infanta Leonor	0,91	0,78	1,07
H.U. Infanta Sofía	1,1	0,98	1,22
H.U. de Móstoles	0,91	0,78	1,06
H.U. Príncipe de Asturias	0,99	0,9	1,09
H.U. Severo Ochoa	1,1	0,97	1,23

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del ORSMS

En relación a la tasa de complicaciones médicas y quirúrgicas, este indicador de calidad mide las alteraciones que se desencadenan en el curso normal de un tratamiento y de la

provisión de la atención sanitaria. Matemáticamente, es el cociente entre el número de casos con complicaciones y el número total de casos. Los datos extraídos son los siguientes:

Tabla vii: Tasa de complicaciones médicas y quirúrgicas

Baja complejidad			
	2014	2015	2016
H.U. Infanta Elena	3,16%	2,35%	2,25%
Promedio en hospitales de gestión directa	4,17%	2,8%	2,79%
H. El Escorial	1,88%		0,35%
H.U. del Tajo	5,25%	3,56%	3,45%
H.U. del Henares	5,66%	2,99%	5,20%
H.U. Infanta Cristina	4,39%	2,35%	2,72%
H.U. del Sureste	3,68%	2,32%	2,21%
Media complejidad			
	2014	2015	2016
Promedio en hospitales de gestión indirecta	4,56%	2,77%	2,33%
H.G. de Villalba	-	2,10%	2,37%
H.U. Rey Juan Carlos	5,20%	3,55%	2,40%
H.U. de Torrejón	3,92%	2,65%	2,23%
Promedio en hospitales de gestión directa	4,72%	2,64%	2,38%
H. Gómez Ulla	2,94%	-	-
H.I.U. Niño Jesús	3,23%	0,82%	1,51%
H.U. de Fuenlabrada	4,89%	3,54%	2,54%
H.U. Fundación Alcorcón	6,56%	3,01%	2,20%
H.U. de Getafe	3,46%	1,60%	1,47%
H.U. Infanta Leonor	5,43%	2,65%	2,48%
H.U. Infanta Sofía	6,80%	3,83%	3,13%
H.U. de Móstoles	3,53%	2,64%	2,72%
H.U. Príncipe de Asturias	4,22%	2,88%	2,44%
H.U. Severo Ochoa	4,34%	2,81%	2,96%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del ORSMS

Se puede observar que, salvo en el ejercicio de 2015 y para los casos de media complejidad, en los hospitales del modelo Alzira se producen menos complicaciones médicas y quirúrgicas que en los de gestión pública, aunque las diferencias no son significativas. Concretamente, la diferencia media en los años estudiados asciende al

0,67% para los casos de baja complejidad, y al 0,03% para los de media complicación. Así, tampoco en lo relativo a este indicador es posible afirmar que la calidad de los servicios sanitarios sea peor en los centros de gestión externalizada.

En definitiva, tras haber expuesto que la dotación presupuestaria para los hospitales públicos de gestión indirecta es menor y tras haber estudiado una serie de indicadores en que se aprecia que el control en el gasto es mayor en este tipo de centros, hemos podido concluir que la calidad en ellos no se resiente, lo que se verá confirmado con los indicadores que elaboraremos a continuación y con las encuestas de satisfacción que se realizan sistemáticamente a pacientes y que aquí se comentarán.

5.2.3. El consumo de recursos hospitalarios

5.2.3.1. Diferencias en la gestión directa e indirecta

Analicemos ahora el consumo de recursos hospitalarios, esto es, a cuántos pacientes es posible atender en un periodo de tiempo determinado utilizando unas instalaciones concretas. Para ello, son especialmente útiles dos indicadores: el que mide la estancia media de atención hospitalaria y el de hospitalizaciones potencialmente evitables. El primero mide el número de días de ingreso por paciente, que es el resultado de dividir el número de días de estancia en el hospital entre el número de ingresos. Los datos son los que siguen:

Tabla viii: Estancia media de atención hospitalaria (en número de días)

	Baja complejidad		
	2014	2015	2016
H.U. Infanta Elena	4,51	4,59	4,58
Promedio en hospitales de gestión directa	5,04	5,07	5,03
H. El Escorial	4,87	4,73	4,58
H.U. del Tajo	5,51	5,47	5,42
H.U. del Henares	5,33	5,45	5,52
H.U. Infanta Cristina	4,59	4,62	4,69
H.U. del Sureste	4,92	5,09	4,96

Media complejidad			
	2014	2015	2016
Promedio en hospitales de gestión indirecta	4,28	4,47	4,56
H.G. de Villalba	-	4,61	4,73
H.U. Rey Juan Carlos	4,78	4,85	4,88
H.U. de Torrejón	3,78	3,96	4,08
Promedio en hospitales de gestión directa	5,67	5,64	5,58
H. Gómez Ulla	6,77	6,53	6,33
H.I.U. Niño Jesús	5,09	5,21	5,34
H.U. de Fuenlabrada	5,19	5,4	5,34
H.U. Fundación Alcorcón	5,52	5,46	5,44
H.U. de Getafe	5,75	5,53	5,43
H.U. Infanta Leonor	5,01	4,97	4,93
H.U. Infanta Sofía	5,28	5,27	5,26
H.U. de Móstoles	5,67	5,86	5,65
H.U. Príncipe de Asturias	6,06	6,05	6
H.U. Severo Ochoa	6,4	6,17	6,09

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del ORSMS

En los asuntos de baja complejidad, el Hospital Infanta Elena, de gestión indirecta, supera en todos los años estudiados los datos medios de los hospitales de gestión directa (en promedio, el número de días necesario para sanar un paciente es un 10% menor en el centro de gestión privada -casi 0,5 días menos-). Por lo que respecta a los casos de media complejidad, las cifras arrojan resultados similares: ningún hospital de gestión directa supera en ningún año a ningún hospital del modelo Alzira, siendo especialmente destacable el Hospital de Torrejón, de gestión externalizada, muy por debajo de la media de la Comunidad de Madrid, que es de 5,72 días.

En cuanto a las hospitalizaciones potencialmente evitables, este indicador muestra qué porcentaje de las hospitalizaciones que se han producido en un hospital podían haber sido evitadas de otros modos (atención extrahospitalaria, prevención, control de enfermedades crónicas, etc.). Así, cuanto menor sea este porcentaje, mayor es la proporción de situaciones que no podían haber sido resueltas sino mediante el ingreso hospitalario y, por ello, mejor es la gestión de recursos que en el hospital se realizan. Los datos obtenidos son los siguientes:

Tabla ix: Hospitalizaciones potencialmente evitables

Baja complejidad			
	2014	2015	2016
H.U. Infanta Elena	11,03%	12,44%	12,85%
Promedio en hospitales de gestión directa	12,84%	13,64%	15,39%
H. El Escorial	16,98%	17,85%	19,70%
H.U. del Tajo	11,19%	12,77%	13,86%
H.U. del Henares	12,44%	12,82%	15,00%
H.U. Infanta Cristina	9,78%	10,89%	12,37%
H.U. del Sureste	13,79%	13,89%	16,02%
Media complejidad			
	2014	2015	2016
Promedio en hospitales de gestión indirecta	8,46%	12,96%	13,60%
H.G. de Villalba	-	15,52%	17,77%
H.U. Rey Juan Carlos	9,71%	10,89%	14,41%
H.U. de Torrejón	7,21%	12,47%	8,63%
Promedio en hospitales de gestión directa	11,13%	11,48%	13,25%
H. Gómez Ulla	10,64%	10,88%	11,77%
H.U. de Fuenlabrada	10,54%	12,94%	14,72%
H.U. Fundación Alcorcón	10,87%	13,10%	13,12%
H.U. de Getafe	12,34%	13,05%	12,48%
H.U. Infanta Leonor	9,97%	12,63%	12,43%
H.U. Infanta Sofía	9,55%	10,27%	12,07%
H.U. de Móstoles	9,11%	11,46%	11,29%
H.U. Príncipe de Asturias	11,45%	7,51%	15,04%
H.U. Severo Ochoa	15,67%	11,48%	16,33%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del ORSMS

En los casos de baja complejidad, de nuevo los hospitales de gestión indirecta obtienen mejores resultados en promedio. Con la excepción del hospital de gestión pública Infanta Cristina, cuyo comportamiento en este indicador es especialmente bueno, todos los hospitales externalizados superan a los del modelo tradicional con un amplio margen (entre un 1,20% y un 2,54%). No ocurre lo mismo, en promedio, en los asuntos de media complejidad, en los que los centros de gestión indirecta solo obtienen mejores resultados

en 2014 (con una diferencia del 2,67%). En los dos ejercicios siguientes, la gestión directa se impone, con un 1,48% de diferencia en 2015 y un 0,35% en 2016. Si analizamos los datos pormenorizadamente, nos damos cuenta de que la varianza de los mismos crece a medida que lo hace la complejidad de las enfermedades tratadas. Así, por ejemplo, el Hospital Rey Juan Carlos y el de Torrejón presentan una variación entre 2015 y 2016 de casi un 4%, y el Príncipe de Asturias de más del 7,5%, lo que puede explicar la incoherencia entre los resultados de baja y media complejidad.

Para clarificar algo los datos de este último indicador, se ha elaborado uno nuevo, la tasa de ambulatorización, que, si bien no es perfectamente comparable, sí guarda una gran relación con aquél. Esta tasa muestra el porcentaje de tratamientos quirúrgicos que son realizados sin ingreso hospitalario posterior, esto es, de forma ambulatoria. Por tanto, cuanto mayor sea el porcentaje, mejor es el uso de los recursos. Matemáticamente, es el cociente entre las intervenciones realizadas de forma ambulatoria y el total de intervenciones. Véanse los datos de la Tabla x.

Tabla x: Tasa de ambulatorización

Baja complejidad			
	2014	2015	2016
H.U. Infanta Elena	83,03%	81,57%	77,88%
Promedio en hospitales de gestión directa	69,93%	70,91%	71,05%
H. El Escorial	73,96%	73,55%	74,52%
H.U. del Tajo	66,14%	67,19%	66,12%
H.U. del Henares	68,70%	69,07%	67,44%
H.U. Infanta Cristina	67,76%	68,55%	70,81%
H.U. del Sureste	73,10%	76,21%	76,38%
Media complejidad			
	2014	2015	2016
Promedio en hospitales de gestión indirecta	75,86%	76,25%	73,23%
H.G. de Villalba	-	75,10%	75,90%
H.U. Rey Juan Carlos	72,10%	73,49%	72,32%
H.U. de Torrejón	79,61%	80,15%	71,46%
Promedio en hospitales de gestión directa	60,49%	62,22%	62,03%
H. Gómez Ulla	36,10%	37,01%	38,86%

H.I.U. Niño Jesús	48,69%	51,64%	52,62%
H.U. de Fuenlabrada	76,66%	77,22%	77,73%
H.U. Fundación Alcorcón	63,34%	65,10%	66,63%
H.U. de Getafe	52,85%	57,27%	52,45%
H.U. Infanta Leonor	75,00%	75,80%	72,42%
H.U. Infanta Sofía	52,00%	54,06%	59,43%
H.U. de Móstoles	63,08%	64,11%	63,65%
H.U. Príncipe de Asturias	63,77%	66,02%	63,68%
H.U. Severo Ochoa	73,37%	73,98%	72,85%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del ORSMS

Como se puede apreciar en esta tabla, si bien las diferencias medias entre ambos modelos se han ido reduciendo a lo largo del tiempo (en los casos de baja complejidad ha pasado del 13,1% en 2014 al 6,83% en 2016, y en los de media, del 15,35% al 11,20%), tales diferencias todavía benefician a los hospitales de gestión indirecta, que realizan menos ingresos quirúrgicos y, por ende, consumen menos recursos.

Así, aunque los datos del indicador de hospitalizaciones potencialmente evitables no sean concluyentes, los últimos analizados *supra*, que nos permiten, si no suplirlos completamente, sí complementarlos, han resultado ser sustancialmente mejores en los centros del modelo Alzira, lo que, unido a lo ya señalado sobre la estancia media de atención hospitalaria, parece indicar, de nuevo, una mejor gestión de recursos en estos hospitales.

No obstante, podría suceder que, por producirse un menor número de ingresos y ser la estancia media menor en los hospitales de gestión indirecta, el tratamiento de los pacientes fuera insuficiente y, por ello, fueran necesarios reingresos que desvirtuarían nuestras conclusiones, al suponer claras ineficiencias. Por ello, se ha empleado un nuevo indicador, el ratio de reingresos por causas quirúrgicas, para estudiar si de la gestión más estricta de los recursos en el modelo de gestión indirecta se desprenden consecuencias negativas.

5.2.2.2. Consecuencias de una gestión más estricta de los recursos hospitalarios

El ratio de reingresos por causas quirúrgicas se ha limitado a 7 días, que es un período razonable para que aparezcan complicaciones que puedan mantener una relación de

causalidad con el anterior ingreso. Elaborado para los años de 2015 y 2016, este indicador muestra la reentrada de pacientes previamente hospitalizados por motivos relacionados con el ingreso previo.

Los “Casos” son el número de paciente reingresados y las “Altas” el número de pacientes ingresados que han pasado previamente por procedimientos quirúrgicos. El “Ratio” es el resultado de dividir los reingresos observados entre los reingresos que se deberían haber producido dadas las circunstancias del paciente, los reingresos esperados. Los ratios de hospitales no son comparables entre sí, de modo que lo que hay que tener en cuenta es que si su valor está dentro del Intervalo de Confianza (IC), se encuentra dentro el estándar delimitado por el conjunto de hospitales de Madrid. Este intervalo de confianza se construye a partir de una muestra de los episodios atendidos en la Comunidad de Madrid. Los datos son los que siguen:

Tabla xi: Ratio de reingresos por causas quirúrgicas a los 7 días

Baja complejidad					
	Casos	Altas	Ratio	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
H.U. Infanta Elena	114	5.913	1,23	1,02	1,48
Hospitales de gestión directa					
H. El Escorial	44	2.616	1,29	0,94	1,74
H.U. del Tajo	54	3.075	1,07	0,81	1,4
H.U. del Henares	116	6.751	0,96	0,79	1,15
H.U. Infanta Cristina	90	5.612	1,01	0,82	1,25
H.U. del Sureste	71	3.676	1,15	0,9	1,45
Media complejidad					
	Casos	Altas	Ratio	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Hospitales de gestión indirecta					
H.G. de Villalba	96	4.752	1,27	1,03	1,56
H.U. Rey Juan Carlos	289	12.785	1,38	1,22	1,55
H.U. de Torrejón	186	9.683	1,27	1,09	1,47
Hospitales de gestión directa					
H. Gómez Ulla	158	8.407	1,18	1	1,38
H.I.U. Niño Jesús	92	4.333	2,06	1,66	2,53
H.U. de Fuenlabrada	177	8.985	1,13	0,97	1,31

H.U. Fundación Alcorcón	172	10.174	0,93	0,8	1,08
H.U. de Getafe	258	12.572	1,15	1,02	1,3
H.U. Infanta Leonor	130	9.443	0,87	0,73	1,03
H.U. Infanta Sofía	127	8.309	0,82	0,68	0,97
H.U. de Móstoles	118	8.173	0,94	0,78	1,13
H.U. Príncipe de Asturias	222	12.532	1,03	0,9	1,18
H.U. Severo Ochoa	160	8.637	0,99	0,84	1,16

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del ORSMS

Ninguno de los hospitales de la Comunidad de Madrid cuenta con un Ratio fuera del Intervalo de Confianza (ni los de gestión directa ni los externalizados). Este tipo de ajuste no permite comparar los Ratios de distintos hospitales entre sí, por lo que realizar medias en base a los distintos modelos de gestión carece de sentido. No obstante, queda claro por los datos expuestos que los reingresos en los hospitales de gestión indirecta están dentro del estándar del Servicio Madrileño de Salud.

Por último, comentaremos un indicador de calidad sanitaria que nos permite saber si el menor gasto en los hospitales de gestión privada se traduce en una peor asistencia al paciente: es la tasa de infecciones relacionadas con la atención sanitaria, que muestra el porcentaje de pacientes que desarrollan una infección en el hospital que no padecían antes de ingresar por motivos relacionados con el servicio sanitario prestado sobre el total de pacientes ingresados. Véase la Tabla xii:

Tabla xii: Tasa de infecciones relacionadas con la atención sanitaria

	Baja complejidad		
	2014	2015	2016
H.U. Infanta Elena	4,46%	4,10%	4,51%
Promedio en hospitales de gestión directa	5,16%	4,92%	5,24%
H. El Escorial	5,88%	5,00%	5,00%
H.U. del Tajo	4,71%	5,21%	4,40%
H.U. del Henares	4,84%	4,81%	8,63%
H.U. Infanta Cristina	6,90%	4,52%	4,90%
H.U. del Sureste	3,48%	5,04%	3,25%

Media complejidad			
	2014	2015	2016
Promedio en hospitales de gestión indirecta	3,00%	4,61%	4,87%
H.G. de Villalba	-	1,94%	4,50%
H.U. Rey Juan Carlos	2,91%	4,83%	4,52%
H.U. de Torrejón	3,08%	7,06%	5,59%
Promedio en hospitales de gestión directa	6,04%	5,52%	5,55%
H. Gómez Ulla	6,04%	8,41%	5,04%
H.I.U. Niño Jesús	8,70%	5,45%	2,97%
H.U. de Fuenlabrada	6,04%	5,86%	4,21%
H.U. Fundación Alcorcón	6,69%	5,30%	5,40%
H.U. de Getafe	6,80%	4,95%	6,17%
H.U. Infanta Leonor	6,74%	6,22%	7,18%
H.U. Infanta Sofía	1,94%	1,84%	5,85%
H.U. de Móstoles	6,03%	3,50%	4,58%
H.U. Príncipe de Asturias	4,56%	6,12%	6,63%
H.U. Severo Ochoa	6,81%	7,50%	7,50%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del ORSMS

Las diferencias en este indicador, tanto en los asuntos de baja como de media complejidad, son importantes. En todos los años los hospitales del modelo Alzira superan en promedio a los de gestión pública, siendo especialmente relevantes las diferencias en el año 2014 en media complejidad, pues ascendieron al 3,04%, esto es, los hospitales de gestión indirecta presentaron la mitad de infecciones que los del otro grupo. El resto de años, las diferencias son menos relevantes, si bien se sitúan en casi un 1%. Como datos reseñables, el centro de modelo tradicional Infanta Sofía presenta datos mucho más favorables que sus correlativos, mientras que el de gestión privada de Torrejón empeora ostensiblemente los resultados del grupo de gestión externalizada.

Por último, es importante referirse a una serie de indicadores de satisfacción del paciente, concretamente a los de satisfacción global y reclamaciones, que nos ayudarán a comprender la calidad percibida por los pacientes y permitirá corroborar o aportar indicios en contra de la aparente mayor eficiencia y calidad de los centros de gestión privada.

5.3. Comparativa de la satisfacción de los pacientes

En relación al índice de satisfacción global, su elaboración se ha realizado a través de encuestas en las que se solicitaba al encuestado que valorara de 1 a 5 la atención recibida, siendo 1 “altamente insatisfecho” y 5 “altamente satisfecho”. La tabla refleja el porcentaje de pacientes que votaron 4 o 5 en cada hospital:

Tabla xiii: Índice de satisfacción global

Baja complejidad			
	2014	2015	2016
H.U. Infanta Elena	93,76%	93,32%	93,32%
Promedio en hospitales de gestión directa	87,88%	87,41%	88,54%
H. El Escorial	89,16%	90,98%	94,08%
H.U. del Tajo	86,20%	84,47%	85,22%
H.U. del Henares	83,96%	88,17%	90,46%
H.U. Infanta Cristina	88,21%	85,40%	87,39%
H.U. del Sureste	91,85%	88,04%	85,53%
Media complejidad			
	2014	2015	2016
Promedio en hospitales de gestión indirecta	91,01%	91,67%	92,56%
H.G. de Villalba	-	94,86%	93,81%
H.U. Rey Juan Carlos	93,21%	91,64%	94,86%
H.U. de Torrejón	88,80%	88,52%	89,00%
Promedio en hospitales de gestión directa	89,35%	87,81%	88,29%
H. Gómez Ulla	87,88%	86,99%	87,98%
H.I.U. Niño Jesús	91,08%	90,21%	92,42%
H.U. de Fuenlabrada	85,33%	83,28%	86,58%
H.U. Fundación Alcorcón	87,64%	88,81%	87,67%
H.U. de Getafe	91,05%	89,16%	89,16%
H.U. Infanta Leonor	89,76%	87,93%	86,70%
H.U. Infanta Sofía	89,58%	86,79%	87,32%
H.U. de Móstoles	94,10%	89,05%	89,31%
H.U. Príncipe de Asturias	92,02%	91,46%	89,89%
H.U. Severo Ochoa	85,09%	84,39%	85,86%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del ORSMS

Las cifras anteriores reflejan sin lugar a dudas que la calidad percibida por los pacientes para los asuntos de media y de baja complejidad es mayor en los hospitales de gestión indirecta, donde la satisfacción con la atención recibida es alrededor de un 5% mayor en media que en los de gestión pública. Uno de los factores que probablemente hayan influido en esta diferencia es su menor lista de espera, tanto para atención hospitalaria especializada como para cirugía.

En relación al índice de reclamaciones, este indicador muestra la cantidad de reclamaciones que recibe cada hospital por cada 10.000 atenciones que realiza. Pues bien, como se puede apreciar en la siguiente tabla, el número de reclamaciones es entre tres (2015, media complejidad) y seis veces superior (2014, baja complejidad) en los centros de gestión pública, destacando negativamente el Hospital del Henares, el de Fuenlabrada, el de Móstoles y el Príncipe de Asturias.

Tabla xiv: Índice de reclamaciones (número de reclamaciones x 10.000 actos asistenciales)

Baja complejidad			
	2014	2015	2016
H.U. Infanta Elena	3,16	5,81	6,07
Promedio en hospitales de gestión directa	19,46	21,05	24,76
H. El Escorial	17,38	15,21	16,8
H.U. del Tajo	29,12	36,99	33,45
H.U. del Henares	28,28	27,25	36,36
H.U. Infanta Cristina	7,6	8,75	9,29
H.U. del Sureste	14,94	17,06	27,9
Media complejidad			
	2014	2015	2016
Promedio en hospitales de gestión indirecta	11,48	10,95	10,6
H.G. de Villalba		4,09	3,14
H.U. Rey Juan Carlos	3,79	4,78	6,18
H.U. de Torrejón	19,18	23,98	22,48
Promedio en hospitales de gestión directa	31,25	33,77	41,4
H. Gómez Ulla	25,75	26,42	23,41
H.I.U. Niño Jesús	19,19	18,04	12,86
H.U. de Fuenlabrada	48,63	44,99	47,84

H.U. Fundación Alcorcón	25,04	22,25	25,21
H.U. de Getafe	25,58	32,68	26,07
H.U. Infanta Leonor	39,59	39,49	49,47
H.U. Infanta Sofía	26,42	29,9	40,31
H.U. de Móstoles	39,46	51,4	96,13
H.U. Príncipe de Asturias	25,65	23,27	29,99
H.U. Severo Ochoa	37,24	49,3	62,73

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del ORSMS

Así, no hay duda de que los atendidos en hospitales de gestión indirecta están sustancialmente más satisfechos con el trato recibido que los asistidos en hospitales enteramente públicos, lo que debe ser un reflejo de que la calidad en aquéllos en ningún caso puede ser peor que la de éstos; más bien, al contrario.

6. CONCLUSIONES

6.1. Consideración de los resultados obtenidos y del cumplimiento de los objetivos planteados

Como se expuso en la introducción, con este trabajo se pretendía, en primer lugar, determinar si el modelo Alzira es económicamente más eficiente que el modelo tradicional de gestión directa de servicios sanitarios y, en segundo lugar, estudiar si una mayor o menor eficiencia tiene alguna repercusión en la calidad de los servicios prestados. Pues bien, para cumplir el primer objetivo, se han obtenido los datos de gasto medio por persona adscrita a los centros hospitalarios de gestión directa e indirecta en los últimos siete años, que nos han mostrado que el gasto en los segundos es, al menos, un 27,5% menor que en los primeros. “Al menos” porque no se han tenido en cuenta los beneficios obtenidos por las entidades concesionarias que, por existir, implican que la sostenibilidad presupuestaria y la eficiencia en los hospitales de gestión externalizada es aún mayor.

En relación al segundo de los objetivos, ha sido posible obtener información para elaborar un total de once indicadores de eficiencia en la gestión (hospitalizaciones potencialmente evitables, tasa de ambulatorización, estancia media de atención hospitalaria, importe por receta y tasa de uso de medicamentos genéricos), de calidad asistencial (índice agregado de mortalidad, tasa de complicaciones médicas y quirúrgicas, tasa de reingresos por causas quirúrgicas a los 7 días y tasa de infecciones relacionadas con la atención sanitaria) y sobre de satisfacción del paciente (índice global de satisfacción e índice de reclamaciones). Relacionando tales indicadores, se ha determinado que el gasto en los hospitales de gestión indirecta es más sostenible por buscarse siempre las mejores alternativas de aprovisionamiento en relación calidad-precio y por existir criterios de remuneración basados en la eficiencia y la productividad. También se ha podido determinar que la sostenibilidad presupuestaria no está reñida con la calidad del modelo Alzira, pues ni la mortalidad es mayor, ni las infecciones lo son. Además, en los hospitales de gestión externalizada se producen menos complicaciones quirúrgicas y menos hospitalizaciones, que, además, son de menor duración. Ello resulta en una mayor satisfacción de sus pacientes y en un menor número de reclamaciones.

Por tanto, ha sido posible cumplir los objetivos del trabajo, y concluir que: (i) la eficiencia económica es mayor en los hospitales del modelo Alzira que en los de gestión directa; y que (ii) tal eficiencia no se traduce en un empeoramiento de la calidad de los servicios, sino más bien al contrario.

6.2. Limitaciones del trabajo

No obstante, este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, la escasez de datos ha obligado a estimar las cápitras de los hospitales madrileños en algunos años, si bien ello no afecta a la conclusión que se desprende de una lectura global de todas ellas. Otro problema es que no existe información sobre las relaciones “intercentros”, esto es, las relaciones entre los hospitales de gestión directa y los de gestión indirecta relativas a pagos recíprocos por atender unos a los habitantes adscritos al área de otros, ni de los costes que tales atenciones han supuesto para los hospitales que las ha desarrollado (que son mayores cuanto mayor es la complejidad de las enfermedades tratadas). Tampoco ha sido posible tener en cuenta los costes de supervisión de la actividad de la concesionaria ni los de coordinación con la Administración Pública.

Por lo que respecta a las limitaciones a la hora de elaborar los demás indicadores, se debe tener en cuenta que no ha sido posible estudiar todos los hospitales de gestión directa de la Comunidad de Madrid por no haberse encontrado información de algunos de ellos. Además, no se ha hecho distinción entre los hospitales en función de su tamaño, lo que podría tener incidencia en los resultados obtenidos, en tanto en cuanto el tamaño de una organización incide más que proporcionalmente (positiva o negativamente, según los casos) en los gastos en que incurre y en los servicios que proporciona (por economías de escala, costes de coordinación, sinergias, etc.). Es relevante también que, aunque se ha diferenciado para todos los indicadores entre asuntos de baja y media complejidad, no se ha podido conocer si en los hospitales de gestión indirecta se tratan de manera frecuente casos de alta complejidad. En caso de que no sea así, las conclusiones que se han alcanzado en este trabajo no podrían ser tan categóricas, puesto que no cabe comparar la realidad económica y funcional de hospitales que desarrollan actividades sustancialmente diferentes (no podemos comparar la realidad de hospitales que atienden el ébola con la de centros que sanan enfermos de gripe).

6.3. Recomendaciones para futuros trabajos y utilidad del presente estudio

En caso de que se desee continuar en futuros trabajos con la línea metodológica aquí presentada, sería conveniente que ésta fuera perfeccionada de distintas formas, principalmente: realizando un análisis en profundidad de la complejidad de las patologías tratadas en cada hospital, y comparando solo centros con tamaños y niveles de complejidad casuística análogos; analizando las relaciones intercentros y las consecuencias económicas de las prácticas de *cream skinning* y *dumping*.

En relación a las implicaciones prácticas del trabajo y a su utilidad, en el plano político, las conclusiones alcanzadas nos permiten poner en cuestión la decisión tomada recientemente por la *Conselleria de Sanitat* de la Comunidad Valenciana de poner fin a las concesiones cuyo plazo termine, en vez de prorrogarlas (el primer hospital en volver a la gestión pública ha sido el de la Ribera, el 1 de abril de 2018), especialmente teniendo en cuenta que en el Informe realizado por la Sindicatura de Comptes (institución análoga al Tribunal de Cuentas en la Comunidad Valenciana) era altamente favorable a la pervivencia del modelo y que el único argumento que desde la Generalitat se aduce es que la reversión era un compromiso político de la campaña electoral.

Este trabajo, además, presenta utilidades en el plano de la Administración Pública, pues de sus conclusiones es posible extraer una alternativa de estructuración del Sistema Sanitario a largo plazo: independientemente de que en la actualidad se lleven o no pocos asuntos de elevado nivel de complejidad en los hospitales de gestión indirecta, éstos, cuando son comparados con centros de gestión pública en asuntos de meda y baja complejidad, obtienen resultados ostensiblemente mejores. Por ello, sería razonable desarrollar una red de centros bimembre, de alta y baja complejidad, gestionados, estos últimos, por entidades concesionarias bajo el modelo aquí tratado. Ello tendría consecuencias beneficiosas para los centros de ambos modelos: para los de gestión directa porque liberarse de asuntos rutinarios en los que son ineficientes les permitiría tener más recursos para tratar cuestiones complejas, y para los de gestión indirecta porque no debería asumir casos cuyo tratamiento no fuera rentable y aglutinaría cuestiones más básicas, pudiéndose generar economías de escala.

7. BIBLIOGRAFÍA

Acerete, B., Gasca, M., Stafford, A., Stapleton, P. (2015). A Comparative Policy Analysis of Healthcare PPPs: Examining Evidence from Two Spanish Regions from an International Perspective. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 17(5), pp. 502-518.

Akintoye, A., Hardcastle, C., Beck, M., Chinyio, E., Asenova, D. (2003). Achieving best value in private finance initiative project procurement. *Construction Management and Economics*, 21, pp. 461-470.

Alloza, M. (2013). *El modelo Alzira visto desde Madrid y Valencia*. En <http://amyts.es/el-modelo-alzira-visto-desde-valencia-y-madrid/> [acceso el 8 de abril de. 2018].

Alonso, J., Clifton, J., Díaz-Fuentes, D. (2015). The impact of New Public Management on efficiency: An analysis of Madrid's hospitals. *Health Policy*, 119(3), pp. 333-340.

Arruñada B. (1999). Gestión de la competencia en el sector público. *Anuario de la Competencia*, 1999, 2000, pp. 267-311.

Barlow, J., Köberle-Gaiser, M. (2008). The private finance initiative, project form and design innovation. *Research Policy*, 37, pp. 1392-1402.

Barlow, J., Roehrich, J.K., Wright, S. (2013). Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services. *Health Affairs*, 32 (1), pp. 146-154.

Bes, M. (2009). Spanish health district tests a new public-private mix. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(12), pp. 892-893.

Broadbent, J., Gill, J., Laughlin, G. (2008). Identifying and controlling risk: the problem of uncertainty in the private finance initiative in the UK's National Health Service. *Clinical Perspectives on Accounting*, 19, pp. 40-78.

Broadbent, J., Gill, J., Laughlin, R. (2003). Evaluating the Private Finance Initiative in the National Health Service in the UK. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 16(3), pp. 422-445.

Caballer-Tarazona, M., Vivas-Consuelo, D. (2016). A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. *Health Economics Review*, 6(1), pp. 3-6.

Christiansen, T. (2002). Organization and financing of the Danish health care system. *Health Policy*, 59, pp. 107-118.

Clancy, L. (2003). Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(7), pp.543-543.

Comisión nacional de la competencia (CNC). (2013). *Aplicación de la Guía de Contratación y Competencia a los Procesos de Licitación para la Provisión de la Sanidad Pública en España*. En [https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/130927%20INFORME%20Sanidad%20PUBLICAR\(1\).pdf](https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/130927%20INFORME%20Sanidad%20PUBLICAR(1).pdf) [acceso el 15 de octubre de 2017].

Congreso de los Diputados. *Texto de la proposición parlamentaria (Informe Abril)*. En http://www.consorci.org/media/upload/pdf/docs_norm/resumen_informe_abril.pdf [acceso el 8 de abril de. 2018].

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. *Publicaciones*. En <http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1343069714637&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1343069714637>[acceso el 8 de abril de. 2018].

Díaz, P. (2018). *Privatizar hospitales sale caro (I)*. PÚBLICO. En <http://www.publico.es/actualidad/privatizar-hospitales-sale-carro-i.html>[acceso el 8 de abril de. 2018].

Dixon, A., Reis, V. (1999). Health Care Systems in Transition: Portugal. Copenhagen: *European Observatory on Health Care Systems*².

Dormont, B., Milcent, C. (2012). Ownership and Hospital Productivity. *CEPREMAP Working Papers (Docweb)*, 1205³.

Edwards, P., Shaoul, J., Stafford, A., Arblaster, L. (2004). *Evaluating the Operation of PFI in Road and Hospital Projects*. En <http://image.guardian.co.uk/sys-files/Society/documents/2004/11/24/PFI.pdf> [acceso el 8 de abril de 2018].

Ellis, R. P. (1998). Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economic*, 17(5), pp. 537-555.

² Artículo completo consultado. No existe número de publicación.

³ Artículo completo consultado.

Ellis, R. P., McGuire, T. G. (1996). Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects. *Journal of Health Economics*, 15, pp. 257-277.

Engel, E., Fischer, R., Galetovic, A. (2008). *Public-private partnerships: when and how*. En <http://www.econ.uchile.cl/uploads/publicacion/c9b9ea69d84d4c93714c2d3b2d5982a5ca0a67d7.pdf> [acceso el 4 de enero de 2018].

Froud, J. (2003). The Private Finance Initiative: risk, uncertainty and the state. *Accounting, Organizations and Society*, 28, pp. 567-589.

Grupo Ribera Salud. *El modelo Alzira: un modelo de salud*. En <http://www.modeloalzira.com/> [acceso el 8 de abril de 2018].

Grupo Ribera Salud. *Memoria Anual del Hospital de Vinalopó*. En http://www.riberasalud.com/wp-content/uploads/2017/04/Memoria_2014-2015-2016VINALOPO.pdf [acceso el 8 de abril de 2018].

Hall, J. (1998). Private opportunity, public benefit? *Fiscal Studies*, 19, pp. 121-140.

Herr, A., Schmitz, H., Augurzky, B. (2009). Does Higher Cost Inefficiency Imply Higher Profit Inefficiency? - Evidence on Inefficiency and Ownership of German Hospitals. *Ruhr Economic Papers*, 0132⁴.

Jakab, M., Preker, A., Harding, A., Hawkins, L. (2002). The introduction of market forces in the public hospital sector. *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*, 2002 (06)⁵.

Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D., Gilles, W. (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, 60, pp. 255-273.

Martínez, J. M. (2017). Reflexiones sobre la colaboración público-privada en la atención sanitaria. Madrid: *New Medical Economics Biblioteca*, pp. 20-159.

Oliveira, C., Cunha, R. (2011). Revisiting de Portuguese experience with public-private partnerships. *African Journal of Business Management*, 5 (11), pp. 4023-4032.

Peacock, S., Segal, L. (2000). Capitation funding in Australia: Imperatives and impediments. *Health Care Management Science*, 3(2), pp. 77-88.

⁴ Artículo completo consultado.

⁵ Artículo completo consultado.

Pollit, M. (2005). Learning from the UK private finance imitative experience. En Hodge, G., Greve, C. (Eds.). *The Challenge of Public–Private Partnerships Learning from International Experience*. Cheltenham, UK: *Edward Elgar*, pp. 207-230.

Pollock, A., Price, D., Liebe, M. (2011). PFI and NHS austerity: PFI ring-fencing prioritises investor returns over patient care. *British Medical Journal*, 342, pp. 417-419.

Pollock, A., Shaoul, J., Vickers, N. (2002). Private finance and ‘value for money’ in NHS hospitals: a policy in search of a rationale? *British Medical Journal*, 324, pp. 1205-1209.

Robbins, A. (2001). The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. *Public Health Reports*, 116(3), pp. 268-269.

Roehrich, J., Caldwell, N. (2012). Delivering integrated solutions in the public sector: the unbundling paradox. *Industrial Marketing Management*, 41, pp. 995-1007.

Roehrich, J., Lewis, M., George, G. (2014). Are public–private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 113, pp. 110-119.

Sánchez-Martínez, F., Abellán-Perpiñán, J.M., Oliva-Moreno, J. (2013). *Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional*. En http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GL_OBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/demografia+y+poblacion/dt4-2013-sanchez-abellan-oliva-servicios-sanitarios-publicos [acceso el 8 de marzo de 2018].

Sánchez, F., Abellán, J. M., Martínez, J. E., Puig-Junoy, J. (2006). Cost accounting and public reimbursement schemes in Spanish hospitals. *Health Care Management Science*, 9, pp. 225-232.

Servicio Madrileño de Salud. *Observatorio de Resultados*. En http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354183538063&language=es&pagina me=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_servicioPrincipal&vest=1354183538063 [acceso el 7 de abril de 2018].

Sevillano, E. (2018). *Gestión privada de la sanidad pública: ¿más barata y mejor?* EL PAÍS. En https://elpais.com/ccaa/2012/12/08/madrid/1355002336_720058.html [Acceso el 8 de abril de 2018].

Shaoul, J., Stafford, A., Stapleton, P. (2011). NHS capital investment and PFI: from central government responsibility to local affordability. *Financial Accountability and Management*, 27(1), pp. 1-17.

Sistema Madrileño de Salud. *Memoria Anual de 2016*. En <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017969.pdf> [acceso el 8 de abril de 2018].

Vázquez, P. (2006). Copagos, nuevas formas de gestión y PFIs. Madrid: *Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid*, pp. 1-15.

Vecchi, V., Hellowell, M., Longo, F. (2010). Are Italian healthcare organizations paying too much for their public-private partnerships? *Public Money & Management*, 30(2), pp. 125-132.

Vilardel, M. (2005). *Documento del Grupo de trabajo del Departamento Catalán de Salud para la racionalización y la financiación del gasto sanitario*. En <http://www.icf.uab.es/informacion/noticias/marco.pdf> [acceso el 6 de marzo de 2018].