Material suplementario

Del dominio público a la expansión privada: Cambios en la infraestructura hospitalaria en España (1986-2018)

Definiciones y categorías

A) Dependencia funcional

En línea con el objetivo de la nota metodológica, se utilizó la clasificación de dependencia funcional privada no benéfica de los hospitales, denominada lucrativa en el documento.

La clasificación de dependencia funcional está disponible desde el año 1988 y se define como sigue: «Se entiende por dependencia funcional de un establecimiento sanitario, la persona física o jurídica que gestiona el centro» (Catálogos de Hospitales). En el Catálogo del año 2009, se modificó esta definición, de acuerdo con el organismo o entidad jurídica del cual depende, es decir, la persona física o jurídica que ejerce dominio o jurisdicción, jerárquica o funcional, más inmediata sobre el establecimiento sanitario.

Las categorías originales, además de privada no benéfica son: Sistema Nacional de Salud (incluye INSALUD), Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Justicia, Ministerio de Defensa, Comunidad Autónoma, Diputación o Cabildo, Municipio, otra entidad pública, Mutua Patronal, Privado Benéfico Cruz Roja, Privado Benéfico Iglesia, y Otro Privado Benéfico[1].

La clasificación se refiere al organismo o entidad jurídica del cual depende de forma más inmediata, jerárquica o funcional.

B) Dependencia patrimonial

Adicionalmente, el catálogo pone a disposición una segunda clasificación, sobre dependencia patrimonial, que se define como sigue: «Se entiende por dependencia patrimonial la persona física o jurídica propietaria, al menos, del inmueble ocupado en el centro sanitario». Las categorías originales son las mismas que las de dependencia funcional. A partir de 2020, esta clasificación se descontinuó.

La diferencia entre ambas clasificaciones es menor, mientras más antiguo sea el registro. Las nuevas formas de gestión público-privada han ido ampliando la diferencia, por el aumento de establecimientos bajo gestión privada[2]. A continuación, se presenta la comparación de ambas clasificaciones en dos años comparables, 1988 y 2005, para el total nacional:

TABLA 1. **Número de camas no benéficas según definición de dependencia funcional o patrimonial. Número y porcentaje del total. España, 1988 y 2018**

	Año 1988		Año 2018	
Clasificación	**Total**	**Privadas no benéficas**	**Total**	**Privadas no benéficas**
Funcional	180.451	28.243 (15,65%)	158.292	31.434 (19,86%)
Patrimonial	180.451	28.176 (15,61%)	158.292	29.419 (18,59%)
Diferencia	-	67 (0,037%)		2.015 (1,27%)

FUENTE: Catálogo de Hospitales.

En esta nota se utiliza la clasificación funcional, por la propia naturaleza de esta, que capta de mejor forma la naturaleza y objetivos de la entidad, por lo menos hasta 2008, cuando se modificó la definición, incrementando marginalmente las camas privadas benéficas. Utilizamos este criterio sobre el de dependencia patrimonial, como mejor identificación de las entidades que tienen objetivos de lucro.

No obstante, incluso esta clasificación funcional no llega a captar, en algunos casos, las complejidades de las nuevas formas de colaboración público-privada. Los conciertos de la red pública con establecimientos privados mantienen la clasificación funcional de las camas como privados, pero otras formas como las concesiones administrativas a entidades privadas, son clasificadas como públicas[3]. Siguiendo el mismo criterio, cuando estas involucran gestión privada del servicio médico/clínico, se reclasificaron como privadas. Esto afecta a las concesiones de la Comunitat Valenciana desde 1999. Al final de esta misma nota se expone el ajuste.

Otra cuestión relevante es la diferencia entre servicio y funcionalidad. Un hospital de funcionalidad privada puede concertar o vender servicios a la administración, y formar parte de la red pública, sin dejar de tener una funcionalidad privada de acuerdo con el catálogo. Generalmente, la atención o egreso de ese hospital privado, que se enmarca en el concierto o en la prestación de servicios con la administración, se considera servicio de naturaleza pública, por su financiación y el tipo de beneficiario, pero no el hospital en sí. Un hospital de funcionalidad privada, como es considerada en el catálogo de hospitales, puede concesionar más o menos camas, un periodo sí y otro no, a la red pública, sin que ello cambie su clasificación como privado.

3. Materiales

Los catálogos de Hospitales fueron recabados a través de préstamo interbibliotecario por el servicio de biblioteca de la Universidad Pablo de Olavide (en papel y en CD), solicitud al Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad (en pdf) y descarga de archivos pdf y Excel desde la web oficial del Ministerio de Sanidad (para el año 2005 en adelante) https://www.msps.es/ca/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/ofertaRecursos/hospitales/home.htm Para el año 1986 se utilizaron los datos de Vilar & Pons (2021), disponibles en Zenodo.

4. Periodo de análisis

La selección temporal responde a la disponibilidad de datos. Comienza con la Ley General de Sanidad (1986) y el horizonte de la historia de los hospitales de Vilar y Pons (2018), y finaliza antes de la COVID-19, para evitar el impacto de este evento extraordinario en el estudio. Los motivos de esto último fueron tres. Primero, el Covid fue un evento extraordinario que distorsiona el objetivo de largo plazo de esta investigación exploratoria. Segundo, el análisis público/privado para Covid extiende el análisis y la metodología, por el problema de la contabilización de los nuevos establecimientos, con alto número de camas y bajo equipamiento médico, de carácter temporal (modelo zendal) y porque la clasificación pública/privada se hizo difusa con la utilización pública coyuntural e intermitente (por olas) de la infraestructura privada. En tercer lugar, porque abordar mínimamente estas cuestiones, extendería, conceptualmente y en número de palabras, esta nota de investigación.

La clasificación funcional comenzó a utilizarse en 1988, pero a sugerencia de los revisores, de ampliar el año de inicio a 1986, se utilizó la clasificación patrimonial (descontinuada en la actualidad) para 1986 y 1987. No obstante, esta cuestión no afecta sustantivamente los resultados para esos años. A modo de ejemplo, se pueden comparar ambas clasificaciones en 1988 (Tabla 1). La diferencia es de 67 camas de dependencia privada (0,03% del total y 0,2% de las privadas lucrativas), que se distribuyen entre Cataluña (95 más según clasificación funcional; 0,3% del total de privadas lucrativas) y País Vasco (28 camas menos según clasificación funcional; 0,2% del total de privadas lucrativas)[4].

5. Ajustes y corrección de errores

Se revisaron los comportamientos anómalos de las series, definidos como picos o caídas puntuales de un año, superiores a las variaciones máximas de las series históricas, como sigue:

- Andalucía. Años 1989 a 1992. Caída significativa de camas. Reducción de 103 a 85 hospitales, por consolidación de la competencia en salud a la Comunidad Autónoma. Las principales reducciones se producen en Servicio Nacional de Salud (-9), Diputación Cabildo (-5), Municipio (-2), Defensa (-3) y Cruz Roja (-2). No corresponde ajuste.
- Aragón. Año 1986 y 1987. Caída significativa de camas privadas lucrativas. El hospital Centro Neuropsiquiátrico Nuestra Señora del Carmen de Zaragoza (n=265), está clasificado como privado en los catálogos. Debería estar bajo clasificación de la Iglesia (Congregación Hermanas Hospitalarias), como están desde 1988 en adelante. Se reclasificó como privado benéfico. Lo mismo ocurre con el Centro de Rehabilitación Mutua Accidentes de Zaragoza (n=200), que debería estar bajo clasificación de Diputación o Cabildo, como está desde 1988 en adelante. Se reclasificó como público.
- Canarias. Año 1998. Caída significativa. El motivo es la creación del Hospital Dr. Negrín en 1999, que sustituyó la actividad del Hospital Nuestra Señora del Pino, el

Hospital El Sabinal y el Centro de Atención Especializada Las Palmas. Este año coincide el cierre de estos tres sin el alta del primero. Ajuste: se modifica el valor de 1998 como promedio entre 1997 y 1999.

- Canarias. Año 2007. Reducción significativa. Cierre de los hospitales Roca Gestión Hospitalaria (n=28), Ciudad De San Juan De Dios (80), Centro Sociosanitario El Sabinal (n=189), Residencia Socio Sanitaria Queen Victoria (n=82), Hospital Residencia de Ancianos Nuestra Señora de la Concepción de Garachico (n=63), Clínica Nuestra Señora de las Mercedes (n=29), Hospital Nuestra Señora de los Dolores (n=99). Algunos de estos centros pasaron a ser parte del Sistema de atención a la dependencia y salieron del catálogo de hospitales. No corresponde ajuste. Tendrá efecto en los análisis de esta región.
- Cantabria. Año 1988. Disminución de camas privadas. Centro Asistencial Camargo (n=40), clasificado como privado lucrativo hasta 1987, cambia a residencia de mayores y sale del catálogo de hospitales. No corresponde ajuste.
- Cantabria. Año 1994. Pico. Confluye la entrada del Hospital Sierrallana (n=326) y el funcionamiento del Hospital María Jesús Ruiz Capillas de la Cruz Roja. Este último cierra al año siguiente y la cifra cae nuevamente. No corresponde ajuste.
- Cantabria. Año 2002. Reducción significativa de hospitales privados. Cierre de Clínica Reinosa (n=102). No corresponde ajuste.
- Castilla La Mancha. Año 2005. Comportamiento irregular. Caída abrupta el año anterior, pico este año y caída el siguiente. En 2004 hay diferencias entre la base de datos y el catálogo impreso. En este último no se contabilizó la U.R.R. Enfermos Psíquicos de Toledo (n=55) y algunos hospitales registran menos números de camas que la base de datos. El catálogo impreso es el correcto, ya que el URR cerró ese año. No se realizan ajustes. En 2005, el Catálogo contabilizó el nuevo Complejo Hospitalario de Ciudad Real, y el Hospital Nuestra Señora de Alarcos (n=362) (absorbido por el primero). Ajuste: se eliminó doble contabilización.
- Comunidad Foral de Navarra. Año 1989. Caída drástica. La Clínica Universitaria de Navarra (n=418) pasa de clasificarse como privada no benéfica a privada benéfica. No corresponde ajuste, pero se considera en el análisis.
- Comunidad de Madrid. Año 2001. Aumento significativo. El motivo es que el Hospital Militar Central Gómez Ulla está contabilizado dos veces. También como Hospital Militar Gómez Ulla (n=1.241). Ajuste: se eliminó doble contabilización.
- Comunidad de Madrid. Año 2008. Aumento significativo. Coincidió la creación de 7 nuevos hospitales: Hospital Infanta Sofía San Sebastián De Los Reyes (n=283), Hospital del Henares Coslada (n=237), Hospital Infanta Leonor Madrid (n=269), Hospital del Sureste Arganda Del Rey (n=125), Hospital del Tajo Aranjuez (n=98), Hospital Infanta Cristina Parla (n=247) y Hospital Universitario Puerta De Hierro Majadahonda (n=613), con el mantenimiento de la capacidad del Centro Psiquiátrico San Juan de Dios de Ciempozuelos (n=1100). Este, el año siguiente redujo su oferta a la mitad (n=542) y así continuó los años siguientes. El motivo es que, a partir de 2009, parte

del psiquiátrico (el área de discapacidad) pasó a formar parte de la red del SAAD como centro residencial de adultos mayores. En su web sigue contabilizando 1076 camas en el conjunto de sus áreas. Ajuste: Se realizó ajuste (n=542) de San Juan de Dios en 2008, evitando coincidir su máximo con la expansión hospitalaria.

- Comunitat Valenciana. Año 2010. Aumento significativo. Aumento ese año y el anterior. El motivo es que en 2009 entró en funcionamiento el Hospital de Manises (gestión concesionada) con 354 camas, y el Hospital de Denia (gestión concesionada) con 226 camas, que se unió a la expansión de Hospital Aguas Vivas (privado lucro) en 50 camas y el Hospital de Requena en 26 camas. En 2010 se creó Hospital de Vinalopo en Elche Alicante (n=214) (gestión concesionada), que se unió a la expansión del Hospital General de Elda-Virgen De La Salud (Público) en 149 camas y el aumento del Hospital Psiquiátrico Penitenciario (Público) en 42 camas. No corresponden ajustes en el número de camas, pero si en la funcionalidad (ver al final).
- Extremadura. Año 2007. Aumento significativo. Creación del Hospital Tierra de Barros (n=80, público) y Hospital Siberia-Serena (n=43, público). Además, Hospital de Mérida subió en 32 camas (332, público). En 2008 cayó dotación en la provincia de Cáceres en 193 camas porque el Complejo Hospitalario de Cáceres se redujo en 194 camas. No corresponde ajuste.
- Illes Balears. Año 2003. Aumento significativo. El motivo es la creación del Hospital Son LLatzer (279 camas) sin la reducción por la absorción de servicios de otros hospitales públicos, que se registra a partir del año siguiente. Ajuste: se modifica el valor de 2003 como promedio entre 2002 y 2004.
- País Vasco. Año 2001. Aumento significativo. Creación del Hospital Donostia, resultado de un proceso de unificación de tres hospitales previamente independientes: Hospital Amara (n=139), Hospital Arantzazu (n=741), y Hospital de Gipuzkoa (n=273). Ajuste: se considera únicamente la capacidad del nuevo hospital.
- Región de Murcia. Año 2007. Aumento significativo. Se creó la Residencia Los Almendros en Cartagena (n=48), que coincidió con la expansión de Clínica San José de Alcantarilla (n=148), del Hospital de Molina de Segura (n=116) y de la Residencia de Villamar en San Pedro del Pinatar (n=102). La caída del año siguiente se debió al cierre del Hospital Naval de Cartagena (n=235), que ese año aparece sin camas, asociado al Complejo Universitario Santa María Rosell en Cartagena. No corresponden ajustes.

6. Tratamiento de las concesiones de gestión clínica en la Comunidad Valenciana (1999-2024)

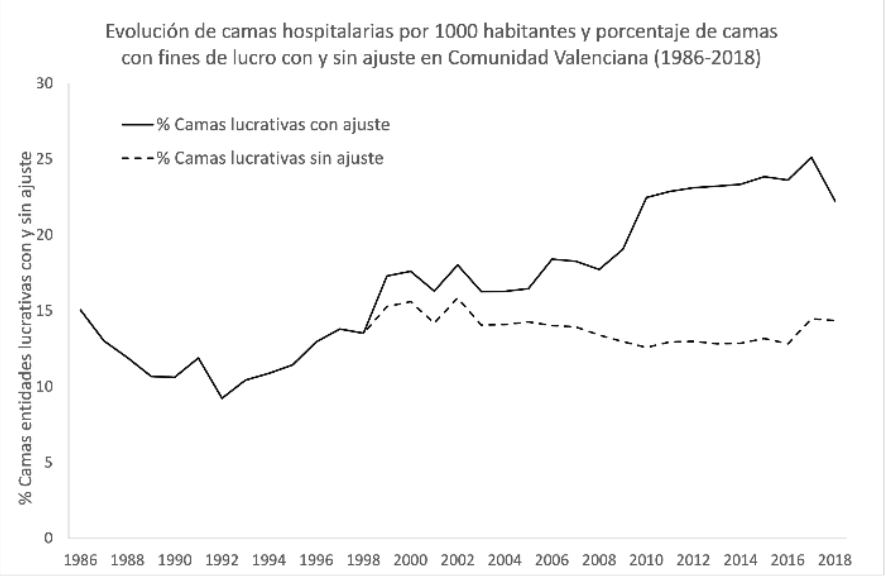
A partir de 1999, la comunidad Valenciana comenzó un proceso de concesiones de cinco hospitales, en el que la construcción y la gestión clínica estuvieron a cargo de empresas o grupos

empresariales privados. El caso fue ampliamente estudiado como un proceso de provisión privada de servicios públicos[5].

A partir de 2018, el gobierno autonómico comenzó a denegar la renovación de las concesiones, por lo que están volviendo a gestión pública. Este cambio no se aprecia en los catálogos, ya que antes, durante y después de la concesión, estos hospitales son clasificados funcionalmente como Consellería de Sanitat o Agencia Valenciana de Salud y patrimonialmente como Comunidad Autónoma.

Nuestro criterio económico es reclasificar estas cinco experiencias como camas bajo gestión funcional privada lucrativa. El motivo es que la provisión del servicio médico, denominado gestión clínica, está a cargo de una empresa o grupo de empresas, y no de la administración pública. Esto difiere de las concesiones de construcción o de las concesiones de servicios anexos (limpieza, alimentación, etc.) realizados en otras Comunidades Autónomas, sino que atañe a la provisión central del servicio médico. El cambio afectó a los siguientes años y hospitales de la Comunidad Valenciana: a) Hospital Manises, Desde 2010, b) Hospital Vinalopo, desde 2010, c) Hospital Alzira, entre 1999 y 2018, d) Hospital Torrevieja, entre 2006 y 2021 y e) Hospital Denia, entre 2009 y 2021.

GRÁFICO 1. **Porcentaje de camas hospitalarias de entidades lucrativas en la Comunidad Valenciana, sobre el total de camas hospitalarias, con y sin reclasificación de los hospitales concesionados**



FUENTE: Elaboración propia.

En el Gráfico 1 se presentan las tendencias del porcentaje de camas de establecimientos privados lucrativos, sobre el total de camas, con y sin este ajuste. Como se puede ver, el cambio es significativo y el ajuste refleja el proceso de concesiones iniciado a comienzos de este siglo, que elevó los valores a máximos por sobre el 22% del total. En cambio, de no realizar este ajuste, los resultados mostrarían un descenso de la participación privada que, a la vista de la evidencia comentada, no reflejaría el proceso valenciano de concesiones en la gestión clínica de hospitales.

7. Hospitales benéficos y clasificaciones en Cataluña

En Cataluña, la red de utilización pública Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), nació con más de un 70% de camas concertadas con el sector privado y por lo que se constituye de un importante número de hospitales clasificados como funcionalidad privada, mayormente benéfica (no lucrativa), que pueden estar participados por entidades públicas, como ayuntamientos. A modo de ejemplo, el Hospital de La Santa Creu i Sant Pau, está clasificado como benéfico, pero es gestionado por un patronato en el que participan miembros designados por el Cabildo de la Catedral de Barcelona, el Ayuntamiento de Barcelona y la Generalitat de Catalunya. Por el contrario, en la misma categoría está el Hospital Sant Joan de Déu que pertenece a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

En suma, dentro de la XHUP hay camas de hospitales de las administraciones públicas a través del Institut Català de la Salut (como el Hospital Universitario Vall d'Hebron), y de otras entidades públicas como empresas o consorcios públicos (como el Hospital Clinic i Provincial de Barcelona). Pero, además, a través de conciertos, participan en la red hospitales benéficos (como los ya mencionados Hospital de La Santa Creu i Sant Pau o el Hospital Sant Joan de Déu) así como hospitales privados lucrativos (como el Hospital Universitari Sagrat Cor que pertenece al grupo Quirónsalud). A modo de ejemplo, en el último año, 2018, los hospitales benéficos (excluyendo los de la iglesia) que participaban en la XHUP sumaban 5.050 camas. Una parte de estas estaría en esta situación. Esto representa menos del 15% de las camas totales de la comunidad autónoma (34.612 camas).

Para más información de los orígenes y configuración durante la transición, del modelo catalán, se recomienda ver: Barceló-Prats, Josep; Comelles, Josep M, y Perdiguero-Gil, Enrique. 2019. Las bases ideológicas y prácticas del proceso de regionalización de la sanidad en España (1955–1978). En María Isabel Porras; Lourdes Mariño; María Victoria Caballero (eds), *Salud, enfermedad y medicina en el franquismo*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 146–167.

Notas

1. Categorías en 1988. En los años siguientes, se fueron agregando nuevas categorías públicas como los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, la Administración Penitenciaria y el Instituto Catalán de Salud, entre otros. Las mutuas patronales constituyeron un caso particular. Hasta 2009, estuvieron en un proceso de transformación en cuanto a su dependencia patrimonial, por lo que están, en algunos casos, clasificados como otra entidad pública y en otros casos como mutuas, según su clasificación funcional. A partir de ese año, el criterio de modificó y fueron clasificadas como otros hospitales públicos (Catálogo de Hospitales 1988, 2009). Este cambio no afecta a los establecimiento no benéficos o lucrativos, por lo que no modifica los indicadores de esta nota de investigación.
2. A partir de 2009, la definición funcional se actualizó.
3. La clasificación patrimonial para 2019 no está disponible en la base de datos del Ministerio de Sanidad, y la de 2020 puede verse afectada por los hospitales del año del Covid.
4. Se entiende en general por concierto 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.
5. Los datos de los catálogos 1988-2001 corresponden al 31 de diciembre de cada año. Desde 2002 son publicados con el año de publicación en el título, pero corresponden a la actualización de final del año anterior (Ej.: Catálogo de Hospitales de 2003, actualizado a 31/12/2002), por lo que son contabilizados con respecto al año de los datos. Los datos de 1987 son particulares porque coinciden con el cambio de fecha de actualización. Hasta 1986 corresponden al primer día del año, y el de 1987 al último día del año anterior. En esta base, el dato de 1987 fue extraído del catálogo impreso, y el de 1986, de la base de datos de Villar y Pons disponible en Zenodo: Vilar, Margarita; Pons, Jerònia. 2021. Number of public and private hospitals and number of beds available in the Spanish sanitary system in 1986. Zenodo. DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.5793924
6. Ver Villar Rojas, Francisco José. 2009. La privatización de la gestión de los servicios sanitarios públicos. Las experiencias de Valencia y Madrid. Derecho y Salud 17(1): 1-22 y Sánchez Bayle, Marciano. 2008. La privatización y los nuevos modelos de gestión en sanidad. Revista de Economía Crítica 6: 103-118. El proceso valenciano tuvo amplia repercusión en los medios y particularmente en su reincorporación a la gestión pública: «Un modelo rescatado y desigual» (Jaime Prats, 03/01/2013, elpais.com), «Revertir el 'modelo Alzira' cuesta 480 millones y 13.200 empleos» (Vicente Useros, 26/03/2014); «Así se revierte una privatización sanitaria» (Ignacio Zafra, 13/03/2018, elpais.com), «Fracaso de las privatizaciones sanitarias: el caso valenciano» (Adolfo Beltrán, 28/10/2023, eldiario.es), entre otros.