

**SITUACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA DE LOS HOSPITALES PRIVADOS EN
CUATRO COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS**

Judit Creixans Tenas

Núria Arimany Serrat

Universitat de Vic (Spain)

Área temática: A) Información financiera y contabilidad (análisis de estados financieros)

Palabras clave: hospitales privados no benéficos; comunidades autónomas; análisis financiero y económico; análisis de resultados; análisis de tesorería

SITUACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA DE LOS HOSPITALES PRIVADOS EN CUATRO COMUNIDADES AUTÓNOMAS ESPAÑOLAS

RESUMEN

El análisis económico y financiero de los centros hospitalarios privados no benéficos en el periodo 2008-2014 interesa especialmente ya que contempla servicios sanitarios con un importante papel social. El estudio posiciona los centros analizados de Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco en el sector sanitario español y presenta los principales indicadores económicos y financieros para diagnosticar la salud económica financiera de estos hospitales en este periodo mediante un análisis a corto y largo plazo, un análisis de resultados y un análisis de los cambios patrimoniales y de los flujos de efectivo, distinguiendo entre centros concertados y no concertados.

Palabras clave: hospitales privados no benéficos; comunidades autónomas; análisis financiero; análisis económico; análisis de resultados; análisis de tesorería.

ABSTRACT

The economic and financial analysis of the non-beneficial private hospitals in the period 2008-2014 is interested as it provides for health services with an important social role. The study ranks the centers analyzed of Andalusia, Catalonia, Madrid and País Vasco in the health Spanish sector and presents the main economic and financial indicators to diagnose the financial and economic health of these hospitals in the period by analyzing short and long term, an analysis of results and an analysis of changes equity and cash flows. Simultaneously, these hospitals are studied depending on if they have concert or not.

Keywords: private hospitals not beneficial; autonomous communities; financial analysis; economic analysis; analysis of results; cash flow analysis.

INTRODUCCIÓN

La sanidad, junto con la educación, representan importantes pilares de la gestión pública. Por este motivo, la asistencia sanitaria y hospitalaria es una de las partidas de gasto público más importantes en los presupuestos de la Administración Pública.

Si se toma en cuenta el gasto sanitario público y el gasto sanitario total en relación con el PIB, España está en línea con los promedios de la OCDE. No obstante, son valores diferentes respecto a países como Alemania o Francia. Por otra parte, si se toma en cuenta el peso del gasto sanitario privado respecto al gasto sanitario total, España es uno de los países con más peso.

Cabe tener presente que en Europa, haciendo referencia a la sanidad pública, aunque cada país tiene diferente gestión sanitaria, existen dos modelos sanitarios diferenciados (el *Beveridge* y el *Bismarck*). España sigue el modelo *Beveridge* o anglosajón que tiene su origen en el sistema de salud británico y que, a la vez, es seguido por Suecia, Finlandia, Dinamarca, Italia y Portugal, entre otros países. El modelo *Beveridge* consiste en financiar la sanidad pública con los impuestos de toda la población, ya que se apuesta por una protección sanitaria universal, con una amplia red de centros sanitarios propios y con regulación del precio de los medicamentos, y diferentes características en sintonía con la Ley General de Sanidad en el año 1986. Es importante señalar, que los servicios sanitarios en España dependen de las Comunidades Autónomas y el presupuesto sanitario lo fijan cada año los parlamentos autonómicos, descontándose éste de la partida general recibida del gobierno central.

En cambio, el otro modelo, el *Bismarck* o alemán, está presente en Alemania, Bélgica, Suiza, Austria, entre otros países, y se financia con primas. A la vez, existen pagos complementarios, entre ellos el hospitalario y el farmacéutico y no ofrecen protección universal. Así, los trabajadores alemanes, con un salario superior al establecido en la normativa, están obligados a suscribir un seguro oficial al que deben destinar un porcentaje del salario bruto, reglado por las leyes. De este modo, en la sanidad alemana, la administración pública limita su actuación a regular las prestaciones, los servicios y la calidad de los mismos, y los principales actores son las aseguradoras y los médicos concertados.

De acuerdo con el informe del año 2016 elaborado por el *Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad*, en algunas comunidades autónomas se intenta facilitar la

intervención de aseguradoras privadas para proveer de más servicios sanitarios complementarios al sistema público de salud. Así pues, el sector sanitario privado representa un importante agente en la sanidad de España, por ser un aliado estratégico del sistema público de salud. De hecho, la sanidad privada contribuye a la sostenibilidad del sistema público y a la consecución de los objetivos clave como la garantía de la equidad, la sostenibilidad, la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria. Por lo tanto, el sistema sanitario privado contribuye a la descarga y ahorro del sistema público, ya que los ciudadanos que disponen de seguro privado no consumen, o tienden a consumir menos recursos de la sanidad pública.

Concretamente en España, el sector privado tiene un peso destacado ya que un 33% de las camas hospitalarias pertenecen a este sector. Además, en la investigación de la sanidad privada en perspectiva económica financiera existen importantes vacíos a cubrir, ya que no existen muchos trabajos que analicen y posicionen a nivel de salud económica y financiera los centros hospitalarios privados, por ello este estudio pretende aportar luz en el ámbito de la sanidad privada en el período de crisis (2008-2014), caracterizado por recortes en sanidad. Concretamente, este estudio trata el análisis económico financiero en el período 2008-2014 de los centros hospitalarios con ánimo de lucro de cuatro comunidades autónomas destacadas a nivel sanitario: Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco.

Estudios anteriores se han centrado en establecer comparativas entre el sistema público y privado de la comunidad autónoma de Canarias, por ejemplo, posicionando esta comunidad dentro de España (Giner et al. 2005); no obstante, faltan estudios académicos que centren su atención en el ámbito de los hospitales privados no benéficos de otras comunidades autónomas, y más concretamente de las comunidades que disponen de mayor número de centros y camas hospitalarias y conciertos, como es el caso de las cuatro comunidades autónomas analizadas: Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco. Deben conocerse los indicadores financieros fundamentales de estos hospitales, como entidades privadas en el ámbito de la salud, para poner en evidencia si llevan a cabo una buena gestión y administración..

En este estudio, después del oportuno marco teórico y de la caracterización de los centros se realiza un análisis económico financiero en el período 2008-2015, con la oportuna modelización de rentabilidades en el último ejercicio para poder tomar las decisiones económicas oportunas en un futuro próximo y cambiante en el ámbito sanitario privado. Finalmente se presentan los resultados y conclusiones del trabajo.

METODOLOGIA

Este trabajo pretende analizar desde un punto de vista económico y financiero la situación de los centros hospitalarios privados no benéficos españoles que presentan en los registros públicos cuentas anuales individuales, para valorar cuál ha sido la evolución de estos centros hospitalarios en período de crisis económica. Estos centros representan un 56% del total de los hospitales privados españoles.

En sintonía con estudios anteriores, de los centros hospitalarios españoles, recogidos en el Catálogo Nacional de Hospitales 2015, se seleccionaron los centros con dependencia funcional y patrimonial privada no benéfica que presentaban cuentas anuales individuales, resultando una muestra de 177 centros sobre un total de 302 centros.

Cabe destacar, que se consultaron todos los centros hospitalarios en la base de datos Sistema de Análisis de Balances Ibéricos (SABI), en las páginas web, en la base de datos e-Infirma y en el depósito del Registro Mercantil para aplicar determinados filtros e identificar correctamente la muestra, detectando los hospitales que no habían presentado sus cuentas en el Registro Mercantil o que SABI no disponía de su información.

A partir de aquí, y según la información que aparece en el mismo Catálogo Nacional de Hospitales, se clasificaron en dos grupos, dependiendo de si disponían de concierto o no.

Se considera importante destacar la definición de concierto que aparece en la Introducción del Catálogo Nacional de Hospitales: *“un contrato realizado entre un establecimiento sanitario (privado o público) y el organismo responsable de gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, por el cual se determinan, bajo ciertas condiciones, las características y las tarifas de cada uno de los servicios sanitarios concertados”*.

En consecuencia, la muestra de los 177 hospitales integraba 75 centros hospitalarios que disponían de concierto y 102 centros hospitalarios que no tenían ningún tipo de concierto.

A continuación, atendiendo a la información proporcionada por el informe del año 2016 elaborado por el *Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad*, se seleccionaron los centros que geográficamente se encuentran en las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco. Se escogieron estas comunidades por registrar el mayor gasto sanitario privado per cápita, la mayor penetración del seguro privado y el mayor número de hospitales, camas privadas, equipos de alta tecnología y profesionales

sanitarios. Se debe tener presente que estas comunidades cuentan con mayor presencia de grupos hospitalarios y destinan más dinero a la partida de conciertos.

La información económica y financiera que se extrajo de la base de datos SABI se refiere al período 2008-2014, siempre que los centros de la muestra dispongan de todas las cuentas anuales en los correspondientes registros mercantiles.

Además, se posicionan estos centros hospitalarios diferenciando aquellos centros que disponen de concierto o no, en las cuatro comunidades autónomas analizadas, y se presentan las conclusiones de la investigación con el diagnóstico de la situación económica financiera derivada de las cuentas anuales individuales de los hospitales privados no benéficos en el periodo 2008-2014, identificando retos de futuro en el ámbito económico financiero.

Así, de los 75 hospitales que disponen de concierto se escogieron 25 que pertenecen a estas cuatro comunidades (6 de Andalucía, 3 de Cataluña, 11 de la Comunidad de Madrid y 5 del País Vasco). En cambio, de los 102 centros hospitalarios españoles que no disponen de concierto se eligieron los de las cuatro comunidades que forman un total de 71 hospitales (28 de Andalucía, 35 de Cataluña, 5 de la Comunidad de Madrid y 3 del País Vasco).

Una vez determinadas estas muestras, se calculan los indicadores financieros oportunos y los estadísticos descriptivos para presentar el análisis convencional de los estados financieros, añadiendo al mismo un análisis específico del Estado de cambios en el patrimonio neto y del Estado de flujos de efectivo en el periodo objeto de estudio; con el fin de alcanzar unos resultados y unas conclusiones que permitan posicionar estos centros hospitalarios y orientarlos en las decisiones económicas a seguir en su futura trayectoria.

Revisada la literatura y posicionados los hospitales, la investigación se estructura en cinco partes diferenciadas que abarcan los aspectos del análisis financiero convencional junto con el análisis patrimonial y de tesorería, derivado del Estado de cambios en el patrimonio neto y del Estado de Flujos de Efectivo. El análisis de la situación financiera a corto plazo permitirá valorar la capacidad de estos centros hospitalarios para hacer frente a las obligaciones de pago a corto plazo y se relacionará con el análisis del Estado de flujos de efectivo. El análisis de la situación financiera a largo plazo permitirá medir la capacidad de los hospitales para satisfacer las deudas a largo plazo. El análisis económico o de resultados permitirá comprender cómo se han producido los resultados, identificando los motivos desencadenantes de la situación económica en el periodo temporal analizado, junto con una modelización de la rentabilidad financiera. Seguidamente el análisis patrimonial

permitirá identificar si se trata de hospitales capitalizados que ofrecen garantías. Y el análisis de la tesorería permitirá conocer si se ha llevado a cabo una buena política de cobros y pagos derivados de las diferentes actividades desarrolladas.

CARACTERIZACIÓN

Partimos del sector sanitario nacional que engloba los hospitales públicos y privados (información del Catálogo Nacional de Hospitales del año 2015 y del informe del año 2016 elaborado por el *Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad*) y atendiendo a su dependencia funcional¹, en territorio español hay 787 hospitales dados de alta a 31 de diciembre de 2014. De estos, 326 son privados no benéficos (41%) y 118 son privados benéficos (15%), es decir, de todos los hospitales españoles un 56% pertenecen al sector privado.

Si se analiza el número de camas, 159.297 es el valor del total nacional de camas que disponen los hospitales españoles. De éstas, un 32% pertenecen al sector privado y, concretamente, un 20% al sector privado no benéfico.

Otro dato relevante es el hecho que dentro de los hospitales privados se deben diferenciar aquellos que disponen de concierto de aquellos que no tienen concierto. Según el informe que publica anualmente el *Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad*, los conciertos con centros privados en diferentes áreas de actividad contribuyen de manera muy significativa a la consecución de los valores fundamentales del sistema público como son la equidad, la accesibilidad, la reducción de las listas de espera y el apoyo al cumplimiento de los tiempos máximos de respuesta. Los conciertos entre la sanidad pública y privada representaban en 2012 un 12% del gasto público. Además, un 42% de los hospitales privados presenta algún tipo de concierto con las administraciones públicas. Por último, en términos de mercado, los hospitales privados no benéficos facturaron 1.480 millones de euros en concepto de conciertos en 2014, lo que representa el 23% de su facturación.

Con todo, y dado que el comportamiento de los hospitales concertados se asimila más al de los públicos que al de los privados sin concierto, se ha considerado, en este estudio,

¹ De acuerdo con la introducción del Catálogo Nacional de Hospitales 2015, se entiende por dependencia funcional al organismo o entidad jurídica de quien depende, es decir, la persona física o jurídica que ejerce dominio o jurisdicción, jerárquica o funcional, más inmediata sobre el establecimiento sanitario.

diferenciar la muestra de los centros hospitalarios entre aquellos que disponen de algún tipo de concierto y aquellos que no disponen de concierto. Además, se debe tener en cuenta, tal y como se ha detallado en la metodología, que para realizar el análisis se han diferenciado cuatro comunidades autónomas: Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco.

Hospitales privados no benéficos de Andalucía

El sector hospitalario privado andaluz representa el 57% de los hospitales y el 28% de las camas hospitalarias. De las 5.780 camas privadas, 4.324 se ubican en 43 hospitales generales, siendo 60 el total de centros privados en esta comunidad.

La muestra de los hospitales privados de Andalucía está compuesta por 34 centros hospitalarios, 6 centros concertados y 28 centros que no disponen de concierto y tienen un total de 2.335 camas hospitalarias (362 camas en centros concertados y 1.973 camas en centros no concertados). Además, la amplia mayoría de estos hospitales tienen como finalidad asistencial la general.

Hospitales privados no benéficos de Cataluña

En Cataluña, el sector hospitalario privado representa el 69% de los hospitales y el 56% de las camas hospitalarias. De las 19.387 camas privadas, 8.900 se ubican en 61 hospitales generales, siendo 146 el total de centros privados en esta comunidad.

La muestra de los hospitales privados de Cataluña está compuesta por 38 centros hospitalarios, 3 centros concertados y 35 centros que no disponen de concierto y tienen un total de 4.935 camas hospitalarias (296 camas en centros concertados y 4.639 camas en centros no concertados). Además, la amplia mayoría de estos hospitales tienen como finalidad asistencial la general o bien, la geriátrica.

Hospitales privados no benéficos de la Comunidad de Madrid

En Madrid, el sector hospitalario privado representa el 58% de los hospitales y el 33% de las camas hospitalarias. De las 7.126 camas privadas, 3.418 se ubican en 21 hospitales generales, siendo 46 el total de centros privados en esta comunidad.

En este caso, la muestra de los hospitales privados de la Comunidad de Madrid tiene 11 centros concertados y 5 centros que no disponen de concierto, que hacen un total de 16 centros hospitalarios. Además, tienen un total de 1.963 camas hospitalarias (1.529 camas en centros concertados y 434 camas en centros no concertados). La mayoría de estos

hospitales tienen como finalidad asistencial, la quirúrgica y la general, para los centros concertados; y la psiquiátrica, para aquellos centros que no disponen de concierto.

Hospitales privados no benéficos de País Vasco

En el País Vasco, el sector hospitalario privado representa el 60% de los hospitales y el 30% de las camas hospitalarias. De las 2.477 camas privadas, 1.119 se ubican en 14 hospitales generales, siendo 26 el total de centros privados en esta comunidad.

Por último, se han incorporado en la muestra del País Vasco 8 centros hospitalarios, 5 centros concertados y 3 centros que no disponen de concierto y tienen un total de 578 camas hospitalarias (364 camas en centros concertados y 214 camas en centros no concertados). A la vez, la mayoría de estos hospitales tienen como finalidad asistencial la general.

Además, en todas las muestras se debe tener en cuenta que la mayoría de ellos fueron constituidos hace más de 20 años, hecho que también confirma que disponen de una experiencia consolidada y que mayoritariamente son hospitales grandes que presentan cuentas anuales normales, según lo que dispone el Plan General Contable en el período considerado.

RESULTADOS

Para analizar la situación económica y financiera de la sanidad privada española, se estudian los centros hospitalarios privados no benéficos de las cuatro comunidades autónomas definidas en apartados anteriores (Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco) en el período 2008-2014. Mediante las cuentas anuales individuales de estos centros se han calculado los principales indicadores financieros utilizando la estadística descriptiva oportuna y los instrumentos propios del análisis de estados financieros en las cuatro comunidades objeto de estudio, diferenciando los hospitales que no disponen de concierto y aquéllos que sí disponen de concierto.

El estudio se estructura partiendo del análisis económico financiero de la situación financiera a corto y largo plazo, sigue con el análisis de resultados y finalmente detalla el

análisis de las variaciones patrimoniales derivadas del Estado de Cambios en el Patrimonio Neto y de las variaciones de tesorería del Estado de Flujos de Efectivo.

Análisis de la situación financiera a corto plazo

El principal objetivo del análisis de la situación financiera a corto plazo consiste en valorar la capacidad que tienen estos centros hospitalarios para hacer frente a las obligaciones de pago a corto plazo.

Para llegar a la consecución de este objetivo, se tendrá que saber cuál es el grado de liquidez del activo, concretamente del activo corriente, puesto que es la masa patrimonial donde se hallan aquellos elementos patrimoniales que tienen más facilidad para convertirse en dinero.

La tabla 1 detalla la estructura económica y financiera, mediante el análisis de la composición de las masas patrimoniales, de las cuatro comunidades en función de si los centros hospitalarios que las forman están o no concertados. Cabe destacar que los datos se presentan en valores medios de los siete años analizados y en miles de euros, y que se ha observado que en las medias no existieran sesgos que distorsionaran las medias.

Estructura económica y financiera			Andalucía	Cataluña	Madrid	País Vasco
Estructura económica	Concertados	ANC	4.365,12	7.738,26	15.206,06	2.049,41
		AC	2.931,98	10.305,42	6.398,99	1.984,49
	No concertados	ANC	6.963,69	4.884,89	3.582,68	12.474,75
		AC	2.943,40	5.713,10	4.068,59	5.731,05
Estructura financiera	Concertados	PN	3.762,99	9.767,50	7.436,79	863,62
		PNC	1.716,77	951,39	5.567,58	1.621,06
		PC	1.817,35	7.324,79	8.600,68	1.549,22
	No concertados	PN	3.289,58	5.859,41	4.030,38	10.979,00
		PNC	3.876,80	1.584,12	1.510,28	3.943,14
		PC	2.740,71	3.154,46	2.110,61	3.283,66

Tabla 1: Masas patrimoniales de los centros hospitalarios por Comunidades Autónomas (miles de euros)

Tal y como se observa en la tabla 1, en la estructura económica (activo no corriente (ANC) y activo corriente (AC)) y en la estructura financiera (patrimonio neto (PN), pasivo no corriente (PNC) y pasivo corriente (PC)), no existen diferencias significativas entre las muestras de las comunidades. Generalmente, se aprecia una estructura económica donde existe un peso superior del activo no corriente. Haciendo referencia a la estructura

financiera, las comunidades de Cataluña y Madrid disponen de una composición similar tanto si los centros disponen de concierto como si no. No obstante, en el País Vasco se detectan diferencias relevantes en la composición de la estructura financiera dependiendo de si los centros hospitalarios son concertados o no, con más capitalización en los no concertados.

Fondo de Maniobra (miles de euros)		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Andalucía	Concierto	197,63	747,68	929,73	1.190,90	1.247,19	1.260,99	2.228,31
	No concierto	111,92	238,74	53,18	376,29	303,96	214,38	120,31
Cataluña	Concierto	2.253,40	2.729,36	3.043,37	4.009,48	1.403,49	3.155,41	4.269,89
	No concierto	1.615,03	2.346,72	2.394,81	2.286,05	3.132,23	2.930,22	3.205,39
Madrid	Concierto	-2.211,07	-2.633,46	-2.257,09	-2.001,61	-947,21	-2.244,17	-3.117,25
	No concierto	1.923,14	1.952,53	2.421,98	2.240,88	1.535,92	2.285,71	1.345,71
País Vasco	Concierto	584,27	424,67	581,35	-105,05	175,17	712,48	673,94
	No concierto	1.547,66	2.930,14	2.842,65	2.775,14	2.579,49	2.586,23	1.870,47

Tabla 2: Evolución del Fondo de Maniobra en el período analizado

En la tabla 2 se detalla el fondo de maniobra, diferencia entre activo corriente y pasivo corriente, de los centros hospitalarios privados concertados y no concertados de las cuatro Comunidades Autónomas, identificando un aumento especialmente elevado en Cataluña, por los fondos de maniobra positivos con valores significativamente altos. Todas las comunidades autónomas tienen fondos de maniobra positivos excepto los centros hospitalarios privados concertados de la Comunidad de Madrid, que identifican problemas para atender las obligaciones de pago a corto plazo. No obstante, debe avalarse con el análisis con los ratios de solvencia a corto plazo y el análisis de los signos de los flujos de efectivo de la actividad de explotación del Estado de flujos de efectivo, para ratificar los problemas de liquidez.

Respecto al ratio de solvencia a corto plazo (tabla 3), que mide la capacidad de las empresas para hacer frente a las deudas a corto plazo mediante el activo corriente, en los siete ejercicios y en todas las comunidades objeto de estudio se presenta una tendencia al crecimiento. Los centros hospitalarios no concertados presentan mejores ratios de solvencia a corto plazo y las Comunidades Autónomas de Cataluña y el País Vasco son la

que disponen de una solvencia a corto plazo más óptima. Cabe destacar que, en concordancia con el fondo de maniobra, los hospitales concertados de la Comunidad de Madrid presentan una ratio de solvencia a corto plazo muy baja, hecho que significa que estos centros con sus activos corrientes no pueden hacer frente a las obligaciones de pago a corto plazo.

Solvencia a corto (miles de euros)		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Andalucía	Concierto	1,09	1,38	1,63	1,67	1,63	1,76	2,30
	No concierto	1,05	1,10	1,02	1,13	1,10	1,07	1,04
Cataluña	Concierto	1,32	1,38	1,40	1,44	1,17	1,51	1,70
	No concierto	1,72	1,83	1,77	1,62	1,82	1,91	2,02
Madrid	Concierto	0,75	0,69	0,75	0,79	0,87	0,74	0,61
	No concierto	2,57	2,28	2,32	1,78	1,65	2,03	1,49
País Vasco	Concierto	1,26	1,29	1,32	0,94	1,10	1,75	1,75
	No concierto	1,53	1,70	1,93	1,99	1,73	1,84	1,54

Tabla 3: Evolución de la solvencia a corto plazo en el período analizado

De otra parte, la solvencia a corto plazo está directamente relacionada con el signo positivo del flujo de efectivo de la actividad de explotación del documento contable: Estado de Flujos de Efectivo (Ruíz et al. 2006) y tal como se aprecia en la tabla 4, en todos los ejercicios, y para todas las comunidades, el signo es positivo denotando una aceptable solvencia a corto plazo de estos centros hospitalarios y además, generalmente, existe una clara tendencia al aumento de estos flujos con el paso de los siete ejercicios. No obstante, cabe destacar el distinto comportamiento de los hospitales concertados del País Vasco que al inicio del período analizado presentan flujos negativos, así como los hospitales concertados de la Comunidad de Madrid para el ejercicio 2013.

Flujos de efectivo actividad de explotación (miles de euros)		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Andalucía	Concierto	2.539,97	2.517,84	2.646,12	3.090,87	2.357,66	1.479,65	960,99
	No concierto	912,13	1.085,97	307,16	576,26	85,41	996,58	563,24
Cataluña	Concierto	977,50	2.390,53	1.371,98	1.071,31	1.770,05	1.878,30	1.235,62
	No concierto	607,74	1.883,52	308,90	1.946,49	342,95	1.984,00	702,04
Madrid	Concierto	64,46	675,96	695,51	688,09	2.556,79	-168,80	914,20
	No concierto	2.211,87	1.609,88	1.818,18	1.883,91	600,00	1.900,52	3.087,56
País Vasco	Concierto	-160,42	-317,78	-74,94	2.240,65	-68,65	221,31	818,88
	No concierto	2.096,80	3.873,30	8.094,48	952,13	3.441,75	608,74	3.513,97

Tabla 4: Evolución de la actividad de explotación del Estado de Flujos de Efectivo en el período analizado

El equilibrio financiero a corto plazo se consigue cuando los hospitales generan el efectivo necesario y en el momento idóneo para poder pagar las deudas. De manera que se puede considerar que la situación financiera a corto plazo de estos centros hospitalarios privados españolas es aceptable, exceptuando los centros hospitalarios concertados de la Comunidad de Madrid y al País Vasco (que al final y al principio respectivamente del período analizado en este estudio).

Análisis de la situación financiera a largo plazo

El objetivo principal del análisis de la situación financiera a largo plazo es medir la capacidad que tienen las empresas para satisfacer las deudas a largo plazo.

De los porcentajes verticales y horizontales de las diferentes partidas financieras en el período analizado se deduce que el patrimonio neto de los centros hospitalarios privados no concertados ha aumentado en las cuatro comunidades autónomas, destacando el aumento del 108% de la Comunidad de Madrid. Por otra parte, el patrimonio neto de hospitales privados concertados ha aumentado en todas las comunidades autónomas menos en la Comunidad de Madrid, destacando el fuerte crecimiento en las comunidades de Andalucía y Cataluña, del 141% y 182% respectivamente. De este modo, en términos generales, son centros que se han capitalizado.

En cuanto a las deudas en los hospitales concertados disminuyen levemente en todas las Comunidades Autónomas y los activos aumentan en Andalucía y Cataluña (42% y 70%, respectivamente) mientras que en Madrid y el País Vasco disminuyen aproximadamente un 30%. Además, los ingresos de explotación se mantienen bastante estables a lo largo del período en todas las comunidades aunque en la Comunidad de Madrid se aprecia un decrecimiento del 15%. Haciendo referencia a la evolución del resultado neto, es destacable el aumento del 95% para Cataluña y la disminución que experimentan los hospitales del País Vasco en un 100%.

En cambio, en los centros hospitalarios sin concierto, las deudas aumentan un 78% en la comunidad de Cataluña y un 134% en Madrid, disminuyendo levemente en el resto de las Comunidades Autónomas; los activos aumentan en Cataluña y Madrid (71% y 120%, respectivamente) mientras que en Andalucía y el País Vasco se mantienen estables. Se debe tener en cuenta también que en este caso, las ventas aumentan considerablemente en Andalucía, Cataluña y Madrid (22%, 49% y 55% respectivamente), aunque en el País

Vasco disminuyen un 21%. Destaca que el resultado neto disminuye en el País Vasco en un 17% y, en cambio, hay un aumento muy significativo del 200% en la Comunidad de Madrid.

Según el criterio aportado por Amat y Perramon (2012), es necesario analizar si para estos centros hospitalarios privados no benéficos existe un crecimiento equilibrado, es decir, si presentan a la vez una gestión eficiente de los activos, una gestión financiera prudente y una buena gestión de los gastos.

En el caso de los hospitales privados concertados (tabla 5) en el período 2008-2014, hay una gestión eficiente de los activos (aumentan más las ventas que los activos) para Madrid y País Vasco, una gestión financiera prudente (bajan más las deudas que los activos) en Andalucía, Cataluña y País Vasco y una buena gestión de los gastos (aumentan los resultados más que las ventas) en Andalucía, Cataluña y Madrid.

Crecimiento equilibrado concertados	Gestión de los activos		Gestión financiera prudente		Gestión de los gastos	
	Δ Ventas	Δ Activos	Δ Activos	Δ Deudas	Δ Resultados	Δ Ventas
Andalucía	10,95%	41,73%	41,73%	-27,23%	27,05%	10,95%
Cataluña	-3,86%	70,21%	70,21%	-8,58%	95,01%	-3,86%
Madrid	-15,37%	-27,71%	-27,71%	-17,83%	-13,22%	-15,37%
País Vasco	12,61%	-33,87%	-33,87%	-46,76%	-100,03%	12,61%

Tabla 5. Crecimiento equilibrado de los hospitales concertados según el criterio de Amat y Perramon (2012)

Por otra parte, en el caso de los hospitales privados no concertados (tabla 6) en el mismo período, Andalucía es la única comunidad que cumple los tres requisitos necesarios para considerar que hay un crecimiento equilibrado. Por el contrario, Cataluña no cumple ninguna de estas condiciones.

Crecimiento equilibrado no concertados	Gestión de los activos		Gestión financiera prudente		Gestión de los gastos	
	Δ Ventas	Δ Activos	Δ Activos	Δ Deudas	Δ Resultados	Δ Ventas
Andalucía	21,98%	3,11%	3,11%	-7,18%	58,07%	21,98%
Cataluña	48,69%	71,01%	71,01%	77,74%	25,67%	48,69%
Madrid	55,37%	119,56%	119,56%	133,99%	200,73%	55,37%
País Vasco	-21,01%	5,05%	5,05%	-10,92%	-16,75%	-21,01%

Tabla 6. Crecimiento equilibrado de los hospitales concertados según el criterio de Amat y Perramon (2012)

Siguiendo con el análisis a largo plazo, la rotación total del activo (tabla 7), que nos informa del tiempo medio en recuperar el valor del activo, indica que los centros hospitalarios concertados tardan de media menos de un año a recuperar el valor de su inversión y en el período analizado hay que destacar que los hospitales del País Vasco tardan mucho menos que los centros de las otras tres comunidades. Por otra parte, los hospitales sin concierto de Andalucía y el país Vasco tardan más de un año en recuperar la inversión.

Rotación activo	Andalucía	Cataluña	Madrid	País Vasco
Concertados	322,71	321,98	359,87	180,62
No concertados	399,60	294,12	255,67	388,79

Tabla 7: Evolución de la rotación del activo en el período analizado (valores medios)

En cuanto al endeudamiento (tabla 8), los hospitales sin concierto presentan un nivel de endeudamiento moderado en Cataluña, Madrid y País Vasco, siendo esta última comunidad la que tiene un ratio de endeudamiento menor; en cambio en Andalucía el endeudamiento es más elevado. De otra parte, los hospitales privados concertados tienen un nivel de endeudamiento superior, siendo Madrid y el País Vasco las comunidades que tienen un ratio de endeudamiento superior.

En prácticamente todas las comunidades durante el período 2008-2014 se reduce considerablemente el endeudamiento y además, éste no perjudica a los centros hospitalarios analizados puesto que el apalancamiento financiero es superior a la unidad en todos los casos.

Endeudamiento		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Andalucía	Concierto	0,59	0,58	0,54	0,54	0,51	0,39	0,30
	No concierto	0,68	0,79	0,69	0,67	0,64	0,61	0,61
Cataluña	Concierto	0,59	0,55	0,56	0,58	0,42	0,33	0,31
	No concierto	0,43	0,43	0,42	0,47	0,47	0,45	0,44
Madrid	Concierto	0,63	0,77	0,70	0,58	0,59	0,62	0,72
	No concierto	0,44	0,48	0,45	0,48	0,51	0,47	0,47
País Vasco	Concierto	0,82	0,76	0,76	0,86	0,96	0,66	0,66
	No concierto	0,44	0,39	0,40	0,37	0,39	0,41	0,38

Tabla 8: Evolución del endeudamiento en el período analizado

Respecto a la calidad de la deuda de los hospitales privados no benéficos (tabla 9), en el período analizado en los centros concertados se aprecia poca calidad de la deuda en Cataluña. Por su parte, las entidades hospitalarias no concertadas con peor calidad de la deuda son Catalunya y Madrid. Además se debe tener presente que de las deudas a corto plazo entre el 10% y el 20% provienen de deudas con entidades de crédito, siendo los centros concertados de la Comunidad de Madrid los que disponen de más deudas con entidades de crédito (un 30%).

Calidad de la deuda		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Andalucía	Concierto	0,60	0,51	0,41	0,44	0,46	0,58	0,66
	No concierto	0,33	0,31	0,39	0,40	0,48	0,51	0,52
Cataluña	Concierto	0,91	0,88	0,87	0,90	0,88	0,88	0,87
	No concierto	0,72	0,75	0,78	0,70	0,64	0,59	0,57
Madrid	Concierto	0,57	0,54	0,57	0,69	0,61	0,66	0,63
	No concierto	0,64	0,62	0,64	0,58	0,53	0,53	0,61
País Vasco	Concierto	0,53	0,46	0,51	0,57	0,49	0,41	0,40
	No concierto	0,41	0,44	0,44	0,45	0,52	0,41	0,54

Tabla 9: Evolución de la calidad de la deuda en el período analizado

Por lo tanto, en los centros hospitalarios objeto de este estudio sería recomendable disminuir el endeudamiento en centros concertados de Madrid y País Vasco y mejorar la calidad de la deuda de los de Cataluña y Madrid en este período de crisis generalizada.

Análisis económico

El análisis económico o de resultados permite comprender cómo se han producido los resultados en estos centros hospitalarios, identificando los motivos desencadenantes de la situación económica y financiera existente en el periodo temporal analizado, y se complementa con un modelo de regresión para explicar la rentabilidad financiera de los hospitales analizados.

Una primera aproximación permite constatar que para los centros hospitalarios que disponen de concierto, los ingresos de explotación en el período analizado han disminuido en Cataluña y Madrid, aunque menos que sus gastos de explotación y no existen variaciones significativas entre ingresos y gastos de explotación en las otras comunidades. Pero para los hospitales que no disponen de concierto, ingresos y gastos de explotación en el período analizado han disminuido sólo en el País Vasco (tabla 10).

Evolución ingresos y gastos explotación		Andalucía	Cataluña	Madrid	País Vasco
Ingresos de explotación	Concierto	11%	-4%	-15%	13%
	Sin concierto	22%	49%	55%	-21%
Gastos de explotación	Concierto	11%	-6%	-16%	16%
	Sin concierto	24%	50%	54%	-21%

Tabla 10: Evolución de los ingresos y gastos de explotación en el período analizado

En referencia a la ratio de los gastos financieros, que relaciona los gastos financieros con las ventas netas de los hospitales, su valor es inferior al 5% lo que supone unos gastos financieros asumibles. Si se observa la tabla 11, se constata que en ninguno de los ejercicios y para ninguna de las comunidades, se supera el 5% y la tendencia es de disminución a lo largo del periodo 2008-2014.

Ratio gastos financieros		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Andalucía	Concierto	1,62%	1,20%	1,25%	1,47%	1,52%	0,66%	0,59%
	No concierto	3,02%	2,43%	1,74%	2,01%	1,75%	1,52%	1,52%
Cataluña	Concierto	0,31%	0,15%	0,43%	0,19%	0,33%	0,17%	0,26%
	No concierto	0,56%	0,62%	0,47%	0,45%	0,41%	0,36%	0,46%
Madrid	Concierto	2,31%	2,11%	1,28%	1,37%	1,55%	1,66%	1,27%
	No concierto	0,43%	0,40%	0,42%	0,58%	0,94%	1,00%	0,77%
País Vasco	Concierto	0,56%	0,32%	0,36%	0,33%	0,18%	0,14%	0,14%
	No concierto	1,52%	1,21%	0,84%	0,78%	0,48%	0,63%	0,48%

Tabla 11: Evolución ratio gastos financieros en el período analizado

Comparando el valor añadido, valor de la renta generado por la actividad de asistencia hospitalaria, los centros no concertados presentan valores positivos en todas las comunidades autónomas y en los centros concertados la tendencia es de disminución del valor añadido (destacando valores negativos de la Comunidad de Madrid en todos los ejercicios y para el País Vasco a partir del ejercicio 2011).

En cuanto a la productividad del personal (tabla 12), en términos generales es mayor en los centros hospitalarios sin concierto. Para los centros concertados de la Comunidad de Madrid la productividad está condicionada por el valor añadido negativo. Por otra parte, los centros hospitalarios privados concertados de Andalucía son los que obtienen, de media, una productividad del personal superior.

Productividad del personal	Andalucía	Cataluña	Madrid	País Vasco
Concertados	49,09%	10,36%	-10,08%	0,58%
No concertados	7,75%	10,96%	14,48%	13,07%

Tabla 12: Evolución de la productividad del personal en el período analizado

Referente al análisis de las rentabilidades (tabla 13 y 14), los hospitales que disponen de concierto en Andalucía presentan una la rentabilidad financiera (ROE) mayor que en el resto de comunidades, destacando las rentabilidades negativas de la Comunidad de Madrid en todos los ejercicios y del País Vasco a partir del año 2011. Además, existe una tendencia a disminuir la rentabilidad financiera a lo largo de los ejercicios, con caídas fuertes en los ejercicios 2010 y 2011, provocadas por los recortes derivados de la crisis económica generalizada. En referencia a la rentabilidad económica (ROA), es más estable a lo largo del período analizado.

En cuanto a las rentabilidades de los hospitales privados no concertados, la rentabilidad financiera (ROE) se mantiene más estable con valores inferiores a los obtenidos en los hospitales concertados, destacando Cataluña como la comunidad que tiene mejores valores de ROE. En referencia a la rentabilidad económica (ROA), se mantiene estable a lo largo del período.

Cataluña es la única comunidad que tanto para los centros hospitalarios privados concertados y no concertados, la ROE supera en todos los ejercicios a la ROA, denotando que el endeudamiento no perjudica a estos hospitales. En cambio, en los hospitales concertados de la Comunidad de Madrid en ningún ejercicio la ROE supera a la ROA y, por tanto, el endeudamiento perjudica gravemente a estos centros hospitalarios

ROE		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Andalucía	Concierto	49,40%	34,10%	27,52%	33,36%	22,27%	23,95%	21,06%
	No concierto	3,48%	0,38%	-4,95%	-1,93%	1,36%	7,03%	4,46%
Cataluña	Concierto	8,32%	23,24%	2,45%	4,83%	8,58%	7,41%	5,62%
	No concierto	11,17%	13,38%	8,03%	6,05%	9,50%	6,58%	8,23%
Madrid	Concierto	-12,14%	-16,71%	-11,66%	-6,71%	-8,34%	-9,57%	-17,79%
	No concierto	7,52%	12,56%	14,83%	16,01%	8,95%	13,22%	11,23%
País Vasco	Concierto	16,13%	16,01%	12,68%	-17,72%	-60,58%	-10,09%	-0,003%
	No concierto	7,08%	12,07%	8,79%	5,48%	2,12%	-1,09%	4,90%

Tabla 13: Evolución de la ROE de los hospitales privados en el período analizado

ROA		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Andalucía	Concierto	20,13%	16,10%	15,23%	17,91%	14,49%	16,92%	15,90%
	No concierto	4,13%	2,67%	-0,43%	0,77%	2,19%	4,02%	3,14%
Cataluña	Concierto	4,97%	10,22%	1,64%	3,25%	4,15%	5,65%	4,57%
	No concierto	7,98%	10,08%	6,27%	3,68%	6,19%	5,63%	5,66%
Madrid	Concierto	-4,43%	-4,26%	-4,64%	-3,23%	-3,19%	-3,84%	-3,73%
	No concierto	7,15%	8,63%	10,28%	9,48%	6,16%	8,59%	6,42%
País Vasco	Concierto	3,83%	3,48%	5,28%	-1,62%	-5,00%	-3,89%	-0,86%
	No concierto	6,06%	8,72%	7,51%	4,46%	1,70%	0,03%	4,42%

Tabla 14: Evolución de la ROA de los hospitales privados en el período analizado

Completando el análisis económico se incluye un modelo explicativo (anexo), para los centros hospitalarios no concertados de las comunidades de Andalucía y Cataluña, puesto que los hospitales no concertados son los que disponen de mejores rentabilidades y, además, estas dos comunidades son las que disponen de un mayor número de centros hospitalarios. El modelo se ha realizado para el ejercicio 2014 y pretende explicar la rentabilidad financiera (ROE, como variable dependiente) mediante las variables independientes: tamaño del hospital (\ln Activo, logaritmo neperiano del activo), solvencia a corto plazo (FEAE, flujo de efectivo de la actividad de explotación del documento contable *Estado de flujos de efectivo*) y endeudamiento (end). Se modeliza la rentabilidad financiera por la importancia de este indicador, ya que mide el beneficio neto generado en relación a la inversión de los propietarios, para averiguar si las variables independientes apuntadas afectan a esta rentabilidad.

Modelo:

$$ROE = \beta_0 + \beta_1 \ln \text{Activo} + \beta_2 \text{FEAE} + \beta_3 \text{end} + \epsilon_i$$

Para los hospitales no concertados catalanes, el coeficiente de determinación no es muy elevado (0,211) y sólo una variable es explicativa, el endeudamiento. Es decir, el beneficio neto en relación a la inversión de los propietarios depende sólo del endeudamiento de los hospitales. No son explicativas, las variables que hacen referencia al tamaño del hospital y a la solvencia a corto plazo.

Para los hospitales no concertados andaluces, el modelo explica mejor la rentabilidad financiera (presenta un mayor coeficiente de determinación de 0,655). En este modelo sólo

el tamaño del hospital (identificado por el logaritmo neperiano del activo) ayuda a explicar la rentabilidad financiera, y no son explicativas las variables solvencia y endeudamiento.

Estos resultados evidencian que para los hospitales sin concierto (privados puros) de Cataluña, el endeudamiento es determinante para la rentabilidad de los propietarios, en cambio en los no concertados andaluces, el tamaño de los mismos es determinante para explicar la ROE.

Análisis económico del Estado de Cambios en el Patrimonio Neto

Una vez realizado el análisis convencional de los centros hospitalarios privados no benéficos situados en las cuatro Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco, diferenciando concierto y no concierto, se realiza un análisis patrimonial. El análisis patrimonial, derivado del documento contable *Estado de cambios en el patrimonio neto*, permite identificar si estos centros hospitalarios se están capitalizando, ofreciendo más garantías a terceros directamente relacionados con estos centros hospitalarios.

De este modo, añadimos información del *Estado de Cambios en el Patrimonio Neto* (ECPN), que nos permite valorar cual ha sido el resultado global de estos hospitales, es decir, el resultado que engloba el resultado neto y los ingresos y gastos que se imputan en el patrimonio neto y las transferencias a pérdidas y ganancias. El *Estado de Cambios en el Patrimonio Neto* informa del resultado global y de las variaciones patrimoniales en el período considerado identificando los motivos estas variaciones.

Cabe señalar que para comparar el resultado neto y el resultado global utilizamos el primer documento del *Estado de Cambios en el Patrimonio Neto*, el *Estado de Ingresos y Gastos Reconocidos* (EIGR) y se constata que en ninguna de las comunidades se producen cambios significativos entre el resultado neto y el resultado global, debido a que muy pocos centros tienen disponible este documento.

En cuanto a la evolución del resultado neto (tabla 15), es destacable el aumento del 95% para Cataluña y la disminución del resultado neto de los hospitales del País Vasco en un 100%. Además, los centros privados concertados de la Comunidad de Madrid, en todos los años, y los del País Vasco, a partir de 2011, en términos medios anuales, presentan pérdidas.

Para los hospitales no concertados destaca la disminución del resultado neto en el País Vasco en un 17% y, el significativo aumento del 200% en la Comunidad de Madrid; también

es resaltable que los hospitales privados no concertados catalanes son los que obtienen mejores resultados.

Evolución resultado neto (miles euros)		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Andalucía	Concierto	819,52	694,65	666,41	853,86	746,47	878,56	1.041,23
	No concierto	103,25	7,89	-165,74	-70,22	46,87	250,19	163,21
Cataluña	Concierto	414,73	1.254,74	163,18	329,95	1.011,59	988,24	808,75
	No concierto	425,95	582,14	403,54	336,00	587,06	414,70	535,30
Madrid	Concierto	-1.250,47	-954,03	-895,05	-719,18	-764,15	-853,00	-1.085,19
	No concierto	172,42	302,04	454,73	733,79	353,52	556,92	518,53
País Vasco	Concierto	128,20	142,46	127,71	-101,77	-205,52	-133,25	-0,04
	No concierto	599,27	1.590,83	842,10	552,45	219,75	-118,15	498,87

Tabla 15: Evolución del RN de los hospitales privados en el período analizado

La partida más importante entre el resultado neto y el resultado global en los hospitales concertados son las subvenciones recibidas (son centros privados que actúan como públicos y que por tanto están financiados), para el caso de los hospitales sin concierto la partida entre resultado neto y global más significativa es el efecto impositivo que soportan estos centros. Del segundo documento del ECPN: el *Estado Total de Cambios en el Patrimonio Neto* (ETCPN) (tabla 16), se desprende que el patrimonio neto de los centros hospitalarios privados no concertados ha aumentado en las cuatro comunidades autónomas, destacando el aumento del 108% de la Comunidad de Madrid. Por otra parte, el patrimonio neto de hospitales privados concertados ha aumentado en todas las comunidades autónomas menos en la Comunidad de Madrid, destacando el fuerte crecimiento en las comunidades de Andalucía y Cataluña, del 141% y 182% respectivamente. De este modo, en términos generales, son centros que se han capitalizado.

Evolución capitalización (miles euros)		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Andalucía	Concierto	2.478,35	2.731,88	3.087,90	3.413,57	4.098,25	4.546,70	5.984,27
	No concierto	3.066,56	2.097,38	3.179,44	3.562,21	3.492,60	3.809,96	3.818,89
Cataluña	Concierto	5.399,69	6.652,66	6.826,38	7.156,34	12.808,29	14.322,26	15.206,87
	No concierto	4.238,77	4.933,37	5.430,79	5.890,30	6.764,17	6.721,16	7.037,28
Madrid	Concierto	9.052,66	4.755,79	6.782,53	9.995,40	8.395,02	8.062,24	5.013,86
	No concierto	2.464,03	2.707,12	3.521,07	5.316,75	4.301,48	4.768,23	5.133,96
País Vasco	Concierto	922,96	1.032,53	1.134,90	472,56	133,74	1.186,84	1.161,80
	No concierto	9.064,57	14.772,09	10.418,01	10.636,55	10.605,32	10.683,20	10.673,26

Tabla 16: Evolución de la capitalización en el período analizado

Análisis económico del Estado de Flujos de Efectivo

El análisis del documento contable *Estado de flujos de efectivo*, permite analizar la tesorería, cobros menos los pagos del período considerado, y permite identificar si se ha llevado a cabo una buena política de cobros y pagos derivados de las diferentes actividades desarrolladas en los centros hospitalarios de estas comunidades. La información que nos aporta el *Estado de flujos de efectivo* hace referencia al movimiento de efectivo y otros activos líquidos equivalentes en el período considerado, es decir, nos explica el efecto de los cobros y pagos en estos centros en este período en función de si pertenecen a la actividad de explotación, de inversión o de financiación. Respeto a los flujos de la actividad de explotación, tal y como se ha mencionado en el análisis de la situación a corto plazo, en todos los ejercicios del período analizado y para todas las comunidades, el signo es positivo indica una aceptable solvencia a corto plazo de estos centros hospitalarios y además, generalmente, existe una clara tendencia al aumento de estos flujos con el paso de los siete ejercicios. No obstante, cabe destacar el distinto comportamiento de los hospitales concertados del País Vasco que al inicio del período analizado presentan flujos negativos así como los hospitales concertados de la Comunidad de Madrid para el ejercicio 2013.

Por lo que se refiere a los flujos de la actividad de inversión, observando la tabla 17, el signo negativo de todos los ejercicios y en todas las comunidades, pone de manifiesto que estos hospitales están invirtiendo. No obstante, los centros privados del País Vasco tienen flujos de inversión positivos en los ejercicios 2009 y 2011 para los centros que disponen de concierto y para el ejercicio 2011 en los centros no concertados (desinvierten). Cabe destacar, las fuertes inversiones de los centros concertados de la Comunidad de Madrid y de los centros no concertados del País Vasco.

Evolución FEAI (miles euros)		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Andalucía	Concierto	-729,52	-589,35	-1.229,91	-1.768,52	-2.922,08	-1.216,10	-1.605,65
	No concierto	-1.416,12	-1.629,95	-1.417,02	-801,58	-196,46	-603,57	-429,09
Cataluña	Concierto	-983,26	-2.066,86	-1.377,28	-1.361,01	-1.040,98	-314,22	-1.543,46
	No concierto	-997,29	-1.434,29	-739,05	-807,67	-947,46	-1.713,76	-687,98
Madrid	Concierto	-6.463,08	-2.022,52	-1.453,04	-1.817,12	-1.377,95	-1.730,64	-3.018,80
	No concierto	-1.251,51	89,51	-1.412,53	-3.695,14	-1.320,00	-688,60	-3.020,47
País Vasco	Concierto	-15.332,94	1.193,97	-643,27	424,42	-588,44	-231,98	-1.114,77
	No concierto	-3.418,84	-2.134,97	-6.773,55	4.051,47	-3.033,69	-3.202,11	-135,73

Tabla 17. Evolución del Estado de Flujos de Efectivo de Actividad de Inversión (FEAI) en el período analizado

Finalmente, en la tabla 18, se evidencian diferentes signos para los flujos de efectivo de la actividad de financiación en cada comunidad. En el caso de los hospitales privados concertados, el signo de estos flujos es negativo (exceptuando la Comunidad de Madrid y el País Vasco en la mayoría de sus ejercicios) denotando que se está devolviendo la financiación; en cambio, aquellos centros privados que no disponen de concierto los signos de los flujos de financiación son variables en función del ejercicio, destacando que al final del período todos los signos son negativos para todas las comunidades autónomas por la devolución de los préstamos.

Evolución FEAF (miles euros)		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Andalucía	Concierto	-1.746,05	-899,19	-1.010,40	-1.476,73	26,48	-10,17	879,99
	No concierto	145,01	585,18	1.795,59	416,32	-21,83	-60,32	-248,53
Cataluña	Concierto	-163,59	-44,24	-151,92	422,53	-229,60	-158,41	-266,20
	No concierto	491,85	-394,46	-233,06	-484,69	635,12	386,10	-159,27
Madrid	Concierto	6.623,62	1.437,63	1.072,11	493,35	-430,34	2.216,90	1.414,47
	No concierto	-420,00	-109,54	193,84	1.411,03	-408,00	-352,51	-311,91
País Vasco	Concierto	6.719,32	-813,37	772,64	-2.384,21	672,85	37,73	377,67
	No concierto	1.373,39	-1.853,17	-625,06	-2.773,03	-281,35	482,73	-1.448,92

Tabla 18 Evolución del Estado de Flujos de Efectivo de Actividad de Financiación (FEAF) en el período analizado

Es decir, en general, son hospitales con una buena solvencia a corto plazo, con excepciones puntuales en centros concertados de la Comunidad de Madrid y el País Vasco, que llevan a cabo importantes inversiones por la innovación tecnológica con financiación ajena, cuya amortización financiera se realiza especialmente a finales del período analizado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Después del estudio económico financiero del período 2008-2014, de los hospitales concertados y no concertados de las cuatro comunidades analizadas, los resultados evidencian las conclusiones siguientes:

En la mayoría de las comunidades la estructura económica identifica hospitales concertados y no concertados con importantes activos no corrientes (superiores a los activos corrientes) por las inversiones realizadas en activos tecnológicos sanitarios en el periodo analizado. Destacan los incrementos de activos de los hospitales concertados de Cataluña y Andalucía y de los no concertados de la Comunidad de Madrid y Cataluña.

Respecto a la estructura financiera, los hospitales no concertados que más se capitalizan, son los de la comunidad de Madrid y País Vasco y los concertados que más se capitalizan son los de Catalunya y Andalucía. En cuanto al endeudamiento los hospitales no concertados presentan endeudamientos moderados en Cataluña, la Comunidad de Madrid y País Vasco; en cambio los concertados más endeudados son los de la Comunidad de Madrid y el País Vasco.

Respecto al análisis a corto plazo, los hospitales con más solvencia a corto plazo son los de Cataluña, en cambio los de la Comunidad de Madrid y País Vasco presentan en algunos ejercicios del período analizado problemas de liquidez, tal como reflejan los flujos de efectivo de la actividad de explotación negativos.

En el análisis a largo plazo destaca el endeudamiento moderado de los hospitales no concertados y la reducción del endeudamiento a lo largo del período analizado. De otra parte, la calidad de la deuda de los hospitales analizados catalanes debe mejorar y también la de los hospitales no concertados de la Comunidad de Madrid. También es destacable el crecimiento equilibrado de los hospitales no concertados andaluces (gestionan adecuadamente activos y gastos con una gestión financiera prudente).

Respecto a los hospitales concertados, los catalanes gestionan bien los gastos y realizan una gestión financiera prudente; los de la Comunidad de Madrid gestionan bien activos y gastos y los hospitales vascos gestionan bien activos y son prudentes a nivel financiero.

En el análisis de resultados, los hospitales concertados, que tardan menos de un año en recuperar su activo, presentan valores añadidos positivos, que se van moderando en el período de crisis analizado; los gastos financieros en relación a las ventas en todos los hospitales son inferiores al 5% y la productividad del personal es mayor en centros hospitalarios sin concierto. La rentabilidad financiera es más elevada en los concertados (especialmente en Andalucía) y se va moderando en el período 2008-2014. La rentabilidad económica es más estable en todos los hospitales durante el período analizado. En Cataluña la ROE > ROA y el endeudamiento no perjudica, a diferencia de la Comunidad de Madrid.

Respecto a la modelización de la rentabilidad financiera por parte de los centros no concertados de Andalucía y Cataluña, los resultados reflejan que Andalucía debe analizar potenciales uniones de sus centros no concertados y que Cataluña debe apostar por el adecuado equilibrio financiero para sus inversiones tecnológicas.

En el análisis patrimonial los hospitales concertados catalanes presentan aumentos de resultados netos, y la diferencia respecto al resultado global deriva de las subvenciones, en cambio los hospitales no concertados de Madrid incrementan su resultado neto en el período analizado.

El análisis de la tesorería identifica una aceptable solvencia a corto, con excepciones puntuales en la Comunidad de Madrid y País Vasco. Una inversión importante en el período analizado, con alguna pequeña excepción en País Vasco y una devolución de la financiación requerida a las entidades de crédito de forma no muy homogénea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELLÁN, JM. (2013): El sistema sanitaria público en España y sus Comunidades Autónomas; sostenibilidad y reformas. *Fundación BBVA*.

AMAT, O.; PERRAMON, J. (2011): High-growth cooperatives: financial profile and key factors from competitiveness. *CIREC-España, revista de economía pública, social y cooperative*, 73, 81-98.

BANDRÉS, E.; GONZÁLEZ, R. (2015): La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis. *Cuadernos de Información Económica; estabilización y saneamiento inmobiliario*, 248, 37-48.

BATALLER, E.; SERRA, V. (2012): La empresa hospitalaria y los sistemas sanitarios: sistemas de información asistencial y económico financiero. *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión*, 10 (19), 1-25.

CABELLO, P.; HIDALGO, A. (2014): Análisis de la eficiencia hospitalaria por comunidad autónoma en el ámbito del sistema nacional de salud. *Investigaciones regionales*, 28, 147-158.

CANTARERO, D. (2010): Desigualdades territoriales y equidad en el sistema sanitario español. *Cuadernos económicos de ICE*, 75, 141-166.

CHU, D.; ZOLLINGER, T.; KELLY, A.; SAYWELL, R. (1991): An empirical analysis of cash flow working capital, and the stability of financial ratio groups in the hospital industry. *Journal of accounting and public policy*, 10, 39-58.

CONTRERAS, C. (2005): Crisis económica y salud. *Gaceta sanitaria*, 23(4), 261-265.

CORTES-FRANCH, I.; GONZÁLEZ, B. (2014): Crisis económica y financiera y salud en España. *Gaceta sanitaria*, 28(51), 1-6.

DÁVILA, C.; GONZÁLEZ, B. (2009): Análisis económico financiero de la colaboración público-privada en hospitales: el caso español. España en contraste, financiación de la economía. *Fundación de estudios financieros*.

FERREIRA, A. (2007): Determinantes de la utilización de la información contable en hospitales portugueses. *Conocimiento, innovación y emprendedores: camino al futuro*, 989-1005.

INSTITUTO PARA EL DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE LA SANIDAD (2015). Sanidad privada, aportando valor. Análisis de situación 2015.

GARCIA, B. (2008): Información contable para la gestión en los hospitales públicos españoles: dificultades en su elaboración. *Revista de administración sanitaria*, 6(4), 655-672.

GINER, J.; LORENZO, R.M.; ABÁSULO, I. (2006): Análisis financiero de las empresas hospitalarias en Canarias: Un estudio comparado con el conjunto español. <http://www.alde.es/encuentros/anteriores/xeea/trabajos/g/pdf/166.pdf>.

MARÍN M.; DE ROSA, A. y GÓMEZ, M. (2003): Modelo Alzira: concesión administrativa de servicios sanitarios públicos, *Cuadernos de Gestión*, 9 (4): 10-21.

MENEU R.; ORTÚN, V. (2011): Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gaceta sanitaria*, 25 (4), 333-338.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2015). Catálogo Nacional de Hospitales 2015.

NAYAR, P., y OZCAN, Y. A. (2008): «Data envelopment analysis comparison of hospital efficiency and quality», *Journal of Medical Systems*, 32 (3), 193-199.

LEONE, A.; VAN HORN, L. (2005): How do nonprofit hospitals manage earnings? *Journal of Health Economics*, 24 (4), 815-837.

LÓPEZ, G. (2009): Reflexiones sobre el futuro de la sanidad privada en España. Univ. Pompeu Fabra.

OSORIO J.; PAREDES, E. (2001): Reingeniería de procesos en los hospitales públicos. *Revista española de salud pública*, 75 (3), 193-206.

PINK, G.; HOLMES, M.; CAMERON, D.; STRUNK, L.; MCGREE, P.; SLIFKIN, R. (2006): Financial indicators for critical access hospitals. *National Rural Health Association*, 229-241.

WATKINS A. (2000): Hospital financial ratio classification patterns revisited. *Journal of accounting and public policy*, 19, 73-95.

ANEXO

Hospitales privados no concertados de Cataluña

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,459 ^a	,211	,079	,39418

a. Predictores: (Constante), FEAE, end, Inactivo

Coefficientes^a

Modelo		Coefficients no estandarizados		Coefficients estandarizados	t	Sig.
		B	Error estándar	Beta		
1	(Constante)	,967	1,790		,540	,596
	Inactivo	-,042	,109	-,086	-,386	,704
	end	-,650	,308	-,451	-2,109	,049
	FEAE	3,907E-8	,000	,200	,902	,379

a. Variable dependiente: roe

Hospitales privados no concertados de Andalucía

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,809 ^a	,655	,526	1,31870

a. Predictores: (Constante), FEAE, Inactivo, end

Coefficientes^a

Modelo		Coefficients no estandarizados		Coefficients estandarizados	t	Sig.
		B	Error estándar	Beta		
1	(Constante)	32,186	9,547		3,371	,010
	Inactivo	-2,048	,592	-,736	-3,457	,009
	end	2,693	1,340	,432	2,010	,079
	FEAE	1,028E-7	,000	,055	,252	,807

a. Variable dependiente: roe