

HOSPITALES Y CONTROL DE LA DISCIPLINA PRESUPUESTARIA EUROPEA*

Ester Marco Peñas
Profesora Ayudante Doctor
Universidad Autónoma de Madrid

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Criterios que determinan la inclusión o exclusión de los hospitales en el sector Administraciones públicas en términos de SEC-2010. 2.1. Aspectos generales. 2.2. Unidad institucional. 2.3. Naturaleza pública. 2.4. Producción de mercado/no mercado. 3. Conclusiones. 4. Bibliografía.

RESUMEN

El intento por disminuir el impacto del gasto sanitario en los niveles de déficit y deuda públicos ha conducido, con frecuencia, a alterar el modo en como se prestan los servicios públicos sanitarios. La tendencia más generalizada ha sido la introducción de fórmulas de colaboración público privada. Ahora bien, debido a las numerosas dudas que la idoneidad de estos mecanismos han suscitado, el presente artículo analiza las características (a nivel de control y de financiación) que un hospital público debe tener para ser considerado una sociedad pública de mercado no integrada en el sector “Administraciones públicas” a efectos de la disciplina presupuestaria europea. La configuración de los hospitales como sociedades públicas de mercado, cuyo pasivo no computa en el balance público, es la opción adoptada por algunos Estados miembros, como Alemania.

PALABRAS CLAVE

Hospitales; disciplina presupuestaria; déficit y deuda públicos; control del gobierno; financiación.

ABSTRACT

The attempt to reduce the impact of public health spending on the levels of public deficit and public debt has often led to the alteration of the way in which health care services are provided. In this regard, the general widespread trend has been the introduction of public– private partnerships. Nevertheless, due to the many uncertainties that the adequacy of these mechanisms have raised, this study analyzes the characteristics (in terms of public control and financing) that a public hospital should have in order to be considered as a public corporation, classified outside the “General Government” sector in terms of European budgetary discipline. The configuration of public hospitals as public corporations with market production, whose assets and liabilities are not recognized on the public balance sheet, has been the approach taken by some member states, such as Germany.

KEYWORDS

Hospitals; European Budgetary Discipline; public deficit and public debt; government control; financing.

* Este trabajo se ha realizado en el marco de los objetivos del proyecto DER2013-48005-R, financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, y una estancia de investigación como visiting scholar en la Johns Hopkins University (Baltimore, Estados Unidos de América), durante los meses de julio a diciembre de 2016. Esta estancia se financió con una ayuda del programa “José Castillejo” del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte

1. INTRODUCCIÓN

Los Estados miembros de la Unión Europea deben utilizar el Sistema Europeo de Cuentas (SEC) para elaborar y presentar frente a las instituciones europeas los datos relativos a los niveles de déficit y deuda públicos, a los efectos del control de la disciplina presupuestaria. El actual SEC fue aprobado por el Reglamento (UE) n° 549/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2013, relativo al Sistema Europeo de Cuentas Nacionales y Regionales de la Unión Europea¹ (en adelante, SEC-2010). El SEC-2010 es aplicable a los datos estadísticos presentados por los Estados a las instituciones europeas desde septiembre de 2014².

Un elemento clave a la hora de establecer los niveles de déficit y deuda públicos de un Estado miembro es la determinación de los entes que integran el “sector Administraciones públicas” en términos de SEC. La inclusión de un ente en el sector “Administraciones públicas” comportará que sus niveles de déficit y deuda consoliden en el balance público.

La clasificación dentro o fuera del sector Administraciones públicas de determinados entes (como centros educativos y hospitales), debido a los importantes niveles de déficit y deuda que generan, es especialmente controvertida³. Varios aspectos lo

reflejan: en primer lugar, el hecho que desde 2002 los sucesivos *Manuals on Government Deficit and Debt* (*Manuales del SEC*)⁴ aborden de forma particular la clasificación sectorial de los hospitales públicos al considerarlos casos especiales⁵. En segundo lugar que, a pesar de que la metodología SEC se aplica de forma unitaria a todos los hospitales públicos europeos, en algunos Estados estos se encuentran clasificados dentro del sector Administraciones públicas (como en Francia, Suecia o España), y en cambio en otros Estados se encuentran clasificados fuera (como en Alemania, Chequia o Países Bajos). Esta segunda opción es posible puesto que, en aplicación de los criterios SEC, pueden existir entes, en este caso hospitales, controlados y financiados mayoritariamente por las Administraciones públicas pero fuera del sector Administraciones públicas, al considerar que son sociedades públicas que llevan a cabo una producción “de mercado”.

[eficiencia-en-la-gestion-hospitalaria-publica-directa-vs-privada-por-concesion](#) [Con acceso el 10.2.2018].

La Sindicatura de Cuentas de Valencia también señala otros factores como causantes del mayor coste final derivado del contrato de concesión. En primer lugar, la introducción de modificaciones en el contrato inicial, como la inclusión de una nueva zona cubierta por la asistencia sanitaria. La Sindicatura ha cuestionado la idoneidad de llevar a cabo este tipo de modificaciones a lo largo de la ejecución del contrato “*ya que ello supone un obstáculo a los principios de libre concurrencia y buena fe que deben presidir la contratación de las Administraciones Públicas, teniendo en cuenta que los licitadores distintos del adjudicatario podían haber modificado sus proposiciones si hubieran sido conocedores de la modificación que ahora se produce*”. Además, la Sindicatura cuestiona el elevado coste de las modificaciones, al afirmar que “*adicionalmente, no parece razonable que el precio de esta modificación contractual se fije de manera proporcional respecto al contrato inicial. La modificación ha derivado nuevos derechos económicos a favor del concesionario, pero no ha conllevado las mismas obligaciones que sustentaban el equilibrio financiero del contrato inicial*”. En segundo lugar, el mayor coste se produce por revisiones en los precios que están por encima del techo máximo de la capita. Véase, SINDICATURA DE COMPTES DE VALENCIA: Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015, Valencia, pp. 21-23.

4 Con el *Manual SEC*, Eurostat busca resolver la mayor parte de los problemas estadísticos que plantea la aplicación práctica del SEC. El mismo, aunque no posee carácter normativo vinculante, recoge el conjunto de criterios que ha utilizado Eurostat en sus decisiones precedentes; y, de este modo, dota de certeza a las actuaciones de los Estados miembros acordes con las directrices fijadas en él. Ahora bien, la fundamentación jurídica de las prácticas contables tanto de Eurostat como de los Estados miembros en materia de contabilidad nacional deberá encontrarse en el articulado del Reglamento (UE) n° 549/2013. La versión actualmente vigente es de 4 de marzo de 2016.

5 EUROSTAT: *Manual on Government Deficit and Debt. Implementation of ESA 2010*, 2016, p. 34 (nota al pie 48). En adelante, *Manual del SEC-2010*.

1 DOUE L 174/446, de 26 de junio de 2013.

2 Tras casi veinte años de vigencia del Sistema Europeo de Cuentas 95 (en adelante, SEC-95), la aprobación del SEC-2010 ha supuesto cambios conceptuales importantes y, al mismo tiempo, constituye una oportunidad para clarificar aspectos que hasta entonces han sido conflictivos.

3 La introducción de fórmulas concesionales (como concesiones de servicio público o de obra pública con pago mayoritario por la Administración) ha sido la opción generalizada en España para evitar las restricciones de la disciplina presupuestaria. Ahora bien, a nivel de cómputo del gasto público a través de estos mecanismos tan solo se logra un pago fraccionado, transformando, esencialmente, el gasto de inversión en gasto corriente. Como señala VILLAR ROJAS, estamos en muchas ocasiones solo frente a “deuda pública disfrazada”, VILLAR ROJAS, Francisco José: “La concesión como modalidad de colaboración privada en los servicios sanitarios y sociales”, *Revista de Administración pública*, núm. 172, enero-abril, 2007, pp. 168 y ss.

En cuanto al ahorro de costes, el mayor problema es la insuficiencia de datos para poder llevar a cabo afirmaciones taxativas. Algunos trabajos existentes, que parten de datos de la Comunidad Valenciana, sugieren una mayor eficiencia de los hospitales en régimen de concesión (derivados de la reducción del gasto por ingreso), pero un incremento posterior en la tasa poblacional de hospitalizaciones, siendo el gasto sanitario total per cápita superior (PEIRO MORENO, Salvador y MENEU DE GUILLERNA, Ricard “Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs. privada por concesión”, *Blog de FEDEA “Nada es Gratis”*, 27 Diciembre de 2012. Disponible en la URL: <http://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/>

Tras la entrada en vigor del SEC-2010, Eurostat (oficina estadística de la Unión Europea) ha solicitado información sobre la clasificación de los hospitales públicos de Austria, Alemania y Chequia, pues estaban fuera del sector Administraciones públicas durante la vigencia del SEC-95⁶. Tras diálogos de Eurostat con las autoridades estadísticas nacionales de estos Estados, solo se han reclasificado dentro del sector Administraciones públicas los hospitales públicos austriacos⁷. Por su parte, Alemania ha reiterado a Eurostat que sus hospitales públicos son sociedades públicas de mercado fuera del perímetro de consolidación⁸.

Tendremos que esperar para comprobar, a través de las Visitas de Diálogo con los distintos Estados miembros⁹, cual es la viabilidad de crear y mantener hospitales públicos fuera del sector Administraciones públicas y, sobre todo, con qué intensidad se aplican algunos de los nuevos parámetros del SEC-2010 en materia de hospitales¹⁰. Con todo, posturas como la defendida por Alemania frente a Eurostat, permiten mantener abierta la posibilidad de configurar los hospitales públicos de los países de la Unión Europea como entes fuera del sector Administraciones públicas, controlados y financiados mayoritariamente por el Estado pero con producción “de mercado”.

6 Véase, respectivamente, EUROSTAT: Final findings. Excessive Deficit Procedure (EDP) Dialogue Visit to Austria, 25-26 June 2012, Luxemburgo, 8 de enero de 2013, p. 3. EUROSTAT: Final Findings. EDP Dialogue Visit to Germany, 26-27 February 2014, Luxemburgo, 24 de septiembre de 2014, p. 37. EUROSTAT: Final findings. EDP Standard Dialogue Visit the Czech Republic 19-20 November 2014, Luxemburgo, 16 de julio de 2015, pp. 13-15.

7 EUROSTAT: Final Findings. EDP Dialogue Visit to Austria. 7-8 July 2014, Luxemburgo, 9 de abril de 2015, pp. 16 y 17.

8 Además, han afirmado que ya en el momento de llevar a cabo la clasificación sectorial de entes bajo los parámetros del SEC-95 se tomaron en consideración otros aspectos relacionados con el control, más allá de las mayorías en los derechos de voto y el control del consejo de administración.

9 El Reglamento (CE) núm. 479/2009, en sus arts. 11 y 12, regula las visitas periódicas de diálogo y las visitas metodológicas efectuadas en el marco del procedimiento de déficit excesivo. Mediante estos instrumentos de cooperación entre Eurostat y las autoridades estadísticas nacionales se persigue garantizar una comunicación constante y la existencia de datos estadísticos fiables.

10 Eurostat ha señalado la necesidad de analizar con mayor profundidad aspectos adicionales sobre el control, como es el alcance del control derivado de acuerdos contractuales. Véase, EUROSTAT: *Final Findings EDP Dialogue Visit to Germany 26-27 February 2014*, cit., p. 37. Dada su importancia, estos aspectos están siendo analizados por la MGDD Task Force (*Manual on Government Deficit and Debt Task Force*). La MGDD Task Force se conforma por expertos en estadísticas sobre finanzas públicas y contabilidad nacional de Eurostat, los Estados de la UE y otras instituciones.

Es importante señalar que configurar los hospitales públicos como sociedades públicas “de mercado”, clasificadas fuera del sector Administraciones públicas, tiene importantes implicaciones también en cuanto al régimen presupuestario, económico-financiero, contable y de control que les será aplicable. Ahora bien, para que esta clasificación sea posible, el hospital debe cumplir con unos criterios, a nivel de control y de financiación, que constituyen el objeto de estudio de este trabajo.

Por último, si bien nos centraremos en los hospitales, los criterios generales que analizaremos son de aplicación para clasificar cualquier ente dentro o fuera del sector Administraciones públicas en términos de SEC-2010.

2. CRITERIOS QUE DETERMINAN LA INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE LOS HOSPITALES EN EL SECTOR ADMINISTRACIONES PÚBLICAS EN TÉRMINOS DE SEC-2010

2.1 Aspectos generales

En términos de SEC, existen cinco sectores institucionales nacionales mutuamente excluyentes entre sí: sociedades no financieras (S.11); instituciones financieras (S.12); Administraciones públicas (S.13); hogares (S.14); e instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares, ISFLSH (S.15)¹¹. Todos los entes se han de incluir en un sector: i) de forma independiente si son una unidad institucional, o ii) si no son unidades institucionales, en el sector en el cual se incluye la unidad institucional que les controla.

El SEC-2010 (apartado 20.17) señala tres criterios que deben ser analizados sucesivamente para determinar si un ente forma parte del sector Administraciones públicas: si el ente es una unidad institucional; si la unidad está controlada o no por el gobierno; y, finalmente, si la unidad institucional es productor de mercado o no de mercado¹². Estos tres criterios conforman el denominado test para la clasificación sectorial de entes, que ya se recogía en el SEC-95 con similar tenor¹³. Ahora bien, como analizaremos

11 Apartado 1.57 SEC-2010. Los cinco sectores se dividen, a su vez, en subsectores.

12 En el mismo sentido, EUROSTAT: *Manual del SEC-2010*, cit., pp. 13-40.

13 Estos tres criterios también se establecían en el

a continuación, el SEC-2010 ha introducido nuevas precisiones en cada uno de los tres criterios que comportan, en términos generales, una ampliación del alcance del sector Administraciones públicas. Esto supone, a su vez, un endurecimiento de la disciplina presupuestaria europea, puesto que los mismos límites cuantitativos de déficit y deuda públicos (3 % y 60 % del PIB, respectivamente) deben aplicarse a un sector Administraciones públicas de contornos más amplios.

No debe confundirse el concepto “sector Administraciones públicas” (S.13) con el concepto “sector público”, también manejado en el SEC-2010. El concepto de “sector público” es más amplio, pues incluye también aquellas unidades institucionales públicas que están controladas por la Administración pública pero llevan a cabo una actividad de mercado y se encuentran clasificadas fuera del sector Administraciones públicas¹⁴. En consecuencia, podrán existir unidades institucionales públicas clasificadas: en el sector Administraciones públicas (consolidan a efectos de déficit y deuda públicos); y en el sector sociedades públicas, tanto en el sector “sociedades no financieras” como en el sector “instituciones financieras” públicas (no consolidan a efectos de déficit y deuda públicos)¹⁵.

En síntesis, todas las unidades controladas por la Administración pública conforman el “sector público”; no obstante, solo aquellas unidades cuya producción no es de mercado forman parte del sector Administraciones públicas, y su déficit y deuda pasan a ser considerados déficit y deuda públicos.

2.2 Unidad institucional

Las unidades institucionales se caracterizan por gozar de autonomía de decisión en el ejercicio de su función principal y disponer, o poder disponer, de un conjunto completo de cuentas (SEC-2010, apartado 2.12). De estos dos requisitos, el que constituye el factor determinante para la existencia de una unidad institucional es la presencia de autonomía de decisión en el ejercicio de su función principal¹⁶. Para

gozar de autonomía de decisión en el ejercicio de su función principal, una entidad debe: “a) *Ser titular de bienes y activos con facultad de disposición sobre ellos*; b) *Tener capacidad para tomar decisiones económicas y realizar actividades económicas de las que es responsable ante la ley*; c) *Tener capacidad para contraer pasivos en nombre propio, aceptar otras obligaciones o compromisos futuros y suscribir contratos*”.

El apartado 2.13 SEC-2010 establece una serie de principios que deben aplicarse a aquellas entidades que no son unidades institucionales. De ellos destacaremos dos (letras b) y c) apartado 2.13 SEC-2010), pues son los principios que determinan el sector en el que deberán ser clasificadas las entidades no consideradas unidades institucionales. En primer lugar, las entidades que no disponen de un conjunto completo de cuentas, y que no pueden elaborarlo si así se requiriera, se engloban en las unidades institucionales en cuya contabilidad se integran sus cuentas parciales. En segundo lugar, las entidades que, a pesar de disponer de un conjunto completo de cuentas, no gozan de autonomía de decisión, forman parte de las unidades que las controlan.

En Europa, casi todos los hospitales públicos tienen un conjunto completo de cuentas. Bajo la vigencia del SEC-95 una de las excepciones era España. En el cuestionario efectuado por Eurostat en 2009 sobre la clasificación sectorial de hospitales públicos a las autoridades estadísticas de los Estados miembros¹⁷, las autoridades estadísticas españolas indicaron que algunos hospitales públicos disponían de un conjunto completo de cuentas, mientras que otros no.

A su vez, en el citado cuestionario, para resolver sobre la existencia de autonomía en el ejercicio de la función principal, Eurostat planteaba a las autoridades estadísticas nacionales tres preguntas: 1) quién

establecía que el conjunto completo de cuentas tenía que ser pertinente, tanto desde un punto de vista jurídico como económico. El SEC-2010 ha suprimido esta precisión, pero señala que la entidad debe “*tener capacidad para elaborar un conjunto completo de cuentas, en el que se incluyen documentos contables que recogen la totalidad de sus operaciones llevadas a cabo durante el periodo contable, así como un balance de activos y pasivos*”.

17 EUROSTAT: *Survey on the sector classification of public hospitals and homes for elderly in ESA95*, Luxemburgo, 2009. En este documento se recogen las 25 preguntas que Eurostat planteó a las autoridades estadísticas de los Estados Miembros de la UE (más Islandia y Suiza) para determinar la clasificación sectorial de sus hospitales públicos, en algunos casos controvertida.

Manual. EUROSTAT: *Manual SEC-95*, edición 2002, pp. 9 y ss.

14 “El sector público está formado por las administraciones públicas y las sociedades públicas” (SEC-2010 apartado 20.303).

15 Apartado 20.303 SEC-2010 y el cuadro que se encuentra en dicho apartado.

16 Para evitar conductas artificiosas, el SEC-95

nombra a los gerentes de los hospitales; 2) quién decide los salarios de los trabajadores de los hospitales; y 3) quién determina la política de precios de los hospitales. En atención a estos criterios, los hospitales públicos gozan de autonomía en el ejercicio de su función principal si la Administración no decide sobre los tres aspectos mencionados. Un ejemplo de existencia de autonomía es Alemania. En dicho país, la Administración solo nombra a los gestores de los hospitales, pero no decide ni sobre los salarios ni sobre la política de precios del hospital. Por el contrario, en el caso de los hospitales públicos españoles, clasificados todos ellos en el sector Administraciones públicas, la respuesta a estas tres preguntas es que la decisión corresponde a la Administración pública.

Bajo estas circunstancias, algunos hospitales públicos españoles se clasifican en el sector Administraciones públicas por no tener la condición de unidades institucionales (no poseen un sistema completo de cuentas y/o no gozan de autonomía de decisión en el ejercicio de su función principal).

Sin embargo, también es posible que el control de las Administraciones públicas no sea tan intenso, y solo alcance a la política general del hospital¹⁸. En este segundo supuesto, como veremos, el control por las Administraciones públicas solo determina la naturaleza pública del hospital y su clasificación en el “sector público”. La posterior inclusión del hospital en el sector Administraciones públicas dependerá entonces de su consideración como productor “no de mercado”.

18 En algunos supuestos es difícil diferenciar si el control ejercido por las Administraciones públicas alcanza solo a la política general de la entidad, o si este incide en el ejercicio de su función principal. De las Decisiones de Eurostat se infiere que aspectos como la personalidad jurídica independiente, la capacidad para realizar actividades económicas y contraer obligaciones (concertar crédito) son elementos determinantes para afirmar que la entidad goza de autonomía de decisión en el ejercicio de su función principal y, en consecuencia, es una unidad institucional. Así sucedió en la Decisión sobre la *Bundesimmobiliengesellschaft –BIG–* austríaca (EUROSTAT: *Treatment of the transfer of Government real estate to a public-owned corporation in Austria, Press Release* (15/2002), Luxemburgo, 2002, pp. 1-4). Sin embargo, en otros pronunciamientos posteriores Eurostat es más estricto, como sucedió en la clasificación sectorial del Fondo de Reestructuración Ordenada Bancaria (FROB). En este último caso, Eurostat consideró que, si bien el FROB posee personalidad jurídica independiente, tiene capacidad de obrar plena para el desarrollo de sus fines, y competencia para adquirir activos y contraer pasivos en nombre propio, este fondo no puede ser considerado una unidad institucional, al no poseer autonomía de decisión en el ejercicio de su función principal. Su función principal de reestructuración y resolución de las entidades de crédito está estrechamente controlada por el Ministerio de Economía (EUROSTAT, *Final findings, EDP Dialogue to Spain, 17 - 18 de febrero de 2011*, Luxemburgo, 22 de noviembre de 2011, pp. 18-19).

2.3 Naturaleza pública

Una unidad residente es pública si está directa o indirectamente controlada por unidades gubernamentales residentes o por otros productores públicos. Todos los demás productores residentes son productores privados¹⁹.

El SEC-2010 establece una regulación diferenciada para determinar el control por parte de las Administraciones públicas, por un lado, de las sociedades (financieras o no financieras)²⁰; y, por otro lado, respecto de las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (siglas ISFLSH, ISFL o NPI “*non profit organizations*”)²¹. Por ello, en primer lugar, es necesario determinar si la entidad en cuestión es una sociedad o una ISFL. El *Manual SEC-2010* adopta un concepto amplio de “sociedad”²², que incluye también entidades que no tienen el estatus legal de sociedad, pero que pueden ser asimiladas a estas (especialmente, si reflejan acciones o equivalentes en el pasivo de su balance). Por su parte, las ISFL generalmente no pueden distribuir beneficios a sus propietarios.²³

Respecto a las ISFL existen varias posibilidades tomando en consideración quién las controla y si su producción es o no de mercado. Así, en primer lugar, existen ISFL controladas por las Administraciones públicas y que son productores no de mercado. Estas son las únicas que formarán parte del sector Administraciones públicas²⁴. En segundo lugar, existen ISFL controladas por el gobierno y que, a su vez, son productores de mercado, al vender sus bienes o servicios a corporaciones, sociedades u hogares a precios

19 EUROSTAT: *Manual del SEC-2010*, cit., apartado 8, p. 15.

20 SEC-2010 apartados 2.38, 20.309 y 20.310.

21 SEC-2010 apartados 2.39 y 20.15.

22 Como señala el apartado 20.308 SEC-2010, “La forma jurídica de un organismo no sirve de guía para su clasificación sectorial. Por ejemplo, algunas sociedades del sector público legalmente constituidas pueden ser unidades no de mercado y clasificarse, por lo tanto, como administraciones públicas y no como sociedades públicas”. En términos de SEC prima el fondo sobre la forma; puesto que, en la medida en que el SEC contempla una metodología para determinar los niveles de déficit y deuda públicos, la calificación de los entes y las operaciones se lleva a cabo en función de la realidad económica subyacente, con independencia de su forma legal. Véase, EUROSTAT: *Manual del SEC-2010*, cit., p. 4.

23 EUROSTAT : *Manual del SEC-2010*, cit., apartado 9, p. 15.

24 Véase, SEC-2010 apartado 20.13 y EUROSTAT: *Manual del SEC-2010*, cit., apartado 9, p. 15.

económicamente significativos. En estos casos, la ISFL formará parte del sector público (debido al control ejercido por las Administraciones públicas) pero se clasificará en el sector “sociedades no financieras”. En tercer lugar, están las ISFL controladas por el sector privado pero que no llevan a cabo producción de mercado. Estas son las únicas ISFL clasificadas en el sector ISFLSH. Por último, se encuentran las ISFL controladas por el sector privado y productores de mercado que se clasificarán en el sector “sociedades no financieras”. En síntesis, solo la primera categoría de ISFL que hemos descrito se integrará en el sector Administraciones públicas y su déficit y deuda serán considerados públicos en términos de SEC.

De todo lo anterior se extrae un principio general: no deben confundirse los conceptos jurídicos de “sociedad” o de “ISFL”, con los conceptos de “sociedad” o “ISFL” como sector. Además, a nuestro entender, la regulación diferenciada entre sociedades e ISFL que establece el SEC-2010 en materia de control público tiene sentido en la medida en que responde a la distinta naturaleza de la entidad (composición, etc.) y a las relaciones con las Administraciones públicas (acuerdos contractuales, subvenciones, etc.). A pesar de estas diferencias, los dos conjuntos de indicadores que determinan el control tienen un fundamento común y múltiples similitudes a nivel material. A continuación analizaremos brevemente los criterios relativos a las sociedades y, finalmente, haremos algunos apuntes sobre la clasificación de las ISFL.

En relación con las sociedades, el apartado 20.309 del SEC-2010 establece los nueve indicadores que deberán tomarse en consideración para determinar el control de una entidad. Estos son: “a) *Derechos de designación, veto o destitución de la mayoría de los funcionarios, miembros del consejo, etc.*; b) *Derechos de designación, veto o destitución del personal clave*; c) *Derechos de designación, veto o destitución de la mayoría de los nombramientos en los principales comités de la entidad*; d) *Propiedad de la mayoría de los derechos de voto*; e) *Derechos vinculados a opciones y acciones especiales*; f) *Derechos de control mediante acuerdos contractuales*; g) *Derechos de control por acuerdos/permiso para solicitar préstamos*; h) *Control a través de una regulación excesiva*; i) *Otros*”.

El apartado 20.310 SEC-2010 precisa una serie de reglas para la aplicación de los indicadores anteriores. En primer lugar, la clasificación de un ente debe ser juzgada individualmente, existiendo casos en los que alguno/s indicadores serán irrelevantes.

Para los hospitales públicos, Eurostat ha afirmado que el test de clasificación sectorial debe realizarse hospital por hospital y no en bloque²⁵ y ²⁶. En segundo lugar, la concurrencia de los indicadores a), c) y d) del apartado 20.309 SEC-2010 por sí misma es suficiente para establecer que existe control. No obstante, en relación al resto de indicadores se afirma que “(...) *En otros casos, una serie de ellos puede indicar colectivamente que existe control*”. Seguidamente analizaremos los tres indicadores cuya concurrencia individual denota la existencia de control.

Respecto al primer indicador, esto es, el “**control público del consejo de administración o del órgano ejecutivo**”, tanto el apartado 20.309, letra a) del SEC-2010 como el *Manual SEC-2010*, disponen que el control por el gobierno puede derivarse del control ejercido por una unidad, o un conjunto de unidades clasificadas en diferentes subsectores del sector Administraciones públicas. Por tanto, debe evaluarse el control global ejercido por los subsectores “Administración central”, “Administración regional”, “Administración local” y “Fondos de la Seguridad Social”.

El segundo indicador se refiere a “**los derechos de designación, veto o destitución de la mayoría de los nombramientos en los principales comités de la entidad**” (apartado 20.309, letra b) SEC-2010). Así, si en el primer criterio se tomaban en consideración los órganos directivos de la sociedad (esencialmente, el consejo de administración), en este se analiza el control de los comités (y subcomités) ejecutivos. En ambos casos se trata de órganos de gobierno de la entidad. El consejo de administración es el encargado de definir y aprobar las decisiones de la política general de la entidad (en representación de los intereses de los accionistas), mientras que los comités ejecutivos son los responsables de su ejecución y de gestionar el día a día de la entidad.

Un elemento adicional a tener en cuenta a fin de analizar los dos primeros criterios es la existencia de “poderes de veto”²⁷, puesto que el control del consejo

25 EUROSTAT: Final findings. EDP Dialogue Visit to Austria, 25-26 June 2012, Luxemburgo, 8 de Enero 2013, pp. 23-25.

26 De hecho, Eurostat analiza con las autoridades griegas la clasificación solo de uno de sus hospitales, el Hospital Onaseio. Véase, EUROSTAT: *Final Findings. EDP dialogue visit to Greece 24-25 September 2015*, Luxemburgo, 25 de febrero de 2016, pp. 23-24 y EUROSTAT: *Classification of entities - guidance request Onaseio hospital - final view of Eurostat*, Luxemburgo, 26 de septiembre de 2016, pp. 1-7).

27 El tratamiento de los “derecho de veto” se desarrolla ampliamente en EUROSTAT: *Manual del SEC-2010*, cit., pp. 15 y 16, apartado 13.

de administración o el control de los principales comités de la entidad puede venir dado bien por el control de “la mayoría” de sus miembros, o bien por la existencia de poderes de veto. A su vez, el *Manual SEC-2010* señala la posibilidad de que “*el gobierno y los accionistas privados tengan cada uno de ellos el mismo nivel de poderes de veto*”. En estos casos, será necesario examinar otros criterios adicionales, como, por ejemplo, “*si la unidad en cuestión obtiene sus recursos predominantemente de unidades públicas, tal como a través de contratos de venta u otros acuerdos (como Public Private Partnerships), entonces se consideraría que el gobierno o la unidad pública ejerce una mayor influencia en la unidad, y por tanto se consideraría que la unidad está controlada por el gobierno*”²⁸.

Como puede observarse, el supuesto anterior implica, en algún sentido, tomar en consideración la financiación de la entidad dentro del criterio del control. Sin embargo, sobre esta cuestión debemos hacer tres puntualizaciones. En primer lugar, hay que significar que el propio *Manual SEC-2010* afirma que la financiación del ente es un criterio adicional²⁹, por ello su análisis solo debe realizarse en aquellos supuestos en los que el gobierno y los accionistas privados tienen el mismo nivel de poderes de veto. En segundo lugar, si bien la financiación es uno de los criterios que debe valorarse, cabe también el examen de otros. Por este motivo, el *Manual SEC-2010* establece que, en caso de igualdad en los poderes de veto, el control podrá inferirse a través de “*otros criterios adicionales*” y desarrolla, a modo de ejemplo, el que hemos indicado de la financiación. Finalmente, el *Manual SEC-2010* precisa que, en los casos en los que el control sea “estrictamente igual” entre la unidad o unidades públicas y la unidad o unidades privadas, la unidad deberá clasificarse en el sector Administraciones públicas si es un productor no de mercado, y en el sector de sociedades públicas financieras, o no financieras, si es un productor de mercado o se considera un intermediario financiero, respectivamente³⁰. Por tanto, el análisis de la financiación será decisivo con posterioridad, para determinar la naturaleza de mercado/no mercado de la entidad (tercer criterio de la clasificación sectorial de entes).

28 EUROSTAT: *Manual del SEC-2010*, cit., pp. 15 y 16 apartado 13.

29 Su redacción es “Sin embargo, en estos casos, el control puede ser determinado a través de otros criterios adicionales” (la traducción y el subrayado son nuestros). EUROSTAT: *Manual del SEC-2010*, cit., pp. 15 y 16, apartado 13.

30 EUROSTAT: *Manual del SEC-2010*, cit., p. 16 nota al pie 13.

El tercer indicador determinante del carácter público de un ente es la “**titularidad pública de la mayoría de derechos de voto**”. En particular, el apartado 20.309, letra d) del SEC-2010 afirma que “*Este aspecto determinará normalmente el control cuando las decisiones se adopten sobre la base de un voto por acción*”. A su vez, el *Manual del SEC-2010* contempla varias precisiones sobre los derechos de voto³¹. En primer lugar, “*La titularidad debe considerarse de forma agregada (conjuntamente) cuando los derechos se detentan por varias unidades públicas, notablemente cuando ninguna de ellas alcance una mayoría. En el recuento de los derechos de voto, deberá considerarse tanto la titularidad directa como indirecta*”³². En segundo lugar, “*La existencia de derechos de voto múltiples aparejados a algunas acciones también debe examinarse atentamente*”³³. Sobre este último factor, hemos de señalar que en la normativa española solo es posible que existan acciones o participaciones con derechos de voto múltiple en las sociedades de responsabilidad limitada, si así lo prevén sus estatutos. Por el contrario, esta situación está prohibida a las sociedades anónimas³⁴. Finalmente, el *Manual del SEC-2010* matiza que “*En la mayoría de los casos, una sociedad participada en menos del 50% por el sector público no formaría parte del sector público sobre la base del criterio de la titularidad, pero podría formar parte del sector público si se cumplen otros criterios de control de entre los enumerados anteriormente*”. Por tanto, en caso de participación inferior al 50 %, deberán concurrir varios criterios secundarios para considerar que la entidad está controlada por el Gobierno.

Como hemos señalado, los tres indicadores enunciados son conclusivos para afirmar el control de la entidad. Sin embargo, el *Manual SEC-2010* precisa que “*en caso de que no fueran conclusivos, tendrían*

31 EUROSTAT: *Manual del SEC-2010*, cit., pp. 16 y 17, apartado 13.

32 Por ejemplo, una sociedad participada en un 30 % por el gobierno central y en un 40 % por una sociedad pública, que a su vez está participada en un 75 % por el gobierno central y en un 25 % por una unidad privada, debe considerarse controlada por el gobierno. Sobre la configuración de las mayorías, el *Manual SEC-2010* (2016) ha incluido una nueva nota a pie de página (número 14 p.17) que precisa que se tomará en consideración el control total que posee el Gobierno, a través de sus diferentes subsectores, con independencia de que en algunas decisiones no todos ellos voten de forma unánime.

33 El apartado 20.309, letra d), SEC-2010 afirma: “Si las decisiones no se adoptan sobre la base de un voto por acción, se analizaría la situación para comprobar si el sector público tiene mayoría de votos”.

34 Art. 188 del Texto Refundido de la Ley de Sociedades de Capital (Real Decreto Legislativo 1/2010).

que considerarse también otros criterios, por ejemplo³⁵, los criterios (4) a (9)”³⁶. Dos de los criterios adicionales, el (6) y el (7), guardan estrecha relación con la forma de financiación de la unidad y, por ello, nuestro examen se centrará en ellos. El primer criterio, relativo a los **“derechos de control mediante acuerdos contractuales”**³⁷ (apartado 20.309, letra f), SEC-2010), determina que existirá control por parte de la Administración si esta última ocupa una posición de monopsonio de la compra de las ventas de la unidad y, además, limita la relación que la unidad tiene con el sector privado. Por el contrario la existencia de otros clientes, o la posibilidad de tenerlos, es un indicador de que la unidad no está controlada por el gobierno. De este modo, el *Manual SEC-2010* ha introducido el análisis de la posición de monopsonio de la Administración a la hora de analizar el control (aspecto que será objeto también de examen para determinar la naturaleza de mercado de la unidad, concretamente, en la vertiente cualitativa del criterio de mercado³⁸). No obstante, del análisis de las Decisiones de Eurostat se desprende que no existe ningún caso, tras la entrada en vigor del SEC-2010, en el que, no habiendo el gobierno configurado la composición de los órganos de dirección del ente, Eurostat haya considerado igualmente que dicho ente estaba controlado por el gobierno debido a la posición de monopsonio de la Administración pública. De ello se infiere que, en la *praxis*, la naturaleza de los acuerdos contractuales que efectúa el ente será un factor determinante no tanto en el análisis del criterio de control (que, como hemos visto, deberá conjugarse con el examen de otros criterios), sino del criterio de mercado.

El segundo indicador que hace referencia a la financiación es el relativo a los **“derechos de control por acuerdos/permisos para solicitar préstamos”** (apartado 20.309, letra g), del SEC-2010). Como analizamos previamente, *“tener capacidad para contraer pasivos*

en nombre propio, aceptar otras obligaciones o compromisos futuros y suscribir contratos” es uno de los tres aspectos que deben ser tomados en consideración para poder afirmar que una entidad tiene autonomía de decisión en el ejercicio de su función principal y, por ende, es una unidad institucional en términos de SEC-2010. Ahora bien, también es posible que la unidad tenga capacidad para contraer pasivos pero esté sujeta a autorización por parte de la Administración o esta ejerza un control sobre el destino de los fondos. Bajo estas circunstancias se puede afirmar también que la entidad está controlada por el gobierno³⁹.

En materia de control de los hospitales públicos, para determinar si las Administraciones públicas tienen el control del hospital, se aplican los criterios generales que hemos descrito y, a la hora de hacerlo, la financiación mayoritaria por parte de las Administraciones públicas no es un criterio determinante. Si lo es, en cambio, la configuración de los órganos que tienen capacidad para tomar las decisiones económicas sobre los activos y pasivos del hospital.

En aplicación de este criterio general, en la mayor parte de los Estados existen hospitales públicos y privados. Tan solo en los Países Bajos todos los hospitales son de naturaleza privada, en particular, ISFLs que no se consideran controladas por el Estado, aunque estén financiadas mayoritariamente por las Administraciones públicas⁴⁰.

En este contexto, a nivel nacional, cabe mencionar que tras la entrada en vigor del SEC-2010, el Grupo de Trabajo de Cuentas Nacionales español⁴¹, inició la reclasificación en el sector Administraciones públicas de algunas ISFL que prestan servicios sanitarios⁴², consideradas hasta el momento de naturaleza privada, arguyendo el elevado control que sobre estas fundaciones ejerce la Administración pública autonómica a través de su financiación y/o la suscripción de acuerdos contractuales (a través de la modalidad de concierto sanitario). Esta práctica no se ha generalizado ni consolidado⁴³.

35 Por tanto, estos criterios deben ser considerados adicionalmente y, como explicita la edición 2016, no es una lista cerrada. La falta de concreción refleja para MARTÍNEZ MANZANEDO la imposibilidad de establecer una relación cerrada de todos los mecanismos mediante los cuales se puede ejercer el control de una Administración respecto a sus empresas. Véase, MARTÍNEZ MANZANEDO, Rosario: “La empresa pública en la contabilidad nacional”, *Presupuesto y Gasto público*, núm. 60, 2010, p.104.

36 EUROSTAT: *Manual del SEC-2010*, cit., p. 17, apartado 14.

37 Este criterio es semejante al del apartado 2.38, letra g), SEC-2010: “g) la administración representa el grueso de la demanda”.

38 La nueva redacción del criterio de mercado se examina en el apartado 2.4.1. de este trabajo.

39 Ya nos pronunciamos sobre la dificultad para delimitar cuándo el control afecta solo a la naturaleza de la entidad, y cuándo este es tan intenso que infiere en su condición de unidad institucional. Véase, nota al pie núm. 18.

40 EUROSTAT: Survey on the sector classification of public hospitals and homes for elderly in ESA95, Luxemburgo, 2009.

41 El Grupo de Trabajo de Cuentas Nacionales se conforma por miembros de la IGAE, el INE y el Banco de España.

42 Así la fundación privada Althaia fue reclasificada en el sector Administraciones públicas regional (S.1312). Datos del Inventario de entes del sector público a 10 de febrero de 2018.

43 Inferir el control de la ISFL por parte de las

Respecto a las ISFL, a diferencia de la regulación de las sociedades (apartado 20.310, SEC-2010), ni el SEC-2010 ni el *Manual SEC-2010* especifican qué criterios son suficientes por sí solos para determinar el control de la entidad. Lo que sí deja claro el SEC-2010 (apartado 20.15 *in fine*) es que la financiación mayoritaria por parte de las Administraciones públicas no es un criterio que por sí mismo permita determinar el control público de la ISFL⁴⁴. Para ejemplificar que los acuerdos contractuales o la financiación mayoritaria por el gobierno no son un elemento determinante del control, el propio *Manual SEC-2010* describe el caso de las entidades educativas (colegios, universidades, etc.)⁴⁵. En particular, se afirma que las entidades educativas en muchos casos están financiadas mayoritariamente por las Administraciones públicas, además, es probable que el gobierno ejerza alguna influencia en el uso de los fondos. Sin embargo, si la influencia del gobierno solo alcanza a la determinación de los estándares (en relación con los programas docentes; la calidad de la educación; las condiciones materiales; las competencias de los profesores; etc.), que se imponen a cualquier unidad educativa, independientemente de su estatuto, entonces no estamos frente a la existencia de control público a los efectos del SEC. Estas precisiones de Eurostat sobre los centros educativos pueden extrapolarse al sector de las ISFL en sanidad.

De todo lo expuesto en este apartado se concluye que una de las novedades del SEC-2010 es la introducción de nuevos indicadores, algunos de ellos relativos a la financiación, para determinar el control de una entidad por las Administraciones públicas. No obstante, si bien la concurrencia de alguno de los indicadores clásicos (referentes a la configuración de los órganos directivos y ejecutivos y a la mayoría de voto) comporta por sí misma la consideración de la entidad como controlada por el gobierno, la presencia de alguno de los nuevos indicadores debe analizarse de forma conjunta con otros aspectos para

poder concluir el control público. De no ser así, una interpretación amplia del alcance de los nuevos indicadores podría suponer el sobredimensionamiento del sector Administraciones públicas a los efectos del control de la disciplina presupuestaria.

En síntesis, si bien los elementos relacionados con la financiación son adicionales y complementarios en relación con el análisis del criterio del control, como analizaremos a continuación, estos son claves para evaluar el cumplimiento del criterio de mercado

2.4 Producción de mercado/no mercado

Como avanzamos al tratar los aspectos generales del SEC, si estamos ante una “unidad institucional” que está “controlada por las Administraciones públicas”, debemos determinar si es un “productor de mercado” o un “productor no de mercado”, pues este tercer criterio afecta a la clasificación de las unidades institucionales por sector (apartado 3.16, SEC-2010). En términos generales, si la unidad pública en cuestión es un productor no de mercado, deberá clasificarse dentro del sector “Administraciones públicas”; en cambio, si es un productor de mercado, se clasificará fuera, como “sociedad pública” (en el sector “Sociedades no financieras” o en el sector “Instituciones financieras”). Conviene recordar que en este último caso, el déficit y la deuda de la entidad no consolidarán en el balance público de la unidad que le controla.

El SEC-2010 ha modificado los parámetros para determinar si una unidad es o no de mercado. Y lo ha hecho introduciendo la obligación de examinar, de forma previa y prioritaria, la relación existente entre las Administraciones públicas y las entidades (apartados 20.23 a 20.28 del SEC-2010). En este sentido, será determinante si las Administraciones públicas son las principales o las únicas compradoras de los servicios prestados por la entidad (situación de monopsonio), o la entidad es la única vendedora del servicio (situación de monopolio). Este nuevo análisis constituye el denominado “criterio cualitativo”, dirigido a facilitar la evaluación de la existencia de circunstancias de mercado y de un comportamiento de mercado suficiente por parte del productor. A continuación, se debe llevar a cabo el “test cuantitativo” (ya existente en el SEC-95). Este exige que las “ventas” de la unidad cubran al menos el 50 % de sus costes de producción (SEC-2010 apartado 3.32).

El *Manual SEC-2010* precisa que existen casos en los que la entidad, “por su naturaleza”, es un

Administraciones públicas debido a los contratos suscritos, generalmente en la modalidad de concierto, puede llevar en el ámbito sanitario a una sobredimensión del sector Administraciones públicas en términos del SEC. Más aun teniendo en cuenta la importancia del concierto sanitario en nuestro país. Sobre la figura del concierto sanitario y su regulación. Véase, DOMÍNGUEZ SIMÓN, Alfonso: “El contrato de gestión de servicio público en la modalidad de concierto”, *DS: Derecho y salud*, 21(Extra 1), 2011, pp. 141-151.

44 El *Manual SEC-2010* desarrolla estos preceptos sobre el control de las ISFL. EUROSTAT: *Manual del SEC-2010*, cit., pp. 18 y 19, apartado 15.

45 EUROSTAT: *Manual del SEC-2010*, cit., pp. 19 y 20, apartados 19 a 21.

productor no de mercado, como son los casos de productores públicos⁴⁶. Esta afirmación, a nuestro parecer, refleja una tendencia de Eurostat a considerar que *a priori* un ente de naturaleza pública (en función del criterio de control) no va a llevar a cabo una producción de mercado. De este modo, Eurostat intenta en algún sentido limitar la práctica de los Estados miembros de crear sociedades mercantiles públicas que no consolidan en el balance público⁴⁷. A mayor abundamiento, para el caso de las sociedades públicas, el *Manual SEC-2010* de forma específica señala que el “test cuantitativo” no puede ser considerado el único criterio relevante para clasificar la entidad, sino que es necesario examinar la naturaleza de su actividad y las relaciones que la entidad mantiene con el gobierno⁴⁸.

2.4.1 Regulación general del criterio de mercado

El primer aspecto que debe examinarse, que podemos considerar un prerequisite al efectivo análisis del criterio de mercado, es que la entidad sea una unidad institucional⁴⁹. Si el ente produce bienes o presta servicios exclusivamente a las Administraciones públicas, puede tratarse, en realidad, de un ente proveedor de servicios auxiliares que debe integrarse en la unidad a la que está adscrito⁵⁰. Por definición, las actividades auxiliares no constituyen entidades diferenciadas, ni se separan de las actividades principales o secundarias a las que sirven. Por tanto, las entidades que llevan a cabo actividades auxiliares deberán integrarse en las unidades de actividad económica a las que sirven (apartados 3.12 y 3.13 del SEC-2010).

Una vez determinada la condición de unidad institucional, el SEC-2010 (apartado 20.22) establece

46 Su clasificación en términos de SEC se regula en una sección específica (I.2.4.2): *Specific cases of producers*.

47 La doctrina ya ha manifestado la sistemática reducción de las empresas públicas que no consolidan que comporta la aplicación de los criterios del SEC-2010 (MARTÍNEZ MANZANEDO, Rosario: “La empresa pública y su consideración como Administración Pública a efectos de Contabilidad Nacional”, *Presupuesto y Gasto público*, núm. 83, 2016, pp. 47-56).

48 EUROSTAT: Manual del SEC-2010, cit., pp. 23 apartado 28

49 Entendemos que es un pre-requisito puesto que, *a priori*, este aspecto ya ha tenido que ser analizado a lo largo del primer criterio referente a la condición de unidad institucional de la entidad.

50 Entre los servicios auxiliares figuran actividades como el transporte, la financiación y las inversiones, las compras, las ventas, la comercialización, los servicios informáticos, las comunicaciones, la limpieza y el mantenimiento. Una unidad que ofrece este tipo de servicios exclusivamente a su unidad matriz, o a otras unidades del mismo grupo de unidades, es una unidad auxiliar (apartado 20.24 SEC-2010).

dos elementos cualitativos: 1. ¿Qué unidades son consumidoras de los productos y servicios de la unidad en cuestión? 2. ¿El productor compite de verdad en el mercado o es el único proveedor? El modo en que estas preguntas y sus respuestas deben analizarse se establece en los apartados 20.24 a 20.28 SEC-2010⁵¹.

Primeramente, el examen se centra en la vertiente del productor/proveedor. **Si el productor es el único proveedor** de este tipo de bienes y/o servicios en la economía, se presume que es un productor de mercado si vende más del 50 % a entes privados. Si más del 50 % de sus ventas se efectúan a unidades de las Administraciones públicas, pero estas últimas compran los bienes o servicios bajo las mismas condiciones que las otras entidades privadas (bajo condiciones plenamente comerciales, pagando precios muy similares por los mismos bienes y servicios), en estos casos se entiende que las Administraciones públicas actúan como un comprador que asume los precios (“*price taker*”) y la entidad vendedora de los productos debe ser considerada también un productor de mercado. De lo anterior se extrae que, en términos de SEC, una entidad pública puede ser de mercado aunque actúe en situación de monopolio y, a su vez, sus principales compradores sean las Administraciones públicas, siempre que estas últimas estén en las mismas condiciones que las entidades privadas. Por tanto, el criterio cualitativo del SEC no cierra definitivamente la posibilidad de que existan productores de mercado públicos, a pesar de que no exista una “verdadera” situación de mercado como tradicionalmente esta se concibe, ya que el proveedor opera en monopolio.

Si hay varios proveedores que compiten entre ellos (es decir, el productor público actúa junto a productores privados de la economía nacional o del extranjero) y las Administraciones públicas adquieren una parte significativa de la producción (más del 50 %) al productor público, en ese caso, el productor público será de mercado si el proceso de contratación tiene lugar en situación real de competencia abierta y leal (por ejemplo, a través de un proceso de licitación).

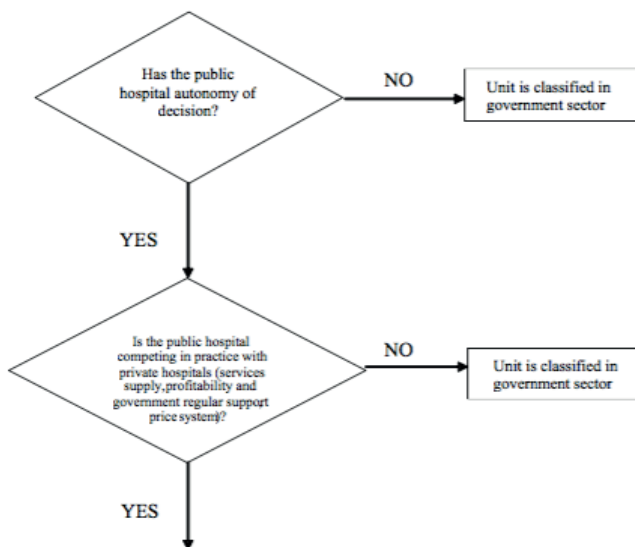
Finalmente, **si el productor público vende sus bienes solo a las Administraciones públicas**, por tanto, las Administraciones públicas se encuentran en situación de monopsonio. El *Manual SEC-2010* precisa que en estas circunstancias las Administraciones públicas tienen generalmente una influencia

51 Estos preceptos se interpretan en el *Manual SEC-2010*. EUROSTAT: Manual SEC-2010, cit., pp. 22 – 24.

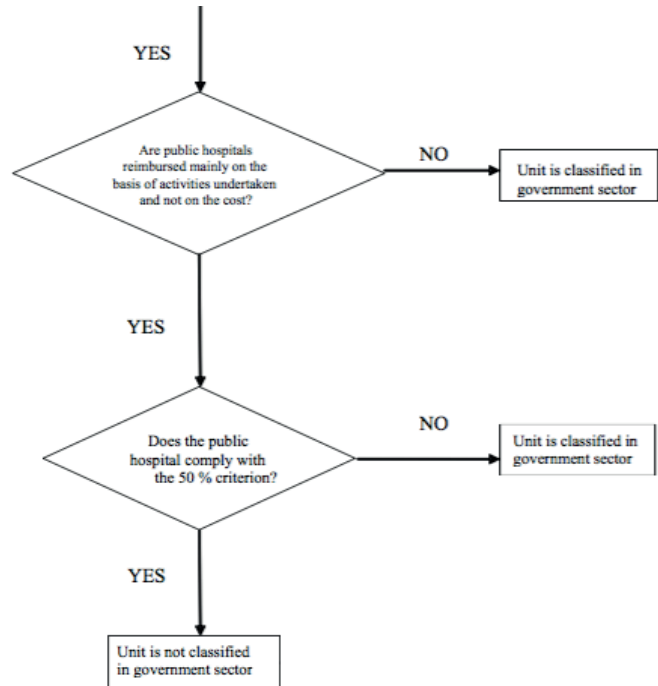
significativa en los precios, siendo, de *facto*, quienes establecen los precios (“*price maker*”). Pueden darse en este punto dos opciones, la primera, que el productor público sea también el único proveedor (debido a razones técnicas o económicas), confluendo monopsonio y monopolio. En este caso, el productor público será considerado, con carácter general, productor no de mercado. La segunda posibilidad es que exista una situación de competencia clara y real con productores privados. De nuevo, tal situación de competencia se evidenciará si existe un proceso de licitación abierto y justo.

2.4.2 Clasificación sectorial de los hospitales públicos, en particular, aplicación del criterio de mercado

Tras establecer el criterio cualitativo en términos generales, el *Manual SEC-2010* aborda de forma específica la clasificación sectorial de los hospitales públicos⁵². El gráfico siguiente detalla los elementos que deben analizarse:



⁵² Eurostat realiza este análisis dada la importancia de los hospitales en las políticas públicas de los Estados, afirmando que “una de las principales responsabilidades de las Administraciones públicas es organizar la prestación de servicios sanitarios en cada Estado miembro, en la medida en que es parte de las políticas públicas asegurar que toda la comunidad puede acceder a los servicios sanitarios”. Eurostat también pone de relieve la existencia de numerosas formas de organizar la prestación de servicios sanitarios. Así, los Estados pueden regular la prestación de servicios por hospitales públicos y/o privados según las zonas geográficas; pueden establecer limitaciones en la provisión de determinados servicios; o pueden regular el sistema general de precios con o sin determinar el precio específico para cada tratamiento (EUROSTAT: Manual SEC-2010, cit., pp. 34, apartado I.2.4.6, subapartados 66 y 67).



Árbol de decisión clasificación sectorial hospitales públicos.
Fuente: Eurostat, Manual SEC-2010, edición 2016, p. 37.

Control del gobierno. Respecto del análisis del control ejercido por las Administraciones públicas, en primer lugar, se efectúa una remisión a los criterios generales recogidos en el apartado 20.309 del SEC-2010⁵³, y se afirma que “*si el gobierno determina la política general del hospital este último se considerará controlado por las Administraciones públicas*”. La capacidad para establecer la política general del hospital era ya el elemento fundamental para determinar la naturaleza pública de un hospital durante la vigencia del SEC-95. Esta precisión no supone tampoco ninguna diferencia en relación con la aplicación del criterio del control en términos generales.

Tras ella se indica que “*es importante, en este contexto, medir el grado de control ejercido por las Administraciones públicas. En algunos casos, este es tal que, de facto, el hospital público no puede actuar con plena autonomía*”. Esta afirmación pone de relieve la dificultad de diferenciar si el control de las Administraciones públicas alcanza solo a la política general, y en consecuencia el ente es público, o el control es tan intenso que supone que el ente carezca de plena autonomía y, por ende, pierda su condición de unidad institucional. Ahora bien, pese a esta dificultad, para Eurostat existen aspectos que reflejan

⁵³ Los criterios generales para determinar el control se analizaron en el apartado 2.3.

que el hospital no tiene autonomía para adoptar sus decisiones económicas y, en consecuencia, no tiene la condición de unidad institucional. Entre estos aspectos se encuentran: si el ente que lo controla puede decidir/vetar aspectos relativos a la formación de capital (extensión y/o renovación de edificios o adquisición de equipo costoso); si se requiere un permiso del gobierno para la adquisición de máquinas o equipos complejos o para suscribir préstamos en el mercado con el fin de financiar la adquisición de nuevos activos.

A través de este análisis se dará respuesta a la primera pregunta del árbol de decisión sobre la clasificación de los hospitales públicos: ¿tiene el hospital público autonomía de decisión?⁵⁴. La existencia de una unidad institucional, como apuntamos, constituye el pre-requisito imprescindible, antes de entrar a analizar el criterio cualitativo de la producción de mercado.

A continuación debe determinarse la **existencia de una verdadera situación de mercado**, en la que los hospitales públicos compiten con los privados. En este punto deben observarse tres elementos. El primero de ellos es el *alcance de los servicios prestados*. En términos de SEC, estamos frente a una verdadera situación de mercado si los hospitales privados operan en los diferentes campos de la sanidad, y existe voluntad del sector privado de entrar en el mercado en todos ellos. Dicho de otro modo, es necesario comprobar si, en la práctica, los hospitales públicos y privados suministran de manera efectiva los mismos servicios en todas las áreas, y si los pacientes tienen diferentes opciones en cuanto al proveedor del servicio. A su vez, en una situación de competencia los hospitales pueden decidir qué servicios quieren prestar, tomando en consideración la rentabilidad e, incluso, acordar ajustar los precios con el fin de influir en la demanda⁵⁵.

El segundo elemento clave del análisis de Eurostat es el *sistema de precios*. En algunos supuestos los precios se configuran de manera unilateral por el gobierno (que suele ser el comprador dominante), o a través de un acuerdo contractual entre las partes/actores económicos (gobierno, hospitales y aseguradoras). Bajo estas circunstancias, será necesario analizar, por un lado, si el sistema de precios es equivalente para hospitales públicos y privados. Y por otro

lado, si los precios permiten *de facto* una verdadera competencia. En algunos supuestos los precios de ciertos servicios son tan bajos que desincentivan a las unidades privadas a participar en su prestación, ya que no generan beneficios⁵⁶.

El tercer elemento a considerar son las posibles *pérdidas del hospital*. Eurostat considera que los hospitales públicos, en su condición de productores públicos de servicios de salud, se verán obligados a prestar la totalidad de los servicios de salud. Es posible que respecto a algunos servicios la producción no sea rentable y, por lo tanto, el hospital acabe incurriendo en pérdidas casi de forma constante debido a la política gubernamental. Por su parte, los hospitales privados decidirán prestar solo aquellos servicios rentables, limitando la gama de servicios sanitarios que ofrecen⁵⁷.

Bajo estas circunstancias, en las que no existe una situación de verdadera competencia entre hospitales públicos y privados en todos los campos y los hospitales públicos incurren en pérdidas que el gobierno asume de forma continua y de manera conjunta (y no hospital por hospital)⁵⁸, Eurostat afirma que los hospitales públicos deberán clasificarse en el sector del gobierno que los controla y cubre las pérdidas con carácter regular o irregular. Para Eurostat la inclusión del hospital en el sector Administraciones públicas hará que se tenga una visión más fiel del estado de las cuentas públicas, pues las pérdidas del hospital se computarán directamente en la capacidad/necesidad de financiación de manera regular, y no en el año en que el Estado decida cubrirlas. Evitando, este modo, que los Estados elijan el momento más favorable para incorporar las pérdidas a las cuentas públicas⁵⁹.

56 EUROSTAT: *Manual SEC-2010*, cit., pp. 35 apartado 70.

57 EUROSTAT: *Manual SEC-2010*, cit., pp. 35 apartado 71.

58 Existen múltiples supuestos a través de los cuales las Administraciones públicas están asumiendo las pérdidas del hospital, por ejemplo: si cubren directamente de forma regular o irregular las pérdidas; si existen compromisos de asumir las deudas acumuladas (como deudor de último recurso); o si financian de forma total, o mayoritaria, la adquisición de equipos (especialmente cuando estos son muy costosos). Cuando concurren estas circunstancias (bien porque se hayan dado en el pasado, bien porque se hayan establecido en compromisos oficiales), el gobierno, en esencia, estará soportando el riesgo de los hospitales y los estará posicionando en una situación distinta a los hospitales privados. En consecuencia, se produce una situación en la que, *de facto*, no hay competencia de mercado. (EUROSTAT: *Manual SEC-2010*, cit., pp. 35 apartado 70.)

59 EUROSTAT: *Manual SEC-2010*, cit., pp. 35 y 36

54 EUROSTAT: *Manual SEC-2010*, cit., pp. 37.

55 EUROSTAT: *Manual SEC-2010*, cit., pp. 34 apartado 69.

El análisis de estos tres elementos dará respuesta a la segunda pregunta del árbol de decisión ¿Compite los hospitales públicos, en la práctica, con los hospitales privados (en servicios prestados; beneficios; apoyo de las Administraciones públicas y sistema de precios)?⁶⁰.

Si concurren las circunstancias anteriores, se examinará la tercera y última cuestión del criterio cualitativo, ¿se reembolsa a los hospitales públicos principalmente en función de las actividades realizadas o de sus costes? Para que la respuesta a esta última pregunta sea afirmativa, los hospitales públicos no deben ser retribuidos simplemente en función de sus costes, y las pérdidas que generen no deben ser cubiertas por el gobierno de forma continuada⁶¹; puesto que, de ser así, el gobierno estaría, *de facto*, retribuyendo a los hospitales en función de los costes en los que han incurrido y no por actividad. Solo si los pagos de las Administraciones públicas se consideran el resultado de una actividad de mercado, estos serán utilizados para evaluar el cumplimiento del test cuantitativo del 50 %, que será el último paso para determinar la clasificación sectorial de los hospitales públicos.

2.4.3 Algunas reflexiones respecto a la aplicación del criterio cualitativo de mercado a los hospitales públicos

Antes de analizar las consecuencias de la aplicación del criterio cualitativo de mercado, debemos plantear una cuestión previa: ¿Es de aplicación el criterio cualitativo general de mercado a los hospitales públicos o, en la medida en que Eurostat establece un desarrollo específico del criterio cualitativo de mercado para los hospitales públicos, debe aplicarse el criterio específico?

Esta cuestión es clave, dado que en algunos casos el criterio general establece parámetros más estrictos que el criterio específico; o, si bien no son más

estrictos, sí son más difíciles de alcanzar para un hospital público, debido a la naturaleza específica que tiene la prestación de servicios sanitarios. Un ejemplo de ello es la exigencia de licitación para entender que existe “libre mercado” en términos de SEC. Como señalamos, en el criterio general, la exigencia de licitación se prevé en dos casos, cuando hay varios proveedores y las Administraciones públicas adquieren una parte significativa de la producción; y cuando el productor público vende sus bienes solo a las Administraciones públicas y compite con proveedores privados. Esta exigencia de licitación contenida en el criterio general, no se menciona en el criterio específico para la clasificación de los hospitales públicos.

En nuestra opinión, cuando existen divergencias entre ambas regulaciones, deben primar las directrices establecidas de forma particular para los hospitales públicos. Eurostat es consciente de la situación singular en la que se encuentran los hospitales públicos⁶² y, por ello, establece criterios específicos. De hecho, en aquellos casos en los que considera que los hospitales deben ser evaluados aplicando los mismos criterios que al resto de entes lo indica de forma expresa. Esto se produce respecto a dos aspectos. El primero, al abordar el criterio del control en hospitales, el *Manual SEC-2010* hace referencia directamente al apartado 20.309 del SEC-2010 que regula los indicadores de control aplicables a las sociedades en términos generales. El segundo, el *Manual SEC-2010* no formula ninguna indicación específica en relación a la última cuestión del árbol de decisión para la clasificación sectorial de los hospitales públicos (es decir, ¿cumple el hospital público en el criterio del 50 %?). Esta pregunta debe resolverse aplicando tanto la regla general del 50 %, como los conceptos generales de “ventas” y “costes de producción” regulados en los apartados 20.30 y siguientes del SEC-2010. Por todo lo anterior, en nuestro análisis, si bien se tomará en consideración la regulación general del criterio cualitativo, en caso de divergencia, primará lo establecido de forma específica para los hospitales públicos.

Entrando ya a examinar en profundidad la aplicación del criterio cualitativo de mercado a los hospitales públicos españoles y europeos, podemos extraer las siguientes conclusiones:

1) **A nivel de proveedor**, podemos afirmar que en el sistema público español concurren proveedores públicos y privados. Ahora bien, la situación de

apartado 71 y 73.

60 EUROSTAT: *Manual SEC-2010*, cit., pp. 37.

61 Así, deben evitarse sistemas de pago retrospectivo, en los que el pago se calcula *ex post*, después de la prestación del servicio y se calcula en función de los costes reales. Estos sistemas de pagos ya han sido mayoritariamente sustituidos por sistemas de pago prospectivo, puesto que bajo sistemas de pago retrospectivos los proveedores tienen escasos incentivos para reducir sus costes ya que tienen la garantía de que van a ser reembolsados. GARCÍA-LACALLE, Javier, MARTÍN VALLÉS, Emilio, ROYO MONTAÑÉS, Sonia: “La financiación de la sanidad pública. Efecto de los sistemas de pago prospectivo en el rendimiento de los hospitales”, *Presupuesto y gasto público*, núm. 57, 2009, p. 100.

62 Véase, nota al pie núm. 51.

conurrencia no es igual en todos los campos, puesto que en general el sector privado ofrece servicios que se encuentran excluidos de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Estando especializado en áreas como la cirugía plástica o algunos procedimientos respecto de los cuales existe lista de espera en el sector público. Cabe precisar, por ejemplo, que en Cataluña, debido a la existencia del Sistema sanitario integrado de utilización pública de Catalunya (SISCAT), la participación del sector privado (ISFL y hospitales privados) tiene una presencia superior (que alcanza el 15 por ciento de las camas)⁶³.

Sobre la idoneidad de exigir la competencia con el sector privado debemos hacer varias apreciaciones. La competencia entre proveedores en algunas actividades sanitarias puede comportar ventajas en términos de costes, como la disminución de los precios⁶⁴. Ahora bien, Eurostat exige la competencia con hospitales privados en todas las actividades provistas por el hospital público para considerar que este es de mercado. Así se desprende de su decisión sobre la clasificación del Hospital Onaseio, cuya naturaleza de mercado se descarta al entender que si bien existen hospitales privados que prestan cirugía cardíaca, no existen hospitales privados que presten la actividad de trasplante de corazón⁶⁵. En este punto, nos parece inadecuado exigir el requisito de la competencia con el sector privado en todas las actividades que desarrolla el hospital público, incluso en aquellas en las que la competencia es compleja y desaconsejable, como es la actividad de trasplante de corazón. La competencia con el sector privado no significa en todo caso que el hospital público sea más eficiente y sostenible a largo plazo⁶⁶, elementos que, en última

instancia, mide el SEC en su condición de metodología para la determinación de los niveles de déficit y deuda públicos para controlar la disciplina presupuestaria europea. El carácter de mercado o no mercado del hospital, a nuestro entender, debe vincularse a otros factores como la existencia de pérdidas (como se analizará posteriormente), y no tanto a la estricta competencia en todas las actividades del hospital con el sector privado.

Si analizamos otros sistemas de salud europeos, en términos generales es complejo que los proveedores privados cubran todas las actividades y, sin embargo, esto no ha sido óbice para clasificar los hospitales públicos de algunos Estados fuera del sector Administraciones públicas. Estos son los casos, por ejemplo, de Países Bajos y Alemania. En los Países Bajos para incrementar la competencia, desde 2005, se ha permitido el acceso al mercado de cuidados hospitalarios a los “Centros independientes de tratamiento” (*Zelfstandige Behandel Centra*, en adelante, ZBC) y a los proveedores privados. Sin embargo, a pesar de las reformas normativas, no se produce una situación real de competencia en todos los campos⁶⁷. A nivel de proveedores, las ZBC, por lo general, solo proporcionan cuidados de día a no agudos de carácter sencillo y ambulatorio. Por su parte, las clínicas privadas proporcionan cuidados médicos no cubiertos por el régimen de Seguro Social de Salud⁶⁸. En relación con Alemania, en términos de propiedad, se distinguen tres tipos de hospitales⁶⁹: los hospitales públicos (que

63 COTS, Francesc, SALVADOR, Xavier, CHIARELLO, Pietro, BUSTINS, Monte y CASTELLS, Xavier: “Spain: A case of study on diversity of DGR use – The Catalan experience”, en *Diagnosis – Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, (Ed.) Mc. Graw Hill, 2011, pp. 403.

64 Siendo conscientes de las diferencias existentes con el sistema estadounidense, este nos ofrece datos sobre competencia en el sector sanitario. En concreto, estudios sobre el sistema sanitario estadounidense reflejan que la presencia de monopolio en la prestación de servicios sanitarios incrementa los precios en un 15.3 %, en comparación con los precios en mercados en los que existen cuatro o más proveedores. Véase, COOPER, Zack, CRAIG, Stuart, GAYNOR, Martin y VAN REENEN, John: “The Price Ain’t Right? Hospital Prices and Health Spending on the Privately Insured”, *NBER Working Paper*, 2181, 2015, pp. 33.

65 EUROSTAT: Classification of entities - guidance request Onaseio hospital - final view of Eurostat, Luxemburgo, 26 de septiembre 2016, p. 5.

66 De hecho, incluso en sistemas en los que se promueve un elevado nivel de competencia, como es el caso de Estados

Unidos, fórmulas como las *Affordable Care Organizations* (ACO), y otras colaboraciones entre proveedores, son legalmente aceptadas por las Agencias Antitrust americanas (como la *Federal Trade Commission* y la *Antitrust Division of the US Department of Justice*) si reducen los precios, mejoran la calidad del servicio o crean innovación (FEINSTEIN, Deborah L., KUHLMANN, Patrick, MUCCHETTI, Peter J.: “Accountable Care Organizations and Antitrust Enforcement: Promoting Competition and Innovation”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol 40, núm. 4, 2015, pp. 875-886.

67 VAN DE VEN, Wynand PMM y SCHUT, Frederik: “Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress”, *Health Economics*, Vol 8, núm. 3, 2009, pp. 253-255.

68 SWAN TAN, Siok, VAN INEVELD, Martin, REDEKOP, Ken y HAKKAART – VAN ROIJEN, Leona: “The Netherlands: The Diagnose Behandel Combinaties”, en *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, (Ed.) Mc. Graw Hill, 2011, pp. 428.

69 Según las estadísticas de Eurostat, Alemania es el Estado que más camas de hospital tiene por habitante (822 camas por cada 100.000 habitantes), si bien Eurostat no segrega entre hospitales públicos y privados. El Estado que menos camas tiene es Suecia (271 camas por cada 100.000 habitantes). Datos de 2015. EUROSTAT, *Health Care Provision Statistics*, disponible en la URL: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_statistics [Con acceso el 1.12.2018].

representan un 50 % de las camas); las ISFL (36 % de las camas) y, finalmente, los hospitales privados (15 % de las camas, porcentaje que ha incrementado desde principios de los años noventa)⁷⁰. Dada su presencia, los hospitales privados alemanes son aquellos que en mayor medida llevan a cabo las mismas actividades que los hospitales públicos alemanes.

Bajo estas premisas, en aplicación del nuevo SEC-2010, pueden producirse dos escenarios. El primer escenario, es la reclasificación de forma masiva en el sector Administraciones públicas de los hospitales públicos de estos Estados, como ha sucedido respecto a los hospitales públicos austríacos que se encontraban fuera del sector Administraciones públicas y fueron reclasificados en 2015⁷¹. Ahora bien, las autoridades estadísticas alemanas ya han manifestado su oposición a reclasificar en el sector Administraciones públicas sus hospitales públicos, actualmente considerados sociedades públicas de mercado. Bajo estas circunstancias, el segundo escenario es la distinción entre dos tipos de hospitales públicos: aquellos hospitales que llevan a cabo actividades específicas que no presta el sector privado y, por ende, deben estar clasificados en el sector Administraciones públicas; y hospitales cuyas actividades sí son prestadas por el sector privado y pueden estar clasificados fuera del sector Administraciones públicas como sociedades públicas de mercado. Este sería el caso de hospitales de menor tamaño no especializados. Debemos señalar que esta opción es posible porque el análisis debe efectuarse hospital por hospital.

2) **A nivel de comprador**, las mayores dudas sobre la existencia de una situación de mercado se producen si el proveedor público vende sus servicios solo a las Administraciones públicas, es decir, si existe una situación de monopsonio de la Administración. En este punto es clave diferenciar entre la regulación general y específica de los hospitales públicos. Los criterios generales establecen que, si la Administración está en situación de monopsonio (es el único comprador), existirá una situación real

de mercado entre proveedores públicos y privados si la contratación tiene lugar a través de procesos de licitación. Por el contrario, en los criterios específicos para hospitales, al analizar la posición de comprador dominante de la Administración pública⁷², el elemento clave es cómo se configura el sistema de precios. En ningún momento el *Manual SEC-2010* hace referencia a la necesidad de concurrencia de procesos de licitación.

A nuestro parecer, Eurostat establece un criterio específico para la compra de servicios sanitarios por dos motivos. El primero, en materia de compra de servicios sanitarios en los Estados europeos es claro que la Administración es el comprador dominante, y en relación con los hospitales públicos en la mayor parte de los Estados se encuentra en posición de monopsonio. Esta posición de monopsonio de compra de la Administración conlleva algunos aspectos negativos (como la falta de incentivos para la eficiencia y la mejora de la calidad, la existencia de listas de espera o la “racionalización de los cuidados prestados”⁷³), pero permite controlar los costes sanitarios, debido a la fuerza de la Administración pública a la hora de negociar las tarifas con los proveedores⁷⁴.

Es cierto que, en algunos Estados europeos existe cierta diversidad de compradores⁷⁵. Este es el caso de

72 Nótese que esta posición de comprador dominante de la Administración se considera por Eurostat un factor normal, como demuestra al afirmar que: “existen situaciones en las que los precios se fijan de forma unilateral por el gobierno, el cual es normalmente el comprador dominante”. EUROSTAT: *Manual SEC-2010*, cit., p. 35. Apartado 70.

73 DUJIMELINCK, Daniëlle y VAN DE VEN, Wynand: “What can Europe learn from the managed care backlash in the United States?”, *Health Policy*, Vol 120, núm. 5, 2016, pp. 509-518.

74 Si lo comparamos, de nuevo, con el sistema estadounidense, una de las principales causas de sus elevados costes es la fuerza de los proveedores en la negociación de las tarifas (ANDERSON, Gerard.F., REINHARDT, Uwe. E., HUSSEY, Peter. S. y PETROSYAN, Varduhi: ‘It’s the Prices, Stupid: Why the United States Is So Different from Other Countries’, *Health Affairs*, Vol 22, núm. 3, 2003, pp. 89-105); de ahí surge el debate recurrente en Estados Unidos sobre la idoneidad de introducir una “public option” o la extensión del Medicare a personas entre 55 y 64 años. Véase, entre otros, BLUMBERG, Linda J. y HOLAHAN, John: *Designing a Medicare Buy – In and Public Plan Marketplace option. Policy Options and Considerations*, Health Policy Center, Urban Institute, 2016. Disponible en la URL: <https://www.urban.org/research/publication/designing-medicare-buy-and-public-plan-marketplace-option-policy-options-and-considerations> [Con acceso el 10.2.2018].

75 Estos serán esencialmente Estados cuyos sistemas de salud se basan en seguros sociales y la sanidad pública se financia a través de la contratación de seguros por los trabajadores (sistemas del modelo “Bismarck”). Las contribuciones son normalmente de carácter obligatorio y sufragadas conjuntamente

70 PARIS, Valerie, DEVAUX, Marion, WEI, Lihan: *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*, Organization for Economic Co-operation and Development, OECD Health Working Papers, núm. 50, 2010. Y, GEISSLER, Alexander, QUENTIN, Wilm, SCHELLER – KREINSE, David y BUSSE, Reinhard: “Introduction to DGRs in Europe: Common objectives across different hospitals systems”, en *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, (Ed.) Mc. Graw Hill, 2011, pp. 244 y 245.

71 EUROSTAT: Final Findings. EDP Dialogue Visit to Austria, 7-8 July 2014, Luxemburgo, 8 de Abril, 2015, pp. 16.

los Países Bajos, en los que los hospitales generales y los hospitales universitarios tienen la forma jurídica de ISFL privadas y venden sus servicios a seguros de salud, públicos y privados, a través de contratos específicos y/o globales⁷⁶. A su vez, las aseguradoras privadas operan tanto con seguros obligatorios, cuya regulación se establece ampliamente por el Estado, como con seguros voluntarios, y adquieren directamente los servicios a los proveedores⁷⁷. Sin embargo, diferentes factores limitan sustancialmente la libre compra de servicios por parte de las aseguradoras a los proveedores, entre ellos se encuentran: la elevada regulación de las tarifas hospitalarias por parte del Estado; la reducida información sobre la calidad de los proveedores⁷⁸; o el elevado coste de llevar a cabo negociaciones singulares con cada proveedor⁷⁹.

Otro ejemplo de diversificación de los compradores es Alemania, donde existen múltiples fondos de salud (*Krankenkassen*). En 2014 existían 132 fondos de salud que daban cobertura a 69,9 millones de personas⁸⁰. Las reglas generales de compraventa de los servicios se negocian y definen con carácter general a nivel federal, a través de los contratos marco (*Bundesmantelvertrag*) entre la Asociación federal de Médicos del seguro médico obligatorio y la Asociación Federal de Fondos de Salud. Partiendo de estos contratos marco, se establecen contratos colectivos a nivel regional entre los representantes de los fondos de salud y los representantes de los proveedores.

entre empleador y trabajador. En cuanto al ente que recauda las contribuciones (aspecto clave en este punto de nuestro estudio) puede ser un fondo independiente (Francia); oficinas locales de un fondo nacional (Rumania); o Cajas de Seguros de Enfermedad individuales, definidas ocupacional o geográficamente (Austria, Chequia, Alemania, Lituania o Suiza) (MOSSIALOS, Elias y DIXON, Anna: "Funding health care: an introduction", en *Funding health care: options for Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, England, 2002, p. 17).

76 SWAN TAN, Siok, VAN INEVELD, Martin, REDEKOP, Ken y HAKKAART – VAN ROIJEN, Leona: "The Netherlands: The Diagnose Behandelend Combinaties", cit. p. 428.

77 OECD, EUROSTAT, WORLD HEALTH ORGANIZATION: *A system of health accounts*, 2011. Disponible en la URL: <http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf> [Con acceso el 1.12.2018].

78 VAN DE VEN, Wynand PMM y SCHUT, Frederik: "Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress", *Health Economics*, cit., pp. 253-255.

79 GOTTRET, Pablo y SCHIEBER, George: *Health Financing Revisited. A practitioner's Guide*, The World Bank, Washington DC, 2006, p. 305.

80 BUSSE, Reinhard y BLÜMEL, Annette: "Health Systems in Transition: Germany", *Health System Review*, Vol 16 núm. 2, European Observatory on Health Systems and Policies, 2014, p. 47.

De este modo, generalmente los fondos de salud y los proveedores no están en contacto directo. Desde la aprobación de la *Ley para fortalecer la Competencia en el seguro médico obligatorio* (2007) se ha ampliado el alcance de las contrataciones selectivas directas entre los fondos de salud y los proveedores⁸¹. No obstante, la contratación colectiva continua prevaleciendo puesto que, si bien los fondos de salud pueden suscribir contratos adicionales con hospitales individuales, no pueden finalizar sus contratos colectivos. En consecuencia, los proveedores pueden escoger si quieren llevar a cabo, o no, contratos selectivos.

En síntesis, en los dos casos señalados (Alemania y Países Bajos), existe diversidad de compradores, si bien no puede afirmarse que se produzca una situación de libre competencia entre las aseguradoras/fondos de salud a la hora de adquirir servicios de los proveedores. A pesar de que la contratación selectiva e individual se intenta promover, aspectos como la limitada información sobre los proveedores o la existencia de regulación excesiva del gobierno, restringen la libre adquisición de servicios sanitarios directamente a los proveedores, teniendo este tipo de compra carácter todavía reducido. Tan solo en Chequia la negociación y adquisición directa de servicios sanitarios a los proveedores está ampliamente extendida⁸². Aun así, Eurostat también ha cuestionado la clasificación de los hospitales públicos de Chequia en el sector sociedades no financieras⁸³.

El segundo motivo por el que consideramos que en el *Manual del SEC-2010* establece una regulación diferenciada para la compra de servicios a hospitales públicos, es la dificultad de llevar a cabo procedimientos de licitación respecto a determinadas prestaciones sanitarias (como son las hospitalarias). Si analizamos el reparto entre sector público y sector privado (salvo algunos Estados como Alemania, Chequia, Francia o los Países Bajos), la presencia del sector privado es menor⁸⁴, y hace que en numerosos campos no exista concurrencia entre el sector público y el sector privado y, por ende, no se pueda licitar.

81 BUSSE, Reinhard y BLÜMEL, Annette: "Health Systems in Transition: Germany", cit., p. 130.

82 PARIS, Valerie, DEVAUX, Marion, WEI, Lihan: *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*, cit., p. 15.

83 EUROSTAT: *Final findings. EDP Standard Dialogue Visit the Czech Republic 19-20 November 2014*, Luxemburgo, 16 de julio de 2015, pp. 13-15.

84 PARIS, Valerie, DEVAUX, Marion, WEI, Lihan: *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*, cit., p. 32.

O existiendo hospitales públicos y privados, el procedimiento de licitación no sea el que mejor garantiza la continuidad en la prestación del servicio público sanitario. Si la existencia de licitación fuera el criterio determinante no existirían hospitales públicos de mercado en términos de SEC en Europa.

Debido a la situación descrita, marcada por la posición de monopsonio de la Administración y la reducida licitación existente en materia de servicios hospitalarios, para determinar el carácter de mercado del hospital público el sistema de pago juega un papel fundamental.

2.4.4 Sistemas de pago a hospitales y distribución del riesgo entre el sector Administraciones públicas y el proveedor

Para poder afirmar que existe una situación real de mercado en términos de SEC, el sistema de pago debe tener unas características determinadas: debe ser equivalente para hospitales públicos y privados; estar basado en la actividad; y la retribución al hospital no puede ser en función de los costes, evitando que el hospital genere pérdidas que acaben siendo cubiertas por las Administraciones públicas de forma sistemática y conjunta. De lo anterior se infiere que, para ser considerado de mercado y evitar la consolidación en el balance público del hospital, el Estado no tiene que modificar la naturaleza del proveedor, como sucede en los contratos de colaboración entre el sector público y privado (en adelante, CPP), en las que el hospital se construye y gestiona por el sector privado. Por el contrario, debe modificar/adaptar el sistema de retribución a los hospitales, que podrán ser configurados como entidades instrumentales de la Administración pública.

Si proseguimos con el paralelismo con los contratos de CPP, en términos de SEC, para que todo el activo y el pasivo de una operación de CPP no compute en el balance público desde el primer año del período de ejecución del contrato, la mayor parte del riesgo de la operación debe ser asumida por el sector privado (20.283 y 20.284 SEC-2010)⁸⁵. Sin embargo, la

obligación de retribuir al proveedor público en función de la actividad, como exige el SEC para considerar el hospital público de mercado, puede suponer la asunción de un mayor riesgo por las Administraciones públicas. A continuación explicaremos esta última afirmación.

Sin ánimo de ser exhaustivos, en materia de pagos a hospitales, se puede afirmar que estos tienen dos dimensiones: la primera, pueden ser variables/fijos y, la segunda, pueden ser retrospectivos/prospectivos. Ambas dimensiones se combinan. Los pagos serán variables o fijos, según la presencia o ausencia, respectivamente, de relación entre el reembolso y la actividad realizada. A su vez, los pagos serán retrospectivos o prospectivos, según la presencia o ausencia, respectivamente, de relación entre el reembolso con el coste para el proveedor⁸⁶.

Para dar cumplimiento al criterio de mercado del SEC deben establecerse pagos por actividad que no cubran los costes, o lo que es lo mismo, pagos variables prospectivos. El riesgo financiero en el caso de pagos variables (basados en la actividad) es asumido por el comprador (en nuestro caso, la Administración)⁸⁷, a diferencia de lo que ocurre con

(PPPs). Véase, MACHO PÉREZ, Ana Belén y MARCO PEÑAS, Ester: “El impacto de las colaboraciones público-privadas en los niveles de déficit y deuda públicos”, *Revista de Administración pública*, núm. 194 2014, pp. 437-474.

Sobre la distribución de riesgos en materia de CPP y prestación de servicios sanitarios, véase, VILLAR ROJAS, Francisco José: “La concesión como modalidad de colaboración privada en los servicios sanitarios y sociales”, cit., pp.166-167.

86 JEGERS, Marc, KESTELOOT, Katrien, DE GRAEVE, Diana y GILLES, Willem: “A typology for provider payment systems in health care”, *Health Policy*, 60, (2002) p. 262.

87 Ahora bien, no todos los pagos por actividad llevan aparejada la misma distribución de riesgos entre comprador y proveedor. La distribución de los riesgos será distinta según el factor que se tome en consideración para medir la actividad. Existen diferentes factores para medir la actividad: en función de una tarifa por servicio (*fee-for-service*); pagos por día (*per diem rate*); pagos por caso (*Diagnosis-Related Groups*); pagos por proceso (*bundled payments*), etc. Así, por ejemplo, mientras que en los pagos por servicio (*fee-for-service*) la mayor parte del riesgo financiero es asumida por el comprador, en los pagos por proceso (*bundled payments*) existe un mayor reparto de los riesgos con el proveedor. De hecho, los “*bundled payments*” tienden a introducir un riesgo financiero adicional al proveedor, pues puede acabar prestando más servicios que los incluidos inicialmente en el proceso. Véase, SRIVASTAVA, Divya, MUELLER, Michael y HEWLETT, Emily: *Better ways to pay for health care*, OECD Health Policy Studies, 2016, p. 102.

Además, los “*bundled payments*” suponen pagar por valor (“*paying for value*”), en tanto que se paga un precio unitario por el proceso que satisfaga las necesidades (PORTER, Michel E. y KAPLAN, Robert S.: “How to pay for Health Care. Bundled payments will finally unleash the competition that patients want”, *Harvard Business Review*, Julio – Agosto, 2016, p. 90.

85 El apartado 20.283 SEC-2010 contiene la descripción de los riesgos de un contrato de colaboración público privada, y en el apartado 20.284 SEC-2010 se establece la distribución de riesgos que debe producirse para que el activo y el pasivo de la operación se computen en el balance del operador privado y no de las Administraciones públicas. Esto permite fraccionar y posponer la incidencia del contrato de CPP en el déficit y la deuda públicos, lo cual no comporta un menor gasto público, sino un gasto público aplazado. Estas normas se desarrollan en el *Manual SEC-2010*, apartado VI.4 Public-Private Partnerships

los pagos fijos (como sería un pago caputivo⁸⁸) en los cuales el riesgo financiero se comparte también por el hospital proveedor⁸⁹. Esto se produce, porque en los pagos por actividad el comprador asume el riesgo de que el paciente requiera mayores cuidados que aquellos inicialmente previstos. Sin embargo, en los pagos caputivos es el proveedor quien se expone al riesgo, en la medida en que solo recibirá un pago, pero quizás tenga que asumir un mayor número de visitas del paciente, sin pagos adicionales⁹⁰.

Además, en los sistemas variables clásicos, como el *fee-for-service* (pagos por servicio prestado) “debido a la potente relación entre los ingresos del proveedor y su actividad, los proveedores de servicios tienen un fuerte incentivo a incrementar la producción”⁹¹.

Las singularidades inherentes a la prestación de los servicios sanitarios (naturaleza del servicio; características del proveedor; la fuerte incidencia del sistema de pago en el coste y la calidad del servicio; la capacidad del proveedor de inducir la demanda; etc.) hacen que un pago por actividad pueda conllevar mayores riesgos y costes para el comprador (Administración pública).

En la actualidad, los Estados que tienen sus hospitales públicos clasificados fuera del sector Administraciones públicas (como sociedades públicas de

mercado) han establecido sistemas de pago equivalentes para hospitales públicos y privados, y el pago a los proveedores se basa en la actividad⁹², esencialmente mediante pagos por caso (*Diagnosis-Related Groups* - DRG)⁹³. Sin embargo, la idoneidad de utilizar DRG ha sido cuestionada, puesto que si bien reducen la duración media de las estancias hospitalarias, incentivan el incremento del número de pacientes⁹⁴.

Por el contrario, sistemas de pago caputivos, que no cumplirían con los requisitos del criterio de mercado al no retribuirse al proveedor por actividad son paradójicamente los sistemas de pago que en mayor medida reducen el riesgo y los costes para los compradores de servicios sanitarios, en nuestro caso las Administraciones públicas⁹⁵. Los pagos caputivos

92 Ahora bien, no todos los Estados que tienen sistemas de pago basados en la actividad tienen sus hospitales públicos clasificados fuera del sector Administraciones públicas, un ejemplo de esto último es Francia.

93 Los *Diagnosis-Related Groups* (DRG) son el sistema de pago prospectivo por actividad más utilizado para el reembolso de hospitales. Este sistema consiste en un pago por paciente ingresado, en el que el diagnóstico principal del ingreso y el proceso hospitalario son los dos factores principales para clasificar a los pacientes en diferentes grupos. En los DRG si bien se retribuye por actividad también se efectúan ajustes. Algunos de los ajustes introducidos son: por variaciones en el coste de vida; salarios por zonas geográficas; o la condición de hospital universitario. Por ello, tras introducir todos los ajustes, es una mezcla entre un pago “por hacer” y un pago “por ser” (PELLISÉ URQUIZA, Laura: “Sistema de pago a proveedores instituciones y profesionales”, en *Gestión Clínica: vías de avance*, Pirámide, 2014, p. 219. Y ORTÚN RUBIO, Vicente: “Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud”, *Revista Calidad Asistencia*, Vol 22, núm.1, 2007, p. 2).

Desde que en 1983 el Medicare adoptara los DRG como sistema para retribuir a los hospitales, estos se han convertido en la base para determinar el pago a hospitales en la mayor parte de los países de rentas elevadas. Sin embargo, si bien el término DRG se utiliza de forma generalizada, existen diferencias entre Estados. Así, en algunos Estados los DRG se utilizan como una medida para evaluar el *case-mix* hospitalario (como sucede en Suecia o en Finlandia), mientras que en otros Estados los DRG se utilizan como sinónimo de tarifa (por ejemplo, en Francia y Alemania) (Véase, GEISLER, Alexander, QUENTIN, Wilm, SCHELLER – KREINSE, David y BUSSE, Reinhard: “Introduction to DGRs in Europe: Common objectives across different hospitals systems”, en *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Mc. Graw Hill, pp. 9 y ss. Y, GEISLER, Alexander, QUENTIN, Wilm, SCHELLER – KREINSE, David y BUSSE, Reinhard: “Introduction to DGRs in Europe: Common objectives across different hospitals systems”, cit. pp. 243 y ss.

94 Entre otros, SRIVASTAVA, Divya, MUELLER, Michael y HEWLETT, Emily: *Better ways to pay for health care*, cit., p. 13.

95 No obstante, los pagos de tipo caputivo también llevan aparejados aspectos negativos, como la posible reducción de la calidad del servicio o la selección de pacientes por el proveedor (entre otros, JEGERS, Marc, KESTELOOT, Katrien, DE GRAEVE, Diana y GILLES, Willem: “A typology

88 En un pago caputivo se asigna al proveedor una retribución económica para que preste atención sanitaria a una población definida durante un periodo definido, generalmente un año, con independencia del volumen de servicios que finalmente lleve a cabo. Véase, entre otros, SRIVASTAVA, Divya, MUELLER, Michael y HEWLETT, Emily: *Better ways to pay for health care*, cit., p. 40).

89 Entre otros, JEGERS, Marc, KESTELOOT, Katrien, DE GRAEVE, Diana y GILLES, Willem: “A typology for provider payment systems in health care”, cit., p. 259 y GARCÍA-LACALLE, Javier, MARTÍN VALLESPÍN, Emilio, ROYO MONTAÑÉS, Sonia: “La financiación de la sanidad pública. Efecto de los sistemas de pago prospectivo en el rendimiento de los hospitales”, cit., p. 101.

90 SRIVASTAVA, Divya, MUELLER, Michael y HEWLETT, Emily: *Better ways to pay for health care*, cit., p. 41.

91 JEGERS, Marc, KESTELOOT, Katrien, DE GRAEVE, Diana y GILLES, Willem: “A typology for provider payment systems in health care”, cit., p. 257.

En Estados Unidos múltiples estudios critican la idoneidad de los pagos basados en *fee-for-service*, que es hasta el momento el modelo dominante en los sistemas que pagan por actividad, apuntando la necesidad de alternativas como los “*bundled payments*” o los clásicos sistemas de pago caputivos si se desean reducir los costes. (PORTER, Michel E. y KAPLAN, Robert S.: “How to pay for Health Care...”, cit., pp. 88–100; y BRENT, C. James y POULSEN, Gregory P.: “The Case for Capitation. It’s the only way to cut waste while improving quality”, *Harvard Business Review*, Julio-Agosto, 2016, pp. 103–111.

vos han sido justamente los escogidos por las Administraciones públicas para retribuir a los proveedores privados en los contratos de concesión de servicios sanitarios en Valencia y Madrid⁹⁶.

Bajo estas circunstancias, a nuestro parecer, Eurostat debe configurar con cautela cómo se mide la actividad en materia de prestación de servicios sanitarios, tomando en consideración las especificidades del mercado sanitario, y permitiendo que den cumplimiento al criterio de mercado sistemas de pago que miden la actividad del hospital de forma más agregada⁹⁷.

Sistemas de pago basados estrictamente en la actividad, si bien permiten dar cumplimiento a los criterios para no consolidar (al ser el hospital un productor de mercado), pueden acabar generando consecuencias indeseadas, como la sobreproducción por parte del proveedor y, en última instancia, un incremento del gasto público a medio y largo plazo. A su vez, debería existir la posibilidad de que hospitales no retribuidos estrictamente por actividad fueran considerados de mercado, en la medida en que sean eficientes y sostenibles en función de sus resultados.

Es evidente que la metodología SEC no determina *per se* el sistema a través del cual las Administraciones públicas deben retribuir a los hospitales; ahora bien, en el contexto actual marcado por las restricciones presupuestarias, evitar la consolidación en el balance público constituye un elemento central a la hora de decidir cómo se construye una obra pública o se presta un servicio público.

2.4.5 Test cuantitativo: el concepto de “precios económicamente significativos”

Tras superarse la vertiente cualitativa del criterio de mercado, deberá analizarse si los precios que cobra el hospital son “económicamente significativos”,

for provider payment systems in health care”, cit., p. 264. Y ORTÚN RUBÍO, Vicente: “Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud”, cit., p.5).

96 SINDICATURA DE COMPTES DE VALENCIA, Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015, 2016, Valencia. Y, CÁMARA DE CUENTAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID, *Informe de fiscalización de los convenios y conciertos de los hospitales de la red pública del SERMAS con entidades privadas para prestación de los servicios sanitarios*. Ejercicio 2011, 2013, Madrid.

97 Por ejemplo, los “bundled payments” podrían dar cumplimiento a los mandatos europeos (pago por actividad, en este caso medida a través del proceso).

puesto que una unidad institucional es productor de mercado si sus productos se venden a “precios económicamente significativos” (SEC-2010, apartados 3.17 y 20.19). Un precio es económicamente significativo cuando influye de forma importante en las cantidades de producto que los productores están dispuestos a suministrar y en las cantidades que los compradores están dispuestos a adquirir (apartado 3.19, SEC-2010).

Antes de entrar a analizar el test cuantitativo debemos llevar a cabo varias precisiones. En primer lugar, el test cuantitativo se aplicará a las entidades públicas después de haber comprobado que estas dan cumplimiento a todos los requisitos del criterio cualitativo. Nótese que en este punto el *Manual SEC-2010* es especialmente estricto al indicar que “los criterios cualitativos deben comprobarse en primer lugar, en la medida en que estos tienen prioridad sobre los criterios cuantitativos. En el caso en que no se dé cumplimiento a alguno de los criterios cualitativos, aunque sea uno, esto será condición suficiente para que la unidad pública se clasifique en el sector Administraciones públicas (el test de mercado/no mercado no será aplicado)”⁹⁸. En segundo lugar, este test será relevante para determinar la naturaleza de mercado o no mercado de las sociedades públicas y de la mayor parte de las entidades públicas que llevan a cabo actividades financieras auxiliares. En tercer lugar, el test se aplica unidad por unidad, puesto que este evalúa si la concreta producción de una concreta entidad es a precios económicamente significativos (apartado 20.20, SEC-2010)⁹⁹. Por último, como ya señalamos, en materia de hospitales públicos no hay una regulación específica del test cuantitativo de mercado/no mercado, la última pregunta del árbol de decisión sobre la clasificación sectorial de los hospitales públicos (¿Cumple el hospital con el criterio del 50 %?)¹⁰⁰ debe resolverse conforme a la regulación general que analizaremos a continuación.

Para dar cumplimiento al test cuantitativo del criterio de mercado (apartado 29.29, último párrafo, SEC-2010), la unidad debe cubrir como mínimo el 50% de sus costes mediante sus ventas a lo largo de un período de tiempo que no puede ser inferior a tres años¹⁰¹.

98 EUROSTAT: *Manual SEC-2010*, cit., p. 25 apartado 33.

99 Respecto a los hospitales públicos, la obligación de llevar a cabo el test del 50 % de forma individual a cada hospital fue afirmada por Eurostat al tratar el caso austriaco Eurostat: Final findings. EDP dialogue Visit to Austria, cit., p. 24

100 EUROSTAT: *Manual SEC-2010*, cit., p. 37.

101 En cuanto al ámbito temporal, el *Manual SEC-2010*

Para comprobar si se cumple esta premisa hay que definir “ventas” y “costes” en términos de SEC (apartados 20.30 y 3.33 SEC-2010). Son “**ventas**” de bienes y servicios las cuantías de los recibos de caja y los pagos realizados por las Administraciones públicas o las Instituciones de la UE, concedidas a cualquier productor que participa en la misma actividad¹⁰².

Por tanto, a efectos de nuestro estudio el elemento clave es que el SEC-2010, como ya hacía el SEC-95, califica los pagos de las Administraciones públicas como ventas, en la medida en que estos se concedan a todo tipo de productores de la actividad y estén directamente relacionados con el volumen o el valor de producción, y no solo porque el productor se dedique a ese tipo de producción¹⁰³. El ejemplo recogido en el *Manual SEC-2010* en este punto es especialmente clarificador: en materia de transporte, si el gobierno establece una subvención basada en el número de tickets vendidos, de tal manera que las subvenciones variarán en función del uso y cubrirán la diferencia entre el precio cobrado a los usuarios (precio que generalmente se encuentra restringido) y los costes de producción, estas se incluirán en el

precisa que “en aquellos casos en los que la unidad ha superado el test de mercado/no mercado en el año $t-1$ y se espera de forma clara que lo superará en los dos próximos años, la unidad puede clasificarse fuera del sector Administraciones públicas. Por el contrario, si la unidad no había pasado la prueba en el año precedente y no se espera que la supere en los dos próximos años, la unidad deberá ser clasificada de inmediato en el sector Administraciones públicas” (EUROSTAT: *Manual SEC-2010*, cit., p. 25 - 26, apartado 34).

102 No deben incluirse en esta noción de ventas otras fuentes de ingresos como: las ganancias de posesión; las ayudas a la inversión; otras transferencias de capital y la adquisición de participaciones. Tampoco se incluirán en el concepto de ventas los impuestos sobre los productos, ni la producción por cuenta propia. Por producción por cuenta propia se entiende todos los bienes que los productores conservan para consumo final propio o para su formación bruta de capital fijo (SEC-2010 apartado 3.08).

103 En el caso de Madrid Infraestructuras del Transporte (MINTRA), Eurostat apuntó que los pagos “*se fijan por adelantado y no se corresponden con parámetros objetivos relativos con el uso de la infraestructura*”. Este hecho poseía la suficiente entidad como para excluir la naturaleza de mercado de MINTRA. MINTRA era un ente de derecho público de la Comunidad de Madrid cuya finalidad era la de ejecutar las infraestructuras de transporte colectivo, en el marco de los planes y política general del transporte de la región madrileña.

Este argumento fue considerado por algunos autores como insuficiente para calificar MINTRA como unidad institucional de no mercado. MARTÍNEZ CALVO apuntó que “lo que puede ser un argumento acerca de si el precio del canon metro es o no significativo, pero que aisladamente considerado no parece que pueda ser el único argumento a la vista de las previsiones del *Manual del SEC-95*”. MARTÍNEZ CALVO, Juan: “Hacia la construcción de un “Derecho Administrativo Financiable”, *Revista Española de Administración pública*, 167, 2005, p. 389.

concepto de “ventas”¹⁰⁴. Por el contrario, si los pagos realizados al productor son independientes de la cantidad real de billetes vendidos a los usuarios finales, y la subvención se materializa a través del pago de una suma global destinada a cubrir el déficit que se deriva de la insuficiente cobertura del coste mediante el precio, entonces, la subvención no se adicionará para la determinación de la cantidad obtenida como “ventas”.

Lo anterior pone de manifiesto que, dependiendo del modo como se configure la subvención, esta se incluirá, o no, en el concepto de ventas. Así, las subvenciones a los productos se incluirán en el concepto de “ventas”, mientras que otras subvenciones “*para cubrir el total del déficit de la sociedad o casi – sociedad pública*” (otras subvenciones a la producción u otras transferencias del gobierno), cuya cantidad se fija *ex-ante* (e incluso se paga, total o parcialmente, de forma previa a que se lleve a cabo la actividad) en el contexto de negociaciones del presupuesto total¹⁰⁵, no se considerarán ventas a la hora de aplicar el test del 50%.

En este punto, a nivel de clasificación de hospitales, debemos analizar cómo se articulan las transferencias que efectúan las Administraciones públicas a los hospitales públicos para la formación de capital fijo. En algunos Estados los pagos que reciben los proveedores para la prestación de servicios de salud cubren solo los gastos operativos, mientras que los gastos de capital están cubiertos por subvenciones separadas que los proveedores de salud reciben de los diferentes niveles de gobierno o por organizaciones filantrópicas¹⁰⁶. Por ejemplo, el sistema de financiación utilizado en Alemania (sobre la base de los DRG), excluye del pago de los servicios de salud los gastos de capital derivados de aspectos como la reconstrucción y los aparatos médicos. Estos últimos se sufragan a través de transferencias de capital de

104 Este concepto se asimila al concepto de subvenciones vinculadas al precio que se incluyen en la base imponible del IVA, conforme al art. 78.2.3º de la Ley 37/1992, de 28 de diciembre: “*Se considerarán vinculadas directamente al precio de las operaciones sujetas al Impuesto las subvenciones establecidas en función del número de unidades entregadas o del volumen de los servicios prestados cuando se determinen con anterioridad a la realización de la operación*”.

105 Estas subvenciones se fijarán teniendo en cuenta aspectos como el mantenimiento de edificios, inversión en equipamiento técnico, pagos para compensación a empleados, etc.

106 OECD, EUROSTAT, WORLD HEALTH ORGANIZATION: *A system of health accounts*, 2011, pp. 39 y 40. Disponible en la URL: <http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf> [Con acceso el 1.12.2018].

los Länder¹⁰⁷, en función de sus programas de inversión en coordinación con los planes estratégicos del hospital. Estas subvenciones no se integrarán en el concepto de ventas a los efectos del test de mercado.

Sin embargo, la mayor parte de los Estados de la OCDE cubren parcialmente los gastos de capital a través del pago de los servicios, y la parte restante se financia mediante subvenciones para inversiones específicas. Así, en Luxemburgo, el 20 % de los gastos de capital se cubren por la Seguridad Social, mientras que el 80 % restante se paga con subvenciones del gobierno financiadas con impuestos. Una situación similar se produce en Francia, donde los pagos por servicio cubren parcialmente los gastos de capital. Por último, en algunos Estados el pago de los servicios incluye la totalidad de los gastos de capital (Estados Unidos, Canadá y Suiza)¹⁰⁸. A efectos de cumplir el test del 50 %, integrar los gastos de capital en el pago de los servicios de salud incrementará las cantidades que se integran en el concepto “ventas”. Por contra, si la subvención es directa quedará excluida de este concepto.

Los **costes de producción**, a los efectos del test de mercado/no mercado, se definen como la suma de: los consumos intermedios, la remuneración de los empleados, el consumo de capital fijo, otros impuestos a la producción pagados y la carga financiera neta

por intereses¹⁰⁹. En la aplicación del test del 50 %, el cambio más significativo entre el SEC-95 y el SEC-2010 ha sido la inclusión de la carga financiera neta por intereses en el denominador de la ratio ventas/costes de producción¹¹⁰. Ahora bien, si la mayor parte de los ingresos de la entidad tienen la consideración de ventas, por entender que esta lleva a cabo una actividad de mercado, se puede seguir dando cumplimiento a la regla del 50 %. Por tanto, a nuestro parecer, el factor clave para las reclasificaciones sigue siendo los nuevos requisitos cualitativos del criterio de mercado, que van a determinar en esencia la cuantía del numerador de la ratio ventas/costes¹¹¹.

3. CONCLUSIONES

En los criterios de la normativa SEC-2010, como ya sucedía bajo la vigencia del SEC-95, cabe la posibilidad de que existan entes (y, en consecuencia, hospitales públicos) controlados y financiados por las Administraciones públicas pero fuera del sector público a efectos de consolidación fiscal. Ahora bien, tras la aprobación del SEC-2010, las instituciones europeas han endurecido los criterios para la existencia de este tipo de entes, tanto en la regulación general sobre la clasificación sectorial de entes, como en la regulación específica en materia de hospitales públicos.

107 Ahora bien, algunas de estas transferencias pueden ser calificadas en términos de SEC, no como transferencia de capital (subvenciones), sino como adquisición de activos financieros (inversión). En este sentido, los hospitales públicos alemanes, como señala el *Survey on the sector classification of public hospitals and homes for elderly in ESA95* (2009), pagan a las Administraciones públicas dividendos. El pago de dividendos refleja que algunas de las inyecciones de capital que las Administraciones públicas realizan a los hospitales públicos no son calificadas en términos de SEC como transferencias de capital, sino como adquisición de activos financieros. En estas operaciones, la Administración pública está actuando como un inversor privado que aporta fondos y obtiene un rendimiento. Estas inyecciones de capital destinadas a la inversión no incrementarán el déficit y el endeudamiento del sector Administraciones públicas en términos de SEC. EUROSTAT: *Manual SEC-2010*, cit., p. 157 y ss., apartado III.2 “Capital injections into public corporations”.

108 Estas divergencias pueden afectar a la comparabilidad de los gastos en salud entre Estados, entre las partes de un mismo sistema de salud, o en diferentes momentos de tiempo. Una posible solución a la potencial pérdida de comparabilidad es ajustar el gasto de salud actual mediante la adición de las transferencias de capital que efectúan los proveedores de salud para financiar la parte de los gastos de capital no cubiertos. El *Manual System of health accounts* establece que la suma de los “gastos de salud presentes” más las “transferencias de capital” da como resultado el “gasto total en salud” (OECD, EUROSTAT, WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011): 39 y 40).

109 La carga financiera neta por intereses (*intereses (D.41) debidos, menos intereses (D.41) recibidos*) se considera el coste de la financiación de los activos utilizados en la producción.

110 En el *Manual on the changes between ESA-95 and ESA-2010*, Eurostat ya puso de manifiesto en 2014 que este cambio supondría un aumento de las unidades clasificadas en el sector Administraciones públicas (como, por ejemplo, las sociedades públicas con pérdidas operativas o con pequeño excedente de explotación en comparación con el tamaño de su actividad) (EUROSTAT: *Manual on the changes between ESA-95 and ESA-2010*, Luxemburgo, 2014, pp. 36 y 37). Las entidades reclasificadas por la inclusión de la carga financiera por intereses en los costes de producción serán aquellas que no cubrían holgadamente la regla del 50 %. De todas formas, las ratios deberán ser permanentes, puesto que, como señala el *Manual SEC-2010*, “las fluctuaciones menores (o un resultado excepcional) en los niveles de ventas y los costes de producción de un año a otro no tienen que dar como resultado la reclasificación de unidades institucionales”. (EUROSTAT: *Manual SEC-2010*, cit., p. 25 - 26, apartado 34).

111 De hecho, en el propio ejemplo del *Manual on the changes between ESA-95 and ESA-2010*, el elemento que finalmente es determinante para la reclasificación en el sector Administraciones públicas del ente (en el ejemplo, una entidad consultora controlada por el gobierno) no es el incremento de la carga financiera neta por intereses, sino la inexistencia de procesos de licitación para la contratación con la Administración pública. (EUROSTAT: *Manual on the changes between ESA-95 and ESA-2010*, cit., p.36).

En este sentido, respecto al criterio de control se ha establecido un nuevo set de indicadores para determinar cuándo un ente se encuentra controlado por las Administraciones públicas. Del análisis del SEC-2010, de la interpretación del SEC recogida en el *Manual del SEC-2010* y de las decisiones de Eurostat aplicando los nuevos criterios del SEC-2010, se puede concluir que para la determinación de la existencia de control por parte de la Administración sobre un ente, los factores claves siguen siendo aquellos relacionados con la titularidad de la mayoría de los derechos de voto y el control de sus principales órganos de dirección. Aspectos relacionados con la financiación por parte de la Administración o la existencia de acuerdos contractuales con la Administración, tienen un papel secundario a la hora de determinar el control del ente. Con carácter general, estos deberán concurrir con otros indicadores relacionados con la titularidad del ente para poder afirmar la existencia de control por parte de la Administración. No obstante, los indicadores relacionados con la financiación del ente serán decisivos a la hora de examinar el criterio de mercado.

En relación con el criterio de mercado, en aras de reforzar su aplicación, este se ha dividido en dos vertientes: una cualitativa y otra cuantitativa. La vertiente cuantitativa se conforma por el clásico test del 50 %: la unidad debe cubrir como mínimo el 50 % de sus “costes” mediante sus “ventas”. Este test ya existía durante la vigencia del SEC-95, siendo la gran novedad la introducción de la vertiente cualitativa. Solo si el ente da cumplimiento a los requisitos cualitativos del criterio de mercado se deberá analizar el test del 50 %, de lo contrario, el ente deberá directamente ser clasificado en el sector Administraciones públicas.

En la vertiente cualitativa, el SEC-2010 fija la obligación de analizar si, en esencia, se produce una verdadera situación de mercado, tomando en consideración la naturaleza de la actividad y las relaciones que la entidad mantiene con el gobierno. Sin embargo, en este punto el *Manual SEC-2010* establece parámetros distintos a la hora de analizar los hospitales públicos del resto de entes. Así, mientras que en términos generales para determinar la existencia de mercado un factor clave es si la Administración es el único comprador, en materia de hospitales públicos puede existir una situación de mercado a pesar de que la Administración ocupe una posición de monopsonio (lo cual es frecuente en la compra de servicios hospitalarios en muchos de los Estados de la UE y permite el control de los costes). De igual forma, si

bien con carácter general se requieren procesos de licitación para afirmar que existe competencia entre proveedores públicos y privados, respecto a los hospitales, la situación de mercado se deriva de la existencia de un sistema de precios equivalente para hospitales públicos y privados.

Es más, el sistema de pago se configura como la pieza clave para poder afirmar que el hospital realiza una actividad de mercado. En particular, es necesaria la existencia de un sistema de pago con las siguientes notas: que sea equivalente para hospitales públicos y privados; basado en la actividad; y cuya retribución sufrague los costes derivados de la prestación del servicio, evitando que el hospital incurra en déficits que sistemáticamente sean cubiertos con posterioridad por las Administraciones públicas. Estas premisas suponen establecer un sistema de pago prospectivo variable. En este punto será clave determinar cómo se mide la actividad para evitar las posibles consecuencias negativas aparejadas a sistemas de pago variables, y permitir, a su vez, la introducción de sistemas de pago que miden la actividad de forma más agregada (como los *bundled payments*) y permiten transferir parcialmente el riesgo financiero al proveedor.

Una vez se ha comprobado que el sistema de pago cumple el criterio de mercado, superar la vertiente cuantitativa de este último es relativamente sencillo, puesto que todos los pagos de las Administraciones públicas basados en la actividad (no así las subvenciones) serán considerados “ventas” a efectos del cumplimiento de la regla del 50 %.

La creación de hospitales públicos como entes públicos de mercado hace que estos queden fuera del contorno de consolidación fiscal y, en consecuencia, su déficit y deuda no computarán en el balance del sector Administraciones públicas. Ahora bien, los pagos que las Administraciones públicas efectúan al hospital como reembolso de sus servicios, lógicamente, en la medida en que tengan la consideración de transferencias de capital, incrementarán el déficit público. Por tanto, la creación de este tipo de entes no debe enmarcarse solo en una voluntad de reducir los niveles de déficit y deuda públicos, si no en un intento de alcanzar una prestación más eficiente de los servicios sanitarios. En este sentido, aspectos como una mayor agilidad en la gestión (derivada de la autonomía de decisión en el ejercicio de su función principal) o una mejor determinación y reembolso de sus costes (fruto de un sistema de pago por actividad correctamente determinado) son claves. Los avances

en la información sobre costes hospitalarios hacen posible diseñar sistemas de retribución que, no solo permitirían dar cumplimiento al criterio de mercado, sino también un mejor control del gasto sanitario.

Por último, no podemos obviar que en los casos de hospitales públicos de mercado, el control de la política general del hospital y su financiación siguen siendo públicos, evitando que el prestador de los servicios sanitarios sea de naturaleza privada, como sucede a través de la introducción de fórmulas concesionales, que ha sido el mecanismo generalizado en nuestro país para evitar que la inversión en materia hospitalaria impactara, desde el principio y en su totalidad, en los niveles de déficit y deuda públicos.

Como se observa del análisis de la clasificación sectorial de los hospitales públicos de otros Estados de la Unión Europea, la normativa europea permite aun la configuración de los hospitales públicos como sociedades públicas de mercado (Alemania, Bélgica, Chequia) o como ISFL privadas financiadas mayoritariamente por las Administraciones públicas (Países Bajos). Por tanto, estas dos opciones siguen siendo válidas en términos de SEC-2010. Sin embargo, es posible que bajo los criterios del SEC-2010 se prosiga con la reclasificación de hospitales públicos de estos Estados en el sector Administraciones públicas, especialmente si el hospital lleva a cabo actividades en las que no hay competencia con el sector privado. Ahora bien, siguen existiendo hospitales públicos de mediano tamaño, cuyas actividades también se prestan por el sector privado, que podrían cumplir en mayor medida el criterio de mercado si su retribución por las Administraciones públicas se basa en la actividad. Bajo estas premisas, en España se podría optar por configurar algún hospital público de mediano tamaño como una sociedad pública de mercado en términos de SEC, y comprobar su funcionamiento, sus resultados (económicos y de calidad del servicio) y su impacto en los niveles de déficit y deuda públicos. Esta opción es posible en la medida en que el análisis de los criterios del SEC-2010 debe llevarse a cabo unidad a unidad, en nuestro caso, hospital por hospital.

4. BIBLIOGRAFÍA

• ANDERSON, Gerard. F., REINHARDT, Uwe. E., HUSSEY, Peter. S. y PETROSYAN, Varduhi: 'It's the Prices, Stupid: Why the United States Is So Different from Other Countries', *Health Affairs*, Vol 22, núm.3, 2003, pp. 89-105.

• BLUMBERG, Linda J. y HOLAHAN, John: *Designing a Medicare Buy – In and Public Plan Marketplace option. Policy Options and Considerations*, Health Policy Center, Urban Institute, 2016.

• BRENT, C. James y POULSEN, Gregory P.: "The Case for Capitation. It's the only way to cut waste while improving quality", *Harvard Business Review*, Julio-Agosto, 2016, pp. 103-111.

• BUSSE, Reinhard y BLÜMEL, Annette: *Health Systems in Transition: Germany. Health System Review*, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 16 núm.2, 2014.

• CÁMARA DE CUENTAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID, *Informe de fiscalización de los convenios y conciertos de los hospitales de la red pública del SERMAS con entidades privadas para prestación de los servicios sanitarios*. Ejercicio 2011, Madrid, 2013.

• COOPER, Zack, CRAIG, Stuart, GAYNOR, Martin y VAN REENEN, John: "The Price Ain't Right? Hospital Prices and Health Spending on the Privately Insured", *NBER Working Paper*, 2181, 2015, pp. 1-54.

• COTS, Francesc, SALVADOR, Xavier, CHIARELLO, Pietro, BUSTINS, Monte y CASTELLS, Xavier: "Spain: A case of study on diversity of DGR use – The Catalan experience", en *Diagnosis – Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Mc. Graw Hill, 2011, pp. 401-424.

• DOMÍNGUEZ SIMÓN, Alfonso, "El contrato de gestión de servicio público en la modalidad de concierto", *DS: Derecho y salud*, Vol 2, núm. Extra 1, 2011, pp. 141-151.

• DUJIMELINCK, Daniëlle y VAN DE VEN, Wynand: "What can Europe learn from the managed care backlash in the United States?", *Health Policy*, Vol 120, núm. 5, 2016, pp. 509-518.

• EUROSTAT: *Manual SEC-95 sobre el déficit público y la deuda pública*, Luxemburgo, 2002.

• EUROSTAT: *Treatment of the transfer of Government real estate to a public – owned corporation in Austria*, Press Release (15/2002), Luxemburgo, 2002, pp. 1-4.

- EUROSTAT: *Survey on the sector classification of public hospitals and homes for elderly in ESA95*, Luxemburgo, 2009.
- EUROSTAT: *Final findings. EDP dialogue Visit to Austria, 25-26 June 2012*, 8 de Enero, Luxemburgo, pp. 1-43, 2013.
- EUROSTAT: *Final findings. EDP Dialogue Visit to Spain, 17-18 February 2011*, Luxemburgo, 22 de noviembre 2011, pp. 1-25.
- EUROSTAT: *Final Findings. EDP Dialogue Visit to Germany, 26-27 February 2014*, Luxemburgo, 2014, pp. 1-41.
- EUROSTAT: *Manual on the changes between ESA 95 and ESA 2010*, Luxemburgo, 2014.
- EUROSTAT: *Final findings. EDP standard Dialogue Visit the Czech Republic 19-20 November 2014*, Luxemburgo, 16 de Julio de 2015, pp. 1-31.
- EUROSTAT: *Final Findings. EDP Dialogue Visit to Austria, 7-8 July 2014*, Luxemburgo, 8 de Abril de 2015, pp. 1-35.
- EUROSTAT: *Final Findings. EDP Dialogue Visit to Greece 24-25 September 2015*, Luxemburgo, 25 de Febrero 2016, pp. 1-36.
- EUROSTAT: *Manual on Government Deficit and Debt. Implementation of ESA 2010*, Luxemburgo, 2016.
- EUROSTAT: *Classification of entities - guidance request Onaseio hospital - final view of Eurostat*, 26 de septiembre, Luxemburgo, 2016, pp. 1-7.
- GARCÍA-LACALLE, Javier, MARTÍN VALLESPÍN, Emilio, ROYO MONTAÑÉS, Sonia: “La financiación de la sanidad pública. Efecto de los sistemas de pago prospectivo en el rendimiento de los hospitales”, *Presupuesto y gasto público*, núm. 57, 2009, pp. 99-115.
- GEISLER, Alexander, QUENTIN, Wilm, SCHELLER – KREINSE, David y BUSSE, Reinhard: “Introduction to DGRs in Europe: Common objectives across different hospitals systems”, en *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Mc. Graw Hill, 2011, pp. 9-22.
- GEISLER, Alexander, QUENTIN, Wilm, SCHELLER – KREINSE, David y BUSSE, Reinhard: (2011b), “Germany: Understanding G-DRGs”, en *Diagnosis – Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Mc. Graw Hill, 2011, pp. 243-272.
- GOTRET, Pablo y SCHIEBER, George: *Health Financing Revisited. A practitioner's Guide*, The World Bank, Washington DC, 2006.
- JEGERS, Marc, KESTELOOT, Katrien, DE GRAEVE, Diana y GILLES, Willem: “A typology for provider payment systems in health care”, *Health Policy*, núm. 60, 2002, pp. 255-273.
- MACHO PÉREZ, Ana Belén y MARCO PEÑAS, Ester: “El impacto de las colaboraciones público-privadas en los niveles de déficit y deuda públicos”, *Revista de Administración pública*, núm. 194 2014, pp. 437-474.
- MARTÍNEZ MANZANEDO, Rosario: “La empresa pública en la contabilidad nacional”, *Presupuesto y Gasto público*, núm. 60, 2010, pp. 97-107.
- MARTÍNEZ MANZANEDO, Rosario: (2016), “La empresa pública y su consideración como Administración Pública a efectos de Contabilidad Nacional”, *Presupuesto y Gasto público*, núm. 83, pp. 47-56.
- MOSSIALOS, Elias y DIXON, Anna: “Funding health care: an introduction”, en *Funding health care: options for Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, England, 2002, pp. 1-30.
- OECD, EUROSTAT, WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011), *A system of health accounts*, Disponible en la URL: <http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf> [Con acceso el 10.2.2018].
- ORTÚN RUBIO, Vicente: “Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud”, *Revista Calidad Asistencia*, Vol. 22, núm.1, 2007, pp. 1-6.
- PARIS, Valerie, DEVAUX, Marion, WEI, Lihan: *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*,

Organization for Economic Co-operation and Development, OECD Health Working Papers, núm. 50, 2010.

- PEIRÓ MORENO, Salvador y MENEU DE GUILLERNA, Ricard “Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs. privada por concesión”, *Blog de FEDEA “Nada es Gratis”*, 27 Diciembre de 2012. Disponible en la URL: <http://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/eficiencia-en-la-gestion-hospitalaria-publica-directa-vs-privada-por-concesion> [Con acceso el 10.2.2018].

- PELLISÉ URQUIZA, Laura: “Sistema de pago a proveedores instituciones y profesionales”, en *Gestión Clínica: vías de avance*, Pirámide, 2014, pp. 201-226.

- PORTER, Michel E. y KAPLAN, Robert S.: “How to pay for Health Care. Bundled payments will finally unleash the competition that patients want”, *Harvard Business Review*, Julio – Agosto, 2016, pp. 88-101.

- SINDICATURA DE COMPTES DE LA COMUNITAT VALENCIANA, Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015, Valencia, 2016.

- SRIVASTAVA, Divya, MUELLER, Michael y HEWLETT, Emily: *Better ways to pay for health care*, OECD Health Policy Studies, 2016.

- SWAN TAN, Siok, VAN INEVELD, Martin, REDEKOP, Ken y HAKKAART – VAN ROIJEN, Leona: “The Netherlands: The Diagnose Behandeling Combinaties”, en *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, (Ed.) Mc. Graw Hill, 2011, pp. 425-446.

- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Health United States*, (2002), Publication No. (PHS) 02-1232. Hyattsville, MD: USDHHS,.

- VAN DE VEN, Wynand PMM y SCHUT, Frederik: “Managed competition in the Netherlands: still work- in -progress”, *Health Economics, Health Economics*, Vol 8, núm. 3, 2009, pp. 253-255.

- VILLAR ROJAS, Francisco José: “La concesión como modalidad de colaboración privada en los servicios sanitarios y sociales”, *Revista de Administración pública*, núm. 172, 2007, pp. 141-188.