

# Diferencias entre público y privado en la asistencia hospitalaria en España: ¿realidad asistencial o falacia numérica?

Rosa Gispert / Josep M. Giné

Servei d'informació i estudis, Departament de Salut, Barcelona, España.

(Differences between public and private hospital care in Spain: the realities of health care or a numerical fallacy?)

## Resumen

**Objetivo:** Mostrar un ejemplo de la interpretación engañosa del concepto «público» y «privado» con datos sencillos sobre la dotación y la actividad hospitalaria en España.

**Material y métodos:** Se utilizan datos de la Encuesta de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EES-CRI) del año 2002 para Cataluña y se comparan los resultados de dotación (hospitales y camas) y de actividad (altas, estancias, estancia media, índice de ocupación e índice de rotación) como resultado de recategorizar las variables (dependencia funcional y financiación), en función del concepto público y privado.

**Resultados:** La dotación, actividad y los índices hospitalarios básicos dan una imagen muy diferente sobre la asistencia pública o privada según cuál sea la variable de clasificación utilizada.

**Conclusiones:** Es necesario precisar mejor los conceptos y las variables utilizadas en el estudio del sistema sanitario y mejorar las fuentes de información para adaptarlas a las nuevas realidades de gestión de los servicios existentes.

**Palabras clave:** Atención sanitaria. Recursos sanitarios. Hospitalización. Altas. Estancias. Gasto sanitario.

## Abstract

**Objective:** To give an example of the misleading interpretations of the concepts «public and private» when dealing with simple data from hospital resources and activities in Spain.

**Material and methods:** Data comes from the survey of hospitals (EESCRI) for the year 2002 in Catalonia. Using the figures corresponding to resources (number of centers and beds) and activities (discharges, stays, mean stay, occupancy, and rotation) comparisons are made among different variables (managing authority and funding source) reclassified, according to the concepts of public and private.

**Results:** The figures on resources and activities offer a very different portrait about the public or private nature of the care provided, according to the variables being used for classification.

**Conclusions:** It is necessary to specify the concepts and variables to be used when analyzing the performance of health services and to improve the information sources in order to adapt them to the new management forms of the health services.

**Key words:** Health care. Health resources. Hospitalization. Patient discharge. Length of stay. Health expenditures.

## Introducción

La insuficiencia de nuestro sistema de información para actualizar la situación de salud de la población, así como la oferta de recursos y el funcionamiento de los servicios sanitarios, está siendo muy debatida recientemente en distintos foros<sup>1</sup>. A pesar

de ello, una buena cantidad de informes, publicaciones oficiales y estudios analizan el estado de situación del sistema sanitario y las diferencias en la oferta de recursos y su gestión entre comunidades autónomas<sup>2-5</sup>. Sin embargo, las importantes lagunas de los sistemas de información pueden ocasionar malas interpretaciones o inducir a confusión. Una de estas limitaciones, particularmente importante por las conclusiones a las que se puede llegar, es la que afecta a la caracterización de los recursos y la asistencia prestada como pública o privada, en los distintos ámbitos geográficos del Estado español.

El objetivo de esta nota de campo es poner de relieve las dificultades en la lectura de los datos y las interpretaciones engañosas en las que se puede incurrir con la información sobre el sistema sanitario, en aspectos aparentemente tan sencillos como la dotación y la actividad hospitalarias.

**Correspondencia:** Rosa Gispert.

Servei d'informació i estudis. Departament de Salut. Travessera de les Corts, 131-159. Pavelló Ave Maria. 08028 Barcelona. España.

Correo electrónico: rosa.gispert@gencat.net

Recibido: 1 de abril de 2005.

Aceptado: 5 de octubre de 2005.

---

## Material y métodos

Se han utilizado los datos agregados de la Encuesta de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado de Cataluña del año 2002<sup>6</sup>. Se han obtenido los datos clasificados según distintas variables de agrupación contenidas en la propia encuesta, relativas a la tipificación de los centros y la actividad, en función de su caracterización como públicas o privadas<sup>6,7</sup>. Las variables son las siguientes:

### *Dependencia funcional*

Entidad jurídica de quien depende el centro, agrupada como: público (Sistema Nacional de Salud, defensa, comunidades autónomas, cabildos y municipios, otros públicos) o privado (Cruz Roja, Iglesia, mutuas de accidentes de trabajo, benéfico privados, privados no benéficos).

### *Financiación*

Régimen económico con que se financia la asistencia, agrupada como: público (seguridad social, mutualidades de funcionarios, otras entidades públicas) y privado (propios pacientes, entidades aseguradoras privadas, seguros de accidentes de tráfico, mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, empresas colaboradoras de la seguridad social, otros regímenes económicos). Se refiere a la actividad (altas y estancias), no a la dotación (camas).

### *Finalidad asistencial*

Especialidad médica a la que el establecimiento dedica su actividad y recursos (camas). Agrupada como: atención de agudos (general, quirúrgico, maternal, infantil, tórax, oncológico, traumatológico, otros), larga estancia (larga estancia, geriátrico, rehabilitación) y psiquiátrica. En este trabajo se seleccionan como hospitales de agudos los que dedican el 80% o más de sus camas a la atención de pacientes con procesos agudos; por ello, determinados centros pueden incluir algunas camas de larga estancia.

El análisis de los datos se realiza para el conjunto de hospitales y para la selección de hospitales de agudos, truncando por las variables «dependencia funcional» del centro y «financiación» de la actividad. Se han calculado los índices básicos de la dotación hospitalaria (número de centros y de camas) y de la actividad hospitalaria: número de altas y de estancias, estancia media (estancias/ altas), índice de ocupación (estan-

cias/[camas × 365] × 100), índice de rotación (altas/camas).

---

## Resultados

En la tabla 1 se presentan los datos relativos a todos los hospitales que declararon actividad asistencial en el año 2002, incluida la atención de pacientes agudos, de larga estancia y psiquiátricos. Destaca que según la variable «dependencia funcional», tanto la dotación como la actividad son superiores en los centros privados. En función de la «financiación», resalta todo lo contrario: la mayor parte de la actividad y de los recursos se dedican a la atención de pacientes financiada con fondos públicos.

En la tabla 2 se presentan los mismos indicadores que en la tabla 1 para la selección de hospitales dedicados fundamentalmente a la atención de agudos (> 80% de las camas). Como en la tabla precedente, los recursos y la actividad privada son superiores si se utiliza la variable dependencia funcional, pero cuando analizamos la financiación, la mayoría de los recursos y de la actividad son de origen público.

Al comparar las dos tablas se observa que los índices de actividad (estancia media, ocupación y rotación) están influenciados por la finalidad de la atención. Puesto que la financiación pública cubre casi la totalidad de las altas de larga estancia y psiquiátricas, los índices del apartado de financiación pública están más influenciados por estas actividades que los de financiación privada, cuando se contempla el conjunto de hospitales.

---

## Discusión

Los resultados presentados muestran grandes diferencias según cuál sea la variable de agrupación y que a partir de la dependencia funcional del centro (entidad jurídica) no se puede aproximar la financiación (régimen económico con que se financia la actividad). Por tanto, la clasificación en público o privado a partir de esas variables puede inducir a confusión. Por otra parte, comparar la actividad global de los centros entre comunidades autónomas sin tener en cuenta el tipo de cuidados prestados (atención de agudos, crónicos o psiquiátricos) puede suponer una importante distorsión en los índices de actividad (principalmente estancia media y rotación), según cómo se distribuya el peso de la actividad de cada finalidad asistencial y su financiación, entre los distintos territorios, pues esta situación puede variar en cada comunidad autónoma.

**Tabla 1. Recursos y actividad de todos los centros hospitalarios de Cataluña (año 2002)**

Dependencia funcional del centro	Pública	%	Privada	%	Total	%
Número de altas	397.344	45,23	481.129	54,77	878.473	100
Número de estancias	3.981.115	43,99	5.068.814	56,01	9.049.929	100
Estancia media	10,02		10,54		10,30	
Camas en funcionamiento	12.078	41,88	16.762	58,12	28.840	100
Centros	50	28,41	126	71,59	176	100
Índice de ocupación	90,30		82,85		85,97	
Índice de rotación	32,90		28,70		30,46	
Financiación de la actividad asistencial	Pública*	%	Privada**	%	Total	%
Número de altas	639.590	72,80	238.883	27,20	878.473	100
Número de estancias	7.612.505	84,11	1.436.424	15,89	9.049.929	100
Estancia media <sup>a</sup>	11,90		6,01		10,3	
Camas en funcionamiento <sup>a</sup>	24.257	84,11	4.583	15,89	28.840	100
Centros <sup>b</sup>					176	100
Índice de ocupación <sup>a</sup>	85,98		88,04		85,97	
Índice de rotación <sup>a</sup>	26,36		52,12		30,46	

\*El 98% de las altas psiquiátricas y de larga estancia está financiado con fondos públicos.

\*\*El 85% de las altas de financiación privada son de atención de agudos.

<sup>a</sup>Camas imputadas según el porcentaje de estancias.

<sup>b</sup>Hay 144 centros hospitalarios que tienen alguna actividad de hospitalización financiada públicamente y 32 cuya financiación es totalmente privada.

**Tabla 2. Recursos y actividad en atención de agudos\* de Cataluña (año 2002)**

Dependencia funcional del centro	Pública	%	Privada	%	Total	%
Número de altas	316.364	42,43	429.292	57,57	745.656	100
Número de estancias	2.445.330	52,91	2.176.308	47,09	4.621.638	100
Estancia media	7,73		5,07		6,20	
Camas en funcionamiento	7.747	49,09	8.034	50,91	15.781	100
Centros	24	28,92	59	71,08	83	100
Índice de ocupación	86,48		74,22		80,24	
Índice de rotación	40,84		53,43		47,25	
Financiación de la actividad asistencial	Pública	%	Privada	%	Total	%
Número de altas	515.208	69,09	230.448	30,91	745.656	100
Número de estancias	3.578.863	77,44	1.042.775	22,56	4.621.638	100
Estancia media	6,95		4,52		6,20	
Camas en funcionamiento <sup>a</sup>	12.221	77,44	3.560	22,56	15.781	100
Centros <sup>b</sup>					83	100
Índice de ocupación	80,23		80,25		80,24	
Índice de rotación	42,16		64,73		47,25	

\*Selección de hospitales que dedican el 80% o más de sus camas a la finalidad asistencial de agudos. Incluye 379 camas en funcionamiento de larga estancia en centros de agudos.

<sup>a</sup>Camas imputadas según el porcentaje de estancias.

<sup>b</sup>Hay 55 centros hospitalarios que tienen alguna actividad de hospitalización financiada públicamente y 28 cuya financiación es totalmente privada.

En Cataluña, el modelo de prestación sanitaria de hospitalización tiene diversas formas de gestión pero mayoritariamente está financiada públicamente, tanto en la asistencia de agudos como (y casi en exclusiva) en la de pacientes crónicos y psiquiátricos. Sin embargo, en los estudios sobre el sistema sanitario, la dotación y la actividad hospitalaria aparece muy a menudo agrupada en función de su dependencia funcional<sup>2-5</sup>, lo que en algunos casos (como el de Cataluña), puede comportar un claro sesgo hacia lo privado. Sin embargo, si se trata de evaluar la contribución del sistema o la carga que asumen los ciudadanos, para distinguir entre público y privado, deberían utilizarse los datos de financiación. Por tanto, el mejor escenario sería poder comparar los índices de actividad por finalidad asistencial (agudos, larga estancia, etc.), utilizando la financiación como criterio de agrupación. Esto sin olvidar que el criterio de dependencia también es relevante para comparar la eficiencia relativa de los centros, aspecto que puede tener gran interés para valorar los distintos modelos organizativos del sistema. No obstante, con los datos disponibles, este escenario no es aún posible.

Las fuentes de información sobre la dotación y la actividad de los hospitales españoles EESCRI<sup>7</sup>, Catálogo Nacional de Hospitales<sup>8</sup>, la encuesta de morbilidad hospitalaria y el conjunto mínimo básico de datos (CMBD)<sup>9</sup> son variadas y complejas, y aunque pueda parecer que recogen la misma información, lo hacen desde perspectivas distintas y, por tanto, los datos no son comparables. Las recientes transferencias del Sistema Nacional de Salud, y su diferenciación en los 17 servicios de salud han puesto de manifiesto la necesidad de disponer de información fiable para poder compararlos entre sí y conocer, además de la salud de los ciudadanos, la salud del sistema<sup>10</sup>. Por este motivo, sería necesario disponer, a corto plazo, no sólo de información comparable, sino de fuentes de información que sean capaces de capturar las distintas realidades sanitarias y asistenciales a que la descentralización del sistema y las nuevas formas de gestión den lugar. En este sentido, un primer paso podría ser la revisión de las posibles incongruencias surgidas de la interpretación de las distintas fuentes de información sobre hospitales. Además, como posible solución al problema, sería neces-

sario adaptar la encuesta EESCRI para poder disponer de los datos relativos a la actividad y la dotación de los hospitales y de los distintos criterios de agrupación manejados aquí, en la misma fuente de información, de forma que podamos conocer la situación del sistema desde los distintos ángulos y en función de objetivos diversos, pero complementarios.

---

#### Agradecimiento

Soporte parcial del ISC III (Red de Centros RCESP, C03/09).

#### Bibliografía

1. I Conferencia Anual de Política Sanitaria: expertos critican que sólo se publica la información que interesa al servicio. *Diario Médico*, jueves, 27 de enero de 2005.
2. Rivera Castiñeira B, Currais Nunes L. Oferta sanitaria (anexo IV). En: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del sistema nacional de salud; 2004. p. 275-303.
3. González B, Urbanos RM, Ortega P. Oferta pública y privada de los servicios sanitarios por comunidades autónomas. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 1:82-9.
4. Instituto de Información Sanitaria. Atlas de la Sanidad en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
5. Sistema Nacional de Salud en cifras de 2002. España. Versión octubre 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
6. Servei d'informació i estudis. Informació estadística de l'assistència hospitalària a Catalunya. EESRI 2002. Barcelona: Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2004 (accedido Mar 2005). Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/informesri2002.pdf>
7. Instituto de Información Sanitaria. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1996. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
8. Instituto de Información Sanitaria. Catálogo Nacional de Hospitales. 2002. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
9. Instituto Nacional de la Salud. CMBD Insalud. Análisis de los GRD. Año 2000. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
10. González B, Urbanos R. Prioridades en la organización de la atención a la salud en España. Informe SESPAS 2002. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2002.