

SANIFAX

DOSIER ESPECIAL

**CÁTEDRA DE SALUD SOSTENIBLE Y RESPONSABLE
(UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID Y "ASPE")**

**INFORME: "REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA
COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN SANIDAD:
IMPACTO EN LOS INDICADORES SANITARIOS"**

EL DOCUMENTO CONSTA DE 134 PÁGINAS

JUEVES DÍA 30 DE MAYO DE 2024

Cátedra Extraordinaria Salud Sostenible y Responsable

Revisión bibliográfica de la Colaboración Público-Privada en Sanidad: impacto en indicadores sanitarios



Índice:

- Presentación y metodología del análisis.
- Conclusiones del análisis.
- Artículos científicos.
- Otra documentación.
- Indicadores hospitalarios.
- Anexo: documentación seleccionada.

1. Presentación y metodología del análisis

Con motivo de las recientes publicaciones científicas que relacionan el aumento de la mortalidad evitable con la colaboración público-privada en sanidad, surge la necesidad de realizar una revisión bibliográfica para conocer y analizar las publicaciones existentes en este ámbito.

La revisión bibliográfica se estructura en tres grupos de análisis:

1. Artículos científicos:

Se ha partido de los dos artículos más representativos relacionados con la mortalidad evitable:

- *“Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: an observational study of NHS privatization”*
- *“The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003”*.

Asimismo, se han identificado y analizado los artículos científicos que citan en sus referencias a estos dos artículos.

Por otro lado, se han llevado a cabo búsquedas en la **Web of Science** (WoS), servicio en línea de información científica, suministrado por **Clarivate Analytics**, integrado en ISI Web of Knowledge. Este servicio facilita el acceso a un conjunto de bases de datos en las que aparecen citas de artículos de revistas científicas, libros y otros tipos de material impreso que abarcan todos los campos del conocimiento académico.

Asimismo, esta búsqueda se ha completado con revisiones en **Scopus**, base de datos de resúmenes y citas de literatura científica revisada por pares, y con descargas a través de **Google Scholar**.

En este apartado de artículos científicos se han identificado únicamente aquellos que cuentan con un **Digital Object Identifier** (DOI). El DOI es un código alfanumérico que identifica de forma única un contenido electrónico y que permite localizar todos los documentos publicados en la red, de tal forma que se pueda hacer su seguimiento y el de sus citas.

El objetivo inicial de la revisión bibliográfica de los artículos científicos era identificar aquellos que analizaran el **impacto en la mortalidad** de los modelos de colaboración público-privada. No obstante, y siendo conscientes que esta búsqueda podría resultar muy limitada, se decidió ampliar el análisis a otros ámbitos como, entre otros, calidad, eficiencia, indicadores sanitarios, listas de espera y satisfacción del paciente.

En este sentido, se utilizaron diferentes términos de búsqueda antes de la selección de los artículos, con el fin de asegurar la calidad y relevancia de los resultados incluidos. Las palabras clave de búsqueda que se han utilizado se indican a continuación:

- Public private collaboration + healthcare services.
- Public private partnership + healthcare services.
- Outsourcing + healthcare services.
- Privatization/Privatisation + healthcare services.

Utilizando como base estas palabras clave, se han añadido a cada una de ellas los siguientes criterios de búsqueda:

- Efficiency.
- Indicators.
- Mortality.
- Patient.
- Quality.
- Satisfaction.
- Waiting time.

El análisis no se ha circunscrito a ninguno territorio concreto, sin embargo, se han priorizado aquellos artículos referidos a España y a países de nuestro entorno con sistemas sanitarios similares en los que exista colaboración público-privada, aunque este concepto sea diferente en cada país, con el objetivo de que la información obtenida del análisis sea de interés y validez. En este sentido, un elevado número de los artículos que tratan sobre la colaboración público-privada en sanidad se refieren al modelo de salud británico.

Las primeras búsquedas de artículos científicos, realizadas durante el mes de febrero de 2024, se basaron en los criterios anteriormente indicados, dieron como resultado más de **200 artículos**, los cuales fueron revisados con el fin de seleccionar aquellos que tenían una relación directa con los objetivos de esta revisión bibliográfica. Con los artículos seleccionados, se procedió a su revisión en profundidad, lo que nos condujo a identificar nuevos artículos gracias al análisis de las citas (más de **100 artículos**) y de las referencias en ellos indicadas (más de **200 artículos**).

De todos ellos, finalmente se han seleccionado un total de **15 artículos científicos** directamente relacionados con el objetivo de esta revisión bibliográfica.

2. Otra documentación:

Al margen de los artículos científicos, se ha llevado a cabo una búsqueda de otra documentación relacionada con la colaboración público-privada en sanidad a **nivel nacional**. La identificación de la documentación se ha realizado en base al conocimiento del equipo de trabajo de esta revisión bibliográfica.

Al igual que el planteamiento en los artículos científicos, el objetivo inicial de la revisión bibliográfica era identificar aquellos que analizasen el impacto en la **mortalidad** de los modelos de colaboración público-privada. No obstante, y tal y como se ha planteado en los artículos científicos, se ha decidido ampliar el análisis a otros ámbitos como, entre otros, **calidad, eficiencia, indicadores sanitarios o satisfacción del paciente**.

En esta revisión se han analizado más de 50 documentos, seleccionado finalmente **9 documentos** relacionados directamente con el objetivo de esta revisión bibliográfica.

3. Indicadores hospitalarios:

Como información adicional a los artículos científicos y a la otra documentación identificada y analizada, se ha procedido a revisar los resultados obtenidos en España por los hospitales a través del análisis de una serie de indicadores en aquellas comunidades que cuentan con **hospitales con modelos de colaboración público-privada**.

En este sentido, las únicas comunidades que publican de forma periódica información detallada de sus hospitales públicos, con independencia del modelo de gestión al que están sujetos, son Cataluña y la Comunidad de Madrid.

La información de Madrid se ha obtenido del **Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid**, mientras que la de Cataluña se ha obtenido de la **Central de Resultados de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña adscrita al Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña**.

Los indicadores analizados son una selección de aquellos que se han considerado más relevantes para los fines del estudio y varían en función de la comunidad autónoma analizada, ya que Madrid ofrece información más detallada de un mayor número de indicadores. En este sentido, se han analizado un total de **17 indicadores** de los hospitales de la Comunidad de Madrid y de **7 indicadores** de Cataluña.

Asimismo, y al margen de los indicadores hospitalarios analizados, se ha procedido a revisar los datos correspondientes a la **Lista de Espera Quirúrgica** de los hospitales de la Comunidad de Madrid y de la Comunidad Valenciana. En este caso, los datos de Madrid se han obtenido de la Comunidad, mientras que los datos de la Comunidad Valenciana proceden de la Consellería de Sanidad.

Por último, como complemento al análisis se han incorporado los resultados del **Índice de Excelencia Hospitalaria** publicado por el **Instituto de Coordinadas de Gobernanza y Economía Aplicada**.

El equipo de trabajo que ha participado en la elaboración de esta revisión bibliográfica de la Cátedra de Salud Sostenible y Responsable ha estado formado por la profesora de la Universidad Complutense de Madrid Sonia Juárez Boal y por Daniel Pallarés Beas, coordinados por Madimer Consulting.

2. Conclusiones del estudio

1. Del análisis del artículo publicado en The Lancet “*Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: an observational study of NHS privatization*” **no se puede concluir que exista una relación directa entre el incremento de la subcontratación a proveedores privados y el aumento de la mortalidad evitable**¹.
2. En el caso del artículo sobre Italia, “*The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003*”, **la tasa de mortalidad evitable no aumenta ante un mayor porcentaje en la prestación del sector privado**².
3. A nivel general, **no se demuestra evidencia** de que en los modelos de colaboración público-privada se obtengan ni mejores ni peores resultados que en el modelo de gestión pública tradicional.
4. **La capacidad real del gestor, la personalidad jurídica, el entorno administrativo e institucional, la cultura del centro, las condiciones del contrato y la adecuada supervisión por parte del financiador de la calidad del servicio prestado por el gestor** son los factores que más influyen en el funcionamiento y resultados de los modelos de colaboración público-privada.
5. La **ausencia de datos de referencia y la escasa información disponible** es un tema recurrente en los distintos documentos analizados en cuanto a las limitaciones que suponen para los diferentes análisis, siendo necesario contar con más y mejores datos.
6. La mayor parte de los autores de los artículos e informes publicados señalan que las **limitaciones existentes en los datos analizados no permiten generalizar las conclusiones obtenidas ni extrapolarse a otros territorios o momentos**.
7. La mayoría de la documentación existente se centra en analizar los diferentes modelos desde el punto de vista legal y, especialmente, **ideológico**, existiendo documentación a favor y en contra de la colaboración público-privada.
8. En España, diversas fuentes como el Observatorio del Servicio Madrileño de Salud o las auditorías realizadas por la Sindicatura de Comptes de la Generalitat Valenciana demuestran que los **hospitales bajo modelos de colaboración público-privado presentan mejores resultados que la media de los hospitales públicos**³.

¹ Ver página 7 y análisis del artículo en el apartado 3.1. (página 17).

² Ver páginas 7-8 y análisis del artículo en el apartado 3.2. (página 21).

³ Ver apartado 4.1. (página 60), apartado 4.2. (página 63), apartado 5.1. (página 82) y apartado 5.3. (página 131).

A continuación, se detallan las principales conclusiones de cada uno de los tres grandes grupos de documentación analizada: artículos científicos, otra documentación e indicadores hospitalarios.

Artículos científicos:

Se ha partido de los dos artículos más representativos en el ámbito de la mortalidad evitable y la colaboración público-privada:

- En el artículo publicado en Lancet por los autores de la Universidad de Oxford “*Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: an observational study of NHS privatization*” se observa que **un gran número de los datos utilizados para obtener la conclusión sobre la relación directa entre el incremento de la mortalidad evitable y el aumento de la subcontratación, no tienen relación con la actividad asistencial subcontratada.**

Ello es debido a que, en el análisis realizado, los autores han tenido en cuenta **en el aumento de la subcontratación todo tipo de contratos con proveedores del NHS** (con ánimo de lucro), **aunque no tengan relación alguna con la mortalidad evitable.** Así, podrían haber incluido servicios tales como limpieza, seguridad, lavandería y restauración, entre otros. De hecho, los autores lo señalan, como una de las **limitaciones del estudio** y, **en consecuencia, de sus hallazgos**, ya que los **datos de gasto analizados no contienen información sobre los servicios específicos prestados por el proveedor**, por lo que indican que se necesitaría más investigación para establecer la relación entre la externalización a proveedores (con ánimo de lucro) y el aumento de las tasas de mortalidad evitable.

- **En el caso del artículo sobre Italia, “The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003”, la tasa de mortalidad evitable no aumenta ante un mayor porcentaje en la prestación del sector privado.**

Este artículo concluye que un **mayor gasto en la prestación pública de servicios de salud se correspondió con una reducción más rápida de la evolución de la tasa de mortalidad evitable.** Los autores señalan que cada 100 euros adicionales de gasto público per cápita del sistema nacional de salud italiano se asoció con una reducción del 1,47% en la tasa de mortalidad evitable. Por el contrario, este gasto en el sector privado **no tuvo un efecto estadísticamente significativo en las tasas de mortalidad evitable.** No obstante, el estudio también indica que tomando en conjunto todos estos resultados, un **mayor gasto en el sector privado no se asocia con un aumento de la mortalidad evitable, sino con un ritmo de progreso más lento en la reducción de la mortalidad evitable.**

Asimismo, en dicho artículo también se indica que la **bibliografía existente sobre la propiedad de la prestación de servicios de salud es compleja y adolece de muchas limitaciones y que muchos de los artículos existentes a nivel internacional son reanálisis de**

los mismos conjuntos de datos y, por tanto, podrían ser no concluyentes en cuanto a sus resultados.

Por otra parte, conviene señalar que los autores del artículo *“Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: an observational study of NHS privatization”* continúan publicando artículos relacionados con las conclusiones y las limitaciones de este.

En este sentido, han llegado a manifestar que los **gobiernos progresistas** deben trabajar para recuperar la narrativa de que una agenda reformista y de pensamiento moderno puede, en línea con los objetivos políticos de todo el espectro, aspirar a **desmercantilizar la atención médica**, aunque, por otra parte, **afirman que se debe ser cauteloso a la hora de atribuir los daños a los proveedores privados per se, debido a la aleatoriedad de pacientes que tratan el sistema público y el privado**⁴.

En esta misma línea, Goodair B, coautor del referido artículo de Lancet, ha publicado en otro artículo que **la externalización no tiene como objetivo mejorar la calidad de la prestación, sino resolver una situación de emergencia**⁵. Esta situación está motivada por la insatisfacción de los ciudadanos con el sistema público, las listas de espera, la libre elección de médico, la baja disponibilidad de servicios privados en algunas regiones a los que poder externalizar y la falta de financiación, entre otros. Y también porque debido a la baja flexibilidad del sistema público, cuando los pacientes finalmente tienen la opción de acudir al sistema privado, ya es tarde y quedarían fuera de la mortalidad evitable.

En relación con el referido artículo, otros **se preguntan por qué ciertos autores**, como los de los artículos que estamos analizando, **indican que la externalización puede ser perjudicial para la salud**. Señalan que podría haber un efecto directo, si las empresas con fines de lucro toman atajos en su búsqueda de ganancias, con la calidad de la atención sufriendo como consecuencia. Pero es poco probable que éste haya sido el principal impulsor, dado que **la mayor parte del crecimiento de la financiación en los últimos años se ha destinado al apoyo empresarial y a las tecnologías de la información**⁶.

También se han encontrado otros artículos sobre el sistema de salud en Inglaterra⁷ en los que se indica que **la competencia hospitalaria, en un mercado de precios fijos, puede conducir a un aumento en la calidad de los servicios hospitalarios**, tal como predice la teoría económica al respecto.

En relación con el impacto de la colaboración público-privada en los indicadores sanitarios y, con concreto, en la mortalidad, de forma generalizada se insiste en la bondad de los datos, ya

⁴ Goodair B, Reeves A. The case against outsourcing from healthcare services. Elsevier España, S.L.U.

⁵ Goodair B. ‘Accident and emergency’? Exploring the reasons for increased privatisation in England’s NHS. Elsevier B.V.

⁶ Street A. For-profit health care might be damaging population health. The Lancet Public Health.

⁷ Cooper Z, Gibbons S, Jones S, McGuire A. Does hospital competition save lives evidence from the English NHS patient choice reforms? The economic Journal.

que **los estudios a nivel agregado no pueden identificar fácilmente el motivo por el que la privatización se asocia con tasas de mortalidad evitable más altas.**

Por otro lado, en el **análisis de otras variables a nivel europeo** en relación con el desempeño de los hospitales privados en comparación con los hospitales públicos, no existe una visión sistemática de Europa. En este sentido, los resultados sobre la eficiencia muestran resultados mixtos, aunque algunos autores sugieren que el sector público es al menos tan o más eficiente que el sector privado.

No obstante, **los estudios analizan una cuestión compleja y dependiente del contexto y, por lo tanto, está sujeta a varias limitaciones**, lo que hace que sea problemático extrapolar o generalizar los hallazgos⁸. El desempeño de los diferentes tipos de propiedad hospitalaria puede depender en gran medida de su integración en los ecosistemas de los sistemas de salud. De hecho, los hospitales privados pueden competir, especializarse o complementar a los proveedores públicos, lo que podría explicar en parte los resultados contradictorios.

Asimismo, otros estudios comparativos a nivel europeo indican que los hospitales públicos son los que con mayor frecuencia tienen el mejor rendimiento económico en comparación con los hospitales privados sin ánimo de lucro y con los hospitales privados con ánimo de lucro. **Sin embargo, un número considerable de estudios no encontró diferencias significativas. En términos de calidad, los resultados son mixtos y no es posible obtener conclusiones claras sobre la superioridad de un tipo de propiedad.**

En este sentido, y tal y como indican los autores, **existen deficiencias** en los estudios analizados y se necesitan estudios futuros para investigar la relación entre las circunstancias contextuales y el rendimiento. Una debilidad significativa en muchos estudios fue la falta de consideración de la **calidad, la selección de pacientes y la de otras dimensiones operativas**, lo que puede haber influido en los resultados⁹.

En relación con los artículos científicos de autores españoles se centran fundamentalmente en **aspectos de eficiencia**, no habiéndose localizado artículos relacionados directamente con la mortalidad. A nivel de eficiencia, los autores españoles destacan que más que si se trata de hospitales públicos con una forma de gestión tradicional o de hospitales públicos con un modelo de gestión público-privada, existen otros factores que influyen más en el funcionamiento y resultados de los centros como son la **personalidad jurídica, el carácter estatutario de los profesionales y la capacidad del gestor.**

⁸ Kruse F, Stadhouders N, Adang E, Groenewoud S y Jeurissen P. Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. Int J Health Plann Mgmt.

⁹ Tynkkynen L, Vrangbæk K. Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe. BMC Health Service Research.

Otra documentación:

En la documentación nacional analizada se observa que las revisiones realizadas a **nivel internacional** indican que **no hay evidencia concluyente** sobre la eficiencia relativa de la prestación sanitaria privada frente a la pública y que no se puede generalizar sobre qué modelo de propiedad es mejor para distintos países o dentro de un mismo país en el transcurso del tiempo.

Asimismo, factores tales como el entorno administrativo e institucional, la cultura de los centros, las condiciones de los contratos y la adecuada supervisión de la calidad del servicio prestado por parte del financiador, son los elementos que deben ser tenidos en cuenta cuando se analizan estos casos.

Lo que sí parece una realidad es que **fomentar la competencia** entre centros (con independencia de la forma jurídica de gestión) podría favorecer la obtención de mejoras en sus resultados, bajo determinadas circunstancias.

A **nivel nacional**, existen un gran número de informes, artículos y publicaciones relacionados con la colaboración público-privada. No obstante, la mayoría de ellos hacen referencia a análisis **legales e ideológicos** sobre la conveniencia o no de poner en marcha este tipo de modelos, encontrándonos con detractores y partidarios del modelo.

Teniendo muy claro que el objetivo de la revisión bibliográfica no es explicar los diferentes modelos de colaboración público-privada existentes, ni ahondar en los aspectos históricos o legales y, menos aún, entrar a debatir sobre los motivos políticos e ideológicos, la identificación de la documentación no científica se ha centrado en tratar de localizar documentos orientados a analizar el impacto de los modelos de colaboración público-privada en términos de, entre otros, eficiencia, indicadores sanitarios y satisfacción del paciente.

De esta forma, y después de haber identificado y analizado un gran número de documentos, se han seleccionado un total de **nueve informes** de interés que pueden aportar información útil para los fines de esta revisión bibliográfica.

Un aspecto destacable que está presente en la mayoría de los informes seleccionados es la eficiencia de los hospitales de colaboración público-privada. En este caso, diversos informes establecen que los hospitales gestionados bajo un modelo de colaboración público-privada presentan **mejores resultados en términos de eficiencia** y suponen un menor coste para la administración. No obstante, otros informes establecen que **no existen diferencias significativas al comparar unos modelos con otros, no pudiendo concluirse que modelo es mejor**.

La **escasa información disponible** es un tema recurrente en los distintos documentos seleccionados en cuanto a las limitaciones que suponen para los diferentes análisis, siendo necesario contar con más y mejores datos.

En relación con la documentación analizada, destacan las dos auditorías llevadas a cabo sobre Manises y Torrevieja realizadas por la Sindicatura de Comptes de la Generalitat Valenciana. Estas auditorías concluyen que, al evaluar conjuntamente el principio de economía y el principio de eficacia, los departamentos de **Manises y Torrevieja** son dos de los **departamentos de salud más eficientes** de la Comunidad Valenciana.

En el caso de Torrevieja, la **tasa de mortalidad** para todas las edades y todas las causas por 100.000 habitantes ajustada a la población es de 822,0 en el Departamento de Salud de Torrevieja, mientras que la media autonómica se situó en 911,0 en el año 2015, por lo que **la tasa de mortalidad del Departamento de Torrevieja resulta menor que la media de la Comunitat Valenciana**.

En el caso de Manises, la auditoría realizada indica que resulta muy complejo definir la eficiencia en el marco de los servicios sanitarios, ya que convendría medir aquellos cambios en el estado de salud de la población debidos al gasto sanitario. Por tanto, los resultados relevantes deberían medirse a partir de resultados finales (outcomes) como son la esperanza de vida, las tasas de mortalidad, las muertes evitables o incluso indicadores de mayor complejidad como son los años de vida ajustados por calidad. No obstante, se indica que no se dispone de estos indicadores con el nivel de desagregación necesario para comparar entre departamentos de salud.

Asimismo, se concluye que ambas concesiones suponen un **ahorro sanitario público** y registran índices de consecución de objetivos superiores al conjunto de los hospitales de la Comunidad Valenciana.

Por otro lado, otros informes consideran que los hospitales con otras formas de gestión diferentes a la gestión directa tradicional realizan una **mejor gestión de camas y de ambulatorización quirúrgica**¹⁰. Asimismo, se establece que no existen diferencias significativas entre los dos modelos de hospitales en el caso de **complicaciones y de reingresos**, pero que donde sí existen diferencias es en las áreas de **productividad y eficiencia económica**, considerando que los hospitales con otras formas de gestión son más productivos y eficientes que los de gestión directa tradicional.

Otro de los informes seleccionados¹¹ indica que de los análisis realizados se puede concluir que los mejores resultados de eficiencia obtenidos por las formas de gestión de hospitales públicos basadas en la colaboración público-privada pueden ser debidos a razones como la mayor **flexibilidad organizativa** y presupuestaria, y a la introducción de cambios en la gestión, entre los que se destaca la incentivación económica de la gerencia. Las dispersiones encontradas entre hospitales de la misma forma de gestión ponen de manifiesto la existencia de factores

¹⁰ Evaluación de resultados de los hospitales en España según su modelo de gestión. IASIST.

¹¹ José Luis Franco Miguel. Tesis doctoral: El papel de la colaboración público-privada en la sostenibilidad de hospitales públicos a través de un análisis de eficiencia. Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE.

adicionales a la forma de gestión que afectan a la eficiencia, como la organización interna del hospital o el estilo de gerencia desarrollado.

Sin embargo, otro estudio sugiere que **no existen diferencias significativas en los indicadores de resultados entre los hospitales analizados con ambos modelos**, aunque establecen la necesidad de contar con más y mejores datos¹².

Por último, los autores Salvador Peiró y Ricard Meneu destacan la variabilidad existente en el gasto hospitalario por habitante bajo cualquier modelo de gestión, y apunta hacia que ambos modelos tienen importantes espacios de mejora de la eficiencia, por lo que sugieren que buscar desprejuiciadamente las formas de mejorar la eficiencia de todos los centros y reducir la variabilidad entre territorios puede ser más importante que el modelo de gestión elegido¹³.

¹² Colaboración público-privada en Sanidad, el modelo Alzira. Fundación Gaspar Casal.

¹³ Eficiencia en la gestión hospitalaria pública.: directa vs. privada por conexión.

Indicadores hospitalarios:

- **Comunidad de Madrid:**

Los datos analizados de la Comunidad de Madrid han sido obtenidos del **Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud** de la Comunidad de Madrid, habiéndose procedido a analizar un total de 17 indicadores clasificados en **efectividad clínica y seguridad del paciente** (9), **eficiencia** (5) y **atención al paciente** (3).

A modo resumen, los **hospitales que cuentan con un modelo de colaboración público-privada presentan mejores resultados que la media de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud en la mayoría de los indicadores analizados.**

A modo de ejemplo y como **indicador relevante** en el ámbito de este estudio, en el **índice agregado de mortalidad**, que es aquel que resume en un único indicador la mortalidad de los pacientes que ingresan por infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencia cardiaca, ictus, neumonía, hemorragia digestiva y fractura de cadera, cuatro de los cinco hospitales públicos gestionados por un operador privado presentan un Ratio de Mortalidad Estandarizada (RME) inferior 1, lo que supone que el índice agregado de mortalidad en estos hospitales es inferior al esperado. El quinto hospital presenta un RME de 1, lo que supone que la mortalidad en este hospital es la esperada.

Asimismo, en tres de los cinco hospitales (Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Hospital Universitario Infanta Elena y Fundación Jiménez Díaz), los intervalos de confianza, tanto los inferiores como los superiores, se sitúan por debajo de 1, lo que se traduce en que la **mortalidad en estos hospitales es inferior a la media de la Comunidad de Madrid.** En los otros dos hospitales, la mortalidad es similar al conjunto de los hospitales de la Comunidad de Madrid (Hospital General de Villalba y Hospital Universitario de Torrejón).

Respecto al resto de indicadores, los hospitales públicos gestionados por operadores privados registran, por norma general, **mejores resultados** que la media de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud en la mayoría de los **indicadores de eficiencia** (% de pacientes con ICTUS con estancia superior a 20 días; % de pacientes con fractura de cadera con estancia superior a 20 días, estancia media e índice de estancia media ajustada) y en la mayoría de **indicadores de atención al paciente** (índice de satisfacción global, índice de recomendación global e índice de reclamaciones). En relación con los indicadores de **efectividad clínica y seguridad del paciente** existe mayor variación, registrando mejores o peores resultados que la media de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud en función del hospital e indicador analizado.

- **Cataluña:**

La información de los hospitales de Cataluña se ha obtenido de la **Central de Resultados de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña adscrita al Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña**. En este caso, los indicadores analizados son una selección de aquellos que se han considerado más relevantes para los fines del estudio y, en el caso de Cataluña, se han analizado un total de 7 indicadores **efectividad** (3), **seguridad** (2) y **experiencia del usuario** (2).

Tal y como se ha indicado, y dada la peculiaridad del modelo catalán, es complicado obtener conclusiones claras. No obstante, y a modo resumen, se puede concluir que los resultados varían en función del hospital e indicador analizado, presentando en algunos casos mejores resultados que la media de los hospitales de Cataluña y otros casos obteniendo peores resultados.

A modo de ejemplo y como indicadores relevantes en el ámbito de este estudio, nueve de los diecinueve hospitales públicos con gestión privada presentan una menor **mortalidad intrahospitalaria** que la media de los hospitales públicos de Cataluña, mientras que, en el caso del indicador referido a la **mortalidad a los 30 días**, diez de los veinte hospitales públicos de gestión privada presentan mejores o iguales resultados que la media de los hospitales públicos de Cataluña.

Esta situación es una constante en el resto de los indicadores, donde en función del indicador analizado existen hospitales públicos de gestión privada que registran mejores y peores resultados que la media de los hospitales públicos de Cataluña.

3. Artículos científicos

Tal como se ha indicado en la metodología del estudio, el objetivo inicial de la revisión bibliográfica de los artículos científicos era identificar aquellos que analizaran el **impacto en la mortalidad** de los modelos de colaboración público-privada en sanidad. No obstante, y siendo conscientes que esta búsqueda podría resultar muy limitada, se decidió ampliar el análisis a otros ámbitos como, entre otros, calidad, eficiencia, indicadores sanitarios, listas de espera y satisfacción del paciente.

Las palabras clave para la búsqueda han sido:

- Public private collaboration + healthcare services.
- Public private partnership + healthcare services.
- Outsourcing + healthcare services.
- Privatization/Privatisation + healthcare services.

A cada una de estas palabras clave, se han añadido los siguientes criterios de búsqueda:

- Efficiency.
- Indicators.
- Mortality.
- Patient.
- Quality.
- Satisfaction.
- Waiting time.

El análisis no se ha circunscrito a ninguno territorio concreto, sin embargo, se han priorizado aquellos artículos referidos a España y a países de nuestro entorno con sistemas sanitarios similares en los que exista colaboración público-privada, aunque este concepto sea diferente en cada país, con el objetivo de que la información obtenida del análisis sea de interés y validez.

En este sentido, la mayor parte de los artículos que tratan sobre la colaboración público-privada en sanidad se refieren al modelo de salud británico.

Las primeras búsquedas de artículos científicos, realizadas durante el mes de febrero de 2024, se basaron en los criterios anteriormente indicados, dieron como resultado más de **200 artículos**, los cuales fueron revisados con el fin de seleccionar aquellos que tenían una relación directa con los objetivos de esta revisión bibliográfica. Con los artículos seleccionados, se procedió a su revisión en profundidad, lo que nos condujo a identificar nuevos artículos gracias al análisis de las citas (más de **100 artículos**) y referencias (más de **200 artículos**) en ellos indicadas.

De todos ellos, finalmente se han seleccionado un total de **15 artículos científicos** directamente relacionados con el objetivo de esta revisión bibliográfica.

A continuación, se detalla la información más relevante de cada uno de los artículos analizados. En este caso, la información que se indica no recoge la opinión del equipo de trabajo que ha elaborado la presente revisión bibliográfica, **sino que hace referencia única y exclusivamente a la información que contiene cada uno de los artículos analizados.**

3.1. Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: an observational study of NHS privatization.

- **Autores:** Benjamin Goodair y Aaron Reeves.
- **Institución:** Department of Social Policy and Intervention, University of Oxford, Oxford, UK.
- **Publicado en:** Lancet Public Health 2022;7: e638–46.
- **Ámbito geográfico:** Inglaterra.
- **Financiación:** Wellcome Trust.
- **DOI:** .10.1016/S2468-2667(22)00133-5.

Antecedentes:

Los efectos de la externalización de los servicios de salud a proveedores (con fines de lucro) son controvertidos, ya que algunos autores argumentan que la contratación de dichos proveedores mejorará la eficiencia por la introducción de mayor competencia, mientras que a otros les preocupa que esto conduzca a una reducción de costes y a peores resultados para los pacientes. El objetivo del estudio fue analizar este debate, mediante la evaluación empírica del impacto del gasto subcontratado a proveedores privados sobre las tasas de mortalidad evitable, y la calidad de los servicios de atención médica en Inglaterra, a raíz de la puesta en marcha de la Ley de Salud y Asistencia Social de 2012.

Metodología del estudio:

Para este estudio observacional, los autores crearon una base de datos con los contratos de adquisición de servicios sanitarios desde el 1 de abril de 2013 hasta el 29 de febrero de 2020 (n = 645 674, valor > £ 25 000, valor total £ 204.000 millones), realizados por 173 CCG (Clinical Commissioning Groups) en Inglaterra. Los datos se obtuvieron de 12.709 archivos de gastos heterogéneos, extraídos principalmente de las webs de los CCG. Estos archivos contenían los nombres de proveedores que, comparando sus datos con los del Registro Mercantil, estaban identificados como organizaciones colaboradoras del Servicio Nacional de Salud (NHS), empresas con fines de lucro u organizaciones benéficas. Complementaron estos datos con las tasas de mortalidad local por causas que deberían ser tratables mediante intervención médica, indicados por la calidad de los servicios de atención de salud.

Se utilizaron modelos de regresión longitudinal multivariados con efectos fijos a nivel de CCG para analizar la asociación de la externalización con fines de lucro sobre las tasas de mortalidad evitable al año siguiente de su contratación. Asimismo, se utilizaron los efectos marginales promedio para estimar el total de muertes adicionales atribuibles a los cambios en la subcontratación a proveedores con fines de lucro. Se añadieron algunas especificaciones de modelos alternativos para probar la solidez de sus hallazgos, hacer coincidir las características de fondo, examinar el impacto potencial del error de medición y ajustar los posibles factores

de error, tales como los datos demográficos de la población, el gasto total del CCG y el gasto de las autoridades locales.

Resultados:

Los autores encontraron que, por cada punto porcentual de aumento anual en la externalización a proveedores privados con ánimo de lucro, se obtenía un aumento anual de la mortalidad tratable de 0,38% muertes por cada 100.000 habitantes en el año siguiente de la subcontratación, y que ésta era potencialmente causada por el empeoramiento de la calidad de los servicios de atención médica.

Según los autores, este hallazgo era robusto para la coincidencia de las características de fondo, el ajuste de los posibles factores de error y el error de medición en el conjunto de datos. La subcontratación a proveedores con ánimo de lucro desde 2014 hasta 2020 se asoció con 557 muertes evitables adicionales en los 173 CCG.

Principales conclusiones:

Se ha producido en Inglaterra un importante aumento de la subcontratación de servicios de salud. Los niveles de externalización a proveedores sanitarios con ánimo de lucro, por parte de los comisionados (CCG) del NHS en Inglaterra, han aumentado considerablemente desde 2013, llegando a más del 6% del gasto total; 323 millones de libras de 4.999 millones de libras fueron a parar a empresas proveedoras de servicios de salud con ánimo de lucro en los tres primeros meses de 2020.

Ha habido un empeoramiento de la calidad asistencial en Inglaterra. Desde las reformas del NHS en 2012, algunos indicadores de la calidad asistencial, así como la salud de la población, han ido empeorando. Muchos han atribuido estos resultados a las políticas de austeridad, que han dejado los servicios públicos infra financiados y han tenido consecuencias directas sobre los determinantes sociales de la salud a través de los recortes sociales, pero los autores del artículo consideran que la externalización a empresas con ánimo de lucro ha sido otra forma en que las reformas de la era posterior a la crisis financiera han afectado a la calidad de los servicios del NHS y a las tasas de mortalidad. Sin embargo, datos recientes no revelan diferencias sustanciales en la tasa de mortalidad por intervenciones quirúrgicas en hospitales públicos y privados en Inglaterra. Las intervenciones quirúrgicas del NHS podrían ser realizadas en condiciones más estrictas por empresas con ánimo de lucro que por otros proveedores del NHS; aunque aún no se han observado diferencias en los resultados sanitarios de las personas tratadas por proveedores del SNS frente a las tratadas por proveedores con ánimo de lucro

La calidad de la atención sanitaria determina la relación entre la externalización a proveedores con ánimo de lucro y la mortalidad evitable. Realizaron dos diferentes tipos de análisis para comprobarlo. En primer lugar, evaluaron qué tipos de externalización se asocia con el aumento de la mortalidad. Descubrieron que la subcontratación a empresas de atención médica con ánimo de lucro era el único tipo de subcontratación asociada con el

aumento de la mortalidad, lo que indica que los resultados obtenidos podrían explicarse por la calidad de los servicios de atención médica prestados por estas empresas. El segundo análisis que trató **la mortalidad prevenible** como variable de respuesta no encontró una asociación significativa entre la externalización y las tasas de mortalidad prevenible. Por lo tanto, los hallazgos indican que la relación observada entre la externalización y la mortalidad evitable no es producto de los resultados generales de salud en la población, sino que está más directamente asociada con la calidad de los servicios de atención de salud.

Se cuestionan las creencias sobre las ventajas de la mercantilización de los servicios sanitarios. La mercantilización de los servicios sanitarios se basa en la creencia de que la apertura, la competencia y la autonomía de gestión pueden mejorar la eficiencia y el rendimiento de los servicios financiados por el Estado. Durante décadas, estos principios han dictado la organización del NHS en Inglaterra. Sin embargo, los resultados de la investigación realizada por los autores indican que estos procesos, que se manifiestan en la externalización de la prestación de asistencia sanitaria, no están asociados con mejoras en la prestación de servicios, y en su lugar se han asociado con un aumento de las muertes entre los pacientes. Los proveedores privados que contratan servicios con el NHS podrían simplemente estar prestando una atención de peor calidad, lo que provocaría más complicaciones sanitarias y muertes. Los proveedores con ánimo de lucro tienden a reducir más los costes que los públicos, ya sea por el número de empleados, por su nivel de cualificación o por el cumplimiento de las directrices sobre procesos médicos correctos.

La externalización puede aumentar la presión sobre el conjunto del sistema si los proveedores con ánimo de lucro seleccionan a los pacientes y servicios más rentables, creando una concentración de tratamientos difíciles en los proveedores públicos, como ocurrió con la externalización del SNS a hospitales privados durante la década de 2000. Del mismo modo, el aumento de la competencia por conseguir los contratos del NHS podría dar lugar a que los proveedores de asistencia sanitaria dieran prioridad a resultados fáciles de cuantificar, como los tiempos de espera, en detrimento de la calidad de la atención, lo que provocaría un aumento de la mortalidad de los pacientes, como se observó en el SNS tras las reformas de los años noventa.

Los autores indican que las limitaciones del estudio son:

- Que el período del que se dispone de datos es corto, ya que tan sólo es desde la creación de los CCG en 2013.
- A principios de 2020 se realizaron importantes fusiones de proveedores y anteriormente no existía la obligación legal de publicar datos de gasto, lo que limitó su capacidad para medir con precisión la externalización antes de 2013 o realizar análisis antes y después.
- La naturaleza asociativa de sus hallazgos no puede descartar la posibilidad de confusión residual, **por lo que sus resultados no deben interpretarse necesariamente como una relación causal entre la externalización y las tasas de mortalidad.**

- Además, **los datos de gasto no contienen información sobre los servicios específicos prestados por el proveedor**, por lo que se necesita más investigación para establecer si algunos servicios agudos son los principales responsables de la relación entre la externalización a proveedores con ánimo de lucro y el aumento de las tasas de mortalidad.

3.2. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003.

- **Autores:** Cecilia Quercioli¹, Gabriele Messina¹, Sanjay Basu^{2,3,4}, Martin McKee⁴, Nicola Nante¹ y David Stuckler⁴.
- **Instituciones:**
 - ¹Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanit`a Pubblica, Universit`a degli Studi di Siena, Siena, Italy.
 - ²Department of Medicine, University of California San Francisco, San Francisco, California, USA.
 - ³Division of General Internal Medicine, San Francisco General Hospital, San Francisco, California, USA.
 - ⁴Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK.
 - ⁵Department of Sociology, University of Cambridge, Cambridge, UK.
- **Publicado en:** Journal of Epidemiology and Community Health, London Tomo 67, N. º2, (Feb 2013): 132. DOI:10.1136/jech-2011-200640.
- **Fecha de publicación:** 29/09/2012.
- **Ámbito geográfico:** Italia.
- **Financiación:** sin financiación ajena a la institución académica.
- **DOI:** :10.1136/jech-2011-200640.

Antecedentes:

Durante la década de 1990, Italia privatizó una parte importante de su prestación de servicios de salud. **Los autores compararon la eficacia de la prestación de servicios de salud de los sectores público y privado para reducir la mortalidad evitable** (muertes que no deberían producirse en presencia de una atención médica eficaz).

Metodología:

Los autores calcularon **la tasa media de cambio en las tasas de mortalidad evitable** estandarizadas por edad en 19 regiones de Italia entre 1993 y 2003. Se utilizaron modelos de regresión multivariante para analizar la relación entre las tasas de cambio en la mortalidad evitable y los niveles de gasto en la prestación de asistencia sanitaria pública frente a la privada, teniendo en cuenta los posibles factores demográficos y económicos.

Resultados:

Este artículo sugiere que un **mayor gasto en la prestación pública de servicios de salud se correspondió con una reducción más rápida de las tasas de mortalidad evitable**. Cada 100 euros adicionales de gasto público per cápita del sistema nacional de salud italiano se asoció de forma independiente con una reducción del 1,47% en la tasa de mortalidad evitable. Por el contrario, el gasto en servicios del sector privado **no tuvo un efecto estadísticamente significativo en las tasas de mortalidad evitables**. No obstante, tomando en conjunto estos resultados, el estudio indica que una **mayor dependencia en el gasto privado no se asocia con un aumento de la mortalidad, sino con un ritmo de progreso más lento en la reducción de la mortalidad evitable**.

Principales conclusiones

En la década de 1990, el continuo aumento de los costes sanitarios y la percepción de ineficiencia generaron presiones para aumentar el papel del sector privado en la prestación de asistencia sanitaria en muchos países, entre ellos Italia. El impacto de la competencia en los servicios sanitarios y la privatización de la prestación de asistencia sanitaria en los resultados de la asistencia sanitaria es controvertido. **Ningún estudio ha investigado si la prestación de asistencia privada tiene un efecto sobre los resultados a nivel poblacional**.

En este estudio, se examinó si la proporción de asistencia sanitaria privada en Italia afectó al progreso de cada región considerando como indicador del rendimiento del sistema sanitario: la mortalidad evitable. De hecho, Italia llevó a cabo un "experimento cuasinatural" con la privatización y la descentralización, con distintos grados de privatización entre las diferentes regiones. **Se observó que un mayor gasto en la prestación pública de servicios sanitarios se correspondía con una reducción más rápida de las tasas de mortalidad evitable**. Cada 100€ adicionales de gasto público per cápita en la prestación del SNS se asoció con una reducción del 1,47% en la tasa de mortalidad evitable. En resumen, existen diferencias en los resultados sanitarios, a nivel de población, en función de si la prestación se realiza en el sector público o en el privado cuando cada uno opera bajo el mismo régimen de financiación. Estos resultados tienen implicaciones importantes para países como Inglaterra, que están considerando la introducción de un mercado mucho más mixto en la asistencia sanitaria.

El gasto público se asoció de manera significativa con la reducción de las tasas de mortalidad evitables a lo largo del tiempo, mientras que con el aumento del gasto del sector privado no se produjo esa reducción de la mortalidad evitable a nivel regional en Italia.

La bibliografía existente sobre la propiedad de la prestación de servicios de salud es compleja y adolece de muchas limitaciones. Está dominada por los datos de los hospitales estadounidenses y utiliza mucho los datos de Medicare, que cubren solo a las personas de 65 años o más. Muchos de los artículos son reanálisis de los mismos conjuntos de datos. Una revisión sistemática de 2002 concluyó que los hospitales con fines de lucro produjeron resultados significativamente peores que los sin fines de lucro. Sin embargo, los autores que

buscaban abordar las limitaciones del trabajo anterior fueron más cautelosos y concluyeron simplemente que "los estudios representativos de los EE. UU. en su conjunto tienden a encontrar una calidad más baja entre los proveedores sanitarios con ánimo de lucro que entre las organizaciones privadas sin fines de lucro".

El análisis estadístico de los autores reveló que **una mayor inversión en la prestación de servicios de salud pública aumentó la tasa de disminución del progreso regional en las tasas de mortalidad evitable en Italia**. Por el contrario, la prestación de servicios por parte del sector privado no tuvo un efecto estadísticamente significativo sobre la mortalidad evitable.

Ni la prestación de servicios del sector público ni el privado **tuvieron un efecto sobre las tasas de mortalidad no evitables**, plausiblemente porque dichas tasas no están determinadas significativamente por la prestación de servicios de salud. Estos resultados sugieren que una mayor prestación de servicios en el sector privado de la salud no es adversa para el desempeño de los sistemas de salud, pero dicho gasto tiene el costo de una inversión perdida en la prestación de servicios públicos que podría haber generado mayores reducciones en las tasas de mortalidad evitable.

A pesar de las limitaciones, el estudio sugiere que, al menos en el contexto italiano, **la inversión en el sector público es más eficaz para reducir las muertes evitables que una inversión similar en el sector privado**.

En resumen, existen diferencias en los resultados sanitarios, a nivel de población, en función de si la prestación se realiza en el sector público o en el privado cuando ambos operan bajo el mismo régimen de financiación.

3.3. “Accident and emergency”? Exploring the reasons for increased privatization in England’s NHS.

- **Autor:** Benjamin Goodair.
- **Institución:** Department of Social Policy and Intervention, University of Oxford, Oxford, UK.
- **Publicado en:** El Servier. Health policy 2023.
- **Ámbito geográfico:** Inglaterra.
- **Fecha de publicación online:** 4 de noviembre de 2023.
- **Financiación:** Wellcome Trust.
- **DOI:** 10.1016/j.healthpol.2023.104941.

Resumen:

El NHS está experimentando una creciente privatización a medida que cada vez más, los servicios son prestados por proveedores privados de atención médica. Esto ha generado preocupaciones sobre el supuesto beneficio de este proceso en la calidad de la atención médica, porque las razones del aumento, y si estos procesos priorizan la calidad, no se comprenden bien. En este estudio se analizan las entrevistas realizadas a 20 personas involucradas en el proceso de contratación de proveedores privados, que han sido seleccionadas como muestra en 3 CCG (Clinical Comissioning Group).

Se identificaron **cuatro razones clave para la subcontratación**: necesidades insatisfechas de los pacientes; el programa de libre elección de médico por los ciudadanos; la voluntad de cambio de modelo de algunas de las personas clave que trabajan en el organismo de comisionado (CCG); y el impacto de las presiones financieras en los CCGs.

El estudio concluye que en un contexto de empeoramiento de los determinantes sociales de la salud y de austeridad financiera, las decisiones de los CCGs sobre recurrir a proveedores privados, basadas en la calidad prevista son a veces, pero no siempre, posibles: esto es, a veces son "accidentes" y a veces son "emergencias".

Antecedentes:

El NHS de Inglaterra lleva un período de 20 años de privatización a través del aumento de la externalización de la prestación de atención médica clínica al sector privado. Los servicios siguen siendo financiados por el NHS, se pagan en gran medida con los impuestos generales y, en su mayoría, son gratuitos, pero son prestados por una empresa privada. Los sucesivos gobiernos del Reino Unido han introducido reglamentaciones para facultar significativamente a las empresas privadas para que presten tratamientos en lugar de a los proveedores del NHS. En teoría, el NHS está diseñado para que los nuevos proveedores privados entren en el "mercado" una vez sean seleccionados activamente como la alternativa de mejor calidad para proporcionar atención médica, ya sea a través de la elección de su proveedor preferido por parte de los pacientes o a través de la puesta en marcha de servicios por parte de las juntas

regionales de salud (denominadas Clinical Commissioning Groups, CCG, en el momento de la investigación).

La implementación de esta forma de **"privatización a través de la externalización"** se basa y se justifica en la teoría de que **mejora la calidad de su servicio**. Una suposición subyacente común es que la prestación de servicios está vigilada por organizaciones estatales que seleccionan activamente a los proveedores de servicios en función de la calidad percibida. Pero no se sabe bien si esto sucede en la práctica.

Sin embargo, **no hay pruebas de que la tendencia al aumento de la privatización se haya correspondido con una atención de mejor calidad**. Se ha analizado si los resultados de salud de los pacientes difieren en función de donde se haya realizado los servicios, esto es, en hospitales privados o en los hospitales del NHS. El hallazgo es que **existe poca diferencia en los resultados de salud o en la satisfacción de los pacientes, pero se subraya que las comparaciones directas son difíciles de hacer, dadas las diferentes características y necesidades de salud de los pacientes en los diferentes sectores**.

Cuando se estudia a nivel agregado, los hallazgos indican que los aumentos en la subcontratación se asocian con peores resultados de salud en Inglaterra. En Italia también se observó una asociación entre el aumento de la provisión por empresas con fines de lucro y el aumento de las tasas de mortalidad durante el período de reformas privatizadoras. La ventaja de estos estudios es que evitan el inconveniente de comparar proveedores que desempeñan funciones distintas. Sin embargo, **los estudios a nivel agregado no pueden identificar fácilmente por qué la privatización se asocia con tasas de mortalidad más altas**.

En otras palabras, ¿por qué los CCGs del NHS utilizan cada vez más proveedores privados? Responder a esta pregunta es fundamental si queremos entender por qué la privatización podría estar asociada con algunos de los daños a la salud descritos posteriormente. **Si, por ejemplo, la privatización del NHS no se está produciendo para buscar una mayor calidad, podríamos entender por qué estos cambios se han asociado con peores resultados en algunos casos**.

Las claves de los procesos de privatización en el NHS de Inglaterra son cuatro "lugares donde se toma la decisión": 1) el gobierno central; 2) comisionados (CCG); 3) los proveedores (que actúan como organismos subcontratistas) y 4) los pacientes. Para que este proceso funcione como debería de ser, existe una cuestión importante para cada uno de estos lugares de toma de decisiones: **"si la decisión de aumentar el uso de proveedores privados tiene en su núcleo la intención de mejorar la calidad de la atención sanitaria"**. Si esta condición no se cumple en ninguno de los sitios, entonces la privatización podría haber ocurrido, bien a) de forma pasiva y no intencionada, como "externalización incontrolada", o bien b) debido a un fallo a la hora de incentivar o capacitar a los médicos clave para que den prioridad a la calidad de la asistencia sanitaria, esto es como una "externalización que no tiene en cuenta la calidad".

La dimensión de "calidad" en este marco trata de identificar cuándo la externalización está justificada por prioridades diferentes a la mejora de la calidad de los servicios. Esto es importante porque podría ayudar a explicar cuándo la privatización puede conducir a peores resultados. Es importante señalar que lo que se espera de los comisionados (CCG) es que tomen sus decisiones en función de una serie de factores que incluyen el **valor, el acceso a los servicios, el valor social y la sostenibilidad**. En consecuencia, un comisario podría dar prioridad a otro de esos factores y estar actuando perfectamente dentro de las directrices oficiales.

Para comprender mejor cuál es el escenario que mejor explica los recientes desarrollos de privatización en el NHS, este artículo tiene como objetivo proporcionar una discusión empíricamente informada **que aborde si la privatización es un intento activo de mejorar la atención médica en el NHS inglés; o un fenómeno no intencionado; o un proceso que no se centra en la calidad de la atención**.

Este documento indica las perspectivas y experiencias de los empleados en un lugar clave para la toma de decisiones, los CCGs, preguntándoles por qué y para qué se utilizan proveedores privados en el NHS.

Metodología:

Selección de participantes:

Para responder a estas preguntas, el autor siguió un diseño de investigación cualitativa, realizando entrevistas en profundidad con comisarios de salud individuales dentro de tres comisionados (CCGs). Los tres CCGs se seleccionaron con el único criterio de los niveles de provisión privada, así dos CCGs tenían altos niveles de provisión del sector privado y un CCG tenía niveles particularmente bajos de provisión del sector privado, considerando la base de datos de gasto de los comisionados.

El proceso siguió más o menos una guía para la entrevista. La mayor parte del tiempo se dedicó a discutir las respuestas a **dos preguntas abiertas: a) las razones percibidas por los interlocutores por las que el NHS utiliza el sector privado para proporcionar tratamientos de salud y b) las razones que explican la variación en los niveles de subcontratación del sector privado entre los diferentes CCGs**. En total se realizaron 20 entrevistas, que se consideraron suficientemente representativas, dada la repetición de las respuestas.

Resultados:

- **La variación en el uso del sector privado entre regiones, depende de la existencia de proveedores privados en los diferentes territorios**. Este tema pone de relieve que **las decisiones de los CCGs estaban sujetas al "mercado" de proveedores disponibles**, lo que indica que hay momentos en que los comisionados tienen poco poder para controlar la externalización y pueden conducir a una externalización incontrolada.

En general, se consideró que la ruralidad del CCG era algo que provocaba una escasez de proveedores del sector privado y que daba lugar a bajos niveles de prestación de servicios por el sector privado.

La base de muchas de las discusiones era "**la libertad de elección**". Ello significaba que los comisionados, a veces, se veían obligados a financiar una variedad de proveedores para que los pacientes pudieran elegir.

Sin embargo, este marco también ha dado lugar a algunas prácticas problemáticas en opinión de los participantes entrevistados. Los comisionados indicaron que los proveedores privados podrían crear una demanda de tratamientos mediante publicidad agresiva de los servicios o simplemente podrían tratar a más personas mediante la explotación de contratos con especificaciones más amplias sobre los servicios (con menos requerimientos en los tratamientos). En el peor de los casos, para los participantes, la publicidad directa al consumidor en Inglaterra hizo que se tratara a pacientes que se consideraba que no necesitaban una intervención quirúrgica. En ocasiones, por ejemplo, los comisarios observaron que los proveedores privados de cirugías de cataratas no daban prioridad a los intereses de los pacientes. Habían recibido folletos en casi todos los hogares, algunos de ellos están vinculados también a los servicios de atención primaria para tener un enlace directo..." **Esto se explicó como potencialmente "problemático", ya que afecta a las finanzas del CCG y también podría poner a los pacientes en riesgo por los problemas relacionados con la cirugía, sin que se les informe adecuadamente**

- **Los participantes expresaron con frecuencia la importancia del liderazgo de las personas de las organizaciones encargadas de los servicios a la hora de decidir si se recurría a proveedores del sector privado para los tratamientos del SNS.**

Esto es importante porque indica que una razón clave que explica los diferentes niveles de externalización regional puede ser porque haya una persona especialmente influyente en un órgano de contratación. Fue percibido como una diferencia de opinión sobre la mejor manera de satisfacer las necesidades de la población, una especie de filosofía de la prestación de servicios de salud, tanto a favor como en contra de la externalización.

- **Fracaso de los proveedores del NHS a la hora de satisfacer la demanda: el sector público infra financiado y el sector privado como "válvula de escape"**

Una de las razones percibidas para la subcontratación al sector **privado era cuando los proveedores del NHS no lograban la cantidad o la calidad de los servicios**. Este tipo de externalización a menudo pone la decisión en manos de los comisionados y describe situaciones de externalización proactiva, pero a veces deja de lado la calidad de cada proveedor, lo que indica el potencial para una privatización que "descuida la calidad". Por ejemplo, los participantes indicaron que, si **los tiempos de espera** aumentaran para los proveedores del NHS, el sector privado recibiría más tratamientos del NHS para reducir ese

tiempo. También explican por qué se utiliza, principalmente para hacer frente a la cantidad insatisfecha de tratamientos.

Un aspecto importante de no poder satisfacer la demanda por el servicio público fue la **falta de financiación a largo plazo del NHS**. Algunos CCGs ampliaron la contratación de los proveedores privados para poder acceder al capital de una manera que el NHS no podía, lo que significa que la expansión de la atención médica a menudo era cubierta por proveedores privados.

Otra forma de capital indicada por varios participantes fue **la disponibilidad de mano de obra**. Algunos sugirieron que **la mano de obra** era el factor limitante en cualquier intento de ampliar la oferta del sector público.

- **La paradoja de la austeridad: "no tenemos dinero, no podemos externalizar" vs "no tenemos dinero, tenemos que externalizar"**.

Los participantes en la encuesta no estuvieron de acuerdo acerca de la probable relación general entre los niveles de financiación del CCGs y la propensión a utilizar el sector privado. Algunos consideraron que era necesario que los CCGs, con limitaciones financieras, adquirieran servicios del sector privado para ahorrar dinero.

Otros consideran que el sector privado es más barato porque tienen más flexibilidad (por ejemplo, una consulta telefónica vs presencial) y también porque seleccionan y realizan procesos menos complejos.

- **Los resultados de este estudio indican que la externalización al sector privado puede, a veces, basarse en una motivación para mejorar la calidad, pero que también puede ocurrir como una externalización incontrolada y que descuida la calidad.**

La externalización no controlada fue claramente descrita por los comisionados cuando la localización e imposición de proveedores privados significaba que no podían controlar el proceso de prestación de servicios de salud. Los comisionados no siempre seleccionaban activamente a los proveedores de mejor calidad porque a veces estaba fuera de su control. Esta externalización incontrolada puede ser una de las formas en que la privatización no está mejorando la calidad de la atención.

Muchos de los resultados de este estudio reflejan un período en el que el servicio de salud está **infra financiado** y privado de los recursos necesarios por parte del gobierno central: los procesos afectados por la falta de financiación y la austeridad probablemente fueron una forma de privatización que **"descuida la calidad"**. Por ejemplo, la externalización para reducir los tiempos de espera o los costes podría representar un "descuido de la calidad" si la falta de financiación no ha permitido que el proveedor de mejor calidad preste los servicios. El presupuesto del NHS ha ido aumentando a un ritmo inferior a la media desde 2009 y los comisionados han recibido presupuestos que subestiman los aumentos

esperados de las necesidades. **La falta de financiación podría estar apuntalando algunos de los tipos más preocupantes de privatización del NHS en Inglaterra.**

Limitaciones del estudio:

Este artículo utiliza un análisis de las percepciones y experiencias de los comisionados para responder al motivo por el que el NHS utiliza cada vez más proveedores privados para realizar tratamientos. El documento se centra en los comisionados porque son los encargados de supervisar el mercado mixto en cada región de Inglaterra, pero este enfoque inevitablemente pierde las experiencias de las personas que trabajan en los proveedores sanitarios, los responsables de la formulación de políticas centrales y los pacientes. **Estos otros actores pueden tener otros puntos de vista y experiencias que conduzcan a explicaciones alternativas de por qué el NHS utiliza proveedores privados.**

Este estudio también genera evidencia basada en **tan sólo 3 CCG**. Los resultados deben ser probados para determinar su generalización en todo el ámbito del NHS en Inglaterra en futuras investigaciones utilizando **métodos cuantitativos**. Una limitación similar radica en cuantificar el alcance de cada tema y la razón del aumento de la privatización. No era el objetivo de este documento evaluar qué parte de los aumentos en la privatización se deben, por ejemplo, a niveles inadecuados de financiación del NHS, en comparación con el impulso de la demanda por parte de proveedores privados agresivos. Una vez más, **la investigación futura debe utilizar el análisis cuantitativo para explorar cuáles son las principales razones para el aumento de la privatización.**

Conclusiones:

El NHS ha experimentado un aumento de los niveles de privatización a medida que los proveedores privados ofrecen más tratamientos año tras año. Las razones de este fenómeno a corto plazo pueden estar relacionadas con el **deterioro de la capacidad de los proveedores del NHS para satisfacer las demandas requeridas por la población** desde hace ya tiempo, debido a la falta de financiación. A largo plazo, las reformas de la mercantilización han creado un servicio en el que los proveedores privados a veces no están restringidos por el NHS y se les permite forzar nuevos aumentos de privatización.

3.4. The case against outsourcing from healthcare services.

- **Autores:** Benjamin Goodair y Aaron Reeves.
- **Institución:** Department of Social Policy and Intervention, University of Oxford, Oxford, UK.
- **Fecha de aceptación del artículo:** 30/11/2023.
- **Publicado en:** Elsevier España, S.L.U.
- **Financiación:** Wellcome Trust.
- **DOI:** 10.1016/j.gaceta.2024.102362.

Introducción:

La privatización de la atención sanitaria, a través de la externalización a proveedores privados de servicios financiados con fondos públicos, corre el riesgo de generar peores resultados de salud, en promedio, para los pacientes y los usuarios de los servicios.

En la práctica, la introducción de esos mecanismos rara vez ha producido los resultados esperados. Cuando se ha realizado la externalización, por lo general **se ha llevado a cabo de manera gradual, con servicios aislados transferidos al sector privado** y desplazando los modelos de gestión pública por mercados mixtos. Este enfoque fragmentado ha creado experimentos políticos que permiten a los investigadores aprovechar la variación en los niveles de externalización para identificar el impacto de estas reformas. Los resultados son preocupantes. Los estudios de este tipo suelen encontrar que los aumentos en la subcontratación de proveedores con fines de lucro responden con aumentos en las tasas de mortalidad por causas evitables.

Estos estudios intentan medir el impacto total de la externalización en todo el sistema. Hay algunas **limitaciones** en ellos, por supuesto. **No pueden, por ejemplo, afirmar que han identificado una relación causal, dado que la aleatorización de los pacientes entre los servicios públicos y los externalizados**, en toda la atención sanitaria, sería imposible en esta situación. **Esto significa que debemos ser cautelosos a la hora de atribuir los daños a los proveedores privados per se.**

Implicaciones y significado:

El aumento de la prestación de servicios por parte de proveedores con fines de lucro puede dar lugar a que reduzcan costes, prioricen las ganancias y tengan peores impactos en la salud de los pacientes. La externalización también puede afectar a la capacidad de los hospitales públicos para ofrecer la mejor calidad de atención posible. En nuestra opinión, entonces, es probable que la externalización, en promedio, haga más daño que bien, en la mayoría de los contextos de atención médica en los que se dispone de pruebas. **Esto significa que los considerables 8.240 millones de euros gastados por España en 2019 en externalización de la asistencia sanitaria del sector privado pueden preocupar tanto a los responsables políticos como a los pacientes.**

¿Por qué no puede existir una buena externalización?

¿No existe el riesgo de que estemos describiendo la externalización de una manera demasiado simplista? Algunas formas de externalización pueden ser buenas para la salud o, al menos, el ahorro de costes puede valer la pena por las pequeñas reducciones en la calidad de la atención que conlleva. También es posible que aún no hayamos visto los beneficios reales de la externalización porque estos mercados mixtos simplemente no pueden funcionar de la manera en que se pretende que funcionen otros mercados "más puros". Algunos pueden argumentar que, con el marco regulatorio correcto, las condiciones de mercado favorables y los acuerdos de contratación correctos, **los beneficios de la subcontratación son posibles**. Tal vez para ciertos tipos de servicios fáciles de prestar. De hecho, tal vez si permitimos que los hospitales públicos fracasen, o damos a los pacientes más opciones, o relajamos los permisos de concesión de licencias, entonces incluso los modelos de externalización de la privatización darán sus frutos. Sin embargo, estos argumentos no están respaldados por pruebas que aún no hayan identificado una forma coherente de "buena externalización".

El problema con este argumento es que es exactamente el mismo argumento que esgrimieron aquellos que querían llevar la externalización a sus niveles actuales. **No han funcionado hasta ahora, la evidencia sobre la rentabilidad de la externalización es débil o apunta en la dirección opuesta, y no está claro que "más de lo mismo" traiga resultados diferentes**. De hecho, existe un riesgo real de que profundizar en estas reformas pueda tener consecuencias desastrosas para quienes dependen de los servicios sanitarios.

¿Deberían los gobiernos volver a nacionalizar?

La externalización ha sido una "solución" política dominante planteada por gobiernos de diferentes convicciones políticas durante más de 40 años. Si adoptamos la posición de que no ha dado los resultados prometidos y, lo que es peor, ha dado lugar a peores resultados sanitarios, ¿qué opciones deja eso a los políticos y a los profesionales con la esperanza de reformar los servicios para mejor?

Los gobiernos progresistas deben trabajar para recuperar la narrativa de que una agenda reformista y de pensamiento moderno puede, en línea con los objetivos políticos de todo el espectro, aspirar a desmercantilizar la atención médica. Si bien esto implicará un esfuerzo ponderado para revocar las condiciones legales y económicas que sustentan la privatización, una agenda basada en la desmercantilización de la atención tendría como objetivo reducir la dependencia del servicio en el mercado. Y, al hacerlo, protegerlo de los resultados negativos descritos en este artículo.

3.5. Avoidable hospital admissions depend on the primary healthcare governance model? A global health perspective from Europe countries.

- **Autores:** João Paulo Magalhães^{1,2,3}, Joana Pestana⁴, Renato Lourenço Silva⁵, António Pereira^{6,7,8}, André Biscaia^{8,9}.
- **Instituciones:**
 - ¹Camões -Instituto da Cooperação e da Língua, I.P., Lisbon, Portugal.
 - ²NOVA Health Systems and Policies Research Group, NOVA University Lisbon, Lisbon, Portugal
 - ³Global Health & Tropical Medicine, Institute of Hygiene and Tropical Medicine, NOVA University Lisbon, Lisbon, Portugal.
 - ⁴NOVA School of Business and Economics, NOVA University Lisbon, Carcavelos, Portugal
 - ⁵Public Health Unit, Lisboa Central, Lisbon and Tagus Valley Health Regional Administration of Health, Lisbon, Portugal.
 - ⁶Family Health Unit, Unidade de Saúde Familiar Prelada, ACES Porto Ocidental, Porto, Portugal.
 - ⁷PHC-Commissioning Department, Northern Regional Administration of Health, Porto, Portugal.
 - ⁸CINTESIS@RISE –Center for Health Technology and Services Research, Faculty of Medicine, University of Porto, Porto, Portugal.
 - ⁹Family Health Unit, Unidade de Saúde Familiar Marginal, ACES Cascais, Lisbon and Tagus Valley Health Regional Administration of Health, Lisbon, Portugal Instituto da Cooperação e da Língua, I.P., Lisbon, Portugal.
- **Fecha de aceptación:** 17/05/2023.
- **Publicado en:** American Journal of Economics and Sociology, 83, 127–141.
- **Ámbito geográfico:** Europa.
- **DOI:** 10.1111/ajes.12523.

Introducción:

El modelo de gobernanza de la Atención Primaria de Salud (APS), es decir, su sistema de financiación podría influir en los resultados sanitarios, especialmente en las enfermedades crónicas, a través de los ingresos hospitalarios evitables. Por lo tanto, el objetivo del estudio es evaluar cómo el modelo de gobernanza financiera de la APS determina los ingresos hospitalarios evitables y cómo interactúa con el sistema de financiación del sistema sanitario.

En este sentido, se realizó un estudio observacional en el que se comparó el tipo de empleo del médico de familia (público y autónomo/privado) con el asma y la EPOC, y la AVH de la diabetes por cada 100.000 habitantes en 26 países de la región europea. Se consideraron 4 modelos de regresión con determinantes estructurales, prestación de servicios y regímenes

de FSS. El grupo de médico general autónomo/empleado privado asociado a un sistema de seguridad social se asoció significativamente con una mayor AvH total. La AvH de la diabetes se asoció significativamente con el aumento de la cobertura ambulatoria de los médicos generalistas (modelo 1) y la disponibilidad de médicos generalistas (modelo 2) en un grupo de médicos generalistas autónomos/empleados privados. Aunque con algunas limitaciones de equidad y categorización, los resultados muestran que el modelo de gobernanza puede influir en los resultados sanitarios de la población.

Metodología:

El estudio realizado incluyó 156 sistemas sanitarios de 26 países a lo largo de los tres años de análisis y para dos grupos de enfermedades, distribuidos por tipo de empleo del médico general (empleo público y autónomo/privado). El grupo de médicos de cabecera empleados públicamente, en comparación con los empleados por cuenta propia o privada, presentó una disponibilidad de médicos de cabecera ($p < 0,05$) y una cobertura de servicios de médicos de cabecera ($p < 0,05$) significativamente inferiores desde el punto de vista estadístico. Además, la carga de morbilidad fue significativamente mayor desde el punto de vista estadístico ($p < 0,05$) en la población del grupo de médicos de cabecera empleados públicos, y el gasto sanitario per cápita fue inferior ($p < 0,05$) que en el grupo de médicos de cabecera empleados por cuenta propia o privada. No se observaron diferencias estadísticas entre los grupos de población de edad avanzada. En la descripción por tipo de empleo del médico de cabecera, se observa que, en los sistemas sanitarios basados en impuestos, el 80% son empleados públicos.

Resultados:

Teniendo en cuenta los resultados no ajustados y agregados del estudio -el total de ingresos hospitalarios evitables- y para cada grupo de enfermedades, la media fue, respectivamente, de 165,0 por 100.000 habitantes, para el asma y la EPOC fue de 156,2 por 100.000 habitantes y para la diabetes fue de 189,8. Cuando se desagrega por tipo de empleo del médico de cabecera la tasa es mayor para la población cubierta con médico de cabecera autónomo/empleo privado (146,0 frente a 180,73), aunque no es estadísticamente significativa. El mismo patrón se observó para las diferencias de media en cada año de análisis, en el que el grupo de médicos de cabecera con empleo público tuvo menos ingresos hospitalarios evitables.

Los médicos de cabecera que trabajan con un salario por contrato público ofrecen resultados de salud de mejor calidad, ya que es más probable que eviten los ingresos hospitalarios causados por condiciones sensibles a la APS. Estos resultados de admisiones hospitalarias están directamente relacionados con la cobertura ambulatoria de los médicos de cabecera que trabajan bajo contratos privados o como autónomos y se ven particularmente reforzados por los planes privados de financiación, en comparación con los planes gubernamentales basados en impuestos. El patrón entre el tipo de empleo del médico de cabecera también se observa en la última década, lo que apoya la hipótesis inicial, después de

los efectos de la crisis económica global a partir de 2008. Además, las afecciones asma y EPOC fueron más sensibles a los esquemas de la financiación, probablemente debido al hecho de que el manejo de la diabetes está bien estandarizado en todas las prácticas de APS y está menos determinado por factores ambientales.

En los sistemas de salud privado, hay más probabilidades de que los pacientes accedan a especialistas de atención especializada, en función de la percepción de sus necesidades sanitarias, con más posibilidades de fragmentación de la atención y bajos niveles de continuidad asistencial (especialmente para las ENT que más afectan a la salud de la población), Por otra parte, la APS, en la que los médicos de cabecera trabajan con contratos privados con organismos públicos, suele financiarse con métodos de pago por servicio, lo que a su vez incentiva una práctica médica más centrada en la producción (resultados) que en la creación de salud (resultados sanitarios). Asimismo, teniendo en cuenta los efectos de la continuidad entre niveles de atención, los pacientes de los modelos de atención integrada tenían una probabilidad significativamente menor de ingresos hospitalarios evitables por diabetes y enfermedades respiratorias en comparación con los de los modelos de atención estándar. Estos efectos podrían explicar una tendencia de los intereses comerciales en la asistencia sanitaria, incurriendo en riesgos morales, como la economía de la salud ya descrita en otros lugares, donde la eficiencia podría ser un valor más valorado que la eficacia.

Otra consideración importante es la libertad de elección de las personas entre los distintos niveles de atención, sobre todo cuando no se produce una derivación del médico de cabecera. La alfabetización sanitaria y las conductas de búsqueda de atención sanitaria están directamente relacionadas con la asimetría de información que tienen los pacientes, prácticamente en todos los sistemas sanitarios y poblaciones. Las diferencias y el poder de información del personal sanitario, altamente especializado con formación y conocimientos, hacen que los pacientes sean especialmente vulnerables a sus propias decisiones. Teniendo en cuenta la cobertura ambulatoria de los servicios, cada vez es mayor la proporción de la población que adquiere un seguro de enfermedad voluntario, para eludir los tiempos de espera en la atención y gestionar su comportamiento de búsqueda de asistencia sanitaria, lo que es a la vez legítimo y un reto para la gestión global del sistema. En consecuencia, los mecanismos de gobernanza en juego, como la regulación, la transparencia y la participación, son esenciales para ajustar tanto los servicios sanitarios como las expectativas de la población. Las funciones de control de acceso y las buenas prácticas de APS pueden marcar toda una diferencia en la salud de la población, como muestra este estudio.

Conclusiones:

Dado que las enfermedades no transmisibles son la principal causa de limitación, incapacidad y muerte en todo el mundo, y afectan de forma desproporcionada a los países de ingresos medianos y, en particular, a los grupos de edad prematura, este estudio trata de aportar más información de cara a futuras decisiones sobre el avance de la cobertura sanitaria universal en todo el mundo.

La APS es el pilar central de cualquier sistema sanitario y sólo puede alcanzarse si este nivel de atención puede garantizar un acceso asequible y una atención de calidad, evitando riesgos financieros para los pacientes. El estudio pretende seguir el debate actual sobre cómo transformar los sistemas sanitarios para que sean más sostenibles desde el punto de vista social, económico y medioambiental y ayuden a alcanzar los Objetivos Mundiales de Desarrollo Sostenible de 2030.

3.6. Increased NHS outsourcing to the private sector must be balanced with the needs of trainees.

- **Autores:** Utkarsh Ojha¹, Akbar Karimi² y Pranev Sharman¹.
- **Instituciones:**
 - ¹Royal Brompton and Harefield Hospitals, Harefield, UK.
 - ²Chelsea and Westminster Hospital, London, UK.
- **Publicado en:** BMJ.
- **Fecha de publicación:** 10/01/2024.
- **Ámbito geográfico:** Inglaterra.
- **Financiación:** ninguna.
- **DOI:** 10.1136/bmj.q45.

Introducción:

El NHS se enfrenta a un reto importante a la hora de hacer frente a la acumulación de listas de espera clínicas, diagnósticas y de procedimientos tras la pandemia de covid. El NHS ha considerado la posibilidad de aumentar la subcontratación al sector privado para hacer frente a la creciente demanda. La prestación de servicios del NHS por parte del sector privado siempre ha sido un tema polémico en el Reino Unido: los argumentos económicos, sociales y éticos se destacan con frecuencia en oposición a un sistema de salud privatizado.

La externalización de los servicios del NHS a empresas privadas se ha relacionado además con muertes evitables.

A menudo se pasa por alto el impacto de la externalización del NHS en la formación médica. El aumento de la privatización de la atención médica puede plantear un desafío para los estudiantes de medicina y puede resultar en una disminución de los estándares en la atención clínica, la prestación de servicios y la seguridad del paciente. Desde la pandemia de covid, los proveedores de servicios sanitarios independientes han obtenido una mayor parte de la atención del NHS, que ha pasado de menos del 4% del gasto total en 2013 a más del 6% en 2020. Esto ha suscitado preocupación, especialmente entre los estudiantes de medicina del Reino Unido. Una encuesta reciente realizada por el Real Colegio de Oftalmólogos destacó que, aunque tener acceso a las instalaciones de capacitación y a las listas de pacientes de proveedores de atención médica independientes fue una experiencia positiva para la mayoría de los aprendices, la accesibilidad varió considerablemente según la región.

Los médicos en formación también han denunciado incoherencias en la formación en algunos centros sanitarios independientes, sin un programa de formación claro ni supervisores designados. Se encontró que las oportunidades de capacitación eran más accesibles para los aprendices de alto nivel, incluidos los médicos, que ya tenían una experiencia significativa y requerían una supervisión menos intensiva. Esto bajó la moral de los aprendices jóvenes y provocó cierta ansiedad por completar su entrenamiento.

Las recientes disputas contractuales y las acciones laborales de los médicos han puesto los problemas de la fuerza laboral en primer plano en nuestras mentes. Un método común a corto plazo para llenar las brechas de la fuerza laboral es que los hospitales anuncien el trabajo de suplente, pero las oportunidades para los aprendices en el sector privado están aumentando. Los puestos de suplentes privados pueden ofrecer tarifas mejores que las ofrecidas por el NHS, a menudo para trabajos de agudeza comparativamente más bajos.

Los proveedores privados también pueden anunciar puestos vacantes a largo plazo con salarios más competitivos, lo que podría alejar a más médicos jóvenes del trabajo en el NHS. Un análisis reciente de la formación ortopédica en el sector independiente ha demostrado que las instituciones privadas en su estado actual no pueden satisfacer las necesidades curriculares. Sin embargo, estos incentivos financieros siguen atrayendo a médicos en formación que, de otro modo, llenarían los vacíos de turnos del NHS.

Resultados:

Los médicos aprendices tienen una menor exposición a casos complejos. Las diferencias geográficas sustanciales en la disponibilidad y el uso de proveedores de servicios de salud privados para la atención del NHS en el Reino Unido indica que existe una posible "fuga de cerebros" de los estudiantes de medicina de las zonas más rurales hacia los centros de capacitación independientes para obtener mejores salarios, lo que agravaría los problemas actuales en la prestación de servicios y la fuerza laboral. No es raro que las demandas de la brecha de rotación resulten en que **más aprendices jóvenes tengan que "dar un paso adelante"** y actuar por encima de su competencia. Esto no solo afecta a su propia formación, sino que supone una preocupación para la seguridad del paciente.

Conclusiones:

El uso de servicios privados puede conducir a una selección preferencial de pacientes para obtener ganancias financieras, dejando que los servicios del NHS brinden tratamientos más exigentes. La Red de Información de Salud Privada informó de que uno de cada 1000 pacientes privados requirió traslado a un hospital del NHS después de complicaciones de procedimiento. Otro informe encontró que cada punto porcentual de aumento de la subcontratación privada correspondía a un aumento anual de la mortalidad prevenible del 0,38%.² Se han sugerido varias razones para explicar esta asociación, entre ellas una menor adherencia a las directrices estandarizadas. Anteriormente se habían planteado preocupaciones acerca de la laxitud de las normas de investigación y capacitación en los centros privados. **Por lo tanto, la selección preferencial de pacientes en el sector independiente reduce la exposición de los aprendices a casos complejos y corre el riesgo de crear una nueva generación de médicos con menos competencia.**

El NHS sigue enfrentándose a importantes retos a la hora de hacer frente a la acumulación de servicios médicos tras la pandemia de covid y, más recientemente, a las huelgas de médicos y aprendices en formación. A medida que aumenta la externalización de servicios al sector privado, debemos escuchar las preocupaciones planteadas por los médicos en formación sobre su impacto perturbador en su formación. **Será necesario introducir disposiciones para evitar la desigualdad en el acceso a la formación en las instituciones privadas sobre la base de la ubicación geográfica. Y es necesario prestar mayor atención a la distribución adecuada de la fuerza laboral para evitar exacerbar la escasez de personal existente.**

En una era postpandemia, equilibrar las demandas de los retrasos en los servicios y, al mismo tiempo, **garantizar que los estándares de la formación de los médicos jóvenes no se vean comprometidos es esencial, tanto para la sostenibilidad a largo plazo del NHS como para mantener la seguridad y la calidad de la atención al paciente.**

3.7. For-profit health care might be damaging population health.

- **Autor:** Andrew Street.
- **Institución:** The London School of Economics and Political Science London, UK.
- **Publicado en:** The Lancet Public Health.
- **Fecha de publicación:** 04/07/2022.
- **Ámbito geográfico:** Inglaterra.
- **Financiación del artículo:** ninguna.
- **DOI:** 10.1016/S2468-2667(22)00142-6.

Introducción:

Durante mucho tiempo se ha discutido sobre el papel que debe desempeñar el sector privado en el sistema de salud del Reino Unido, donde la prestación está dominada por el NHS. Siempre ha existido cierto nivel de prestación mixta público-privada en la atención sanitaria del Reino Unido, con más de 500 hospitales privados actualmente en el Reino Unido, muchos médicos senior del NHS que también trabajan a título privado, y consultorios generales de propiedad privada.

Pero a lo largo de los años ha habido preocupación por la llamada privatización progresiva, particularmente en Inglaterra. En las décadas de 1980 y 1990, los sucesivos gobiernos conservadores impulsaron la licitación competitiva y la subcontratación de servicios auxiliares, en particular limpieza y restauración, y de servicios de gestión. Los gobiernos laboristas de la década de 2000 permitieron que las empresas privadas compraran consultorios generales y establecieran centros de tratamiento. La Ley de Salud y Asistencia Social promulgada en 2012 por el gobierno de coalición conservador-liberal demócrata exigía a los comisionados del NHS que licitaran abiertamente los servicios, prohibiendo la preferencia anticompetitiva por la prestación interna por parte del NHS.

El estudio publicado en The Lancet Public Health por Benjamin Goodair y Aaron Reeves arroja luz sobre el impacto de los requisitos de externalización de la Ley de Salud y Asistencia Social. Los autores identificaron todos los contratos de adquisición del sector privado por encima del valor de 25 000 libras esterlinas celebrados por 173 de los grupos de comisionamiento clínico (CCG) de Inglaterra entre abril de 2013 y febrero de 2020. Es importante destacar que los autores pudieron determinar qué contratos fueron a proveedores con fines de lucro y cuáles a organizaciones sin fines de lucro. Este enfoque les permitió centrarse específicamente en el comportamiento de búsqueda de beneficios en lugar de la propiedad privada en general. Durante el período de estudio, los contratos con proveedores con fines de lucro aumentaron de menos del 4% del gasto total en adquisiciones a más del 6%. También hubo una variación geográfica considerable entre los CCG, ya que la proporción del gasto en adquisiciones gastado en empresas con fines de lucro osciló entre el 2% y el 20% en los CCG.

Los autores explotaron esta variación temporal y espacial para identificar el impacto en la salud de estos diferentes patrones de adquisición. Su principal conclusión es que dicha externalización era perjudicial para la salud de las poblaciones locales : un aumento de un punto porcentual en las adquisiciones anuales del sector privado con fines de lucro fue asociado a un aumento anual posterior del 0,38% en la mortalidad tratable.

¿Por qué estas adquisiciones pueden ser perjudiciales para la salud? Podría haber un efecto directo, si las empresas con fines de lucro toman atajos en su búsqueda de ganancias, con la calidad de la atención sufriendo como consecuencia. **Pero es poco probable que este haya sido el principal impulsor aquí, dado que la mayor parte del crecimiento de la financiación se destinó al apoyo empresarial y a las tecnologías de la información.** En cambio, el efecto podría ser indirecto, capturando el costo de oportunidad de desviar dinero a empresas privadas con fines de lucro que de otro modo habrían estado disponibles para organizaciones sin fines de lucro o el propio NHS. Pero, como admiten los autores, se trata de una explicación especulativa.

Conclusiones:

A pesar de la incapacidad de establecer un mecanismo causal, el estudio se suma a la base de evidencia que examina los efectos de la privatización en el sistema de salud en Inglaterra. En el lado negativo, se ha demostrado que un mayor gasto en consultores de gestión reduce la eficiencia de la organización; La limpieza hospitalaria por parte de proveedores privados ha demostrado ser "más barata pero más sucia" que cuando se realiza en casa; y a pesar de que el Gobierno del Reino Unido asignó 37.000 millones de libras esterlinas al sistema de pruebas y rastreo del NHS (la cantidad real gastada podría haber sido de 29.500 millones de libras esterlinas. En el lado positivo, **los pacientes tratados en centros de tratamiento del sector privado tienen mejores resultados, tienen una estancia más corta y menos reingresos que los tratados en los hospitales del NHS**, incluso después de tener en cuenta las diferencias entre casos y mezclas de los mismos.

Estos mensajes contradictorios sobre los beneficios de un sistema mixto de provisión pública y privada implican que **se debe adoptar un enfoque cauteloso para cambiar aún más la combinación.** Los proveedores con fines de lucro pueden asegurar mayores ganancias para sus accionistas al ser innovadores y adoptar rápidamente las últimas tecnologías. Pero una ruta más rápida para obtener ganancias podría significar comprometer la calidad de la atención médica. La única protección contra este arma de doble filo cuando se adquieren servicios privados de atención de la salud es a través del **contrato: las normas de calidad deben estar plenamente detalladas, debe haber un seguimiento cuidadoso del desempeño y debe haber una aplicación estricta cuando las normas no se cumplen.**

Si los comisionados pudieran compartir sus contratos entre sí, aprenderían unos de otros cómo mejorar sus especificaciones. Pero en Inglaterra, y a diferencia de Escocia, la mayoría de estos contratos se han considerado confidenciales desde el punto de vista comercial, lo que garantiza que las empresas con fines de lucro disfruten de una ventaja informativa en las

negociaciones y hace más probable que se sacrifique la calidad en aras de obtener beneficios. Si va a haber más privatizaciones en el NHS en Inglaterra, es necesario eliminar las protecciones de confidencialidad comercial.

3.8. The return of inverse care: Case Study of elective hip surgery.

- **Autores:** Graham Kirkwood y Allyson M. Pollock.
- **Institución:** Population Health Sciences Institute, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, England.
- **Publicado en:** The Lancet Regional Health – Europe 2022;21: 100495.
- **Fecha de publicación:** 22/08/2022.
- **Ámbito geográfico:** Inglaterra.
- **Financiación del artículo:** ninguna.
- **DOI:** 10.1016/j.lanep.2022.100495.

Introducción:

Un nuevo artículo ha encontrado que las desigualdades en el acceso al tratamiento para el reemplazo electivo de cadera han aumentado para los grupos más pobres en comparación con el grupo más rico en Inglaterra durante un período de diez años, de 2006 a 2016. Este no es el caso de Gales. Wyatt, Rowena, Moore y Revell investigan las desigualdades en el acceso a través del prisma de la artroplastia de cadera, una operación electiva altamente rentable. Los autores estiman la necesidad de reemplazo de cadera para Inglaterra aplicando el Oxford Hip Score a los datos del Estudio Longitudinal Inglés de Envejecimiento para los años 2006, 2008, 2010, 2012, 2014 y 2016 y para cada quintil de privación. Utilizando modelos de regresión binomial negativa, calculan los cocientes de riesgo de incidencia ajustados por edad y sexo para la necesidad. Compararon la necesidad de reemplazo de cadera para pacientes que viven en las partes más y menos desfavorecidas socioeconómicamente de Inglaterra con el quintil medio, el grupo de referencia. Encontraron que el grupo más desfavorecido tenía un 136% y un 148% más de probabilidades de necesitar un reemplazo de cadera en 2006 y 2016, respectivamente, mientras que sus contrapartes en las áreas más prósperas tenían un 55% y un 34% menos de probabilidades en 2006 y 2016, respectivamente.

Utilizando datos hospitalarios rutinarios de NHS England Hospital Episode Statistics y NHS Wales Patient Episode Dataset para analizar las diferencias socioeconómicas en las tasas de tratamiento electivo financiado por el NHS, encontraron que, en comparación con el grupo de referencia, los pacientes en las áreas más desfavorecidas de Inglaterra tenían un 19% y un 20% menos de probabilidades de recibir un reemplazo de cadera en 2006 y 2016, respectivamente. Por el contrario, el grupo menos desfavorecido tenía un 5% menos de probabilidades y un 3% más de probabilidades de recibir tratamiento en 2006 y 2016, respectivamente.

Conclusiones:

La pregunta que surge de estas cifras es, ¿cuál ha sido el impacto de las reformas del NHS inglés desde 2002? Desde 2002, la política del gobierno en Inglaterra ha sido aumentar el uso del sector privado en el NHS para la cirugía electiva y el diagnóstico. Este no es el caso de Gales. El propio análisis de las estadísticas de episodios hospitalarios ha encontrado que en el último trimestre de 2018/19, el 33,5% de los reemplazos electivos de cadera financiados por el NHS fueron realizados por el sector privado. No hay datos comparables para Gales. En 2012, la política de contratación del NHS para comprar la provisión del sector privado se hizo obligatoria en Inglaterra.

En lugar de reconstruir la falta crítica de capacidad del NHS expuesta por el covid y que se manifiesta como un aumento de las listas de espera, la política del gobierno es utilizar el sector privado independiente para llenar el vacío. Su "Marco Nacional de Aumento de la Capacidad" anticipa un gasto anual de 2.500 millones de libras esterlinas en actividades electivas de proveedores del sector privado, lo que supone casi el doble del gasto de 2018 y 2019. Al mismo tiempo, los hospitales del NHS en Inglaterra pueden generar hasta la mitad de sus ingresos de actividades privadas, de modo que, hasta la mitad de las camas, la capacidad y la mano de obra del NHS pueden dedicarse a pacientes privados.

En 2006, el entonces presidente del Real Colegio de Cirujanos, Bernard Ribeiro, advirtió que la política de utilizar el sector privado estaba "dejando las instalaciones existentes del NHS infrautilizadas, con un efecto nocivo concurrente en los frágiles saldos financieros del NHS Trust".

La investigación actual está anulando las conclusiones anteriores de que las políticas favorables a la competencia estaban teniendo efectos positivos en el NHS.⁷ Las conclusiones de Wyatt de que **no hubo mejoras en la desigualdad y de que la desigualdad en la atención secundaria empeoró en Inglaterra en 20 años de mercantilización** deberían ser una señal de alerta para nuevas reformas de mercado. Su investigación ha demostrado que, **tanto en Inglaterra como en Escocia, la provisión privada financiada por el NHS ha sustituido a la provisión del NHS y ha favorecido a los pacientes que viven en las áreas más prósperas.**

Investigaciones recientes revelaron que por cada uno por ciento de aumento anual en la subcontratación del NHS al sector privado, el aumento anual de la mortalidad tratable era de 0,29 muertes por cada 100.000 habitantes. Desde 2014, se ha descubierto que la externalización está asociada con un estimado de 557 muertes tratables adicionales en los 173 CCG analizados.

3.9. Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review.

Información sobre el artículo:

- **Autores:** Florian M. Kruse¹, Niek W. Stadhouders¹, Eddy M. Adang², Stef Groenewoud³ y Patrick P.T. Jeurissen^{1,4}.
- **Instituciones:**
 - ¹Celsus Academy for Sustainable Healthcare, IQ Healthcare, Radboud University Medical Center, Nijmegen, The Netherlands.
 - ²Department for Health Evidence, Radboud University Medical Center, Nijmegen, The Netherlands.
 - ³Celsus Academy for Sustainable Healthcare, IQ Healthcare, Radboud Institute for Health Sciences, Radboud University Medical Center, Nijmegen, The Netherlands.
 - ⁴Ministry of Health, Welfare, and Sport, The Hague, the Netherlands.
- **Publicado en:** Int J Health Plann Mgmt. 2018;33:e434-e453.
- **Fecha de aceptación del artículo:** 18 de enero de 2018.
- **DOI:** 10.1002/hpm.2502.

Objetivo del artículo:

Los países europeos han ampliado el alcance de la prestación privada dentro de sus sistemas de atención de la salud. Se ha sugerido la privatización de los servicios como un medio para mejorar el acceso, la calidad y la eficiencia de la atención de la salud. Esto plantea interrogantes sobre el desempeño relativo de los hospitales privados en comparación con los hospitales públicos. Sin embargo, no existe una visión sistemática de Europa. Llenamos este vacío con una revisión sistemática realista que compara el desempeño de los hospitales públicos con los hospitales privados en cuanto a eficiencia, accesibilidad y calidad de la atención en la Unión Europea. Esta revisión sintetiza la evidencia de Italia, Alemania, Reino Unido, Francia, Grecia, Austria, España y Portugal.

Método:

La revisión se llevó a cabo de agosto a octubre de 2015 y se actualizó en junio de 2017. La gestión de los datos se realizó mediante el uso de Mendeley y Excel. Se realizaron búsquedas en cuatro bases de datos: Scopus, SocINDEX, Web of Science y EconLit. Las búsquedas en las bases de datos pertinentes se actualizaron en junio de 2017. Se probaron diferentes términos de búsqueda antes de la selección real de los artículos, para asegurar la calidad y relevancia de los resultados incluidos.

Resultados:

De los artículos seleccionados, 13 artículos procedían de Italia, 8 de Alemania, 7 del Reino Unido, 6 de Francia, 5 de Grecia, 3 de Austria, 2 de España y 1 de Portugal. Mientras que en Alemania, Italia, Francia y Austria la mayoría de los hospitales privados actúan como sustitutos de los hospitales públicos, en el Reino Unido, Portugal, España y Grecia, la mayoría de los hospitales privados complementan el sistema público.

En **Alemania**, Tiemann y Schreyögg analizaron las tasas de mortalidad hospitalaria y descubrieron que, teniendo en cuenta las diferencias entre casos y mezclas, **los hospitales con ánimo de lucro y sin ánimo de lucro mostraban mejores cifras de mortalidad que el sector público**. Una de las posibles explicaciones de este hallazgo podría ser que la transparencia impuesta públicamente sobre los indicadores de calidad parece haber estimulado a los hospitales de PF a poner comparativamente más énfasis en estas cuestiones.

Francia fue el país en el que los 2 estudios incluidos sobre los resultados de calidad indicaron **un desempeño consistentemente peor para el sector privado**. Se encontró que las tasas de mortalidad de los pacientes mayores de 35 años ingresados por ataques cardíacos diferían entre los tipos de hospitales. Los hospitales públicos (no docentes) tienen una tasa de mortalidad más baja en comparación con los hospitales de FP. Las tasas de reingresos, un posible indicador de peor calidad, también difieren entre los hospitales franceses. Los hospitales privados tienen tasas más altas de reingresos por todas las causas a los 30 días de pacientes mayores en comparación con los proveedores públicos.

En **Italia**, los grados regionales de privatización (1993-2003) se utilizan como un diseño experimental cuasinatural para investigar la asociación entre el gasto de los hospitales públicos y privados en (la reducción de) la mortalidad evitable. **El aumento del gasto en la prestación pública de servicios de atención de la salud se asoció con una mayor reducción de la mortalidad evitable**.

Sin embargo, no se encontraron tales efectos positivos con respecto a los aumentos del gasto en servicios privados de salud. Esto implica que el aumento del gasto en servicios privados de salud podría obstaculizar la posible reducción de la mortalidad evitable mediante inversiones en el sector público. Los resultados contrarios indican que los pacientes de hospitales privados tienen menos probabilidades de ser readmitidos y menos probabilidades de morir dentro de los 30 días posteriores al alta, aunque se encontró que el impacto de esto último es mucho menor. **Esto se corresponde con los resultados de un análisis multinivel, también de Italia, que evaluó que el riesgo de morir era significativamente menor en los hospitales privados**.

Se examinaron las experiencias de los pacientes del **Reino Unido**. Este último estudio concluye que **los usuarios de los sistemas privados tienen tasas de satisfacción más altas** que los usuarios de instalaciones públicas para los servicios, por ejemplo, para obtener atención de los médicos. Sin embargo, Pérotin no encontró una diferencia significativa en las experiencias

generales de los pacientes entre las clínicas públicas y privadas. **Las diferencias encontradas parecían estar relacionadas con otras variables, como las características de los pacientes.**

En España, los hospitales privados atienden proporcionalmente a más pacientes de estratos socioeconómicos más altos. En los hospitales privados, la prevalencia de cesáreas también fue mayor entre los inmigrantes en comparación con los nativos, no encontrándose esta distinción dentro de los hospitales públicos.

Principales conclusiones:

Esta revisión realista analiza una cuestión compleja y dependiente del contexto y, por lo tanto, está sujeta a varias limitaciones. Los estudios incluidos utilizaron una amplia gama de indicadores, variando sustancialmente los diseños de investigación. Esto hace que sea un tanto problemático extrapolar o generalizar estos hallazgos. **Muchos hallazgos se refieren a enfermedades específicas y/o indicadores que implican que no necesariamente son válidos para un espectro más amplio de enfermedades.** Los estudios sobre eficiencia mostraron una mayor consistencia entre el uso de parámetros y metodología. También se pudieron incluir solo estudios de un número limitado de países de la UE. La mayoría de las pruebas comprometen a unos pocos países: Italia, Alemania, Francia, Reino Unido y Grecia. Sin embargo, estos 5 países cubren una parte sustancial de la población total de la UE y, lo que es más importante, cubren la mayoría de los tipos de sistemas de atención médica (financiados con impuestos o seguros sociales, pagador múltiple y pagador único, y descentralizados y más centralizados). **El desempeño de los diferentes tipos de propiedad hospitalaria puede depender en gran medida de su integración en los ecosistemas de los sistemas de salud. De hecho, los hospitales privados pueden competir, especializarse o complementar a los proveedores públicos, lo que podría explicar en parte los resultados contradictorios.** Una comprensión más profunda de la posición del sector privado en el sistema de salud en general podría ayudar a los responsables de la formulación de políticas a diseñar políticas sólidas y basadas en datos empíricos en este ámbito.

3.10. Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe.

Información sobre el artículo:

- **Autores:** Liina-Kaisa Tynkkynen¹ y Karsten Vrangbæk².
- **Instituciones:**
 - ¹Faculty of Social Sciences, University of Tampere, FI-33100 Tampere, Finland.
 - ²Department of Public Health, University of Copenhagen, P.O. Box 2099, DK-1014 Copenhagen, Denmark.
- **Publicado por:** BMC Health Services Research.
- **Fecha de publicación online:** 27 de febrero de 2018
- **Financiado por:** Norwegian Research Council (Grant. No. 238133).
- **DOI:** 10.1186/s12913-018-2953-9.

Objetivo del artículo:

Lo que es común a muchos sistemas de salud es la discusión sobre el equilibrio óptimo entre la provisión pública y privada. Este artículo ofrece una revisión exploratoria de la investigación que compara el rendimiento de los hospitales públicos y privados en Europa. El propósito es resumir y comparar los resultados de la investigación y generar preguntas para estudios posteriores.

Método:

La revisión se basó en un enfoque metodológico inspirado en la metodología del Centro EPPI británico. Esta revisión fue más amplia que las metodologías de revisión utilizadas por Cochrane y Campbell e incluyó una gama más amplia de diseños metodológicos. La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos PubMed, EconLit y Web of Science. La búsqueda se limitó a artículos publicados entre 2006 y 2016. Las búsquedas iniciales dieron como resultado 480 estudios. La muestra final fue de 24 artículos. De ellos, 17 discutieron los efectos económicos y siete estudios abordaron la calidad.

Resultados:

La visión de los autores de los 17 estudios que representan a más de 5.500 hospitales de toda Europa mostró que **los hospitales públicos son los que con mayor frecuencia tienen el mejor rendimiento económico** en comparación con los hospitales privados sin ánimo de lucro (PNFP) y privados con ánimo de lucro (PFP). Los hospitales PNFP ocupan el segundo lugar, mientras que los hospitales PFP se reportan con menor frecuencia como superiores. **Sin embargo, un número considerable de estudios no encontró diferencias significativas. En términos de calidad, los resultados son mixtos y no es posible sacar conclusiones claras sobre la superioridad de un tipo de propiedad.** Algunos estudios analizaron la **selección de pacientes**, indicando que los hospitales públicos tienden a tratar a pacientes que son un poco mayores y tienen un nivel socioeconómico más bajo, estilos de vida con mayor riesgo y

niveles más altos de comorbilidad y complicaciones que los pacientes tratados en hospitales privados.

Principales conclusiones:

El artículo señala deficiencias en los estudios disponibles y argumenta que se necesitan estudios futuros para investigar la relación entre las circunstancias contextuales y el rendimiento. **Una gran debilidad en muchos estudios que abordan los efectos económicos es la falta de control de la calidad y otras dimensiones operativas**, lo que puede haber influido en los resultados. Esta debilidad también debería abordarse en futuros estudios comparativos.

3.11. Does hospital competition save lives evidence from the English NHS patient choice reforms?

Información sobre el artículo:

- **Autores:** Zack Cooper, Stephen Gibbons, Simon Jones y Alistair McGuire.
- **Institución:** The Centre for Economic Performance, London School of Economics, Houghton Street, London.
- **Publicado por:** The Economic Journal.
- **Fecha de publicación online:** junio de 2014.
- **DOI:** 10.1111/j.1468-0297.2011.02449.x

Objetivo del artículo:

Las recientes reformas sustantivas del Servicio Nacional de Salud inglés ampliaron las opciones de los pacientes y alentaron a los hospitales a competir dentro de un mercado con precios fijos. Este estudio investiga si estas reformas condujeron a mejoras en la calidad hospitalaria.

Principales conclusiones:

Ha habido un debate significativo sobre el potencial de la competencia hospitalaria para mejorar la calidad hospitalaria. Este debate ha sido particularmente intenso en Inglaterra, donde dos gobiernos sucesivos del Reino Unido han experimentado con la introducción de la competencia hospitalaria en el NHS inglés, financiado con impuestos. La experiencia previa con la competencia hospitalaria en Inglaterra no ha sido positiva. En cuanto al mercado interior de la década de 1990, los autores encontraron que una mayor competencia se asoció con una mayor mortalidad por IAM (Infarto agudo). Esto es coherente con la especulación de que en los mercados en los que los hospitales pueden competir en precio y calidad, es probable que el precio disminuya, pero también lo hace la calidad (Gaynor, 2004).

Este artículo analiza la ola más reciente de reformas basadas en el mercado en el NHS inglés. **En la última ola de reformas, los pacientes tuvieron la posibilidad de seleccionar a su proveedor de atención secundaria, los precios fueron regulados por el Departamento de Salud del Reino Unido y los hospitales solo pudieron competir en calidad.**

Aprovechamos la introducción de la elección del paciente en 2006 **para determinar si el aumento de la competencia hospitalaria en un mercado con precios fijos condujo a mejoras en la calidad hospitalaria.** De acuerdo con trabajos previos que examinan la relación entre la competencia y la calidad, medimos la calidad hospitalaria utilizando la mortalidad a los 30 días por IAM.

En este análisis, se **encuentra que una mayor competencia se asoció con una disminución más rápida en la mortalidad por IAM a los 30 días después de la introducción formal de la elección del paciente en enero de 2006.**

La conclusión, entonces, es que la competencia hospitalaria, introducida en un mercado de precios fijos, puede conducir a un aumento en la calidad de los servicios hospitalarios, como predice la teoría económica. El aumento de la calidad que hemos observado a raíz de las últimas reformas del NHS ha aumentado, sin duda, el bienestar de los consumidores. Postulamos que, dado el nivel de mejora de la calidad que se puede atribuir a estas reformas, estos resultados son consistentes con una mejora general en el bienestar social. Sin embargo, es necesario realizar más investigaciones para evaluar empíricamente esta última afirmación.

3.12. Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión.

Información sobre el artículo:

- **Autores:** Carmen Pérez-Romero¹, M. Isabel Ortega-Díaz², Ricardo Ocaña-Riola^{1,3} y José Jesús Martín-Martín^{3,4}.
- **Instituciones:**
 - ¹Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España.
 - ²Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Jaén, Jaén, España.
 - ³Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, Granada, España.
 - ⁴Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Granada, Granada, España.
- **Publicado por:** Elsevier España, S.L.U.
- **Fecha aceptación del artículo:** 05 de febrero de 2018.
- **Financiación:** ninguna.
- **DOI:** 10.1016/j.gaceta.2018.02.005.

Objetivo del artículo:

Analizar la eficiencia técnica por tipo de propiedad y gestión de los hospitales generales del Sistema Nacional de Salud español (2010-2012) y sus variables explicativas hospitalarias y regionales. Para ello se estudian 230 hospitales combinando el análisis envolvente de datos y modelos transversales de regresión lineal multinivel de efectos fijos. Con el análisis envolvente de datos se miden la eficiencia técnica global, pura y de escala, y con los modelos multinivel, las variables explicativas de eficiencia.

Principales conclusiones:

- Los resultados obtenidos indican que **tener personalidad jurídica favorece la eficiencia, que el marco de regulación y gestión del hospital es más relevante que la propiedad pública y privada**, y finalmente, que **las características de las comunidades autónomas importan en la eficiencia técnica hospitalaria**.
- La personalidad jurídica del hospital, con independencia de su propiedad pública o privada, aumenta la eficiencia técnica en torno a 11 puntos respecto a los hospitales públicos tradicionales sin personalidad jurídica propia agrupados en los servicios de salud de las comunidades autónomas.
- La dotación de personalidad jurídica al hospital del SNS supone someterlo a un marco jurídico y de gestión mucho más flexible que el que caracteriza a los hospitales tradicionales. Posiblemente es relevante el hecho de que, en los hospitales analizados, la personalidad jurídica (pública o privada) es isomorfa con un marco de regulación de tipo laboral y no estatutario. Dicho de otra forma, el marco estatutario de relaciones laborales puede constituir un importante lastre para la eficiencia del hospital y, consecuentemente,

para el buen uso de los recursos públicos financiados con impuestos, lo que es concordante con alguna literatura que apunta a que la peor gestión asociada a la propiedad pública de los hospitales puede estar asociada a su política de incentivos.

- La condición de adoptar modelos de concesión sanitaria (modelo Alzira) o empresas públicas sanitarias con PFI asociado o sin él, así como la configuración de los hospitales como centros privados (especialmente los no lucrativos) y consorcios, parecen explicar un porcentaje nada despreciable de la eficiencia técnica. Este resultado puede reflejar, como se ha mencionado, la opción por un marco laboral no estatutario y la mayor flexibilidad en la gestión. La pregunta sobre si la propiedad pública o privada es una variable explicativa de la eficiencia no puede ser respondida de manera categórica con los resultados de este estudio, dada la diversidad de formas de gestión que se integran dentro de las categorías de propiedad pública y privada, teniendo en cuenta los resultados similares obtenidos por tipos de gestión públicos o mixtos diferentes a los de los hospitales tradicionales, en coincidencia con los resultados obtenidos en el ámbito regional. El alto nivel de eficiencia técnica alcanzado por los hospitales privados no lucrativos y el carácter estadísticamente significativo de su tipo de gestión como variable explicativa de la eficiencia técnica son un elemento que debe tenerse en cuenta, en concordancia con lo indicado por otros estudios internacionales.
- Los resultados del estudio tienen relevancia para políticos y para gestores sanitarios, dado que sugieren estrategias de mejora de los recursos fiscales de los ciudadanos. En primer lugar, la eficiencia técnica está relacionada no tanto con la propiedad pública o privada del hospital como con el marco de regulación de los hospitales. El carácter estatutario y la falta de personalidad jurídica penalizan la eficiencia de los hospitales públicos tradicionales. Es necesario un proceso de reforma y modernización de la gestión de los hospitales. En segundo lugar, es fundamental que el debate sobre políticas de gestión sanitaria y sus opciones de reforma sea un proceso basado en la mejor evidencia disponible. Es importante desarrollar un sistema de información estatal homologado y transparente que permita monitorizar y evaluar la eficiencia de los hospitales que forman parte del SNS. Uno de los pilares para la sostenibilidad del SNS es la mejora continua de la eficiencia en el uso de los recursos, para lo cual primero es necesario medirla. Como corolario, cabe señalar la importancia de distinguir entre la defensa del SNS y la defensa de marcos regulatorios y de información, que perjudican su eficiencia y por tanto su sostenibilidad.

3.13. The impact of New Public Management on efficiency: An analysis of Madrid's hospitals.

Información sobre el artículo:

- **Autores:** Jose M. Alonso¹, Judith Clifton^{1,2} y Daniel Diaz-Fuentes^{1,3}.
- **Instituciones:**
 - ¹Department of Economics, University of Cantabria, Santander, Spain.
 - ²Department of City and Regional Planning, Sibley Hall, West, Cornell University, Ithaca, United States.
 - ³Department of Policy Analysis and Management, Sibley Hall, West, Cornell University, Ithaca, United States.
- **Publicado por:** Elsevier Ireland Ltd.
- **Fecha de aceptación del artículo:** 1 de diciembre de 2014
- **DOI:** 10.1016/j.healthpol.2014.12.001.

Objetivo del artículo:

Madrid se ha convertido recientemente en el escenario de uno de los casos más controvertidos de reforma sanitaria pública en la Unión Europea. A pesar de que la introducción de la Nueva Gestión Pública (NPM) en los hospitales madrileños ha sido vigorosa, se han hecho pocos estudios para probar si la NPM realmente condujo a la eficiencia técnica. Este artículo es uno de los primeros intentos de hacerlo. Implementamos un análisis envolvente de datos para comparar las puntuaciones de eficiencia en los hospitales gestionados tradicionalmente y en los que operan con nuevas fórmulas de gestión. No encontramos evidencia de que los hospitales NPM sean más eficientes que los administrados tradicionalmente. **Además, los resultados sugieren que lo que realmente importa puede ser la gestión en sí misma, más que el modelo de gestión.**

Principales conclusiones:

En primer lugar, **la constatación de que los nuevos modelos de gestión hospitalaria no parecen ser necesariamente mejores o peores, en términos de eficiencia técnica**, que los modelos de gestión tradicionales, puede ayudar a respaldar la opinión de que vale más la pena centrarse en mejorar la buena gobernanza de los servicios de salud pública en su conjunto, en lugar de centrarse simplemente en cambiar de modelo de gestión.

En segundo lugar, debido a la posible falta de mejoras de eficiencia derivadas de la aplicación de políticas relacionadas con el MNP en los hospitales públicos de Madrid, **pueden surgir una serie de problemas indeseables** que añadan más incertidumbre al proceso de toma de decisiones, especialmente en lo que respecta a la aplicación de las fórmulas de gestión que involucran al sector privado, como las diferentes formas de colaboración Público-Privada. En este sentido, la teoría de los contratos incompletos propuesta por sugiere **que, si una empresa privada no genera beneficios mediante la**

mejora de la eficiencia, los incentivos para la maximización de los beneficios, puede tener un efecto a la baja en la calidad del servicio, especialmente cuando la calidad del servicio es difícil de medir.

El objetivo de este trabajo fue evaluar si el uso de nuevas herramientas de gestión condujo a mejoras en la eficiencia técnica de una muestra de 25 hospitales pertenecientes al SERMAS. Los resultados sugieren que **no existe diferencia en términos de eficiencia técnica entre los hospitales gestionados tradicionalmente y los que adoptan nuevas fórmulas de gestión**, y que siempre existen diferentes modelos de gestión entre los hospitales más y menos eficientes. Estos hallazgos se mantuvieron inalterados cuando se utilizaron diferentes modelos de análisis y diferentes análisis estadísticos, **lo que pone en duda si lo que realmente importa es el modelo de gestión o, por el contrario, las prácticas particulares de los gestores**. Además, nuestros resultados sugieren que no hay evidencia clara que respalde la idea de que el sector público es inherentemente menos eficiente que el privado en este caso/sector.

3.14. La colaboración público-privada en Salud en España. El caso del Departamento de Torrevieja.

Información sobre el artículo:

- **Autores:** David Vivas Orts¹, Carlos Sancho Mestre¹, Mario Gómez Sacedón¹, Carlos Roche Vilanova².
- **Instituciones:**
 - ¹Universidad Politécnica de Valencia, España.
 - ²Universidad de Valencia, España.
- **Publicado por:** Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 19, 2020.
- **Fecha de publicación:** 01/10/2020.
- **DOI:** 10.11144/Javeriana.rgps19.cpps.

Objetivo del artículo:

Analizar la financiación y el movimiento de pacientes en el Departamento de Salud de Torrevieja en España.

Principales conclusiones:

El análisis expuesto en este trabajo sobre el caso del Departamento de Salud de Torrevieja en España, en la Comunidad Valenciana, es útil para futuros PPP en zonas limítrofes con afluencias de extranjeros y evidencia lo siguiente.

La situación geográfica de los Departamentos de Salud influye sustancialmente en el perfil de pacientes que van a ser atendidos en los mismos. En el caso analizado en concreto, se trata de una población costera que en los meses estivales recibe más población nacional (de otras comunidades) y que durante todo el año tiene un elevado porcentaje de pacientes extranjeros.

Dada la forma de gestión del Departamento (concesional en este caso), este fenómeno puede acarrear consecuencias económicas para la empresa gestora de la concesión y también para la propia Generalitat. En concreto, la concesionaria recibe la cápita fija de su población asignada, pero además recibe compensación por todas aquellas asistencias a pacientes que no son cápita pero que sí son atendidos en el hospital.

El perfil de la población no cápita del Departamento de Salud de Torrevieja se caracteriza por un gran número de pacientes residentes de países extranjeros. Estos pacientes viven durante todo el año en las zonas que se asignan al Departamento de Salud estudiado, sin apenas incrementarse durante la época estival.

En los meses de verano, este perfil de Departamento de Salud debe asumir una mayor carga asistencial a causa de los desplazamientos de la población nacional, así como extranjera. En estos periodos, el perfil de los pacientes atendidos es de turistas tanto nacionales como extranjeros.

3.15. Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas?

Información sobre el artículo:

- **Autores:** Amaia Bacigalupe^{1,2}, Unai Martínez^{1,2}, Raquel Font¹, Yolanda González-Rábago^{1,2} y Noemi Bergantiños³.
- **Instituciones:**
 - ¹Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa, Bizkaia, España.
 - ²Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK, Leioa, Bizkaia, España.
 - ³Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Vitoria-Gasteiz, España.
- **Publicado por:** Elsevier España, S.L.U.
- **Fecha de publicación online:** 29/10/2015.
- **Financiación:** financiado parcialmente por el Ministerio de Economía y Competitividad. Ayudas Programa Estatal de I + D + i Orientada a los Retos de la Sociedad (CSO2013-44886-R).
- **DOI:** 10.1016/j.gaceta.2015.10.003.

Objetivo del artículo:

Analizar las diferencias entre comunidades autónomas según sus políticas de austeridad y privatización durante la crisis.

Principales conclusiones:

Se observa una gran variabilidad entre comunidades autónomas, siendo el País Vasco la que muestra un comportamiento más claro tanto hacia una escasa o nula política de austeridad como de privatización, al contrario que La Rioja, Madrid e Islas Baleares.

En la aplicación de reformas legales, el País Vasco y Andalucía destacan por la aplicación más limitada del RD 16/2012, mientras que el resto de las comunidades autónomas se dividen en una aplicación muy intensa de las reformas (especialmente Madrid) y una aplicación media, algo menos restrictiva en la gestión del copago a pensionistas o en la limitación del acceso a la población sin permiso de residencia.

En relación con la privatización, Islas Baleares, Cantabria, Extremadura, Madrid y La Rioja destacan por haber aumentado su gasto sanitario en contratación con centros privados, y excepto Madrid, por haber reducido su proporción de camas hospitalarias públicas respecto a las privadas. Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia, Murcia y País Vasco disminuyeron el gasto destinado a financiar centros privados, y

excepto Asturias y Murcia, aumentaron la proporción de camas pública en los hospitales. A pesar de partir en 2008 de un elevado gasto público destinado a centros privados y una alta proporción de camas privadas, Cataluña redujo el primero y aumentó la segunda a lo largo del periodo. Solamente el País Vasco mantuvo su gasto sanitario público y aumentó la tasa de personal público en atención primaria y atención especializada en el periodo. El resto de las comunidades autónomas, excepto Cantabria, redujeron de forma relevante su gasto público, y excepto Cataluña y la Comunidad Valenciana, redujeron también su personal público.

4. Otra documentación

Tal y como se ha mencionado en el apartado de presentación y metodología, al margen de los artículos científicos, se ha llevado a cabo una búsqueda de otra documentación relacionada con la colaboración público-privada en sanidad a **nivel nacional**. La identificación de la documentación se realizó en base al conocimiento del equipo de trabajo de esta revisión bibliográfica.

Al igual que el planteamiento en los artículos científicos, el objetivo inicial de la revisión bibliográfica era identificar aquellos que analizaran el impacto en la **mortalidad** de los modelos de colaboración público-privada. No obstante, y tal y como se ha planteado en los artículos científicos, se ha decidido ampliar el análisis a otros ámbitos como, entre otros, **calidad, eficiencia, indicadores sanitarios o satisfacción del paciente**.

En esta revisión se han analizado más de 50 documentos, seleccionado finalmente **9 documentos** relacionados directamente con el objetivo de esta revisión bibliográfica.

A continuación, se detalla la información más relevante de cada uno de los estudios analizados. En este caso, la información que se indica no recoge la opinión del equipo de trabajo que ha elaborado la presente revisión bibliográfica, **sino que hace referencia única y exclusivamente a la información que contiene cada uno de los estudios**.

4.1. Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015.

Información sobre la auditoría:

La **Sindicatura de Comptes de la Generalitat Valenciana** es la institución encargada de la realización de esta auditoría. Se trata de una institución estatutaria independiente que se encarga principalmente de fiscalizar las cuentas de la Generalitat Valenciana, de los organismos dependientes y de las corporaciones locales valencianas.

Objetivo de la auditoría:

El informe persigue la **evaluación con criterios de eficiencia, eficacia y economía** de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises, encomendada mediante concesión administrativa a la sociedad "Especializada y Primaria L'Horta–Manises, S.A.".

Principales conclusiones:

- **En relación con los principios de eficiencia, eficacia y economía de la gestión:**
 - **Determinación de la cápita:** de acuerdo con la información contenida en el expediente de contratación, no se puede garantizar que el presupuesto del contrato de concesión, que se convierte en su precio según la oferta seleccionada, se haya elaborado con arreglo a un sistema que sea el más adecuado para valorar en términos económicos las prestaciones objeto del contrato. Esta Sindicatura cuestiona el hecho que el procedimiento o sistema utilizado para fijar la prima inicial haya consistido en equiparar las condiciones económicas a las del resto de contratos de concesión similares vigentes en el momento de la formalización, obviando en su determinación el plazo de la concesión, el plazo de ejecución de las obras y el resto de obligaciones asumidas por el contratista, en particular el volumen de la inversión comprometida, las prestaciones sanitarias incluidas y las características de la población protegida.
 - **Gasto corriente sanitario público:** el gasto soportado por la Administración por la asistencia sanitaria integral prestada en el Departamento de Salud de Manises (674 euros por habitante, excluyendo una estimación capitativa de la inversión prevista por el concesionario durante la vigencia del contrato) es un 24,6% inferior al gasto corriente público en asistencia sanitaria en el conjunto de departamentos de gestión pública catalogados como comarcales (894 euros por habitante).
 - **Coste de personal por empleado:** el gasto de personal medio por empleado con contrato laboral en el departamento de Manises, asciende a 44.722 euros, un 9,6% inferior al coste medio por empleado en hospitales comarcales (49.453 euros) y un 8,5% inferior al coste medio por empleado en el conjunto de la Comunitat Valenciana (48.873 euros).
 - **Dotación de facultativos:** el ratio de facultativos por cada 1.000 habitantes en el Departamento de Salud de Manises es 2,33, el menor entre los 24 departamentos de

salud de la Comunitat Valenciana. La media en los hospitales comarcales es 2,75 facultativos por cada 1.000 habitantes.

- **Dotación tecnológica:** el esfuerzo inversor en equipamiento tecnológico en el Departamento de Salud de Manises se estima en 29 euros por habitante, superior a los 15 euros de media en los hospitales comarcales, pero inferior al segmento de concesiones y al conjunto de la Comunitat. La diferencia fundamental radica en que Manises no dispone de servicio de radioterapia y, por tanto, no cuenta con un acelerador de partículas, que tiene un valor aproximado de tres millones de euros.
- **Cartera de servicios:** el departamento de Manises ofrece una asistencia sanitaria completa, mediante una cartera de servicios de 67 especialidades, un número superior al resto de hospitales comarcales, y muy similar a la cartera de los hospitales de referencia.
- **Satisfacción del paciente:** el 84,8% de los pacientes del departamento de Manises declararon en 2015 estar satisfechos o muy satisfechos con la atención sanitaria recibida. La media en el conjunto de la Comunitat Valenciana se situó en 81,0%.
- **Consecución de resultados:** el departamento de Manises ha alcanzado en el ejercicio 2015 un índice de consecución del 67,3% de los objetivos fijados en los Acuerdos de Gestión, por encima del conjunto de departamentos de salud de la Comunitat Valenciana, que se quedó en un índice de consecución del 58,6%.
- **Principio de eficiencia:** al evaluar conjuntamente el principio de economía y el principio de eficacia, se puede concluir que Manises es uno de los departamentos de salud más eficientes.
- **Inversiones realizadas:** las inversiones ejecutadas hasta el año 2015 por el concesionario, representan el 98,8% de las inversiones comprometidas hasta dicha fecha y el 81,4% de las inversiones totales comprometidas hasta la finalización del contrato.
- **En relación con el control de la prestación por parte de la Administración:**
 - **Clausurado sobre indicadores:** ausencia en el contrato de concesión de clausulado específico sobre indicadores de resultados y su sistema de evaluación, que dificulta el análisis y seguimiento permanente de la ejecución del servicio que se presta.
 - **Comisión Mixta de Seguimiento:** no ha resultado ser un elemento eficaz como órgano de control, debido al escaso número de reuniones celebradas (12 reuniones de la Comisión Mixta de Seguimiento en siete años).
 - **Medidas de control:** incumplimiento de medidas de control en inversiones, contratación de personal directivo y rentabilidad.

- **En relación con el precio del contrato:**

- Inexistencia de un procedimiento claro de liquidación, lo cual conlleva dificultades significativas para aprobar las liquidaciones anuales.
- Si bien la competencia para aprobar las liquidaciones recae en el órgano de contratación, el concesionario ha presentado unas propuestas de liquidaciones alternativas, motivando las mismas en acuerdos adoptados en el seno de la Comisión Mixta de Seguimiento. La diferencia global de las propuestas de liquidación realizadas por ambas partes asciende aproximadamente a 179,8 millones de euros, a favor de la Administración.
- La Sindicatura estima que sobre la base del dictamen citado la prima o cápita definitiva en el periodo 2009-2013, conlleva un sobreprecio de 39,2 y 42,7 millones de euros respecto de la contraprestación capitativa que figura en las propuestas de liquidación de la Conselleria y del concesionario, respectivamente.
- La Conselleria de Sanitat, que es la obligada al pago de la deuda dineraria surgida como contraprestación en operaciones comerciales, ha incurrido en mora y debería haber pagado el interés pactado en el contrato, sin necesidad de aviso de vencimiento ni intimación alguna por parte del acreedor. El concesionario reclama 10,8 millones de euros en intereses de demora.

4.2. Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Torrevejea. Ejercicios 2003-2016.

Información sobre la auditoría:

La **Sindicatura de Comptes de la Generalitat Valenciana** es la institución encargada de la realización de esta auditoría. Se trata de una institución estatutaria independiente que se encarga principalmente de fiscalizar las cuentas de la Generalitat Valenciana, de los organismos dependientes y de las corporaciones locales valencianas.

Objetivo de la auditoría:

El informe es el resultado del trabajo de evaluación con **criterios de eficiencia, eficacia y economía** de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Torrevejea, encomendada mediante concesión administrativa a “Torrevejea Salud UTE Ley 18/82”.

Principales conclusiones:

- **En relación con los principios de eficiencia, eficacia y economía de la gestión:**
 - El procedimiento utilizado para fijar la prima anual per cápita inicial del contrato no contempló factores que influyen en el coste efectivo de la prestación sanitaria integral como son: el plazo de la concesión; el plazo de ejecución de las obras; el volumen de la inversión comprometida; la cartera de servicios ofertada; las prestaciones sanitarias incluidas; y las características de la población protegida.
 - De acuerdo con nuestras estimaciones, la asistencia sanitaria integral de la población protegida del Departamento de Salud de Torrevejea, en los términos recogidos en el contrato, supone un ahorro del gasto corriente público en torno a 45 millones de euros anuales, lo que implica un **30% de ahorro sobre el gasto medio** de hospitales de gestión pública del Grupo II.
 - El coste medio por hora de trabajo efectivo del personal con contrato laboral en el Departamento de Salud de Torrevejea asciende a 28,6 euros, un 8,6% inferior al coste medio por hora del personal estatutario en el conjunto de los departamentos de salud (31,3 euros), debido a factores tales como la estructura retributiva, los índices de absentismo del personal, la estructura organizativa de mandos directivos e intermedios y la antigüedad media de la plantilla.
 - Cada médico de familia en el Departamento de Salud de Torrevejea tiene asignadas 52 tarjetas más que la media autonómica (1.423 tarjetas) y 70 de estos facultativos tienen asignadas más de 1.500 tarjetas, lo que supera el cupo recomendado por las sociedades científicas.
 - El Departamento de Salud de Torrevejea alcanzó en el ejercicio 2016 un índice de consecución del 63,9% de los objetivos establecidos en los Acuerdos de Gestión, sensiblemente superior al conjunto de departamentos de salud de la Comunitat

Valenciana, que tuvo un índice de consecución del 47,9%. En particular, y respecto a los mientras que la media autonómica se situó en 911,0 en el año 2015.

- Los indicadores del estado de salud -esperanza de vida y mortalidad general- del Departamento de Salud de Torre Vieja y de la Comunitat Valenciana del último ejercicio disponible -2015- indican que la esperanza de vida al nacer en el Departamento de Salud de Torre Vieja es de 82,8 años, ligeramente por encima de la media autonómica, que se sitúa en 82,2. La tasa de mortalidad para todas las edades y todas las causas por 100.000 habitantes ajustada a la población es de 822,0 en el Departamento de Salud de Torre Vieja mientras que la media autonómica se situó en 911,0 en el año 2015.
- Las inversiones ejecutadas por el concesionario hasta 2016 ascienden a 104,4 millones de euros, un 129,8% del importe comprometido en su oferta económica.
- El número de derivaciones (episodios de hospitalización de población protegida del Departamento de Salud Torre Vieja en departamentos de salud ajenos) por cada 100.000 habitantes es inferior a la media de la Comunitat Valenciana, pero el coste medio es sensiblemente superior.
- Al evaluar conjuntamente el principio de economía y el principio de eficacia, podemos concluir que Torre Vieja es uno de los departamentos de salud más eficientes.
- Según un modelo frontera de evaluación de eficiencia, el Departamento de Salud de Torre Vieja es eficiente, al igual que los departamentos de La Plana, València-Arnau, La Ribera, Marina Baixa, Manises y Elx-Crevillent.
- **En relación con el control de la prestación por parte de la Administración**
 - La Administración debería haber incorporado en el contrato de concesión cláusulas que permitieran garantizar y evaluar unos determinados niveles de calidad, como, por ejemplo, la definición De indicadores específicos, el plan de evaluación de los mismos e incluso el régimen de penalizaciones en el supuesto del no cumplimiento de los objetivos.
 - La Comisión Mixta de Seguimiento de la concesión administrativa, no ha resultado ser un elemento eficaz como órgano de control, debido al escaso número de reuniones celebradas y porque sólo ha cumplido, con carácter general, con uno de los trece cometidos contractuales encomendados a la misma.
 - La Administración no ha autorizado formalmente al concesionario a prestar servicios con medios ajenos, si bien las prestaciones subcontratadas con terceros no exceden del 50% de la parte capitativa del precio.
 - La Administración no ha realizado el seguimiento y control de las obras de construcción y equipamiento del nuevo hospital.

- La Administración no ha ejercido una tutela efectiva sobre el concesionario en materia de inversiones, pues no consta que se hayan aprobado formalmente los planes de inversión anuales desde el ejercicio 2009 ni tampoco los planes quinquenales presentados.
- La Administración no ha autorizado formalmente el nombramiento del personal directivo.
- No se ha revisado la rentabilidad del proyecto por parte de un auditor externo consensuado por las partes. Según nuestras estimaciones, la TIR se sitúa en el 7,12% en un escenario en el que se computan la totalidad de los ingresos del concesionario. El contrato establece la limitación de la TIR del proyecto en el 7,5% anual.
- La Administración no ha realizado ninguna auditoría integral anual del concesionario.
- La Dirección General de la Alta Inspección Sanitaria de la Conselleria de Sanitat ha incrementado el número de inspecciones realizadas al Departamento de Salud de Torrevieja. Así mismo, la Unidad del Comisionado ha intensificado las funciones que tiene atribuidas, entre las cuales está la de velar por la correcta aplicación de las cláusulas de la concesión.
- **En relación con el precio del contrato:**
 - Se encuentran pendientes de liquidar los ejercicios 2013 a 2017, por lo que el órgano de contratación no ha cumplido con las obligaciones impuestas por el contrato.
 - El concesionario ha reclamado formalmente el abono de 8 millones de euros en concepto de intereses de demora devengados por no cumplir la Administración con los plazos de pago.
 - Se ha estimado que el precio final del contrato abonado por la Conselleria en el periodo 2006-2016 es aproximadamente de 108,6 millones superior al precio que se deriva de la aplicación literal de la cláusula de revisión prevista en los pliegos.
 - El órgano de contratación aprobó un expediente de resarcimiento por un importe total de 45,9 millones de euros para compensar económicamente al concesionario por conceptos distintos de los establecidos por los pliegos que rigen el contrato.
 - A la fecha de elaboración de este Informe, el Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana no ha resuelto la demanda presentada por el concesionario reclamando el restablecimiento del equilibrio financiero del contrato como consecuencia de, a su juicio, la concurrencia de diversas circunstancias que han dado lugar a importantes perjuicios económicos que cuantifica en 53,6 millones de euros desde el inicio del periodo de concesión hasta el 31 de diciembre de 2015.

4.3. Evaluación de resultados de los hospitales en España según su modelo de gestión.

Información sobre el informe:

IASIST es la compañía responsable de la elaboración de este estudio.

Objetivo del informe:

Comparar la estructura y resultados de los hospitales según modelos organizativos a partir de datos disponibles. El estudio se circunscribe a hospitales generales del SNS de un tamaño de pequeño a medio, sin especialidades de referencia ni trasplantes sólidos. Se comparan estructura, actividad y resultados de un grupo de 41 hospitales de gestión directa administrativa y personal estatutario, y otro de 37 con diferentes fórmulas organizativas y personal laboral, criterio seguido para la clasificación de los hospitales en estos dos grupos.

Principales conclusiones:

Los principales hallazgos del estudio muestran que los hospitales con formas organizativas distintas de la gestión directa administrativa:

- Son centros más pequeños en tamaño y plantilla tratando pacientes de similar edad y complejidad.
- Hacen una **utilización más eficiente de las camas** y son más intensivos en el uso de alternativas ambulatorias.
- Sus recursos humanos, con similar estructura, producen un 37% más de unidades de actividad ajustada.
- Son **más eficientes** al tener un coste por unidad de producción un 30% inferior.
- Obtienen buenos resultados de calidad científico-técnica.

De cara al estudio, se han identificado dos grandes tipologías de hospitales. Por un lado, los hospitales de “**Gestión Directa Administrativa**” (GAD), que incluye todos los hospitales gestionados directamente por las Administraciones Públicas y sus organismos y que se caracterizan por la relación laboral estatutaria de sus plantillas, careciendo mayoritariamente de personalidad jurídica propia. Y otro lado, los hospitales con “**Otras Formas de Gestión**” (OFG) que incluye cualquiera de los hospitales con las fórmulas existentes (Fundaciones, Empresas Públicas, Concesiones, PFI, PPP), cuyo personal es laboral y que en general tienen personalidad jurídica propia.

Las principales conclusiones se indican a continuación:

- **Eficiencia funcional - gestión de camas y ambulatorización quirúrgica:** la estancia media es sólo 0,7 días superior en los hospitales GDA, pero al ajustar por el riesgo de los pacientes el índice es de 1,02 frente a 0,86 en los hospitales OFG, es decir 16 puntos porcentuales de diferencia, lo que supondría un impacto de ahorro potencial de 633.263 días de cama, equivalente a 1.475 camas al 85% de ocupación en los 41 hospitales GDA. Realizar de

forma ambulatoria los procedimientos candidatos a ello, mejora la productividad quirúrgica y permite optimizar el recurso “cama hospitalaria”. Ambos grupos de hospitales tienen implantada esta opción, pero los del grupo OFG son más activos realizando ambulatoriamente el 71,8% de las intervenciones potencialmente ambulatorizables, con un Índice de Cirugía Sin Ingreso Ajustado de 1,22, frente al 64% y el 1,08, respectivamente, en los centros GDA.

- **Calidad científico-técnica:** los tres fenómenos analizados (mortalidad, complicaciones y reingresos) muestran indicadores brutos muy similares en los dos grupos de hospitales y al ajustar por riesgo no hay diferencias significativas en el caso de las complicaciones y los reingresos.
- **Productividad y eficiencia económica:** en estas áreas es donde aparecen las diferencias más importantes entre los dos grupos analizados en virtud del modelo de gestión. Las diferencias de productividad de la plantilla en términos de unidades producidas por trabajador (FTE) son de 13 unidades como media, que representa un 37% de mayor productividad de la plantilla en los centros OFG, siendo la diferencia ampliamente significativa y explicando la pertenencia a este tipo de gestión un 48% de la varianza encontrada. Los indicadores económicos analizados también muestran diferencias significativas siendo más eficientes los hospitales OFG. El Coste por Unidad de Producción (CUPA) en este grupo muestra una diferencia de 841€ por unidad producida, un ahorro del 27% respecto al grupo GDA, diferencia significativa y atribuible en un 30% a la pertenencia a modelos de gestión diferentes. La diferencia en el coste de aprovisionamiento por UPH ajustada es un 39% inferior y atribuible en un 29% a la pertenencia a uno de los dos grupos.

4.4. Colaboración público-privada en sanidad, el modelo Alzira.

Información sobre el informe:

El estudio ha sido llevado a cabo por la **Fundación Gaspar Casal** y los autores son Juan E. del Llano Señarís, Guillem López Casasnovas, Jordi Colomer i Mascaró, Sergio García Vicente, Salvador Peiró Moreno, Laia Maynou Pujolras, Miquel Serra Burriel y Anton Giulio Manganeli.

Objetivo del estudio:

El trabajo tiene por objetivo analizar las concesiones sanitarias valencianas, su funcionamiento y virtualidad dentro del sistema sanitario público. Para la realización del estudio se han combinado varias bases de datos, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales de la Ribera, Torrevieja y Vinalopó, tanto el de hospitalización como el de cirugía sin ingreso, con los resultados publicados por la Central de Resultats del Sistema Sanitari Integral d'Utilitzacio Publica de Catalunya a nivel hospitalario para el periodo 2012-2015. Se han comparado las concesiones con el universo de hospitales catalanes debido a la falta de datos públicos para la Comunidad Valenciana para el periodo de interés.

Principales conclusiones:

- Las sospechas de tergiversación clínica al servicio del objetivo del lucro, que han sido argumentos políticos para denostar las concesiones, no se fundamentan en los datos analizados. Se detecta una **mayor productividad y sensibilidad a las preferencias de parte de la ciudadanía**.
- En buena medida, la controversia en torno a las concesiones es un síntoma del fracaso de la gestión pública que no se ha sabido ajustar a los cambios que las nuevas realidades sociales requieren. Ello no justifica en sí mismo las concesiones, pero explica la huida hacia delante de lo que suponen estas nuevas formas de gestión.
- Ciertamente para una evaluación más robusta **harían falta más y mejores datos**. Pero su ausencia es sobre todo imputable al regulador-financiador público por falta de exigencia, más que al proveedor.
- Con la información actual, la evaluación de las experiencias aquí analizadas ofrece claros y oscuros. Pero desde la percepción de los autores como analistas de las políticas basadas en la evidencia, *una zona oscura requiere en su caso la apertura de nuevos puntos de luz y no de un apagón general*, por rechazo y supresión de la innovación gestora. La conclusión debiera ser pues en su caso aportar las luces que pudieran validar el aire nuevo y las ventanas de oportunidad frente a las realidades de la vieja administración pública.
- Los economistas valoran las alternativas en términos de costes de oportunidad. El rechazo a las concesiones abre unas alternativas de regresión a la media que pueden suponer un coste elevado para la buena gestión de los recursos públicos. No se trata únicamente de si proceden más o menos indemnizaciones legales sino, sobre todo, de reconocer el sentido

de republiar y reestatutarizar un sistema que se pretendía eludir, y posiblemente reiniciando un retorno al pasado poco justificable para la sociedad del siglo XXI.

- Una recomendación sensata, no procedente exclusivamente del estudio, consistiría en no ir en contra del mantenimiento del sistema de concesiones, sino a favor de **mejorar su marco de provisión, su mayor control y alcance de su evaluación.**
- Las interpretaciones políticas de la evidencia parcial y no sistemática del caso que nos ocupa, son eso, simplemente ‘políticas’. Aquí éstas no se discuten en la medida en que son tomadas legítimamente, pero no tienen más valor que el que reciba la aceptación social de la ideología que las sustente.
- La evidencia empírica señala que, tanto a nivel de grupo de gestión hospitalaria como para la casuística de cada uno de los hospitales analizados, **no existen diferencias significativas ni a nivel de indicadores clínicos ni económicos con los hospitales que se analizan** como mejores contrafactuales. De la comparación resulta si acaso una mejor adecuación de procedimientos (cesáreas) y unos niveles de cirugía mayor ambulatoria superiores en los concesionados que en sus comparadores.
- La **falta de datos de referencia** para el conjunto del sistema valenciano es la principal limitación del análisis aquí realizado, sobre todo en cuanto al peso y tipología de los pacientes dentro del sistema, lo que impide realizar la comparación intracomunitaria como sería deseable. Dicha falta de datos no es excusable incluso desde la simple óptica de la transparencia y la rendición de cuentas necesaria.
- En conclusión, el análisis elaborado sugiere que **no existen diferencias significativas en los indicadores de resultados entre los hospitales concesionados y los hospitales catalanes, ni en términos clínicos ni económicos.** Si acaso se identifican algunas, es ‘a mejor’. Han de ser pues criterios ajenos al análisis empírico de los datos y al estudio de la eficiencia relativa de gestión lo que legitime su cuestionamiento. Mejorar el análisis requeriría de una información hoy no disponible, cuya exigencia de cumplimiento está inexcusablemente bajo la responsabilidad del regulador-financiador.
- Las cuestiones denunciadas a menudo en términos de contratos mal diseñados para la defensa del interés general, ciertas interpretaciones abusivas de los contratos favorables a la concesión, rescates como el primero de Alzira o el segundo de Manises, nombramientos de gestores orientados por la propia Administración, a veces ex-comisionados y por puerta giratoria, empresas “construidas” desde el propio gobierno (es decir, partidos políticos) a partir del control político de las extintas Cajas de Ahorro, utilización de las concesiones para el clientelismo político con vistosos detalles de nepotismo municipal y familiar, contratos dirigidos, colusión, ausencia de competencia, etc.) son problemas de la Administración. Eso nos lleva a que probablemente **se necesita una muy buena gestión pública para que la colaboración público-privada funcione**, y que sea la aún peor alternativa estatutaria actual de la administración sanitaria pública la que haga buena

dicha colaboración. Pero estas prácticas sobrepasan un análisis mínimamente objetivable como el aquí pretendido y ponen en las espaldas del regulador, supervisor y financiador, más que en el proveedor concesionario, el buen cumplimiento de dichas tareas.

- Finalmente queda señalar que el análisis ejecutado sólo ha pretendido arrojar luz a un asunto, las colaboraciones público-privadas, muy extendidas en el mundo y en muchos sectores de actividad económica, como **iniciativas que favorecen la innovación organizativa y que buscan una mayor eficiencia.**

4.5. El papel de la colaboración público-privada en la sostenibilidad de hospitales públicos a través de un análisis de eficiencia.

Información sobre la tesis doctoral:

Tesis doctoral de José Luis Franco Miguel defendida el 29 de abril de 2019 en la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE, dirigida por la profesora Dra. Carmen Fullana Belda (Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE). Obtuvo la calificación Sobresaliente Cum Laude. Tribunal: Lourdes Torres Pradas (Universidad de Zaragoza), Mercedes Fernández García (Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE), Clara Isabel Muñoz Colomina (Universidad Complutense de Madrid), Elena Urquía Grande (Universidad Complutense de Madrid) y David Cantarero Prieto (Universidad de Cantabria).

Objetivo de la tesis doctoral:

Esta tesis doctoral plantea un **estudio de eficiencia** desde cinco perspectivas: eficiencia técnica, de costes y estancia media por Grupo de Diagnóstico Relacionado (GDR), eficiencia en gasto sanitario, eficiencia en coordinación asistencial y eficiencia investigadora. El análisis se realiza sobre cuatro formas de gestión de hospitales: tradicional, Private Finance Initiative (PFI), Public Private Partnership (PPP) y otras (fundación sanitaria, empresa pública y concierto singular con responsabilidad poblacional).

De la revisión de la literatura realizada se desprende la necesidad de considerar un área de gestión homogénea, con la finalidad de que las decisiones de gestión no puedan afectar asimétricamente al desempeño de eficiencia de los hospitales analizados. Asimismo, para que los resultados pudieran ser generalizables, se debían cumplir una serie de premisas tales como: que se analizara la totalidad de la población de hospitales de un ámbito de gestión homogéneo, que hubiera la mayor variedad posible de formas de gestión de hospitales, que hubiera un número suficiente de hospitales de cada forma de gestión, y que la complejidad del ámbito de gestión analizado fuera elevada, tanto en número de pacientes atendidos y presión asistencial como en la cartera de servicios asistenciales ofertados.

Como ámbito geográfico, se analizó la Comunidad de Madrid en el periodo 2009-2016, cuya gestión depende del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Se analizaron los 25 hospitales de titularidad pública de la comunidad, repartidos de la siguiente forma:

- 11 hospitales de gestión tradicional.
- 7 hospitales PFI.
- 4 hospitales de otras formas de gestión (1 hospital fundación sanitaria, 1 hospital empresa pública y 2 hospitales con concierto singular con responsabilidad poblacional).
- Entre 1 y 3 hospitales PPP (un hospital en el periodo 2009-2010, 2 en 2011 y 3 en el periodo 2012-2016).

Principales conclusiones:

- En el análisis de costes por GDR en el periodo 2009-2014, los hospitales PPP obtienen los mejores resultados en hospitales de baja complejidad mientras que, en hospitales de media complejidad, el mejor resultado corresponde a las otras formas de gestión y a los hospitales PPP respectivamente. En lo relativo a hospitales de alta complejidad, el mejor resultado corresponde a los hospitales de otras formas de gestión. La gestión tradicional de hospitales obtiene unos resultados inferiores a los de los hospitales gestionados mediante colaboración público-privada. En el análisis realizado sobre la estancia media, en los hospitales de baja y media complejidad, la estancia media más reducida se encuentra en los hospitales PPP, mientras que, en el caso de hospitales de alta complejidad, es la gestión tradicional la que obtiene mejores resultados. Los resultados más elevados de estancia media corresponden a los hospitales PFI en todos los niveles de complejidad.
- El análisis de eficiencia en gasto sanitario en el periodo 2009-2016 consideró como inputs el número de camas, personal sanitario y gasto en compras y servicios, y como outputs el número de altas, consultas externas, cirugías ambulatorias y el índice de satisfacción. Los mejores resultados de eficiencia correspondieron a los hospitales PPP, seguidos de los hospitales PFI, de las otras formas de gestión y, por último, a la gestión tradicional. En lo relativo al cambio en productividad, los mayores incrementos fueron obtenidos por los hospitales de gestión tradicional, seguidos de los hospitales PPP, hospitales PFI y de las otras formas de gestión. Durante el periodo de crisis económica analizado, todas las formas de gestión de hospitales incrementaron su eficiencia en gasto sanitario. La influencia del efecto “catch up” (que mide si los hospitales analizados se acercan o se alejan de su correspondiente frontera de eficiencia entre los períodos evaluados) ha sido superior a la del cambio tecnológico.
- En el análisis de eficiencia en coordinación asistencial, los inputs considerados fueron el número de camas y número de personal sanitario y médicos, mientras que los outputs fueron los reingresos pulmonares y cardíacos, así como las hospitalizaciones evitables. Los hospitales PFI son los más eficientes, seguidos por los hospitales PPP y por las otras formas de gestión y la gestión tradicional. En lo referente al cambio en los niveles de productividad, solo los hospitales de otras formas de gestión experimentan una evolución positiva, registrando el resto de formas de gestión leves disminuciones de productividad. El efecto del cambio tecnológico es superior al efecto “catch up”.
- Finalmente, se planteó un análisis conjunto de eficiencia técnica e investigadora en el periodo 2009-2016, que permitió contrastar los resultados del análisis de eficiencia técnica anterior en un horizonte temporal más amplio desde la superación de la crisis económica. Se consideraron como inputs nuevos, no incluidos en análisis anteriores, el número de quirófanos, el número de investigadores y número de altas. Los outputs son similares a los considerados en el análisis realizado para el periodo 2009-2014, añadiendo el número de publicaciones, proyectos de investigación, factor impacto medio e índice de satisfacción.

Los resultados varían según el tipo de análisis. En el caso de la eficiencia técnica, los mejores resultados corresponden a los hospitales PPP, seguidos de los hospitales PFI, de las otras formas de gestión y de la gestión tradicional. En el caso de la eficiencia investigadora, los mejores resultados corresponden a la gestión tradicional, seguido de los hospitales PFI, de los hospitales PPP y finalmente de las otras formas de gestión.

De los análisis realizados se puede concluir que los mejores resultados de eficiencia obtenidos por las formas de gestión de hospitales públicos basadas en la colaboración público-privada pueden ser debidos a razones como la **mayor flexibilidad organizativa y presupuestaria**, y a la introducción de **cambios en la gestión**, entre los que se destaca la incentivación económica de la gerencia. Las dispersiones encontradas entre hospitales de la misma forma de gestión ponen de manifiesto la existencia de factores adicionales a la forma de gestión que afectan a la eficiencia, como la organización interna del hospital o el estilo de gerencia desarrollado.

4.6. Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional.

Información sobre el informe:

Estudio publicado por el **Real Instituto Elcano** cuyos autores son Fernando I. Sánchez (Grupo de Trabajo en Economía de la Salud (GTES) de la Universidad de Murcia), José María Abellán (Grupo de Trabajo en Economía de la Salud (GTES) de la Universidad de Murcia) y Juan Oliva (Miembro del Seminario de Investigación en Economía y Salud (SIES), Universidad de Castilla La Mancha).

Objetivo:

En el candente debate sobre la privatización de la gestión de los centros sanitarios públicos, los posicionamientos ideológicos han ocupado en numerosas ocasiones el lugar del análisis científico a la hora de identificar las ventajas e inconvenientes de las diferentes formas de gestión. Pese a llevar dos décadas experimentando con distintas fórmulas, en España carecemos de evaluaciones independientes de las mismas. Fuera de nuestras fronteras, los estudios realizados en varios países europeos no muestran evidencia de que la gestión privada sea más eficiente que la pública en el caso de los servicios sanitarios. La **falta de información sobre los modelos de gestión experimentados en España** demuestra que hay un largo camino sobre el que avanzar en las normas de buen gobierno dentro de nuestro sistema sanitario.

Principales conclusiones:

- La **escasa información disponible en España** y las experiencias observadas en otros países señalan que por más interesante que sea desde un punto de vista académico el debate entre gestión pública y gestión privada de servicios públicos sanitarios, sin duda hay otras reformas a abordar de mucho mayor calado para garantizar la solvencia de nuestro SNS.
- Las pruebas acumuladas de experiencias internacionales señalan que **la gestión privada de los servicios sanitarios no es necesariamente mejor que la gestión pública ni, al contrario**. Factores tales como el entorno administrativo e institucional, la cultura de los centros, las condiciones de los contratos y la adecuada supervisión por parte del financiador de la calidad del servicio prestado, son los elementos a tener en cuenta cuando se analizan estos casos. En cambio, el fomentar la competencia entre centros (con independencia de la forma jurídica de gestión) sí podría ofrecer mejoras en sus resultados, bajo determinadas circunstancias.
- En cualquier caso, a la hora de planificar el esfuerzo primero, y evaluarlo después, éste debe dirigirse a gestionar áreas, no exclusivamente centros, dado que ello ayuda a visualizar el coste integral de la atención a una población, refuerza los incentivos a mejorar la coordinación asistencial e incluso a potenciar programas de salud pública de promoción de la salud de la población, educación para la salud, etc.

- En este marco, la financiación debería ser capitativa, ajustada por el riesgo de la población cubierta inicialmente (edad, sexo, cronicidad y otros elementos como serían la densidad de la población, la renta per cápita media o índices de privación o pobreza), considerando si los centros desarrollan trabajos de investigación y si son centros docentes o no, y controlando las derivaciones de pacientes a otros centros de otras áreas y las compensaciones presupuestarias correspondientes.
- Ello debe realizarse bajo la premisa general de que la financiación no debe estar sometida a la actividad realizada, sino a los **resultados en salud obtenidos**. Es decir, los presupuestos deben orientarse a pagar por aquello que deseamos obtener. Y no queremos tener más pacientes crónicos hospitalizados por descompensaciones o más reingresos por complicaciones después de una intervención quirúrgica, sino tener una población más sana. Por tanto, se debe orientar los recursos a la resolución de los problemas de salud y ello remite a incluir indicadores de salud poblacional y de calidad de la asistencia prestada que permitan recompensar a aquellas organizaciones que mejores resultados obtengan.
- Lógicamente, todo esto exige un diseño inteligente de la financiación basada en la información que genera el sistema y que el mismo sea mucho más transparente y conocido por parte de la ciudadanía y los profesionales sanitarios. Ello debe acompañarse en una mayor libertad de elección por parte del usuario y en una mayor autonomía profesional, con un adecuado sistema de incentivos que premie la calidad asistencial y su traducción en buenos resultados en salud. También supone que los responsables que gestionan los centros y las áreas rindan cuentas a quien financia sus actividades (servicios y consejerías de salud) y, por supuesto, que los responsables de mayor nivel fijen criterios claros de actuación basados en indicadores de calidad y eficiencia y rindan cuentas a la ciudadanía de su labor.

4.7. Análisis de la eficiencia y calidad asistencial en función del modelo de gestión: concesión o gestión directa.

Información sobre el artículo:

Los autores que ha participado en la redacción del artículo son Clemente Collado A (Hospital Marina Salud. Denia, Alicante), Caballer Tarazona M (Departamento de Economía Aplicada de la Universitat de València), Vivas Consuelo D (Centro de Investigación en Economía y Gestión de la Salud de la Universitat Politècnica de València).

Objetivo del artículo:

Comparar los resultados en el desempeño de los hospitales de la Comunidad Valenciana, gestionados mediante Colaboración Público-Privada (CPP) frente a los de gestión directa, desde una perspectiva de eficiencia económica y de calidad asistencial.

Principales conclusiones:

Los análisis del desempeño y de eficiencia muestran cómo el grupo de las concesiones obtiene resultados por encima de la media de los conseguidos por hospitales gestionados de forma directa, pero no siempre mejores.

Las principales conclusiones del análisis del coste por paciente equivalente determinan:

- El coste de las concesiones en el área quirúrgica está por debajo del promedio de la muestra de hospitales del estudio.
- El coste en el área médica de las concesiones está por encima del promedio.
- En la parte ambulatoria (Consultas Externas y Urgencias), dos de las concesiones estarían por debajo del promedio respecto a los pacientes equivalentes tratados, estando la tercera concesión ligeramente por encima de la media en el área de consultas.

De la comparativa coste-calidad mediante el coste por paciente equivalente y la demora por área, destacamos lo siguiente:

- En el área quirúrgica, dos de las concesiones obtienen una demora menor comparado con los hospitales de coste por paciente equivalente similar.
- En el área de Consultas Externas se repite el mismo resultado donde dos de las tres concesiones obtienen menor demora comparada que los hospitales con un coste por paciente equivalente similar.
- Vemos que para un coste por paciente equivalente menor que el de las concesiones los centros de gestión directa tienen una demora significativamente mucho mayor.
- En el área de urgencias las concesiones tienen un mayor coste por paciente equivalente comparado con hospitales de una demora similar.

Las conclusiones obtenidas en el análisis de regresión donde se comparan **pacientes equivalentes y coste** serían las siguientes:

- El hecho de ser concesión implica tener un coste menor respecto al resto de los hospitales de la muestra.
- Se observa como dos de las tres concesiones se sitúan en el cuadrante inferior izquierdo. Es decir, con una buena relación coste-pacientes equivalentes respecto a la media.
- En el área médica solo una de las tres concesiones, tendría un buen resultado respecto a la media.
- En el área quirúrgica las tres concesiones estarían en el cuadrante inferior izquierdo, indicando una relación coste-pacientes mejor que la muestra.
- En el área de Consultas, dos de las tres concesiones obtiene una relación coste-pacientes equivalentes mejor que la media de hospitales.
- En Urgencias solo una concesión obtendría una mejor relación entre las variables descritas en el resto de los puntos respecto a la media de la muestra.

Al introducir variables de **calidad y estructura** en el análisis envolvente de datos se obtiene por área las siguientes conclusiones:

- La frontera de eficiencia global de los hospitales de la Comunidad Valenciana la conforman 11 hospitales de los 23 estudiados, de los cuales dos son concesiones, y nueve centros de gestión directa.
- En el área hospitalaria, al introducir el número de camas y variables de calidad asistencial, como la tasa de reingresos por la misma categoría diagnóstica y la estancia media resulta que las tres concesiones están dentro de la frontera de eficiencia.
- En el área quirúrgica, al añadir de la misma forma variables estructurales y la demora en las intervenciones como variable de calidad, obtenemos que ocho hospitales son eficientes, de los cuales dos son concesiones.
- En el área de consultas externas añadiendo los locales para consultas y la demora en la primera consulta al coste y los pacientes equivalentes, son solo cuatro los hospitales eficientes, de los que uno sería una concesión.
- En el área de Urgencias ninguna de las concesiones se considera eficiente, siendo los nueve hospitales que conforman la frontera de eficiencia centros de gestión directa, un 47% de los hospitales estudiados.

Analizando los resultados de este estudio comparativo entre ambos modelos de gestión sanitaria, se puede señalar que el desarrollo del modelo concesional hospitalario debe seguir siendo una opción a considerar en materia de planificación sanitaria. Por encima de mensajes fundamentados en opiniones en muchos casos interesadas por detractores o partidarios de uno u otro modelo de gestión. Este estudio debe servir a los dirigentes sanitarios como una base sobre la que decidir respecto a la conveniencia de implantación del modelo, tanto en España como en otros países.

4.8. Eficiencia en la gestión hospitalaria pública.: directa vs. privada por conexión.

Información sobre el artículo:

Los autores que ha participado en la redacción del artículo son Salvador Peiró (Centro Superior de Investigación en Salud Pública) y Ricard Meneu (Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud).

Objetivo del artículo:

Para aproximar el comportamiento de las concesiones frente a los hospitales de Gestión Directa por la Administración (GDA) se han utilizado los datos correspondientes a la Comunidad Valenciana de un trabajo recientemente aceptado para su publicación en Presupuesto y Gasto Público. Incluye las 23 áreas de salud existentes en la Comunidad Valenciana en 2009, año en que había 19 áreas servidas por 22 hospitales bajo GDA, 2 que venían siendo atendidas por otros tantos hospitales bajo modelo de concesión, y otras 2 áreas que pasaron de gestión directa a concesión durante ese año, por lo que las hemos excluido del análisis.

Principales conclusiones:

Los datos analizados sugieren que los **menores costes por ingreso** de las concesiones parecen tener **relación con una mayor tasa de ingresos hospitalarios** (división de los costes fijos entre un mayor número de unidades) y no son suficientes para superar a los hospitales de gestión directa en gasto hospitalario por habitante, la variable relevante para el financiador público.

Otros datos, en especial la variabilidad en gasto hospitalario por habitante bajo cualquier modelo de gestión, apuntan hacia que ambos modelos tienen importantes espacios de mejora de la eficiencia (reduciendo costes por ingreso o reduciendo ingresos hospitalarios) y sugieren que buscar desprejuiciadamente las formas de mejorar la eficiencia de todos los centros y reducir la variabilidad entre territorios puede ser más importante que el modelo de gestión elegido.

4.9. La gestión privada de los servicios sanitarios públicos: los modelos Alzira y Madrid.

Información sobre el informe:

El autor del artículo es José Manuel López Saludas, Profesor Asociado del Departamento de Economía y Empresa de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Pompeu Fabra y Profesor de Administración de Empresas y Finanzas del Instituto “Escola de Treball” de Granollers.

Objetivo:

Analizar las reformas innovadoras que se están llevando a cabo en España desde los años 90 y si las mismas son aplicables al conjunto del S.N.S. con el propósito de que la provisión pública de los servicios sanitarios públicos sea más eficaz y eficiente.

Principales conclusiones:

La mayoría de la comunidad científica considera que, cuando los poderes públicos deciden que la provisión de un determinado bien o servicio debe ser pública, se debe elegir quién lo producirá (empresa pública o privada) y el criterio único o preferente de elección será la eficiencia económica, es decir, el Estado deberá elegir al productor que le reporte un coste menor por la provisión del bien o servicio, ya que los recursos públicos son escasos y cualquier ahorro implica menores impuestos o menor endeudamiento o, alternativamente, destinar el ahorro a otras necesidades públicas que no se satisfacen o bien de forma insuficiente.

La gestión privada de los servicios sanitarios públicos es más eficiente que la gestión directa. La evidencia empírica acredita que aquellas Comunidades Autónomas que han implantado modelos similares a Alzira y Madrid tienen un coste sanitario público per cápita inferior al resto.

5. Indicadores hospitalarios

Como complemento a los artículos científicos y a la documentación no científica identificada y analizada, se ha procedido a analizar los resultados de los hospitales a través de una serie de indicadores en aquellas comunidades que cuentan con **hospitales bajo modelos de colaboración público-privada**.

Tal y como se ha mencionado en el apartado de presentación y metodología, las únicas comunidades que publican de forma periódica información detallada de sus hospitales públicos, con independencia del modelo de gestión al que están sujetos, son Cataluña y la Comunidad de Madrid.

La información de Madrid se ha obtenido del **Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid**, mientras que la de Cataluña se ha obtenido de la **Central de Resultados de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña adscrita al Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña**.

Los indicadores analizados son una selección de aquellos que se han considerado más relevantes para los fines del estudio y varían en función de la comunidad autónoma analizada, ya que Madrid ofrece información más detallada de un mayor número de indicadores. En este sentido, se han analizado **17 indicadores** de los hospitales de la Comunidad de Madrid y 7 indicadores de Cataluña.

Al margen de estos indicadores, se ha procedido a analizar las **Listas de Espera Quirúrgica** de los hospitales de la Comunidad de Madrid y de la Comunidad Valenciana. En este caso, la información de la Comunidad de Madrid corresponde a la proporcionada por la Comunidad, mientras que los datos de la Comunidad Valenciana se han obtenido de la Consellería de Sanidad.

Al margen de la información proporcionada por las comunidades autónomas, se ha incorporado el Índice de Excelencia Hospitalaria (IEH) publicado por el **Instituto de Coordinadas de Gobernanza y Economía Aplicada (ICGEA)**.

5.1. Comunidad de Madrid:

Los datos analizados han sido obtenidos del **Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud** de la Comunidad de Madrid. Los indicadores de hospitales presentan resultados generales de la actividad y la asistencia sanitaria de los centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud. Los indicadores se encuentran agrupados en cinco apartados que recogen datos generales de actividad, así como indicadores clave de efectividad clínica y seguridad del paciente, eficiencia, atención al paciente y docencia e investigación.

Los hospitales se clasifican en baja, media y alta complejidad, existiendo un apartado de otros hospitales, no clasificados por complejidad, en el que se incluyen los hospitales de apoyo a otros centros, los hospitales de media estancia y los hospitales psiquiátricos.

En relación con nuestro estudio, se han analizado un total de 17 indicadores clasificados en **efectividad clínica y seguridad del paciente (9)**, **eficiencia (5)** y **atención al paciente (3)**.

Para cada indicador analizado, se ha detallado la descripción del indicador y los resultados de cada uno de los hospitales que forman parte del Servicio Madrileño de Salud. En este sentido, los resultados se han analizado desde el punto de vista de los hospitales bajo un modelo de colaboración público-privada (exceptuando los PFI, ya que no tienen impacto en los indicadores sanitarios), cuyo nombre y complejidad se indican a continuación:

- Hospital Universitario Infanta Elena (baja complejidad).
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos (media complejidad).
- Hospital Universitario de Torrejón (media complejidad).
- Hospital General de Villalba (media complejidad).
- Hospital Fundación Jiménez Díaz (alta complejidad).

Como conclusión, los **hospitales que cuentan con un modelo de colaboración público-privada presentan mejores resultados que la media de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud en la mayoría de los indicadores analizados.**

A modo de ejemplo y como **indicador relevante** en el ámbito de este estudio, en el **índice agregado de mortalidad**, que es aquel que resume en un único indicador la mortalidad de los pacientes que ingresan por infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencia cardíaca, ictus, neumonía, hemorragia digestiva y fractura de cadera, cuatro de los cinco hospitales públicos gestionados por un operador privado presentan un Ratio de Mortalidad Estandariza (RME) inferior 1, lo que supone que el índice agregado de mortalidad en estos hospitales es inferior al esperado. El quinto hospital presenta un RME de 1, lo que supone que la mortalidad en este hospital es la esperada.

Asimismo, en tres de los cinco hospitales (Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Hospital Universitario Infanta Elena y Fundación Jiménez Díaz), los intervalos de confianza, tanto los inferiores como los superiores, se sitúan por debajo de 1, lo que se traduce en que la **mortalidad en estos hospitales es inferior a la media de la Comunidad de Madrid**. En los otros dos hospitales, la mortalidad es similar al conjunto de los hospitales de la Comunidad de Madrid (Hospital General de Villalba y Hospital Universitario de Torrejón).

Respecto al resto de indicadores, los hospitales públicos gestionados por operadores privados registran por norma general **mejores resultados** que la media de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud en la mayoría de los **indicadores de eficiencia** (% de pacientes con ICTUS con estancia superior a 20 días; % de pacientes con fractura de cadera con estancia superior a 20 días, estancia media e índice de estancia media ajustada) y en la mayoría de **indicadores de atención al paciente** (índice de satisfacción global, índice de recomendación global e índice de reclamaciones). En relación con los indicadores de efectividad clínica y seguridad del paciente existe mayor variación, registrando mejores o peores resultados que la media de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud en función del hospital e indicador analizado.

Tabla 1 Resumen de indicadores de la Comunidad de Madrid

Hospital	H.U. Infanta Elena	H.U. Rey Juan Carlos	H.U. de Torrejón	H.G. de Villalba	H. Fundación Jiménez Díaz	Comunidad de Madrid
Efectividad clínica y seguridad del paciente:						
Índice agregado de mortalidad*	0,70	0,66	1,00	0,93	0,87	1,00
Porcentaje de complicaciones médicas y quirúrgicas	2,98%	3,02%	4,15%	2,70%	3,59%	3,98%
Reingresos por causas quirúrgicas a los 7 días*	1,27	1,06	1,15	1,20	1,17	1,00
Reingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica a los 30 días*	1,02	0,97	1,13	1,13	0,95	1,00
Reingresos por insuficiencia cardíaca a los 30 días*	1,06	1,07	0,93	0,96	1,03	1,00
Pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 h.	74,50%	77,99%	87,67%	89,88%	78,69%	67,60%
Septicemia postquirúrgica*	1,00‰	0,88‰	1,05‰	0,80‰	0,75‰	1,00
Índice de caídas en pacientes hospitalizados	1,67‰	2,11‰	0,91‰	2,21‰	1,47‰	1,88‰
Prevalencia global de infección relacionada con la atención sanitaria	4,05%	3,21%	14,29%	6,67%	3,60%	6,78%
Eficiencia:						
Porcentaje de hospitalizaciones potencialmente evitables	13,58%	12,89%	9,80%	15,69%	11,07%	10,67%
Porcentaje de pacientes con ICTUS con estancia >20 días	5,48%	7,00%	8,33%	11,04%	12,16%	12,28%
Porcentaje de pacientes con fractura de cadera con estancia >20 días	7,02%	2,37%	2,00%	5,81%	6,32%	9,91%
Estancia media (días)	4,49	4,71	4,31	4,39	4,86	5,58
Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA)*	0,8652	0,8430	0,8786	0,8079	0,7718	1,00
Atención al paciente:						
Índice de satisfacción global	90,68%	91,43%	86,61%	91,14%	92,39%	89,44%
Índice de recomendación global	93,84%	94,29%	91,93%	94,95%	96,53%	94,14%
Índice de reclamaciones (nº reclamaciones/10.000 actos)	9,14	7,76	31,25	2,91	4,99	24,78

*: para interpretar estos indicadores hay que tener en cuenta que el ratio igual a 1 representa que el indicador observado en cada hospital es igual al esperado, y constituye el estándar del Servicio Madrileño de Salud. Si el ratio es inferior a 1 supone que el indicador es mejor que estándar, mientras que si es superior a 1 representa que es peor que el estándar del Servicio Madrileño de Salud.

A continuación, se detalla para cada uno de los indicadores analizados, la descripción del indicador, así como los resultados obtenidos por cada hospital del Servicio Madrileño de Salud. Los hospitales bajo modelos de colaboración público-privada (exceptuando los PFI) se han marcado en **negrita** y los resultados aparecen en **color verde** (si los resultados obtenidos por el hospital son mejores que la media de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid), en **color rojo** (si los resultados obtenidos por el hospital son mejores que la media de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid) y en **color negro** (si los resultados obtenidos por el hospital son iguales que la media de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid).

Por otro lado, se ha procedido a analizar los datos relativos a la **Lista de Espera Quirúrgica** de los hospitales de la Comunidad de Madrid. En este sentido, los hospitales públicos que cuentan con gestión privada presentan en la mayoría de los casos (salvo el Hospital Universitario de Torrejón) una **lista de espera inferior** al promedio de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid con su mismo nivel de complejidad.

Tabla 2 Evolución de la Lista de Espera Quirúrgica de la Comunidad de Madrid, 2021-2023

Hospital	Nº de Pacientes			Demora media (días)		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Baja complejidad						
H. El Escorial	838	1.082	919	58,33	72,09	58,52
H.U. del Tajo	943	1.048	1.076	50,08	51,59	56,85
H.U. del Henares	2.897	2.075	1.831	87,90	78,26	48,34
H.U. Infanta Cristina	1.205	2.328	2.094	56,70	72,96	69,99
H.U. Infanta Elena	1.253	1.193	1.377	34,90	23,27	24,48
H.U. del Sureste	1.340	1.564	1.477	51,19	63,03	59,59
Media complejidad						
H.C.D. Gómez Ulla	2.751	2.206	1.572	113,20	101,72	53,34
H.U. Rey Juan Carlos	2.395	2.469	3.549	36,80	22,87	29,12
H.U. de Torrejón	3.287	3.172	3.352	80,63	64,17	60,65
H.U. de Fuenlabrada	2.385	2.322	2.322	44,99	38,87	38,87
H.U. Fundación Alcorcón	2.575	2.654	2.713	72,26	66,78	55,65
H.U. de Getafe	5.039	5.133	4.717	96,62	86,98	72,43
H.U. Infanta Leonor	3.663	4.339	4.117	69,47	71,60	68,66
H.U. Infanta Sofía	5.384	3.946	3.575	122,45	98,98	70,98
H.U. de Móstoles	1.963	1.842	2.022	57,29	55,34	57,06
H.U. Príncipe de Asturias	3.954	4.003	4.256	102,87	77,22	77,00
H.U. Severo Ochoa	2.948	2.126	1.735	102,73	45,25	36,24
H.G. de Villalba	769	1.001	1.368	11,19	12,56	13,69
Alta complejidad						
H. Clínico San Carlos	5.770	6.435	5.301	81,78	86,40	49,03
H. Fundación Jiménez Díaz	4.366	4.271	4.274	13,27	14,90	24,77
H.G.U. Gregorio Marañón	6.299	7.724	6.117	75,22	85,06	59,34
H.U. 12 Octubre	6.396	6.129	6.639	88,46	64,76	51,77
H.U. La Paz	4.708	6.707	6.707	47,85	60,52	60,52
H.U. de La Princesa	2.779	2.734	2.979	64,67	63,30	55,54
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	3.770	6.314	3.787	103,76	72,34	63,33
H.U. Ramón y Cajal	6.489	6.562	7.172	80,09	70,79	69,50

Efectividad clínica y seguridad del paciente

Índice agregado de mortalidad

Descripción del indicador:

Resume en un único indicador la mortalidad de los pacientes que ingresan por infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencia cardiaca, ictus, neumonía, hemorragia digestiva y fractura de cadera.

En la tabla siguiente se muestra el resultado del índice agregado de mortalidad en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud calculado para un período de dos años (2021-2022), con el fin de aumentar su precisión, y ajustado por edad, sexo y enfermedades crónicas del paciente.

En la tabla se presenta el número de pacientes que han fallecido debido a los seis diagnósticos del indicador (casos), el número de pacientes ingresados por estos diagnósticos (altas) y el valor ajustado del indicador denominado Ratio de Mortalidad Estandarizada (RME). Este ratio es el cociente entre los casos que han fallecido en un hospital (casos observados) y los casos que deberían haber fallecido en función de las características de los pacientes (casos esperados), que se calculan mediante un modelo de regresión logística en el que se incluyen todos los episodios atendidos en la Comunidad de Madrid. El ratio se muestra con un intervalo de confianza (IC) inferior y superior del 95%.

Para interpretarlo hay que tener en cuenta que el RME igual a 1 representa que la mortalidad observada es igual a la esperada, y constituye el estándar del Servicio Madrileño de Salud. Por esta razón, si el valor 1 está incluido en el intervalo de confianza (ejemplo: el IC inferior es 0,88 y el IC superior es 1,03) la mortalidad de ese hospital es similar a la del conjunto de hospitales de la Comunidad de Madrid. Si los dos valores del intervalo son inferiores a 1 (ejemplo: el IC inferior es 0,88 y el IC superior es 0,92) la mortalidad del hospital es inferior a la de la Comunidad de Madrid, y si los dos valores del intervalo son superiores a 1 (ejemplo: el IC inferior es 1,03 y el IC superior es 1,10) la mortalidad del hospital es superior a la de la Comunidad de Madrid.

Finalmente, hay que señalar que este tipo de ajuste no permite comparar entre sí el RME de distintos hospitales, sino que se compara de forma independiente la mortalidad de cada hospital con el estándar de la Comunidad de Madrid.

Resultados:

Todos los hospitales públicos gestionados por un operador privado presentan un RME inferior 1 (salvo el Hospital Universitario de Torrejón que registra un RME de 1), lo que supone que el índice agregado de mortalidad en estos hospitales es inferior al esperado. Asimismo, en tres de los cinco hospitales (Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Hospital Universitario Infanta Elena y Fundación Jiménez Díaz) los intervalos de confianza, tanto los inferiores como los superiores, se sitúan por debajo de 1, lo que se traduce en que la mortalidad en estos hospitales es inferior a la media de la Comunidad de Madrid. En los otros dos hospitales, la mortalidad es similar al conjunto de los hospitales de la Comunidad de Madrid (Hospital General de Villalba y Hospital Universitario de Torrejón).

Tabla 3 Índice agrado de mortalidad

Hospital	Casos	Altas	RME	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Baja complejidad					
H. El Escorial	136	820	1,32	1,11	1,56
H.U. del Tajo	166	1.401	1,16	0,99	1,35
H.U. del Henares	223	2.945	0,96	0,83	1,09
H.U. Infanta Cristina	230	2.380	1,12	0,98	1,27
H.U. Infanta Elena	220	2.612	0,70	0,61	0,80
H.U. del Sureste	245	2.362	1,11	0,98	1,26
Media complejidad					
H.C.D. Gómez Ulla	275	2.420	1,18	1,05	1,33
H.U. Rey Juan Carlos	426	5.317	0,66	0,60	0,73
H.U. de Torrejón	265	3.033	1,00	0,89	1,13
H.U. de Fuenlabrada	255	3.542	0,82	0,73	0,93
H.U. Fundación Alcorcón	329	4.332	0,90	0,81	1,00
H.U. de Getafe	344	4.264	0,94	0,85	1,05
H.U. Infanta Leonor	444	4.717	1,01	0,91	1,10
H.U. Infanta Sofía	546	4.912	1,10	1,01	1,20
H.U. de Móstoles	165	2.816	0,69	0,59	0,80
H.U. Príncipe de Asturias	449	5.016	0,98	0,89	1,08
H.U. Severo Ochoa	330	4.295	0,93	0,83	1,03
H.G. de Villalba	238	2.656	0,93	0,81	1,05
Alta complejidad					
H. Clínico San Carlos	899	6.974	1,25	1,17	1,33
H. Fundación Jiménez Díaz	757	7.037	0,87	0,81	0,93
H.G.U. Gregorio Marañón	839	9.867	0,83	0,77	0,89
H.U. 12 Octubre	1.050	10.722	1,01	0,95	1,07
H.U. La Paz	856	8.721	1,07	1,00	1,15
H.U. de La Princesa	668	5.880	1,20	1,11	1,30
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	689	6.848	0,95	0,88	1,02
H.U. Ramón y Cajal	1.035	9.346	1,15	1,08	1,22
Otros hospitales					
H. Central de la Cruz Roja	122	967	1,00	0,83	1,19
H.U. Santa Cristina	74	599	1,35	1,06	1,69

Efectividad clínica y seguridad del paciente

Porcentaje de complicaciones médicas y quirúrgicas

Descripción del indicador:

Las complicaciones son alteraciones del curso natural de la enfermedad relacionadas con los cuidados médicos o quirúrgicos que se producen en el transcurso de la actuación sanitaria y que, en algunos casos, son potencialmente evitables.

Este indicador mide el porcentaje de episodios con algún código de diagnóstico secundario de complicación relacionada con los cuidados médicos o quirúrgicos o debida a dispositivo, implante o injerto en relación con el número total de episodios (categorías 237 y 238 del Clinical Classifications Software de la Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ).

Resultados:

En los hospitales del Servicio Madrileño de Salud se produjeron durante el año 2022 un total de 20.433 episodios con alguna complicación no presente en el momento del ingreso, representando el 3,98% de todos los episodios. En este caso, todos los hospitales públicos gestionados por un operador privado (salvo el Hospital Universitario de Torrejón) registran un porcentaje de complicaciones médicas y quirúrgicas inferior a la media de los hospitales de la Comunidad de Madrid.

Tabla 4 Porcentaje de complicaciones médicas y quirúrgicas

Hospital	2020	2021	2022
Baja complejidad			
H. El Escorial	2,46%	4,83%	2,40%
H.U. del Tajo	3,52%	2,98%	3,12%
H.U. del Henares	4,15%	3,43%	3,50%
H.U. Infanta Cristina	2,74%	2,95%	2,74%
H.U. Infanta Elena	3,70%	3,17%	2,98%
H.U. del Sureste	2,45%	2,53%	2,46%
Media complejidad			
H.C.D. Gómez Ulla	1,68%	2,34%	2,50%
H.I.U. Niño Jesús	2,05%	1,95%	1,23%
H.U. Rey Juan Carlos	3,42%	3,50%	3,02%
H.U. de Torrejón	3,61%	4,68%	4,15%
H.U. de Fuenlabrada	3,43%	3,97%	3,84%
H.U. Fundación Alcorcón	3,19%	3,24%	2,83%
H.U. de Getafe	3,88%	3,74%	3,29%
H.U. Infanta Leonor	1,53%	1,76%	1,65%
H.U. Infanta Sofía	3,36%	3,44%	3,29%
H.U. de Móstoles	2,78%	3,12%	2,20%
H.U. Príncipe de Asturias	4,51%	4,50%	3,65%
H.U. Severo Ochoa	3,18%	4,09%	3,64%
H.G. de Villalba	3,04%	2,90%	2,70%
Alta complejidad			
H. Clínico San Carlos	4,74%	4,94%	5,48%
H. Fundación Jiménez Díaz	3,23%	3,57%	3,59%
H.G.U. Gregorio Marañón	4,62%	4,85%	4,98%
H.U. 12 Octubre	0,77%	2,42%	5,18%
H.U. La Paz	3,78%	4,33%	4,35%
H.U. de La Princesa	4,71%	5,71%	5,77%
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	6,28%	7,19%	6,31%
H.U. Ramón y Cajal	4,44%	5,66%	5,23%
Otros hospitales			
H. Central de la Cruz Roja	1,37%	2,26%	1,68%
H. Dr. Rodríguez Lafora	0,00%	0,07%	0,00%
H. de Guadarrama	1,49%	2,50%	2,20%
H. La Fuenfría	0,56%	2,63%	1,98%
H.U. Santa Cristina	1,46%	1,77%	1,19%
H. Virgen de la Poveda	0,99%	2,97%	1,53%
Comunidad de Madrid	3,46%	3,92%	3,98%

Efectividad clínica y seguridad del paciente

Reingresos por causas quirúrgicas a los 7 días

Descripción del indicador:

Los reingresos son aquellos ingresos urgentes que se producen en los 7 días siguientes al alta de un episodio quirúrgico previo. El reingreso puede ser debido a una posible continuación o recurrencia del episodio previo, una descompensación aguda de otro problema crónico o un problema médico agudo o quirúrgico relacionado con el episodio inicial. Este indicador mide el porcentaje de enfermos que reingresan de forma urgente, en los 7 días siguientes al alta, por una causa relacionada clínicamente con un episodio quirúrgico previo con hospitalización.

En la tabla siguiente se muestra el resultado de los reingresos por causas quirúrgicas a los 7 días en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud calculado para un período de dos años (2021-2022), con el fin de aumentar su precisión, y ajustado por edad, sexo y enfermedades crónicas del paciente.

En la tabla se presenta el número de pacientes que han reingresado por causas quirúrgicas (casos), el número de pacientes ingresados a los que se les ha realizado un procedimiento quirúrgico (altas) y el valor ajustado del indicador denominado ratio. Este ratio es el cociente entre el número de reingresos de un hospital (casos observados) y el número de reingresos que debería haber en función de las características de los pacientes (casos esperados), que se calculan mediante un modelo de regresión logística en el que se incluyen todos los episodios atendidos en la Comunidad de Madrid. El ratio se muestra con un intervalo de confianza (IC) inferior y superior del 95%.

Para interpretarlo hay que tener en cuenta que el ratio igual a 1 representa que los reingresos observados son iguales a los esperados, y constituye el estándar del Servicio Madrileño de Salud. Por esta razón, si el valor 1 está incluido en el intervalo de confianza (ejemplo: el IC inferior es 0,88 y el IC superior es 1,03) los reingresos de ese hospital son similares a los del conjunto de hospitales de la Comunidad de Madrid. Si los dos valores del intervalo son inferiores a 1 (ejemplo: el IC inferior es 0,88 y el IC superior es 0,92) los reingresos del hospital son inferiores a los de la Comunidad de Madrid, y si los dos valores del intervalo son superiores a 1 (ejemplo: el IC inferior es 1,03 y el IC superior es 1,10), los reingresos del hospital son superiores a los de la Comunidad de Madrid.

Finalmente, hay que señalar que este tipo de ajuste no permite comparar entre sí el ratio de distintos hospitales, sino que se compara de forma independiente los reingresos de cada hospital con el estándar de la Comunidad de Madrid.

Resultados:

En este caso, todos los hospitales públicos gestionados por un operador privado presentan un ratio superior a 1, lo que supone que los reingresos por causas quirúrgicas a los 7 días son superiores a los esperados.

Por otra parte, dos de los cinco hospitales (Hospital Universitario Rey Juan Carlos y Hospital Universitario de Torrejón) el valor 1 está incluido en los intervalos de confianza, lo que se traduce en que el número de reingresos es similar al conjunto de los hospitales de la Comunidad de Madrid. Por el contrario, en los otros tres hospitales (Hospital Universitario Infanta Elena, Hospital General de Villalba y Fundación Jiménez Díaz) el número de reingresos es superior al conjunto de los hospitales de la Comunidad de Madrid al encontrarse los dos intervalos por encima del 1.

Tabla 5 Reingresos por causas quirúrgicas a los 7 días

Hospital	Casos	Altas	Ratio	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Baja complejidad					
H. El Escorial	23	2.224	1,35	0,86	2,03
H.U. del Tajo	35	2.155	0,95	0,66	1,32
H.U. del Henares	87	5.722	0,95	0,76	1,17
H.U. Infanta Cristina	71	4.439	1,20	0,94	1,52
H.U. Infanta Elena	124	6.289	1,27	1,05	1,51
H.U. del Sureste	67	3.604	1,40	1,08	1,77
Media complejidad					
H.C.D. Gómez Ulla	112	6.634	1,05	0,86	1,26
H.I.U. Niño Jesús	68	4.504	1,05	0,81	1,33
H.U. Rey Juan Carlos	257	12.744	1,06	0,94	1,20
H.U. de Torrejón	144	7.405	1,15	0,97	1,36
H.U. de Fuenlabrada	172	9.198	1,12	0,96	1,31
H.U. Fundación Alcorcón	157	9.485	0,98	0,83	1,14
H.U. de Getafe	218	12.277	1,06	0,92	1,21
H.U. Infanta Leonor	120	8.705	1,13	0,94	1,35
H.U. Infanta Sofía	124	8.623	1,04	0,87	1,24
H.U. de Móstoles	118	6.530	1,04	0,86	1,25
H.U. Príncipe de Asturias	177	12.729	1,13	0,97	1,31
H.U. Severo Ochoa	140	7.787	1,08	0,91	1,27
H.G. de Villalba	147	6.153	1,20	1,02	1,42
Alta complejidad					
H. Clínico San Carlos	342	19.658	1,01	0,90	1,12
H. Fundación Jiménez Díaz	394	22.541	1,17	1,06	1,29
H.G.U. Gregorio Marañón	463	29.105	0,93	0,85	1,02
H.U. 12 Octubre	490	28.697	0,98	0,89	1,07
H.U. La Paz	535	35.827	0,98	0,90	1,07
H.U. de La Princesa	209	10.678	0,98	0,85	1,12
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	264	17.873	1,02	0,90	1,15
H.U. Ramón y Cajal	509	25.657	1,01	0,92	1,10

Efectividad clínica y seguridad del paciente

Reingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica a los 30 días

Descripción del indicador:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las patologías que más reingresos causa en los hospitales. Se considera que el riesgo de reingreso hospitalario en la primera semana después del alta estaría más relacionado con la calidad de los cuidados hospitalarios, mientras que los reingresos posteriores se explicarían por las características clínicas de los pacientes. Este indicador mide el porcentaje de enfermos de EPOC que reingresan, de forma urgente en los 30 días siguientes al alta hospitalaria, por un proceso clínicamente relacionado con su enfermedad principal. El reingreso puede ser debido a una posible continuación o recurrencia del episodio previo, una descompensación aguda de otro problema crónico o un problema médico agudo o quirúrgico relacionado con el episodio inicial.

En la siguiente tabla se muestra el resultado de los reingresos por EPOC a los 30 días en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud calculado para un período de dos años (2021-2022), con el fin de aumentar su precisión, y ajustado por edad, sexo y enfermedades crónicas del paciente.

En la tabla se presenta el número de pacientes que han reingresado por EPOC (casos), el número de pacientes ingresados por este diagnóstico (altas) y el valor ajustado del indicador denominado ratio. Este ratio es el cociente entre el número de reingresos de un hospital (casos observados) y el número de reingresos que debería haber en función de las características de los pacientes (casos esperados), que se calculan mediante un modelo de regresión logística en el que se incluyen todos los episodios atendidos en la Comunidad de Madrid. El ratio se muestra con un intervalo de confianza (IC) inferior y superior del 95%.

Para interpretarlo hay que tener en cuenta que el ratio igual a 1 representa que los reingresos observados son iguales a los esperados, y constituye el estándar del Servicio Madrileño de Salud. Por esta razón, si el valor 1 está incluido en el intervalo de confianza (ejemplo: IC inferior es 0,88 e IC superior es 1,03) los reingresos de ese hospital son similares a los del conjunto de hospitales de la Comunidad de Madrid. Si los dos valores del intervalo son inferiores a 1 (ejemplo: IC inferior es 0,88 e IC superior es 0,92) los reingresos del hospital son inferiores a los de la Comunidad de Madrid y si los dos valores del intervalo son superiores a 1 (ejemplo: el IC inferior es 1,03 y el IC superior es 1,10), los reingresos del hospital son superiores a los de la Comunidad de Madrid.

Finalmente, hay que señalar que este tipo de ajuste no permite comparar entre sí el ratio de distintos hospitales, sino que se compara de forma independiente los reingresos de cada hospital con el estándar de la Comunidad de Madrid.

Resultados:

En este caso, dos de los hospitales públicos gestionados por un operador privado (Fundación Jiménez Díaz y Hospital universitario Rey Juan Carlos) presentan un ratio inferior a 1, lo que supone que los reingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica a los 30 días son inferiores a los esperados.

Por otra parte, todos los hospitales públicos gestionados por un operador privado incluyen el valor 1 en los intervalos de confianza, lo que se traduce en que el número de reingresos es similar al conjunto de los hospitales de la Comunidad de Madrid.

Tabla 6 Reingresos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica a los 30 días

Hospital	Casos	Altas	Ratio	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Baja complejidad					
H. El Escorial	12	102	1,20	0,62	2,10
H.U. del Tajo	23	230	0,88	0,56	1,33
H.U. del Henares	93	742	1,02	0,82	1,25
H.U. Infanta Cristina	67	504	1,14	0,88	1,44
H.U. Infanta Elena	63	391	1,02	0,78	1,30
H.U. del Sureste	58	463	0,91	0,69	1,17
Media complejidad					
H.C.D. Gómez Ulla	50	395	0,89	0,66	1,18
H.U. Rey Juan Carlos	101	803	0,97	0,79	1,18
H.U. de Torrejón	26	235	1,13	0,74	1,66
H.U. de Fuenlabrada	105	808	1,00	0,82	1,21
H.U. Fundación Alcorcón	74	556	0,91	0,72	1,15
H.U. de Getafe	97	701	1,10	0,89	1,34
H.U. Infanta Leonor	142	1.012	0,85	0,71	1,00
H.U. Infanta Sofía	137	914	1,01	0,85	1,20
H.U. de Móstoles	73	497	1,00	0,78	1,26
H.U. Príncipe de Asturias	152	934	0,97	0,82	1,13
H.U. Severo Ochoa	129	822	1,07	0,90	1,28
H.G. de Villalba	78	556	1,13	0,89	1,41
Alta complejidad					
H. Clínico San Carlos	126	1.019	0,91	0,76	1,09
H. Fundación Jiménez Díaz	97	932	0,95	0,77	1,16
H.G.U. Gregorio Marañón	113	886	0,92	0,76	1,10
H.U. 12 Octubre	114	1.092	0,95	0,78	1,14
H.U. La Paz	149	1.381	0,86	0,73	1,01
H.U. de La Princesa	43	382	1,07	0,78	1,45
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	106	860	0,90	0,74	1,09
H.U. Ramón y Cajal	106	801	0,99	0,81	1,20

Efectividad clínica y seguridad del paciente

Reingresos por insuficiencia cardíaca a los 30 días

Descripción del indicador:

La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad muy frecuente y que tiene una mortalidad elevada. Tras un primer diagnóstico de IC son frecuentes los reingresos hospitalarios, en torno a un reingreso por paciente y año. En distintos estudios se han descrito como factores de riesgo relacionados con los reingresos hospitalarios el sexo masculino, la coexistencia de diabetes, EPOC o anemia y el presentar una insuficiencia renal grave. Este indicador mide el porcentaje de enfermos de IC que reingresan, de forma urgente en los 30 días siguientes al alta hospitalaria, por un proceso clínicamente relacionado con su enfermedad principal. El reingreso puede ser debido a una posible continuación o recurrencia del episodio previo, una descompensación aguda de otro problema crónico o un problema médico agudo o quirúrgico relacionado con el episodio inicial.

En la siguiente tabla se muestra el resultado de los reingresos por IC a los 30 días en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud calculado para un período de dos años (2021-2022), con el fin de aumentar su precisión, y ajustado por edad, sexo y enfermedades crónicas del paciente.

En la tabla se presenta el número de pacientes que han reingresado por IC (casos), el número de pacientes ingresados por este diagnóstico (altas) y el valor ajustado del indicador denominado ratio. Este ratio es el cociente entre el número de reingresos de un hospital (casos observados) y el número de reingresos que debería haber en función de las características de los pacientes (casos esperados), que se calculan mediante un modelo de regresión logística en el que se incluyen todos los episodios atendidos en la Comunidad de Madrid. El ratio se muestra con un intervalo de confianza (IC) inferior y superior del 95%.

Para interpretarlo hay que tener en cuenta que el ratio igual a 1 representa que los reingresos observados son iguales a los esperados, y constituye el estándar del Servicio Madrileño de Salud. Por esta razón, si el valor 1 está incluido en el intervalo de confianza (ejemplo: IC inferior es 0,88 e IC superior es 1,03) los reingresos de ese hospital son similares a los del conjunto de hospitales de la Comunidad de Madrid. Si los dos valores del intervalo son inferiores a 1 (ejemplo: IC inferior es 0,88 e IC superior es 0,92) los reingresos del hospital son inferiores a los de la Comunidad de Madrid y si los dos valores del intervalo son superiores a 1 (ejemplo: IC inferior es 1,03 e IC superior es 1,10), los reingresos del hospital son superiores a los de la Comunidad de Madrid.

Finalmente, hay que señalar que este tipo de ajuste no permite comparar entre sí el ratio de distintos hospitales, sino que se compara de forma independiente los reingresos de cada hospital con el estándar de la Comunidad de Madrid.

Resultados:

En este caso, dos de los hospitales públicos gestionados por un operador privado (Hospital Universitario de Torrejón y Hospital General de Villalba) presentan un ratio inferior a 1, lo que supone que los reingresos por insuficiencia cardiaca a los 30 días son inferiores a los esperados.

Por otra parte, todos los hospitales públicos gestionados por un operador privado incluyen el valor 1 en los intervalos de confianza, lo que se traduce en que el número de reingresos es similar al conjunto de los hospitales de la Comunidad de Madrid.

Tabla 7 Reingresos por insuficiencia cardiaca a los 30 días

Hospital	Casos	Altas	Ratio	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Baja complejidad					
H. El Escorial	15	153	0,94	0,52	1,55
H.U. del Tajo	35	305	0,88	0,61	1,22
H.U. del Henares	113	847	1,09	0,90	1,31
H.U. Infanta Cristina	70	485	1,08	0,84	1,36
H.U. Infanta Elena	87	667	1,06	0,85	1,31
H.U. del Sureste	92	701	1,31	1,06	1,61
Media complejidad					
H.C.D. Gómez Ulla	69	626	1,00	0,78	1,27
H.U. Rey Juan Carlos	246	1.656	1,07	0,94	1,22
H.U. de Torrejón	54	544	0,93	0,70	1,21
H.U. de Fuenlabrada	110	744	0,97	0,80	1,17
H.U. Fundación Alcorcón	141	1.038	1,00	0,84	1,18
H.U. de Getafe	137	1.145	0,98	0,82	1,16
H.U. Infanta Leonor	196	1.489	1,15	1,00	1,33
H.U. Infanta Sofía	129	1.114	1,04	0,87	1,24
H.U. de Móstoles	99	638	1,00	0,81	1,22
H.U. Príncipe de Asturias	149	1.049	0,95	0,80	1,11
H.U. Severo Ochoa	205	1.636	1,09	0,95	1,25
H.G. de Villalba	88	769	0,96	0,77	1,18
Alta complejidad					
H. Clínico San Carlos	214	1.774	1,08	0,94	1,24
H. Fundación Jiménez Díaz	221	1.749	1,03	0,90	1,18
H.G.U. Gregorio Marañón	225	2.125	0,96	0,84	1,10
H.U. 12 Octubre	276	2.728	0,99	0,88	1,12
H.U. La Paz	215	2.118	0,93	0,81	1,07
H.U. de La Princesa	126	1.129	0,93	0,77	1,10
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	157	1.543	1,08	0,91	1,26
H.U. Ramón y Cajal	264	2.009	1,05	0,93	1,18

Efectividad clínica y seguridad del paciente

Pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas

Descripción del indicador:

La fractura de cadera constituye un importante problema sanitario por el elevado número de casos, las importantes repercusiones de morbilidad y mortalidad que ocasiona y los consiguientes recursos derivados de su asistencia sanitaria.

La atención aguda de los pacientes que han sufrido una fractura de cadera se realiza a nivel hospitalario en los servicios de traumatología. La reducción de los tiempos de estancia preoperatoria y de hospitalización disminuye los riesgos asociados a la misma y permite un mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios.

Este indicador mide el porcentaje de episodios con diagnóstico principal de fractura de cadera traumática o patológica intervenidas en las primeras 48 horas del ingreso, sobre el total de episodios que ingresan por fractura de cadera. Este indicador se ha calculado teniendo en cuenta horas, minutos y segundos, salvo en los hospitales que no registran el formato dd/mm/aaaa hh:mm:ss.

Resultados:

Durante el año 2022 en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud el porcentaje de episodios con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas fue del 67,6%. En este caso, todos los hospitales públicos gestionados por un operador privado registran un porcentaje mayor que la media de los hospitales de la Comunidad Madrid, alcanzando un valor máximo de 89,88% y un valor mínimo de 74,50%.

Tabla 8 Pacientes de fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas

Hospital	2020	2021	2022
Baja complejidad			
H. El Escorial	76,99%	71,88%	76,00%
H.U. del Tajo	58,62%	47,57%	54,67%
H.U. del Henares	73,72%	83,90%	78,50%
H.U. Infanta Cristina	59,76%	52,13%	47,31%
H.U. Infanta Elena	73,23%	80,82%	74,50%
H.U. del Sureste	43,26%	49,63%	29,84%
Media complejidad			
H.C.D. Gómez Ulla	42,58%	42,54%	44,12%
H.U. Rey Juan Carlos	67,97%	60,29%	77,99%
H.U. de Torrejón	92,08%	90,35%	87,67%
H.U. de Fuenlabrada	48,67%	50,88%	57,98%
H.U. Fundación Alcorcón	70,63%	70,40%	74,31%
H.U. de Getafe	70,13%	71,97%	71,91%
H.U. Infanta Leonor	73,68%	74,21%	67,83%
H.U. Infanta Sofía	60,00%	61,85%	60,00%
H.U. de Móstoles	61,32%	65,63%	74,55%
H.U. Príncipe de Asturias	62,11%	66,81%	58,26%
H.U. Severo Ochoa	80,15%	78,33%	74,87%
H.G. de Villalba	94,25%	85,80%	89,88%
Alta complejidad			
H. Clínico San Carlos	60,91%	53,67%	53,58%
H. Fundación Jiménez Díaz	82,59%	87,15%	78,69%
H.G.U. Gregorio Marañón	54,06%	62,26%	73,73%
H.U. 12 Octubre	47,63%	56,31%	72,99%
H.U. La Paz	67,89%	68,04%	65,46%
H.U. de La Princesa	70,72%	69,06%	65,13%
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	73,07%	71,11%	69,56%
H.U. Ramón y Cajal	60,43%	57,09%	56,93%
Comunidad de Madrid	66,57%	66,40%	67,60%

Efectividad clínica y seguridad del paciente

Septicemia postquirúrgica

Descripción del indicador:

La septicemia o sepsis es una enfermedad generalizada grave en la que el organismo reacciona de forma global ante situaciones de infección por cualquier microorganismo, ya sean bacterias, virus, parásitos u hongos. Las complicaciones infecciosas relacionadas con las intervenciones quirúrgicas han aumentado en los últimos años debido a la mayor complejidad y duración de los procedimientos quirúrgicos, mayor gravedad de las enfermedades de base, mayor edad de la población y utilización de técnicas y tratamientos que permiten sustituir funciones vitales prologadas en el tiempo y mantener a los pacientes con vida. Este indicador mide el número de episodios hospitalarios en pacientes quirúrgicos con estancia hospitalaria de cuatro o más días y con un diagnóstico secundario de sepsis.

En la siguiente tabla se muestra el resultado de los episodios de septicemia postquirúrgica en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud calculado para un período de dos años (2021-2022), con el fin de aumentar su precisión, y ajustado por edad, sexo y enfermedades crónicas del paciente.

En la tabla se presenta el número de pacientes con un diagnóstico secundario de septicemia postquirúrgica (casos), el número de pacientes ingresados a los que se les ha realizado un procedimiento quirúrgico (altas) y el valor ajustado del indicador denominado ratio. Este ratio es el cociente entre los casos de septicemia postquirúrgica de un hospital (casos observados) y los casos que debería haber en función de las características de los pacientes (casos esperados), que se calculan mediante un modelo de regresión logística en el que se incluyen todos los episodios atendidos en la Comunidad de Madrid. El ratio se muestra con un intervalo de confianza (IC) inferior y superior del 95%.

Para interpretarlo hay que tener en cuenta que el ratio igual a 1 representa que los episodios de septicemia postquirúrgica observados son iguales a los esperados, y constituye el estándar del Servicio Madrileño de Salud. Por esta razón, si el valor 1 está incluido en el intervalo de confianza (ejemplo: IC inferior es 0,88 e IC superior es 1,03) los episodios de septicemia postquirúrgica de ese hospital son similares a los del conjunto de hospitales de la Comunidad de Madrid. Si los dos valores del intervalo son inferiores a 1 (ejemplo: IC inferior es 0,88 e IC superior es 0,92) los episodios de septicemia postquirúrgica del hospital son inferiores a los de la Comunidad de Madrid y si los dos valores del intervalo son superiores a 1 (ejemplo: IC inferior es 1,03 e IC superior es 1,10) los episodios de septicemia postquirúrgica del hospital son superiores a los de la Comunidad de Madrid.

Finalmente, hay que señalar que este tipo de ajuste no permite comparar entre sí el ratio de distintos hospitales, sino que se compara de forma independiente los episodios de septicemia postquirúrgica de cada hospital con el estándar de la Comunidad de Madrid.

Resultados:

En este caso, tres de los hospitales públicos gestionados por un operador privado (Fundación Jiménez Díaz, Hospital General de Villalba y Hospital Universitario Rey Juan Carlos) presentan un ratio inferior a 1, lo que supone el ratio de septicemia postquirúrgica es inferior al esperado.

Por otra parte, todos los hospitales públicos gestionados por un operador privado incluyen el valor 1 en los intervalos de confianza, lo que se traduce en que el ratio de septicemia postquirúrgica es similar al conjunto de los hospitales de la Comunidad de Madrid.

Tabla 9 Septicemia postquirúrgica

Hospital	Casos	Altas	Ratio	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Baja complejidad					
H. El Escorial	0	401	0,00	-	-
H.U. del Tajo	1	161	1,00	0,01	5,56
H.U. del Henares	14	1.050	1,08	0,59	1,81
H.U. Infanta Cristina	2	593	1,00	0,11	3,61
H.U. Infanta Elena	8	694	1,00	0,43	1,97
H.U. del Sureste	14	362	1,40	0,76	2,35
Media complejidad					
H.C.D. Gómez Ulla	0	1.232	0,00	-	-
H.U. Rey Juan Carlos	14	1.860	0,88	0,48	1,47
H.U. de Torrejón	21	730	1,05	0,65	1,61
H.U. de Fuenlabrada	32	1.515	1,19	0,81	1,67
H.U. Fundación Alcorcón	8	1.448	1,00	0,43	1,97
H.U. de Getafe	11	1.653	1,22	0,61	2,19
H.U. Infanta Leonor	5	975	1,25	0,40	2,92
H.U. Infanta Sofía	8	990	1,14	0,49	2,25
H.U. de Móstoles	10	1.101	0,91	0,44	1,67
H.U. Príncipe de Asturias	20	1.635	1,33	0,81	2,06
H.U. Severo Ochoa	23	1.223	1,15	0,73	1,73
H.G. de Villalba	4	714	0,80	0,22	2,05
Alta complejidad					
H. Clínico San Carlos	18	4.104	1,00	0,59	1,58
H. Fundación Jiménez Díaz	9	2.735	0,75	0,34	1,42
H.G.U. Gregorio Marañón	45	5.618	1,02	0,75	1,37
H.U. 12 Octubre	22	5.236	1,05	0,66	1,59
H.U. La Paz	37	5.400	1,12	0,79	1,55
H.U. de La Princesa	29	2.375	1,12	0,75	1,60
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	48	3.192	1,04	0,77	1,38
H.U. Ramón y Cajal	51	5.973	1,04	0,77	1,37
Otros hospitales					
H. Central de la Cruz Roja	1	662	1,00	0,01	5,56
H.U. Santa Cristina	1	1.202	1,00	0,01	5,56

Efectividad clínica y seguridad del paciente

Índice de caídas en pacientes hospitalizados

Descripción del indicador:

La prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería. Las caídas son eventos adversos que suceden en el ámbito hospitalario. Hay que tener en cuenta que un tercio de las personas mayores de 65 años y la mitad de las personas mayores de 80 sufren, al menos, una caída al año. Sus consecuencias tienen, a menudo, gran repercusión en el bienestar del paciente y su familia, así como en los costes y la sostenibilidad del sistema de salud. Es recomendable promover estrategias de seguridad dirigidas a disminuir la incidencia de caídas de los pacientes durante su ingreso en el hospital.

Este indicador establece la tasa de incidencia de caídas en pacientes hospitalizados por cada 1.000 días de estancia durante el período de estudio.

Se incluyen pacientes de las unidades de hospitalización médica, quirúrgica y salud mental, de adultos y pediátricos; servicios de Reanimación y Unidades de Cuidados Intensivos, adultos y pediátricos; y servicios de maternidad, obstetricia y paritorio.

Resultados:

En el 2022, la incidencia de caídas de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud ha sido de 1,88‰. Un 75% de los hospitales presentan una incidencia de caídas menor de 2,14‰. En este caso, tres de los cinco hospitales públicos gestionados por un operador privado (Hospital Universitario de Torrejón, Fundación Jiménez Díaz y Hospital Universitario Infanta Elena) registran una incidencia en caídas inferior a la media de los hospitales de la Comunidad de Madrid.

Tabla 10 Índice de caídas en pacientes hospitalizados

Hospital	2020	2021	2022
Baja complejidad			
H. El Escorial	1,14‰	2,00‰	2,25‰
H.U. del Tajo	2,51‰	2,33‰	1,80‰
H.U. del Henares	1,72‰	2,45‰	2,01‰
H.U. Infanta Cristina	2,13‰	2,49‰	2,14‰
H.U. Infanta Elena	2,38‰	2,33‰	1,67‰
H.U. del Sureste	2,16‰	2,12‰	1,48‰
Media complejidad			
H.C.D. Gómez Ulla	0,90‰	0,77‰	0,78‰
H.I.U. Niño Jesús	0,20‰	0,09‰	0,12‰
H.U. Rey Juan Carlos	1,61‰	0,72‰	2,11‰
H.U. de Torrejón	1,42‰	1,01‰	0,91‰
H.U. de Fuenlabrada	1,56‰	1,59‰	1,41‰
H.U. Fundación Alcorcón	2,37‰	2,71‰	3,21‰
H.U. de Getafe	1,14‰	1,33‰	1,37‰
H.U. Infanta Leonor	0,91‰	3,60‰	2,81‰
H.U. Infanta Sofía	2,52‰	2,36‰	1,96‰
H.U. de Móstoles	1,04‰	1,26‰	1,27‰
H.U. Príncipe de Asturias	1,02‰	2,57‰	2,12‰
H.U. Severo Ochoa	1,87‰	1,48‰	1,39‰
H.G. de Villalba	2,96‰	2,14‰	2,21‰
Alta complejidad			
H. Clínico San Carlos	1,61‰	1,50‰	1,64‰
H. Fundación Jiménez Díaz	1,64‰	1,37‰	1,47‰
H.G.U. Gregorio Marañón	2,45‰	1,99‰	2,08‰
H.U. 12 Octubre	1,31‰	1,26‰	1,30‰
H.U. La Paz	1,55‰	1,62‰	1,16‰
H.U. de La Princesa	1,70‰	1,70‰	1,84‰
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	1,43‰	1,49‰	1,52‰
H.U. Ramón y Cajal	1,46‰	1,89‰	1,47‰
Otros hospitales			
H. Central de la Cruz Roja	1,50‰	2,58‰	2,12‰
H. Dr. Rodríguez Lafora	2,97‰	4,93‰	2,99‰
H. de Guadarrama	4,54‰	4,14‰	4,06‰
H. La Fuenfría	3,85‰	4,09‰	3,55‰
H.U. Santa Cristina	1,15‰	0,53‰	2,67‰
H. Virgen de la Poveda	3,55‰	4,11‰	2,14‰
H.U. José Germain	1,32‰	1,11‰	0,95‰
Comunidad de Madrid	1,76‰	1,87‰	1,88‰

Efectividad clínica y seguridad del paciente

Prevalencia global de infección relacionada con la atención sanitaria

Descripción del indicador:

La infección nosocomial o infección relacionada con la atención sanitaria es aquella que se desarrolla en el hospital y que no está presente en el momento del ingreso. Es un problema de relevancia en los hospitales debido a factores tales como, la susceptibilidad de pacientes cada vez con mayor edad y con más patologías crónicas, el aumento en la complejidad de las intervenciones realizadas, procedimientos invasivos para el diagnóstico o tratamiento, y la cada vez más frecuente presencia de microorganismos resistentes a los actuales antibióticos.

La prevalencia global es un indicador que mide los pacientes ingresados que presentan una infección relacionada con la asistencia sanitaria durante su estancia hospitalaria. Hay que señalar que los estudios de prevalencia o estudios transversales reflejan la situación del hospital en un momento determinado, y esta situación puede ser diferente si el estudio se hubiera realizado en un periodo diferente, quedando esto reflejado en las oscilaciones que se producen de un año a otro.

Este indicador mide el porcentaje de pacientes que desarrolla una o más infecciones nosocomiales durante el ingreso hospitalario, con respecto al total de pacientes ingresados en el momento del estudio.

Resultados:

En el año 2022, la prevalencia global de infección relacionada con la atención sanitaria en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud ha sido de 6,78%. En este caso, todos los hospitales públicos gestionados por un operador privado (salvo el Hospital Universitario de Torrejón), registran una prevalencia inferior a la media de los hospitales de la Comunidad de Madrid.

Tabla 11 Prevalencia global de infección relacionada con la atención sanitaria

Hospital	2021	2022
Baja complejidad		
H. El Escorial	-	3,80%
H.U. del Tajo	4,30%	7,06%
H.U. del Henares	5,09%	4,17%
H.U. Infanta Cristina	4,26%	3,25%
H.U. Infanta Elena	3,05%	4,05%
H.U. del Sureste	5,65%	4,46%
Media complejidad		
H.C.D. Gómez Ulla	4,04%	3,19%
H.I.U. Niño Jesús	3,13%	6,19%
H.U. Rey Juan Carlos	4,29%	3,21%
H.U. de Torrejón	9,87%	14,29%
H.U. de Fuenlabrada	10,25%	9,12%
H.U. Fundación Alcorcón	5,50%	3,90%
H.U. de Getafe	5,29%	5,83%
H.U. Infanta Leonor	7,96%	7,53%
H.U. Infanta Sofía	7,14%	4,03%
H.U. de Móstoles	6,93%	7,36%
H.U. Príncipe de Asturias	5,00%	6,19%
H.U. Severo Ochoa	8,80%	6,55%
H.G. de Villalba	8,18%	6,67%
Alta complejidad		
H. Clínico San Carlos	6,60%	7,80%
H. Fundación Jiménez Díaz	6,97%	3,60%
H.G.U. Gregorio Marañón	6,38%	8,38%
H.U. 12 Octubre	7,68%	7,50%
H.U. La Paz	-	11,50%
H.U. de La Princesa	-	12,70%
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	8,49%	8,42%
H.U. Ramón y Cajal	7,39%	10,06%
Otros hospitales		
H. Central de la Cruz Roja	1,52%	1,63%
H. de Guadarrama	-	14,58%
H. La Fuenfría	-	5,45%
H.U. Santa Cristina	-	8,16%
Comunidad de Madrid	7,00%	6,78%

Eficiencia

Porcentaje de hospitalizaciones potencialmente evitables

Descripción del indicador:

Las hospitalizaciones potencialmente evitables se refieren a determinados problemas de salud para los que una atención extrahospitalaria oportuna, efectiva y sostenida en el tiempo podría ayudar a disminuir la necesidad de ingreso en el hospital, bien sea previniendo el inicio de una enfermedad, tratando una enfermedad aguda o controlando una enfermedad crónica

Este indicador mide el porcentaje de episodios cuyo diagnóstico de ingreso corresponde a complicaciones diabéticas agudas, complicaciones diabéticas crónicas, diabetes no controlada, EPOC o asma, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, deshidratación, neumonía bacteriana o infección del tracto urinario, en relación con el número total de episodios del hospital.

Resultados:

Durante el año 2022 en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud las hospitalizaciones potencialmente evitables representaron el 10,67% de todos los episodios de ingreso. En este caso, los resultados de los hospitales gestionados por un operador privado se sitúan ligeramente por encima de la media de la Comunidad de Madrid, salvo el Hospital Universitario de Torrejón, cuyo porcentaje de hospitalizaciones potencialmente evitables es inferior en los tres años analizados.

Tabla 12 Porcentaje de hospitalizaciones potencialmente evitables

Hospital	2020	2021	2022
Baja complejidad			
H. El Escorial	10,37%	9,90%	10,56%
H.U. del Tajo	13,85%	12,18%	13,44%
H.U. del Henares	14,77%	13,54%	14,94%
H.U. Infanta Cristina	12,11%	12,45%	13,56%
H.U. Infanta Elena	11,05%	11,59%	13,58%
H.U. del Sureste	16,29%	17,14%	17,20%
Media complejidad			
H.C.D. Gómez Ulla	12,05%	11,34%	11,23%
H.U. Rey Juan Carlos	13,97%	14,12%	12,89%
H.U. de Torrejón	8,39%	7,83%	9,80%
H.U. de Fuenlabrada	11,19%	9,54%	10,92%
H.U. Fundación Alcorcón	12,03%	11,81%	11,46%
H.U. de Getafe	13,22%	11,65%	12,67%
H.U. Infanta Leonor	14,53%	15,28%	15,21%
H.U. Infanta Sofía	13,00%	12,37%	13,96%
H.U. de Móstoles	11,71%	10,41%	12,25%
H.U. Príncipe de Asturias	13,04%	11,46%	11,88%
H.U. Severo Ochoa	15,72%	16,46%	16,31%
H.G. de Villalba	14,87%	14,36%	15,69%
Alta complejidad			
H. Clínico San Carlos	11,69%	10,90%	8,43%
H. Fundación Jiménez Díaz	10,29%	9,80%	11,07%
H.G.U. Gregorio Marañón	8,76%	7,99%	8,87%
H.U. 12 Octubre	8,95%	9,34%	9,66%
H.U. La Paz	7,08%	7,04%	7,39%
H.U. de La Princesa	10,53%	11,61%	13,02%
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	9,19%	8,60%	8,78%
H.U. Ramón y Cajal	10,38%	9,49%	10,33%
Comunidad de Madrid	10,55%	10,00%	10,67%

Eficiencia

Porcentaje de pacientes con ICTUS con estancia superior a 20 días

Descripción del indicador:

Las enfermedades cerebrovasculares representan un importante problema sanitario por el elevado número de casos, las importantes repercusiones de morbilidad y mortalidad que ocasionan y los consiguientes recursos que conlleva su asistencia sanitaria.

En nuestro país, la atención aguda de los pacientes con un ictus se realiza a nivel hospitalario. La reducción de los tiempos de hospitalización disminuye los riesgos derivados de la misma y permite un mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios.

Este indicador mide el porcentaje de episodios con diagnóstico principal de ictus y estancia superior a 20 días sobre el total de episodios que ingresan por ictus.

Resultados:

Durante el año 2022 en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud el porcentaje de episodios con ictus y estancia superior a 20 días fue del 12,28%. En este caso, todos los hospitales públicos gestionados por un operador privado presentan un porcentaje menor que la media de la Comunidad de Madrid. Concretamente el Hospital Universitario Infanta Elena registra un 5,48%, el Hospital Universitario Rey Juan Carlos un 7,00%, el Hospital Universitario de Torrejón un 8,33%, el Hospital General de Villalba un 11,04% y la Fundación Jiménez Díaz un 12,16%.

Tabla 13 Porcentaje de pacientes con ICTUS con estancia superior a 20 días

Hospital	2020	2021	2022
Baja complejidad			
H. El Escorial	4,00%	21,43%	9,68%
H.U. del Tajo	10,29%	6,02%	6,73%
H.U. del Henares	10,92%	7,95%	11,97%
H.U. Infanta Cristina	1,50%	3,28%	7,53%
H.U. Infanta Elena	5,88%	8,59%	5,48%
H.U. del Sureste	1,85%	3,41%	5,05%
Media complejidad			
H.C.D. Gómez Ulla	12,93%	18,18%	15,75%
H.U. Rey Juan Carlos	9,27%	9,50%	7,00%
H.U. de Torrejón	6,21%	9,84%	8,33%
H.U. de Fuenlabrada	4,97%	16,58%	10,53%
H.U. Fundación Alcorcón	6,84%	8,89%	11,09%
H.U. de Getafe	9,94%	16,02%	11,41%
H.U. Infanta Leonor	19,23%	27,46%	27,50%
H.U. Infanta Sofía	5,03%	6,88%	6,11%
H.U. de Móstoles	13,53%	6,47%	6,92%
H.U. Príncipe de Asturias	3,98%	9,51%	10,37%
H.U. Severo Ochoa	14,36%	8,42%	10,23%
H.G. de Villalba	13,79%	10,07%	11,04%
Alta complejidad			
H. Clínico San Carlos	10,66%	13,26%	13,43%
H. Fundación Jiménez Díaz	15,38%	9,13%	12,16%
H.G.U. Gregorio Marañón	13,58%	13,92%	17,44%
H.U. 12 Octubre	8,61%	7,73%	10,25%
H.U. La Paz	19,53%	17,46%	20,92%
H.U. de La Princesa	9,28%	13,20%	11,85%
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	9,86%	11,74%	10,41%
H.U. Ramón y Cajal	7,35%	8,33%	6,12%
Comunidad de Madrid	10,62%	11,62%	12,28%

Eficiencia

Porcentaje de pacientes con fractura de cadera con estancia superior a 20 días

Descripción del indicador:

La fractura de cadera constituye un importante problema sanitario por el elevado número de casos, las importantes repercusiones de morbilidad y mortalidad que ocasiona y los consiguientes recursos derivados de su asistencia sanitaria.

La atención aguda de los pacientes que han sufrido una fractura de cadera se realiza a nivel hospitalario en los servicios de traumatología. La reducción de los tiempos de hospitalización disminuye los riesgos asociados a la misma y permite un mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios.

Este indicador establece el porcentaje de episodios con diagnóstico principal de fractura de cadera y estancia superior a 20 días sobre el total de episodios que ingresan por fractura de cadera.

Resultados:

Durante el año 2022 en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud el porcentaje de episodios con fractura de cadera y estancia superior a 20 días fue del 9,91%. En este caso, todos los hospitales públicos gestionados por un operador privado presentan un porcentaje menor que la media de la Comunidad de Madrid.

Tabla 14 Porcentaje de pacientes con fractura de cadera con estancia superior a 20 días

Hospital	2020	2021	2022
Baja complejidad			
H. El Escorial	4,69%	8,72%	4,20%
H.U. del Tajo	3,26%	4,10%	1,15%
H.U. del Henares	4,83%	3,91%	4,03%
H.U. Infanta Cristina	13,40%	10,26%	5,61%
H.U. Infanta Elena	7,91%	8,82%	7,02%
H.U. del Sureste	2,65%	2,00%	3,60%
Media complejidad			
H.C.D. Gómez Ulla	5,03%	13,70%	12,32%
H.U. Rey Juan Carlos	7,50%	12,90%	2,37%
H.U. de Torrejón	-	0,79%	2,00%
H.U. de Fuenlabrada	5,22%	12,12%	8,51%
H.U. Fundación Alcorcón	4,64%	9,44%	6,11%
H.U. de Getafe	4,62%	12,17%	5,00%
H.U. Infanta Leonor	29,27%	25,60%	22,34%
H.U. Infanta Sofía	4,58%	7,01%	3,31%
H.U. de Móstoles	17,50%	13,58%	10,17%
H.U. Príncipe de Asturias	9,05%	4,47%	4,31%
H.U. Severo Ochoa	4,60%	7,04%	4,67%
H.G. de Villalba	7,30%	3,47%	5,81%
Alta complejidad			
H. Clínico San Carlos	27,98%	32,22%	36,26%
H. Fundación Jiménez Díaz	4,04%	6,29%	6,32%
H.G.U. Gregorio Marañón	19,58%	18,88%	16,12%
H.U. 12 Octubre	13,64%	18,28%	17,11%
H.U. La Paz	14,38%	18,04%	16,85%
H.U. de La Princesa	3,75%	5,67%	8,19%
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	1,22%	2,00%	1,43%
H.U. Ramón y Cajal	7,91%	9,85%	5,38%
Comunidad de Madrid	10,09%	11,60%	9,91%

Eficiencia

Estancia media

Descripción del indicador:

La estancia media corresponde a la media de días que están ingresados los pacientes en un hospital excluyendo los valores excepcionalmente altos y las estancias menores a un día y alta domicilio.

Es un indicador que refleja el número medio de estancias por enfermo y estima el consumo de recursos. La estancia media debe ajustarse a un tiempo de atención adecuado al proceso y a la casuística de cada centro. La estancia media siempre debería analizarse junto a los indicadores de resultados clínicos.

Este indicador calcula el número total de días de estancia hospitalaria dividido por el número total de episodios. En el cálculo del indicador se excluyen episodios con estancias de 0 días o estancias muy prolongadas (estancia media depurada).

Resultados:

La estancia media durante el año 2022 en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud fue de 5,58 días. Los hospitales públicos gestionados por un operador privado presentan una estancia media inferior a la media de la Comunidad de Madrid, siendo los hospitales que registran una menor estancia media en cada uno de los niveles de complejidad a los que pertenecen.

Tabla 15 Estancia media

Hospital	2020	2021	2022
Baja complejidad			
H. El Escorial	5,64	5,82	5,05
H.U. del Tajo	5,98	5,93	5,27
H.U. del Henares	6,05	5,79	5,13
H.U. Infanta Cristina	5,09	5,11	5,00
H.U. Infanta Elena	5,31	5,26	4,49
H.U. del Sureste	5,60	5,61	5,12
Media complejidad			
H.C.D. Gómez Ulla	6,81	6,64	6,18
H.I.U. Niño Jesús	5,55	5,28	5,06
H.U. Rey Juan Carlos	5,66	5,64	4,71
H.U. de Torrejón	4,76	4,54	4,31
H.U. de Fuenlabrada	5,70	5,67	5,19
H.U. Fundación Alcorcón	5,68	5,59	5,24
H.U. de Getafe	5,95	5,81	5,36
H.U. Infanta Leonor	5,56	5,50	4,99
H.U. Infanta Sofía	5,43	5,45	5,00
H.U. de Móstoles	5,91	5,86	5,47
H.U. Príncipe de Asturias	5,84	5,78	5,48
H.U. Severo Ochoa	6,25	5,85	5,48
H.G. de Villalba	5,06	4,68	4,39
Alta complejidad			
H. Clínico San Carlos	6,55	6,39	6,24
H. Fundación Jiménez Díaz	5,48	5,39	4,86
H.G.U. Gregorio Marañón	6,75	6,70	6,51
H.U. 12 Octubre	6,15	6,33	6,04
H.U. La Paz	5,98	5,86	5,81
H.U. de La Princesa	6,99	7,11	6,70
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	6,35	6,41	6,07
H.U. Ramón y Cajal	6,47	6,31	5,99
Otros hospitales			
H. Central de la Cruz Roja	6,98	5,69	6,91
H.U. Santa Cristina	5,76	4,68	6,39
Comunidad de Madrid	6,09	6,06	5,58

Eficiencia

Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA)

Descripción del indicador:

El Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA) es un indicador de gestión. El IEMA global compara los días de estancia que el conjunto de hospitales de agudos ha utilizado para atender a sus pacientes durante un año con los días que hubieran precisado con el funcionamiento del año previo.

El IEMA por hospital compara los días de estancia que un hospital ha utilizado para atender a sus pacientes durante un año con los días que hubieran precisado el conjunto de hospitales de agudos de su grupo durante ese mismo año.

El cálculo del IEMA se basa en un ajuste de tasas por el método indirecto agrupando los episodios de hospitalización en Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) y excluyendo dentro de cada GRD los episodios con estancias de 0 días y alta domiciliaria (outliers inferiores) y aquellos con estancia superior a un punto de corte calculado para cada GRD (outliers superiores). Un índice global inferior a 1 significa un funcionamiento más eficiente respecto al año anterior.

En la siguiente tabla se muestra el resultado del índice de estancia media ajustada de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud para el año 2022.

El IEMA por hospital compara los días de estancia que un hospital ha utilizado para atender a sus pacientes durante un año con los días que hubieran precisado el conjunto de hospitales de agudos de su grupo durante ese mismo año. Los hospitales de agudos del Servicio Madrileño de Salud se clasifican según las características y complejidad de los centros en tres grupos: hospitales de baja, media y alta complejidad. El IEMA se presenta con los límites inferior y superior del intervalo de confianza (IC) del 95%.

Para interpretarlo hay que tener en cuenta que el IEMA igual a 1 representa que la estancia media ajustada observada es igual a la esperada y constituye el estándar del conjunto de hospitales de agudos de su grupo. Por esta razón, si el valor 1 está incluido en el intervalo de confianza del IEMA (ejemplo: el IC inferior es 0,97 y el IC superior es 1,04) los días de estancia media ajustada son similares a los del conjunto de hospitales de su grupo. Si los dos valores del intervalo son inferiores a 1 (ejemplo: el IC inferior es 0,88 y el IC superior es 0,96) los días de estancia media ajustada son inferiores a los del conjunto de hospitales de su grupo, lo que indica un funcionamiento más eficiente. Y si los dos valores del intervalo son superiores a 1 (ejemplo: el IC inferior es 1,03 y el IC superior es 1,07) los días de estancia media ajustada son superiores a los del conjunto de hospitales de su grupo, lo que sugiere un funcionamiento menos eficiente.

Resultados:

Todos los hospitales públicos gestionados por un operador privado presentan un IEMA inferior a 1, lo que supone que la estancia media ajustada en estos hospitales es inferior a la esperada. Asimismo, los intervalos de confianza, tanto los inferiores como los superiores, se sitúan por debajo de 1, lo que se traduce en que estos hospitales están teniendo un funcionamiento más eficiente.

Tabla 16 Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA)

Hospital	IEMA	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Baja complejidad			
H. El Escorial	1,1138	1,0952	1,1327
H.U. del Tajo	1,1008	1,0863	1,1155
H.U. del Henares	1,0541	1,0451	1,0631
H.U. Infanta Cristina	1,0100	1,0002	1,0198
H.U. Infanta Elena	0,8652	0,8573	0,8732
H.U. del Sureste	1,0158	1,0058	1,0260
Media complejidad			
H.C.D. Gómez Ulla	1,2402	1,2296	1,2510
H.U. Rey Juan Carlos	0,8430	0,8376	0,8484
H.U. de Torrejón	0,8786	0,8707	0,8867
H.U. de Fuenlabrada	1,0291	1,0220	1,0362
H.U. Fundación Alcorcón	1,0475	1,0398	1,0551
H.U. de Getafe	1,0377	1,0309	1,0446
H.U. Infanta Leonor	1,0176	1,0105	1,0248
H.U. Infanta Sofía	0,9713	0,9645	0,9781
H.U. de Móstoles	1,0729	1,0641	1,0818
H.U. Príncipe de Asturias	1,0986	1,0914	1,1058
H.U. Severo Ochoa	1,0703	1,0626	1,0780
H.G. de Villalba	0,8079	0,8004	0,8155
Alta complejidad			
H. Clínico San Carlos	1,0553	1,0501	1,0605
H. Fundación Jiménez Díaz	0,7718	0,7675	0,7760
H.G.U. Gregorio Marañón	1,0362	1,0321	1,0403
H.U. 12 Octubre	1,0159	1,0118	1,0200
H.U. La Paz	1,0562	1,0520	1,0605
H.U. de La Princesa	1,0554	1,0486	1,0623
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	0,9975	0,9924	1,0026
H.U. Ramón y Cajal	0,9998	0,9951	1,0046

Atención al paciente *Índice de satisfacción global*

Descripción del indicador:

La satisfacción global con la atención recibida es un aspecto clave de la calidad asistencial que proporciona información fundamental sobre las expectativas y las percepciones de los pacientes con el proceso asistencial. La valoración de la satisfacción permite evaluar la calidad de la asistencia prestada, detectar posibles áreas de mejora y adecuar las mejores prácticas asistenciales a las prioridades y preferencias del paciente.

La valoración del grado de satisfacción global con la atención recibida se realiza mediante una escala de 5 categorías, desde 1 “Muy insatisfecho” hasta 5 “Muy satisfecho”.

El índice de satisfacción global (ISG) se calcula con el promedio de la satisfacción global en las áreas de hospitalización, consultas externas, cirugía ambulatoria y urgencias.

Resultados:

El índice de satisfacción global con la atención recibida en el año 2022 en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud es de un 89,44%. En este caso, todos los hospitales públicos gestionados por un operador privado (salvo el Hospital Universitario de Torrejón) presentan un índice de satisfacción global superior al 90,68%.

Tabla 17 Índice de satisfacción global

Hospital	2021	2022
Baja complejidad		
H. El Escorial	90,28%	90,37%
H.U. del Tajo	89,65%	88,00%
H.U. del Henares	88,76%	88,79%
H.U. Infanta Cristina	86,41%	89,95%
H.U. Infanta Elena	89,11%	90,68%
H.U. del Sureste	90,18%	87,04%
Media complejidad		
H.C.D. Gómez Ulla	88,81%	86,64%
H.I.U. Niño Jesús	90,21%	92,20%
H.U. Rey Juan Carlos	90,52%	91,43%
H.U. de Torrejón	86,93%	86,61%
H.U. de Fuenlabrada	89,74%	89,59%
H.U. Fundación Alcorcón	88,20%	89,43%
H.U. de Getafe	91,59%	88,03%
H.U. Infanta Leonor	90,79%	88,95%
H.U. Infanta Sofía	87,42%	87,67%
H.U. de Móstoles	89,75%	87,18%
H.U. Príncipe de Asturias	86,80%	89,24%
H.U. Severo Ochoa	88,28%	88,97%
H.G. de Villalba	92,96%	91,14%
Alta complejidad		
H. Clínico San Carlos	91,30%	91,77%
H. Fundación Jiménez Díaz	91,13%	92,39%
H.G.U. Gregorio Marañón	88,34%	91,29%
H.U. 12 Octubre	89,89%	87,02%
H.U. La Paz	88,29%	88,02%
H.U. de La Princesa	90,00%	90,05%
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	90,81%	92,20%
H.U. Ramón y Cajal	90,14%	87,87%
Otros hospitales		
H. Central de la Cruz Roja	91,87%	93,58%
H. Dr. Rodríguez Lafora	85,71%	85,00%
H. de Guadarrama	86,34%	88,13%
H. La Fuenfría	88,12%	86,96%
H.U. Santa Cristina	93,55%	95,01%
H. Virgen de la Poveda	84,38%	86,25%
H.E.E. Isabel Zendal	92,55%	89,38%
Comunidad de Madrid	89,57%	89,44%

Atención al paciente

Índice de recomendación global

Descripción del indicador:

La recomendación del hospital es un aspecto fundamental de la calidad percibida por el paciente, que determina la fidelidad de este para acudir de nuevo al servicio o centro asistencial.

Este indicador mide el porcentaje de pacientes que recomiendan el servicio asistencial que les ha atendido. La valoración de la recomendación se realiza mediante una escala dicotómica: “Si” o “No” se recomienda el servicio.

El índice de recomendación global (IRG) se calcula con el promedio de la recomendación de las áreas de hospitalización, consultas externas, cirugía ambulatoria y urgencias.

Resultados:

El índice de recomendación global en el año 2022 en los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud es de un 94,1%. En este caso, todos los hospitales públicos gestionados por un operador privado registran un índice de recomendación que oscila entre el 96,54% de la Fundación Jiménez Díaz al 91,93% del Hospital Universitario de Torrejón.

Tabla 18 Índice de recomendación global

Hospital	2021	2022
Baja complejidad		
H. El Escorial	94,92%	93,33%
H.U. del Tajo	89,06%	90,18%
H.U. del Henares	89,99%	93,01%
H.U. Infanta Cristina	89,83%	92,75%
H.U. Infanta Elena	97,95%	93,84%
H.U. del Sureste	89,08%	91,69%
Media complejidad		
H.C.D. Gómez Ulla	91,34%	92,50%
H.I.U. Niño Jesús	97,18%	96,22%
H.U. Rey Juan Carlos	97,17%	94,29%
H.U. de Torrejón	91,75%	91,93%
H.U. de Fuenlabrada	92,74%	93,69%
H.U. Fundación Alcorcón	92,80%	94,16%
H.U. de Getafe	94,20%	92,53%
H.U. Infanta Leonor	90,52%	94,25%
H.U. Infanta Sofía	91,55%	92,46%
H.U. de Móstoles	94,45%	95,08%
H.U. Príncipe de Asturias	91,26%	94,91%
H.U. Severo Ochoa	88,11%	91,43%
H.G. de Villalba	96,08%	94,95%
Alta complejidad		
H. Clínico San Carlos	92,51%	94,95%
H. Fundación Jiménez Díaz	97,79%	96,53%
H.G.U. Gregorio Marañón	94,63%	95,39%
H.U. 12 Octubre	92,04%	93,22%
H.U. La Paz	94,37%	95,12%
H.U. de La Princesa	92,78%	95,20%
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	97,96%	95,56%
H.U. Ramón y Cajal	94,73%	94,09%
Otros hospitales		
H. Central de la Cruz Roja	96,65%	94,57%
H. Dr. Rodríguez Lafora	84,18%	88,46%
H. de Guadarrama	90,07%	89,94%
H. La Fuenfría	86,79%	94,19%
H.U. Santa Cristina	95,56%	97,06%
H. Virgen de la Poveda	83,66%	85,35%
H.E.E. Isabel Zendal	91,19%	88,61%
Comunidad de Madrid	93,33%	94,14%

Atención al paciente *Índice de reclamaciones*

Descripción del indicador:

Las reclamaciones de pacientes y usuarios del Servicio Madrileño de Salud constituyen una herramienta fundamental para conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios y desarrollar las acciones necesarias para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria

El índice de reclamaciones es la relación existente entre el número de reclamaciones formuladas por los ciudadanos y la actividad asistencial del centro hospitalario, expresado como número de reclamaciones/10.000 actos asistenciales.

Se entiende por actividad asistencial la suma de los siguientes parámetros:

- Número de consultas realizadas.
- Número de urgencias atendidas que no requirieron ingreso.
- Número de ingresos hospitalarios.
- Número de intervenciones quirúrgicas sin ingreso.
- Número de consultas telefónicas.
- Número de consultas telemáticas.
- Número de consultas de telemedicina.

Resultados:

En el año 2022 se han registrado un total de 24,78 reclamaciones por cada 10.000 actos asistenciales. Los **números registrados por los hospitales públicos gestionados por un operador privado son extraordinarios**, ya que el índice de reclamaciones ha sido del 2,91 en el caso del Hospital General de Villalba, del 4,99 en el caso de la Fundación Jiménez Díaz, del 7,76 en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos y del 9,14 en el Hospital Universitario Infanta Elena. El único hospital público gestionado por un operador privado que presenta peores registros que la media de la Comunidad de Madrid es el Hospital Universitario de Torrejón que registra 31,25 reclamaciones por cada 10.000 actos asistenciales.

Tabla 19 Índice de reclamaciones

Hospital	2020	2021	2022
Baja complejidad			
H. El Escorial	15,82	16,66	19,16
H.U. del Tajo	22,64	22,97	47,92
H.U. del Henares	38,07	30,25	35,75
H.U. Infanta Cristina	6,07	6,80	10,03
H.U. Infanta Elena	6,52	7,30	9,14
H.U. del Sureste	20,75	23,80	31,45
Media complejidad			
H.C.D. Gómez Ulla	20,05	28,50	33,00
H.I.U. Niño Jesús	7,19	10,78	15,95
H.U. Rey Juan Carlos	5,75	6,99	7,76
H.U. de Torrejón	21,25	18,94	31,25
H.U. de Fuenlabrada	18,44	18,60	13,48
H.U. Fundación Alcorcón	27,81	22,59	29,98
H.U. de Getafe	16,43	18,55	23,81
H.U. Infanta Leonor	20,77	27,87	41,27
H.U. Infanta Sofía	33,83	40,10	51,27
H.U. de Móstoles	40,2	63,38	109,35
H.U. Príncipe de Asturias	21,18	30,52	45,58
H.U. Severo Ochoa	33,02	39,57	42,45
H.G. de Villalba	2,77	2,71	2,91
Alta complejidad			
H. Clínico San Carlos	23,23	22,80	26,74
H. Fundación Jiménez Díaz	4,98	5,26	4,99
H.G.U. Gregorio Marañón	18,06	19,74	22,15
H.U. 12 Octubre	23,52	31,27	24,89
H.U. La Paz	10,15	10,64	10,34
H.U. de La Princesa	17,14	17,48	22,60
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda	15,62	17,90	20,02
H.U. Ramón y Cajal	20,14	19,28	21,16
Otros hospitales			
H. Central de la Cruz Roja	5,07	7,94	5,70
H.U. Santa Cristina	15,64	10,58	11,21
Comunidad de Madrid	17,96	20,54	24,78

5.2. Cataluña:

La información de los hospitales de Cataluña se ha obtenido de la **Central de Resultados de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña adscrita al Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.**

En el caso de Cataluña, los hospitales no se encuentran categorizados por complejidad, lo que dificulta la comparación entre hospitales. Asimismo, la **multiplicidad de formas jurídicas** que adoptan los proveedores de asistencia hospitalaria en Cataluña y las **diferencias en los modelos de hospital** hacen complicado extraer conclusiones claras sobre el funcionamiento de los hospitales bajo modelos de colaboración público-privada.

Los indicadores analizados son una selección de aquellos que se han considerado más relevantes para los fines del estudio y, en el caso de Cataluña, se han analizado un total de 7 indicadores: **efectividad (3)**, **seguridad (2)** y **experiencia del usuario (2)**.

Para cada indicador analizado, se ha detallado la descripción del indicador y los resultados de los hospitales sujetos a un modelo de colaboración público-privada de los que la Central de Resultados aporta información. En este caso, se procede a comparar los resultados de estos hospitales con la media de los hospitales públicos de Cataluña (independientemente de su modelo de gestión).

Tal y como se ha indicado, y dada la peculiaridad del modelo catalán es complicado obtener conclusiones claras. No obstante, y a modo resumen, se puede concluir que **los resultados varían en función del hospital e indicador analizado**, presentando en algunos casos mejores resultados que la media de los hospitales de Cataluña y otros casos obteniendo peores resultados.

A modo de ejemplo y como indicadores relevantes en el ámbito de este estudio, nueve de los diecinueve hospitales públicos con gestión privada presentan una menor **mortalidad intrahospitalaria** que la media de los hospitales públicos de Cataluña, mientras que, en el caso del indicador referido a la **mortalidad a los 30 días**, diez de los veinte hospitales públicos de gestión privada presentan mejores o iguales resultados que la media de los hospitales públicos de Cataluña.

Esta situación es una constante en el resto de los indicadores, donde en función del indicador analizado existen hospitales públicos de gestión privada que registran mejores y peores resultados que la media de los hospitales públicos de Cataluña.

Tabla 20 Resumen de indicadores de Cataluña

Hospital	Efectividad			Seguridad		Experiencia del usuario	
	Mortalidad intrahospitalaria	Mortalidad a los 30 días	Reingresos a los 30 días	Cáidas hospitalarias	Infecciones localización quir.	Índice de satisfacción	Índice de fidelidad
Fundació Hospital de l'Esperit Sant	4,6%	11,2%	7,6%	1,68	2,4%	8,63	92,5%
Fundació Hospital Sant Joan de Deu (Martorell)	6,5%	15,1%	8,1%	0,68	4,5%	8,38	86,3%
Hospital de Figueres	9,4%	13,5%	8,6%	2,98	3,8%	8,18	92,0%
Hospital General de Granollers	8,2%	12,7%	7,7%	0,76	11,3%	8,15	88,8%
Hospital de Mollet	7,7%	12,7%	7,6%	2,34	4,1%	7,67	72,4%
Hospital d'Olot	9,9%	17,1%	4,4%	1,82	5,0%	8,79	93,9%
Hospital Sant Joan de Deu (Manresa)	8,1%	12,7%	7,3%	1,89	2,1%	8,30	90,1%
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	7,4%	13,1%	8,4%	2,08	4,4%	8,84	94,0%
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla	8,1%	11,7%	4,8%	0,72	5,3%	8,66	89,9%
Hospital del Vendrell	4,6%	13,4%	7,0%	4,25	10,0%	8,33	85,9%
Fundació Sant Hospital	9,3%	17,0%	7,7%	3,62		7,99	84,0%
Hospital de Campdevanol	10,4%	17,1%	5,3%	2,60		8,26	87,3%
Hospital Sant Celloni	6,6%	11,1%	7,9%	3,12		7,98	75,9%
Parc Sanitari Sant Joan de Deu (Sant Boi de Llobregat)	7,5%	11,2%	7,0%		2,1%	8,38	89,3%
Hospital Universitari Sagrat Cor	13,0%	16,9%	10,9%	2,41	9,4%		
Clinica Salus Infirmorum	24,5%	38,8%	0,0%	1,44			
Espitau Val d'Aran	11,2%	16,2%	6,6%	34,32			
Fundació Puigvert-IUNA	2,1%	6,8%	9,5%	2,00			
Hospital Sant Joan de Deu (Esplugues)	0,0%	3,0%	2,7%			8,55	
Hospital Sant Rafael	6,8%	12,8%	3,7%	5,21			
Cataluña	7,7%	12,8%	7,2%	1,88	5,4%	8,32	88,0%

Efectividad

Mortalidad intrahospitalaria

Descripción del indicador:

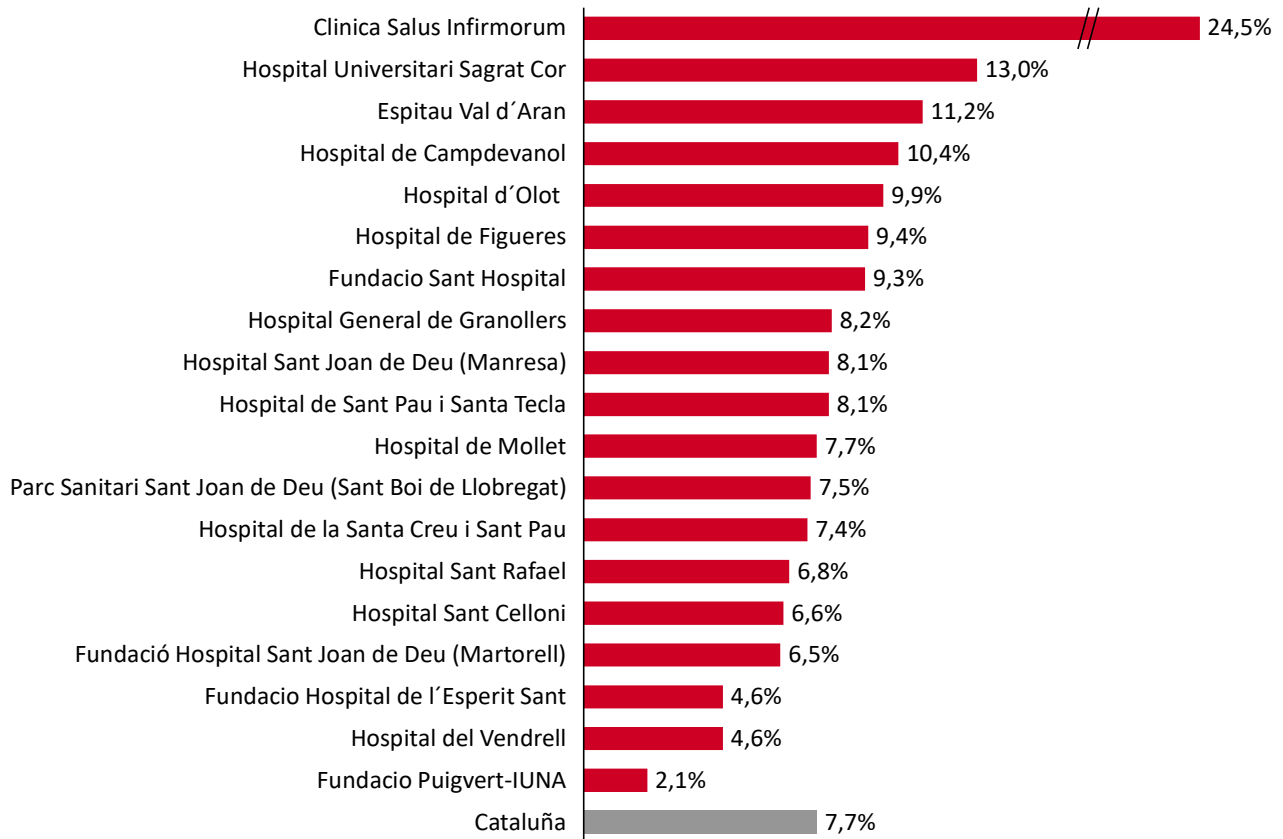
La mortalidad es uno de los indicadores de calidad más consolidados. La mortalidad intrahospitalaria es un indicador que permite evaluar el riesgo de morir en el decurso del ingreso hospitalario por un conjunto de patologías seleccionadas (infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, con y sin traslados, infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, insuficiencia cardíaca congestiva, accidente vascular cerebral (ictus), hemorragia gastrointestinal, fractura de cuello de fémur y neumonía). En estas patologías se ha demostrado que la mortalidad varía entre los diferentes hospitales y hay evidencia que una alta mortalidad puede estar asociada con una peor calidad de la asistencia recibida.

El uso de este indicador permite en los hospitales y a los equipos profesionales de la salud monitorizar y mejorar la calidad asistencial, identificar posibles factores de riesgo, implementar medidas preventivas y comparar el rendimiento con otras instituciones sanitarias. Además, puede ayudar en la toma de decisiones clínicas, mejorar los protocolos asistenciales y reducir los riesgos asociados a la estancia hospitalaria.

Resultados:

En este caso, nueve de los diecinueve hospitales públicos con gestión privada presentan una menor mortalidad intrahospitalaria que la media de los hospitales públicos de Cataluña.

Gráfico 1 Mortalidad intrahospitalaria



Efectividad

Mortalidad a los 30 días

Descripción del indicador:

La mortalidad a 30 días del ingreso hospitalario es un indicador que permite evaluar el riesgo de morir en el curso del ingreso hospitalario o los 30 días posteriores del alta hospitalaria por un conjunto de patologías seleccionadas (infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST con y sin traslados-, infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, insuficiencia cardíaca congestiva, accidente vascular cerebral (ictus), hemorragia gastrointestinal, fractura de cuello de fémur y neumonía).

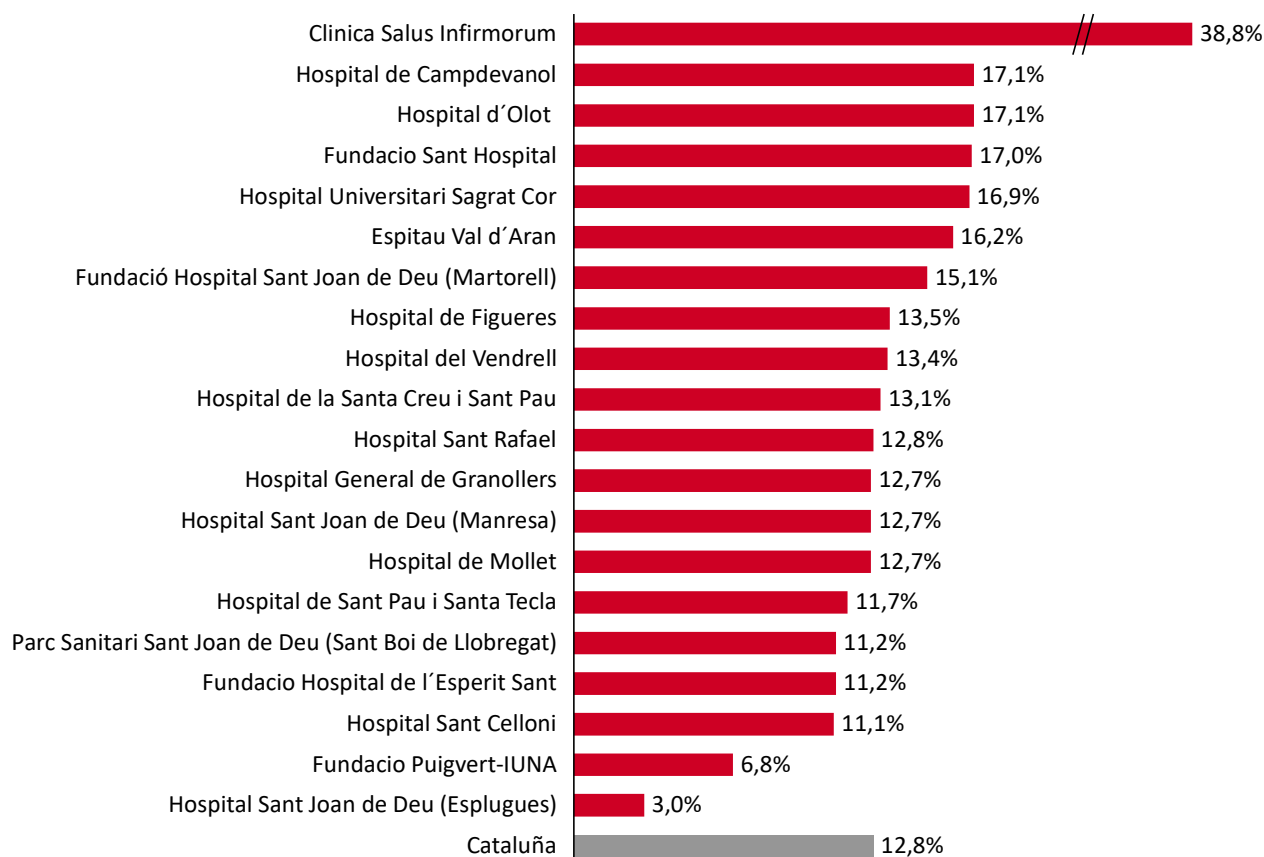
En estas patologías se ha demostrado que la mortalidad varía entre los diferentes hospitales y hay evidencia que una alta mortalidad puede estar asociada con una peor calidad de la asistencia recibida.

La mortalidad a 30 días del ingreso hospitalario permite evaluar la calidad de la atención hospitalaria, así como identificar posibles áreas de actuación para mejorar los resultados clínicos.

Resultados:

En el caso de este indicador, diez de los veinte hospitales públicos de gestión privada presentan mejores o iguales resultados que la media de los hospitales públicos de Cataluña. El Hospital Sant Joan de Deu y la Fundacio Puigvert-IUNA son los que registran una menor mortalidad a los 30 días.

Gráfico 2 Mortalidad a los 30 días



Efectividad

Reingresos a los 30 días

Descripción del indicador:

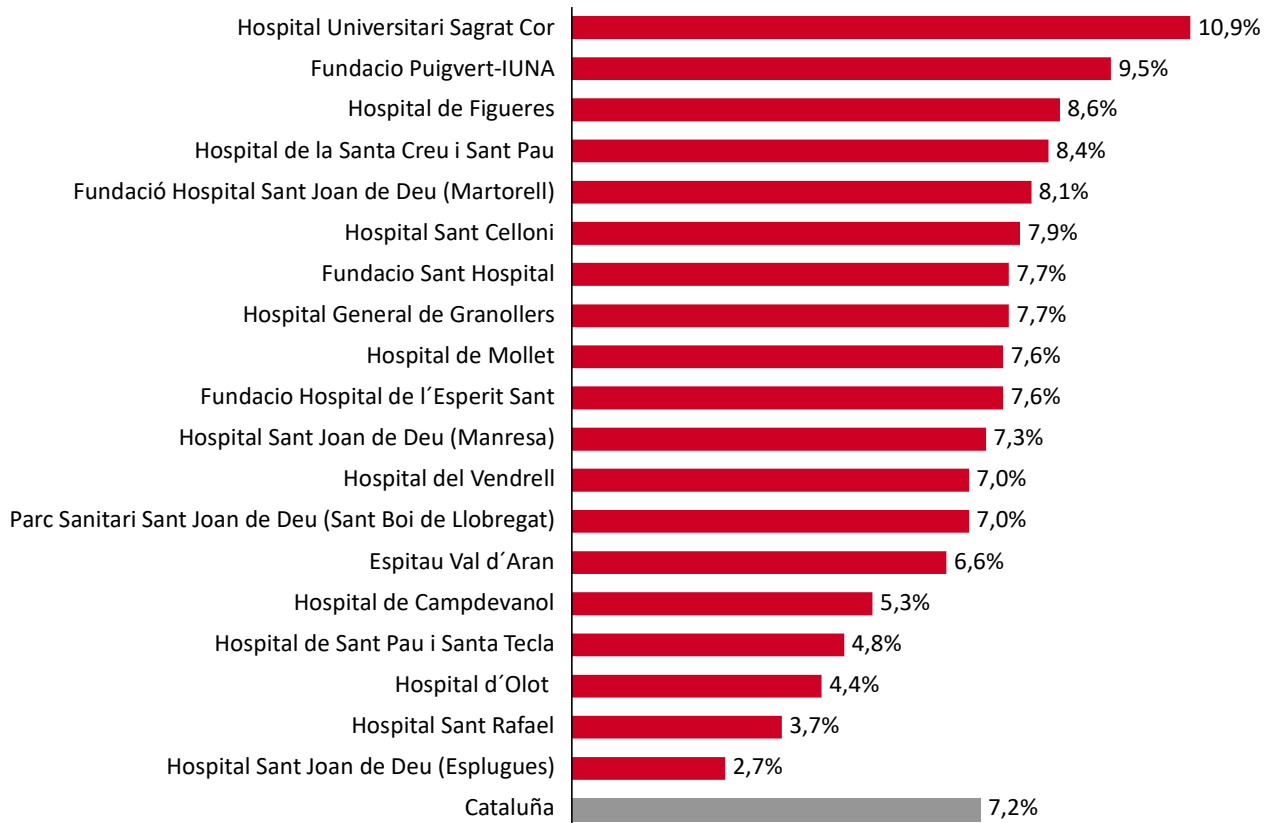
El indicador sobre reingresos hospitalarios mide la proporción de pacientes que son readmitidos de forma urgente en un hospital dentro de un periodo específico (en este caso 30 días) después de haber sido dados de alta anteriormente por un conjunto de patologías seleccionadas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía en menores y mayores de 18 años, asma, enfermedad cardíaca congestiva, angina de pecho, infarto agudo de miocardio con y sin elevación del segmento ST, infecciones del trato urinario, complicaciones de la diabetes mellitus y fractura de cuello de fémur).

Se trata de reingresos relacionados clínicamente con el ingreso inicial (o índice). Los reingresos tienen un papel importante como indicador de la calidad de la asistencia, puesto que pueden estar reflejando una atención sanitaria pobre y una falta de coordinación de los servicios asistenciales durante la hospitalización o en el periodo inmediatamente posterior al alta. Están influenciados por la calidad de la asistencia la ambulatoria, por la utilización guías de práctica clínica efectivas o por la disponibilidad de camas. También permiten evaluar la eficiencia de la atención hospitalaria, puesto que son responsables de una parte importante del coste sanitario.

Resultados:

Nueve de los diecinueve hospitales públicos de gestión privada de Cataluña de los que se facilita información sobre este indicador, presentan mejores resultados o iguales que la media de los hospitales públicos de Cataluña. En este caso, el Hospital Sant Joan de Deu, el Hospital Sant Rafael y el Hospital d'Olrot son los que registran un menor porcentaje de reingresos a los 30 días.

Gráfico 3 Reingresos a los 30 días



Seguridad

Caídas en pacientes hospitalizados

Descripción del indicador:

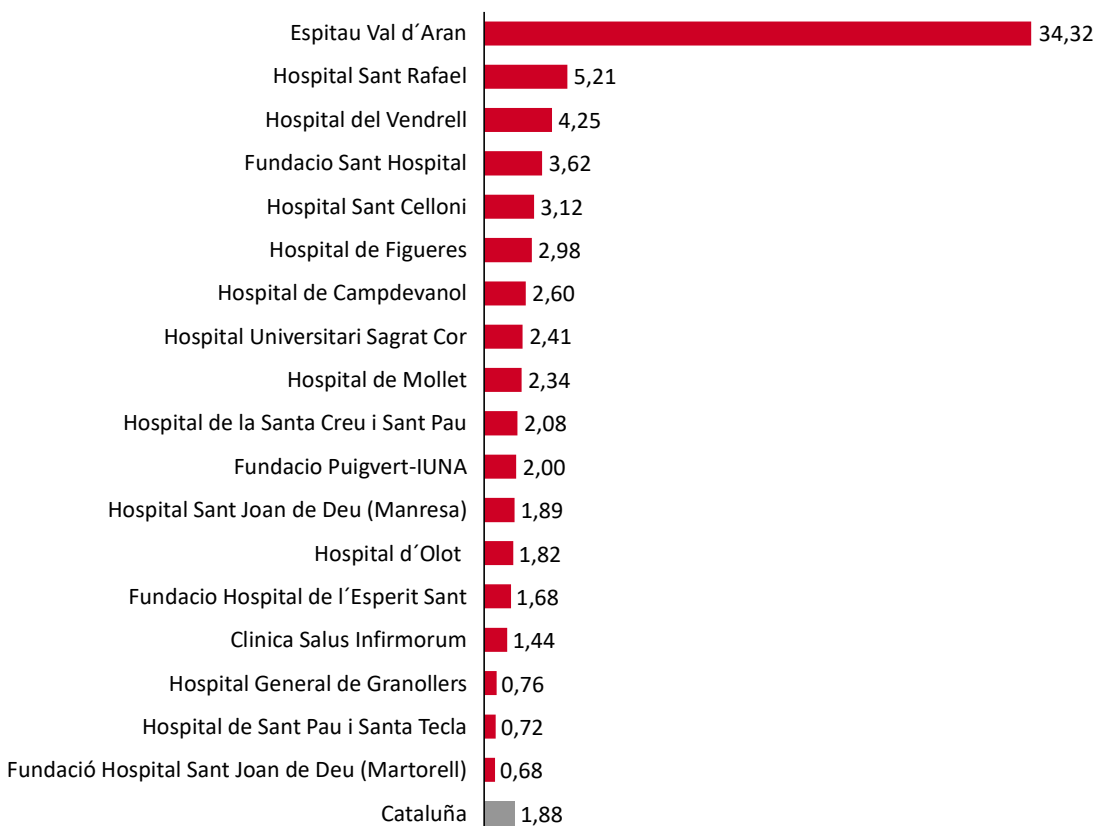
La tasa de caídas intrahospitalarias es un indicador de seguridad asistencial ampliamente utilizado. Las caídas son unos de los acontecimientos adversos relacionados con la seguridad de los pacientes más frecuentes en hospitalización. Son una fuente de morbilidad, secuelas funcionales y alargamiento de la estancia hospitalaria

Este indicador muestra la tasa de caídas en pacientes hospitalizados por cada 10.000 estancias.

Resultados:

En este caso, únicamente seis de los hospitales públicos con gestión privada de Cataluña presentan mejores resultados en el índice de caídas en pacientes hospitalizados que la media de los hospitales públicos catalanes. En este sentido, la Fundació Hospital Sant Joan de Deu, el Hospital de Sant Pau i Sata Tecla y el Hospital General de Granollers son los que presentan unos mejores resultados en este indicador.

Gráfico 4 Índice de caídas en pacientes hospitalizados



Seguridad

Infecciones de localización quirúrgica

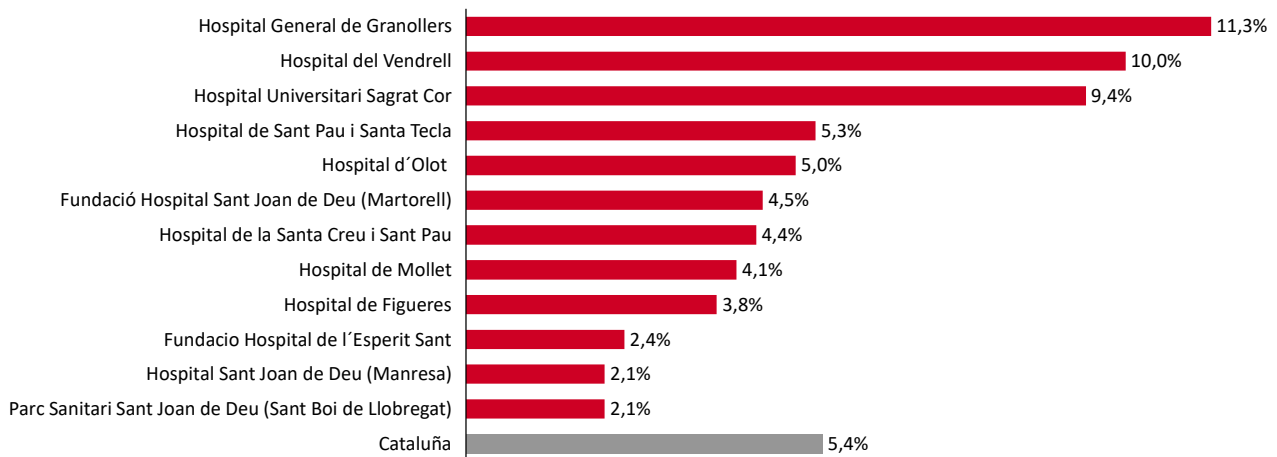
Descripción del indicador:

Indica el porcentaje de casos de infección en cuatro tipos de intervenciones: cirugía electiva de colon, cirugía electiva de recto, cirugía protésica de rodilla y cirugía protésica de cadera.

Resultados:

Nueve de los doce hospitales públicos de gestión privada presenta un porcentaje de infecciones de localización quirúrgica por debajo de la media de los hospitales públicos de Cataluña, siendo el Parc Sanitari Sant Joan de Deu y el Hospital Sant Joan de Deu los que presentan mejores resultados.

Gráfico 5 Infecciones de localización quirúrgica



Experiencia del usuario Índice de satisfacción

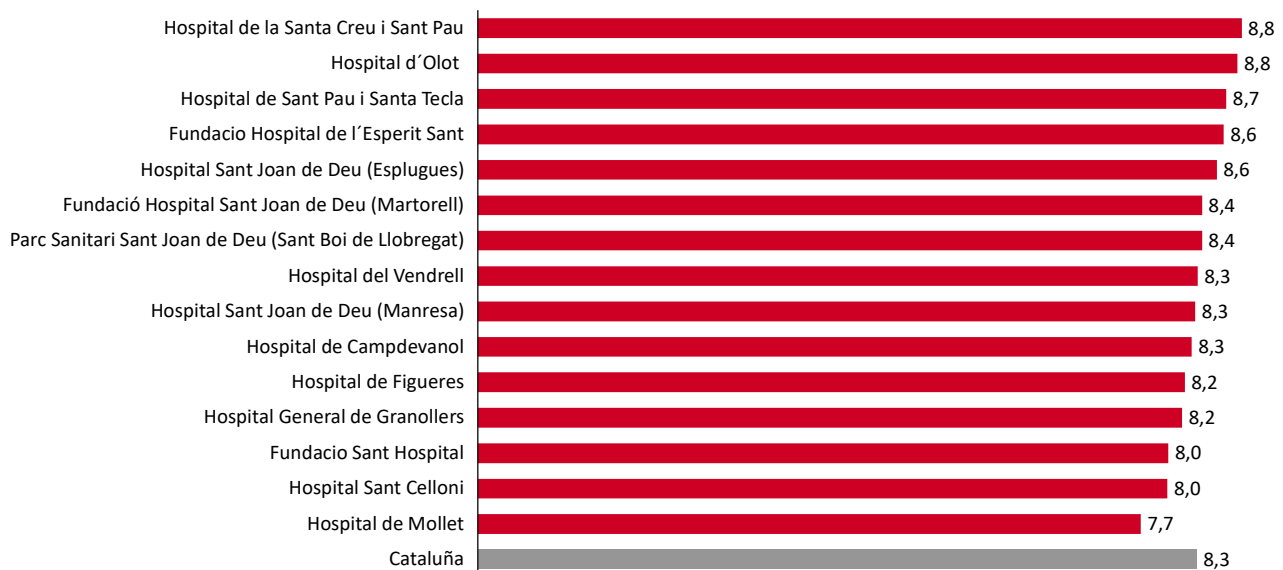
Descripción del indicador:

Este indicador muestra el índice de satisfacción con la atención recibida en una escala del 0 al 10, correspondiendo el 0 a la peor valoración y el 10 a la mejor valoración.

Resultados:

Diez de los 15 hospitales públicos de gestión privada de los que se ofrece información sobre este indicador presentan mejores o iguales resultados a la media de los hospitales públicos de Cataluña, siendo el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y el Hospital d'Olot los que registran los mejores resultados.

Gráfico 6 Índice de satisfacción



Experiencia del usuario Índice de fidelidad

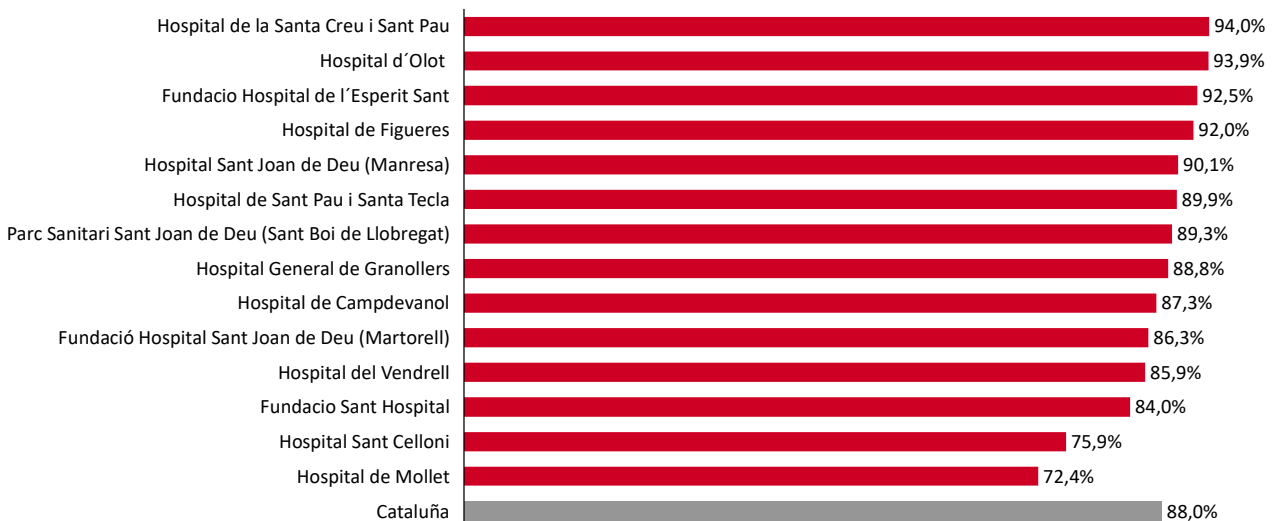
Descripción del indicador:

Este indicador indica el índice de fidelidad al centro donde el paciente ha recibido la atención, en forma de porcentaje de usuarios que volverían al mismo centro si pudiesen elegir.

Resultados:

De los 14 hospitales públicos gestionados de forma privada de los que se facilita información sobre este indicador, 8 presentan mejores resultados que la media de los hospitales públicos de Cataluña. El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y el Hospital d'Olot son los que registran mejores resultados en este indicador.

Gráfico 7 Índice de fidelidad



5.3. Comunidad Valenciana:

De la Comunidad Valencia únicamente se han podido analizar los datos relativos a la listas de espera, ya que los indicadores no se publican detallados por hospital, por lo que no es posible llevar a cabo una comparación entre los hospitales públicos de gestión tradicional y los de colaboración público-privada.

En relación con la Lista de Espera Quirúrgica, los hospitales que son o han sido gestionados bajo un modelo de colaboración público-privada presentan una demora media inferior al promedio de los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana.

Tabla 21 Evolución de la lista de Espera Quirúrgica hospitales Comunidad Valenciana, 2021-2023

Hospital	Demora media (días)		
	2021	2022	2023
Departament de Salut de Vinaros	121	95	59
Departament de Salut de Castello	69	80	119
Departament de Salut de la Plana	117	89	93
Departament de Salut de Sagunt	70	67	48
Departament de Salut de Valencia - Clinic - La Mlava-Rosa	81	85	67
Departament de Salut de Valencia - Arnau de Vilanova Liria	60	60	81
Departament de Salut de Valencia - La Fe	129	115	105
Departament de Salut de Requena	81	83	63
Departament de Salut de Valencia - Hospital General	135	114	108
Departament de Salut de Valencia - Dr. Peset	66	65	54
Departament de Salut de la Ribera (reversión 2018)	67	64	53
Departament de Salut de Gandía	53	49	53
Departament de Salut de Denia (reversión 2024)	59	74	59
Departament de Salut de Xátiva - Ontinyent	98	84	83
Departament de Salut d'Alcoi	179	102	90
Departament de Salut de la Marina Baixa	74	65	62
Departament de Salut d'Alacant - Sant Joan d'Alacant	160	120	95
Departament de Salut d'Elda	97	89	139
Departament de Salut d'Alacant - Hospital General	150	121	115
Departament de Salut d'Elch - Hospital General	84	83	101
Departament de Salut d'Orihuela	66	64	88
Departament de Salut de Torrevieja (reversión 2021)	61	62	73
Departament de Salut de Manises (reversión 2024)	53	45	53
Departament de Salut de Elx-Crevillent	52	44	42
Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón	121	132	143

Nota: en negrita se indican los hospitales bajo un modelo de colaboración público-privada.

5.4. Índice de Excelencia Hospitalaria (IEH)

Este índice es elaborado de forma anual por el **Instituto de Coordinadas de Gobernanza y Economía Aplicada (ICGEA)**. Se trata de una institución de pensamiento e investigación de la interacción entre gobernanza y economía aplicada para avanzar en constructivo y en decisivo sobre el trinomio: bienestar social, progreso económico y sostenibilidad ambiental; en pleno entorno evolutivo sin precedentes desde finales del Siglo XVIII y principios del XIX con la revolución industrial. Fiel a sus principios fundacionales de independencia, apartidismo y pluralidad, el Instituto lidera proactivamente la fusión entre la esencia y la innovación de la liberalización económica, como mejor modelo de afrontar los retos presentes y futuros de país, de Europa y del mundo.

El IEH analiza los centros hospitalarios españoles públicos y privados con mayor compromiso con la calidad y la sostenibilidad de un sistema de salud universal. Para elaborarlo, el ICGEA tiene en cuenta parámetros como la calidad asistencial, el servicio hospitalario, el bienestar y la satisfacción percibidos por el paciente, así como la capacidad innovadora, la atención personalizada y la eficiencia en el uso de los recursos asignados.

Para la elaboración de este exhaustivo análisis, el ICGEA ha realizado 2.100 encuestas a profesionales del ámbito de la salud en España procedentes de distintos hospitales, dando como resultado a un IEH con base en los datos y resultados de estos centros, así como en las percepciones de los profesionales que trabajan en ellos.

El IEH de la edición 2023 destaca la **Fundación Jiménez Díaz como el mejor hospital de España**, hospital bajo un modelo de colaboración público-privada, debido, entre otros factores, a su sobresaliente desempeño, compromiso con la excelencia y gestión altamente cualificada, avalada por la consecución de grandes logros que van configurando su trayectoria, así como por los datos que continuamente se publican en el sector, que muestran que tiene menores listas de espera para recibir asistencia o someterse a intervención quirúrgica en comparación con otros hospitales. Todo ello ha sido clave para sostener su posición de liderazgo durante los últimos ocho años.

A la Fundación Jiménez Díaz le sigue el Hospital Universitario La Paz, el Hospital Universitario Gregorio Marañón, el Hospital Clínic Barcelona, el Hospital Universitario Vall d'Hebron, el Hospital Ruber Internacional, el Hospital Clínic San Carlos, el Hospital Universitari i Politènic La Fe, el Centro Médico Teknon, y el Hospital Quirónsalud Barcelona.

Tabla 22 Resumen de indicadores de Cataluña Resultados del IEH nacional, 2023

IEH 2023	Hospital	Ubicación	Valoración
1	Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz	Madrid	0,998
2	Hospital Universitario La Paz	Madrid	0,996
3	Hospital Universitario Gregorio Marañón	Madrid	0,991
4	Hospital Clinic Barcelona	Barcelona	0,984
5	Hospital Universitario Vall d'Hebron	Barcelona	0,982
6	Hospital Ruber Internacional	Madrid	0,977
7	Hospital Universitario Clínico San Carlos	Madrid	0,975
8	Hospital Universitari i Politècnic La Fe	Valencia	0,972
9	Hospital Médico Teknon	Barcelona	0,959
10	Hospital Quirónsalud Barcelona	Barcelona	0,957