



Trabajo Fin de Grado

Análisis contable de las empresas gestoras de CPP
en el sector sanitario.

Countable analysis of PPP management companies
in the health sector.

Autor/es

Irene Carrizosa Guerra

Director/es

Acerete Gil, José Basilio
Gasca Galán, María del Mar

Facultad de Economía y Empresa
2017

RESUMEN.

El objetivo de este trabajo es analizar un modelo de gestión como son las colaboraciones público-privadas aplicadas al sector sanitario, enmarcando en primer lugar el sistema sanitario actual en España así como el gasto público que se hace desde el Estado en sanidad. Posteriormente se realiza un estudio de las colaboraciones público-privada, así como las ventajas y desventajas del modelo. Además se realiza un estudio del Modelo Alzira, que es el más representativo en el sistema sanitario y que se ha extrapolado a otras comunidades autónomas.

Se presenta también un estudio de 12 hospitales, tanto de la Comunidad Valenciana como de la Comunidad de Madrid. En este estudio se realiza el análisis económico-contable a través de ratios financieros para analizar las distintas empresas y su rentabilidad. Además se realizará una comparativa entre la rentabilidad de cada hospital de la muestra con la rentabilidad de un producto de deuda del Estado.

Palabras clave: Colaboración público-privada, gasto sanitario, Modelo Alzira, hospital, rentabilidad

ABSTRACT

The aim of this paper is to analyse a model of management as they are the public-private partnership applied to the health sector, framing first the existing Spanish health system, as well as the public expenditure that is done from the State in health.

Also, a study of 12 hospitals, both of the Valencian Community and Community of Madrid is presented. In this study, the economic-countable analysis is realized using financial ratios to analyse the different companies and his profitability. In addition, the comparative will be realized between the profitability of every hospital of the sample by the profitability of a debt product of the government.

Keywords: Public-private partnership, health expenditure, Alzira model, hospital, profitability

Índice

1. INTRODUCCIÓN	3
2. COLABORACIONES PÚBLICO-PRIVADAS	4
3. SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA	7
Historia sistema sanitario.	7
Sistema sanitario español actual.	8
Gasto Sanitario.	12
4. COLABORACIONES PÚBLICO-PRIVADAS EN EL SECTOR SANITARIO. MODELO ALZIRA.	14
5. METODOLOGIA.....	16
6. RESULTADOS	20
Comparativa con la Rentabilidad de Obligaciones del Estado.....	26
Análisis de la cárta de Torrevieja en comparación con el IPC.	27
7. CONCLUSIONES.....	27
Bibliografía.....	31

1. INTRODUCCIÓN.

La principal finalidad de este trabajo es el desarrollo y análisis contable de un modelo de gestión como son las Colaboraciones Público-Privadas (CPP), aplicadas al sector sanitario. En general se trata de contratos establecidos entre el sector público y el sector privado para que este último se encargue de la gestión de un servicio público como puede ser un hospital o autopistas de peaje. En el caso sanitario, se encuentran diversos ejemplos a lo largo de la geografía británica y canadiense. En España, estos contratos tuvieron lugar en un primer momento en la Comunidad Valenciana, con el Hospital de Alzira (y que da nombre a un modelo de gestión homónimo), para posteriormente llegar a la Comunidad de Madrid, Galicia y Castilla-León y plantearse en Aragón, Castilla-La Mancha y Extremadura.

Se trata de un tema de actualidad debido a que el contrato con la empresa que gestiona el Hospital de Alzira, no se espera que sea renovado cuando finalice en 2018, revirtiendo así la gestión del hospital al gobierno autonómico. Además, dado que se ha puesto en duda la eficiencia de estos modelos de gestión, así como la aparición de diversas irregularidades en los contratos y en la propia contabilidad de dichos hospitales, aumenta el grado de interés del tema escogido.

Para analizar la eficiencia y rentabilidad de estos hospitales se llevará a cabo el análisis de las cuentas anuales de diferentes hospitales, tanto en la Comunidad Valenciana (entre ellos el propio Hospital de Alzira) como de la Comunidad de Madrid a través de los ratios financieros comúnmente aceptados. Será también importante realizar una comparativa entre la rentabilidad que finalmente obtienen las empresas encargadas de la gestión de los hospitales, con la rentabilidad ofrecida por productos de deuda. De esta forma se estudiará si ofrece una mejor rentabilidad si se gestionan los hospitales según el modelo de CPP o es mejor la administración tal y como se ha llevado a cabo hasta ahora a través de la Administración Pública.

2. COLABORACIONES PÚBLICO-PRIVADAS.

Para poder enmarcar este trabajo es necesario enmarcar en primer lugar qué son las Colaboraciones Público-Privadas (CPP) o *Public-Private Partnerships* (PPP). Según la Ley de Contratos del Sector Público (TRLCSP)¹:

“Son contratos de colaboración entre el sector público y el sector privado aquellos en que una Administración Pública o una Entidad pública empresarial u organismo similar de las Comunidades Autónomas encarga a una entidad de derecho privado, por un período determinado en función de la duración de la amortización de las inversiones o de las fórmulas de financiación que se prevean, la realización de una actuación global e integrada que, además de la financiación de inversiones inmateriales, de obras o de suministros necesarios para el cumplimiento de determinados objetivos de servicio público o relacionados con actuaciones de interés general, comprenda alguna de las siguientes prestaciones:

- a) La construcción, instalación o transformación de obras, equipos, sistemas, y productos o bienes complejos, así como su mantenimiento, actualización o renovación, su explotación o su gestión.*
- b) La gestión integral del mantenimiento de instalaciones complejas.*
- c) La fabricación de bienes y la prestación de servicios que incorporen tecnología específicamente desarrollada con el propósito de aportar soluciones más avanzadas y económicamente más ventajosas que las existentes en el mercado.*
- d) Otras prestaciones de servicios ligadas al desarrollo por la Administración del servicio público o actuación de interés general que le haya sido encomendado.”*

Es decir, se trata de una herramienta a través de la cual se une la Administración Pública con el sector privado. Estas colaboraciones tienen lugar mediante contratos basados en el derecho de explotación de una infraestructura por parte del sector privado, sobre todo refiriéndose a proyectos tradicionalmente realizados por el sector público. En lugar de que sea una entidad pública quien desarrolle los activos fijos y detente su propiedad, los gestione y regule, las PPP implican que el sector privado sea su responsable y los gestione y la Administración Pública “adquiera” el servicio asociado al equipamiento al contratista durante un periodo de tiempo determinado (The Scottish Parliament, 2001).

¹ 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. ART 11.1 Fuente: Boletín Oficial del Estado.

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-17887-consolidado.pdf>

Se trata de acuerdos a largo plazo (en el caso español como se verá a continuación, entre 15 y 30 años) cuyos fines, tanto económicos como sociales para ambas partes, tratan de mejorar la calidad y el nivel de los servicios prestados y con los cuales se reparten riesgos y responsabilidades. Otra de las **ventajas** que se pueden encontrar en este tipo de proyectos es que cada agente desarrolla la tarea en la que posee una ventaja comparativa (por ejemplo, gestionando cada una aquellos riesgos de tal manera que estos sean menores que si los gestionara la otra parte). Este hecho, teóricamente se traduce en unos resultados más eficientes: se obtienen mejores resultados con un mismo coste o los mismos resultados con un menor coste. Además a través de este modelo de gestión, se tiene acceso a recursos privados para la financiación de las infraestructuras (Wang, 2006). Entre las ventajas más destacadas para la Administración se encuentra el impacto en los presupuestos que en términos de déficit, se produce años después de su puesta en marcha. Para la empresa privada, durante las crisis económicas, estos modelos de gestión les permite seguir teniendo ocupación en la construcción de obras públicas, mientras que la demanda de obra privada desciende.

Por otro lado, existen una serie de **desventajas** de este tipo de modelos de gestión como son los elevados costes de adquisición al ser calculados con anterioridad por el tiempo de duración del contrato, lo cual conlleva sobrecostes e incluso la posibilidad de no recuperar la inversión realizada. Además se trata de contratos más complejos y por tanto con una transparencia menor.

Normalmente la empresa privada es **remunerada** por los propios usuarios o por la Administración. Esto supondría una deficiencia potencial asociada a las PPP, pues el pago por parte de los usuarios a veces no contempla el coste real del servicio. De incluirse los costes en los que incurre la empresa privada en estos pagos, supondría un incremento en las tarifas y por tanto un rechazo del servicio.

Uno de los obstáculos para atraer la iniciativa privada a participar en PPP es el déficit de rentabilidad financiera de estos proyectos o la incertidumbre por los riesgos que conllevan. La intervención de las Administraciones se basa en unos pagos periódicos (*canon de concesión*) entendidos como una compensación a cambio del beneficio social generado.

Existen **varios tipos de PPP** según las categorías de *partnerships* relativas al nivel de reparto de riesgos y responsabilidades entre ambas partes del contrato, es decir dependiendo de la participación que tenga la entidad privada en el proyecto. También hay que tener en cuenta las diferentes tareas (Allan, 2000) que en dichos contratos se recogen, las cuales pueden ser: *design* (diseño), *build* (construir), *finance* (financiar), *operate* (gestionar), *maintain* (mantenimiento), *own* (poseer), *transfer* (transferir), *lease* (alquilar) y finalmente, *buy* (adquirir). La combinación de todas ellas da lugar a una amplia tipología de PPP (Ver) que van desde los controlados en gran totalidad por la entidad privada a aquellos controlados casi por completo por el sector público.

Dentro de esta amplia variedad, las combinaciones más relevantes son:

- **Modelo BOT (Build, Operate and Transfer):** La empresa privada financia y construye y explota comercialmente, bajo su riesgo, la infraestructura durante un periodo de tiempo. Al finalizar el contrato, el activo pasa al sector público quien decide si se hace cargo de la explotación o la cede a otra entidad privada.
- **Modelo BTO (Build, Transfer, Operate):** En este caso la propiedad de las instalaciones está en manos de la Administración Pública, quien una vez finalizada la construcción, concede por medio de un contrato de arrendamiento la propiedad de la infraestructura a la entidad privada que se encargara de su explotación durante el periodo de concesión.
- **Modelo BOOT (Build, Own, Operate, Transfer):** La entidad privada financia, construye, explota y mantiene una infraestructura a cambio del derecho a cobrar a los usuarios, siendo las instalaciones y bienes de su propiedad hasta el final de la concesión.
- **Modelo BOO (Build, Own, Operate):** En este modelo no tiene lugar la transferencia final de los activos, dado que su vida útil coincide con el periodo de explotación del proyecto.
- **Modelo DBFO (Design, Build, Finance, Operate):** Es muy parecido al modelo BOT, solo que en este caso la empresa privada también asume el diseño del proyecto. La propiedad de los activos está en manos del sector público, quien remunera a la empresa encargada de la explotación.

3. SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA.

La **Constitución Española de 1978**², en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Son estos, tal como se señala el art. 41, los responsables de mantener un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, garantizando la asistencia y prestaciones sociales oportunas ante situaciones de necesidad.

Historia sistema sanitario.

El primer antecedente del sistema sanitario español actual, es decir, el Sistema Nacional de Salud (SNS), se remonta a los gremios medievales, quienes realizaban la contratación de un médico para atender a sus miembros y familiares, siendo retribuidos por ello mediante un sistema capitativo que cubría la atención sanitaria con independencia del estado de salud, y según el número de gremialistas. Este sistema facilitó el desarrollo, a finales del siglo XIX y principios del XX, de pequeñas mutuas y «cajas de enfermedades», basado en la contribución, mediante cuotas mensuales a cargo de empresarios y trabajadores

A través de la Carta Magna y el desarrollo de la LGS del año 1986, se universaliza la asistencia y se transforma el Sistema de Seguridad Social en un SNS. Se crean organismos administrativos con rigideces en materia económica para gestionar el sistema sanitario, como el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el Instituto de Migración y Servicios Sociales (IMSERSO) o el Instituto Nacional de Empleo (INEM).

En el año 1986 se promulga la **Ley General de Sanidad** que establece un sistema sanitario en dos niveles de actuación, no relacionados; la asistencia primaria (ambulatorios y Centros de Salud) y asistencia especializada, con hospitalización a través de los hospitales, primarios, secundarios y terciarios.

² Constitución Española 1978. Capítulo III. De los principios rectores de la política social y económica Artículo 43. Fuente: Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229&a=a&orden=conte#refpost

Como una respuesta a los problemas existentes en la sanidad española, surgen propuestas de reformas, descritas ya en el año 1991 en el Informe Abril Martorell, donde se aboga por la separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, y se propone configurar los centros sanitarios como empresas públicas regidas por el derecho privado.

Esta estrategia de reforma fue ratificada en el Pleno del Congreso de los Diputados, en 1997, donde se aprobó el informe de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del SNS, en cuyas conclusiones se establecía que en materia de organización y gestión era preciso, entre otras medidas, impulsar la autonomía en la gestión sanitaria, potenciando la separación de las funciones de planificación, financiación, compra y provisión de servicios, configurando los centros asistenciales como organizaciones autónomas, con facultades de decisión efectivas y responsables, y facilitando la extensión de las nuevas formas de gestión a toda la red de asistencia pública.

Sistema sanitario español actual.

El gobierno central a través del Ministerio de Sanidad tiene la responsabilidad de promover la coordinación y cooperación en el sector sanitario. A partir de 1986 se realiza la transformación de un Sistema de Seguridad Social (modelo Bismarck³) de financiación de los servicios sanitarios por medio de cuotas de las empresas y trabajadores, a un modelo Beveridge con financiación y responsabilidad estatal a través de los impuestos y de los presupuestos generales del Estado.

El traspaso de funciones y servicios sanitarios a las comunidades autónomas comenzó en el año 1981 con Cataluña y concluyó en el año 2001, según los diferentes Reales Decretos de transferencia de las competencias sanitarias a cada Comunidad.

La estructura organizativa es la establecida por la LGS con un gobierno central a través del Ministerio de Sanidad que asume la responsabilidad de áreas estratégicas

³ **Modelo Bismark:** Sistema de financiación basado en los seguros. La sanidad pública se financia principalmente mediante la contratación de seguros por parte de los trabajadores y la atención especializada se presta en hospitales sin ánimo de lucro.

como la coordinación general y la legislación sanitaria básica; la definición de la cartera de servicios básicos del SNS; la política farmacéutica; y la educación sanitaria de pre y posgrado; y la gestión. Es decir, el Ministerio tiene el poder legislativo, establece los sistemas de información y asegura la cooperación entre las diferentes comunidades autónomas. Las 17 comunidades autónomas tienen a su vez poderes de planificación y capacidad para organizar sus servicios de salud, respetando la cartera de servicios básicos fijada por el gobierno central.

El organismo gestor máximo en materia sanitaria de las comunidades autónomas es la Consejería de Sanidad, que es la encargada de confeccionar un Servicio de Salud, integrado por centros ambulatorios (abiertos) y hospitales (cerrados) que proporcionen los servicios planificados en la cartera de servicios de la comunidad autónoma. Cada comunidad autónoma divide el territorio en **Áreas Sanitarias**, que son las Unidades Básicas Geográficas y Funcionales de la asistencia sanitaria, pudiendo establecer cada una sus planes de salud específicos y adecuando los recursos a las necesidades de la población adscrita. Estas áreas sanitarias, previstas en la LGS, se crean para dar cobertura aproximadamente a 200.000 habitantes, existiendo al menos un Centro Hospitalario Terciario y diferentes Centros de Salud, aproximadamente uno por cada 20.000 habitantes.

La asistencia en España se diferencia estructuralmente en Asistencia Primaria y Asistencia Especializada u Hospitalaria. Se trata de asistencias no coordinadas e independientes con gerencias distintas y no interrelacionadas. Este hecho supone la duplicidad de historiales clínicos y pruebas diagnósticas, retrasos, tiempos largos de espera en diagnósticos y tratamientos especializados hospitalarios; creándose una gran problema funcional de eficacia y eficiencia.

La **Asistencia Primaria** en España es predominantemente pública. La mayoría de médicos pertenecen al sector público y dentro de la Asistencia Primaria actúan como puerta de acceso al resto de asistencia sanitaria pues son los que en primera instancia derivan al paciente al especialista, poniendo a su disposición los servicios básicos.

En 2015 había un total de 80 médicos por cada 100.000 habitantes⁴ contando así con un total de 34.900 médicos los cuales se reparten a través de una red de 3.023 centros de salud y 10.081 consultorios locales de atención primaria. Estos centros atienden un total de 371 millones de consultas médicas y de enfermería.

La **asistencia especializada** se realiza en hospitales públicos. España, en 2014 (Ver) disponía de una red de 451 hospitales, de los cuales 324 son de dependencia pública ofreciendo el 79.37% de las camas hospitalarias en funcionamiento. Esta red de hospitales cuenta con 170 médicos por cada 100.000 en atención especializada, siendo esta la que mayor número de profesionales emplea.

La **financiación** del Sistema Sanitario viene regulada en el Capítulo V de la Ley 14/1968 General Sanitaria⁵. Tal como se explica a partir del art. 78, “*los Presupuestos del Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales y Seguridad Social consignarán las partidas precisas para atender las necesidades sanitarias de todos los Organismos e Instituciones dependientes de las Administraciones Públicas y para el desarrollo de sus competencias*”. El sistema de financiación autonómica se basa en los principios de generalidad, suficiencia, autonomía, solidaridad, coordinación y participación.

Conforme al art. 79.1. “*La financiación de la asistencia prestada se realizará con cargo a:*

a) Cotizaciones sociales.

b) Transferencias del Estado, que abarcarán:

- La participación en la contribución de aquél al sostenimiento de la Seguridad social.*
- La compensación por la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a aquellas personas sin recursos económicos.*
- La compensación por la integración, en su caso, de los hospitales de las Corporaciones Locales en el Sistema Nacional de Salud.*

⁴Informe Anual del Sistema Nacional de Salud. Resumen 2015. Recursos asistenciales físicos y humanos: Profesionales médicos y de enfermería.

https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tabcillasEstadisticas/Resum_Inf_An_SNS_2015.pdf

⁵ Ley General de Sanidad 14/1968. Capítulo V. De la Financiación. Artículos 78-83. Fuente: del Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

- c) *Tasas por la prestación de determinados servicios.*
- d) *Por aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales.*
- e) *Tributos estatales cedidos. (...)"*

Es decir, todos los gastos sanitarios públicos se cubren con los impuestos generales del Estado. En las CCAA las dos principales fuentes de financiación son los impuestos y las asignaciones del gobierno central que establece el artículo. Además, otras fuentes complementarias de financiación (vitales para el sostenimiento del sistema) son los ingresos privados, ya sean directos o a través de seguros privados. Además habría que añadir el Fondo de Cohesión y el Programa de Ahorro temporal en Incapacidad Temporal.

Los impuestos son la base de la financiación y representan alrededor del 95% de los recursos que se distribuyen entre las comunidades autónomas, administración central, corporaciones locales y ciudades autónomas. Las cotizaciones sociales adscritas a la financiación de la asistencia sanitaria suponen un 2.53% y dentro de ellas se incluyen las dirigidas a las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Como se ha comentado anteriormente, la sanidad pública se financia mediante un **sistema de pago prospectivo** el cual es utilizado por la mayoría de países desarrollados. En este sistema, la cantidad a pagar por el proveedor se establece *ex-ante*, por lo que el pago final no tiene por qué coincidir con el gasto real. De esta manera se incentiva al proveedor a la contención del gasto y a una mejora de la eficiencia en el uso de los recursos.

Uno de los métodos fijos para establecer el pago prospectivo que va a recibir un hospital durante un periodo de tiempo determinado es el **pago capitativo**: los ingresos totales dependen del número de usuarios potenciales (incluidos en una lista), que tienen cubiertas sus necesidades sanitarias en dicho hospital, independientemente del uso de los servicios que hagan. Se establece una tarifa por persona, de manera que cuanto mayor es el número de personas a las que puede atender el hospital, mayores serán sus ingresos. Si el paciente puede elegir el hospital al que acudir, tenderá a elegir aquellos que ofrezcan una mejor calidad.

Gasto Sanitario.

El **Gasto Sanitario** es un valor promedio por persona formado por los gastos recurrentes y de capital provenientes del sector público destinados a la prestación de servicios sanitarios, actividades de planificación familiar y asistencia de emergencias. El gasto sanitario incluye tanto el gasto público como el privado.

El gasto sanitario se calcula dentro del Sistema de Cuentas de Salud, elaborado por la Subdirección de General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Dentro de la clasificación funcional, se distinguen funciones básicas y funciones relacionadas. En estas últimas se encuentran los gastos de formación del personal sanitario y en investigación y desarrollo en el ámbito de la salud pero que quedan excluidos del cómputo del gasto sanitario.

Dentro del gasto sanitario público, se encuentra la Administración central, regionales, locales y de la seguridad social (incluye las mutualidades de los funcionarios MUFACE, ISFAS, MUGEJU).

La evolución del gasto sanitario en España ha sido ascendente como se puede observar en el ⁶. Se ha producido un incremento anual del 1.99%⁷ en 2014 respecto 2013, precedido de una trayectoria de caídas del gasto sanitario total. En ese último año el gasto sanitario público aumento un 0.47% también precedido de años de importantes caídas. En cambio el gasto privado presenta una trayectoria ascendente, aumentando en 2014 un 5.7%, respecto de 2013, siendo este su mayor incremento.

Para comparar mejor el gasto sanitario entre diferentes países, se analiza el porcentaje que este representa dentro del Producto Interior Bruto de cada país. Durante el periodo comprendido entre 2010-2014, el gasto sanitario en España representó un 9.2% con una variación interanual de casi un 0.1% positiva y negativa alternativamente, tal y como se observa en la

⁶ Elaboración propia. Datos obtenidos del informe “SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD 2014. Principales resultados”.

⁷ Resultados de elaboración propia a partir de los datos obtenidos del informe “SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD 2014. Principales resultados.” Ver [iError! No se encuentra el origen de la referencia.](#)

Como se observa en la *Tabla 3. Gasto total en salud (%) del PIB por país y periodo*. solo países como Alemania, Austria, Bélgica, Francia o Dinamarca gastan más en sanidad con respecto del PIB que España en el año 2012 (último dato disponible en la Base del Instituto Nacional de Estadística) con un porcentaje superior al 10% sobre el PIB. Cabe destacar que en el último año el país que mayor porcentaje del PIB destinó al sistema sanitario fue Países Bajos (un 12.4%), mientras que los que menos fueron países de la Unión Europea menos desarrollados como Rumanía (5.1%) y Estonia (5.9%). En el caso español, es destacable que durante el periodo 2003-2012 siempre se ha invertido un porcentaje del PIB en salud mayor con respecto a la media de los 27 países que conforman la Unión Europea.

Al analizar la estructura porcentual según el agente de financiación, se aprecia que las administraciones publicas fueron responsables del 69.81% del gasto sanitario en 2014, mientras que el sector privado aporto el 30.19% restante. Desde 2010 el gasto de las administraciones publica en sanidad ha disminuido un 11.4%, debido a las medidas para reducir el déficit público consecuencia de la crisis económica.

Las Administraciones Públicas no solo financian servicios de asistencia sanitaria con producción propio, sino que también mediante la contratación o concierto privados de producción. Uno de los datos más relevante para este caso que se puede encontrar en el Sistema de Cuentas de Salud de 2014 es que más del 50% del gasto sanitario público destinado a financiar la asistencia prestada en establecimientos de atención medicalizada corresponde a conciertos con empresas privadas.

4. COLABORACIONES PÚBLICO-PRIVADAS EN EL SECTOR SANITARIO. MODELO ALZIRA.

Las primeras CPP en sanidad (*Acerete et al. 2011*) surgen en España dentro de la Comunidad Valenciana, donde en 1997 se establece un contrato entre dicho gobierno y una joint venture creada para la construcción y gestión de un hospital en la localidad de Alzira; Ribera Salud Unión Temporal de Empresas.

En esta UTE participaba mayoritariamente (51% del capital) Adeslas S.A como se observa en la . La compañía de seguros médicos se encargaba del suministro de los servicios técnicos de salud. El 45% del capital estaba en manos de Ribera Salud S.A. como parte financiera del proyecto, por lo que en esta empresa participan cajas de ahorros regionales como Bancaja o la Caja Autonómica de Madrid (CAM).

El primer contrato firmado en 1997 tenía una duración de 10 años, con posibilidad de renovarlo por un plazo de 5 años más; tras lo cual las infraestructuras pasarían a ser propiedad del gobierno. En dicho contrato también se estimaba un pago anual por parte de los habitantes de la población de 204€, revisable según el IPC (Índice de Precios al Consumo) En primera instancia, este pago era mucho menor al realizado por MUFACE de 301€ por persona o a los 362€ del servicio público de asistencia sanitaria de la Comunidad Valenciana, ya que el Hospital de Alzira se hacía cargo únicamente de la asistencia especializada y de tratamientos menos desarrollados que los hospitalares públicos valencianos.

Como se ha comentado anteriormente, dentro de esta UTE participaban cajas de ahorro regionales, debido a su interés por invertir su superávit en acciones de interés social y estratégico para mejorar el desarrollo socioeconómico de la región. En las asambleas generales de estas cajas existe representación de múltiples grupos de interés, entre ellos la clase política; por lo que es de esperar que existiera una fuerte influencia política de forma que estas cajas financiaran proyectos de dudosa rentabilidad. Uno de los puntos importantes que el contrato establecía era que si los pacientes de la propia Área Sanitaria no acudía al Hospital de La Ribera, este ya había pagado la totalidad del coste de dicha atención sanitaria con anterioridad, lo cual generaba importantes pérdidas. Por otra parte, se trata de un servicio donde el personal representa una pieza clave. En este caso privado, primaron los pagos financieros de deuda que conllevaron a recortes en los gastos de personal.

Debido a los problemas de liquidez y al incremento de la necesidad de capital, la empresa optó por endeudarse más, pasando de un ratio de deuda del 3% en 1998 al 10%. Los intereses que debía pagar eran superiores a los beneficios, por lo que la viabilidad del proyecto así como el riesgo de las cajas de ahorro, empeoraban. Dado que una de las empresas participantes en la UTE eran entidades y cajas de ahorro bancaria, estas establecieron tipos de interés menores y por tanto ventajosos para Ribera Salud.

Todas estas circunstancias acumuladas hizo insostenible la situación y el contrato se rescindió en 2003. No existía ninguna cláusula en la que se estipulase el pago de una cantidad por la finalización del contrato en caso de una pérdida de rentabilidad. Aun así, el gobierno valenciano pago a Ribera Salud 69.3 millones de euros, de los cuales 26 millones correspondían a una compensación por las pérdidas y 43.3 millones de euros por la adquisición de la infraestructura; de tal forma que el proyecto revirtió a la Administración Pública de nuevo.

Debía entonces, aparecer una nueva empresa que se hiciera cargo de la gestión del hospital. En el nuevo concurso, se estableció como condición denominada “Canon de acceso” de 70 millones de euros. La única empresa que se presentó fue Ribera Salud, debido a las nuevas condiciones del contrato. Entre ellas, se añadía a la gestión del hospital, todo el departamento de Salud de Atención Primaria.

El pago capitativo por habitante aumentó, pasando de los 234 euros por paciente que pagaba la Administración Pública, a 379 euros, lo cual suponía un incremento del 62% con respecto al contrato anterior.

En el caso madrileño, el panorama hospitalario cambió desde 2003 cuando empezaron a tener lugar las primeras CPP. Aun así, hospitales como el Infanta Elena, Rey Juan Carlos y Torrejón nacieron siendo de gestión privada. En esta CCAA, se pueden distinguir dos modelos:

-Por un lado está el “Modelo Valdemoro” en el cual la concesión administrativa únicamente es para los servicios hospitalarios, no se incluye la asistencia primaria. Con este caso se encuentra el Hospital de Valdemoro (primera concesión que se otorgó), Torrejón y Móstoles.

- Por otro lado, el “Modelo Majadahonda” consiste en un método de financiación de las infraestructuras sanitarias (PFI), es decir un contrato de concesión de obra pública. En este caso, la empresa privada se encarga de la construcción y

financiación de la infraestructura y la Comunidad de Madrid paga un canon por el uso de esta hasta que finaliza el contrato, cuando la infraestructura reverte al gobierno autonómico. Además la empresa adjudicataria presta los servicios no sanitarios (mantenimiento, lavandería, esterilización, restauración, etc.). Dentro de este modelo se encuentran los hospitales de Coslada, Vallecas, Sureste, Tajo, Parla y el propio Hospital de Majadahonda.

5. METODOLOGIA.

Para el estudio de las CPP que han tenido lugar en España en el sector sanitario se ha llevado a cabo el análisis de las cuentas anuales de las distintas empresas encargadas de la gestión de los hospitales.

Por un lado están aquellos hospitales de la Comunidad Valenciana (**Hospital de la Ribera de Alzira, Hospital de Torrevieja, Hospital de Denia y Hospital de Manises**) cuyos contratos de concesión tienen una duración de 15 años prorrogables a 5 años más, a partir de la puesta en funcionamiento. De todos estos hospitales se dispone información contable desde 2008 hasta 2015. En los 5 casos valencianos, la empresa Ribera Salud tiene una participación entre el 35 y 60% dentro de la UTE junto con una aseguradora sanitaria como Asisa, Adeslas, DKV o Sanitas.

1. **Hospital de la Ribera de Alzira.** Este hospital está actualmente gestionado por *Ribera Salud II UTE* y se ubica en la población homónima en la Comunidad Valenciana, prestando servicio a un total de 240.000 habitantes. La concesión de este hospital se hizo a la empresa participada mayoritariamente por Adeslas y Ribera Salud a cambio de un canon inicial de 72 millones de euros. El hospital abrió sus puertas en abril de 2003, por lo que el periodo de concesión termina en abril de 2018 (se espera que no se prorogue el contrato 5 años mas).
2. **Hospital de Torrevieja:** es gestionado por *Torrevieja Salud UTE* desde octubre de 2006 cuando abrió sus puertas y se realizó una inversión inicial de entre 70 y 80 millones de euros. Atiende a una población de 155.000 habitantes y su primera cápita fue de 379 €.

Las cifras contables de ambos hospitales se encuentran en las cuentas anuales de Ribera Salud, quien participa en un 96% en 2015 en el hospital de Alzira y en un 65% en el hospital de Torrevieja.

3. **Hospital de Denia** está gestionado por *Marina Salud UTE* a través de un contrato de concesión en el que se fijó un canon de 95 millones de euros, con una cápita inicial de 413.11€. En este caso se dispone de las cuentas anuales desde 2008 hasta 2015, pero sin incluir las de 2012 no hay balance ni cuenta de pérdidas y ganancias.
4. El **Hospital de Manises** está gestionado por *Especializada y Primaria L'Horta Manises S.A.U* prestando atención sanitaria a un total de 147.000 personas desde que abrió sus puertas en mayo de 2009. El canon estipulado en el contrato fue de 90 millones de euros, mientras que la primera cápita fue de 494,72€

Por otro lado, encontramos los hospitales de la Comunidad de Madrid (**Infanta Elena, Torrejón, Rey Juan Carlos, Collado Villalba, Hospital del Henares, Hospital Infanta Sofía, Hospital Infanta Leonor, Hospital Infanta Cristina, Hospital del Tajo y Hospital Puerta de Hierro**), los cuales están gestionados por Sociedades Anónimas por medio de contratos de CPP con una duración de 30 años. La información contable de la que se dispone va de los años 2008 a 2015, excepto en casos puntuales como el del Hospital Infanta Elena, Torrejón, Móstoles o Collado Villalba. La mayoría de las empresas que gestionan los hospitales están participadas por constructoras como FCC Construcción S.A., Sacyr S.A, o empresas como Acciona S.A

5. El **Hospital Infanta Elena** de Valdemoro está gestionado por *IDCSalud Valdemoro S.A* desde que se puso en funcionamiento en noviembre de 2007 (primer año a partir del cual se dispone información contable) y asiste a 150.000 personas. La inversión inicial que se realizó fue de 65 millones de euros y se fijó una cápita inicial de 330 euros, la más baja hasta el momento.
6. El **Hospital de Torrejón** abrió sus puertas en 2011, de manos de *Torrejón Salud S.A* que se constituyó para la gestión del hospital en 2009 (primer año disponible de la información contable). La inversión fue de 113 millones de

euros y la cápita era en total de 571.5€, de la cual 428.35€ están destinados a la atención sanitaria y 143.15€ a la gestión de los servicios auxiliares del hospital.

7. El **Hospital Rey Juan Carlos** está gestionado desde que se puso en funcionamiento en Marzo de 2012 por la empresa *IDC Salud Móstoles S.A.* La inversión inicial que se realizó es la más elevada de todos los hospitales analizados: 232 millones de euros.

La empresa se creó en 2010 cuando se le dio la concesión por parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. La información contable de la que se dispone desde esa fecha es anual, excepto en el año 2011 que está separada en dos semestres. En la memoria del segundo semestre se explica que los datos contables que se proporcionan únicamente hacen referencia a ese periodo y no se trata de la agregación del anterior y ese semestre. Por tanto para homogeneizar y facilitar la comparación de ratios dentro del estudio, ha sido necesario agregar los datos del primer semestre con los del segundo para obtener el dato anual.

8. El **Hospital del Henares**, en Coslada, se encuentra bajo la dirección de la empresa *Hospital del Noreste S.A.* desde que abrió sus puertas en 2008. La inversión inicial que se realizó fue de 66 millones de euros.
9. El **Hospital Infanta Sofía**, en San Sebastián de los Reyes está gestionado por *Hospital del Norte S.A.* desde su inauguración en febrero de 2008 requiriendo una inversión inicial de 98 millones de euros.
10. El **Hospital Infanta Leonor** en Vallecas, en funcionamiento desde febrero de 2008, está gestionado por *Hospital de Vallecas S.A.* la empresa a la que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid le otorgó la concesión por una inversión inicial de 94.6 millones de euros.
11. El **Hospital Infanta Cristina** situado en Parla, se encuentra gestionado por *Hospital de Parla S.A.* desde que se puso en funcionamiento en 2008. La inversión que se realizó fue de 87 millones de euros.
12. El **Hospital del Tajo**, en Aranjuez está gestionado desde 2008 por *Hospital del Tajo S.A.* que está participada en un 40% por Sando Concesiones SL y otro 40% por Assignia Infraestructuras S.A.

13. El **Hospital Puerta de Hierro** de Majadahonda, se encuentra bajo la dirección de *Hospital de Majadahonda S.A* desde 2008, quien realizó una inversión de 180 millones de euros.

Cambio contable:

Cabe destacar que en 2008 entró en vigor la **Ley 16/2007 “Ley de reforma y adaptación de la legislación mercantil en materia contable para su armonización internacional con base en la normativa de la unión europea”**. Se trata de una reforma contable cuyo objetivo es facilitar la información neutra e insesgada para favorecer la eficiencia en la asignación de los recursos. Se revisa la definición de activo y esto es lo que afecta a las cuentas anuales de los hospitales analizados. Por un lado se mantienen los tres requisitos establecidos en el marco conceptual del PGC que definen a un activo como tal:

- El suceso que los origina debe estar terminado.
- Como consecuencia del mismo, la empresa adquiere el control económico de los vienes, derechos y otros recursos.
- La empresa espera obtener beneficios económicos en el futuro.

Y por otro se añaden: debe ser probable la obtención de los beneficios o rendimientos futuros y su evaluación ha de ser fiable. Es por ello que se elimina del modelo de balance los gastos de constitución, de establecimiento, de ampliación de capital y de formalización de deudas. Además existen otros activos cuya identificación es dudosa “*cuando el negocio jurídico transfiere los riesgos y beneficios inherentes a la propiedad ero no a la titularidad jurídica del elemento*”. Por tanto, no todo el Inmovilizado material o las inversiones inmobiliarias son elementos patrimoniales, pues hay casos en los que no siempre coincide la propiedad jurídica del inmovilizado y su control económico. Como sucede en el caso del inmovilizado de las CPP, que se trata como un contrato de arrendamiento el cual no tiene opción de compra, pues el activo una vez finalizado el contrato revierte al Estado. Es por ello que los terrenos y construcciones pasan de contabilizarse en 2011 como Inmovilizado Material en el grupo II, a estar en el grupo VII Deudas comerciales no corrientes, tal y como se aprecia en los balances de los distintos hospitales.

En este trabajo se cuestiona la eficiencia del modelo de gestión de CPP en los hospitales anteriormente descritos. Para el análisis, se han tomado las cuentas anuales referentes al balance y la cuenta de pérdidas y ganancias publicadas en la información contable de dichos hospitales y analizado los ratios financieros generalmente aceptados.

6. RESULTADOS

Para analizar la *situación financiera a corto plazo* de los distintos hospitales se han calculados los diferentes ratios de liquidez de la empresa (capital circulante, liquidez general, liquidez inmediata, ratio de tesorería y ratio inmediato de tesorería) cuyos resultados se detallan en las [y *Error! No se encuentra el origen de la referencia..*](#)

De cada ratio resultante, se ha calculado un promedio de todos los hospitales y posteriormente un promedio de cada hospital, para facilitar la comparación como se observa en la [*Error! No se encuentra el origen de la referencia..*](#)

En primer lugar, a la hora de analizar el **capital circulante** de las distintas empresas es destacable que tanto Denia, Valdemoro y Torrejón se da una posible situación de suspensión de pagos debido a que esta magnitudes negativa, es decir las deudas a corto plazo supera el activo a corto plazo de la empresa. En los casos de Denia y Valdemoro desde que se pusieron en funcionamiento en 2008 y 2007 respectivamente, hasta 2010 se dio esta situación.

La **liquidez** de los distintos hospitales es elevada, superior a uno en la mayoría de los casos. El caso más extremo es el del Hospital de Móstoles, donde el activo corriente supera en más de 100 veces al pasivo corriente. Esto se debe a las escasas deudas a corto plazo contabilizadas durante 2010.

Al analizar la **tesorería**, se observa en la [*Error! No se encuentra el origen de la referencia..*](#) que la mayoría de los hospitales presentan unos ratios superiores (tanto de tesorería como tesorería inmediata) a un ideal de 0.3, por lo que tiene una alta capacidad de hacer frente a sus obligaciones a corto plazo únicamente con el disponible de la empresa. Es destacable el caso de Valdemoro, cuya tesorería no alcanza el 0.1, lo cual empeora su situación de suspensión de pago. Hay que señalar los casos de Manises y

Denia que presentan un disponible por encima de 30 veces superior a las deudas a corto plazo.

Al analizar la *situación financiera a largo plazo* de los distintos hospitales, hay que poner atención en primer lugar en el **ratio de solvencia**. Tal como se observa en la , la mayoría de hospitales tiene capacidad suficiente para hacer frente a sus deudas con el activo que posee (ratio superior a la uno). La peor situación se encuentra en el Hospital de Valdemoro que no alcanza la unidad en el ratio promedio de solvencia, por lo que es posible que tenga alguna dificultad a la hora de hacer frente con su activo a las obligaciones de deuda contraída.

Al analizar la situación financiera a largo plazo también se tiene en cuenta la **estructura del activo**. Como se observa en el , el activo no corriente, el menos líquido, tiene un mayor peso en todos los hospitales debido al elevado importe del inmovilizado material e intangible. Este supone más del 50%, excepto en el caso del Hospital de Móstoles que representa el 26.4%, por lo que el activo corriente presenta una mayor proporción en comparación con el activo no corriente formado sobre todo por el inmovilizado e inversiones a largo plazo.

En cuanto a la **estructura financiera** de los hospitales, las obligaciones que han contraído representan más del 75% (). En la mayoría de los casos, el total del pasivo representa el 90% como en el Hospital de Torrevieja, Noreste o Majadahonda llegando este a superar el 97%. Mientras que el patrimonio neto de las empresas en pocos hospitales supera el 10%. Si se analiza el pasivo corriente y el pasivo no corriente se observa que las deudas a corto plazo tienen poco peso dentro de los recursos exigibles de los diferentes hospitales, pues apenas tienen un peso superior al 30%, sobretodo en casos como el de Vallecas, Parla, Noreste, Norte, Tajo o Majadahonda que rondan el 7%.

Se trata de hospitales principalmente financiados por recursos ajenos, bien a través de deudas con entidades bancarias o empresas del grupo como se verá posteriormente. Por lo general, es normal tener un alto ratio de endeudamiento, ya que es más barato remunerar a los financieros ajenos a través de intereses, que a los propios mediante dividendo, pues estos soportan mayor riesgo en caso de liquidación de la empresa.

Hay que destacar el caso del Hospital del Valdemoro, cuyo pasivo supera la unidad, es decir sus recursos propios son negativos. Esta situación se da desde el año 2011 cuando el patrimonio neto comenzó a ser negativo debido a los malos (y negativos) resultados que obtuvo pues los ingresos no eran suficientes para cubrir los gastos del ejercicio.

En cuanto a la **estructura de los recursos permanentes** formados por el patrimonio neto y el pasivo no corriente, es decir aquellos con menor exigibilidad, la mayoría de los hospitales sigue la misma tendencia que en la estructura financiera: los recursos ajenos, en este caso el pasivo no corriente, tiene mayor importancia que los recursos propios de los hospitales, que difícilmente llegan al 10% como se puede ver en la lo que afianza más el hecho de tratarse de empresas endeudadas. Con respecto a este ratio es destacable dos casos: por un lado el caso de Móstoles y Torrejón donde se aprecia una mayor igualdad en los pesos relativos del patrimonio y del pasivo no corriente (50.3% y 49.7% en el caso de Móstoles respectivamente; y 31.3% y 68.7% en Torrejón respectivamente). En el caso de Móstoles fue en 2013 cuando el pasivo no corriente comenzó a tener un peso superior al 60% debido a los resultados negativos obtenidos que minoraron el patrimonio y al incremento de las deudas con empresas del grupo (tal y como se aprecia en su balance). En Torrejón, en 2009 la empresa no tenía pasivo a largo plazo por lo que sus recursos permanentes únicamente estaba formado por el patrimonio neto; pero ya en 2010 la empresa comenzó a contraer deudas a largo plazo que representaban entre un 70 y un 85% en los años posteriores hasta 2015.

Si en los casos anteriores la proporción entre las partidas que conforman los recursos permanentes era más igualada, en el Hospital de Valdemoro destaca el hecho de que el patrimonio neto representa un -8.6%, mientras que las obligaciones de la empresa a largo plazo suponen el 108.6%. Ya que estos datos representan el promedio total del Hospital, al observar los resultados del ratio año a año se aprecia como desde 2011 (cuando los resultados negativos comenzaron a disminuir considerablemente el patrimonio de la empresa)

Este hecho continúa agravando la posible situación de suspensión de pago en la que se podría encontrar este hospital, ya que la empresa carece de recursos propios y sustenta su activo en las obligaciones reconocidas a largo plazo y a las que tendrá que hacer frente en un plazo superior a un año.

Con el **ratio de endeudamiento total** se relacionan las obligaciones de la empresa y los recursos propios que posee. De esta forma se observa el riesgo que soportan tanto accionistas como acreedores. En la se observan los resultados que han obtenido los diferentes hospitales durante el periodo analizado. En promedio, todos los hospitales analizados presentan un ratio de endeudamiento entre 2 y 10, por lo que en todos los hospitales el pasivo es superior al patrimonio neto. Destaca el caso de Vallecas, cuyo promedio del ratio de endeudamiento es el máximo de la selección de los hospitales, pues en 2015 obtiene un ratio superior debido a la disminución del valor del patrimonio neto procedente del resultado del ejercicio.

Si se analiza más a fondo y en conjunto el endeudamiento (**ratio de endeudamiento a largo y a corto plazo; y composición del endeudamiento**) de los diferentes hospitales se aprecia un claro predominio del endeudamiento a largo plazo sobre las deudas a corto plazo tal como se muestra en el .

Se ha analizado el **ratio de endeudamiento bancario** (ver y) que informa sobre la financiación negociada con entidades bancarias, siendo la que más riesgo genera así como intereses. Los elevados resultados obtenidos (por encima a 2) indican que las deudas bancarias superan la financiación procedente de los recursos propios de los hospitales. Cabe destacar los casos de Manises, Torrevieja, y Norte cuyo endeudamiento bancario supera en 10 veces el patrimonio neto; pero especial atención hay que poner en el caso del Hospital de Vallecas cuyas deudas bancarias son 30 veces superiores al patrimonio de la empresa. Esta situación está motivada por el aumento del patrimonio neto (de 2014 a 2015 pasó de ser negativo en -3.642.376,97€ a ser positivo en 446.097,42€), pues las deudas bancarias que conforman el numerador del ratio han seguido una evolución descendente a lo largo del tiempo. Por otro lado, hay tres hospitales que presentan un buen resultado en este ratio que no alcanza la unidad como son Móstoles, Valdemoro y Torrejón (siendo este último el más cercano a la unidad). Durante el periodo analizado tanto del Hospital de Móstoles como el Hospital de Valdemoro, ningún año las deudas bancarias superan el patrimonio neto de la empresa, lo cual supone un buen dato para la financiación de las empresas ya que tienen mayor liquidez y solvencia pues genera suficiente efectivo para hacer frente a sus deudas bancarias.

Tras analizar el **endeudamiento con empresas asociadas del grupo**, se aprecia que tanto en el hospital de Manises, Denia, Torrevieja o Valdemoro estas superan más de 8 veces el patrimonio de cada una de ellas. Es destacable el caso de Manises quien en los años 2009 y 2011 tienen una gran importancia las deudas con empresas asociadas, aunque por otra parte las ha ido reduciendo con el tiempo como se puede ver en el desglose anual en la . Por el lado contrario, están hospitales como el del Noreste, Tajo, Majadahonda o Móstoles donde las deudas con asociadas no representan ni la mitad del Patrimonio (salvo Móstoles cuyo ratio de endeudamiento con asociadas es de 0.862).

En cuanto a la **cobertura de las cargas financieras**, nos indican la capacidad de las empresas para hacer frente a los gastos financieros con el resultado generado antes de descontar los intereses y los impuestos. Respecto a los hospitales encontramos en la mayoría de ellos ratios superiores a la unidad, lo cual indica que pueden cubrir con el resultado que generan los intereses de todas las deudas que mantienen. Hay excepciones como la del Hospital de Vallecas o Móstoles, donde solo se cubren el 96 y 83% de los intereses respectivamente; o la del hospital de Denia que únicamente cubre el 53% de sus cargas financieras. El caso de Denia y Vallecas sobresale por ser de los hospitales más endeudados, pero capaces de generar un elevado resultado para cubrir la mitad e incluso la totalidad de los intereses. Es destacable también el caso de Valdemoro que no llega a cubrir con su resultado las cargas financieras de las deudas que tiene debido a los resultados negativos que obtiene durante el periodo analizado.

Con respecto a la **capacidad de devolución de deudas** de los hospitales con los recursos obtenidos, es destacable que ninguno de ellos es capaz de hacerse cargo ni del 10% de la deuda contraída con el resultado generado durante el ejercicio ni con los flujos de efectivo de explotación.

El **ratio de autofinanciación** analizado referente a las reservas de las empresas indica que porcentaje del resultado obtenido se queda dentro de la empresa en la partida de reservas. Hospitales como el de Denia, Parla, Noreste, Majadahonda o Móstoles, no alcanzan el 10% de autofinanciación de la empresa. Pero por otro lado, hospitales como Manises, Tajo, Norte o Torrejón sí que recogen más del 10% del resultado en las reservas para aumentar sus recursos propios como se ve en la . En el caso de Valdemoro no se disponen datos de autofinanciación con respecto a las reservas, pues en los balances de la empresa no aparecen datos contables de las reservas.

Un indicador importante de la eficiencia de la empresa, es el **análisis de la rentabilidad económica y financiera**. Para ello, en este trabajo se han analizado la rentabilidad del resultado antes de intereses, después de intereses y después de impuestos, así como la rentabilidad financiera antes y después de impuestos de la selección de hospitales realizada.

Tras calcular el ROI (este ratio mide la tasa de devolución producida por el beneficio respecto al capital total) como el cociente entre el resultado antes de intereses e impuestos y el activo medio de la empresa se observa en la que los hospitales más rentables son el de Parla, Noreste, Majadahonda, Tajo y Norte con una rentabilidad superior al 4.5%. Por el contrario, está el caso de Denia que presenta la menor rentabilidad de los hospitales analizados, siendo esta de un 1.6%. En cuanto a la **rentabilidad de los activos después de los intereses y después de los impuestos** se observa como los hospitales de Vallecas, Denia y Torrevieja presentan una rentabilidad negativa inferior a la unidad tal como se aprecia en la *Tabla 15*.

Preocupa la situación del Hospital de Valdemoro, que tiene una rentabilidad negativa del 1.1% antes de intereses e impuestos, del -7.41% después de intereses y del -5.2% después de los impuestos. Que la rentabilidad de la empresa sea negativa se debe principalmente a los resultados negativos que ha obtenido la empresa año tras año. Este hecho que cada vez más dificulta la mala situación financiera de la empresa.

Para finalizar con el análisis económico y financiero de los distintos hospitales hay que hablar del **ratio de rentabilidad financiera** de la empresa que muestra el rendimiento que obtiene con respecto a los fondos propios que posee la empresa, es decir la rentabilidad de los accionistas.

Tanto en el análisis del ratio de rentabilidad antes y después de impuestos, los hospitales siguen la misma tendencia como se aprecia en la . Por ejemplo, el caso del Hospital del Noreste tiene una rentabilidad financiera antes de impuestos del 16.27% y la rentabilidad después de impuestos es del 11.44%. El caso de Denia es reseñable debido a la rentabilidad negativa que obtiene en ambos ratios superiores al 10% debido a los resultados negativos que ha obtenido la empresa. Lo mismo ocurre con el Hospital de Valdemoro cuyos resultados negativos impiden que los accionistas no obtengan beneficio alguno.

En el caso de Vallecas destaca que la rentabilidad financiera promedio obtenida es atípica (238.69 %) debido a que en el año 2013 su resultado antes de impuestos es

superior al millón de euros y el neto patrimonial es positivo, pero aun así considerablemente menor al resultante de otros años como en el 2011, 2010 y 2009.

Comparativa con la Rentabilidad de Obligaciones del Estado.

Para terminar el análisis de la eficiencia de las diferentes empresas que gestionan los hospitales a través del modelo de CPP se va a comparar la rentabilidad de estas con la rentabilidad del valor del Tesoro Público que más se acerque a las características del contrato de las concesiones.

El Tesoro Público emite valores de deuda mediante subasta competitiva, donde el valor nominal mínimo que puede solicitarse en la subasta es de 1000 euros. Por un lado se encuentran los Bonos a 3 y 5 años, y por otro Obligaciones a 10, 15 y 30 años

Dado que la mayoría de los contratos de concesiones tienen una duración de 30 años, se va a comparar la rentabilidad financiera después de impuestos de cada empresa con la rentabilidad anual que ofrecen las obligaciones del Estado a 30 años (ver *Error! No se encuentra el origen de la referencia.*).

Se ha comparado la rentabilidad financiera después de impuestos con la rentabilidad promedio anual de la obligación a 30 años, y tal como se observa en la tabla durante los años 2011-2015 presentan una mayor rentabilidad los hospitales gestionados a través de este modelo que las Obligaciones del Tesoro del Estado. Es decir, aquellos años en los que la rentabilidad que ofrece la obligación a 30 años es negativa o cercana a 0; en cambio los años que la obligación ha presentado mayor rentabilidad, la situación cambia. Resalta que el Hospital de Valdemoro, que ha presentado unos ratios propios de una situación de concurso de acreedores, obtiene unas rentabilidades superiores a las de la obligación del Tesoro Público. Se puede concluir que hasta el momento sería más rentable la gestión de estos hospitales a través de contrato de CPP, que si lo gestionara la Administración Pública, pues los resultados del ejercicio obtenidos en los últimos años son mayores.

Análisis de la cápita de Torrevieja en comparación con el IPC.

En la se compara la evolución que ha seguido el pago anual que se ha recibido Ribera Salud UTE I y II por la gestión del Hospital de Torrevieja con la evolución que

ha seguido el IPC con base 2016 (datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística). Únicamente se ha realizado esta comparativa con Ribera Salud, debido a la falta de información sobre el resto de hospitales y periodos coincidentes.

Tras realizar esta comparativa para ver hasta qué punto se cumple lo que estipula el contrato de concesión, se observa como la evolución del IPC es menor a la que experimenta el pago anual que recibe RSUTEII, sobretodo en los años 2006 y 2007. Pero destaca sobre todo cuando tras la restricción del primer contrato de concesión en 2003, la cápita aumenta en el segundo contrato más de la mitad con respecto a la anterior.

7. CONCLUSIONES.

Por último, se puede concluir que la dificultad para gestionar este tipo de modelos de concesiones hace que se ponga en entredicho su eficiencia. Son numerosos los artículos de opinión sobre este tema, todos ellos muy críticos con el modelo, donde se pone en duda la rentabilidad, y transparencia. Después toda la literatura consultada, sí que destacan varios hechos:

- Por un lado el canon que la Administración paga a la empresa privada resulta elevado, y aunque en la mayoría de los contratos se estipula que la evolución del canon será una copia a la evolución del IPC, se ha comprobado (a pesar de que por falta de información no sea una afirmación extrapolable al resto de los casos) que esto no se cumple, y que es superior a las variaciones que soporta el IPC. Esto supone, que la amortización del inmovilizado material tenga lugar en los años anteriores de la finalización del contrato.

- Es lógico que se ponga en entredicho la transparencia de dichos contratos debido a que muchas de las empresas concesionarias se tratan de UTE's o empresas creadas con el objetivo de administrar estos hospitales, muchas de ellas participadas por entidades de crédito, empresas constructoras y especializadas en asistencia sanitaria. La controversia del tema llega cuando se observa que en las directivas se encuentran personalidades en quienes se mezclan los intereses económicos con los políticos, lo cual podría llegar a tergiversar los verdaderos intereses en lugar de fijarse en la rentabilidad, eficiencia y calidad del servicio.

- Hay que señalar también que no solo se pone en entredicho la eficiencia sino también la calidad del servicio prestado. Por ejemplo en el caso de Madrid, el gobierno autonómico presume de un grado de satisfacción global de los usuarios de los hospitales similar al de aquellos hospitales de gestión directa. Pero según la Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública, estos modelos “implican una merma en la calidad asistencial que reciben los ciudadanos y conlleva necesariamente la pérdida de miles de puestos de trabajo y como consecuencia mayor precariedad y menor calidad asistencial”⁹

Por una parte se tiende a pensar que las empresas públicas ofrecen mayor calidad al no aspirar a conseguir beneficios, sirviendo con una objetividad superior a la sociedad. Pero por otra parte se pueden minimizar los costes sin obviar un mínimo de calidad exigible.

- Por último, tal como se ha visto en el análisis cuantitativo a través de ratios realizado, se observa que se trata de empresas solventes, liquidas y con la tesorería suficiente para hacer frente a sus deudas a corto plazo. Las empresas analizadas están financiadas en gran proporción por recursos ajenos. Las deudas bancarias como las deudas con empresas asociadas al grupo son muy representativas en la mayoría de hospitales analizados. Siguiendo esta tendencia de endeudamiento es razonable que estas empresas no tengan una elevada capacidad de devolución de la deuda, pues ninguna es capaz de hacerse cargo del 10% de la deuda con el resultado generado. En cuanto a la rentabilidad, se ha visto que hay hospitales más rentables que otros, como es el caso de Parla, Noreste, Majadahonda, Tajo y Norte (coincide que son los hospitales de la Comunidad de Madrid). Tras el análisis de los ratios realizado, se evidencia que el Hospital de Valdemoro se encuentra en una situación complicada, rozando la suspensión de pagos. Además tras el análisis comparado con las obligaciones del Estado a 30 años que se ha realizado, se observa que este modelo resulta más rentable que la gestión de estos hospitales por parte de la Administración Pública, cuando la rentabilidad que ofrece el estado es cercana a cero o negativa. Además en la comparativa entre la cápita y la evolución del IPC se aprecia como en el caso de Torrevieja la cápita crece anualmente a un porcentaje superior al de los precios, lo cual no concuerda con lo establecido en el contrato, provocando un grado de ineficiencia en el modelo, que de ajustarse la cápita al IPC sería mínima o inexistente.

⁹ elEconomista, 2012 nº 10, pag 5.

Para concluir, es cierto que es un modelo complicado de gestionar, pero si se hace correctamente a través de una legislación más clara y ajustada a la realidad (evitando posible tráfico de intereses así como un canon más ajustado al inmovilizado) y que busque como último fin la eficiencia del servicio y maximizar la rentabilidad, asegurando la transparencia de la información, está demostrado de que es un modelo rentable y ventajoso pues a través de las CPP cada parte del contrato se encarga de aquello que con mayor eficiencia realiza.

Bibliografía.

ACERETE, B. (2003). *Financiación y Gestión Privada de Infraestructuras y Servicios Públicos. Asociaciones Público-Privadas*. Tesis doctoral.

ACERETE, B.; STAFFORD, A.: STAPLETON P. (2011) “Spanish healthcare public private partnerships: The ‘Alzira model’”

ALLAN, J.R. (2000): *Public-private partnerships: A Review of Literature and Practice* (Saskatchewan Institute of Public Policy).

GARCIA LACALLE, J.; MARTIN VALLESPIN, E.; ROYO MONTAÑES, S. (2010) “La financiación de la sanidad pública. Efecto de los sistemas de pago prospectivos en el rendimiento de los hospitales” *Critical Perspectives on Accounting* Volumen 22, pag 539-549.

LOPEZ SALUDAS, J.M. (2013) “La gestión privada de los servicios sanitarios públicos: los modelos Alzira y Madrid.” *Revista cuatrimestral de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales*, número 90, pag 173-193

MARTINEZ CHURIAQUE, J.I. (2007) “El nuevo modelo del PGC: Interpretación de los cambios más significativos” *CISS Técnica Contable* número 701, pag 38-51.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD.
“Diferentes series de gastos sanitario” Disponible en:
<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/diferentesSeriesGastoSanitario.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
“Financiación”. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/financiacion08.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. “Gasto Sanitario Privado” Disponible en:
https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/Gasto_Sanitario_Privado.pdf

RODRIGUEZ BLAS, M.C; FERNANDEZ DE CUEVAS, J. M. (2016)
“Principales resultados: Sistema de Cuentas de Salud 2014” *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*” Disponible en:

<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSprincipalesResultados.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD.
“Sistema Nacional de Salud. España 2012” Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012_Espanol.pdf

OBSERVATORIO EUROPEO DE SISTEMAS Y POLÍTICAS DE SALUD
(2010) “España. Análisis del sistema sanitario 2010” pag.65-98 Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/InformeHiT_SP.pdf

RIDAO MARTIN, J. (2013) “La financiación de la colaboración público-privada en la provisión de infraestructuras de interés público en España. Marco actual y propuestas de revisión (parte I)” *Instituto Nacional de Administración Pública. Gobierno de España.*

THE SCOTTISH PARLIAMENT (2001): *Public Private Partnerships and the Private Finance Initiative: A review of recent Literature.*

VAN HERPEN, B. (2002). *Public Private Partnerships, the advantages and disadvantages examined.*

WANG, Y. (2006). *Keys to Successful Public Private Partnerships (PPPs), University of Southern California SPPD Research.*