CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa, nº 71, Agosto 2011, pp. 147-174

La economía social y la atención a la dependencia en España: una aproximación a través de los centros de larga estancia

Olga Ruiz Cañete
Universidad Autónoma de Madrid

CIRIEC-España, revista de economía pública, social y cooperativa
ISSN edición impresa: 0213-8093. ISSN edición electrónica: 1989-6816.
© 2011 CIRIEC-España
www.ciriec.es www.ciriec-revistaeconomia.es

La economía social y la atención a la dependencia en España: una aproximación a través de los centros de larga estancia

Olga Ruiz Cañete
Profesora Titular. Universidad Autónoma de Madrid

RESUMEN

En la denominada Ley de la Dependencia se realiza un reconocimiento expreso a algunos de los agentes que integran la Economía Social, se subraya su importancia y se plantea un tratamiento preferencial para este colectivo en aspectos nucleares del sistema. En este artículo se ha intentado reflejar la importancia del Tercer Sector en la atención de la dependencia y sus parámetros más significativos, utilizando como referencia los hospitales de larga estancia privados sin ánimo de lucro. En primer lugar, se describe este colectivo y, a continuación, se compara con otros agentes utilizando tres parámetros básicos (costes, ingresos y personal). Este análisis pone en evidencia la necesidad de que el sistema de información para la atención de la dependencia incorpore datos que permitan identificar y desglosar los agentes que integran la Economía Social. El objetivo es otorgarle visibilidad e identificar sus fortalezas/debilidades en un sector de futuro como es la atención a la dependencia.

PALABRAS CLAVE: Economía Social, Tercer Sector, Dependencia, Entidades no lucrativas, Hospitales de Larga Estancia.

CLAVES ECONLIT: L310, L390, I190.

Cómo citar este artículo: RUIZ CAÑETE, O. (2011): "La economía social y la atención a la dependencia en España: una aproximación a través de los centros de larga estancia", *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, nº 71, agosto, pp. 147-174.

FECHA DE ENTRADA: 30/05/2010
FECHA DE ACEPTACIÓN: 12/08/2011

L'économie sociale et la prise en charge de la dépendance en Espagne : un aperçu par le biais des centres de long séjour

RESUME : La Loi espagnole sur la régulation du système de soins en matière de dépendance (LAPAD ou Ley de Dependencia) permet de reconnaître de façon explicite les agents appartenant à l'économie sociale, de souligner leur importance et de proposer un traitement préférentiel pour ce groupe portant sur les aspects fondamentaux du système. Dans cet article, nous avons essayé de montrer l'importance du tiers secteur dans la prise en charge de la dépendance ainsi que ses paramètres typiques en utilisant comme référence les hôpitaux de long séjour privés à but non lucratif. Ce groupe est, d'une part, décrit, et d'autre part, comparé à d'autres agents en fonction de trois paramètres de base (coûts, revenu et personnel). Cette analyse met en évidence le besoin d'établir un système d'informations pour la prise en charge de la dépendance qui intègrerait des données permettant l'identification et la sélection des agents appartenant à l'économie sociale. L'objectif est de lui donner de la visibilité ainsi qu'identifier ses forces et ses faiblesses dans un secteur prometteur comme celui de la prise en charge de la dépendance.

MOTS CLÉ : Économie sociale, Tiers secteur, Dépendance, Entité à but non lucratif. Hôpitaux de long séjour.

The social economy and long-term care in Spain

ABSTRACT: The law known as the Long-Term Care Act or Dependant Care Act expressly recognizes some of the agents that make up the Social Economy, underlines its importance and introduces preferential treatment for this group in core aspects of the system. This article is an attempt to reflect the importance of the Third Sector in long-term care by reference to long-stay non-profit private hospitals. It describes the third sector group and compares it with other agents using three basic parameters: cost, revenue and staff. This analysis highlights the need for the long-term care information system to incorporate data that identify the activities performed by each of the actors who make up the Social Economy. The aim is to give it visibility and identify their strengths / weaknesses in a sector with a future such as long-term care.

KEY WORDS: Social economy, third sector, long-term care, non-profit organisations, long-stay hospitals.

1.- Introducción

Mediante la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, el Gobierno implantó un sistema nacional de protección de la dependencia que intentaba acercar a España a los niveles de atención de los países europeos más avanzados.

La aprobación de esta Ley supuso un punto de inflexión fundamental en el papel que desempeñan las distintas redes de apoyo a los dependientes (especialmente los servicios sociales), al configurar un sistema de prestaciones públicas basado, entre otros, en los principios de universalidad, igualdad y no discriminación. Ahora bien, el nuevo sistema no suponía, en absoluto, el punto y final del trayecto; sino que, se basaba en las redes de apoyo a la dependencia existentes y, a la vez, abría nuevas perspectivas. De ahí que la propia ley parta del reconocimiento del papel fundamental que en el desarrollo y cobertura de la dependencia han tenido y tienen, entre otros agentes, algunos de los que integran la Economía Social.

2.- La economía social y la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia

El punto de partida no puede ser otro más que el hecho de que la denominada Ley de Dependencia hace varias referencias expresas a las entidades del Tercer Sector[1], unas referencias que se ubican en apartados y artículos nucleares de la misma como son la exposición de motivos, los principios básicos en que se inspira la Ley, la red en la que se apoya la prestación de servicios del Sistema, la formación en materia de dependencia y su participación en órganos consultivos.

La exposición de motivos reafirma la importancia de las entidades del Tercer Sector, desde hace años, en la atención a personas dependientes:

1.- Un excelente trabajo sobre las difusas fronteras entre el denominado Tercer Sector y la Economía Social puede encontrarse en Monzón (2006) y Monzón (2010).

"…. el desarrollo social de nuestro país desde entonces ha venido a situar a un nivel de importancia fundamental a los servicios sociales, desarrollados fundamentalmente por las Comunidades Autónomas con colaboración especial del tercer sector, como cuarto pilar del sistema de bienestar, para la atención a las situaciones de dependencia".
(...)
"Es un hecho indudable que las entidades del tercer sector de acción social vienen participando desde hace años en la atención a las personas en situación de dependencia y apoyando el esfuerzo de las familias y de las corporaciones locales en este ámbito. Estas entidades constituyen una importante malla social que previene los riesgos de exclusión de las personas afectadas".

Dentro del Titulo Preliminar, en las Disposiciones Básicas, artículo 2, se define el Tercer Sector en los siguientes términos "Organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales". Al recoger los principios básicos en que se inspira la Ley (art. 3) se menciona como uno de ellos (apartado h) "la participación del tercer sector en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia" y, posteriormente, al desarrollar, las prestaciones del Sistema se especifica, en el art. 16.2 y.3, relativo a la red de servicios del Sistema, que "Las Comunidades Autónomas establecerán el régimen jurídico y las condiciones de actuación de los centros privados concertados. En su incorporación a la red se tendrá en cuenta de manera especial los correspondientes al tercer sector" y que "Los poderes públicos promoverán la colaboración solidaria de los ciudadanos con las personas en situación de dependencia, a través de la participación de las organizaciones de voluntarios y de las entidades del tercer sector". Estas referencias tienen una importancia crucial puesto que otorgan preferencia a los centros y servicios del Tercer Sector, en relación con los privados en general, a la hora de su incorporación a la red de servicios del Sistema y puede ser determinante en el peso dado al Tercer Sector en el conjunto del mismo, si bien queda condicionado al desarrollo que se realice por parte de cada Comunidad Autónoma. La última referencia expresa al Tercer Sector se encuentra en el capítulo dedicado a la formación en materia de dependencia (art. 36.3) donde se especifica que "Con el objetivo de garantizar la calidad del Sistema se fomentará la colaboración entre las distintas Administraciones Públicas (…) Así como de éstas con universidades, sociedades científicas y organizaciones profesionales y sindicatos, patronales y del tercer sector".

Como aspecto negativo, se puede destacar que la ley no contempla su participación dentro del Comité Consultivo, entre los nueve representantes de las organizaciones empresariales más representativas[2]. Si bien, dentro de los Órganos Consultivos del Sistema, se incluye el Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social, en el que están presentes varias entidades del Tercer Sector de Acción Social (Cruz Roja, Cáritas Española, Plataforma de ONG de Acción Social, etc.).

2.- Forman parte del mismo las organizaciones empresariales más representativas, pero quedan excluidas la Confederación Empresarial Española de la Economía Social (CEPES) y la Federación Española de Residencias y Servicios de Atención a los Mayores del Sector Solidario (LARES), las dos organizaciones empresariales de la Economía Social en España.

En el amplio desarrollo normativo de la Ley, se han venido repitiendo las referencias expresas al Tercer Sector y su consideración preferencial en la atención a la dependencia. Entre ellas podemos citar los dos Acuerdos aprobados sobre criterios comunes de acreditación, uno para garantizar la calidad de los centros y servicios y el otro en materia de formación e información de cuidadores no profesionales.

A la luz de la Ley y sus posteriores desarrollos normativos se pueden deducir dos ideas básicas en relación con el tratamiento que reciben los actores de la Economía Social en la misma. La primera, la normativa se refiere expresamente sólo a una parte de los agentes que integran la Economía Social: aquellos que constituyen lo que se ha venido a denominar, Tercer Sector, y no contempla de forma expresa, por tanto, una parte nuclear de la misma: las unidades que tienen finalidad lucrativa y realizan su actividad empresarial en el mercado (cooperativas, Sociedades anónimas laborales,…) especializadas en el ámbito de la dependencia. Y, segunda, se hace referencia expresa al Tercer Sector en aspectos nucleares del Sistema, reconociendo su importancia en la atención a la dependencia, e incluso, estableciendo un tratamiento preferencial para estos agentes en determinados ámbitos.

Un aspecto crucial para dar visibilidad, en la atención de la dependencia, a los agentes que integran la Economía Social, tanto los reconocidos expresamente en la ley como los que no, radica en el denominado Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD)[3]. Es fundamental que, dentro de los datos básicos y comunes de información de dicho Sistema, se incluya un desglose que permita identificar y analizar los agentes que integran la Economía Social, para poder así cuantificar aspectos básicos como el volumen de prestaciones ofrecidas, su tipología, calidad, recursos humanos empleados, población atendida por este colectivo, etc.. En este sentido, el acuerdo adoptado por el Consejo Territorial, sobre objetivos y contenidos comunes de la información del SISAAD, determina los datos básicos que las Comunidades Autónomas han de trasladar al Sistema. En este acuerdo los datos se agrupan en dos bloques: a) Datos sobre los solicitantes y b) Datos sobre la Red de Centros y Servicios del SAAD así como los relativos a funcionamiento del Sistema (características, tipología de centros, servicios, calidad, accesibilidad y recursos humanos). Dentro del segundo bloque, es fundamental para la visibilidad del sector, que se distinga no sólo entre centros públicos y privados. Sino, dentro de estos últimos, los que tienen carácter lucrativo y no lucrativo, y a su vez se especifique su forma jurídica y otros aspectos distintivos de la Economía Social.

De hecho, una característica típica de este colectivo es la invisibilidad institucional de las entidades que lo conforman[4], que contrasta con su importancia en todos los sectores de actividad y, especialmente, en el ámbito de los servicios sociales (Ver Monzón, 2010: 85-90 y VV.AA, 2006: 36-42).

3.- Creado con la finalidad, entre otras, de garantizar la disponibilidad de información y estadísticas sobre el Sistema y su despliegue.

4.- En este sentido las iniciativas realizadas en Naciones Unidas y en la Unión Europea para la elaboración de Cuentas Satélite de los agentes que integran este colectivo suponen un avance fundamental, a pesar de las limitaciones y las diferencias metodológicas que existen entre ambas aproximaciones.

Las propias entidades que conforman la Economía Social deben realizar un esfuerzo por identificar y computar de forma separada, dentro de los servicios sociales que prestan y que constituyen su núcleo de actividad, aquellos que correspondan específicamente a los cuidados de larga duración (que habitualmente se encuentran dispersos en distintas categorías). Así como orientar a los responsables públicos sobre los parámetros e indicadores relevantes a introducir en el SISAAD.

Esta estrategia es fundamental para que, dentro del ámbito de los servicios de atención a la dependencia (tradicionalmente atendido por las entidades que componen la Economía Social y en el que pueden y deben jugar un papel fundamental) se pueda cuantificar su importancia, así como poner de manifiesto sus fortalezas y debilidades. Puesto que, sin duda, la Economía Social presenta importantes fortalezas en este ámbito como son la personalización en la atención, proximidad, experiencia, la calidad general del Sistema y, específicamente, la calidad del empleo (alta capacidad de formación de sus trabajadores, implicación y fidelidad de los trabajadores que redunda en una menor rotación, vocación social y de servicio público).

3.- Análisis comparado de los centros de larga estancia privados no lucrativos

El objetivo de este apartado es detectar, si existen, diferencias en la atención a dependientes por parte de los actores que conforman la Economía Social, frente a otro tipo de agentes, mediante tres parámetros básicos: costes, ingresos y personal. Dado que la información publicada por el SISAAD no ofrece datos que permitan atender esta finalidad, se ha optado por realizar una aproximación a través de otras fuentes documentales y estadísticas.

Así, se tomarán como referencia los centros de larga estancia puesto que se trata de centros sanitarios en los que se atiende fundamentalmente a personas dependientes. De hecho, su finalidad asistencial consiste en la atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, pero que no pueden proporcionarse en su domicilio, y requieren un periodo prolongado de internamiento[5].

Dentro de este colectivo, de todos los agentes integran la Economía Social, sólo pueden ser objeto de análisis diferenciado los centros sin ánimo de lucro, puesto que las estadísticas disponibles no permiten obtener información desglosada de las empresas con ánimo de lucro que integran la Economía

5.- Como norma general se considera una estancia media superior a 30 días.

Social (la información que se ofrece de las entidades privadas con fines de lucro no presenta ningún tipo de desglose)[6].

Este apartado se inicia con una serie de precisiones metodológicas, tras las cuales se aborda una descripción de las características de estos centros, en términos de tamaño, personal, etc. A continuación, se analizan las partidas, tanto en términos de gastos y compras, como de ventas e ingresos, en este tipo de establecimientos, con una comparación atendiendo a su dependencia funcional (pública y privada, con y sin fin de lucro).

3.1. Metodología

Las fuentes estadísticas que serán objeto de explotación para realizar este análisis son las siguientes:

- El Catálogo Nacional de Hospitales (CNH) 2010, actualizado a 31 de diciembre de 2009, elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, en el que se ofrece información básica de los hospitales existentes en el conjunto del territorio nacional, en régimen de internado. Dentro de esta publicación se recogen diversas variables como el número de hospitales, las camas instaladas, la finalidad asistencial, su dependencia funcional y patrimonial, entre otras.

- La Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI) elaborada por el mismo ministerio, que recoge datos de todos los hospitales y centros de especialidades dependientes de los hospitales existentes en territorio nacional. Esta estadística contempla tanto los recursos materiales (dotación más relevante y recursos humanos) como la actividad asistencial y económica de dicho colectivo.

Del total de los hospitales tratados en esas estadísticas, nuestro objeto de análisis son los hospitales de Larga Estancia. Precisamente en cuanto a la delimitación del sujeto de estudio, existen diferencias entre ambas fuentes estadísticas. Estas diferencias se concretan en que el CNH clasifica los hospitales atendiendo a su finalidad asistencial en 17 categorías: General, Quirúrgico, Maternal, Infantil, Materno-infantil, Psiquiátrico, Enfermedades del tórax, Oncológico, Oftalmológico, ORL, Traumatológico y/o Rehabilitación, Rehabilitación psico-física, Médico-quirúrgico, Otros monográficos, Larga estancia y/o geriátrico, leprológico y/o dermatológico y Otros. Mientras que la ESCRI sólo contempla 4 categorías, a efectos de explotación estadística: Hospitales Generales, Otros Hospitales de Agudos, Hospitales de Larga Estancia y Hospitales Psiquiátricos. Dentro de los Hospitales de Larga Estancia se han agregado centros con varias finalidades asistenciales (Hospitales de Larga Estancia y/o

6.- Se ha tenido que adoptar este enfoque, a pesar de la indudable limitación que representa esta aproximación puesto que nos limita a las entidades no lucrativas e incluye dentro de ellas, como se verá en la metodología, a algunos agentes que, en sentido estricto, no forman parte de la Economía Social.

Geriátrico, Hospitales de Rehabilitación psico-física y Hospitales Leprológico y/o dermatológico) y se excluye la atención de psiquiatría[7].

Esta diferencia ha dado lugar a que, para delimitar el número de hospitales de larga estancia, su naturaleza, las camas instaladas y su tamaño relativo, agreguemos los datos que ofrece el CNH de las tres finalidades asistenciales mencionadas en el párrafo anterior[8]. De esta forma los datos obtenidos de esta fuente estadística son homogéneos con los datos tomados de la ESCRI (compras y gastos, ventas e ingresos, personal,...). También conviene precisar, a efectos metodológicos, que el inventario de empresas recogido cada año en el CNH y en la ESCRI está sometido a variabilidad, puesto que se producen altas y bajas en cada una de las finalidades asistenciales tratadas. De forma que la realidad concreta que se contempla, cada año, difiere aunque no de forma sustancial[9].

En relación con la clasificación de los centros de Larga Estancia, en virtud de su dependencia funcional, estos se han agrupado, tal y como establece la metodología de la ESCRI en las siguientes categorías: Públicos, Privados con fin de lucro y Privados sin fin de lucro (Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, Cruz Roja, Iglesia y Otros privados sin fin de lucro).

El año de referencia es 2009, último disponible en el CNH. Por ello, hemos procedido a actualizar los datos ofrecidos por la ESCRI, puesto que los datos tomados de esta fuente y que se utilizan para realizar nuestro análisis se refieren a 2006[10]. El detalle de los índices de actualización aplicados a cada partida se precisa en la Tabla 1, donde se especifica el desglose por partidas de las compras y gastos que ofrece la ESCRI (distinguiendo entre entidades públicas y privadas y dentro de estas últimas, con y sin ánimo de lucro).

Tabla 1. Partidas de Compras y Gastos e Índice de Actualización a 2009

60. Compras	IPC General
62. Servicios Exteriores	IPC Servicios
64. Gastos de Personal	Aumento salarial pactado en convenio. Actividades sanitarias
Otros Gastos Corrientes (1)	IPC General

(1) Otros gastos corrientes incluye: Variación de Existencias, Tributos, Otros Gastos de Gestión, Gastos Financieros, Otros Gastos Excepcionales, Dotación para Amortizaciones y Provisiones
FUENTE: Elaboración propia a partir de la ESCRI.

7.- Además, dentro del grupo de hospitales de larga estancia se incluyen, con carácter excepcional, aquellos hospitales de agudos (generales o especiales) que, por sus características particulares, se comportan como hospitales de larga estancia.

8.- Hospitales de Larga Estancia y/o Geriátrico, Hospitales de Rehabilitación psico-física y Hospitales Leprológico y/o dermatológico. Conviene precisar que la incorporación de las dos últimas categorías tiene un impacto muy marginal puesto que representan poco más del 1% del total de camas instaladas dentro del colectivo de referencia.

9.- A título de ejemplo, en el año 2009, se han producido bajas como las del Centre Sociosanitari Eixample y el Centro Sociosanitario de Fraga con 45 y 15 camas instaladas cada uno. Mientras que se dio de alta el Centre Gerontologic Amma Sant Cugat, con 60 camas instaladas.

10.- Aunque la última publicación disponible de la ESCRI se refiere al año 2007, no se ofrece en ella la información con el nivel de desagregación que requiere la realización de este trabajo.

El desglose de partidas de ventas e ingresos que ofrece la ESCRI, para ese mismo colectivo es el que se ofrece en la Tabla 2.

Tabla 2. Partidas de Ventas e Ingresos e Índice de Actualización a 2009

70. Ingresos por prestación de servicios	IPC Servicios hospitalarios
Otros Ingresos (1)	IPC General

(1) Otros ingresos incluye tres partidas: subvenciones a la explotación, trabajos realizados para la empresa y otros ingresos de gestión e ingresos financieros y otros ingresos
FUENTE: Elaboración propia a partir de la ESCRI.

El desglose del personal que ofrece la ESCRI, para el colectivo de referencia, se limita a distinguir entre el sanitario y el no sanitario. No se ha podido proceder a la actualización de este parámetro al año 2009 por no disponer de indicadores adecuados con ese nivel de desglose.

Se utiliza como indicador el número de camas instaladas y no en funcionamiento u ocupadas, que resultaría más interesante desde el punto de vista analítico, puesto que el CNH no ofrece información de estos parámetros y la que proporciona la ESCRI se refiere a un periodo temporal anterior al que se ha tomado como referencia. Tampoco se utiliza el indicador de estancias causadas por motivos similares.

3.2. Características de los Centros de Larga Estancia

El conjunto de centros de larga estancia en España es muy heterogéneo y se encuentra, por su función asistencial, entre la atención que proporcionan las residencias (fundamentalmente social) y la que se obtiene en otro tipo de hospitales (fundamentalmente sanitaria).

Resulta especialmente ilustrativo de su finalidad, atención de la dependencia, el desglose de las estancias causadas por áreas asistenciales en estos centros, puesto que los centros de larga estancia concentran su actividad en dos áreas asistenciales: la larga estancia y la rehabilitación, que representan el 84% y el 6% de toda su actividad, respectivamente. Y, a su vez, son los encargados de atender la mayor parte ese mismo tipo de estancias (el 72% y el 42%) dentro del total de estancias causadas en los centros hospitalarios[11].

En el año 2009, el número de centros de larga estancia ascendía en España a 124, lo que representa alrededor del 15% del total de hospitales españoles, y contaba con 13.922 camas instaladas, que representan el 8,6% del total de camas. Estas cifras evidencian su escasa dotación a nivel nacio-

11.- Estos datos se refieren al año 2006 y han sido tomados de la ESCRI.

nal. Además, su distribución geográfica es bastante desigual. De forma que algunas Comunidades Autónomas no cuentan con este tipo de centros (caso de Extremadura, Navarra, La Rioja y Ceuta y Melilla), en otras sólo existen centros de titularidad privada (Andalucía, Asturias, Cantabria, Castilla La Mancha, Galicia y Murcia) o, a la inversa, centros de titularidad pública (Baleares y Comunidad Valenciana) y, finalmente, las camas disponibles se concentran fundamentalmente en tres Comunidades Autónomas (Cataluña, Canarias y Madrid[12]) que cuentan con más del 70% del total de camas.

El desglose de los centros de larga estancia, atendiendo a su naturaleza pública o privada, nos revela la preponderancia de centros privados dentro de este colectivo, que constituyen el 72% de los centros y aportan el 65% de las camas (Ver Tabla 3 y Gráficos 1 y 2).

Tabla 3. Centros de larga estancia, desglosados por dependencia funcional. (Total y en %)

	Hospitales	% Total	Camas instaladas	% Total
Privados	**89**	**72%**	**9.013**	**65%**
Sin fin de lucro	29	23%	3292	24%
Con fin de lucro	60	48%	5721	41%
Públicos	**35**	**28%**	**4.909**	**35%**
TOTAL	124	100%	13.922	100%

FUENTE: Elaboración propia a partir del CNH.

A su vez, dentro de los centros privados, los más numerosos son los centros privados con ánimo de lucro que superan el 40% del total, tanto en número de hospitales como de camas. Mientras que los centros sin fin lucrativo se sitúan, en ambos parámetros, cerca del 25%.

12.- Representan el 57%, el 8% y el 7% del total de camas instaladas, respectivamente. El predominio de este colectivo en Cataluña es fruto del impulso que se ha dado a esta realidad en esa comunidad autónoma desde hace años.

Gráfico 1. Centros de larga estancia privados (con y sin ánimo de lucro) y públicos

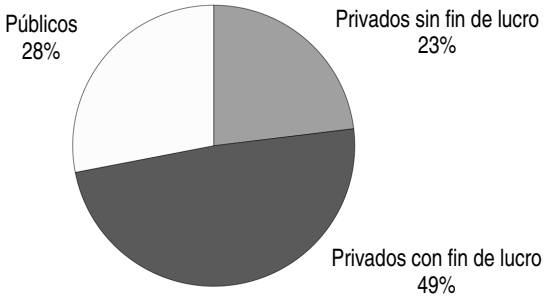
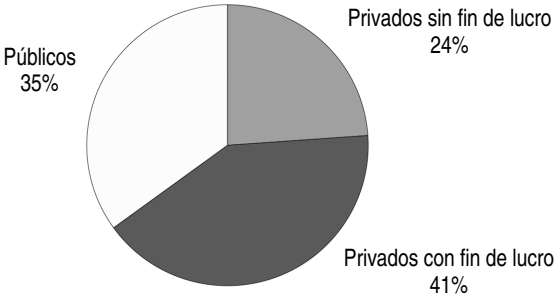


Gráfico 2. Camas en centros de larga estancia privados (con y sin ánimo de lucro) y públicos



Tal y como refleja la Tabla 4 y los Gráficos 3 y 4, el tamaño de los hospitales de larga estancia se concentra fundamentalmente en el segmento de menos de 200 camas, puesto que éste representa casi el 90% del total de centros de larga estancia y absorbe el 72% del total de camas. En concreto, dentro de este intervalo, los hospitales con 100-199 camas constituyen el colectivo más representativo (absorben el 47% de las camas). En el otro extremo, la representación de los centros de más de 500 camas es nula, mientras que el intervalo comprendido entre las 200 y las 499 camas, aunque representa sólo el 11% de los hospitales aporta el 28% de las camas.

Tabla 4. Tamaño de los centros de larga estancia, desglosados por dependencia funcional (Total y en %)

	TOTAL		Públicos		Privados s. f. l.		Privados c. f. l.	
	Hospitales	Camas	Hospitales	Camas	Hospitales	Camas	Hospitales	Camas
< 100 camas	61	3.421	12	645	13	1.041	36	1.735
	49%	25%	34%	13%	45%	32%	60%	30%
100 - 199 camas	49	6.591	14	1926	15	1.863	20	2.802
	40%	47%	40%	39%	52%	57%	33%	49%
200 - 499 camas	14	3.910	9	2.338	1	388	4	1.184
	11%	28%	26%	48%	3%	12%	7%	21%
>= 500 camas	0	0	0	0	0	0	0	0
	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TOTAL	**124**	**13.922**	**35**	**4.909**	**29**	**3.292**	**60**	**5.721**

FUENTE: Elaboración propia a partir del CNH.

Gráfico 3. Hospitales, por tamaño de los centros de larga estancia

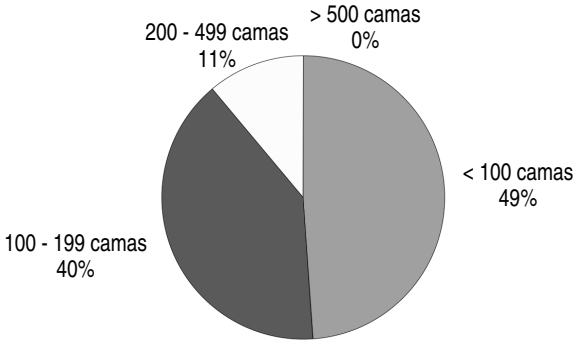
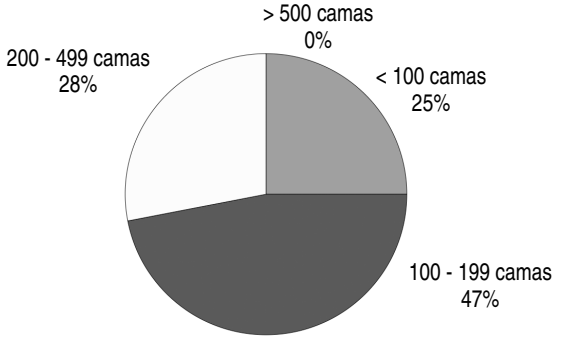


Gráfico 4. Camas, por tamaño de los centros de larga estancia



Si observamos el tamaño de este colectivo, atendiendo a la dependencia funcional del centro, constatamos que en los centros públicos se produce un desplazamiento significativo hacia los centros de mayor dimensión. Puesto que, si bien es cierto, que los hospitales de menos de 200 camas continúan siendo el colectivo más numeroso (74% de hospitales y 52% de las camas), su peso disminuye de forma considerable; mientras que los centros de 200 a 499 camas aumentan su importancia suponiendo el 26% de los centros y el 48% de las camas (Ver Gráficos 5 y 6).

Gráfico 5. Hospitales, por tamaño de los centros de larga estancia públicos

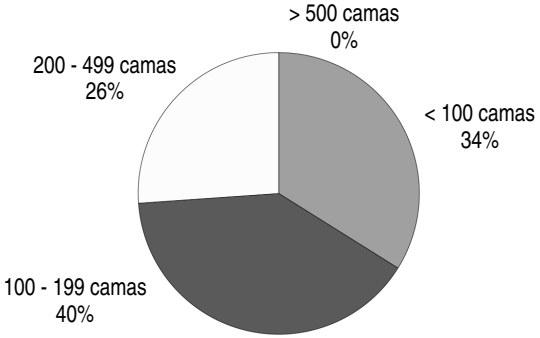
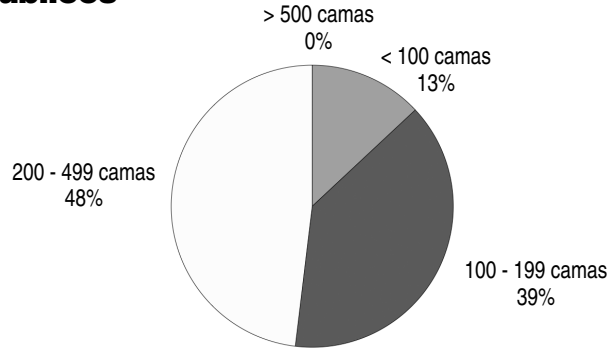


Gráfico 6. Camas, por tamaño de los centros de larga estancia públicos



Los centros privados sin fines de lucro, en contraste, se caracterizan por una situación opuesta. De forma que en ellos se refuerza la importancia de los centros de menos de 200 camas (97% de los centros y 89% de las camas), con especial relevancia de los que disponen de 100 a 199 camas que suponen más del 50% del total, en ambos parámetros. Los centros de mayor dimensión sólo suponen el 3% y el 12% de los hospitales y las camas, respectivamente (Ver Gráficos 7 y 8).

Gráfico 7. Hospitales, por tamaño de los centros de larga estancia privados s. f. l.

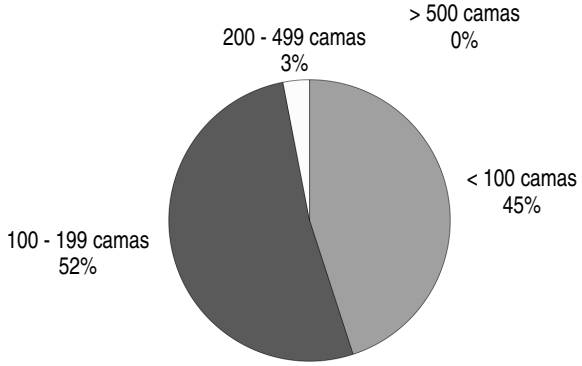
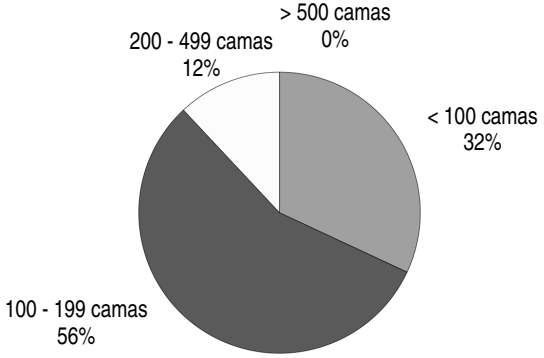


Gráfico 8. Camas, por tamaño de los centros de larga estancia privados s. f. l.



Por su parte, los centros privados con ánimo de lucro también se caracterizan por un peso muy importante de los centros de menos de 200 camas (93% de los centros y 79% de las camas), pero en este colectivo el peso de los centros de mayor dimensión casi duplica el que se daba en el caso de los no lucrativos, 7% de los centros y 21% de las camas (Ver Gráficos 9 y 10).

Gráfico 9. Hospitales, por tamaño de los centros de larga estancia privados c. f. l.

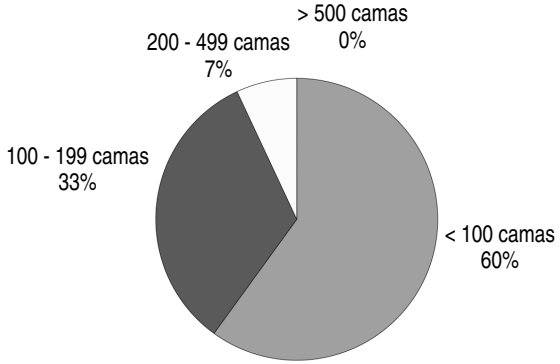
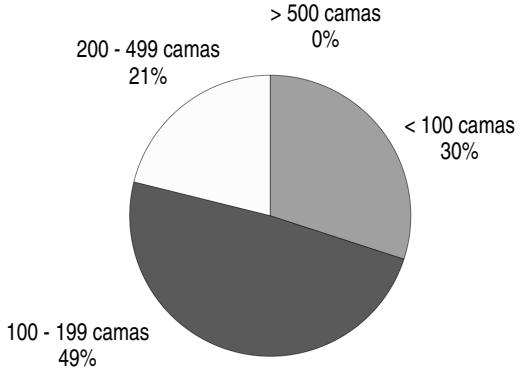


Gráfico 10. Camas, por tamaño de los centros de larga estancia privados c. f. l.



El desglose del personal en función de su carácter sanitario y no sanitario[13], en los centros de larga estancia, pone de manifiesto el carácter sociosanitario del personal en los centros de larga estancia. En los centros de larga estancia se observa un claro predomino del personal sanitario frente al no sanitario (71% frente al 29%). En el desglose por categorías de este personal, en consonancia con la finalidad asistencial de estos centros, se observa que la importancia relativa, dentro del personal sanitario, de los ayudantes sanitarios (39%), y de los fisioterapeutas (3%), es superior a la alcanzada en otros centros hospitalarios. A su vez, dentro del personal no sanitario, el personal más numeroso es el personal de oficio, un 20% del total, seguido a mucha distancia del personal administrativo y el de dirección y gestión (5% y 2%, respectivamente). El resto de categorías (asistentes sociales, otros no sanitarios y otros titulados) se sitúan ligeramente por encima o por debajo del 1%.

13.- Los datos de personal se refieren al año 2006, tomados de la ESCRI.

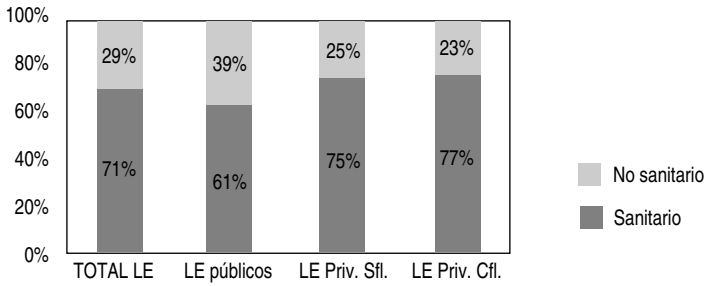
Tabla 5. Personal sanitario y no sanitario en los centros de larga estancia (Número y % sobre el total)

	TOTAL LE	TOTAL LE	LE Públicos	LE Públicos	LE Priv. Sfl	LE Priv. Sfl	LE Priv. Cfl	LE Priv. Cfl
SANITARIO	10.203	71%	3.232	61%	2.620	75%	4.351	77%
NO SANITARIO	4.251	29%	2.104	39%	861	25%	1.286	23%
TOTAL	14.454	100%	5.336	100%	3.481	100%	5.637	100%

FUENTE: Elaboración propia a partir de la ESCRI.

En el desglose por dependencia funcional se observa que los centros con menor porcentaje de personal sanitario son los centros públicos con un 61%, mientras que los privados con y sin fin de lucro se sitúan en el entorno de las 3/4 partes del personal. En paralelo, los centros públicos alcanzan el máximo porcentual en dotación de personal no sanitario, casi un 40%; frente a niveles próximos 1/4 que supone esta categoría en ambos centros privados (Ver Gráfico 11).

Gráfico 11. Personal sanitario y no sanitario en centros de larga estancia, por dependencia funcional (en % respecto al total de personal)



La ESCRI no ofrece información desagregada sobre las distintas categorías que integran ambos tipos de personal (sanitario y no sanitario) y ello nos impide profundizar en qué categorías profesionales predominan en cada uno de estos centros de cara a valorar su mayor o menor adecuación a la finalidad asistencial que desarrollan.

Finalmente, la información relativa a pacientes ingresados y dados de alta[14] en cada centro[15] es la siguiente:

14.- Un paciente se considera dado de alta por curación o mejoría, por traslado a otro hospital y por fallecimiento.
15.- Estos datos se refieren al año 2006.

Tabla 6. Pacientes ingresados y dados de alta en centros de larga estancia, por dependencia funcional (Total y %)

	Pacientes Ingresados (a)	% Total	Pacientes dados de alta (b)	% Total	(b)/(a)
Privados	**39.938**	**72%**	**37.598**	**72%**	**0,94**
Sin fin de lucro	15.425	28%	14.829	28%	0,96
Con fin de lucro	24.513	44%	22.769	43%	0,93
Públicos	**15.284**	**28%**	**14.944**	**28%**	**0,98**
TOTAL	55.222	100%	52.542	100%	0,95

FUENTE: Elaboración propia a partir de la ESCRI.

En ella se pone de manifiesto que el ratio entre personas dadas de alta respecto al total de personas ingresadas es superior en los centros públicos (0,98) y en los privados sin fines de lucro (0,96). Mientras que los privados con fines de lucro alcanzan el valor más bajo (0,93).

3.3. Los centros de Larga Estancia privados sin ánimo de lucro: costes, ingresos y personal

La explotación estadística de los datos que proporciona el CNH y la ESCRI permite comparar los centros de larga estancia privados sin ánimo de lucro, con los centros públicos y los privados con ánimo de lucro, tanto en términos de costes, como de ingresos, personal y otros parámetros representativos de la actividad desarrollada.

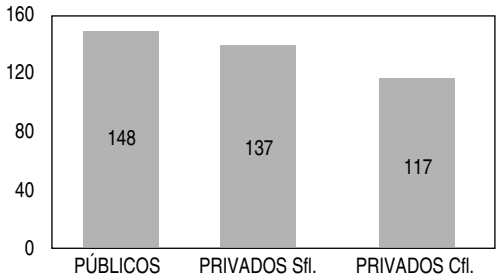
La Tabla 7 muestra el importe de gastos y compras en los centros de larga estancia, tanto en términos absolutos, como en porcentaje sobre el coste total, así como el coste, en euros/día, por cama instalada. Tal y como puede apreciarse en dicha Tabla y en el Gráfico 12, el coste por cama es menor en los centros privados de larga estancia que en los centros públicos. Así, frente a 148 €/cama/día, en el caso de los centros públicos, ese valor se reduce a 137 €/cama/día para los centros privados sin fines de lucro y alcanza un valor menor, 117 €/cama/día, en los centros privados con fines de lucro. Lo que implica una diferencia por cama de más de 10 euros en los centros privados sin ánimo de lucro y de más de 20 euros respecto a los privados con ánimo de lucro, respecto a los públicos.

Tabla 7. Partidas de gasto en los centros de larga estancia, atendiendo a su dependencia funcional

	PÚBLICOS			PRIVADOS sfl			PRIVADOS cfl		
	€/Año	% Coste total	€/cama /día	€/Año	% Coste total	€/cama /día	€/Año	% Coste total	€/cama /día
60. Compras	41.745.546	16%	23	40.760.581	25%	34	62.789.004	26%	30
62. Servicios Exteriores	14.027.762	5%	8	16.465.039	10%	14	31.444.485	13%	15
64. Gastos de Personal	206.397.841	78%	115	93.147.849	57%	78	128.969.655	53%	62
Otros Gastos Corrientes (1)	2.589.263	1%	1	14.354.851	9%	12	20.350.730	8%	10
TOTAL	264.760.413	100%	148	164.728.320	100%	137	243.553.874	100%	117

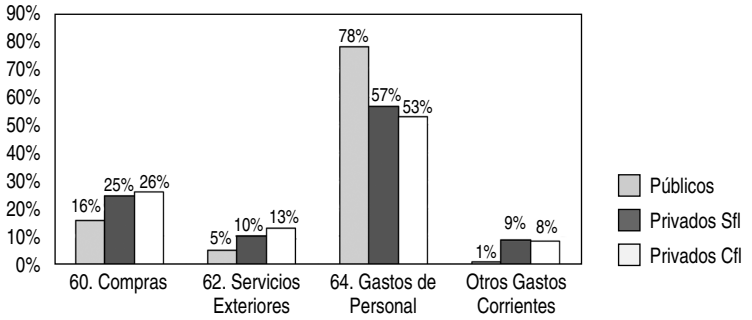
(1) Incluye Variación de existencias (61), Tributos (63), Otros gastos de gestión (65), Gastos Financieros (66), Gastos excepcionales (67) y Dotación a amortizaciones y provisiones (68 y 69).
FUENTE: Elaboración propia a partir de la ESCRI.

Gráfico 12. Gastos por cama en centros de larga estancia, por dependencia funcional (En euros/cama/día)



Si pasamos a analizar cuál es la estructura de gastos en cada centro se observan importantes diferencias. En términos porcentuales, tal y como puede apreciarse en el Gráfico 13, los gastos de personal se configuran en los centros públicos como la partida predominante, alcanzando casi el 80% del total de gastos. Mientras que en los centros privados sin ánimo de lucro se sitúan en un nivel claramente inferior (57%) y muy cercano al de los centros de esta misma naturaleza pero con ánimo de lucro (53%).

Gráfico 13. Principales partidas de compras y gastos en centros de larga estancia, por dependencia funcional (En % sobre el total de compras y gastos)



En todos los centros les siguen en importancia las compras. De nuevo en esta partida se aprecian importantes divergencias, entre los centros privados y los públicos. Puesto que representan sólo el 16% en los centros públicos, frente a niveles próximos al 25% en el caso de los privados, lo que implica una diferencia de 10 puntos porcentuales.

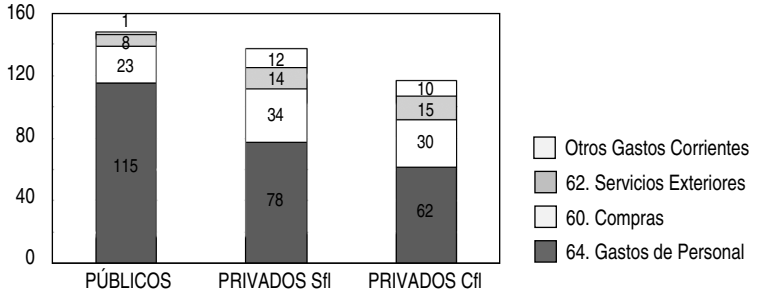
En la partida de servicios exteriores, tercera en el ranking porcentual, los centros privados, de nuevo, registran una cifra claramente superior. Los centros privados sin ánimo de lucro duplican el peso alcanzado por esta partida en los centros públicos, y, si existe ánimo de lucro, se multiplica por más de dos. En concreto, representa el 10% y el 13%, del total de coste, en los centros privados sin y con ánimo de lucro, respectivamente (frente a apenas un 5% de los públicos). Estos datos parecen apuntar hacia una política de gestión con una mayor tendencia a externalizar servicios en los centros privados.

Finalmente, la partida aglutinadora del resto de gastos, denominada otros gastos corrientes, absorbe también una proporción muy similar el caso de los centros privados (9% y 8%) y muy superior al 1% de los públicos[16].

Si se expresa el coste en términos de € por cama/día (ver Gráfico 14), se aprecia que los gastos de personal en los centros públicos son muy superiores a los que se registran en ambas tipologías de centros privados. En concreto, 1,5 veces superiores a las de los centros privados sin ánimo de lucro y 1,8 veces superiores a las de los centros con ánimo de lucro (115 € frente a 78 € y 62 € por cama/día). En términos absolutos, se produce una diferencia que se acerca o supera los 40 € por cama/día.

16.- El hecho de que dicha partida presente agregados conceptos muy variados no permite explicar con precisión la razón de estas diferencias. Sin embargo, podría apuntarse que detrás de las mismas pueden encontrarse las partidas del gasto vinculadas a la financiación de inversiones, condicionadas por el régimen de propiedad del centro y no por la explotación directa del mismo. Tales como los gastos financieros, otros gastos excepcionales y dotación para amortizaciones y provisiones.

Gráfico 14. Principales componentes del coste por cama en centros de larga estancia, por dependencia funcional (En euros/cama/día)



La partida de compras refleja, por el contrario, un valor menor en los centros públicos 23 €/cama/día. En este caso, son los centros privados sin ánimo de lucro los que registran un coste superior, 34 €/cama/día, seguidos de los privados con ánimo de lucro que alcanzan los 30 €/cama/día. En términos absolutos, la diferencia, a favor de los públicos, se sitúa en esta partida en el intervalo de los 11-7 €/cama/día.

Los servicios exteriores registran también una diferencia a favor de los centros públicos. Así, frente a un coste por cama/día de 8 € en los públicos, los centros privados registran valores muy cercanos entre sí (14 € en los centros sin ánimo de lucro y 15 € en los centros con ánimo de lucro), lo que supone una diferencia, en términos absolutos de 6-7 €/cama/día. En este dato se pone, de nuevo, de manifiesto la mayor tendencia a la externalización en los centros privados.

En relación con el agregado, otros gastos corrientes, se produce una notable divergencia. Mientras que los centros públicos apenas generan un coste de 1 € por cama/día, en el caso de los privados esta cifra es, una vez más, muy similar entre ambos y se eleva a 12 € por cama/día, en los centros sin ánimo de lucro, y a los 10 € por cama/día, si tienen ánimo de lucro. Ello implica multiplicar esa parte del gasto por más de 10, y, en términos absolutos, una diferencia de 9-10 € por cama/día. La interpretación de esta divergencia puede contemplarse a la luz del gasto vinculado a la financiación de inversiones, condicionado por el régimen de propiedad del centro y no por la explotación directa del mismo, tal y como se ha comentado en la nota a pie de la página anterior.

Dado que el coste de personal constituye la partida más importante del coste en los tres colectivos considerados (lógico por tratarse de un servicio intensivo en factor trabajo) y es, a la vez, donde se producen las mayores divergencias, se procede a realizar un análisis más detallado de la composición del mismo, en términos comparativos.

La Tabla 8 refleja el desglose del personal entre el sanitario y el no sanitario en centros de larga estancia, atendiendo a su dependencia funcional, expresado como porcentaje respecto al total del personal y en relación al número de camas.

Tabla 8. Personal por categorías, en centros de larga estancia, por dependencia funcional

	PÚBLICOS			PRIVADOS s. f.l.			PRIVADOS c. f. l.		
	Total Personal	En %	Personal /cama	Total Personal	En %	Personal /cama	Total Personal	En %	Personal /cama
SANITARIO	3.232	61%	0,7	2.620	75%	0,8	4.351	77%	0,8
NO SANITARIO	2.104	39%	0,4	861	25%	0,3	1.286	23%	0,2
TOTAL	5.336	100%	1,1	3.481	100%	1,1	5.637	100%	1,0

FUENTE: Elaboración propia a partir de la ESCRI.

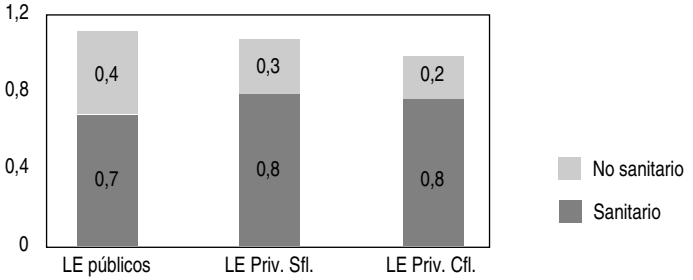
El desglose del personal en función de su carácter sanitario y no sanitario, refleja, tal y como ya hemos tenido ocasión de comentar en un epígrafe anterior, que, en términos porcentuales, el personal sanitario representa un porcentaje inferior, respecto al total de personal, en los centros públicos que en los privados, mientras que en los centros públicos el peso del personal no sanitario es significativamente mayor que en los centros privados.

El análisis del personal por cama pone de manifiesto que este ratio es muy similar en todos los centros, en torno a un empleado/cama[17]. En concreto, los centros públicos y los privados sin fines de lucro presentan exactamente la misma ratio, 1,1 empleados por cama; mientras que los privados con ánimo de lucro presentan una ratio ligeramente inferior, un empleado por cama.

El desglose por tipo de personal, sanitario y no sanitario, refleja que las mayores divergencias se producen en el personal no sanitario. Efectivamente, la ratio de personal no sanitario por cama en los centros públicos (0,4), duplica la de los centros privados sin ánimo de lucro (0,2) y es también superior a la de los centros de esta misma naturaleza sin ánimo de lucro. Mientras que, en contraste, el ratio de personal sanitario en los centros públicos es inferior al que alcanzan ambos tipos de centros privados (0,7 frente a 0,8).

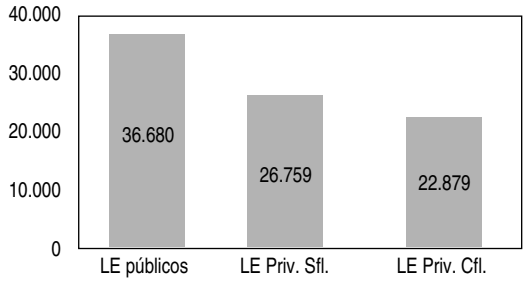
17.- Es importante recordar que, dado que los datos de personal no han podido ser actualizados, como las camas, y se refieren al año 2006, estos ratios pueden presentar alguna distorsión y tener un valor inferior al que correspondería en los centros.

Gráfico 15. Ratio personal (sanitario y no sanitario) por cama en centros de larga estancia



Con objeto de completar nuestra visión, relativa al personal de estos centros, vamos a realizar una aproximación al coste unitario del personal en cada tipología. Una aproximación muy limitada, puesto que no se dispone de información desagregada de los gastos de personal atendiendo a su carácter sanitario-no sanitario, ni dentro de éste por categorías, dedicación, etc. Por ello, calcularemos el coste por empleado (tanto sanitario como no sanitario) en términos agregados, mediante el siguiente cociente: Coste Total de Personal/Total Empleados).

Gráfico 16. Gasto de personal por empleado en centros de larga estancia, por dependencia funcional (Euros/año)



El Gráfico 16 refleja el gasto de personal por empleado en los centros de larga estancia. La máxima retribución se alcanza en el caso de los centros públicos que superan los 38.600 euros, frente a los 26.759 euros que registran los centros de larga estancia sin ánimo de lucro y el valor, aún menor, de los centros privados con ánimo de lucro, 22.879 euros. Estas cifras implican un coste por empleado casi 1,5 veces superior en el caso de los centros públicos, respecto a los privados sin fines de lucro, y cercano a 1,7 veces en el caso de los privados con ánimo de lucro. Ello se traduce en una diferencia retributiva por empleado de los centros públicos, respecto a los privados, que asciende a 12.000 euros/año, en el caso de los no lucrativos, y cercana a los 16.000 €/año, respecto a los lucrativos.

Tabla 9. Partidas de ingresos en los centros de larga estancia, atendiendo a su dependencia funcional

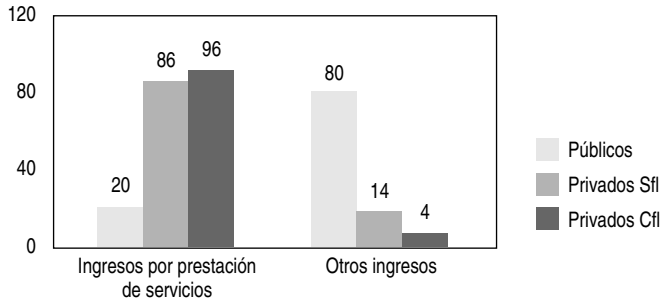
	PÚBLICOS			PRIVADOS s. f.l.			PRIVADOS c. f. l.		
	Total Personal	En %	Personal /cama	Total Personal	En %	Personal /cama	Total Personal	En %	Personal /cama
70. Ingresos por prestación de servicios	48.621.953	20%	27	134.264.101	86%	112	236.866.607	96%	113
Otros ingresos (1)	191.482.891	80%	107	21.487.560	14%	18	9.164.696	4%	4
TOTAL INGRESOS	240.104.844	100%	134	155.751.661	100%	130	246.031.303	100%	118

(1) Otros ingresos incluye subvenciones a la explotación (75), trabajos realizados para la empresa y otros ingresos de gestión (73 y 75) e ingresos financieros y otros ingresos (76, 77, 79).
FUENTE: Elaboración propia a partir de la ESCRI.

La Tabla 9 muestra el importe de los ingresos en los centros de larga estancia, tanto en términos absolutos, como en porcentaje sobre el total, así como el ingreso en euros/día, por cama instalada.

La estructura de ingresos en cada centro representa fielmente las características específicas en la financiación de cada uno de ellos. Así, se observa que los centros públicos obtienen sus ingresos fundamentalmente de las subvenciones de explotación que perciben de los presupuestos públicos, dado que realizan una producción que no venden en el mercado y que se valora por su coste. Mientras que las entidades privadas con y sin fines de lucro se financian prioritariamente de los ingresos obtenidos por sus prestaciones[18].

Gráfico 17. Principales partidas de ingresos en centros de larga estancia, por dependencia funcional (En % sobre el total de ingresos)

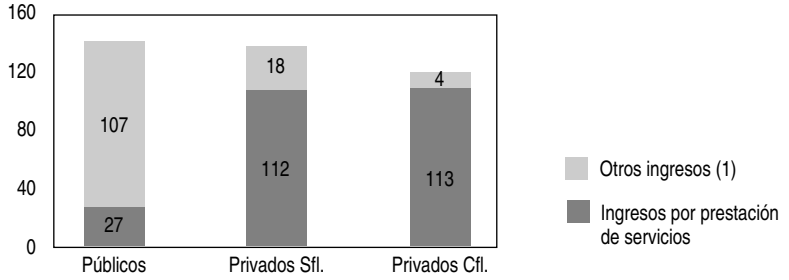


18.- Si bien una parte muy significativa de esos ingresos se realizan con cargo a los presupuestos públicos, mediante conciertos; mientras que los ingresos procedentes de los propios pacientes o de aseguradoras privadas son más reducidos.

En términos porcentuales, tal y como puede apreciarse en el Gráfico 17, los ingresos por prestación de servicios apenas alcanzan el 20%, en los centros públicos, mientras que la financiación a través de otros ingresos (principalmente, subvenciones presupuestarias) alcanza el 80%. En los centros privados sin ánimo de lucro, los ingresos por prestación de servicios representan el 86% del total de ingresos y el resto (14%[19]) procede de otros ingresos. Por su parte, los centros privados con ánimo de lucro obtienen sus ingresos fundamentalmente del precio que cobran por la prestación de sus servicios, en un 96%, procediendo sólo un 4% de otros ingresos.

Los ingresos por cama más elevados corresponden al colectivo de centros públicos con 148 €/cama/día, dado que se valoran por su coste, Ese valor se reduce a 137 €/cama/día para los centros privados sin fines de lucro y alcanza un valor aún menor, 117 €/cama/día, en los centros privados con fines de lucro. En el Gráfico 18 se detallan los importes de las dos fuentes de recursos, expresados en € por cama/día.

Gráfico 18. Principales fuentes de ingresos por cama en centros de larga estancia, por dependencia funcional (En euros/cama/día)



Por último, se comparan las partidas de compras y gastos[20] con los ingresos del ejercicio[21], analizados previamente, y se observa que el cociente entre ambos agregados solo refleja un valor ligeramente superior a unidad en los centros privados con ánimo de lucro, mientras que los centros públicos registran el valor más bajo, 0,91 y los privados sin ánimo de lucro alcanzan un valor intermedio, 0,95 (Ver Tabla 10).

19.- La falta de desglose de la partida otros ingresos, no nos permite conocer el volumen de subvenciones de explotación que perciben estos centros y su importancia relativa respecto a otros ingresos computados dentro de esta rúbrica.

20.- En las que, la metodología de la ESCRI, no computa los gastos de inversión. La ESCRI no proporciona información cruzada de la inversión realizada en centros de larga estancia por dependencia funcional.

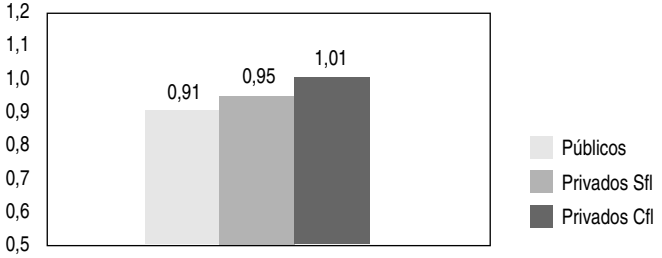
21.- La metodología de la ESCRI no computa determinadas partidas como, por ejemplo, las transferencias por cuenta de capital.

Tabla 10. Ratio ingresos/compras y gastos en los centros de larga estancia, atendiendo a su dependencia funcional (En euros/año)

	PÚBLICOS	PRIVADOS sfl	PRIVADOS cfl
COMPRAS Y GASTOS (1)	264.760.413	164.728.320	243.553.874
INGRESOS (2)	240.104.844	155.751.661	246.031.303
RATIO (2)/(1)	0,91	0,95	1,01

FUENTE: Elaboración propia a partir de la ESCRI.

Gráfico 19. Ratio Ingresos/Compras y gastos en centros de larga estancia, por dependencia funcional



4.- Conclusiones

La aprobación de la denominada Ley de Dependencia ha supuesto un punto de inflexión en el sector al configurar un sistema de prestaciones públicas basado, entre otros, en los principios de universalidad, igualdad y no discriminación. El tratamiento que reciben los actores de la Economía Social dentro del nuevo sistema se concreta, en primer lugar, en que la normativa se refiere expresamente sólo a una parte de los agentes que integran la Economía Social: la constituida por lo que se ha venido a denominar Tercer Sector, y no contempla de forma expresa, por tanto, una parte nuclear de la misma: las unidades que tienen finalidad lucrativa y realizan su actividad empresarial en el mercado. Y, segunda, las referencias al Tercer Sector se realizan en aspectos centrales del sistema, reconociendo su importancia en la atención a la dependencia, e incluso, estableciendo un tratamiento preferencial

para estos agentes en ámbitos como la incorporación a la red de servicios y la formación. Sin embargo, es necesario que el desarrollo normativo de las Comunidades Autónomas y la información que se traslade al SISAAD permita concretar y cuantificar este reconocimiento y su importancia relativa.

En este artículo se ha intentado realizar una aproximación a la importancia del Tercer Sector en la atención de la dependencia y sus parámetros más significativos, utilizando como referencia los hospitales de larga estancia privados sin ánimo de lucro, mediante la explotación de datos del CNH y la ESCRI.

El perfil descriptivo de este colectivo se caracteriza por una escasa dotación en centros de larga estancia a nivel nacional, su concentración en tres Comunidades Autónomas (Cataluña, Canarias y Madrid), su carácter eminentemente privado (con ánimo de lucro), el predominio de los centros de tamaño medio-bajo (menos de 200 camas) y el mayor peso del personal sanitario frente al no sanitario.

El análisis de los datos sobre compras y gastos pone de manifiesto que los centros privados no lucrativos se sitúan entre los centros públicos y los centros privados con ánimo de lucro, pero claramente más próximos a estos últimos. Tanto en términos de coste total por cama/día, como coste de personal por cama/día y gasto de personal por empleado, los centros públicos registran valores significativamente más elevados, mientras que los centros privados con ánimo de lucro presentan un coste ligeramente más bajo que el de los no lucrativos. Por el contrario, el gasto en que se incurre por compras, servicios externos y otros gastos es claramente inferior en los centros públicos y muy similar entre los centros privados (lucrativos y no lucrativos).

Se pone, así, de manifiesto una distribución muy desigual entre las distintas partidas de gasto. De forma que los gastos de personal absorben casi el 80% del total de gastos en los centros públicos, frente al 55% en los privados, tanto con como sin ánimo de lucro. Los centros privados, lucrativos y no lucrativos, también registran pesos porcentuales muy similares para el resto de partidas (compras, servicios exteriores y otros gastos corrientes), frente a los públicos que registran porcentajes muy disímiles y siempre inferiores en estos conceptos. Ello puede derivarse de la mayor tendencia a externalizar servicios en los centros privados y de que existen determinadas partidas de gasto estrechamente vinculadas con la financiación de inversiones (amortizaciones, gastos financieros,…), condicionadas por el régimen de propiedad del centro y no por la explotación directa de plazas.

El ratio de personal por cama es muy similar en todos los centros, en torno a un empleado/cama, con una composición del personal, sanitario y no sanitario, diferente. El peso del personal sanitario en los centros privados (lucrativos y no lucrativos) es superior al de los centros públicos, y, en estos últimos, destaca un ratio significativamente mayor del personal no sanitario.

La estructura de ingresos en cada centro representa fielmente las características específicas en la financiación de los mismos. Así, se observa que los centros públicos obtienen sus ingresos bási-

camente de las subvenciones de explotación que perciben de los presupuestos públicos mientras que las entidades privadas con y sin fines de lucro se financian fundamentalmente de los ingresos obtenidos por sus prestaciones. Adicionalmente, la ratio ingresos sobre costes sólo supera la unidad en el caso de los centros privados con ánimo de lucro.

Debe señalarse que la simplicidad del análisis realizado en este trabajo, dada la escasez de información disponible en las fuentes estadística utilizadas, supone una importante limitación del mismo puesto que no se puede reflejar la complejidad del servicio sociosanitario prestado. En concreto, la no inclusión de datos sobre los niveles de calidad asistencial supone una limitación muy importante puesto que las diferencias que se han puesto de manifiesto en las distintas variables objeto de análisis (compras y gastos, costes de personal, etc.) pueden deberse a diferencias en la calidad de los inputs y/o de los output. Mientras que la calidad de ambos parámetros se ha considerado homogénea en este artículo. Así, no se ha podido considerar, por ejemplo, el hecho de que los pacientes tuvieran una mayor o menor necesidad de atención[22], las diferencias en la calidad de la dotación en camas, personal (sanitario y no sanitario), calidad y condiciones d empleo, servicios ofrecidos, el grado de satisfacción de los pacientes y de los empleados o la evolución de las listas de espera. No se trata, por tanto, de un trabajo que pretenda obtener ratios de eficiencia, sino ofrecer una panorámica sobre las características de los centros de larga estancia no lucrativos y sus diferencias/similitudes con los centros públicos y privados lucrativos. Para, a partir de ellas, reflexionar sobre la búsqueda de parámetros que permitan identificar el por qué de las mismas de cara a orientar la toma de decisiones en este sector, en un contexto caracterizado por la austeridad y el recorte en el ámbito de las políticas públicas.

Simultáneamente, este análisis pone claramente en evidencia la necesidad, subrayada en este artículo, de que el SISAAD, que está siendo objeto de desarrollo, incorpore datos que permitan identificar y desglosar los agentes que integran la Economía Social, con objeto de otorgar visibilidad a los mismos e identificar sus fortalezas/debilidades en un sector de futuro como es la atención a la dependencia. En el logro de este objetivo deben poner los agentes que integran la Economía Social todo su empeño.

22.- Ello requeriría disponer de un sistema de información que permitiera clasificar a los pacientes en función de su necesidad de utilización de recursos (médicos, enfermería, rehabilitación, diagnósticos, apoyo en las actividades de la vida diaria,...)

Bibliografía

AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD E INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA (Varios años): *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado*, Ministerio de Sanidad y Servicios sociales.

AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD E INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA (2008): *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Manual de definiciones*, Ministerio de Sanidad y Servicios sociales.

BAREA TEJEIRO, J. y MONZÓN CAMPOS, J. L. (Dirs.) (2006): *Manual para la elaboración de las cuentas satélite de las empresas de la economía social: cooperativas y mutuas*, elaborado por CIRIEC para la Comisión Europea, Dirección General de Empresa e Industria.

CHAVES ÁVILA, R. y MONZÓN CAMPOS, J. L. (2008): *La Economía Social en la Unión Europea,* n°. CESE/COMM/05/2005, Comité Económico y Social Europeo.

DIZY MENÉNDEZ, D. y RUIZ CAÑETE, O (2007): "El papel de la Economía Social en la protección de la dependencia". En : *I Congreso Mundial de Investigación en Economía Social y Cooperativa*, CIRIEC, Victoria, Canadá.

FAJARDO GARCÍA, G. (2009): "La economía social en las leyes", *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, nº 66, pp. 5-35.

INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA (2010): *Catálogo Nacional de Hospitales 2010*, Ministerio de Sanidad y Política Social.

MONZÓN CAMPOS, J. L (2006): "Economía Social y conceptos afines: fronteras borrosas y ambigüedades conceptuales del Tercer Sector", *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, nº 56, pp. 9-24.

MONZÓN CAMPOS, J. L (Coord.) (2010): *Informe para la elaboración de una ley de fomento de la Economía Social,* Ministerio de Trabajo e Inmigración, Madrid.

SÁNCHEZ PACHÓN, L. A. (2009): "La delimitación de las entidades y organizaciones de economía social en la próxima ley reguladora del sector", *CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, nº 66, pp. 61-84.

UNITED NATIONS (2003): *Handbook on Non-profit Institutions in the System of Nacional Accounts* ST/ESA/STAT/SER,F/91. United Nations. New York.

VV. AA. (2006): *Revista Española del Tercer Sector,* nº 3, Fundación Luis Vives.