



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
Facultad de Economía, Empresa y Turismo



GRADO EN ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE EMPRESAS

Rentabilidad y solvencia de los hospitales privados no benéficos en España 2012-2016

Presentado por: Dafne García Torres

Fdo: Dafne García Torres

Las Palmas de Gran Canaria, a 26 de noviembre de 2018

ÍNDICE DE CONTENIDOS	Página
1. Introducción. El sistema sanitario en España.....	3
2. El sector hospitalario en España.....	5
3. Muestra y fuentes de información.....	8
4. Análisis de la rentabilidad de los hospitales privados no benéficos en España.....	11
4.1. Metodología de análisis de la rentabilidad.....	11
4.2. Análisis de la rentabilidad de los hospitales privados no benéficos en España en el período 2012-2016.....	12
4.3. Análisis de la rentabilidad de los hospitales privados no benéficos en España en función del concierto en el período 2012-2016	14
4.4. Análisis de la rentabilidad de los hospitales privados no benéficos en España por tamaños en 2016.....	16
4.5. Análisis de la rentabilidad de los hospitales privados no benéficos en España por tipología en 2016.....	18
5. Análisis de la solvencia de los hospitales privados no benéficos en España....	20
5.1. Metodología de análisis de la solvencia.....	20
5.2. Análisis de la solvencia patrimonial de los hospitales privados no benéficos en el período 2012-2016.....	22
5.2.1. Evolución de la solvencia patrimonial de los hospitales privados no benéficos en España. 2012-2016.....	22
5.2.2. Evolución de la solvencia de los hospitales privados no benéficos en España. Análisis multivariante. 2012-2016.....	24
5.3. Análisis de la solvencia de los hospitales privados no benéficos en España en función del concierto en el periodo 2012-2016.....	25
5.4. Análisis de la solvencia de los hospitales privados no benéficos españoles por tamaños en 2016.....	28
5.5. Análisis de la solvencia de los hospitales privados no benéficos españoles por tipos en 2016.....	29
6. Conclusiones.....	31
Referencias.....	34
Anexo.....	36

ÍNDICE DE FIGURAS

Página

Gráfico 1. Ranking de hospitales privados no benéficos España 2016 por comunidades autónomas.....	7
Gráfico 2. Descomposición de la Rentabilidad Financiera (mediana).....	14
Gráfico 3. Rentabilidad según concierto.....	15
Gráfico 4. ROE Y ROA por tamaños. Concertados vs no concertados.....	17
Gráfico 5. RE por tipología. Concertados vs no concertados, 2016.....	20
Gráfico 6. Evolución solvencia patrimonial.....	23
Gráfico 7. Liquidez.....	24

ÍNDICE DE TABLAS

Página

Tabla 1. Distribución de los hospitales en España en función de su dependencia patrimonial.....	6
Tabla 2. Número de hospitales privados no benéficos en España.....	9
Tabla 3. Distribución de la muestra de hospitales (%).....	10
Tabla 4. Descomposición de la Rentabilidad Financiera.....	12
Tabla 5. Rentabilidad en función de concierto.....	14
Tabla 6. Rentabilidad de los hospitales privados en España en función del tamaño, 2016.....	16
Tabla 7. Análisis de la rentabilidad por tipología, 2016.....	18
Tabla 8. Ratios utilizadas en el análisis univariante de la solvencia.....	21
Tabla 9. Ratios utilizadas en el modelo de Altman (1993) para empresas no cotizadas.....	21
Tabla 10. Criterios de clasificación de las empresas en función del valor de la Z de Altman.....	22
Tabla 11. Solvencia patrimonial.....	22
Tabla 12. Distribución de la Z de Altman.....	24
Tabla 13. Evolución de la solvencia de los hospitales privados no benéficos españoles en función del concierto. 2012-2016.....	25
Tabla 14. Evolución de la solvencia de los hospitales privados no benéficos españoles en función del concierto. Z Altman 2012-2016.....	27
Tabla 15. Solvencia en función del tamaño en 2016 (mediana).....	28
Tabla 16. Solvencia según funcionalidad en 2016 (mediana).....	29

1. INTRODUCCIÓN. EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

El sistema sanitario español se caracteriza por haber experimentado importantes cambios en las últimas décadas¹. Así, en 1978, con la aprobación de la Constitución española, las funciones de gestión y administración sanitaria se asignan al Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). En 1986 se universaliza la asistencia, se transforma el sistema de Seguridad social, y comienza la transferencia de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas, en Cataluña. En dicho año se proclama la Ley 14/1986, Ley General de Sanidad (LGS), la cual insta un sistema sanitario dividido en dos partes; la asistencia primaria que incluye ambulatorios y centros de salud y asistencia especializada con hospitalización. A partir de 1989, se amplía la protección de la salud de los ciudadanos que engloba al 99,8% de la población, incluyendo indigentes y población inmigrante². El proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas termina en el año 2002^{3,4}. Desde entonces, las comunidades autónomas han puesto en marcha diferentes formas de gestión sanitaria, tanto de gestión en centros propios o gestión directa, como indirecta a través de convenios, conciertos o concesiones.⁵

Con la universalización de la sanidad, los medios disponibles por el sector público para hacer frente a la prestación de los servicios sanitarios no son suficientes, por lo que se realizan acuerdos con centros sanitarios privados para la prestación de algunos servicios, denominados conciertos. Esta posibilidad se contempla en el artículo 90 de la Ley General de Sanidad de 1986, según el cual, “las Administraciones Sanitarias Públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias pueden suscribir conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas, teniendo en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios”. Posteriormente, la Ley 15/1997, de 25 de abril, establece: “La

¹ Ver Esteban y Arias (2016) para un análisis de los últimos 30 años de la reforma sanitaria en España.

² El Real Decreto-Ley 16/2012 excluye a los inmigrantes sin papeles de la atención universal, si bien en la actualidad han vuelto a recuperar dicha asistencia Real Decreto-Ley 7/2018 del 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Ver también Fernández (2018).

³ Excepto Ceuta y Melilla.

⁴ Una sinopsis de la historia de la sanidad en España puede consultarse en Taboada (2015), y un análisis más amplio y detallado en Fernández y Vaquera (2012).

⁵ Entre los trabajos que han analizado las diferentes formas de colaboración público-privada, pueden consultarse Menéndez (2008) o Domínguez (2013).

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

Desde 2002, todas las comunidades autónomas pueden decidir el tipo de servicios que son objeto de concierto, así como los requisitos exigidos a las entidades privadas y las tarifas de los servicios prestados. Los hospitales privados tienen la posibilidad de obtener ingresos de la administración pública mediante la prestación de servicios sanitarios a pacientes derivados del sistema público, además de los obtenidos de sus pacientes privados o los que cuentan con seguros privados de salud. Según el Informe IDIS (2016), el 11,6% del gasto sanitario público financia la provisión privada a través de conciertos.

En este contexto, el presente trabajo tiene por objeto el análisis de la rentabilidad y solvencia de los hospitales privados no lucrativos en España en el período 2012-2016. El estudio se desarrolla en seis apartados, el segundo hace mención a una breve descripción del sector hospitalario en España. En el tercer apartado se aborda la selección y descripción de la muestra. El cuarto apartado abarca el análisis de la rentabilidad de los hospitales no benéficos en España. En un primer lugar, se establece la metodología seguida, basada en la descomposición de la rentabilidad financiera. Se analiza la evolución de la rentabilidad en el período 2012-2016, a nivel agregado y en función de si el hospital mantiene o no concierto con la administración pública. Además, se analiza la rentabilidad por tamaños y tipología en 2016.

Asimismo, para la consecución de un análisis más específico se realizan sub-apartados, en los cuales se divide la rentabilidad según el concierto en el ciclo 2012-2016, según el tamaño para el año 2016 y según la funcionalidad del hospital referido al año 2016.

El análisis de la solvencia se lleva a cabo en el quinto apartado, en cual se inicia con una descripción de la metodología, la cual se basa en dos tipos de análisis: univariante y multivariante, este último basado en la Z de Altman. Al igual que en el apartado anterior, se analiza la evolución de la solvencia para el conjunto de hospitales y en función del concierto, así como un análisis por tamaños y tipología de los hospitales para el año 2016. En el sexto y último, se presentan las conclusiones del estudio.

2. EL SECTOR HOSPITALARIO EN ESPAÑA

La Ley General de Sanidad, en su artículo 65.2, proporciona un concepto de hospital en los siguientes términos: “El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia”. El Catálogo Nacional de Hospitales (en adelante, CNH), amplía esta definición incluyendo de forma explícita la asistencia especializada en consultas externas: “un hospital es una institución o centro sanitario destinado a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internado, cuya finalidad principal es el diagnóstico y/o tratamiento de los enfermos ingresados en el mismo, así como la atención a pacientes de forma ambulatoria”.

De acuerdo con la información extraída del CNH, el número de hospitales ha evolucionado de 789 en 2012 a 788 en 2016. La tabla 1 recoge la distribución de los hospitales en función de su dependencia patrimonial en el citado período. En esta podemos analizar que, los hospitales públicos componen un 45,05% de la muestra y el 54,95% son constituidos por hospitales de índole privada. En consideración a los hospitales públicos, es destacable la importancia relativa de los referidos a las comunidades autónomas, los cuales ocupan un 21%, además de los pertenecientes a la seguridad social con un 12%. En referencia a los hospitales privados sobresale que, cerca de un 38% de los hospitales que componen esta categoría corresponden a privados no benéficos.

En un análisis más detallado de la tabla 1, si se contempla el progreso que ha precedido en la etapa 2012-2013 destaca que dos hospitales públicos, pertenecientes a la Seguridad social y a las Diputaciones/Cabildo desaparecen. Sin embargo, los hospitales privados concretamente los calificados como Otros privados benéficos y los privados no benéficos, se incrementan en la misma proporción por lo que mantienen la muestra invariable. En relación al año 2014, disminuyen los hospitales relacionados con las comunidades autónomas y otros privados benéficos, lo cual fija la muestra en 787. El 2015 se caracteriza por el aumento de la muestra hasta 791 hospitales, ello sucede a consecuencia del incremento de dos hospitales que competen a las comunidades autónomas, añadido a uno en relación a los municipios y dos en la condición de otros privados benéficos. En lo que acontece al último año, lo caracteriza una disminución de la muestra debido a la reducción de un hospital

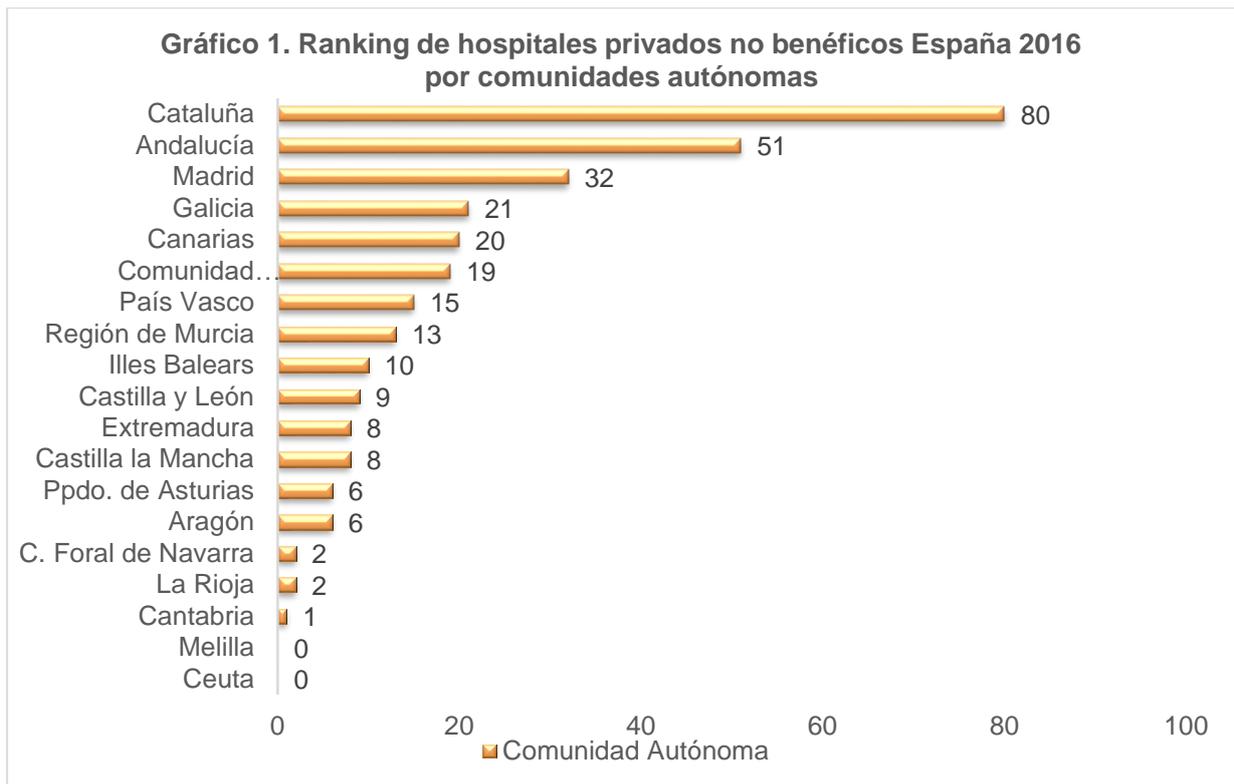
privado benéfico, uno correspondiente a las comunidades autónomas y, finalmente, otro perteneciente a la seguridad social.

Tabla 1. Distribución de los hospitales en España en función de su dependencia patrimonial						
	2012	2013	2014	2015	2016	2016 %
Hospitales públicos	357	355	354	357	355	45,05
Administración Central	2	2	2	2	2	0,25
Ministerio de Defensa	4	4	4	4	4	0,51
Seguridad Social	98	97	96	96	95	12,06
Comunidades Autónomas	167	167	166	168	167	21,19
Diputaciones/ Cabildos	15	14	14	14	14	1,78
Municipios	13	13	14	15	15	1,90
Otras Entidades Públicas	58	58	58	58	58	7,36
Hospitales privados	432	434	433	434	433	54,95
Privados Benéficos (Cruz Roja)	10	10	10	10	10	1,27
Privados Benéficos (Iglesia)	58	58	58	58	58	7,36
Otros Privados Benéficos	60	61	60	62	62	7,87
Privados no Benéficos	304	305	305	304	303	38,45
Total Nacional	789	789	787	791	788	100,00

Fuente: elaboración propia a partir del CNH

El presente trabajo se centra en los hospitales privados no benéficos, por lo que son hospitales con fin de lucro. El número de estos se ha mantenido estable a lo largo del período, en torno a los 303-305. El gráfico 1 presenta un ranking de estos hospitales por comunidades autónomas ⁶. En primer lugar, se observa que todas las comunidades cuentan con algún hospital privado con ánimo de lucro en su territorio, a excepción de Ceuta y Melilla. Además, destaca la comunidad autónoma de Cataluña con 80 hospitales, el mayor número de hospitales privados de España, seguida a distancia por Andalucía, con 61. Por el contrario, las comunidades de Cantabria, La Rioja o Navarra solo cuentan con uno o dos hospitales privados no benéficos. En este sentido, según el estudio Análisis de la situación 2018 de la Fundación IDIS sobre la sanidad privada, “Cataluña es la comunidad autónoma que destina más dinero a la partida de conciertos, con un importe de 2.448 millones de euros, lo que supone el 25,1% de su gasto sanitario”.

⁶ La distribución del resto de categorías por comunidades autónomas en 2016, se presenta en la tabla A1 del anexo.



Fuente: Elaboración propia a partir del CNH (2017)

El sector sanitario privado representa un importante agente en la sanidad de España, por ser un aliado estratégico del sistema público de salud (Creixans y Arimany, 2018). Además, es un sector económico muy importante y en auge, con elevado impacto sobre la actividad económica como demandante de productos de otros sectores y como generador de empleo (Cabasés, 2013).

Según el estudio de IDIS (2018), España generó en 2015 un gasto sanitario cercano a los 28.562 millones de euros en el ámbito privado, lo que se traduce en un porcentaje del PIB del 2,7%, correspondiendo un 0,4% a seguros privados. Por otro lado, los seguros sanitarios han experimentado un crecimiento que recoge a 11,7 millones de asegurados en el 2016 según datos del servicio de estadísticas y estudios de ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones).

Además, como se ha indicado anteriormente, parte de los ingresos obtenidos por los hospitales privados proceden del sector público a través de los conciertos. De acuerdo con el CNH, el concierto se define como un acuerdo entre un hospital privado y la administración pública por el cual el hospital realiza la provisión de servicios de salud a los ciudadanos que son derivados por el sistema sanitario público, por lo que es este el que financia los servicios. Concretamente, como plantea Manuel Martín García

(2017) en el artículo “El modelo de financiación sanitaria: la historia de un desastre”⁷, la concertación de los servicios sanitarios con el ámbito privado desde 2009 hasta 2015 se ha incrementado en un 42% en nuestro país. Por lo que, ello representa un ahorro para el Sistema Nacional de Salud, de entre 4.369 millones de euros y 9.860 millones de euros, según el uso que hagan de la sanidad pública⁸.

Lo anterior conlleva a que según Díaz (2018)⁹ el 63% de la facturación total se derivó del segmento de convenios con aseguradoras. Los ingresos atribuibles a conciertos públicos experimentaron un crecimiento del 2,3%, en tanto que los asociados a la demanda privada pura aumentaron un 3,3%”. Se estima que, en el año 2015, conforme al estudio anteriormente citado, Análisis de la situación 2018, el 30% de las intervenciones quirúrgicas y un 23% de las urgencias financiadas por la sanidad pública, fueron atendidas por los centros privados.

Por último, es de destacar el elevado número de puestos de trabajo que genera la sanidad privada en España, el cual se eleva a 326.800 personas en el primer trimestre del 2017, según el Instituto Nacional de Estadística.

3. MUESTRA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Para la selección de la muestra se ha partido de la base de datos del catálogo nacional de hospitales (CNH) la cual contiene información detallada de todos los hospitales existentes en España, relativa a su localización, datos de contacto, dependencia jurídica, número de camas, tipología, etc. No obstante, dicha base no contiene información financiera por lo que se ha combinado con la obtenida de la base de datos SABI. Esta se nutre de los depósitos de cuentas que las sociedades efectúan en los correspondientes Registros Mercantiles de la provincia en la que tienen su sede social.

Una vez obtenido el listado del CNH, se buscaron los números de identificación fiscal (NIF) de cada hospital a través del nombre y ubicación del centro. Para ello se obtuvo de SABI un listado de las sociedades cuya actividad principal es la de actividades hospitalarias (código primario CNAE 8610), y se cruzaron ambos listados. Los

⁷ Publicado en www.nuevatribuna.es por Manuel Martín García, Presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

⁸ Citado por Medina en el artículo La sanidad privada mueve más de 30.000 millones al año en España.

⁹ Publicado por Díaz (2018), a partir del informe sobre Clínicas Privadas en 2017 elaborado por el observatorio sectorial DBK de Informa.

hospitales que no cuentan con información en SABI en al menos uno de los años del período 2012-2016, fueron eliminados. Es de señalar que, en algunos casos, los hospitales cambian de denominación social, si bien el código asignado en el CNH y el NIF se mantienen, lo que ha permitido completar la base. Una vez localizados en SABI los hospitales con información financiera disponible, se unieron los datos del CNH y SABI. Además, se eliminaron de la muestra los siguientes casos:

- Hospitales pertenecientes a grupos, debido a la imposibilidad de contar con información financiera individualizada sobre los mismos.
- Los hospitales sin actividad, importe neto de la cifra de negocios igual a cero.
- Los que presentan fondos propios negativos, debido a que generan distorsiones en los resultados.

El análisis de la rentabilidad y de la solvencia se realiza para cada año del período 2012-2016, tanto para el conjunto de la muestra como en función de si el hospital mantiene un concierto con la administración pública o no. Además, se realiza un análisis por tamaño del hospital, en función del número de camas, y por tipología.

En la tabla 2 se presenta, en cada año, la muestra inicial constituida por el número de hospitales privados no benéficos proporcionado según el CNH, así como el número de hospitales que integran la muestra final, una vez aplicados los citados filtros. La muestra final la forman entre 144 y 108 hospitales en el periodo. Con ello, la muestra alcanza una cobertura que oscila entre el 47% y el 36% de la población.

Tabla 2. Número de hospitales privados no benéficos en España					
Muestra	2012	2013	2014	2015	2016
Inicial	304	305	305	304	303
Final	143	144	143	136	108
%Cobertura	47%	47%	47%	45%	36%

Fuente: Elaboración propia a partir del CNH

En la tabla 3 se recoge la distribución de la muestra distinguiendo en función del concierto, tamaño y tipología. En primer lugar, se puede observar que el porcentaje de hospitales según concierto se reparte de forma homogénea con ligeras diferencias. Así, el porcentaje de hospitales concertados representa entre el 44% y el 49%, observándose un aumento entre 2012 y 2016.

En cuanto al tamaño, siguiendo el criterio del número de camas, en todo el período predominan los pequeños (menos de 50 camas), los cuales aumentan su presencia desde un 35% en 2012 a un 38% en 2016. Es de destacar que, si bien en 2012 se observa una distribución casi homogénea entre los tres colectivos, en 2016 se produce una importante reducción del porcentaje de hospitales grandes en la muestra. Ello puede estar motivado por el proceso de integración de hospitales en grupos, los cuales se han eliminado de la muestra, además, se encontraron hospitales que aún no habían añadido la información pertinente.

Tabla 3. Distribución de la muestra de hospitales (%)					
	2012	2013	2014	2015	2016
Hospitales según concierto					
Si	46,85	47,92	46,85	44,85	49,07
No	53,15	52,08	53,15	55,15	50,93
Hospitales según tamaño					
Pequeño <50 camas	34,97	35,42	35,66	36,76	38,89
Mediana 50-100 camas	32,17	32,64	31,47	30,88	32,41
Grande >100	32,87	31,94	32,87	32,35	28,70
Hospitales según especialidad					
General	59,44	59,03	58,74	59,56	56,48
Quirúrgico	10,49	8,33	6,29	6,62	5,56
Psiquiátrico	9,09	11,11	11,89	13,24	17,59
Médico-quirúrgico	5,59	6,25	6,99	3,68	3,70
Geriatría y/o larga estancia	9,79	9,72	10,49	12,50	13,89
Otros	5,59	5,56	5,59	4,41	2,78

Fuente: Elaboración propia a partir del CNH

En cuanto a la tipología, se han considerado las más significativas y se han englobado en el grupo “Otros” los pertenecientes a otras tipologías de menor relevancia. Como puede observarse en la tabla 3, predominan los hospitales generales en porcentajes que rondan el 56% y el 59% a lo largo del período. Cabe destacar el aumento de los hospitales psiquiátricos que pasan de representar un 9% en 2012 un 17% en 2016, y geriátricos y/o larga duración (del 9% al 13%), en detrimento de los quirúrgicos y médico-quirúrgicos, que reducen su importancia del 10% al 5% los primeros y del 5% al 3% los segundos.

Considerando conjuntamente concierto y tamaño se observa que aproximadamente un 69% de los hospitales medianos y grandes tiene concierto con el SNS, mientras que, en los pequeños, el porcentaje es de un 30% (ver tabla A3 del anexo). Por

tipología son los hospitales generales los que presentan un mayor porcentaje de conciertos (67%). Por el contrario, la categoría con menor presencia de concierto son los hospitales psiquiátricos en valores que rondan el 21%, seguidos de geriátricos y/o larga estancia con un 40%. El resto se sitúa alrededor de un 50% (ver tabla A6 del anexo).

4. ANÁLISIS DE LA RENTABILIDAD DE LOS HOSPITALES PRIVADOS NO BENÉFICOS EN ESPAÑA

4.1. Metodología de análisis de la rentabilidad

El análisis de la rentabilidad se realiza aplicando el método sumativo por el cual se descompone la rentabilidad financiera en tres factores: rentabilidad económica, efecto apalancamiento y efecto fiscal¹⁰. No obstante, con objeto de obviar la problemática fiscal que puede afectar de forma diferente en función de la comunidad autónoma en la que tiene su sede social el hospital, se ha optado por considerar la rentabilidad financiera antes de impuestos. Por tanto, la citada descomposición queda reducida a dos factores, la rentabilidad económica y el efecto apalancamiento. Esto es:

$$RFa.i.= (RE + EA)$$

Donde:

RFa.i.= Rentabilidad financiera a.i. = Resultado antes de impuestos/patrimonio neto

RE= rentabilidad económica = Resultado antes de intereses e impuestos / activo total

EA= efecto apalancamiento= (RE- i) x E

i = Coste de la deuda= gastos financieros/deuda total

E = endeudamiento = deuda total/patrimonio neto

La rentabilidad financiera representa la rentabilidad para los aportantes de recursos propios, es decir, para los propietarios de los hospitales, por lo que debe tener en cuenta no solo el resultado de la actividad principal, sino todos los resultados obtenidos por la empresa, deducidas las cargas por intereses de la deuda (no los impuestos pues, como hemos indicado no se consideran en este trabajo). Por otro lado, la rentabilidad económica mide la capacidad de la empresa de gestionar sus inversiones, independientemente de la forma en que han sido financiadas. El efecto apalancamiento permite analizar la incidencia de la estructura de capital (nivel de

¹⁰ Un análisis más detallado de esta metodología puede consultarse en Aguiar et al. (2011).

endeudamiento) en la rentabilidad financiera. El signo de este diferencial es determinante para analizar la incidencia de la estructura financiera en la rentabilidad. De esta forma, si la rentabilidad económica es superior al coste de la deuda, se dice que el efecto apalancamiento es amplificador, ya que permite que los accionistas obtengan una rentabilidad (antes de impuestos) superior a la rentabilidad que la empresa obtiene de sus inversiones.

4.2. Análisis de la rentabilidad de los hospitales privados no benéficos en España en el período 2012-2016

De acuerdo con la metodología explicada anteriormente, en la tabla 4 se presentan los estadísticos descriptivos de las ratios de rentabilidad financiera antes de impuestos, rentabilidad económica y efecto apalancamiento.

Tabla 4. Descomposición de la Rentabilidad Financiera					
	2012	2013	2014	2015	2016
Rentabilidad Financiera antes de impuestos (RF_{a.i.})					
Media	0,36	-45,23	-8,76	-0,15	8,67
Mediana	4,22	4,10	3,93	4,98	6,73
Q1	0,05	0,03	-0,56	-1,36	0,59
Q3	8,93	10,82	10,47	11,92	12,94
% emp. RF > 0	75,52	75,69	73,61	70,59	78,70
Rentabilidad Económica (RE)					
Media	3,18	3,14	3,66	3,11	4,65
Mediana	3,47	3,29	3,17	3,61	3,90
Q1	1,11	0,95	1,09	0,59	1,33
Q3	5,47	6,17	6,14	6,39	6,65
% emp. RE > 0	83,22	84,72	81,25	78,68	88,89
Efecto Apalancamiento (EA)					
Media	-2,82	-48,36	-12,42	-3,27	4,02
Mediana	0,67	0,69	0,62	0,71	1,76
Q1	-1,99	-1,63	-1,33	-1,60	-0,62
Q3	3,39	4,03	3,94	5,20	5,30
% emp. EA > 0	60,14	63,89	62,50	58,82	68,52

Fuente: Elaboración propia a partir de SABI

Como puede observarse en la tabla 4, tanto la rentabilidad financiera como el efecto apalancamiento presentan importantes diferencias entre la media y la mediana, lo cual se debe a la existencia de valores extremos. Por ello, se efectúa el análisis a través de los valores de la mediana, así como de los restantes cuartiles.

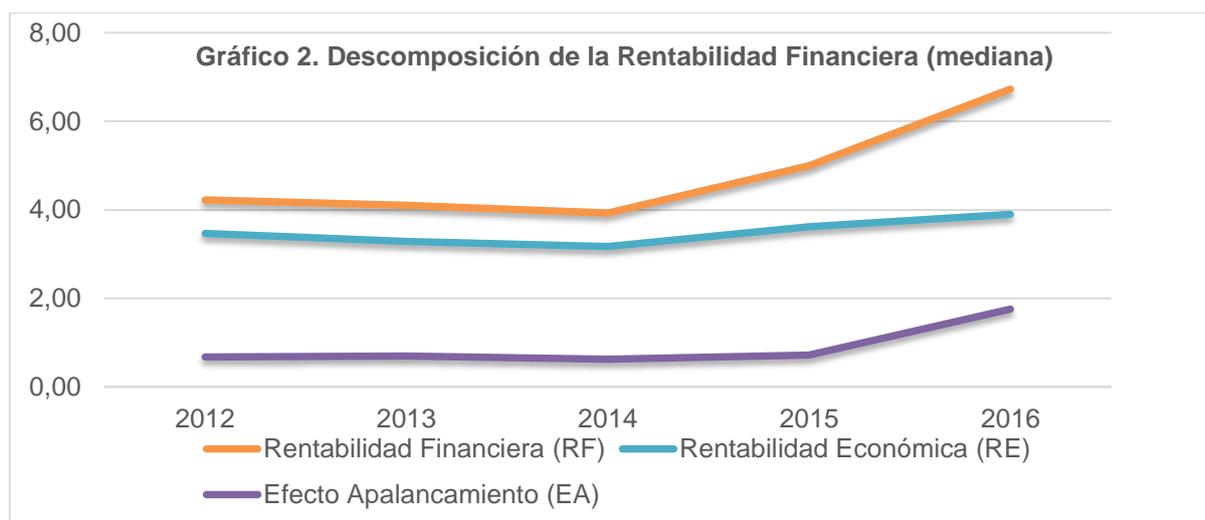
En primer lugar, la rentabilidad financiera de los hospitales privados españoles oscila entre el 4% y el 6,7% a lo largo del período 2012-2016. Se puede observar como los

valores decrecen hasta 2014 para luego incrementarse situándose en cifras superiores a las iniciales del periodo de estudio. El porcentaje de hospitales con rentabilidad financiera positiva se mantiene en torno al 75% en los años 2012 a 2014, si bien desciende hasta el 70% en 2015 y se eleva al 78% en 2016.

Haciendo referencia a la rentabilidad económica, al hacer una comparativa entre media y mediana se percibe que no hay una gran diferencia, aún con ello, continuaremos el análisis a través de la mediana. Al hacer un examen de los datos, se contempla que la mediana de la rentabilidad económica sigue la misma evolución que la rentabilidad financiera con valores comprendidos entre 3,1% y 3,9%. El porcentaje de hospitales con rentabilidad económica positiva se establece entre un 81% y un 84% para el período 2012-2014, posteriormente disminuye hasta situarse en un 78% pero al final del periodo se incrementa hasta un 88%.

El apalancamiento financiero presenta una gran dispersión entre los hospitales en todos los años, hasta el punto de que la media es negativa mientras que la mediana es positiva. Además, se observa que oscila entre 0,62 y 0,71 en todo el período, excepto en 2016 en el que se eleva a 1,76. Por tanto, en términos de mediana, la existencia de un diferencial positivo entre la rentabilidad financiera (antes de impuestos) y la económica indica que, el efecto apalancamiento es positivo, es decir, que la estructura de capital contribuye a aumentar la rentabilidad para los accionistas. El porcentaje de hospitales con apalancamiento financiero positivo en el periodo 2012-2015 sufre oscilaciones posicionándose entre el 58% y el 63%, sin embargo, al final del periodo se incrementa hasta un 68%.

El citado diferencial entre la rentabilidad financiera y económica se puede observar en el gráfico 2, donde se refleja como en el período 2012-2014 la RE es muy estable por lo que la evolución de la rentabilidad financiera está muy vinculada al efecto apalancamiento.



Fuente: Elaboración propia a partir de SABI

4.3. Análisis de la rentabilidad de los hospitales privados no benéficos en España en función del concierto en el periodo 2012-2016

En la tabla 5 se presentan los estadísticos descriptivos de la rentabilidad para cada uno de los años, distinguiendo en función de si el hospital mantiene concierto con la administración pública (C) o no (NC).

Tabla 5. Rentabilidad en función de concierto										
	2012		2013		2014		2015		2016	
	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
Rentabilidad Financiera (RF_{a.i.})										
Media	-2,23	2,65	-37,43	-52,40	-7,34	-10,01	8,51	-7,11	10,19	7,21
Mediana	3,33	5,22	4,38	3,45	4,96	3,09	7,80	1,67	6,54	6,92
% emp. RF > 0	77,61	73,68	75,36	76,00	76,12	72,37	85,25	60,00	81,13	76,36
Rentabilidad Económica (RE)										
Media	2,85	3,47	4,10	2,24	4,14	3,24	4,75	1,81	4,61	4,70
Mediana	3,35	3,63	3,49	3,11	3,92	2,62	4,97	2,79	4,57	3,50
% emp. RE > 0	83,58	82,89	85,51	84,00	80,60	82,89	88,52	72,00	90,57	87,27
Efecto Apalancamiento (EA)										
Media	-5,08	-0,82	-41,53	-54,64	-11,47	-13,25	3,75	-8,91	5,57	2,51
Mediana	0,61	0,93	0,89	0,57	1,01	0,40	2,33	-0,14	2,09	1,40
% emp. EA > 0	56,72	63,16	60,87	66,67	62,69	63,16	72,13	49,33	69,81	67,27

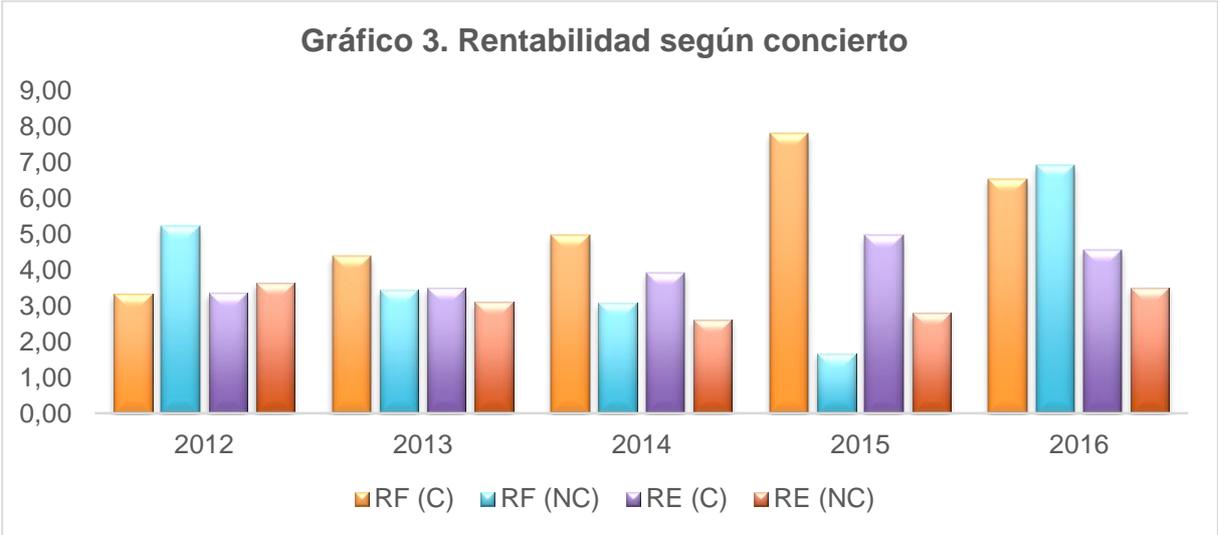
Fuente: Elaboración propia a partir de SABI

Tal como se describe en la tabla 5, la rentabilidad financiera de los hospitales concertados es superior a los no concertados en todos los años, salvo en 2012. Es resaltable la evolución que muestra la rentabilidad para los hospitales concertados,

los cuales experimentan un crecimiento hasta el año 2015 donde alcanza una mediana del 7,80% sin embargo, en 2016 desciende hasta el 6,54%. Por el contrario, la rentabilidad financiera de los hospitales no concertados evoluciona de forma decreciente hasta alcanzar su mínimo de 1,67% en 2015, e incrementándose en el siguiente año hasta llegar a un 6,92%, siendo este valor su máximo en el periodo de estudio. El porcentaje de hospitales concertados con rentabilidad financiera positiva se sitúa entre el 75% en 2013 y el 85% en 2015, mientras que en los no concertados oscila entre el 60% en 2015 y el 76% en 2013.

La rentabilidad económica sigue un recorrido parecido al anteriormente mencionado, con niveles superiores en los hospitales concertados, a excepción del año 2012. Asimismo, sigue un comportamiento creciente hasta el año 2015 y posteriormente sufre un ligero descenso hasta posicionarse en torno al 4,5%. En alusión al porcentaje de hospitales con rentabilidad económica positiva, en ambos grupos se observa una pauta variable, si bien en los concertados se sitúa entre el 80% y el 90%, mientras que en los no concertados cae hasta el 72% en 2015 y no alcanza el 88% en ninguno de los años.

El efecto apalancamiento en los hospitales concertados es superior al de los no concertados en todo el período, excepto en 2012. Sin embargo, es de destacar que el porcentaje de hospitales con efecto apalancamiento positivo es superior en los no concertados en los años 2012 a 2014, si bien a partir de 2015 ocurre lo contrario.



Fuente: Elaboración propia a partir de SABI

Como conclusión, los hospitales concertados presentan mejor rentabilidad financiera (mediana) que los no concertados en todo el período, excepto en 2012, y ello se explica fundamentalmente por la rentabilidad económica.

4.4. Análisis de la rentabilidad de los hospitales privados no benéficos en España por tamaños en 2016

En la tabla 6 se presentan los datos de rentabilidad de los hospitales distinguiendo en tres grupos en función del tamaño medido por el número de camas: pequeños, medianos y grandes. Se han considerado pequeños los hospitales con un número de camas menor o igual que 50, medianos los hospitales con un número de camas comprendido entre 50 y 100 y, por último, grandes los hospitales con un número de camas mayor que 100.

Tabla 6. Rentabilidad de los hospitales privados en España en función del tamaño, 2016			
	Pequeños	Medianos	Grandes
Rentabilidad financiera (RF)			
Media	9,38	4,37	12,56
Mediana	5,10	7,08	6,54
% emp. RF > 0	78,57	80,00	77,42
Rentabilidad económica (RE)			
Media	4,15	4,91	5,05
Mediana	3,48	4,41	3,88
% emp. RE > 0	88,10	94,29	83,87
Efecto apalancamiento(EA)			
Media	5,24	-0,54	7,51
Mediana	1,57	2,09	2,27
% emp. EA > 0	69,05	68,57	67,74

Fuente: Elaboración propia a partir de SABI

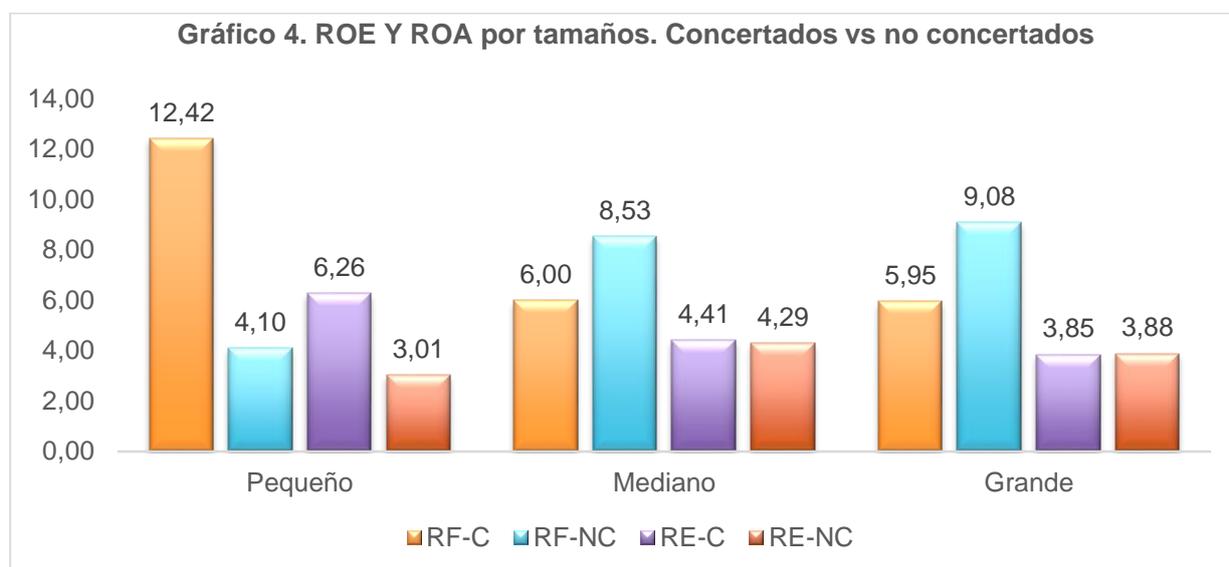
Como puede observarse en la tabla 6, la menor rentabilidad corresponde a los hospitales pequeños situándose en valores cercanos al 5%. En contraposición, estos son los que presentan un mayor número de hospitales con rentabilidad financiera positiva en torno al 78,5%. En cuanto a los hospitales medianos son los que presentan mayor rentabilidad con un 7%. Es destacable que los hospitales de mayor tamaño presentan menor rentabilidad financiera que los medianos, además del menor porcentaje con rentabilidad financiera positiva, con valores comprendidos entre el 6,54% y 77,42% respectivamente.

Al analizar la rentabilidad económica se observa que los hospitales con menor rentabilidad son los pequeños situándose en un 3,48%. Además, también en este caso son los hospitales medianos los que obtienen una rentabilidad económica mayor

colocándose en un 4,41%. En cuanto a estos últimos son los que presentan un mayor porcentaje de hospitales con rentabilidad económica positiva (94,29%). Los hospitales grandes tienen una rentabilidad del 3,88% y son los que presentan un menor porcentaje de hospitales con rentabilidad positiva, en torno al 83%.

En cuanto al apalancamiento financiero se observa que, a mayor tamaño, el efecto apalancamiento es mayor, siendo similar el porcentaje de hospitales con un efecto positivo.

Con objeto de analizar si las diferencias observadas tienen alguna relación con el hecho de mantener o no concierto con la administración pública, en el gráfico 4 se ha representado la mediana de la rentabilidad financiera y económica en función de tamaño y concierto (ver datos en tabla A4 del anexo).



Fuente: Elaboración propia a partir de SABI

Frente a lo expuesto anteriormente, se puede observar que la rentabilidad financiera y económica para los hospitales concertados es superior únicamente para los hospitales pequeños con valores del 12,42% y del 6,26%, respectivamente. En los hospitales medianos y grandes, la rentabilidad financiera es más elevada en los no concertados, situándose entre el 8,53% y el 9,08%, mientras que la rentabilidad económica es similar en ambos casos. Se puede afirmar que el concierto tiene una incidencia positiva en la rentabilidad financiera y económica de los hospitales pequeños. En los medianos y grandes, mantener concierto se asocia a una menor

rentabilidad financiera, si bien la rentabilidad económica es similar, en términos de mediana.

4.5. Análisis de la rentabilidad de los hospitales privados no benéficos en España por tipología en 2016

En este apartado se ha distribuido la muestra en función del tipo de hospital de acuerdo con la clasificación presentada en la descripción de la muestra. En la tabla 7 se presentan los estadísticos descriptivos de la rentabilidad de cada tipo en 2016 para los hospitales generales, quirúrgicos, psiquiátricos, médico-quirúrgicos, geriátricos y otros.

Tabla 7. Análisis de la rentabilidad por tipología, 2016						
	General	Quirúrgico	Psiquiátrico	Médico-Quirúrgico	Geriatría y/o larga estancia	Otros
Rentabilidad financiera (RF_{a.i.})						
Media	9,00	3,34	14,02	-15,74	9,40	7,68
Mediana	6,91	-2,73	9,05	-12,78	4,31	13,01
% emp. RF > 0	80,33	50,00	94,74	25,00	80,00	66,67
Rentabilidad económica (RE)						
Media	4,40	0,51	8,13	-5,02	5,39	5,25
Mediana	3,65	1,06	6,25	-3,63	4,80	6,66
% emp. RE > 0	95,08	66,67	94,74	25,00	86,67	66,67
Efecto apalancamiento (EA)						
Media	4,59	2,83	5,89	-10,72	4,01	2,43
Mediana	2,15	-2,00	2,50	-4,16	1,15	3,36
% emp. EA > 0	70,49	33,33	89,47	0,00	66,67	66,67

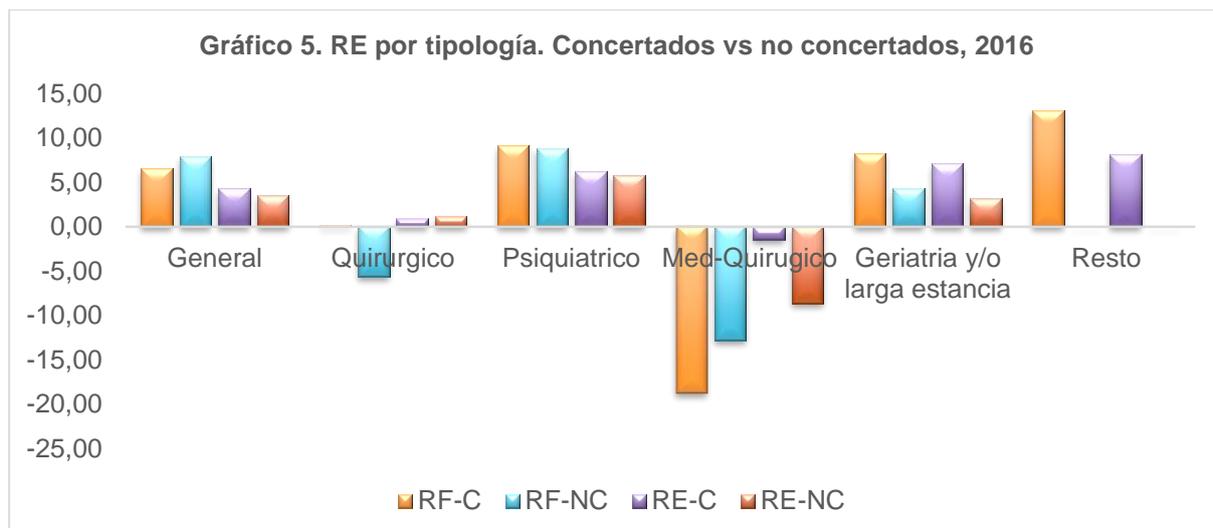
Fuente: Elaboración propia a partir de SABI

Como se refleja en la tabla 7, las rentabilidades financieras por tipología son muy dispares. De las categorías relevantes, los hospitales psiquiátricos son los que presentan una mayor rentabilidad financiera y económica, del 9% y 6,25%, respectivamente, con un 95% de hospitales con rentabilidad positiva en ambos casos. Le siguen los generales con una rentabilidad financiera del 6,91% y cerca de 80% de los hospitales con cifras positivas. En una situación media de rentabilidad se encuentran los hospitales geriátricos y/o de larga estancia, que alcanzan un valor de 4,80% y, además, un 80% de estos tienen rentabilidad positiva. Finalmente se sitúan los grupos hospitalarios con rentabilidad financiera negativa, los quirúrgicos y los médico-quirúrgicos.

En lo referente a la rentabilidad económica, salvo los médico-quirúrgicos las restantes categorías presentan valores positivos. Coincidiendo con la rentabilidad financiera, presentan mayor porcentaje los hospitales psiquiátricos con un 6,25%. De forma posterior se encuentran los hospitales geriátricos, en este caso presentan una mayor rentabilidad económica, situada en 4,80%, que con respecto a la financiera. Se deduce de ello que, el aprovechamiento de la inversión se realiza de una forma más adecuada en el sector que el de su estructura financiera. Prosiguen los hospitales generales, la rentabilidad económica está en torno al 3,6% y el porcentaje de hospitales con rentabilidad económica positiva se incrementa hasta un 95%. Los hospitales quirúrgicos se sitúan cercanos al 1%, frente a la rentabilidad financiera negativa anteriormente expuesta se deduce que, el sector no está bien estructurado financieramente.

Al examinar el efecto apalancamiento, los hospitales generales y psiquiátricos presentan un efecto similar, alrededor del 2,15%-2,5%, respectivamente. Destaca que los hospitales psiquiátricos tienen un porcentaje de apalancamiento positivo cercano al 89,5%. Sucesivamente, los hospitales geriátricos se encuentran con valores cercanos al 1%. Al analizar los hospitales en los que el efecto apalancamiento repercute negativamente, encontramos, en primer lugar, los quirúrgicos con valores del -2% y con un porcentaje de hospitales con efecto apalancamiento positivo del 33%. Por último, los hospitales médico-quirúrgicos se encuentran en la peor situación, con un apalancamiento igual al -4,16%, ningún hospital de este tipo alcanza un efecto positivo por ello, este sector debería reestructurarse tanto financieramente como económicamente.

Al igual que en el análisis por tamaños, se procede a combinar la tipología con el concierto. Como se refleja en el gráfico 5 (ver datos en tabla A7 anexo), la rentabilidad financiera de los hospitales generales sin concierto es superior en más de un punto porcentual. Además, los médico-quirúrgicos presentan peor rentabilidad en el caso de los concertados, si bien es negativa (mediana) en ambos casos. Sin embargo, en los demás casos se da esta situación a la inversa. El caso más notable se encuentra en los hospitales quirúrgicos no concertados, siendo la rentabilidad financiera negativa en los no concertados y positiva en los concertados.



Fuente: Elaboración propia a partir de SABI

La rentabilidad económica es superior en todos los casos cuando el hospital tiene concierto, indicando que la incidencia favorable del concierto es más visible en los resultados económicos de los hospitales (ingresos y gastos de explotación) y no siempre en los resultados netos, lo cual depende además de la estructura financiera de los hospitales.

5. ANÁLISIS DE LA SOLVENCIA DE LOS HOSPITALES PRIVADOS NO BENÉFICOS EN ESPAÑA

5.1. Metodología de análisis de la solvencia

La solvencia se puede definir como la capacidad de una empresa para hacer frente a sus obligaciones de pago en los plazos que fueron concertados, con los recursos producidos y los activos comprometidos. Siguiendo a Aguiar (2010), el análisis de la solvencia se realiza a través de dos métodos: univariante, el cual se realiza por medio de ratios financieros que se explican de forma individualizada y multivariante a través de la Z de Altman.

El análisis univariante de la solvencia se realiza desde la perspectiva patrimonial, la cual mide la capacidad de la empresa de hacer frente a sus deudas con su patrimonio. Esta se fundamenta en la concepción de que al aproximarse el fracaso las ratios financieras experimentan un deterioro. En la tabla 8 se muestran las ratios escogidas, además del valor de referencia de los mismos, con objeto de facilitar su interpretación.

Tabla 8. Ratios utilizadas en el análisis univariante de la solvencia		
Denominación	Composición	Referencia
Endeudamiento	Recursos ajenos / Activo	< 0,5
Estructura de la deuda	Pasivo corriente / Recursos ajenos	< 0,5
Liquidez	(Activo corriente- existencias- periodificación) / Pasivo corriente	> 1

Fuente: Aguiar (2010)

En lo que concierne al modelo multivariante de Altman, este modelo propone mediante la ponderación de cinco ratios financieros obtener una puntuación denominada Z-score. Inicialmente, este autor propone un modelo aplicable a sociedades cotizadas (Altman, 1968). Posteriormente, el propio autor propuso varias adaptaciones para empresas no cotizadas, la utilizada en este trabajo es la publicada en 1993. En la tabla 9 se exponen las ratios que componen la Z-score, así como su ponderación, según el modelo de Altman (1993).

Tabla 9. Ratios utilizadas en el modelo de Altman (1993) para empresas no cotizadas			
Denominación	Abreviatura	Composición	Ponder.
Rentabilidad económica	RE	Resultado antes de intereses e impuestos / Activo	3,107
Rotación del activo	ROT	Ventas / Activo	0,998
Capacidad de autofinanciación	BR	Beneficios retenidos/Activo	0,847
Liquidez	L	(Activo Corriente-Pasivo Corriente)/Activo	0,717
Autonomía Financiera	AF	Recursos propios / Recursos ajenos	0,420
Beneficios retenidos = fondos propios-capital social; Ventas = importe neto de la cifra de ventas			

Fuente: Aguiar (2010), adaptado de Altman (1993)

El cálculo de la Z de Altman (1993), daría lugar a la siguiente ecuación:

$$Z = 3,107 \times RE + 0,998 \times ROT + 0,847 \times BR + 0,717 \times L + 0,420 \times AF$$

Del mismo modo que el análisis univariante, debido a su estructura cada ratio puede considerarse indicador directo de la solvencia, por lo que un mayor valor de cada una de las ratios representa una mejor solvencia. A consecuencia de ello, cuanto mayor valor de la Z será entendido como una mejor salud financiera, o como una menor probabilidad de insolvencia. Concretamente, Altman (1993) expone un intervalo que ayuda a interpretar adecuadamente el valor de Z, de tal forma que valores de Z

inferiores a 1,23 representan una elevada probabilidad de insolvencia, mientras que valores superiores a 2,90 indican una buena solvencia. La zona comprendida entre 1,23 y 2,90 se puede interpretar como empresas con síntomas de deterioro financiero, o con una probabilidad intermedia de insolvencia (tabla 10).

Tabla 10. Criterios de clasificación de las empresas en función del valor de la Z de Altman	
Probabilidad de insolvencia	Altman (1993)
Elevada	$Z < 1,23$
Intermedia	$1,23 < Z < 2,90$
Escasa	$Z > 2,90$

Fuente: Aguiar (2010), adaptado de Altman (1993)

5.2. Evolución de la solvencia de los hospitales privados no benéficos en España. 2012-2016

5.2.1. Evolución de la solvencia patrimonial de los hospitales privados no benéficos en España. 2012-2016

De acuerdo con la metodología explicada, en la tabla 11 se presentan los ratios seleccionados con objeto de analizar la solvencia de los hospitales privados no benéficos españoles en el período 2012-2016.

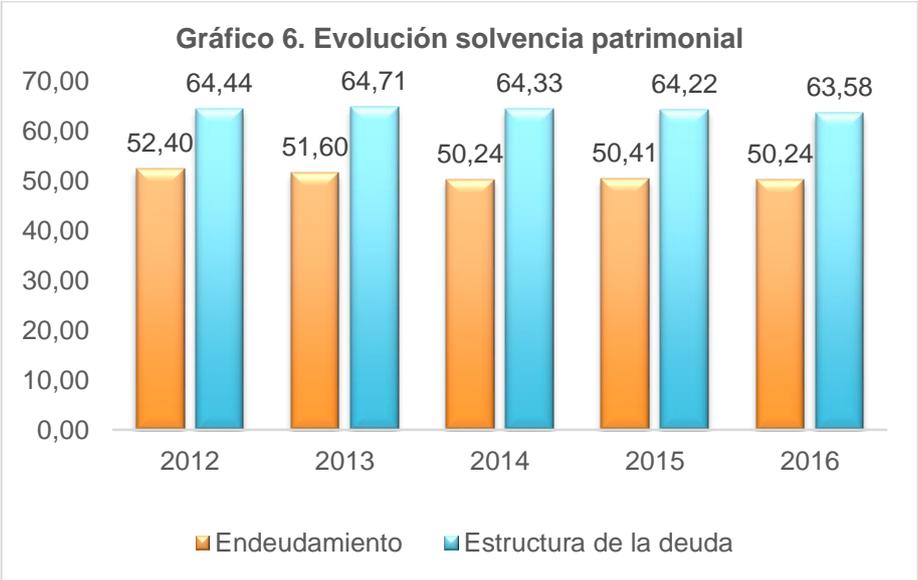
Tabla 11. Solvencia patrimonial					
	2012	2013	2014	2015	2016
Endeudamiento					
Media	52,40	51,60	50,24	50,41	50,24
Mediana	50,28	50,04	49,55	49,16	47,37
% emp. End. < 50%	49,65	50,00	50,35	50,74	50,93
Estructura de la deuda					
Media	64,44	64,71	64,33	64,22	63,58
Mediana	64,32	68,51	67,55	68,39	68,91
% emp. End. < 50%	27,97	29,17	27,97	30,88	34,26
Liquidez					
Media	2,05	1,96	2,25	2,24	1,99
Mediana	1,35	1,38	1,41	1,38	1,44
% emp. Liquidez >1	71,33	67,36	72,73	71,32	70,37

Fuente: Elaboración propia a partir de SABI

A pesar de que se observan escasas diferencias entre media y mediana en el endeudamiento y la estructura de la deuda, se ha optado por continuar con el análisis en términos de mediana.

En cuanto al nivel de endeudamiento, se observa una estabilidad en el periodo 2012-2015 con valores que rondan el 49% y 50%. Sin embargo, en el último año se aprecia un leve descenso que sitúa el endeudamiento en un 47%. En cuanto al porcentaje de hospitales con un endeudamiento inferior al cincuenta por ciento, se mantiene estable entre el 49% y el 50% a lo largo del periodo, lo que indica que el sector hace uso de recursos ajenos y fondos propios de manera similar.

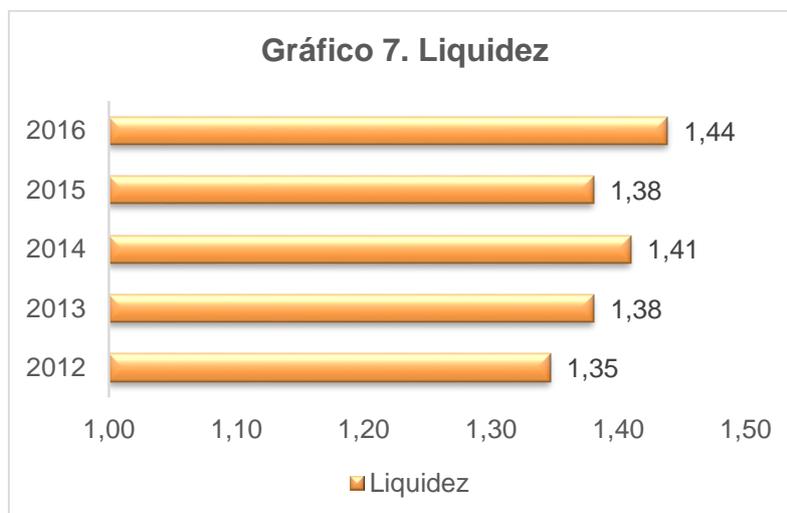
En alusión a la estructura de la deuda, en 2012 se parte de un porcentaje de deuda a corto plazo sobre deuda total del 64%, en los años posteriores se mantiene constante estableciéndose entre el 67-68%, lo que implica que los hospitales privados incrementaron sus obligaciones financieras a corto plazo. Al realizar un análisis de los hospitales que poseen una deuda a corto plazo inferior al cincuenta por ciento, destaca que el porcentaje de hospitales que poseen esta característica ha ido aumentando. En relación a lo anterior, en 2012 el 27,97% de los hospitales no benéficos entraban dentro de esta categoría, sin embargo, padece ligeras mejorías hasta situarse en un 34,26% en el 2016. La evolución del endeudamiento, de la estructura de la deuda y de la liquidez para el periodo de estudio se muestran en el gráfico 6.



Fuente: Elaboración propia a partir de SABI

La liquidez, en términos de mediana, se mantiene por encima de la unidad en todos los años situándose en valores que rondan el 1,35 y el 1,44 en tendencia creciente, por consiguiente, se concluye que pueden cubrir sus deudas a corto plazo con su activo corriente. El porcentaje de hospitales que presentan una ratio de liquidez mayor

que uno sufre variaciones, alcanzando entre un 67% y un 72% de los hospitales en cada año. La evolución de la liquidez se muestra en el gráfico 7.



Fuente: Elaboración propia a partir de SABI

5.2.2. Evolución de la solvencia de los hospitales privados no benéficos en España. Análisis multivariante 2012-2016

Tal como se indicó anteriormente, además de la solvencia analiza mediante ratios individuales, se utiliza la Z de Altman para analizar la probabilidad de insolvencia de los hospitales. La tabla 12 contiene la distribución estadística según la Z de Altman.

	2012	2013	2014	2015	2016
Media	2,33	2,35	2,54	2,61	2,53
Mediana	2,11	2,23	2,22	2,26	2,26
% Z < 1,23	19,58	21,53	21,68	19,85	20,37
% 1,23 < Z < 2,90	53,85	52,08	47,55	50,74	45,37
% Z > 2,90	26,57	26,39	30,77	29,41	34,26

Fuente: Elaboración propia a partir de SABI

Como puede observarse en la tabla 12, tanto la media como la mediana se sitúan por debajo de 2,9, el cual es el valor asignado por el modelo de Altman para indicar que una empresa goza de buena salud financiera. No obstante, tampoco se encuentran en la zona de elevada probabilidad de insolvencia, sino en la denominada “zona gris”, que incluye a las empresas con una probabilidad dudosa de insolvencia.

El porcentaje de hospitales considerados con un riesgo de insolvencia alto es más o menos estable, ocupan entre un 19% y un 21% de la muestra. El mayor porcentaje

está situado en la categoría de riesgo de solvencia intermedio que alcanza entre un 53% y un 45% del total, siendo el valor más bajo el perteneciente al año 2016. Por último, el porcentaje de hospitales con escasa probabilidad de insolvencia, con buena salud financiera, representa entre el 26% y el 35%, con una tendencia creciente a lo largo del período.

5.3. Análisis de la solvencia de los hospitales privados no benéficos en España en función del concierto en el periodo 2012-2016

En este apartado se muestra una división de las ratios de solvencia en función de si el hospital mantiene concierto con la administración pública (C) o no (NC) para cada año. Dado que no se han observado diferencias relevantes en las ratios de solvencia entre la media y la mediana, con objeto de facilitar el análisis se ha considerado solo la mediana, si bien el resto de datos se puede consultar en la tabla A10 del anexo.

Tabla 13. Evolución de la solvencia de los hospitales privados no benéficos españoles en función del concierto. 2012-2016					
	2012	2013	2014	2015	2016
Endeudamiento					
Concertados	50,77	51,52	49,55	47,16	46,14
No Concertados	48,75	47,50	47,82	53,17	55,14
Estructura de la deuda					
Concertados	62,37	64,40	65,89	70,88	75,68
No Concertados	74,60	75,18	69,49	66,92	65,08
Liquidez					
Concertados	1,23	1,11	1,28	1,30	1,46
No Concertados	1,56	1,55	1,62	1,52	1,43

Fuente: Elaboración propia a partir de SABI

Según la tabla 13, en referencia al endeudamiento, los hospitales concertados, en inicio mantienen una ratio ligeramente superior a los hospitales no concertados, aunque situándose ambos en términos medios. Para el periodo 2012-2014, los hospitales con concierto adquieren un nivel de endeudamiento establecido entre un 50% y un 49%, en confrontación con los no concertados que se sitúan entre un 47% y 48%. No obstante, para la etapa 2015-2016 los hospitales concertados disminuyen los recursos ajenos lo cual reduce su ratio, hasta posicionarse entre un 46% y 47%. Los hospitales no concertados se comportan de forma inversa e incrementan su endeudamiento para establecerse entre un 53% y un 55%, respectivamente.

Si se hace alusión a la estructura de la deuda, los hospitales concertados presentan un menor endeudamiento a corto plazo con respecto a los no concertados. Los primeros, en el periodo que abarca 2012-2014 se fijan en valores que conciernen entre un 62% y un 65%, frente a los no concertados, los cuales se sitúan entre un 74% y un 69%. En el ciclo que comprende los últimos años, la trayectoria se da opuesta ya que los hospitales concertados tienden a incrementar su deuda a corto plazo que los posiciona en un 70-75%, sin embargo, los no concertados aminoran sus obligaciones a corto plazo lo que conlleva a situarlos en una ratio que oscila entre el 65% y el 66%.

En lo que concierne a la liquidez, ambos grupos se colocan por encima de la unidad, ello indica que podrían hacer frente a sus deudas a corto plazo. Sin embargo, en detalle para los hospitales concertados es observable que los valores de la ratio son ligeramente inferiores, no obstante, se distingue un crecimiento que los establece entre el 1,23 y el 1,4 en todo el periodo. En cuanto a los hospitales no concertados, la ratio de liquidez se sitúa en 1,5 en el periodo que comprende 2012-2013. Para el año 2014 logra un incremento que los sitúa en su máximo de 1,6, sin embargo, los años que le prosiguen tienen una tendencia decreciente que los posiciona en un 1,4 en 2016.

En la tabla 14 se presenta la mediana de la Z de Altman en función del concierto. Se observa que, en general, los valores de Z son ligeramente inferiores en los hospitales concertados, si bien en ambos grupos se sitúa por debajo de 2,9, a lo largo del período, lo cual indica que al menos la mitad de los hospitales tienen una probabilidad de insolvencia elevada o intermedia.

Los hospitales con alta probabilidad de insolvencia, salvo en la etapa 2014-2015 en la cual los hospitales concertados se mantienen levemente inferiores que los hospitales no concertados, los primeros mantienen un mayor número de hospitales dentro de esta categoría, lo cual los sitúa entre el 19% y el 24%. En cuanto a los hospitales no concertados, los valores en los que están establecidos los sitúan entre un 15% y un 23%.

Tabla 14. Evolución de la solvencia de los hospitales privados no benéficos españoles en función del concierto. Z Altman 2012-2016					
	2012	2013	2014	2015	2016
Z Altman (mediana)					
Concertados	2,07	2,25	2,14	2,16	2,10
No Concertados	2,21	2,22	2,30	2,28	2,35
% Z<1,23					
Concertados	23,88	26,09	19,40	19,67	24,53
No Concertados	15,79	17,33	23,68	20,00	16,36
% 1,23<Z<2,9					
Concertados	56,72	53,62	50,75	44,26	37,74
No Concertados	51,32	50,67	44,74	56,00	52,73
% Z>2,9					
Concertados	19,40	20,29	29,85	36,07	37,74
No Concertados	32,89	32,00	31,58	24,00	30,91

Fuente: Elaboración propia a partir de SABI

En cuanto al porcentaje de hospitales con buena solvencia se advierte que en 2012 los hospitales concertados se posicionan en un 19% frente a los no concertados que logran un 32% de hospitales en esta situación. A pesar de ello, los hospitales concertados siguen una progresión creciente que los sitúa por encima de los no concertados desde el año 2015 con un 36% frente al 24% de los otros. Haciendo referencia a los hospitales no concertados, decrecen en el ciclo 2012-2015 posicionándose entre un 32% hasta un 24%, sin embargo, finalmente en el 2016 se incrementan hasta un 30%.

Por último, en cuanto a los hospitales privados con probabilidad de insolvencia intermedia, los hospitales concertados inicialmente obtienen un porcentaje superior en esta opción de un 56% que con respecto a los no concertados que consiguen un 51%. No obstante, los hospitales concertados desarrollan una tendencia a disminuir el porcentaje de hospitales en este rango, por lo que se posicionan al final del periodo en un 37%. En cambio, los hospitales no concertados mantienen unos niveles intermedios que los sitúa en todo el período en torno a 44% y el 56%.

En síntesis, los hospitales que tienen concierto con la seguridad social presentan un mayor número con una buena salud financiera en el último año. Sin embargo, al hacer un sumatorio de los hospitales con probabilidad de insolvencia baja en conjunto con insolvencia intermedia los no concertados recogen más hospitales debido al elevado porcentaje que presentan los hospitales concertados en un riesgo de insolvencia alto.

5.4. Análisis de la solvencia de los hospitales privados no benéficos españoles por tamaños en 2016

Para el desarrollo de este apartado se ha dividido la muestra del año 2016 en función del tamaño, siguiendo el criterio del número de camas, según el cual se consideran pequeños los hospitales con menos de 50 camas, medianos los hospitales con un número de camas comprendido entre 50 y 100 y, por último, los hospitales son considerados grandes cuando tienen el número de camas es mayor que 100. Al igual que en el apartado anterior, se ha optado por incluir solo la mediana. Los valores medios, así como el porcentaje de casos dentro de las categorías de referencia pueden consultarse en la tabla A8 del anexo.

Tabla 15. Solvencia en función del tamaño en 2016 (mediana)			
	Pequeños	Medianos	Grandes
Endeudamiento	45,20	51,66	57,13
Estructura de la deuda	69,73	59,79	75,09
Liquidez	1,58	1,28	1,27
Z (Altman)			
% Z<1.23	19,05	25,71	16,13
% 1,23<Z < 2,9	42,86	45,71	48,39
% Z>2,9	38,10	28,57	35,48

Fuente: Elaboración propia a partir de SABI

En relación al endeudamiento en la tabla 15 se observa que, a mayor tamaño, mayor nivel de endeudamiento, pasando del 45% en los pequeños al 57% en los grandes. Ello puede explicarse por las dificultades de las empresas pequeñas para acceder a la financiación ajena. Al fijar la atención en la estructura de la deuda, destaca el predominio de la deuda a corto plazo. En cuanto a ello, los hospitales que menor ratio obtienen son los hospitales medianos estableciéndose en un 59%, seguidos de los pequeños con un 69%. Al realizar el estudio la liquidez, el grupo que mayor ratio obtiene son los hospitales pequeños fijado en un 1,5. En relación a los hospitales medianos y grandes, ambos se sitúan en una ratio del 1,2. Por tanto, en términos de liquidez, se puede considerar que los hospitales pequeños presentan un mejor nivel que el resto.

En lo correspondiente al análisis multivariante de la solvencia para el año 2016, en la zona de una alta probabilidad de insolvencia los hospitales que se encuentran en mayor porcentaje son los medianos con un 25%, posteriormente le siguen los hospitales pequeños con una probabilidad de insolvencia cercana al 19% y finalmente los hospitales con mayor número de camas en un 16%.

En consideración a los hospitales con probabilidad de insolvencia intermedia, las tres opciones se equiparan con valores cercanos a la mitad de la muestra. De mayor a menor, están dispuestos los hospitales grandes con un 48%, le siguen los hospitales medianos en un 45% y, por último, están situados los hospitales pequeños en un 42%.

En referencia a los hospitales con buena solvencia, es destacable que el mayor número que recoge la muestra en esta zona está compuesto por los hospitales pequeños en un 38%. A estos, le siguen los hospitales grandes con un 35% y, por último, se posicionan los hospitales medianos en un 28%.

5.5. Análisis de la solvencia de los hospitales privados no benéficos españoles por tipos en 2016

En la tabla 16 se presentan para el año 2016 la mediana de las ratios de solvencia para cada tipo, así como la distribución de los hospitales en función de la Z de Altman, distinguiendo en función de la tipología. Los valores medios pueden consultarse en la tabla A9 del Anexo.

Tabla 16. Solvencia según funcionalidad en 2016 (mediana)						
	General	Quirúrgico	Psiquiátrico	Médico-Quirúrgico	Geriatría y/o larga estancia	Resto
Endeudamiento	51,26	70,36	39,18	42,07	47,38	55,14
Estructura de la deuda	69,65	62,88	69,12	48,96	75,68	65,08
Liquidez	1,41	0,94	1,61	1,21	1,54	1,22
Z (Altman)						
% Z<1,23	19,67	33,33	5,26	75,00	20,00	33,33
% 1,23<Z < 2,9	50,82	66,67	42,11	25,00	26,67	33,33
% Z>2,9	29,51	0,00	52,63	0,00	53,33	33,33

Fuente: Elaboración propia a partir de SABI

Como puede observarse en la tabla 16, los hospitales con menor endeudamiento son los psiquiátricos con un 39%, seguidos de los médico-quirúrgicos con una ratio del

42%. Le siguen los hospitales geriátricos y los hospitales generales cuyo porcentaje de endeudamiento está en torno al 47% y el 51%, respectivamente. Por último, en el grupo con mayor endeudamiento, se encuentran los hospitales quirúrgicos (70%).

Haciendo referencia a la estructura de la deuda, todas las tipologías de hospital se posicionan en una ratio superior al 62%, a excepción de los hospitales médico-quirúrgicos que disponen de una deuda a corto plazo del 48%. La tipología más destacable según la estructura de su deuda son los hospitales geriátricos, ya que su deuda a corto plazo es superior al 75% de su deuda total. En cuanto al resto de tipologías se establecen en unas ratios entre el 62% y 69% de deuda en el corto plazo.

Respecto a la liquidez destacan los hospitales quirúrgicos, ya que no superan la unidad en la ratio de liquidez, lo cual refleja que, en esta tipología al menos el 50% de los hospitales no cuenta con los recursos suficientes para hacer frente a sus compromisos de pago a corto plazo. El resto de tipologías superan la unidad y se sitúan entre 1,2 y 1,6. Consecutivamente se posicionan los hospitales geriátricos, la liquidez se establece para estos en un 1,54. En medio de ambos se encuentran los hospitales generales y los médico-quirúrgicos que disponen de una ratio de 1,4 y 1,2, respectivamente.

Según la Z de Altman, en referencia a los tipos de hospital con una probabilidad alta de insolvencia se distinguen: los médico-quirúrgicos, donde el porcentaje de hospitales en riesgo alcanza un 75%; seguidos de los quirúrgicos con un 33,33% y los geriátricos y generales, en torno a un 19% y 20%. Es de destacar el escaso porcentaje (5%) de que hospitales psiquiátricos en esta categoría. En cuanto a los hospitales con un nivel intermedio de riesgo de insolvencia, los hospitales quirúrgicos, generales y psiquiátricos tienen un porcentaje de hospitales del 66%, 50% y un 42%, respectivamente. En menor medida se posicionan los quirúrgicos y geriátricos con un 25% y 26%.

Por último, en lo que respecta a los hospitales con buena solvencia destacan los geriátricos y psiquiátricos con más del 50%, seguidos de los hospitales generales (29%). Por el contrario, ningún hospital de los quirúrgicos y médico-quirúrgicos se encuentra en esta categoría.

6. CONCLUSIONES

El presente estudio se centra en el análisis de la rentabilidad y solvencia de los hospitales privados no benéficos españoles en el período 2012-2016, los cuales representan en torno al 38,45% de los hospitales existentes en el país en 2016. Para ello se ha cruzado la información del Catálogo Nacional de Hospitales con la base de datos SABI. El análisis de la rentabilidad se ha realizado mediante la descomposición de la rentabilidad financiera por el método sumativo, el cual permite distinguir los factores determinantes de la misma. El estudio de la solvencia se ha utilizado una selección de ratios financieros, así como el modelo de Altman (1993), para empresas no cotizadas. Dada la importancia de los conciertos con la administración pública, se ha considerado relevante efectuar el estudio distinguiendo en función de si el hospital mantiene o no concierto. Además, se ha efectuado el análisis por tamaños y tipología.

La muestra está compuesta por 108 hospitales privados no benéficos españoles, de los cuales un 49% están concertados y se caracterizan por ser 38% pequeños (menos de 50 camas), y por un predominio de los generales sobre los especializados.

Del análisis realizado en relación con la rentabilidad se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- La rentabilidad financiera sufre un leve deterioro entre 2012 y 2014 motivado por la disminución de la rentabilidad económica. Sin embargo, en el periodo 2015-2016 se produce un incremento de la rentabilidad financiera debido al efecto apalancamiento, ya que la rentabilidad económica se mantiene estable.
- Los hospitales concertados presentan mejor rentabilidad financiera (mediana) que los no concertados en todo el período, excepto en 2012, y ello se explica fundamentalmente por la rentabilidad económica.
- En lo concerniente al tamaño, el estudio revela que la mejor gestión de sus activos la obtienen los hospitales medianos, lo cual les proporciona también una mejor rentabilidad financiera. Sin embargo, de dicho análisis también se deduce que, a mayor tamaño se obtiene un efecto apalancamiento mayor, por ello el mejor apalancamiento es logrado por los hospitales con mayor número de camas. Además, el concierto solo tiene una incidencia positiva en la rentabilidad en los hospitales pequeños. En los medianos y grandes la

rentabilidad financiera es superior en los no concertados, mientras que la rentabilidad económica es similar en ambos grupos.

- En referencia a la tipología, es destacable que los hospitales quirúrgicos y médico-quirúrgicos obtienen valores negativos en la rentabilidad financiera, así como en la rentabilidad económica. No obstante, cuando se distingue en función del concierto se observa mayor rentabilidad económica en los hospitales concertados y que la rentabilidad financiera es negativa tan solo en los no concertados.

En lo relativo a las conclusiones que conciernen a la solvencia de los hospitales privados no benéficos destacan los siguientes aspectos:

- Los hospitales privados utilizan recursos ajenos y propios en proporciones similares, sin embargo, tienen una leve tendencia a reducir su endeudamiento. Además, al examinar la estructura de su deuda se percibe el peso de la deuda a corto plazo, si bien la mediana de la ratio de liquidez supera la unidad en todos los años. La Z de Altman indica que el porcentaje de hospitales con una buena salud financiera se incrementa en el periodo. Por tanto, se concluye que mejoran la solvencia entre los años 2012 y 2016.
- Los hospitales concertados disminuyen levemente su endeudamiento, pero incrementan sus obligaciones a corto plazo, este efecto sucede a la inversa para los no concertados. En cuanto a la liquidez las medianas de ambos se sitúan por encima de la unidad, por lo que pueden cubrir sus deudas a corto-plazo con su activo corriente. Según la Z de Altman, tanto los concertados como los no concertados, presentan una probabilidad de insolvencia intermedia. Por tanto, no se aprecian diferencias importantes en función del concierto.
- Por tamaños, los hospitales grandes son los que presentan una menor solvencia patrimonial al tener un mayor endeudamiento, un mayor nivel relativo de deuda a corto plazo y una menor ratio de liquidez. No obstante, la Z de Altman indica que son los medianos los que presentan una mayor probabilidad de insolvencia.
- Por tipología se observa que los hospitales quirúrgicos tienen mayor endeudamiento, más deuda a corto plazo y una ratio de liquidez inferior a la unidad, lo cual refleja la incapacidad de este tipo de hospitales para hacer frente

a sus compromisos de pago a corto plazo. La Z de Altman enfatiza lo anteriormente expuesto, ya que ninguna empresa del sector tiene un riesgo bajo de insolvencia o una buena solvencia. Sin embargo, llama la atención que el análisis patrimonial no revela la peor situación de los hospitales médico-quirúrgicos, de los cuales un 75% tienen un riesgo de insolvencia elevado y el resto se sitúan en un nivel intermedio.

Por todo ello se puede concluir que, en términos generales, los hospitales privados españoles a lo largo del período analizado, han mejorado su rentabilidad y su solvencia, si bien se aprecian diferencias entre concertados y no concertados, así como en función del tamaño y la tipología.

Es de señalar que, solo se han localizado dos estudios precedentes en los que se realiza un análisis financiero de las empresas hospitalarias, el primero de Giner, J., Lorenzo, R.M. y Abásolo, I, (2006) referido a los hospitales canarios en el período 1998-2004 y el segundo de Creixans y Arimany (2018), el cual realiza un análisis comparado de los hospitales de tres comunidades autónomas entre 2008 y 2014. Estos autores distinguen en función del concierto y encuentran diferencias en rentabilidad, endeudamiento, liquidez y otras magnitudes financieras. No obstante, en cada comunidad observan pautas diferentes, lo cual dificulta la comparación con los resultados obtenidos en el presente trabajo.

Por último, es de esperar que los resultados obtenidos sean de utilidad para los agentes económicos que operan en el ámbito de la sanidad privada, así como a los decisores públicos en la medida en que muchos de los hospitales privados mantienen concierto con la administración sanitaria.

REFERENCIAS

Aguiar, I. (2010). Fracaso empresarial en Canarias. Revista Hacienda Canaria, 34, 77-104.

Aguiar, I; Moreno, L.; Valencia Y. (2011). Rentabilidad y solvencia de las empresas de venta de vehículos en Canarias. Revista Hacienda Canaria, 31, 133-168.

Cabasés Hita, J.M. (2013). Reflexiones sobre la sanidad pública en España en el horizonte de 2020. Documentos de Trabajo (Universidad Pública de Navarra. Departamento de Economía), D.T. 1307, 1-67.

Catálogo Nacional de Hospitales (CNH) (2013, 2014, 2015, 2016, 2017). Disponible <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH>

Creixans Tenas, J. y Arimany Serrat, N. (2018). Las empresas hospitalarias de Andalucía, Cataluña y la Comunidad de Madrid: Análisis financiero y de sostenibilidad Estudios de economía aplicada, 36 (2), 561-578.

Díaz, E. (2018). Cinco grupos concentran ya cerca del 60% del negocio hospitalario privado. Recuperado de <https://www.empresaactual.com/clinicas-privadas-2017/> (25 de mayo de 2018).

Domínguez Martín, M. (2013). Formas de gestión indirecta de los servicios sanitarios y "privatización" de la sanidad pública. Revista jurídica Universidad Autónoma de Madrid, 27, 111-142.

Esteban Álvarez, A.I. y Arias Rodríguez, A. (2016). 30 años de reforma sanitaria. Situación actual y perspectivas de la gestión clínica en España. Revista española de control externo, 18 (53), 67-105.

Fernández, A. y Vaquera, M. (2012). Encuentros multidisciplinares: Análisis de la evolución histórica de la sanidad y la gestión sanitaria en España, 14 (41), 2-8.

Fernández, M. (2018). España vuelve a tener una sanidad universal seis años después. Redacción médica. Recuperado (31 de julio 2018).de

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/espana-vuelve-a-tener-una-sanidad-universal-seis-anos-despues-4973>

Giner, J., Lorenzo, R.M. y Abásolo, I, (2006). Análisis financiero de las empresas hospitalarias en Canarias: Un estudio comparado con el conjunto español.

<http://www.encuentros.alde.es/anteriores/xeea/trabajos/g/pdf/166.pdf>

Instituto para el desarrollo e integración de la Sanidad (IDIS) (2016). Sanidad privada, aportando valor. Análisis de Situación 2016, Madrid.

Instituto para el desarrollo e integración de la Sanidad (IDIS) (2018). Sanidad privada, aportando valor. Análisis de Situación 2018, Madrid.

Instituto Nacional de Estadística (1T 2017). <http://www.ine.es/>

Martín García, M. (2017). El modelo de financiación sanitaria: la historia de un desastre. Nueva tribuna. Recuperado (7 de abril del 2017) de

<https://www.nuevatribuna.es/articulo/sanidad/cambiar-financiacion-sanitaria/20170407134200138578.html>

Medina, A. La sanidad privada mueve más de 30.000 millones al año en España. Expansión. Recuperado (23 de marzo del 2018), de

<http://www.expansion.com/empresas/2018/03/23/5ab4022d468aeba7208b464b.html>

Menéndez Rexach, A. (2008). La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad. Revista de Administración sanitaria, 6 (2), 269-96.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Sistema Nacional de Salud. Madrid. Recuperado de <http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/>

Real Decreto-Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOC. 102, 29 de abril de 1986.

Real Decreto-Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. BOE. 100, 26 de abril de 1997.

Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE. 98, 24 de abril de 2012.

Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. BOE. 183, 30 de julio del 2018.

Taboada, L. (2015). Historia de la sanidad pública en España. Cadena Ser. Recuperado (12 de noviembre del 2015) de

http://cadenaser.com/programa/2015/11/12/hoy_por_hoy/1447308094_428885.html

ANEXO

Tabla A1. Clasificación de hospitales españoles por dependencia patrimonial y comunidad autónoma. 2016							
Comunidad Autónoma	Seguridad Social	Comunidad Autónoma	Entidades Públicas	Privados Benéficos	Privado no Benéfico	Otros	Total
Andalucía	1	43	0	9	51	2	106
Aragón	7	11	1	2	6	2	29
Ppdo. de Asturias	6	2	1	5	6	0	20
Illes Balears	4	4	0	2	10	4	24
Canarias	2	7	0	2	20	6	37
Cantabria	3	0	0	2	1	1	7
Castilla y León	4	1	8	12	9	2	36
Castilla la Mancha	11	7	0	0	8	2	28
Cataluña	9	26	19	62	80	17	213
Comunidad Valenciana	17	14	0	3	19	7	60
Extremadura	3	3	4	1	8	1	20
Galicia	4	3	7	2	21	1	38
Madrid	12	20	0	14	32	4	82
Región de Murcia	6	4	0	2	13	2	27
C. Foral de Navarra	0	4	0	5	2	0	11
País Vasco	3	14	0	7	15	2	41
La Rioja	1	4	0	0	2	0	7
Ceuta	1	0	0	0	0	0	1
Melilla	1	0	0	0	0	0	1
Total Nacional	95	167	40	130	303	53	788

Fuente: elaboración propia a partir del CNH

Tabla A2. Hospitales concertados según tamaño				
2016	Concertados	C (%)	NC	NC (%)
Pequeño	13	24,53	29	52,73
Mediano	22	41,51	13	23,64
Grande	18	33,96	13	23,64
Total	53	100,00	55	100,00

Fuente: elaboración propia a partir del CNH

Tabla A3. Hospitales por tamaño según concierto					
2016	Totales	Concertados	NC	C% s/ tamaño	NC% s/ tamaño
Pequeño	42	13	29	30,95	69,05%
Mediano	35	22	13	62,86%	36,11%
Grande	31	18	13	58,06	41,94%
Total	108	53	55	-	-

Fuente: elaboración propia a partir del CNH

Tabla A4. Rentabilidad según tamaño y concierto				
2016	RF-C	RF-NC	RE-C	RE-NC
Pequeño	12,42	4,10	6,26	3,01
Mediano	6,00	8,53	4,58	4,41
Grande	5,95	9,08	3,85	3,88

Fuente: elaboración propia a partir SABI

Tabla A5. Hospitales por tipología y concierto				
2016	Concertados	C (%)	NC	NC (%)
General	36	67,92	25	45,45
Quirúrgico	3	5,66	3	5,45
Psiquiátrico	4	7,55	15	27,27
Médico-Quirúrgico	2	3,77	2	3,64
Geriatría y/o larga estancia	6	11,32	9	16,36
Resto	2	3,77	1	1,82
Total	53	100,00	55	100,00

Fuente: elaboración propia a partir del CNH

Tabla A6. Hospitales por concierto, tipología y tamaño					
2016	Totales	Concertados	NC	C% s/ tamaño	NC% s/ tamaño
General	62	36	25	59,02	40,98
Quirúrgico	6	3	3	50,00	50,00
Psiquiátrico	19	4	15	21,05	78,95
Médico-Quirúrgico	4	2	2	50,00	50,00
Geriatría y/o larga estancia	15	6	9	40,00	60,00
Resto	3	2	1	66,67	33,33
Total	109	53	55	49,07	50,93

Fuente: elaboración propia a partir del CNH

Tabla A7. Rentabilidad según finalidad y concierto				
2016	RF-C	RF-NC	RE-C	RE-NC
General	6,54	7,86	4,30	3,50
Quirúrgico	0,21	-5,67	0,90	1,21
Psiquiátrico	9,09	8,76	6,25	5,84
Médico-Quirúrgico	-18,70	-12,78	-1,41	-8,62
Geriatría y/o larga estancia	8,20	4,31	7,12	3,16

Fuente: elaboración propia a partir de SABI

Tabla A8. Solvencia en función del tamaño 2016			
	Pequeña	Mediana	Grande
Endeudamiento			
Media	46,29	52,34	53,21
Mediana	45,20	51,66	57,13
% emp. End. < 50%	57,14	48,57	45,16
Estructura de la deuda			
Media	63,82	57,97	69,58
Mediana	69,73	59,79	75,09
% emp. End. < 50%	33,33	40,00	29,03
Liquidez			
Media	2,20	1,74	2,00
Mediana	1,58	1,28	1,27
% emp. liquidez > 1	90,48	68,57	67,74

Fuente: elaboración propia a partir de SABI

Tabla A9. Rentabilidad según tipología 2016						
	General	Quirúrgico	Psiquiátrico	Médico-Quirúrgico	Geriatría y/o larga estancia	Resto
Endeudamiento						
Media	51,33	69,21	41,14	49,10	50,86	46,09
Mediana	51,26	70,36	39,18	42,07	47,38	55,14
% emp. End. < 50%	47,54	33,33	63,16	75,00	53,33	33,33
Estructura de la deuda						
Media	65,16	47,55	66,17	56,90	62,15	63,07
Mediana	69,65	62,88	69,12	48,96	75,68	65,08
% emp. End. < 50%	32,79	33,33	31,58	50,00	40,00	33,33
Liquidez						
Media	1,80	1,52	2,96	1,23	2,11	1,15
Mediana	1,41	0,94	1,61	1,21	1,54	1,22
% emp. liquidez > 1	67,21	50,00	78,95	50,00	86,67	66,67

Fuente: elaboración propia a partir de SABI

Tabla A10. Evolución de la solvencia en función del concierto										
	2012		2013		2014		2015		2016	
	SI	NO								
Endeudamiento										
Media	54,80	50,29	52,98	50,32	51,75	48,91	48,13	52,27	48,26	52,14
Mediana	50,77	48,75	51,52	47,50	49,55	47,82	47,16	53,17	46,14	55,14
% emp. End. < 50%	47,76	51,32	44,93	54,67	50,75	50,00	57,38	45,33	54,72	47,27
Estructura de la deuda										
Media	62,74	65,93	62,04	67,16	61,97	66,42	64,68	63,83	66,81	60,46
Mediana	62,37	74,60	64,40	75,18	65,89	69,49	70,88	66,92	75,68	65,08
% emp. End. < 50%	25,37	30,26	31,88	26,67	31,34	25,00	32,79	29,33	30,19	38,18
Liquidez										
Media	2,03	2,07	1,93	1,98	1,89	2,49	1,80	2,60	1,78	2,15
Mediana	1,23	1,56	1,11	1,55	1,28	1,62	1,30	1,52	1,46	1,43
% emp. liquidez > 1	67,16	75,00	60,87	73,33	67,16	76,32	68,85	73,33	66,04	70,91

Fuente: elaboración propia a partir de SABI