

LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS ESPAÑOLAS EN EL CONTEXTO EUROPEO:

**ANÁLISIS DE LOS ESTADOS FINANCIEROS,
COMUNICACIÓN Y RESPONSABILIDAD SOCIAL**

Judit Creixans Tenas

Directora de tesis: Dra. Núria Arimany Serrat

Programa de doctorado en Derecho, Economía y Empresa

Vic, septiembre 2018

LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS ESPAÑOLAS EN EL CONTEXTO EUROPEO:

**ANÁLISIS DE LOS ESTADOS FINANCIEROS,
COMUNICACIÓN Y RESPONSABILIDAD SOCIAL**

Tesis doctoral de:

Judit Creixans Tenas

Tesis doctoral dirigida por la Dra. Núria Arimany Serrat en el marco del programa interuniversitario en Derecho, Economía y Empresa de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC) y la Universitat de Girona (UdG)

Vic, septiembre 2018

UVIC
UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

The logo of the Universitat de Girona, featuring a blue bracket above the text 'Universitat de Girona' and another blue bracket below it.

*A la meva àvia Nùria,
el meu referent humà.
Siguís on siguís,
va per tu.*

*Aquella persona que es valiente no es aquella que tiene miedos;
es aquella que, aun teniéndolos, va y se enfrenta a ellos.*

Nelson Mandela

*Los sueños de los grandes soñadores jamás llegan a cumplirse,
siempre son superados.*

Alfred Lord Whitehead

AGRADECIMIENTOS

Durante mi primera etapa en la universidad descubrí que se podía investigar en el ámbito de la economía y la empresa y a partir de ese momento, la investigación se ha convertido en mi vocación, en mi motivación y en mi pasatiempo.

Desde el primer día en que aposté por este proyecto, tuve muy claro que sin la Dra. Núria Arimany no hubiera sido posible. Ella empezó siendo mi profesora y mentora, para después ser mi directora de tesis y ahora, es mi segunda madre. Es por esto por lo que necesito agradecerle el apoyo, la motivación, los ánimos, la confianza y el querer compartir conmigo todo lo que sabe. Siempre faltarán palabras de gratitud por las incontables horas compartidas de arduo y paciente trabajo. Sin embargo, estoy segura de que el vínculo y la amistad creada serán imposibles de romper.

Agradezco a la Universidad de Vic-UCC que me concedieran la ayuda para hacer una estancia de investigación y haberme brindado la oportunidad de conocer a personas tan maravillosas como la Dra. Dolores Gallardo, a la que debo agradecerle que me abriera las puertas de la Universidad de Extremadura de par en par, y el trato y la atención recibida durante mi estancia, que hicieron sentirme como si estuviera en mi casa. Además, debo darle las gracias por su capacidad de enseñar y por arrojar luz en la parte final de mi tesis.

A lo largo de estos tres años he tenido la gran suerte de que la Dra. Herenia Gutiérrez se cruzase en mi camino. A ella debo agradecerle todas sus aportaciones y consejos, el querer implicarse tanto en mi investigación y el ser mi guía y apoyo imprescindible para aprender a publicar.

Por otro lado, y no menos importante, quiero agradecer de todo corazón:

A las personas de la Biblioteca de la UVic, del CIFE, del OTRI y de la Escuela de Doctorado, por la formación y el soporte brindado durante todo estos años.

A Ramon Benito por su paciencia y su predisposición y a los miembros de las comisiones de seguimiento del doctorado por haberme orientado a lo largo de todo el proceso.

A la Dra. Katarina Gunnard por su ayuda durante la etapa más difícil de mi vida, por hacerme ver luz donde solo había oscuridad y por darme la oportunidad de aprender a confiar en mí misma y a saber disfrutar más y mejor de la investigación. Gracias por ser mi salvación.

Por descontado, a mi familia, por estar siempre a mi lado y por confiar en mí y a Tobi, por llegar en uno de los momentos más bonitos de mi vida y darme fuerzas en la etapa final de este proyecto.

Pido disculpas a Roger, por no haberle podido dedicar todo el tiempo que hubiese querido. A él le agradezco su paciencia, su saber estar y su amor.

Finalmente, quería terminar los agradecimientos dando gracias a una persona muy especial para mí. Aunque ya no se encuentre con nosotros me ha dado fuerzas para seguir adelante y ha sido un claro ejemplo a seguir por su disposición y motivación, su trabajo constante y su ayuda hasta el último momento. Por eso, le estaré eternamente agradecida a Neus.

RESUMEN

La sanidad es uno de los pilares fundamentales de la gestión pública y debe ser uno de los objetivos principales de cualquier sociedad que quiera el progreso y el bienestar verdadero para sus ciudadanos. Sin embargo, en los últimos años, el sistema sanitario público está buscando sinergias colaborativas con el sistema sanitario privado para lograr un eficiente funcionamiento a nivel de demanda asistencial, de listas de espera y de presión financiera. Es por este motivo que es necesario analizar las entidades privadas del ámbito hospitalario, mediante la aplicación de sistemas de información integrados por indicadores financieros y no financieros. En este contexto organizacional, los indicadores económicos y financieros, de comunicación y de responsabilidad social, se hacen imprescindibles para gestionar correctamente el desempeño de las empresas hospitalarias. De este modo, el objetivo principal de esta tesis doctoral es analizar los estados financieros, la comunicación y la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas dentro del contexto europeo, para posteriormente determinar un modelo de ecuaciones estructurales que relacione estos tres factores. Los principales resultados del estudio señalan una adecuada situación económica y financiera, una mejorable comunicación y una escasa divulgación de la responsabilidad social en los centros hospitalarios españoles. Finalmente, se valida empíricamente un modelo estructural que vincula y predice que las acciones de responsabilidad social acometidas por estas empresas son relacionadas directamente con la comunicación empresarial que se realiza y los resultados económicos y financieros que se obtienen.

Palabras clave: sanidad; empresas hospitalarias; estados financieros; comunicación; responsabilidad social.

RESUM

La sanitat és un dels pilars fonamentals de la gestió pública i ha de ser un dels objectius principals de qualsevol societat que vulgui el progrés i el benestar veritable pels seus ciutadans. No obstant això, en els últims anys, el sistema sanitari públic està buscant sinergies col·laboratives amb el sistema sanitari privat per aconseguir un funcionament eficient a nivell de demanda assistencial, de llistes d'espera i de pressió financera. És per aquest motiu que cal analitzar les entitats privades de l'àmbit hospitalari, mitjançant l'aplicació de sistemes d'informació integrats per indicadors financers i no financers. En aquest context organitzacional, els indicadors econòmics i financers, de comunicació i de responsabilitat social, es fan imprescindibles per gestionar correctament l'acompliment de les empreses hospitalàries. D'aquesta manera, l'objectiu principal d'aquesta tesi doctoral és analitzar els estats financers, la comunicació i la responsabilitat social de les empreses hospitalàries espanyoles dins el context europeu, per a posteriorment determinar un model d'equacions estructurals que relacioni aquests tres factors. Els principals resultats de l'estudi assenyalen una adequada situació econòmica i financera, una millorable comunicació i una escassa divulgació de la responsabilitat social en els centres hospitalaris espanyols. Finalment, es valida empíricament un model estructural que vincula i prediu que les accions de responsabilitat social escomeses per aquestes empreses són relacionades directament amb la comunicació empresarial que es realitza i els resultats econòmics i financers que s'obtenen.

Paraules clau: sanitat; empreses hospitalàries; estats financers; comunicació; responsabilitat social.

ABSTRACT

Health is one of the fundamental pillars of public management and must be one of the main objectives of any society that wants progress and true welfare for its citizens. However, in recent years, the public health system is looking for collaborative synergies with the private health system to achieve efficient functioning at the level of care demand, waiting lists and financial pressure. It is for this reason that it is necessary to analyse private hospital companies, through the application of information systems composed of financial and non-financial indicators. In this organizational context, economic and financial indicators, communication and social responsibility, are essential to properly manage the performance of hospital companies. In this way, the main objective of this doctoral thesis is to analyse the financial statements, communication and social responsibility of Spanish hospital companies within the European context, to later determine a model of structural equations that relates these three factors. The main results of the study indicate an adequate economic and financial situation, an improved communication and a scarce disclosure of social responsibility in Spanish hospitals. Finally, a structural model is validated empirically that links and predicts that the actions of social responsibility undertaken by these companies are directly related to the business communication that is carried out and the economic and financial results obtained.

Keywords: health; hospital companies; financial statements; communication; social responsibility.

ÍNDICE

RESUMEN	9
RESUM.....	10
ABSTRACT.....	11
ÍNDICE	13
ÍNDICE TABLAS.....	17
ÍNDICE GRÁFICOS	21
ÍNDICE ILUSTRACIONES.....	23
LISTADO DE ABREVIACIONES	25
INTRODUCCIÓN.....	27
1. JUSTIFICACIÓN Y MOTIVACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	30
2.1. <i>Objetivos generales</i>	31
2.2. <i>Objetivos específicos</i>	31
2.3. <i>Hipótesis de la investigación</i>	31
3. METODOLOGÍA.....	33
3.1. <i>Origen y fuente de datos</i>	34
3.2. <i>Caracterización de las muestras</i>	35
3.3. <i>Método</i>	37
4. ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN	37
PRIMERA PARTE – MARCO TEÓRICO	41
CAPÍTULO I: LOS SISTEMAS SANITARIOS EUROPEOS.....	43
1. LOS SISTEMAS SANITARIOS	45
2. LOS MODELOS SANITARIOS.....	47
2.1. <i>El modelo sanitario liberal o modelo de libre mercado</i>	47
2.2. <i>El modelo sanitario socialista o Shemasko</i>	48
2.3. <i>El modelo sanitario mixto</i>	48
3. NUEVAS CLASIFICACIONES DE LOS MODELOS SANITARIOS	50
3.1. <i>El seguro de salud privado voluntario o Voluntary Insurance (VI)</i>	52
3.2. <i>El seguro social de salud o Social Health Insurance (SHI)</i>	52
3.3. <i>La cobertura universal o National Health Service (NHS)</i>	52
3.4. <i>Los programas residuales</i>	53
3.5. <i>El seguro nacional de salud obligatorio o Compulsory National Health Insurance (NHI)</i>	53

4. LA CRISIS DEL SECTOR SANITARIO EUROPEO	54
4.1. <i>Medidas de austeridad en el sector sanitario europeo</i>	56
4.2. <i>Las reformas en la gestión del sector sanitario europeo: la privatización</i>	58
5. EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL	59
5.1. <i>El Sistema Nacional de Salud en España</i>	60
5.2. <i>La crisis económica en el sistema sanitario español</i>	61
5.3. <i>El sector privado en el sistema sanitario español</i>	63
6. LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS ESPAÑOLES	66
CAPÍTULO II: LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS	71
1. LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS	73
1.1. <i>Evolución histórica de las empresas hospitalarias</i>	73
1.2. <i>El hospital integral como empresa de servicios</i>	74
1.3. <i>Clasificación de las empresas hospitalarias</i>	75
2. LOS ESTADOS FINANCIEROS DE LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS	78
2.1. <i>Revisión bibliográfica de los indicadores financieros de las empresas hospitalarias</i>	79
2.2. <i>Análisis de la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias</i>	84
3. LA IRRUPCIÓN TECNOLÓGICA EN LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS	86
3.1. <i>Innovación tecnológica y empresas sanitarias emergentes</i>	86
3.2. <i>Las Tecnologías de la Información y la Comunicación en las empresas hospitalarias</i>	88
3.3. <i>Revisión bibliográfica de las tecnologías de la información y de la comunicación web de las empresas hospitalarias</i>	91
4. LA RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS.....	95
4.1. <i>Las tres dimensiones de la Responsabilidad Social</i>	96
4.2. <i>La divulgación de la Responsabilidad Social en las empresas hospitalarias</i>	98
4.3. <i>Los indicadores de Responsabilidad Social en las páginas web de las empresas hospitalarias</i>	99
4.4. <i>Revisión bibliográfica de la Responsabilidad Social de las empresas hospitalarias</i>	103
SEGUNDA PARTE – ESTUDIO EMPÍRICO.....	109
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS DEL MODELO SANITARIO BEVERIDGE	111
1. LOS ESTADOS FINANCIEROS DE LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS DEL MODELO SANITARIO BEVERIDGE	113
1.1. <i>Metodología aplicada</i>	114
1.2. <i>Análisis de la estructura económica y financiera</i>	114
1.3. <i>Análisis de la situación financiera a corto plazo</i>	116
1.4. <i>Análisis de la situación financiera a largo plazo</i>	117
1.5. <i>Análisis de los indicadores de rentabilidad</i>	118
1.6. <i>Análisis patrimonial</i>	118
1.7. <i>Modelización econométrica con datos de panel</i>	119
1.8. <i>Síntesis de los resultados obtenidos</i>	123

2. INNOVACIÓN TECNOLÓGICA.....	124
2.1. Metodología aplicada.....	124
2.2. Caracterización de la muestra y discusión de los resultados.....	126
2.3. Síntesis de los resultados obtenidos.....	129

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS ESTADOS FINANCIEROS DE LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS ESPAÑOLAS 131

1. INTRODUCCIÓN.....	133
2. METODOLOGÍA APLICADA.....	133
3. ANÁLISIS ECONÓMICO Y FINANCIERO	134
3.1. Análisis de la estructura económica y financiera	134
3.2. Análisis de la situación financiera a corto plazo.....	135
3.3. Análisis de la situación financiera a largo plazo.....	135
3.4. Análisis de los indicadores de rentabilidad	136
3.5. Análisis patrimonial.....	137
3.6. Análisis de la tesorería.....	138
4. APLICACIÓN DE ESTADÍSTICA INFERENCIAL	139
4.1. Definición de las variables e instrumentos de medida	140
4.2. Contraste de hipótesis de la variable dependiente cuantitativa y la variable independiente cualitativa	141
4.3. Contraste de hipótesis de la variable dependiente cuantitativa y las variables independientes cuantitativas	142
5. SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS	143

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN DE LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS ESPAÑOLAS: CALIDAD DE LOS SITIOS WEB 145

1. INTRODUCCIÓN.....	147
2. METODOLOGÍA APLICADA.....	147
3. CALIDAD DE LOS SITIOS WEB DE LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS ESPAÑOLAS.....	149
4. SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS	153

CAPÍTULO VI: ANÁLISIS DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS ESPAÑOLAS..... 155

1. INTRODUCCIÓN.....	157
2. METODOLOGÍA APLICADA.....	157
3. RESULTADOS EMPÍRICOS	161
3.1. Los indicadores de RS en las páginas web de las empresas hospitalarias españolas	161
3.2. El Índice de Divulgación de Responsabilidad Social (IDRS).....	163
3.3. Factores que influyen en el IDRS	164
4. SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS	166

CAPÍTULO VII: DESARROLLO DE UN MODELO DE ECUACIONES ESTRUCTURALES PARA LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS ESPAÑOLAS.....	169
1. INTRODUCCIÓN.....	171
2. METODOLOGÍA APLICADA.....	171
3. DESCRIPCIÓN DEL MODELO.....	172
3.1. <i>Modelo propuesto</i>	173
3.2. <i>Tamaño muestral</i>	173
3.3. <i>Planteamiento de hipótesis</i>	174
3.3. <i>Indicadores de medida de los constructos o variables latentes</i>	176
3.4. <i>Nomograma del MEE</i>	179
4. VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL MODELO DE MEDIDA.....	180
4.1. <i>Fiabilidad individual de cada ítem</i>	180
4.2. <i>Fiabilidad de los constructos</i>	181
4.3. <i>Validez convergente de los constructos</i>	182
4.4. <i>Validez discriminante</i>	182
5. VALORACIÓN DEL MODELO ESTRUCTURAL.....	184
5.1. <i>Poder predictivo del modelo: análisis de R² para cada constructo dependiente</i>	184
5.2. <i>Contribución de las variables predictoras sobre la varianza explicada de las variables endógenas</i>	185
5.3. <i>Relevancia de la predicción de los constructos dependientes</i>	185
5.4. <i>Estudio de la significación estadística de los paths (β) y contraste de hipótesis</i>	186
5.5. <i>Bondad de ajuste del modelo</i>	187
6. SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.....	187
CONCLUSIONES.....	189
1. CONCLUSIONES.....	191
2. PRINCIPALES CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	204
3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	204
4. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	205
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	207
ANEXOS.....	235
ANEXO A: LISTADO DE EMPRESAS DE LA MUESTRA A.....	237
ANEXO B: LISTADO DE EMPRESAS DE LA MUESTRA B.....	239
ANEXO C: LISTADO DE EMPRESAS EUROPEAS EMERGENTES O STARTUPS.....	240
ANEXO D: FÓRMULAS DE CÁLCULO DE LOS INDICADORES ECONÓMICOS Y FINANCIEROS.....	241
ANEXO E: CUESTIONARIO UTILIZADO PARA EL CÁLCULO DE LA CALIDAD WEB.....	242
ANEXO F: CUESTIONARIO UTILIZADO PARA EL CÁLCULO DEL IDRS.....	245

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1: Descripción de las muestras utilizadas en la investigación.....	34
Tabla 2: Detalle de la representatividad de las muestras utilizadas en la investigación	34
Tabla 3: Clasificación económica del gasto sanitario público (2008-2015).....	62
Tabla 4: Año de publicación del RD de transferencia de las competencias sanitarias por CCAA.....	67
Tabla 5: Tasa interanual de gasto público sanitario de las CCAA (2008-2015).....	68
Tabla 6: Clasificación de los hospitales según su dependencia patrimonial o funcional	76
Tabla 7: Gasto consolidado anual en conciertos por CCAA y porcentaje anual del gasto sanitario dedicado a conciertos en 2015	77
Tabla 8: Resumen de los indicadores financieros utilizados por las empresas hospitalarias	81
Tabla 9: Evolución del concepto de TIC y comunicación web en las empresas hospitalarias.....	93
Tabla 10: Bibliografía relacionada con la Responsabilidad Social de las empresas hospitalarias	105
Tabla 11: Porcentaje de incremento de las masas patrimoniales de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge	115
Tabla 12: Crecimiento equilibrado de las empresas hospitalarias europeas	116
Tabla 13: Análisis del endeudamiento de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge	117
Tabla 14: Justificación de las variables incorporadas en el modelo econométrico	121
Tabla 15: Análisis descriptivo de las variables incorporadas en el modelo econométrico	121
Tabla 16: Correlaciones de las variables incorporadas en el modelo econométrico	122
Tabla 17: Test de Hausman	122
Tabla 18: Correlaciones de las variables incorporadas en el modelo econométrico	123
Tabla 19: Número de startups europeas del modelo sanitario Beveridge y Bismarck.....	125
Tabla 20: Número de startups europeas del modelo sanitario Beveridge y Bismarck según las cuatro categorías sanitarias especialmente innovadoras.....	127
Tabla 21: Caracterización de los fundadores de las startups de los dos modelos sanitarios	128
Tabla 22: Caracterización de los inversores de las startups de los dos modelos sanitarios	129
Tabla 23: Porcentaje de incremento de las masas patrimoniales de los hospitales españoles.....	134
Tabla 24: Crecimiento equilibrado de las empresas hospitalarias españolas.....	135
Tabla 25: Situación financiera a corto plazo de las empresas hospitalarias españolas	135
Tabla 26: Situación financiera a largo plazo de las empresas hospitalarias españolas	136
Tabla 27: Variación patrimonial de las empresas hospitalarias españolas.....	138

Tabla 28: Subvenciones que las empresas hospitalarias españolas han recibido	138
Tabla 29: Justificación de las variables incorporadas en los contrastes de hipótesis.....	140
Tabla 30: Prueba de normalidad de las variables	141
Tabla 31: Estadística inferencial aplicando la prueba de Levene y el estadístico T de Student.....	141
Tabla 32: Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas de la muestra	142
Tabla 33: Prueba de normalidad de las variables cuantitativas	142
Tabla 34: Estudio de la correlación entre las variables cuantitativas	143
Tabla 35: Variables analizadas de las páginas web de las empresas hospitalarias españolas	148
Tabla 36: Puntuaciones obtenidas de los cuestionarios de las empresas hospitalarias españolas	150
Tabla 37: Usabilidad de los sitios web de las empresas hospitalarias españolas	151
Tabla 38: Interactividad web y relación con los usuarios de las empresas hospitalarias españolas	151
Tabla 39: Información presentada en los sitios web de las empresas hospitalarias españolas	152
Tabla 40: Actualización, referentes de calidad, información para profesionales y proveedores, protección de datos y herramientas 2.0. de las empresas hospitalarias españolas.....	153
Tabla 41: Justificación de las variables incorporadas en los contrastes de hipótesis.....	160
Tabla 42: Indicadores de RS en las páginas web de las empresas hospitalarias españolas clasificados según su tipología	162
Tabla 43: Número de indicadores de RS en las webs de las empresas hospitalarias españolas	163
Tabla 44: Estadísticos descriptivos de los ejes que componen el IDRS de las páginas web de las empresas hospitalarias españolas	163
Tabla 45: Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas de la muestra	165
Tabla 46: Prueba de normalidad de las variables cuantitativas	165
Tabla 47: Estudio de la correlación entre las variables cuantitativas	166
Tabla 48: Tamaño muestral requerido para testar hipótesis con variables independientes	174
Tabla 49: Indicadores de medida de los constructos	176
Tabla 50: Descripción de los ítems que forman los indicadores RS4, RS5 y RS6	178
Tabla 51: Fiabilidad individual de los ítems para todos los constructos.....	181
Tabla 52: Fiabilidad compuesta de los constructos.....	182
Tabla 53: Validez convergente de los constructos	182
Tabla 54: Validez discriminante de los constructos.....	183
Tabla 55: Poder predictivo del modelo	185
Tabla 56: Contribución de las variables predictoras sobre la varianza explicada	185
Tabla 57: Índice Q ² de Stone-Geisser.....	186

Tabla 58: Contraste de hipótesis	187
Tabla 59: Ajuste del modelo propuesto	187
Tabla 60: Resumen de la validación o refutación de las hipótesis de la investigación	203

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución geográfica de las empresas hospitalarias europeas (muestra A)	35
Gráfico 2: Distribución geográfica de las empresas hospitalarias españolas (muestra B).....	36
Gráfico 3: Forma jurídica de las empresas hospitalarias europeas (muestra A).....	36
Gráfico 4: Forma jurídica de las empresas hospitalarias españolas (muestra B)	36
Gráfico 5: Variación porcentual, en comparación con el año anterior, del PIB real en la UE (2006-15).....	55
Gráfico 6: Variación porcentual, en comparación con el año anterior, del PIB real en los países europeos que siguen el modelo sanitario Beveridge y el modelo sanitario Bismarck (2006-15).....	55
Gráfico 7: Evolución del gasto sanitario público total de España en millones de euros (2008-15).....	62
Gráfico 8: Evolución del gasto sanitario total de España con relación al PIB (2006-15)	64
Gráfico 9: Evolución del gasto sanitario privado y público de España con relación al PIB (2006-15)	65
Gráfico 10: Porcentaje de hospitales privados y públicos por CCAA en el año 2015.....	70
Gráfico 11: Distribución de las masas patrimoniales de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge	115
Gráfico 12: Ratio de solvencia de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge	116
Gráfico 13: Fondo de maniobra de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge.....	117
Gráfico 14: Rentabilidad financiera (ROE) y económica (ROA) de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge.....	118
Gráfico 15: Resultado neto de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge.....	118
Gráfico 16: Patrimonio neto de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge.....	119
Gráfico 17: Localización geográfica de la muestra de startups europeas.....	126
Gráfico 18: Distribución de las masas patrimoniales de las empresas hospitalarias españolas.....	134
Gráfico 19: Evolución de la rentabilidad económica (ROA) y financiera (ROE) de las empresas hospitalarias españolas	137
Gráfico 20: Evolución de los flujos de efectivo del EFE de las empresas hospitalarias españolas	139

ÍNDICE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Esquema de la estructura de la investigación y relación de los capítulos	38
Ilustración 2: Distribución geográfica de los dos principales modelos sanitarios europeos	50
Ilustración 3: Distribución geográfica porcentual de hospitales y camas privadas en el año 2015.....	69
Ilustración 4: Identificación de las palabras clave de búsqueda	80
Ilustración 5: Búsqueda y proceso de exclusión de los artículos	81
Ilustración 6: Identificación de las palabras clave de búsqueda	91
Ilustración 7: Búsqueda y proceso de exclusión de los artículos	92
Ilustración 8: Identificación de las palabras clave de búsqueda	103
Ilustración 9: Búsqueda y proceso de exclusión de los artículos	104
Ilustración 10: Fases de la metodología utilizada.....	172
Ilustración 11: Modelo conceptual propuesto	173
Ilustración 12: Nomograma explicativo del modelo propuesto	179
Ilustración 13: Nomograma explicativo del modelo propuesto	183

LISTADO DE ABREVIACIONES

AVE	<i>Average Variance Extracted</i>
BAI	Beneficio antes de Impuestos
BAII	Beneficio antes de Intereses e Impuestos
CCAA	Comunidades Autónomas
CEOE	Confederación Española de Organizaciones Empresariales
CNAE	Clasificación Nacional de Actividades Económicas
ECPN	Estado de Cambios en el Patrimonio Neto
EFE	Estado de Flujos de Efectivo
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
EIGR	Estado de Ingresos y Gastos Reconocidos
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FEAE	Flujos de Efectivo de las Actividades de Explotación
FEAF	Flujos de Efectivo de las Actividades de Financiación
FEAI	Flujos de Efectivo de las Actividades de Inversión
FM	Fondo de maniobra
HON	<i>Health on the Net Foundation</i>
IDIS	Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad
IDRS	Índice de Divulgación de Responsabilidad Social
INCN	Importe Neto de la Cifra de Negocios
INE	Instituto Nacional de Estadística
INP	Instituto Nacional de Previsión
IRS	Instituto de Reformas Sociales
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LGS	Ley General de Sanidad
m€	Miles de euros
MEE	Modelos de ecuaciones estructurales

NHI	<i>National Health Insurance</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto Interior Bruto
PLS	<i>Partial Least Squares</i>
PN	Patrimonio Neto
RDL	Real Decreto Ley
RN	Resultado Neto
ROA	<i>Return on Assets</i> o rentabilidad económica
ROE	<i>Return on Equity</i> o rentabilidad financiera
RS	Responsabilidad Social
RSS	<i>Really Simple Syndication</i>
SABI	Sistema de Análisis de Balances Ibéricos
SEP	Sanidad Excelente Privada
SHI	<i>Social Health Insurance</i>
SNS	Sistema Nacional de Salud
SRMR	<i>Standardized Root Mean Square Residual</i>
TAW	Test de Accesibilidad Web
TIC	Tecnologías de la Información y de la Comunicación
UE	Unión Europea
URSS	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
VI	<i>Voluntary Insurance</i>
WAI	<i>Web Accessibility Initiative</i>
WCAG	<i>Web Content Accessibility Guidelines</i>
WMA	Web Médica Acreditada
XHUP	<i>Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública</i> o Red Hospitalaria de Utilización Pública

INTRODUCCIÓN

1. Justificación y motivación de la investigación

La sanidad representa uno de los pilares más importantes de la gestión pública de cualquier sociedad y, consecuentemente, la asistencia sanitaria y hospitalaria es una de las partidas de gasto público más importantes en los presupuestos de la Administración Pública.

Si se toma en cuenta el gasto sanitario público y el gasto sanitario total en relación con el PIB, España está en línea con los promedios de la OCDE. Sin embargo, si se toma en cuenta el peso del gasto sanitario privado respecto al gasto sanitario total, España es uno de los países con un peso más elevado, situándose por encima de la media de la OCDE y de los principales países del entorno como Francia o Alemania.

En las últimas décadas, la estructura y organización del Sistema Nacional de Salud español (SNS) ha cambiado significativamente: el sector sanitario privado ha logrado un peso muy relevante tanto en términos económicos como sociales y aproximadamente el 20% de la población, unos diez millones de españoles, utilizan asiduamente los servicios y centros de la sanidad privada.

En términos del Producto Interior Bruto, el gasto sanitario en 2015 representaba el 9,2% del PIB; del cual un 3,5% correspondía a la sanidad privada y el 5,7% a la sanidad pública. Además, según la Fundación Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), el sector hospitalario privado español ofrece asistencia sanitaria en más de 450 centros hospitalarios, que representan, aproximadamente, el 60% del total de los centros hospitalarios españoles.

Por otro lado, en el contexto de crisis económica y financiera de la última década, la situación económica y financiera de la sanidad española preocupa a los responsables directos tanto del ámbito público como del ámbito privado. De hecho, la austeridad de los últimos años ha provocado un descenso del gasto público destinado a cubrir las necesidades del sistema sanitario, provocando deficiencias en el funcionamiento de éste.

A su vez, la demanda asistencial ha aumentado considerablemente y, año tras año, aumenta por el incremento poblacional, ya que la población española cada vez está más envejecida. Este hecho provoca que el sistema sanitario público busque sinergias colaborativas en el sistema sanitario privado para lograr un eficiente funcionamiento a nivel de demanda asistencial, de listas de espera y de presión financiera.

Por este motivo, en algunas comunidades autónomas se intenta facilitar la intervención de aseguradoras privadas para proveer más servicios sanitarios complementarios al sistema público de salud. De este modo, el sector sanitario privado representa un importante agente en la sanidad de España por ser un aliado estratégico del sistema público de salud. Por lo tanto, el sistema sanitario privado contribuye a la descarga y ahorro del sistema público, ya que los ciudadanos que disponen de seguro privado no consumen, o tienden a consumir menos recursos de la sanidad pública.

En definitiva, la sanidad privada contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario público y a la consecución de los objetivos clave como la garantía de la equidad, la sostenibilidad, la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria.

Además, es necesario acreditar la acertada gestión y administración de las entidades privadas del ámbito hospitalario, mediante la aplicación de sistemas de información integrados por los indicadores financieros y no financieros oportunos.

En este contexto organizacional, los indicadores de los resultados económicos y financieros, de comunicación y de responsabilidad social, se hacen imprescindibles para gestionar correctamente el desempeño de las organizaciones, en general, y para las hospitalarias, en particular.

Al mismo tiempo las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), están induciendo a grandes cambios sociales y principios como la transparencia, la comunicación y la información se han convertido en fundamentales para los ciudadanos y para que ejerzan su libertad de elección entre los diferentes centros sanitarios. Por este motivo, es importante que estas entidades hospitalarias dispongan de acreditaciones y memorias de sostenibilidad en sus sitios web para cumplir con los principios de transparencia y poder dar confianza a sus consumidores.

No se debe olvidar que los centros sanitarios privados con ánimo de lucro, tales como hospitales, centros geriátricos o centros sociosanitarios, no dejan de ser empresas que obtienen beneficios con su actividad, aunque la actividad esté relacionada con la sanidad.

De este modo, estas instituciones tienen que reconstruir su estrategia de negocio aplicando acciones nuevas de comunicación empresarial y de responsabilidad social para llegar correctamente a sus clientes y al público en general, captar su atención y conseguir aumentar su público objetivo.

En resumen, el estudio de los centros hospitalarios privados, tanto en España como en Europa, es un tema poco explorado por lo que se trata de una línea de investigación con recorrido. Más aún en el contexto actual, con una evolución demográfica que lleva a poblaciones cada vez más envejecidas y, en el caso español, con un sistema descentralizado de provisión de los servicios sanitarios que no contribuye a la contención del gasto. Lo cual, justifica el estudio y el análisis de tres factores principales – los indicadores económicos y financieros, la comunicación empresarial y la responsabilidad social – que son considerados como los fundamentales en la gestión óptima, en el control y en la prestación de los servicios de estos centros hospitalarios.

2. Objetivos e hipótesis

La investigación parte de la formulación de distintos objetivos que se clasifican entre objetivos generales y objetivos específicos. Además, para poder dar cumplimiento a estos objetivos, se proponen las distintas hipótesis de trabajo.

2.1. Objetivos generales

Los objetivos generales de esta investigación son los siguientes:

1. Describir y analizar la situación económica y financiera de las empresas hospitalarias europeas.
2. Estudiar y analizar los estados financieros, la comunicación y la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas.
3. Determinar la relación entre los resultados económicos y financieros, la comunicación empresarial y la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas.

2.2. Objetivos específicos

Para alcanzar estos tres objetivos generales, se han establecido los diez objetivos específicos siguientes:

1. Encontrar los factores más importantes que contribuyen a mejorar la gestión hospitalaria.
2. Analizar la situación económica y financiera de las empresas hospitalarias que se rigen por el modelo sanitario Beveridge.
3. Determinar las variables que influyen en la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias que se rigen por el modelo sanitario Beveridge.
4. Caracterizar y estudiar la aparición de empresas emergentes en el sector sanitario europeo.
5. Describir la salud económica y financiera de las empresas hospitalarias españolas.
6. Identificar los factores o variables que explican la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias españolas.
7. Evaluar los contenidos, las características, la estructura y la calidad de los sitios web corporativos de las empresas hospitalarias españolas.
8. Calcular e interpretar el índice de divulgación de información sobre responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas.
9. Determinar los factores que influyen en la divulgación de información sobre responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas.
10. Relacionar los factores más importantes de la gestión de empresas hospitalarias: los resultados económicos y financieros, la comunicación y la responsabilidad social.

2.3. Hipótesis de la investigación

Para definir las hipótesis de la presente investigación se han tenido en cuenta los objetivos enumerados en los dos apartados precedentes y la literatura académica previa que aborda cuestiones similares. De este modo, todos los objetivos anteriores se han creado para validar o refutar las hipótesis planteadas a continuación:

Hipótesis 1 → La crisis sistémica de los últimos años ha afectado a la situación económica y financiera de las empresas hospitalarias europeas que se rigen por el modelo sanitario Beveridge.

Hipótesis 1a → Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias europeas que se rigen por el modelo sanitario Beveridge y su solvencia.

Hipótesis 1b → Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias europeas que se rigen por el modelo sanitario Beveridge y su endeudamiento.

Hipótesis 1c → Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias europeas que se rigen por el modelo sanitario Beveridge y el crecimiento de sus ventas.

Hipótesis 1d → Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias europeas que se rigen por el modelo sanitario Beveridge y su edad.

Hipótesis 1e → Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias europeas que se rigen por el modelo sanitario Beveridge y su dimensión empresarial.

Hipótesis 2 → La crisis sistémica de los últimos años no ha sido un impedimento para que nazcan empresas emergentes dedicadas al sector sanitario.

Hipótesis 3 → La crisis sistémica de los últimos años ha afectado a la situación económica y financiera de las empresas hospitalarias españolas.

Hipótesis 3a → Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias españolas y su forma jurídica.

Hipótesis 3b → Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias españolas y su solvencia.

Hipótesis 3c → Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias españolas y su endeudamiento.

Hipótesis 3d → Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias españolas y su dimensión empresarial.

Hipótesis 3e → Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias españolas y el PIB per cápita.

Hipótesis 3f → Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias españolas y la densidad de población.

Hipótesis 4 → Los sitios web de las empresas hospitalarias españolas son de calidad.

Hipótesis 5 → Los sitios web de las empresas hospitalarias españolas son accesibles.

Hipótesis 6 → Las empresas hospitalarias españolas divulgan en sus páginas web información sobre responsabilidad social.

Hipótesis 6a → Existe una relación estadísticamente significativa entre el índice de divulgación de la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas y su dimensión empresarial.

Hipótesis 6b → Existe una relación estadísticamente significativa entre el índice de divulgación de la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas y sus ingresos de explotación.

Hipótesis 6c → Existe una relación estadísticamente significativa entre el índice de divulgación de la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas y su rentabilidad económica.

Hipótesis 6d → Existe una relación estadísticamente significativa entre el índice de divulgación de la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas y su endeudamiento.

Hipótesis 6e → Existe una relación estadísticamente significativa entre el índice de divulgación de la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas y el tamaño poblacional.

Hipótesis 6f → Existe una relación estadísticamente significativa entre el índice de divulgación de la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas y el PIB per cápita.

Hipótesis 7 → Se puede definir un modelo que relacione los resultados económicos y financieros, la comunicación y la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas.

Hipótesis 7a → Una mayor predisposición hacia las acciones de responsabilidad social por parte de las empresas hospitalarias explican el aumento de las prácticas de comunicación acometidas por éstas.

Hipótesis 7b → Una mayor predisposición hacia las acciones de responsabilidad social por parte de las empresas hospitalarias explican la mejoría de los resultados económicos y financieros conseguidos por éstas.

Hipótesis 7c → Las buenas prácticas de comunicación implantadas por parte de las empresas hospitalarias explican unos mejores resultados económicos y financieros conseguidos por éstas.

3. Metodología

La metodología seguida en el desarrollo de la investigación consta de tres partes diferenciadas: una primera centrada en el estudio teórico y bibliográfico, una segunda que constituye el estudio empírico, y una tercera en la que, a partir de la teoría estudiada y los datos reales analizados, se han podido contrastar las hipótesis planteadas y llegar a distintas conclusiones.

En la primera fase, se hace una profunda revisión bibliográfica sobre los sistemas sanitarios y los efectos que ha tenido la crisis sistémica de los últimos años en el sector sanitario, así como sobre las empresas hospitalarias como empresas proveedoras de servicios asistenciales y sanitarios. Además, en este estudio bibliográfico se ha querido entrar en detalle sobre cuáles son los factores que permiten que se gestione mejor una empresa hospitalaria.

Para desarrollar la segunda parte, el estudio empírico, se han separado dos secciones que temporalmente se han analizado de manera sucesiva: una formada por el análisis correspondiente a las empresas hospitalarias europeas y otra, formada por el análisis correspondiente a las empresas hospitalarias españolas, ambas secciones analizadas para el período 2008-15.

Por último, la tercera parte engloba las conclusiones finales, la validación de las hipótesis planteadas y la explicación de las limitaciones y de las líneas futuras de investigación.

3.1. Origen y fuente de datos

La segunda parte, consistente en el desarrollo del estudio empírico, se ha trabajado mediante el uso de dos muestras distintas que se detallan en la tabla 1:

Tabla 1.- Descripción de las muestras utilizadas en la investigación

Muestra	A	B
Descripción	Empresas hospitalarias europeas	Empresas hospitalarias españolas
Base de datos	Amadeus ¹	SABI ²
Período	2008 a 2015	2008 a 2015
Estado	Empresas activas	Empresas activas
CNAE 2009	8610 – Actividades hospitalarias	8610 – Actividades hospitalarias
Tipología de empresa	Empresas mercantiles	Empresas mercantiles
Dimensión empresarial ³	Empresas grandes y medianas	Empresas grandes y medianas
Tipología de cuentas anuales	No consolidadas	No consolidadas
Disponibilidad cuentas anuales	Ejercicio 2015 disponible	Ejercicio 2015 disponible
Localización geográfica	Dinamarca, España, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia	España
Muestra final	222 empresas	122 empresas
Detalle de las empresas	Anexo A	Anexo B

Fuente: elaboración propia

De este modo, tras eliminar los valores extremos y los valores atípicos, la muestra final A queda formada por 222 empresas, mientras que la muestra final B incorpora 122 empresas.

Tal y como se observa en la tabla 2, ambas muestras son representativas:

Tabla 2.- Detalle de la representatividad de las muestras utilizadas en la investigación

	A			B		
	Población	Muestra	%	Población	Muestra	%
Número de empresas	539	222	41,19%	393	122	31,04%
Ingresos de explotación (m€)	28.790.269	19.507.727	67,76%	5.410.551	4.482.297	82,84%
Número de trabajadores	252.763	123.336	48,80%	59.058	46.391	78,55%
Total activo (m€)	61.344.545	20.591.066	33,57%	6.547.187	5.265.012	80,42%

Fuente: elaboración propia

¹ Amadeus es una base de datos con información financiera detallada y comparable de más de 23 millones de empresas europeas, públicas y privadas, de 44 países).

² SABI (Sistema de Análisis de Balances Ibéricos) es una herramienta elaborada por Informa D&B en colaboración con Bureau Van Dijk, incluyendo estados financieros, ratios, actividades, accionistas de más de 2 millones de empresas españolas y más de 500.000 portuguesas.

³ Según la Directiva Europea 2013/34/UE se consideran grandes empresas cuando el importe neto de la cifra de negocios (INCN) supera los 40 millones de euros y el total activo supera los 20 millones de euros, con más de 250 trabajadores. Por otra parte, se definen empresas medianas cuando el INCN está comprendido entre 8 y 40 millones de euros, el total activo entre 4 y 20 millones de euros y el número de trabajadores entre 50 y 250.

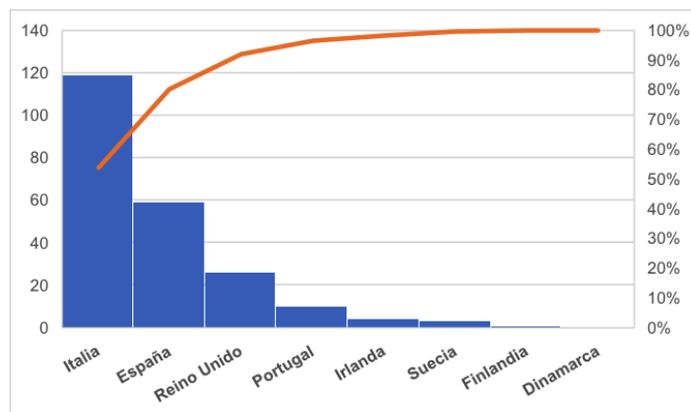
La muestra A representa un 41% de las empresas hospitalarias existentes en los ocho países anteriormente descritos y cuya facturación supone aproximadamente un 68% del importe total de las ventas. Por su parte, la muestra B está formada por un 31% de las empresas hospitalarias españolas y es importante señalar que, en esta muestra, tanto los ingresos de explotación, como el número de trabajadores y el total activo son muy representativos porque los porcentajes se sitúan en valores próximos al 80%.

3.2. Caracterización de las muestras

Para definir y posicionar correctamente a las empresas hospitalarias de ambas muestras, se realiza una caracterización mediante los datos que hacen referencia a la distribución geográfica, la forma jurídica y la fecha de constitución.

Las empresas europeas que desarrollan actividades hospitalarias y que forman la muestra A se localizan mayoritariamente en Italia, España y Reino Unido; países donde, en sintonía con la literatura académica, la sanidad se encuentra más privatizada y, por lo tanto, disponen de más empresas de atención hospitalaria (gráfico 1).

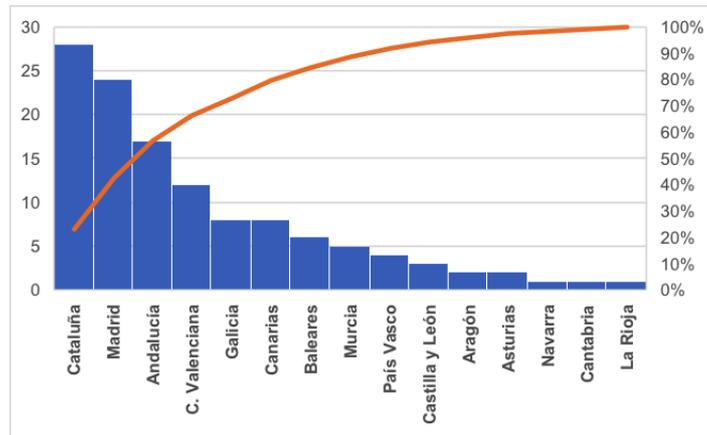
Gráfico 1.- Distribución geográfica de las empresas hospitalarias europeas (muestra A)



Fuente: elaboración propia

Haciendo referencia a la muestra B, más del 70% de las empresas hospitalarias españolas se localizan en Cataluña, Madrid, Andalucía y la Comunidad Valenciana; en estas comunidades es donde se encuentran más centros hospitalarios privados (gráfico 2).

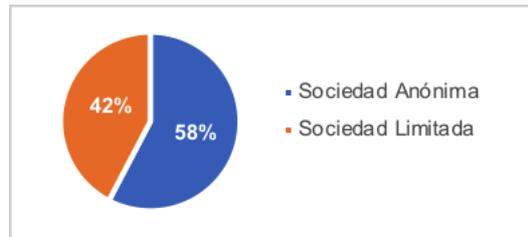
Gráfico 2.- Distribución geográfica de las empresas hospitalarias españolas (muestra B)



Fuente: elaboración propia

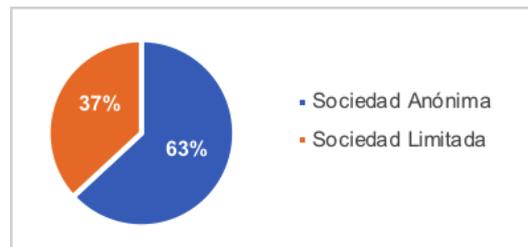
Tal y como se muestra en los gráficos 3 y 4, la forma jurídica de ambas muestras es similar y la mayoría de las empresas hospitalarias son sociedades anónimas.

Gráfico 3.- Forma jurídica de las empresas hospitalarias europeas (muestra A)



Fuente: elaboración propia

Gráfico 4.- Forma jurídica de las empresas hospitalarias españolas (muestra B)



Fuente: elaboración propia

Por lo que se refiere a la edad de las empresas hospitalarias, en el caso de la muestra de empresas hospitalarias europeas, un 74% de estas se constituyeron antes del año 2000 y sólo un 14% se han creado a lo largo del período analizado (2008-2015).

Por último, un 73% de las empresas hospitalarias españolas, que forman la muestra B, se fundaron antes del año 2000 y sólo un 11% se han constituido a lo largo de los ejercicios 2008 a 2015.

3.3. Método

En cada uno de los capítulos de la investigación aparece detallada la metodología utilizada. Sin embargo, a continuación, se listan las principales técnicas utilizadas:

- Revisiones bibliográficas
- Análisis exploratorios
- Análisis descriptivos de corte transversal
- Análisis de contenido
- Modelos econométricos con datos de panel
- Prueba de normalidad *Kolmogorov-Smirnov*
- Prueba de homogeneidad *Levene*
- Estadístico *T de Student* para muestras independientes
- Coeficiente de correlación de *Pearson*
- Coeficiente de correlación de *Spearman*
- Modelos de ecuaciones estructurales

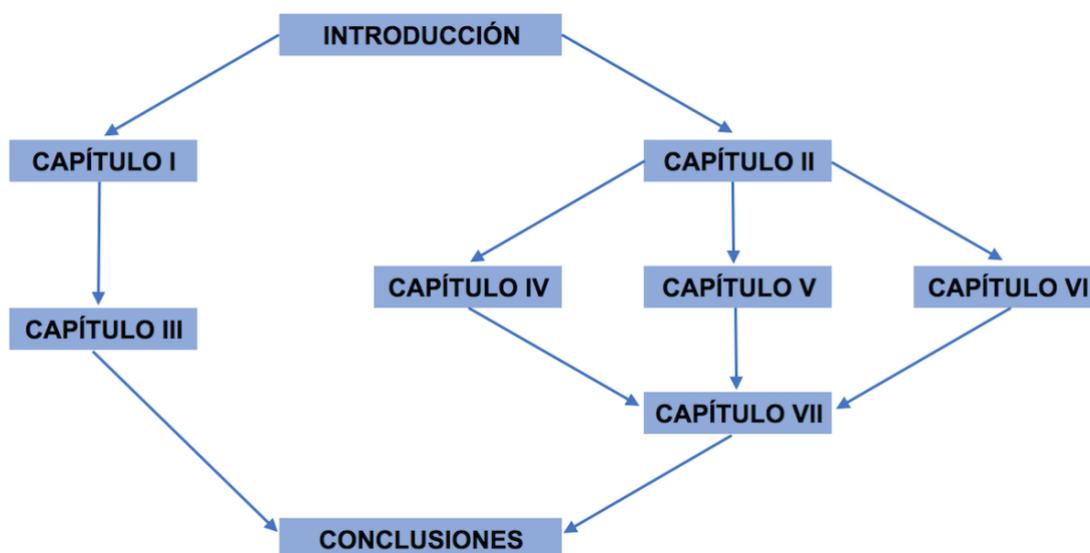
Además, se debe tener en cuenta la cantidad de bases de datos que se han utilizado para conseguir los datos de la investigación:

- Scopus
- Web of Science
- Amadeus
- SABI
- Crunchbase
- Instituto Nacional de Estadística
- Similarweb
- MyNews
- Statista

4. Estructura de la investigación

Este trabajo consta de siete capítulos numerados correlativamente y cuya relación entre ellos se detalla en la ilustración 1:

Ilustración 1.- Esquema de la estructura de la investigación y relación de los capítulos



Fuente: elaboración propia

El **primer capítulo** es un capítulo introductorio que plantea los conceptos fundamentales sobre los sistemas sanitarios europeos.

En el **segundo capítulo** se revisa detenidamente la literatura teórica y empírica de los principales conceptos tratados en esta investigación, como son las empresas hospitalarias, los estados financieros, la irrupción tecnológica, la comunicación y la responsabilidad social.

El **tercer capítulo** se divide en dos partes. En la primera, se presentan los estados financieros de las empresas hospitalarias europeas que se rigen por el modelo sanitario Beveridge y se analizan los factores que más influyen en su rentabilidad económica mediante la aplicación de la técnica econométrica de modelización con datos de panel. En la segunda parte, se caracterizan y se estudian las empresas emergentes sanitarias europeas diferenciadas según el modelo sanitario que siguen y clasificándolas en cuatro áreas destacadas de emprendimiento en el campo de la salud.

El **cuarto capítulo** analiza la salud económica y financiera de las empresas hospitalarias españolas y se determinan las variables que inciden en la rentabilidad económica de estas empresas, mediante el procedimiento estadístico de comparación de medias y el análisis del coeficiente de correlación de Pearson.

En el **quinto capítulo** se evalúan los contenidos, las características, la estructura y la calidad de los sitios web hospitalarios españoles. De este modo, se realiza un estudio descriptivo de corte transversal y exploratorio de los sitios web de las empresas hospitalarias españolas utilizando un cuestionario estadísticamente validado.

Asimismo, el **sexto capítulo**, analiza la presencia de indicadores de responsabilidad social en las páginas web de las empresas hospitalarias españolas y mide el grado de divulgación de la información sobre responsabilidad social. Además, en este capítulo se determinan cuáles son

los factores que influyen en estas prácticas de divulgación mediante el uso de la estadística inferencial.

En el **séptimo capítulo** se estudia la existencia de la relación entre los resultados económicos y financieros, la comunicación y la responsabilidad social. Esta relación se mide por medio de los modelos de ecuaciones estructurales basados en componentes.

Por último, se presenta una síntesis de las principales **conclusiones** de la investigación, las implicaciones que pudieran derivarse de ésta y se validan las hipótesis. Además, se exponen las limitaciones y las futuras líneas de investigación.

PRIMERA PARTE
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

LOS SISTEMAS SANITARIOS EUROPEOS

En este capítulo se describen los sistemas y modelos sanitarios existentes, centrando la atención en el ámbito geográfico europeo. Concretamente se estudia el impacto que ha tenido la crisis económica en el sector sanitario europeo y cuáles son las medidas de austeridad y las reformas en la gestión aplicadas. Además, se detalla el funcionamiento del sistema sanitario español y de la descentralización de los servicios sanitarios españoles a las comunidades autónomas, y se finaliza con el análisis de la importancia del papel del sector privado en la sanidad española.

1. Los sistemas sanitarios

En la actualidad, son muchas las definiciones existentes que se han realizado a lo largo de la historia del concepto de sistema sanitario.

Según Arce y Temes (2003), un sistema sanitario es un conjunto de estructuras organizativas, servicios y centros, que se utilizan para ofertar los medios y programas de la política sanitaria preestablecida a través del modelo sanitario, con el objetivo de obtener los niveles deseados de salud de la población.

En este sentido, tal y como definen estos mismos autores, un modelo sanitario es un conjunto de criterios de orden ideológico y político, determinados desde la Administración, que establecen la oferta de medios y recursos que se ponen a disposición de los ciudadanos con la finalidad de alcanzar la satisfacción individual, pero también colectiva, del derecho a la salud.

De este modo, la principal diferencia entre un sistema sanitario y un modelo sanitario está en el hecho que el modelo sanitario es un concepto político e ideológico, mientras que el sistema sanitario es la estructura del modelo sanitario y hace referencia al conjunto de elementos materiales que lo forman y que pretenden mejorar la salud de la población.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sistema sanitario como el conjunto complejo de elementos que están relacionados entre ellos y que contribuyen a la mejora de la salud en los hogares, en los lugares de trabajo, en los lugares públicos y en las comunidades, así como en el medio ambiente físico y en otros sectores afines al sector de la salud.

En la misma línea, Cabo (2010) afirma que el sistema sanitario de un país está compuesto por el conjunto de organismos, recursos humanos y estructurales, el conjunto de servicios sanitarios y organizaciones públicas y privadas que se encargan de la producción de estos servicios sanitarios y sus interrelaciones entre ellos, que dependen de las formas de organización y planificación que realicen sus dirigentes sanitarios.

En definitiva, tomando en consideración todas las definiciones anteriores, se llega a la conclusión de que la función principal de cualquier sistema sanitario es asegurar el derecho de acceso a la salud de toda la población, procurando que ésta no enferme y que cuando lo haga, pueda ser correctamente atendida, diagnosticada y tratada.

La atención sanitaria y los sistemas sanitarios son considerados como parte fundamental del Estado del Bienestar y para lograr un buen nivel de salud se requiere que exista una planificación y una asignación eficiente y eficaz de los recursos económicos necesarios (Cabo, 2010). Los sistemas sanitarios considerados como sistemas sociales se enfrentan a numerosos retos relacionados con los cambios sociales, económicos, tecnológicos y culturales (Repullo, 2006).

A partir de la segunda mitad del siglo XX, se han ido incrementando progresivamente los costes de los sistemas sanitarios debido a la inclusión de nuevas tecnologías, al crecimiento de los centros hospitalarios, que provoca que aumenten las cantidades necesarias de recursos

humanos y materiales, al envejecimiento de la población, al aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas y al incremento de la inmigración. La población demanda cada vez más y mejores servicios de salud, pero se debe tener presente que los recursos no siguen un crecimiento paralelo que permita cubrir totalmente sus necesidades. Por eso, el sistema sanitario debe intentar acercar los servicios sanitarios a toda la población, de acuerdo con las disponibilidades, y en condiciones de eficiencia y equidad (Repullo, 2006).

En este sentido, según la OMS, cualquier sistema sanitario que pretenda ser óptimo debe reunir las siguientes características:

- Universalidad: cobertura total de la población.
- Equidad: igualdad de trato y de accesibilidad a los servicios.
- Flexibilidad: adaptación a las nuevas necesidades.
- Atención integral: atención a nivel de asistencia, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Eficiencia: conseguir la máxima salud y las mejores prestaciones a un coste óptimo.
- Participación real de la población: incluir a la población en la planificación y gestión del sistema sanitario.

Según como sean estas características organizativas de los sistemas sanitarios, se priorizarán más unos u otros de los objetivos y se formará un tipo u otro de sistema sanitario. No obstante, no hay ningún sistema que cumpla todas las características puesto que intentar mejorar en una de estas cualidades implica ser más modesto en otra (Cabo, 2010).

De este modo, para lograr estos objetivos que pretenden los sistemas sanitarios, es imprescindible que se adopten diferentes formas de organización, teniendo en cuenta los valores y motivaciones de la sociedad en la que se desarrollan los mismos (Sevilla y Enríquez, 2006). Estas formas diferentes están relacionadas con dos elementos principales: los receptores de la atención sanitaria – es decir, los usuarios a los que se deben atender – y los proveedores de ésta – es decir, los servicios médicos – que se relacionan entre ellos mediante diferentes mecanismos.

No obstante, en cualquier sociedad compleja, los sistemas de relaciones se complican. Así, en cualquier sistema sanitario encontraremos a estos dos elementos que participan activamente, pero a la vez, también desarrollan un papel importante las agencias aseguradoras privadas y el gobierno, que forma la parte más administrativa y de gestión. Estos cuatro elementos, que participan de forma directa en cualquier sistema sanitario, están relacionados funcionalmente por la regulación, la financiación, la gestión y la provisión de servicios. Es decir, en todo caso se debe tener en cuenta el marco del sistema sanitario que, evidentemente está condicionado por el modelo del estado, la regulación de éste, la situación socioeconómica y los valores y motivaciones de los diferentes agentes involucrados en el sector sanitario (Cabo, 2010).

La clasificación tradicional de los sistemas sanitarios se ha hecho en base a la financiación. Así, en función del tipo de financiación que relaciona a los cuatro agentes se van generando distintos

modelos sanitarios (Temes y Mengibar, 2007). En este sentido, se pueden distinguir cuatro formas de financiación (Arce y Temes, 2003):

1. Liberal o pago directo de los servicios: el pago por la prestación de los servicios sanitarios se efectúa directa y voluntariamente del usuario al proveedor. En este caso no existe ningún intermediario y la utilización de estos servicios se basa en la ley de la oferta y la demanda.
2. Aseguramiento voluntario privado: los usuarios de los servicios sanitarios suscriben una póliza de seguro con una compañía privada mediante la cual se cubre la asistencia de una serie de prestaciones contratadas. Estas aseguradoras privadas actúan como agencias y son las que actúan de intermediarias pagando al proveedor de los servicios.
3. Seguros sociales obligatorios: la financiación se produce a través de cuotas proporcionales a los salarios, que son retenidas obligatoriamente de una parte del salario de los trabajadores. Estas cuotas constituyen un fondo específico para la prestación asistencial de los colectivos que cotizan y la cobertura de la asistencia sanitaria es similar para todos los asegurados. En este caso, la entidad aseguradora que recauda estos seguros es la que se encarga de pagar a los proveedores de los servicios sanitarios.
4. Sistema del Estado del Bienestar o Servicio Nacional de Salud: la financiación se realiza a través de la partida de dinero procedente de los presupuestos generales del estado, que se obtiene mediante los impuestos que paga toda la población. De este modo, nadie puede evitar estar exento de la financiación y no pueden ser excluidos de su utilización, lo que aporta acceso universal y, en la mayoría de los casos, gratuito. Los médicos son empleados del sistema y la distribución de los recursos lo deciden los directivos políticos.

En la mayoría de los países, los sistemas de financiación y aseguramiento no son puros, existiendo dentro de cada uno distintos modelos. Es decir, los sistemas sanitarios de los diferentes países presentan combinaciones de los diferentes modelos que se definirán a continuación (Cabo, 2010; Arce y Temes, 2003).

2. Los modelos sanitarios

A lo largo de los años, se han hecho muchas propuestas para clasificar los sistemas sanitarios. No obstante, la clasificación más utilizada inicialmente subdividió el sistema sanitario en tres amplios modelos (Cabo, 2010):

2.1. El modelo sanitario liberal o modelo de libre mercado

En este modelo la salud se considera un bien de consumo y, por lo tanto, está sometida a las leyes de oferta y demanda cuando se pretende realizar la distribución de los recursos entre toda la sociedad. El usuario de los servicios sanitarios paga directamente al proveedor o lo hace a través de aseguradoras privadas. Así, el estado no tiene la obligación de proteger la salud de toda la población, pero sí que realiza una contribución, que en comparación al resto de los

modelos es muy pequeña, para la asistencia sanitaria de los grupos marginales y/o desfavorecidos que no tienen recursos.

Este modelo, que impera en los Estados Unidos, favorece la competitividad entre los diferentes proveedores para captar clientes y permite la libertad de elección por parte de los ciudadanos. No obstante, este modelo puede generar situaciones graves de falta de equidad y de discriminación si no se tienen redes de beneficencia que atiendan a los que no puedan pagar directamente o a los que no tengan seguro que les cubra (Arce y Temes, 2003).

2.2. El modelo sanitario socialista o *Shemasko*

Este modelo se caracteriza por propugnar la financiación de la asistencia sanitaria en su totalidad por medio de los presupuestos generales del Estado o de los impuestos de todos los miembros de la sociedad. Además, ofrece una cobertura universal y gratuita a toda la población en condiciones de equidad, gratuidad y universalidad. En este sentido, los medios de producción son de titularidad pública y es el estado el que desarrolla la función de planificar y distribuir los recursos.

El modelo socialista cree en la medicina preventiva y en la educación sanitaria para aumentar los niveles de salud. Sin embargo, esto se produce en perjuicio de la creación de servicios asistenciales y medicaciones costosas y, a la vez, desde el punto de vista social tiene inconvenientes derivados de una excesiva rigidez por parte de la administración y de la burocracia.

El modelo socialista puro es incompatible con ninguna estructura sanitaria de tipo privado o de seguros y solo se ha dado en los países comunistas de la antigua URSS, del centro y del este de Europa (Arce y Temes, 2003).

2.3. El modelo sanitario mixto

En este caso, este modelo se basa en la separación entre la financiación y la provisión de los servicios sanitarios.

De este modo, la financiación de los servicios es mayoritariamente pública a través de los impuestos de toda la población, pero se admite y se necesita para el buen sostenimiento del sector sanitario, que el sector privado y el sector asegurador puedan participar en la financiación de aquellos servicios que se demanden directamente por los ciudadanos.

Por otro lado, la provisión de los servicios puede ser indistintamente pública y privada, pero siempre se debe garantizar el cumplimiento de unos parámetros de calidad asistencial para que puede considerarse adecuada.

El modelo sanitario mixto es el que está implantado en gran parte de los países occidentales europeos (Arce y Temes, 2003).

Se debe tener en cuenta que según como sea la financiación en estos países que siguen modelos mixtos, se pueden distinguir dos variantes, el modelo sanitario Bismarck y el modelo sanitario Beveridge (Cabo, 2010).

Modelo sanitario Bismarck

El modelo sanitario Bismarck o *Social Health Insurance* (SHI) nació en Alemania en el siglo XIX, debido a que los trabajadores industriales se unieron en cooperativas o sociedades y cada vez fueron ganando más peso porque eran más fuertes y mejor organizadas. Estas organizaciones empezaron a considerar al Estado como garantizador de las necesidades básicas, formándose las primeras organizaciones gremiales.

En 1883 destacó la figura del político conservador y burócrata alemán Otto Eduard Leopold von Bismarck-Schönhausen, fundador del moderno Estado alemán. Bismarck fue el encargado de aprobar en el Parlamento alemán una serie de medidas sociales, entre las cuales se encontraba la protección parcial de los trabajadores no agrícolas en caso de enfermedad, invalidez y ancianidad. No obstante, en vez de realizar el aseguramiento de estas prestaciones de forma directa, atribuyó la recaudación de las contribuciones de los empleados y trabajadores y la administración de los fondos obtenidos de las entidades privadas sin ánimo de lucro, siempre bajo la supervisión del Estado (Arce y Temes, 2003).

A lo largo de los años, el modelo sanitario Bismarck se ha ido configurando como un modelo basado en sistemas de seguridad social financiados por cotizaciones sociales obligatorias. A la vez, existen pagos complementarios, entre ellos el hospitalario y el farmacéutico y no ofrece protección universal. Así, los trabajadores con un salario superior al establecido en la normativa están obligados a suscribir un seguro oficial al que deben destinar un porcentaje del salario bruto, reglado por las leyes. De este modo, en la sanidad de estos países, la administración pública limita su actuación a regular las prestaciones, los servicios y la calidad de éstos, y los principales actores son las aseguradoras y los médicos concertados. En este modelo, los impuestos generales sirven para financiar las primas de los seguros de los sectores desfavorecidos y sin cobertura o ciertos tipos de asistencia básica pública (López-Rodríguez et al., 2014).

Los países con sistemas sanitarios que derivan de esta variante del modelo mixto son principalmente Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo y Países Bajos (ilustración 2).

Modelo sanitario Beveridge

El crac del 1929, que originó la gran depresión económica, provocó que se generalizara una necesidad de protección; sin embargo, los escasos recursos económicos de los gobiernos estaban impidiendo los intentos de universalización de la protección y la atención sanitaria.

En el año 1939, Nueva Zelanda fue el primer país en instaurar la cobertura universal y no fue hasta el año 1948, que el economista y político británico William Henry Beveridge, uno de los

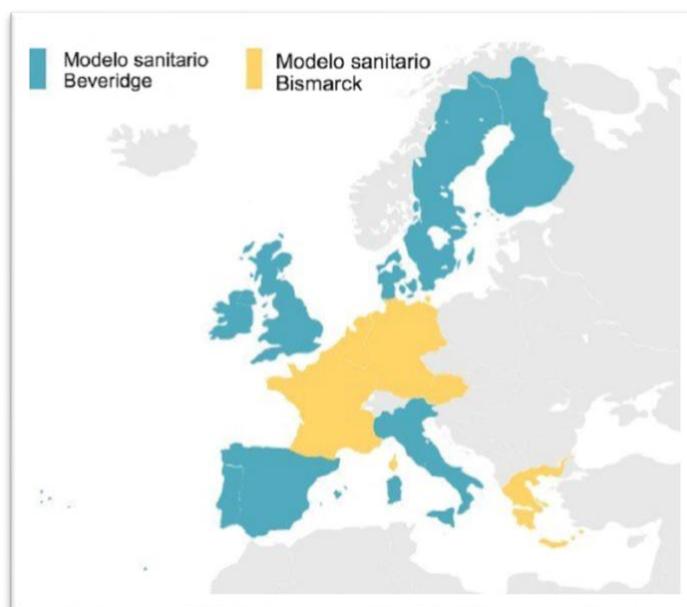
responsables de la creación de los planes sociales avanzados en beneficio de los trabajadores, implantó en Gran Bretaña el primer sistema sanitario de cobertura universal en Europa. Concretamente, diseñó el primer Sistema Sanitario Nacional gracias a la creación del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service* o NHS).

Seguidamente, a partir de la posguerra, la mayoría de los países del entorno comenzaron a seguir el sistema instaurado por Beveridge y empezaron a incrementar las prestaciones y coberturas, obteniéndose la cobertura universal en muchos países desarrollados y algunos en vías de desarrollo (Arce y Temes, 2003).

En el modelo sanitario Beveridge, la financiación procede de los presupuestos generales del estado y la prestación sanitaria se hace en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad. La planificación y la salud pública quedan en manos del Estado, que elabora planes de salud, con objetivos definidos, claros y evaluables (López-Rodríguez et al., 2014).

Tal y como se muestra en la ilustración 2, los países que, en parte o en su totalidad, se rigen de esta variante del modelo mixto son básicamente Dinamarca, España, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia (Cabo, 2010).

Ilustración 2.- Distribución geográfica de los dos principales modelos sanitarios europeos



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

3. Nuevas clasificaciones de los modelos sanitarios

La anterior clasificación basada en los tres modelos sanitarios ideales se ha considerado la clasificación estándar que muchos autores han utilizado en sus investigaciones. No obstante, a lo largo de los años, han sido muchas las propuestas que se han tomado en consideración para clasificar los sistemas sanitarios (Toth, 2016).

Una de ellas fue la de Wendt et al. (2009), que fueron más lejos en la teoría de la existencia de sistemas sanitarios y encontraron veintisiete diferentes combinaciones de sistemas sanitarios; sin embargo, veinticuatro de estas combinaciones se pueden considerar formas híbridas y se terminan obteniendo, por lo tanto, los tres modelos puros que se han analizado en el apartado anterior.

Por su parte, Böhm et al. (2013) también analizaron las veintisiete combinaciones mencionadas y llegaron a la conclusión de que, en la práctica, los sistemas sanitarios en los países de la OCDE se pueden agrupar en cinco modelos ya que el resto no son aplicables en la vida real.

Es generalmente aceptado que los sistemas sanitarios nacionales son sistemas híbridos y compuestos que mezclan y combinan elementos inspirados en distintos modelos (Toth, 2016; Böhm et al., 2013; Wendt et al., 2009).

Algunos autores sugieren que se debe considerar el sistema sanitario como un triángulo, debido a la relación existente entre las tres distintas categorías de sujetos: usuarios, proveedores y aseguradoras (Toth, 2016; Rothgang et al., 2005; Mossialos et al., 2002). En este sentido, cuando se analiza la relación entre los usuarios y las aseguradoras, se está tratando del apartado más importante, la financiación del sistema. Los modelos de financiación habitualmente también pueden afectar a la forma en que los proveedores son pagados. Cuando se considera la relación entre los proveedores y los usuarios, se hace referencia a la provisión de los servicios sanitarios. La forma de provisión está, a la vez, afectada por la relación que los usuarios y los proveedores tienen con las aseguradoras (Toth, 2016).

Algunas clasificaciones de los sistemas sanitarios, como la que se ha visto en el apartado precedente, se hacen considerando exclusivamente la dimensión de la financiación. No obstante, es necesario incluir también la dimensión de la provisión de los servicios. Así, los mecanismos financieros por una parte y los métodos de provisión al otro lado son considerados las dos dimensiones principales necesarias para poder clasificar los sistemas sanitarios (Wendt et al., 2009; Wendt, 2009; Rothgang et al., 2005; Mossialos et al., 2002).

Un primer criterio, ampliamente utilizado en la financiación de los modelos sanitarios, se refiere a la naturaleza pública o privada del plan de seguro: las aseguradoras pueden ser públicas, privadas con fines de lucro o privadas no lucrativas. Un segundo criterio se refiere al nivel de obligatoriedad del plan de seguro, de ahí la libertad de elección otorgada al asegurado: existen programas de seguro voluntarios, esquemas obligatorios donde es posible elegir el asegurador, y sistemas que no permiten la elección del seguro por parte del ciudadano, a quien la ley exige que contrate un seguro y la ley lo asigna a un asegurador determinado (Toth, 2016; Hurst, 1991).

Muchas clasificaciones atribuyen gran importancia al método de contribución: el esquema de seguro puede estar financiado por impuestos, contribuciones a la seguridad social proporcionales al salario o primas de seguro; en el último caso, la fórmula por la cual se calculan las primas es de especial relevancia (Thomson et al., 2009; Rothgang et al., 2005).

Tal y como se ha dicho inicialmente, al intentar condensar los criterios anteriores, se desarrollaron tres tipos ideales de sistemas de financiamiento (Wendt et al., 2009):

1. El seguro de salud privado voluntario o *Voluntary Insurance*.
2. El seguro social de salud o *Social Health Insurance* (SHI), definido anteriormente como el modelo Bismarck.
3. La cobertura universal o *National Health Service* (NHS), definida anteriormente como el modelo Beveridge.

3.1. El seguro de salud privado voluntario o *Voluntary Insurance* (VI)

Los ciudadanos son libres de elegir inscribirse o no en un seguro. Aquellos que no pueden o no quieren obtener cobertura de seguro pagarán por los servicios de atención médica necesarios de su bolsillo. Por el contrario, aquellos que deseen contratar una póliza de seguro de salud pueden elegir entre varias aseguradoras privadas. Este modelo es el que se aplica en Estados Unidos.

3.2. El seguro social de salud o *Social Health Insurance* (SHI)

El principio básico detrás del modelo de seguro de salud social, también denominado modelo Bismarck, es que el Estado requiere que ciertas categorías de trabajadores paguen contribuciones de su salario en un fondo de compensación. Los fondos de enfermedad son casi públicos, sin fines de lucro, sujetos a estricta regulación gubernamental y nombrados para cobrar las contribuciones de sus suscriptores. En este caso, los suscriptores de fondos de enfermedad reciben un reembolso total o parcial de los gastos médicos incurridos.

Por lo tanto, este modelo divide a la población en dos grupos que tienen diferentes niveles de libertad. Por un lado, están aquellos que, como miembros de ciertas profesiones, deben pagar contribuciones obligatorias y no pueden elegir inscribirse o no en el plan de seguro de salud ya que están obligados a hacerlo. Por otro lado, están aquellos que no están sujetos a ninguna obligación; pueden, si así lo desean, contratar una póliza de seguro voluntaria o un desembolso personal para su atención médica.

En los últimos tiempos, algunos países como Alemania han introducido una variante del modelo original: el trabajador tiene derecho a elegir su propio fondo de enfermedad. Por lo tanto, es obligatorio pagar contribuciones, pero se puede elegir para qué fondos de enfermedad se debe inscribir.

3.3. La cobertura universal o *National Health Service* (NHS)

Este modelo también es conocido como el modelo Beveridge, que se ha definido en apartados anteriores.

Un sistema universalista se define como un plan de seguro de pagador único (por lo tanto, uno para toda la población) que cubre a todos los residentes y se financia a través de los impuestos.

El sistema universalista está marcado por el hecho de que el derecho a la atención médica no está vinculado con el pago de una prima o una contribución, sino a residir en un país determinado. Por lo tanto, la salud es un derecho de los ciudadanos de ese país.

Los residentes no pueden elegir si financiar o no el esquema universalista, están obligados a pagar impuestos y, por lo tanto, también a financiar el programa. Y, dado que los impuestos directos generalmente se pagan más que proporcionalmente con respecto a los ingresos, el esquema universalista se convierte en un sistema de financiación típicamente progresivo. El financiamiento del esquema universalista tiene, por lo tanto, un claro propósito redistributivo: los más ricos terminan pagando, al menos en parte, los servicios de atención médica proporcionados a los ciudadanos más pobres.

3.4. Los programas residuales

En los países donde prevalece el seguro de salud voluntario o social, a menudo existen programas que pueden definirse como residuales. Estos programas son aquellos que están financiados por los impuestos generales y destinados a poblaciones particulares. Los beneficiarios de estos programas son generalmente las categorías más vulnerables, aquellas que están más expuestas a los riesgos para la salud.

3.5. El seguro nacional de salud obligatorio o *Compulsory National Health Insurance (NHI)*

El seguro nacional de salud obligatorio (NHI) se entiende como el principio según el cual el estado exige que todos los residentes contraten una póliza de seguro de salud privada que cubra los servicios esenciales de salud, utilizando recursos individuales.

Este modelo es, por lo tanto, un sistema de múltiples pagadores, en el cual los ciudadanos pueden elegir a sus aseguradoras. El estado puede otorgar subsidios a ciudadanos de bajos ingresos, que de otra manera podrían tener dificultades para pagar la prima de seguro regularmente, y puede imponer una regulación, incluso muy estricta, del mercado de seguros.

Todos los autores que pretenden estudiar los modelos sanitarios desde una perspectiva comparativa saben que en la actualidad ya no existen sistemas nacionales que utilicen solo uno de los modelos discutidos anteriormente. Todos los países usan al menos dos, sino más. De este modo, en el sector de la asistencia sanitaria el principio que se aplica es que todos los sistemas nacionales son híbridos (Böhm et al., 2013; Wendt et al., 2009; Burau y Blank, 2006).

Pero si se afirma que todos los países tienen sistemas híbridos, resulta difícil hacer coincidir cada uno con uno de los cinco modelos principales: si un país coincide con más de un modelo, la clasificación no es exclusiva. En este caso, varios autores (Toth, 2016; Böhm et al., 2013; Wendt et al., 2009) proponen resolver el problema considerando, para cada país, solo el modelo prevaleciente.

No obstante, la mayoría de los autores que en sus estudios empíricos pretenden analizar los sistemas sanitarios europeos, se centran en los dos modelos de gestión sanitaria mixtos: el modelo Beveridge y el modelo Bismarck (Conde-Ruiz y González, 2016; Sekiguchi y Jinno, 2015; Delnoij, 2013; Van der Zee y Kroneman, 2007).

4. La crisis del sector sanitario europeo

Las importantes restricciones en el gasto sanitario público y en los sistemas sanitarios, han supuesto reducciones de los presupuestos, de los recursos y de las infraestructuras de los servicios sanitarios (Martínez et al., 2016).

Aunque el sistema sanitario no es el único elemento determinante de la salud, en los momentos de recesión económica, que es cuando se incrementan las desigualdades sociales y aumentan las demandas y necesidades sociosanitarias, constituye uno de los pilares fundamentales del estado del bienestar, sobre todo entre los colectivos que resultan más vulnerables (Karaniolos, et al., 2013; Stuckler y Basu, 2013).

Dávila y González (2009) manifiestan que la economía de cualquier país entra en recesión cuando ha experimentado durante, por lo menos, dos trimestres consecutivos un crecimiento negativo del producto interior bruto (PIB). Además, frecuentemente, las crisis económicas son precedidas por crisis financieras (Reinhart y Rogoff, 2009). Concretamente, este ha sido el caso que ha afectado severamente, a lo largo de los últimos años, a gran parte de Europa producto de la importante desaceleración económica y financiera sufrida por la mayoría de los países, provocando una crisis sistémica (Quaglio et al., 2013).

La crisis económica y financiera mundial, que comenzó en 2008, no afectó por igual a los países miembros de la Unión Europea. Los países más afectados se encontraban principalmente en la zona euro, que experimentaron un crecimiento negativo del PIB entre 2008 y 2012 (Correia et al., 2015; Thomson et al., 2014; Albreht, 2013; Karaniolos et al., 2013).

En 2009, la tasa de crecimiento real del PIB cayó en todos los países de la Unión Europea cuyos sistemas sanitarios se rigen por los modelos Beveridge⁴ y Bismarck⁵ (Stuckler et al., 2017). Concretamente, la disminución media en la Unión Europea fue del 4,3% y el desempleo aumentó sustancial y rápidamente. No obstante, en 2015 el PIB aún no ha regresado a los niveles de crecimiento previos a la crisis (ver gráfico 5).

⁴ Dinamarca, España, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia.

⁵ Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo y Países Bajos.

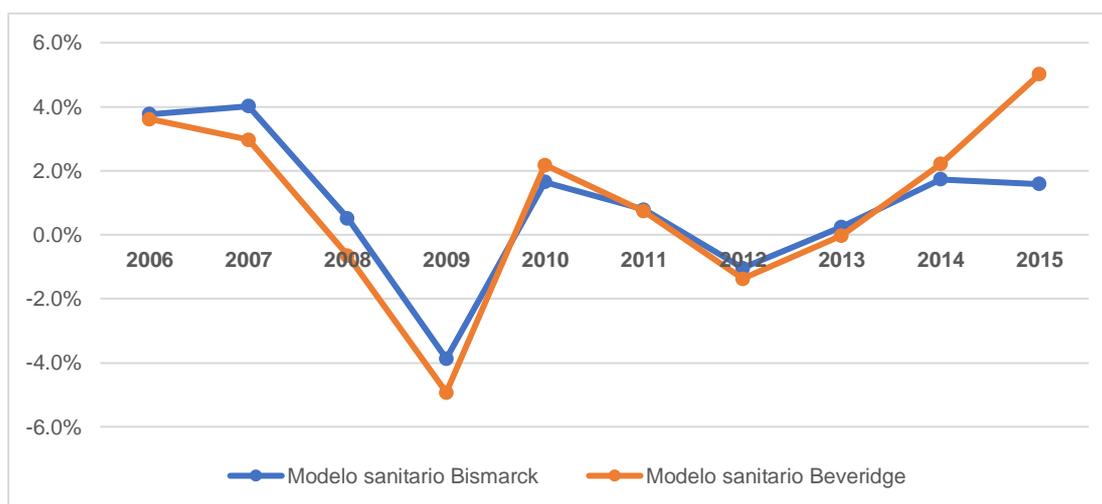
Gráfico 5.- Variación porcentual, en comparación con el año anterior, del PIB real en la UE (2006-2015)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Eurostat

Además, tal y como se observa en el gráfico 6, los países que se rigen por el modelo sanitario Beveridge han sufrido un importante decrecimiento del PIB en el año 2009, hasta alcanzar una caída media del 4,9%; mientras que, en el caso de los países que se rigen por el modelo sanitario Bismarck, la disminución en este mismo año, se ha situado en el 3,9%. No obstante, la recuperación de la tasa de crecimiento del PIB ha sido mucho más pronunciada en los países del modelo sanitario Beveridge que en 2015 alcanzan el 5,0% – especialmente por el considerable aumento del PIB de Irlanda –, frente el 1,6% de los países que siguen el modelo sanitario Bismarck.

Gráfico 6.- Variación porcentual, en comparación con el año anterior, del PIB real en los países europeos que siguen el modelo sanitario Beveridge y el modelo sanitario Bismarck (2006-2015)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Eurostat

Existe una problemática común en estos dos modelos sanitarios de los países europeos sintetizada en un aumento progresivo de los costes a lo largo de los años, que se produce paralelamente a un incremento de la demanda de servicios sanitarios y asistenciales (Saboya, 2005).

El envejecimiento de la población es cada vez más pronunciado y la tasa de natalidad se reduce cada vez más provocando que el porcentaje de cotizantes a la Seguridad Social disminuya y, consecuentemente, también se reduzca una de las fuentes más importantes de la financiación sanitaria pública (Velasco et al., 2011; Saboya, 2005).

De forma simultánea, la aparición de nuevas enfermedades y el aumento de aquellas que son crónicas requiere que se hagan grandes inversiones en investigación y desarrollo de nuevos fármacos, dispositivos médicos y métodos diagnósticos, terapéuticos y de prevención. Además, esta situación se ve agravada por el hecho que las nuevas tecnologías son muy caras y la aceleración del conocimiento tecnológico se traduce en la obsolescencia de los equipos médicos antes de su amortización (Karanikolos et al., 2013; Velasco et al. 2011; OCDE, 2010; Saboya, 2005).

Por otro lado, los centros hospitalarios con fines de lucro son cada vez más prevalentes como proveedores sanitarios, lo que implica que una parte de la cantidad del gasto no se destina directamente en salud, sino que también se deben obtener ganancias para los accionistas y directivos. En este contexto, es necesario adoptar innovaciones tecnológicas y cambios organizativos que puedan ayudar a que la atención médica sea más efectiva y eficiente (Velasco et al., 2011).

Es por todos estos motivos que Karanikolos et al., 2013 afirman que el gran reto de los países europeos consiste en desacelerar o bien, si es posible, frenar, el crecimiento de los costes sin que se vea afectada cantidad o la calidad de los servicios ofrecidos ni la equidad y la universalidad de los servicios sanitarios.

Son muchos los países europeos que, en mayor o menor medida, están inmersos en procesos de reforma cuyo objetivo es conseguir un sistema equilibrado, sostenible y con una relación entre los costes y la calidad que permita la contención del gasto sanitario. A pesar de las diferencias entre los distintos modelos sanitarios europeos, todos se orientan hacia estrategias similares que consisten en la gestión sanitaria realizada con criterios empresariales y en la aplicación de políticas de austeridad (Stuckler et al., 2017; Velasco et al. 2011; Saboya, 2005).

4.1. Medidas de austeridad en el sector sanitario europeo

De acuerdo con Mladovsky et al. (2012), el sector salud actuando como una de las industrias de servicios más grandes, representa uno de los sectores más importantes en las economías desarrolladas. Actualmente, su producción representa alrededor del 9% del PIB de la Unión Europea y alrededor del 10% de todos los trabajadores de esta misma región pertenecen al sector de la salud y el bienestar.

Debido a la crisis financiera y económica europea, muchos estados miembros de la Unión Europea han adoptado severas políticas para reducir sustancialmente el gasto público y, con ello, se han logrado reducciones en el gasto público en salud a través de diferentes mecanismos (Brall et al., 2016).

Concretamente, algunos países como España, Italia y Portugal aplicaron políticas de austeridad e hicieron grandes recortes al gasto público. En otros países como Bélgica, Dinamarca y Reino Unido, los presupuestos de salud se protegieron o se congelaron. También hubo países que usaron la crisis para reducir costes, particularmente en los sectores hospitalario y farmacéutico; o bien, países como Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, los Países Bajos, Portugal o Dinamarca, entre otros, que disminuyeron el alcance de la cobertura al establecer o incrementar los cargos a los usuarios por algunos servicios de salud en respuesta a la crisis (Karanikolos et al. 2013).

No obstante, en más de un 80% de los casos, las políticas de reducción del déficit en Europa han implicado importantes recortes presupuestarios del gasto público en lugar de aumentos impositivos; es por eso por lo que se consideran estas políticas como austeridad (Stuckler et al., 2017). Sin embargo, se debe tener en cuenta que, dependiendo del país que aplique estas políticas, las mismas son adoptadas con diferente velocidad e intensidad (Ongaro et al. 2015; Kickert et al. 2015).

La austeridad puede tener un impacto en la sanidad a través de recortes a los servicios de salud, así como reducciones en la cobertura de salud y restricción del acceso a la atención. Las áreas que se han visto más afectadas por los recortes han sido los sectores hospitalarios, los costos administrativos y los precios de los productos farmacéuticos, así como el número de empleados y los salarios (Karanikolos et al. 2013).

Además, la desaceleración económica también ha actuado como un catalizador de la reforma estructural, como el cierre o la fusión de hospitales y un mayor enfoque en la atención ambulatoria y primaria (Stuckler et al., 2017).

Es importante destacar que la distinción del modelo sanitario, según se trate del modelo de Beveridge o del modelo de Bismarck, puede ser hasta cierto punto relevante para explicar el enfoque adoptado para la gestión de recortes (Stuckler et al., 2017; Ongaro et al., 2015; Or et al., 2010).

Tal y como manifiestan Ongaro et al. (2015), los países que se rigen por el modelo Beveridge favorecen los recortes dirigidos según las prioridades; es decir, reduciendo el financiamiento para ciertas áreas y manteniéndolo para las prioritarias. Mientras que los países con sistemas de salud basados en el modelo sanitario Bismarck pretenden favorecer la productividad y ahorrar en eficiencia.

A este respecto, los desafíos de aumentar el tiempo de espera se manifiestan en los modelos Beveridge, dado el principio de universalidad y equidad combinado con una selección limitada de proveedores de servicios de salud; mientras que los modelos Bismarck, en respuesta a los crecientes costes, están aumentando el nivel de control gubernamental y la regulación de la pluralidad de proveedores (Or et al., 2010).

4.2. Las reformas en la gestión del sector sanitario europeo: la privatización

Los modelos sanitarios europeos han participado en el auge de las reformas en la gestión sanitaria especialmente durante la última década del siglo XIX y principios del siglo XX. En este sentido, pueden señalarse dos grandes estrategias de reforma que pretenden ser formas alternativas de trasladar la capacidad de decisión hacia los agentes con mayor potencial de logro de eficiencia: el gerencialismo y la privatización (Temes y Mengíbar, 2007).

La principal idea de reforma sanitaria basada en el gerencialismo consiste en transformar a los hospitales en empresas de servicios sanitarios, incorporando las figuras gestoras de las empresas privadas, y donde priman los conceptos de competencia y, por lo tanto, suponen la importación e implantación de técnicas de gestión empresarial al ámbito sanitario (Cabo, 2010).

Por otra parte, se realiza una reforma en términos de privatización que implica la creación de mercados de aseguradoras privadas y empresas mercantiles con fines de lucro que desarrollan actividades hospitalarias. De este modo, se permite la entrada de proveedores privados mediante contratación externa al mercado, creando nuevos mercados competitivos (Cabo, 2010; Temes y Mengíbar, 2007).

Concretamente, el *European Observatory on Health System and Policy* define el concepto privatización de los sistemas sanitarios como “*el proceso de transferencia de propiedad y funciones gubernamentales de entidades públicas a privadas – ya sean organizaciones con ánimo de lucro o sin él –*”. Este proceso de transferencia puede afectar a la financiación, la provisión, la gestión o la inversión.

Especialmente en el ámbito sanitario, en las últimas décadas se está soportando un crecimiento importante de la presión hacia la privatización de los servicios sanitarios y hospitalarios públicos. Esta tendencia radica en el aumento de las instituciones privadas y en la rigidez o falta de adaptación al entorno de las instituciones públicas (Minué y Martín, 2013).

Así, la coexistencia de fondos públicos y privados es una característica común a la mayoría sistemas sanitarios europeos. De hecho, el financiamiento de la asistencia médica privada oscila entre el 15% y el 30% del gasto total en atención médica en los países de la OCDE (Del Vecchio et al., 2015).

Dado que la desigualdad de ingresos y el envejecimiento de la población van en aumento, Del Vecchio et al. (2015) y Mou (2013) consideran que es probable que en los próximos años el papel de las fuentes privadas de financiación para la atención sanitaria crezca aún más.

Además, considerando la diferente base de legitimación y de política que distingue a los países que se rigen por el modelo sanitario Bismarck de los que lo hacen según el modelo sanitario Beveridge, el gasto privado plantea, especialmente, problemas en este último. Concretamente, en aquellos casos en que el derecho a la asistencia sanitaria se basa en la ciudadanía y se considera un derecho universal de las personas en lugar de estar vinculado a algún tipo de

contribución, el gasto privado puede percibirse como un fracaso de las entidades públicas y de los gobiernos en la gestión sanitaria pública (Del Vecchio et al., 2015; Mou, 2013; Biró, 2013).

Este hecho es debido a que los ciudadanos y los pacientes compran servicios sanitarios y hospitalarios en forma privada cuando la oferta pública no está disponible en el nivel de calidad deseado (Kiil, 2012; Owusu-Frimpong et al., 2010); es decir, un mejor funcionamiento del sistema público en términos de cantidad, rango y calidad de los servicios debería traducirse en una menor proporción de consumo privado (Mou, 2013).

Ferrera (1996) y Guillén (2006) ya pronosticaron que los países que seguían el modelo sanitario Beveridge no estaban fortaleciendo lo suficiente sus redes de gestión pública como para poder prescindir del sector privado. Es por este motivo que han surgido relaciones especiales entre ambos tipos de gestión, de manera que en estos países los servicios públicos contratan una parte de su provisión con el sector privado. Consecuentemente, se potencia la coexistencia de financiación pública y privada y el acercamiento de los dos sistemas (Mazzucato, 2014).

En definitiva, y de acuerdo con Marca (2011), la idea implícita es comprometer a los ciudadanos en su propio bienestar, adoptando el Estado un papel facilitador y redistribuidor. De este modo, la fórmula es buscar mercados mixtos para la satisfacción de las necesidades de los ciudadanos que permitan el desarrollo de formas de gestión de los servicios sanitarios híbridas; es decir, que se establezca una buena relación y colaboración entre el sector privado y público.

5. El sistema sanitario español

Tal y como relatan Temes y Mengíbar (2007), hasta final del siglo XIX, España disponía de un sistema sanitario pobre, con predominio de un subsistema de Beneficencia pública, que se regía por la Ley de Beneficencia de 1822. Este subsistema funcionaba a partir de las hermandades de Socorros Mutuos que se encontraban enmarcadas en los gremios y se financiaban mediante una cotización previamente reglada, que posteriormente servía para cubrir determinadas contingencias médicas preestablecidas.

Entre finales del siglo XVIII y principios del XIX, cuando desaparecieron los gremios se crearon los montepíos laicos que sólo podían ser utilizados por los funcionarios y los profesionales libres. A partir de aquí, en 1898 se creó el Instituto de Reformas Sociales (IRS) y, seguidamente, en 1908 el Instituto Nacional de Previsión (INP), que con el tiempo se ha convertido en la estructura más importante del sistema de seguridad social español.

A continuación, en 1942, se aprobó en España la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad debido a que la reacción política surgida en los estados occidentales durante la depresión de los años treinta, fomentó y condujo la introducción de los seguros de salud.

Por último, una vez se realizó la transición democrática, la Constitución y Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 reconocieron el derecho a la protección a la salud y el derecho universal a la asistencia sanitaria, iniciando el proceso de transformación de un Sistema de Seguridad Social

a un Sistema Nacional de Salud (SNS), aunque no se modificó de forma significativa la organización de la sanidad pública.

5.1. El Sistema Nacional de Salud en España

Desde que en el año 1986 se aprobó la Ley General de Sanidad, España dispone de un único modelo sanitario del tipo Sistema Nacional de Salud que constituye uno de los pilares del Estado del Bienestar español (Temes y Mengíbar, 2007) y se caracteriza por ser de seguro único, de cobertura universal para todos los ciudadanos del país y estar financiado por los presupuestos generales del Estado (Marca, 2011).

De este modo, el Sistema Nacional de Salud queda definido en la LGS como “*el conjunto de los Servicios de salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas*”.

Así, el actual sistema sanitario público español se enmarca dentro del modelo sanitario Beveridge y, a diferencia de otros modelos sanitarios, la Seguridad Social española ha desarrollado, sobre todo en los años sesenta, una extensa red de centros y organizaciones propios de carácter ambulatorio y hospitalario integrados jerárquicamente en el Instituto Nacional de Previsión (INP). Además, con la posterior creación del INSALUD se agrupó el conjunto de la estructura de oferta pública de sanidad proveniente del INP, dando lugar a una enorme organización burocrática con un alto nivel de integración vertical. En definitiva, históricamente el sistema sanitario español se ha caracterizado por una fuerte integración de la financiación y de la provisión de los servicios (Cabo, 2010; Martín y López del Amo, 2007; Temes y Mengíbar, 2007).

En la actualidad, el Sistema Nacional de Salud está formado por los sistemas de salud de las comunidades autónomas que ofrecen servicios sanitarios a través de medios propios o a través de la prestación concertada de medios (Marca, 2011).

Además del sector público, en la estructura del Sistema Nacional de Salud conviven diversos subsectores (Martín y López-Amo, 2007):

1. La concertación privada: las clínicas privadas tienden en consolidarse en redes hospitalarias privadas que pueden estar vinculadas a aseguradoras o pertenecer a grupos independientes de aseguradoras.
2. La financiación pública con organización privada: en este subsector se encuentra el mutualismo administrativo – los funcionarios pueden optar entre recibir asistencia del Sistema Nacional de Salud o bien a través de entidades privadas –, las mutuas de accidentes de trabajo – las empresas tienen la obligación de asegurar a sus trabajadores por enfermedad profesional y accidente laboral, circunstancias que no están cubiertas por el régimen general de la Seguridad Social – y las empresas colaboradoras – determinadas empresas son autorizadas para colaborar con la gestión de la Seguridad Social y la financiación de esta colaboración se produce mediante la aplicación de un descuento de la cuota de la Seguridad Social –.

3. Las aseguradoras sanitarias en régimen de doble cobertura: algunas personas, a pesar de disponer de la cobertura del sistema público, buscan obtener una atención más personalizada, con acceso directo al especialista, sin listas de espera y con una cartera de servicios y de centros hospitalarios más amplia. En este caso, los usuarios contratan pólizas de asistencia sanitaria, pero sin dejar de usar la cobertura que ofrece el sistema público para según qué servicios.
4. Las aseguradoras sanitarias privadas: la mayoría de los seguros tienen una prestación de servicios médicos y la aseguradora se convierte en la organizadora y responsable de la atención sanitaria. Hasta hace unos años las aseguradoras sanitarias privadas solo se tenían en cuenta para las situaciones más graves. Sin embargo, este fenómeno ha cambiado y cada vez son más los usuarios que optan por la utilización de estas entidades y, de hecho, actualmente las aseguradoras están ofreciendo prestaciones no cubiertas por el sistema público.
5. El sector privado puro: en este subsector se engloba la actividad asistencial en la que hay un trato directo entre paciente y proveedor sin la utilización de intermediarios; es una modalidad de carácter minoritario, puesto que en la mayoría de los casos se comparte esta actividad con el concierto y/o las aseguradoras privadas.

Por lo tanto, la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud exige el incremento de los recursos para hacer frente a las necesidades y demandas de los ciudadanos, pero esta condición aun siendo necesaria, no es suficiente. Es crucial la reforma e innovación en el ámbito de la organización y gestión (Temes y Mengíbar, 2007).

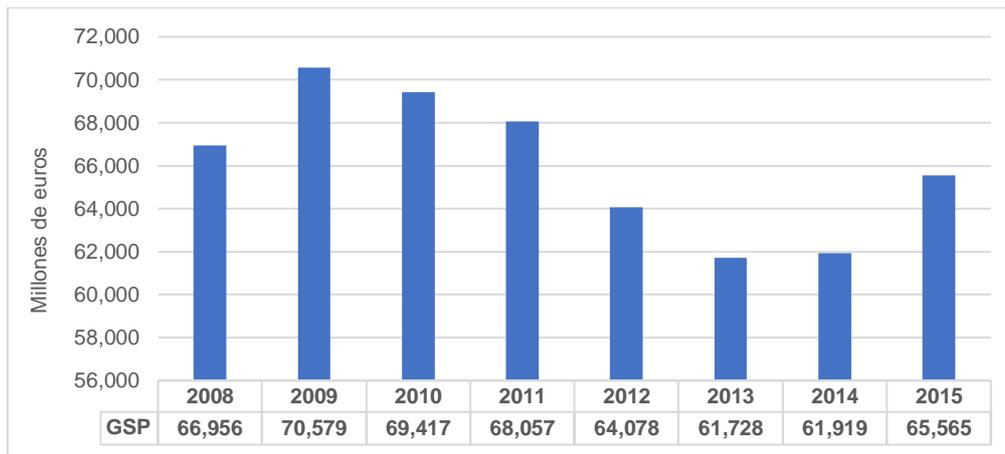
5.2. La crisis económica en el sistema sanitario español

Tal y como se ha comentado anteriormente, son muchos los autores que afirman que el impacto de las crisis económicas en la sanidad depende de distintos factores, como el momento histórico, las características culturales del país, el desarrollo previo de las políticas sociales y las políticas desarrolladas por los gobiernos para superar la situación (Cortès-Franch y González, 2014; Dávila y González, 2013; Stuckler y Basu, 2013; Stuckler et al., 2010; Stuckler et al., 2009).

Uno de los países europeos donde la crisis ha impactado con más fuerza ha sido España (Cortès-Franch y González, 2014). En consecuencia, la respuesta a dicha crisis se ha estructurado fundamentalmente a partir de una política de austeridad que ha afectado de manera notable a la sanidad, especialmente la pública (Urbanos y Puig-Junoy, 2014; Legido-Quigley y Otero, 2013), a la utilización de políticas anticrisis basadas en la disminución de los presupuestos destinados a políticas sociales y sanitarias y al aumento rápido y alarmante del desempleo (Cortès-Franch y González, 2014).

Según la Estadística del Gasto Sanitario Público (2017), entre 2009 y 2013 el gasto sanitario público total disminuyó en 8.851 millones de euros. La evolución del gasto sanitario público se refleja en el gráfico 7, donde se muestra el enorme impacto que ha tenido la crisis en los recursos públicos dedicados a la sanidad.

Gráfico 7.- Evolución del gasto sanitario público total de España en millones de euros (2008-2015)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Si se toman en cuenta los conceptos que aparecen en la tabla 3, que clasifican económicamente el gasto sanitario, y haciendo el mismo análisis que Urbanos y Puig-Junoy (2014), se observa que la mayor parte de la caída, cerca de 3.563 millones de euros, corresponde a la disminución de la partida de remuneración del personal, seguida por las transferencias corrientes, que equivalen a las recetas – 3.014 millones de euros – y los correspondientes los gastos de capital⁶ – aproximadamente 1.706 millones de euros –. Sin embargo, tal y como se aprecia en la misma tabla 3, la situación se empieza a recuperar en los años 2014 y 2015, pero sin llegar a alcanzar los niveles de gasto sanitario público del año 2009.

Tabla 3.- Clasificación económica del gasto sanitario público (2008-2015)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Remuneración personal	29.186	31.341	30.944	30.364	27.984	27.778	27.875	28.908
Consumo intermedio	11.854	14.817	14.226	15.257	16.035	14.506	14.696	16.726
Consumo de capital fijo	197	274	284	307	294	284	267	261
Conciertos	6.814	7.458	7.547	7.541	7.399	7.173	7.221	7.540
Transferencias corrientes	12.668	14.133	14.211	13.081	11.369	11.119	11.002	11.106
Gasto de capital	2.638	2.556	2.205	1.500	1.072	850	859	1.024

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Como máximo exponente de la política de austeridad aplicada al sector sanitario español, en abril de 2012 el gobierno del país aprobó el Real Decreto Ley (RDL) 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de los servicios, que englobaba una amplia batería de medidas que afectaron tanto a la oferta como a la demanda sanitaria y que han supuesto un deterioro significativo de la accesibilidad y la universalidad del sistema sanitario. A consecuencia, se produjo una significativa disminución de los recursos dedicados al Sistema Nacional de Salud, incrementando su fragilidad, reduciendo su cartera de servicios, excluyendo de la cobertura pública a determinados colectivos y exigiendo nuevos copagos (Martín, 2016).

⁶ Ese concepto engloba la inversión real y, entre otros, incluye la compra de inmuebles, de maquinaria y de activos intangibles, entre otros.

Así, se considera que fue una gran reforma en el modelo sanitario español, que implicó vincular el hecho de recibir un servicio público para contribuir directamente a su financiación, pagando cotizaciones sociales en gran parte a través del empleo, que está más en la línea del modelo sanitario Bismarck que del modelo sanitario Beveridge. Sin embargo, el sistema de salud español se sigue financiando, en gran medida, a través de los impuestos (Gallo y Gene-Badia, 2013; Garcia-Rada, 2012).

En definitiva y de acuerdo con Martín (2016), la política de austeridad que se ha aplicado ha provocado una importante deflación salarial, una desregulación agresiva del mercado laboral y una reducción de las políticas de gasto en los servicios sanitarios, especialmente aquellos que son públicos, que implican además una serie de problemas estructurales derivados del sistema de financiación y de la falta de coordinación entre las Comunidades Autónomas (CCAA).

Por lo tanto, uno de los principales efectos de la política de austeridad ha sido el deterioro de la calidad de los servicios públicos, lo que claramente ha influido sobre las pautas de utilización. Es decir, es previsible que cuando el acceso a la sanidad pública se ha visto dificultado por los recortes, incrementa el volumen de población que, pudiendo pagarlo, acuda preferiblemente al sector sanitario privado (Urbanos y Puig-Junoy, 2014).

5.3. El sector privado en el sistema sanitario español

La crisis sistémica española ha reforzado más las presiones para reformar el Sistema Nacional de Salud e intensificar los procesos de mercantilización y de privatización de los servicios públicos iniciados mucho antes de que empezara la crisis económica en el año 2008 (Martín, 2016; Martínez et al., 2016).

La privatización de los servicios sanitarios puede realizarse con una amplia gama de instrumentos jurídicos, regulados fundamentalmente por la Ley General de Sanidad y la Ley de Contratos del Sector Público. Así, existen tres fórmulas distintas de titularidad y gestión de los servicios sanitarios que engloban los principales instrumentos para la privatización de los centros sanitarios: la privatización formal o gestión directa, la privatización funcional o gestión indirecta y la privatización material (Martín, 2016; Sánchez-Martínez et al., 2014; Minué y Martín, 2013; Temes y Mengíbar, 2007).

La privatización formal consiste en la gestión directa de los servicios sanitarios por parte de las administraciones públicas a través de entidades de titularidad pública sometidas al derecho privado. Es decir, implica la producción de los servicios públicos directamente por administraciones, pero dotando de personalidad jurídica propia a los centros sanitarios. En consecuencia, se priorizan la legalidad y la eficiencia mediante la utilización de las principales materias de contenido económico: régimen presupuestario y de personal, políticas retributivas y de contratación, métodos contables, transparencia, control previo de legalidad y de tesorería.

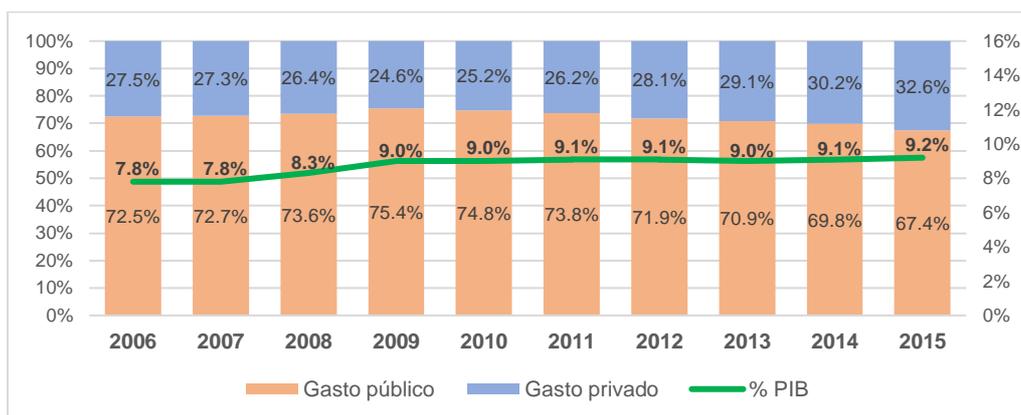
Por su parte, la privatización funcional implica la gestión indirecta de los servicios públicos mediante la contratación de su provisión con entidades privadas.

Por último, la privatización material consiste en la total transferencia de la competencia de la prestación de los servicios sanitarios al sector privado; de modo que tanto el aseguramiento como la provisión de la asistencia sanitaria van a cargo de entidades privadas.

Tal y como afirman Reynolds y McKee (2012), la tendencia hacia una creciente provisión privada de los servicios sanitarios es cada vez más evidente. Este hecho se produce como consecuencia de la mayor eficiencia de las instituciones privadas, así como de la rigidez y falta de adaptación de las instituciones públicas a la innovación, a la irrupción tecnológica y, en definitiva, a un entorno tan cambiante como el actual (Minué-Lorenzo et al., 2012; McKee y Stuckler, 2011; Albreht, 2009).

En 2015, el gasto sanitario en España se ha situado en el 9,2% del PIB, hecho que ha supuesto un incremento respecto a las cifras de los últimos años. Tal y como se observa en el gráfico 8, este crecimiento está causado, principalmente, por el aumento del gasto sanitario privado que, de 2014 a 2015, ha pasado de tener un peso del 30,2% al 32,6% en relación con el gasto sanitario total. Por su parte, en este mismo período, el gasto sanitario público ha disminuido su peso respecto al gasto sanitario total, variando del 69,8% al 67,4% (OCDE Health Statistics, 2017).

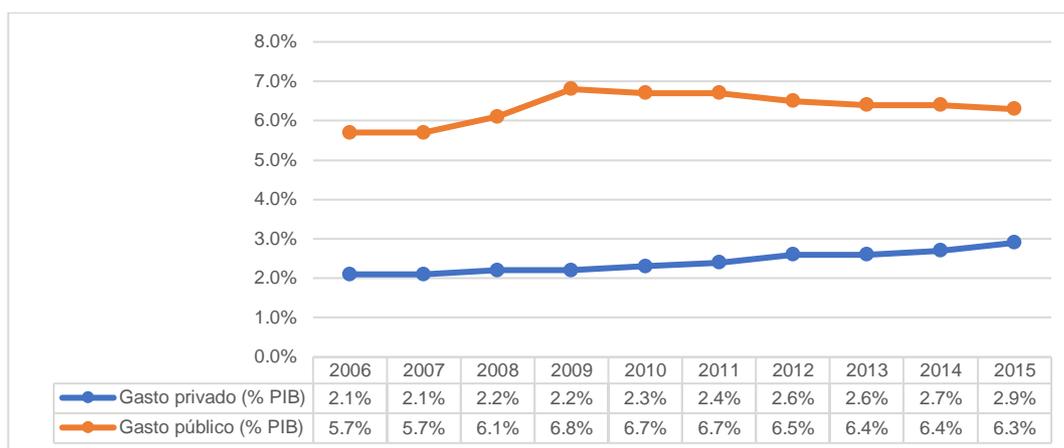
Gráfico 8.- Evolución del gasto sanitario total de España con relación al PIB (2006-2015)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del OCDE Health Data 2017

La tendencia al crecimiento del gasto sanitario privado se pone claramente de manifiesto en el gráfico 9. En él, se observa cómo, en términos evolutivos, en 2015 el gasto sanitario privado ha representado el 2,9% del PIB; mientras que, por su parte, el gasto público mantiene su tendencia decreciente en términos del PIB (6,3%).

Gráfico 9.- Evolución del gasto sanitario privado y público de España con relación al PIB (2006-2015)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del OCDE Health Data 2017

En este mismo año 2015, España ha contado aproximadamente con 9 millones de personas que disponen de seguro privado y que contribuyen a la descarga y al ahorro del sistema público. Esto es así porque estos ciudadanos se engloban en un modelo de doble aseguramiento; es decir, aquellos que cuentan con un seguro privado no consumen, o consumen solo en parte, recursos del sistema sanitario público (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones, 2017). De este modo, se estima que el ahorro total generado al Sistema Nacional de Salud se sitúa en un rango de entre 4.471 millones de euros y 8.847 millones de euros (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, 2017).

El sector sanitario privado cuenta con una amplia red asistencial que engloba no solo hospitales sino también centros médicos, centros de diagnóstico por la imagen, laboratorios de análisis clínicos, y consultas privadas, entre otros. De hecho, en España existen aproximadamente 3.000 centros médicos que aseguran la accesibilidad de la población a la atención sanitaria, mejorando de este modo la asistencia y la satisfacción de los pacientes (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, 2017).

Por otra parte, el sector hospitalario privado español ofrece a los ciudadanos asistencia y cobertura sanitaria mediante 452 hospitales, que representan el 57% del total de los centros hospitalarios del país, con una dotación de 51.591 camas, que suponen el 33% del total de camas. Además, este sector se caracteriza porque se pueden clasificar los hospitales en tres grandes grupos: los grupos hospitalarios, los hospitales pertenecientes a compañías aseguradoras sanitarias y los hospitales independientes (Catálogo Nacional de Hospitales, 2017).

En este sentido, el informe que ha desarrollado el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (2017) manifiesta que el sector hospitalario privado está manifestando, con el paso de los años, una tendencia marcada hacia la concentración en grupos hospitalarios cada vez más potentes que implica que el sector sea más concentrado.

En resumen, “*el sector sanitario privado contribuye de manera significativa al desarrollo económico de España, libera recursos y favorece el ahorro del sistema público de salud, convirtiéndose en un aliado estratégico de primer orden, colaborando en su sostenibilidad y mejorando la accesibilidad y la calidad en la atención sanitaria de los ciudadanos*” (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, 2017).

Por lo tanto, la colaboración público-privada es un mecanismo esencial que contribuye a la mejora de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y es necesario para el mantenimiento de un sistema sanitario universal y sostenible, especialmente en momentos de inestabilidad o insuficiencia financiera (Mazzucato, 2014).

6. La descentralización de los servicios sanitarios españoles

Se define el término descentralizar como la acción de “*transferir a diversas corporaciones u oficios parte de la autoridad que antes ejercía el gobierno supremo del Estado*”.

Para Rey del Castillo (1998) una de las principales razones para desarrollar procesos de descentralización en los sistemas públicos consiste en la búsqueda de una mayor efectividad y eficiencia para llevar a cabo las funciones públicas y para acercar al ciudadano a los centros de decisión política.

Desde el año 1978 hasta el año 2015, se han producido 1.994 acuerdos de transferencias de competencias de la Administración Central hacia las distintas Comunidades Autónomas. El proceso de transferencia de competencias se encuentra muy avanzado y, de hecho, la mayoría de los grandes ámbitos ya son gestionados por las Comunidades Autónomas. No obstante, la evolución de este proceso ha sido desigual en el tiempo, concentrando el grueso de las transferencias a mediados de la década de los años ochenta y a mediados de los años noventa. Además, existen diferencias significativas en el número de acuerdos de traspasos de competencias según las distintas Comunidades Autónomas; en este sentido, Cataluña, Andalucía y Galicia son las que disponen de más acuerdos de transferencia de competencias (Departamento de Asuntos Económicos y Europeos de la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE), 2016).

En 1981, Cataluña fue la Comunidad Autónoma pionera en recibir el traspaso de los servicios sanitarios gestionados por el INSALUD. Sin embargo, aunque en los siguientes años algunas Comunidades Autónomas empezaron también a gestionar la sanidad, tal y como se observa en la tabla 4, no fue hasta el año 2001 cuando se produjeron las últimas transferencias de las competencias sanitarias, lográndose el objetivo de un Sistema Nacional de Salud completamente descentralizado, formado por un complejo de instituciones públicas y privadas (Departamento de Asuntos Económicos y Europeos de la CEOE, 2016; Marca, 2011).

Tabla 4.- Año de publicación del Real Decreto de transferencia de las competencias sanitarias por Comunidades Autónomas

1981	Cataluña
1984	Andalucía
1987	Comunidad Valenciana; País Vasco
1990	Galicia; Navarra
1994	Canarias
2001	Aragón; Asturias; Islas Baleares; Cantabria; Castilla y León; Castilla-La Mancha; Extremadura; Comunidad de Madrid; Murcia; La Rioja

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Departamento de Asuntos Económicos y Europeos de la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE)

De este modo, desde el año 2002, la organización y gestión del sistema de salud español está transferido y fragmentado en 17 servicios de salud que se corresponden a cada una de las Comunidades Autónomas, cuyos tamaños son muy dispares puesto que la población oscila entre 312.647 habitantes en La Rioja y 8.409.657 en Andalucía (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2017; Martín-Moreno et al., 2009; González et al., 2004).

El Estado se encarga de la coordinación general de las instituciones nacionales, de las bases y los asuntos generales de salud, de la legislación sobre medicinas, de los acuerdos y relaciones internacionales de salud y de la gestión de la sanidad en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla. Mientras que, las Comunidades Autónomas se dividen en áreas de salud, cada una de las cuales tiene un departamento de salud, responsable de la planificación y la administración de los servicios de salud, y un hospital general, de acuerdo con los criterios demográficos y geográficos establecidos, que tienen el objetivo principal de garantizar la proximidad de los servicios a los usuarios (Marca, 2011; Martín-Moreno et al., 2009).

Costa-Font y Gil (2008) afirman que la principal ventaja de la descentralización de los servicios sanitarios es que permite implementar más fácilmente las reformas necesarias y las iniciativas creativas para mejorar la equidad en salud.

Los modelos sanitarios de todas las Comunidades Autónomas no son coincidentes ya que mediante la transferencia de competencias sanitarias se han creado diferentes políticas de sanidad que cuentan con diferentes carteras de servicios (Cabo, 2010).

No obstante, Temes y Mengíbar (2007) manifiestan que, en términos generales, pueden establecerse dos grandes clasificaciones que dependen, fundamentalmente, de las características de los gobiernos autonómicos:

- Por una parte, se encuentran las Comunidades Autónomas que funcionan en sintonía con el Gobierno Central y que aplican políticas similares en sus territorios. Su objetivo es profundizar en las prestaciones de un Sistema Nacional de Salud universal y gratuito y demostrar la viabilidad de este sistema al tiempo que se incrementan las prestaciones y el número de personas, principalmente inmigrantes y jubilados, cubiertas por el mismo. En este grupo se engloban once Comunidades Autónomas que, por lo tanto, tienen definidos sus servicios

sanitarios como organismos autónomos de carácter administrativo, con personalidad jurídica propia, adscritos al departamento de la administración autonómica competente en sanidad: Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Navarra y La Rioja.

- La otra parte está constituida por el resto de las comunidades Autónomas de signo político diferente al que ostenta el Ministerio de Sanidad y Consumo. En este caso, el objetivo es aumentar la eficiencia del Sistema Nacional de Salud encontrando nuevas formas de gestión públicas y privadas, que disminuyan los costes y permitan su continuidad. Por lo tanto, en este grupo se encuentran las seis Comunidades Autónomas restantes que han optado por configurar sus servicios de salud como entes públicos e independientes y que han iniciado un importante proceso de innovación organizativa, aunque dado su origen y evolución histórica heredan algunos de los rasgos organizativos burocráticos: Asturias, Baleares, Cataluña, Madrid, Murcia y el País Vasco.

En España, las Comunidades Autónomas realizan el 92% del gasto sanitario público y el 8% restante lo gestiona el propio Estado; además, tal y como se refleja en la tabla 5, entre cada comunidad existen disparidades notables en la evolución de dicho gasto.

Tabla 5.- Tasa interanual de gasto público sanitario de las Comunidades Autónomas (2008-2015)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Andalucía	16,2%	-0,3%	-2,6%	-5,7%	-2,3%	-4,5%	-0,8%	4,8%
Aragón	9,1%	8,1%	-2,9%	3,0%	-0,4%	-19,0%	14,7%	2,6%
Asturias	8,9%	12,8%	-4,3%	2,9%	-3,8%	-8,2%	-0,2%	5,6%
Islas Baleares	8,5%	8,7%	17,7%	-5,7%	-18,3%	-1,2%	4,2%	8,2%
Canarias	13,8%	4,9%	-4,7%	-4,3%	-7,8%	1,3%	2,0%	5,4%
Cantabria	-6,3%	5,0%	5,7%	-10,6%	36,4%	-23,4%	0,1%	3,1%
Castilla y León	17,8%	-2,2%	2,1%	-7,9%	3,7%	-1,8%	-6,7%	13,2%
Castilla-La Mancha	13,5%	10,3%	1,1%	-4,3%	-14,8%	-4,1%	0,5%	6,2%
Cataluña	10,1%	6,6%	1,5%	-5,3%	-6,3%	-2,3%	-0,7%	5,4%
Comunidad Valenciana	9,8%	10,2%	2,5%	-2,8%	-10,2%	-6,1%	4,2%	9,1%
Extremadura	8,7%	5,4%	-1,1%	-2,2%	-8,1%	-0,8%	2,9%	3,2%
Galicia	10,2%	6,8%	-3,1%	-6,8%	-3,8%	0,8%	-0,1%	7,2%
Comunidad de Madrid	9,8%	8,0%	-8,5%	14,3%	-8,9%	-3,4%	0,3%	6,9%
Murcia	21,5%	5,9%	-0,8%	1,1%	-6,8%	-1,1%	-0,6%	4,1%
Navarra	10,9%	9,8%	-0,8%	-1,1%	-7,0%	-2,9%	2,4%	5,2%
País Vasco	10,6%	7,9%	0,0%	-1,1%	-3,3%	-1,6%	1,0%	3,0%
La Rioja	-15,5%	-0,5%	-0,3%	-1,0%	-9,3%	-1,0%	1,1%	3,5%
Comunidades Autónomas	11,6%	5,8%	-1,0%	-1,9%	-5,7%	-3,9%	0,6%	6,1%

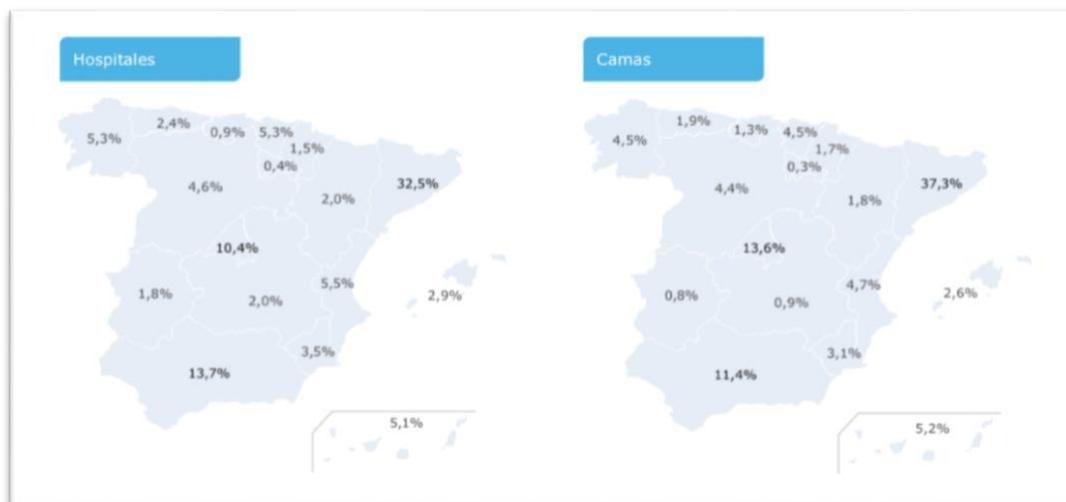
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Departamento de Asuntos Económicos y Europeos de la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE)

En términos generales, las Comunidades Autónomas experimentaron en el período 2010-14 una disminución considerable del gasto sanitario público, sin embargo, en el año 2015 se ha recuperado alcanzando un aumento del 6,1 por ciento. Las comunidades que han incrementado más su gasto en 2015 han sido Castilla y León, con un 13,2 por ciento, la Comunidad Valenciana, con un 9,1 por ciento, y las Islas Baleares, con un 8,2 por ciento. Por otro lado, las comunidades que menos han incrementado su gasto han sido Aragón, con un 2,6 por ciento, País Vasco, con un 3,0 por ciento, y Cantabria, con un 3,1 por ciento.

A pesar de que la mayoría de las reformas normativas introducidas a raíz de la crisis económica y financiera han sido de carácter estatal, la descentralización de la asistencia y la financiación sanitaria ha provocado que las comunidades autónomas respondan a la austeridad de distintas formas. Por ejemplo, el País Vasco y Andalucía destacan por ser las dos Comunidades Autónomas que han realizado una aplicación más limitada del RDL 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de los servicios; mientras que el resto de las comunidades, especialmente la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana, han desarrollado una aplicación muy intensa de las reformas (Bacigalupe et al., 2016; Abellán, 2013).

Si se hace referencia a la privatización de los servicios sanitarios, Andalucía, Cataluña y Madrid son las Comunidades Autónomas que disponen de un mayor número de hospitales y de camas hospitalarias privadas (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, 2017). De hecho, tal y como se aprecia en la ilustración 3 tan solo estas tres Comunidades Autónomas engloban el 57% de los hospitales privados y el 62% de las camas hospitalarias privadas de todo el país. Además, Cataluña es la única comunidad que tiene un mayor número de camas hospitalarias privadas que públicas (56%).

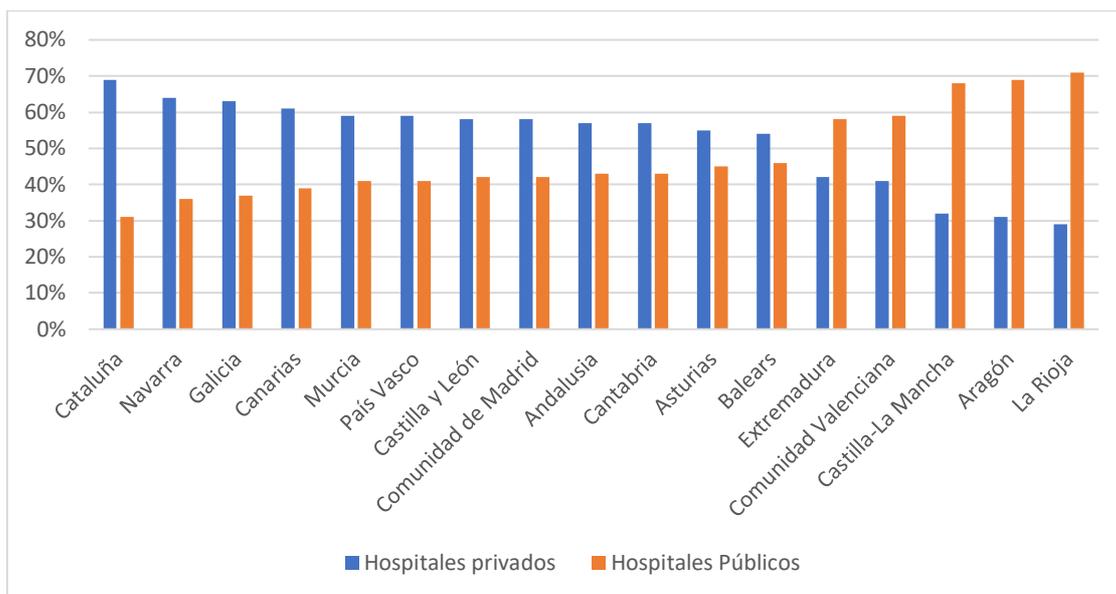
Ilustración 3.- Distribución geográfica porcentual de hospitales y camas privadas en el año 2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Catálogo Nacional de Hospitales, 2017. Informe del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, 2017

Por su parte, el gráfico 10, muestra el porcentaje de hospitales privados y públicos de cada Comunidad Autónoma en el año 2015. Como se observa, tan sólo cinco comunidades autónomas tienen un mayor número de hospitales públicos que privados y, por lo tanto, son las que se encuentran menos privatizadas. Cataluña es la comunidad más privatizada con un mayor porcentaje de hospitales privados (69%), seguida de Navarra y Galicia.

Gráfico 10.- Porcentaje de hospitales privados y públicos por Comunidades Autónomas en el año 2015



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Catálogo Nacional de Hospitales, 2017

En definitiva, los servicios sanitarios transferidos a las Comunidades Autónomas no han quedado exentos de los cambios, procesos y políticas de austeridad, a favor de la mercantilización y la privatización de los servicios públicos, especialmente en Cataluña, Andalucía y Madrid (Martínez et al., 2016).

CAPÍTULO II

LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS

La finalidad de este capítulo es definir el concepto de empresa hospitalaria para que, una vez analizadas sus características principales, se puedan describir los tres requisitos que se tienen que cumplir para disponer de una buena gestión hospitalaria. Concretamente, se estudian los estados financieros y los indicadores financieros, la existencia de Tecnologías de la Información y Comunicación y la aplicación de políticas y procedimientos que se preocupen por la Responsabilidad Social.

1. Las empresas hospitalarias

Los hospitales existen desde el momento en que hubo enfermos y son la pieza clave de cualquier sistema sanitario, es decir, son las instituciones que representan mejor la cultura sanitaria de la sociedad en un momento determinado (Marca, 2011; Temes y Mengíbar, 2007).

En este sentido, la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace del hospital es: *“El hospital es parte integrante de la organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. Es también centro de formación del personal médico-sanitario y de investigación biosocial”*.

La sociedad percibe a los hospitales como un fiel reflejo de la calidad del sistema sanitario y, por lo tanto, de la capacidad de un país o una región para velar por la salud de sus ciudadanos, debido a las características asistenciales, arquitectónicas, científicas, tecnológicas y empresariales de los mismos (Cruz, 2007).

En definitiva, para los ciudadanos los hospitales son los elementos más tangibles del sistema, y eso los convierte en protagonistas de éste (Cruz, 2007) y por eso es importante conocer y entender la naturaleza del hospital: su evolución histórica, su función y su organización para poder ver cómo y porqué actúa de un determinado modo (Marca, 2011).

1.1. Evolución histórica de las empresas hospitalarias

De acuerdo con Temes y Mengíbar (2007), el concepto de hospital ha sufrido variaciones a lo largo de la historia que se pueden resumir en cinco etapas distintas:

Primera etapa: el hospital caridad

En este tipo de centros, el personal que mayoritariamente era voluntario se ocupaba de los pacientes sin vías de financiación propias. La supervivencia de los hospitales en esta etapa dependía de la generosidad de las donaciones recibidas.

Segunda etapa: el hospital beneficencia

Se trataba todavía de una institución de carácter humanitario, no obstante, en este caso se hacía recaer la responsabilidad de la atención a las parroquias.

Tercera etapa: el hospital asistencial

Es la concreción a nivel asistencial de los logros sociales conseguidos por la Revolución Francesa. En esta etapa, apareció la responsabilidad de los diferentes Estados en la atención a sus ciudadanos.

Cuarta etapa: el hospital empresa

Esta etapa se produjo como consecuencia del aumento de los costes y de la progresión imparable y necesaria del concepto de hospital. Se decidió aplicar a la institución hospitalaria las

técnicas y métodos que se han demostrado rentables en otros campos de actividad y, por lo tanto, supuso la mayor evolución del concepto de hospital; no obstante, aun se precisaba la diversificación profesional y la correcta distribución de los recursos, no de forma uniforme, sino de manera directa con la patología presentada por los pacientes. Así que, aunque el sector público se mostraba reticente a evolucionar, era necesario el avance hacia la última etapa.

Quinta etapa: el hospital integral

Es el concepto actual de hospital. Se trata de una organización jerarquizada, en la que se realiza un trabajo a tiempo completo y con clara tendencia a ampliar esta dedicación exclusiva de la mayoría de los profesionales que desarrollan su labor en estos hospitales. Este hospital moderno, a diferencia de todos sus antecesores de las cuatro primeras etapas, tiene la facultad de compaginar tres funciones: la asistencia, la docencia y la investigación. Al mismo tiempo, se plantea la asistencia de manera conjunta y simultánea en el tiempo desde tres niveles distintos, el preventivo, el asistencial y el rehabilitador. Se trata, de este modo, de la última generación de hospitales.

Por lo tanto, tal y como afirma Pastor y Aldeguer (2007), *“el hospital ya no es el lugar en el que se practican las actividades médicas, sanitarias o de cuidados dedicadas a los pacientes allí ingresados; es también el ámbito en el que se aprende a realizarlas, de manera gradual, a partir de los profesionales con mayor experiencia”*.

Además, como organización moderna, dinámica y en evolución, Villalobos (2007) define tres grandes perspectivas que componen el concepto de hospital integral:

- El edificio hospitalario: conjunto de espacios en el que se desarrollan actividades asistenciales que requieren un alto nivel de especialización por las tecnologías asociadas a la asistencia y por las peculiaridades de sus espacios y circulaciones.
- La organización hospitalaria: cuenta con profesionales con un elevado nivel de especialización que se coordinan para ofrecer unos servicios que necesitan la aplicación de diferentes disciplinas y conocimientos.
- La tipología de servicio hospitalario: el hospital es visto como una cartera de servicios dirigidos a atender los problemas de salud que son complejos por su gravedad o por su especialidad en el campo de la medicina.

1.2. El hospital integral como empresa de servicios

Según Lamata (1994), se pueden definir los productos sanitarios como aquellas actividades o procesos que realizan los profesionales o las instituciones sanitarias y que pretenden satisfacer las necesidades de cuidados y atención de un tipo especial de clientes, los pacientes.

El producto sanitario se configura en distintos procedimientos, diagnósticos, terapias, prevenciones, atenciones y cuidados especializados (Saboya, 2005). De este modo, el producto final supone una correcta atención sanitaria y la satisfacción, ya sea de una forma preventiva,

curativa o rehabilitadora, del paciente o de un grupo de población; mientras que, el producto intermedio lo constituyen las pruebas de diagnóstico aplicadas (Kotler, 1985).

Es por ese motivo que se puede afirmar que, desde el punto de vista de su funcionamiento y de su organización, el hospital es una empresa parecida a la de otros sectores de actividad económica, cuya gestión empresarial y las características del cliente o paciente y del proveedor de servicios o médico lo hacen diferente de los otros tipos de empresas clásicas (Saboya, 2005).

En definitiva, el enfermo forma parte del producto final de un hospital y los factores de producción son: las materias primas – medicamentos y material sanitario –, el inmovilizado – los aparatos sanitarios y dispositivos médicos – y los recursos humanos – médicos, enfermeras y resto del personal sanitario – (Errasti, 1997).

1.3. Clasificación de las empresas hospitalarias

Tal y como manifiesta Saboya (2005), aunque todos los hospitales pretendan alcanzar el mismo objetivo de satisfacer las necesidades del paciente, no todos son iguales y existen diferencias significativas entre ellos.

Los hospitales se pueden clasificar atendiendo a los siguientes criterios (Catálogo Nacional de Hospitales, 2017):

- Dependencia patrimonial: se refiere a la persona física o jurídica propietaria del inmueble ocupado por el centro sanitario.
- Dependencia funcional: es el organismo o entidad jurídica de quien depende, es decir, la persona física o jurídica que ejerce el dominio o la jurisdicción, jerárquica o funcional, más inmediata sobre el establecimiento sanitario.
- Finalidad asistencial: corresponde a aquella actividad asistencial a la que se dedique la mayor parte de los recursos, tanto humanos como de equipamiento. Atendiendo a su finalidad asistencial, los hospitales pueden ser:
 - o Generales: se atienden a pacientes de distintas especialidades.
 - o Monográficos: son centros especializados como, por ejemplo, maternos, infantiles, psiquiátricos, oftalmológicos o geriátricos.
- Complejidad asistencial: son las instalaciones, la tecnología utilizada, las especialidades, etc. que permiten al hospital tener distintos niveles de asistencia – atención primaria o atención especializada –.
- Tipo de pacientes: los pacientes pueden ser agudos, que harán que los hospitales sean de corta estancia, y crónicos, en este caso los hospitales serán de media y larga estancia.
- Ámbito de influencia: es el espacio en el que el hospital tiene influencia en el desarrollo de su actividad. El ámbito de influencia puede ser local, de distrito, regional, comarcal, autonómico, entre otros.

Se debe tener en cuenta que, si los hospitales se clasifican según su dependencia patrimonial o funcional, pueden ser públicos o privados – con ánimo de lucro o sin ánimo de lucro – (ver tabla 6).

Tabla 6.- Clasificación de los hospitales según su dependencia patrimonial o funcional

Tipo	Modalidades	Ejemplos
Públicos	Estatales	Ministerio de Sanidad
	No estatales	Gobiernos locales y regionales Corporaciones públicas
Privados	Sin ánimo de lucro (dirigidos por la misión)	Basados en la comunidad Religiosas Caritativas Organizaciones no gubernamentales
	Con ánimo de lucro (dirigidos por el beneficio)	Pequeñas empresas Grandes corporaciones

Fuente: elaboración propia a partir de datos de Saltman (2003) y Minué y Martín (2013).

Además, todos los hospitales pueden ser concertados. De acuerdo con el Catálogo Nacional de Hospitales (2017), se entiende por concierto a “un contrato realizado entre un establecimiento sanitario (privado o público) y el organismo responsable de gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, por el cual se determinan, bajo ciertas condiciones, las características y las tarifas de cada uno de los servicios sanitarios concertados”.

Los hospitales privados que disponen de concierto contribuyen de una forma muy significativa a la consecución de los valores fundamentales del sistema público como son la accesibilidad, la reducción de las listas de espera y la equidad (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, 2017).

En este sentido, un importante porcentaje del gasto sanitario público, concretamente el 11,8%, se destina a la partida presupuestaria que corresponde a los conciertos; hecho que refleja la fuerte repercusión e importancia que tiene este concepto. A nivel regional, la comunidad autónoma que destina más dinero a la partida de conciertos es Cataluña, con un importe cercano a los 2.448 millones de euros en 2015. A esta comunidad le siguen Madrid, Andalucía y la Comunidad Valenciana con 987, 398 y 289 millones de euros en 2015, respectivamente. No obstante, si como criterio de ordenación se considera el porcentaje del presupuesto que destinan las diferentes comunidades autónomas a conciertos, tal y como se observa en la tabla 7, Cataluña continúa en primera posición con el 25,09% del presupuesto, seguida de Madrid e Islas Baleares, con un 12,37% y 10,05% respectivamente en 2015 (Departamento de Asuntos Económicos y Europeos de la CEOE, 2016).

Tabla 7.- Gasto consolidado anual en conciertos por Comunidades Autónomas y porcentaje anual del gasto sanitario dedicado a conciertos en 2015

Comunidad Autónoma	Gasto anual en conciertos (m€) 2015	% gasto sanitario dedicado a conciertos 2015
Andalucía	397.981	4,34%
Aragón	104.600	5,37%
Asturias	96.460	6,02%
Islas Baleares	145.019	10,05%
Canarias	275.626	9,99%
Cantabria	30.359	3,67%
Castilla y León	143.402	4,00%
Castilla-La Mancha	145.867	5,46%
Cataluña	2.448.256	25,09%
Comunidad Valenciana	289.320	4,48%
Extremadura	73.141	4,46%
Galicia	208.974	5,48%
Comunidad de Madrid	986.512	12,37%
Murcia	139.102	6,44%
Navarra	74.455	7,74%
País Vasco	239.206	6,77%
La Rioja	36.632	8,42%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Departamento de Asuntos Económicos y Europeos de la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE)

El hecho de que la comunidad autónoma de Cataluña se diferencie tanto de las otras comunidades se debe a que los centros hospitalarios catalanes se gestionan de distinto modo al del resto de España. Estos centros están organizados por el servicio público, denominado Servicio Catalán de la Salud, mediante el uso de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) donde encontramos fundaciones privadas, empresas públicas, consorcios, etc. Así, en este caso la gestión puede ser pública, privada pura o privada mixta.

El servicio sanitario que principalmente se ofrece mediante esta red está gestionado de forma pública ya que si se gestiona de forma privada tiene dos opciones: crear un concierto con el Servicio Catalán de la Salud – se trata de una gestión privada mixta – o bien realizado a través de mutuas o entidades privadas – entonces es una gestión privada pura –. De este modo, en Cataluña existe un elevado número de centros hospitalarios concertados ya que les permite recurrir a algunos de los recursos y beneficios que ofrece la sanidad pública manteniéndose como entidades privadas y, por lo tanto, pudiendo llevar una gestión privada, aunque de forma mixta (Rodríguez, Calle y Zöller, 2017).

Una vez analizadas las características principales de las empresas hospitalarias y su clasificación, se debe tener presente que una buena gestión hospitalaria exige que se cumplan tres premisas distintas:

1. Existencia de un **sistema contable y de control económico** que cuantifique las acciones de las empresas hospitalarias para que posteriormente se pueda hacer un análisis económico y financiero utilizando los estados financieros. Este análisis permite comparar

los logros y, en general, las variables económicas y financieras de los distintos años para poder tomar las decisiones más oportunas (Bataller y Serra, 2012; Marca, 2011).

2. Existencia de **Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC)** que faciliten la comunicación del conocimiento entre los responsables, los profesionales y los usuarios de las empresas hospitalarias. Estas tecnologías se conciben como herramientas puestas al servicio de los usuarios con el fin de mejorar la calidad, la seguridad, la eficiencia y la accesibilidad (Bataller y Serra, 2012; Marca, 2011).
3. Existencia de **políticas y procedimientos** implementados voluntariamente por las entidades **que se preocupen por la responsabilidad social**. Concretamente, esta responsabilidad engloba todos los aspectos sociales, económicos y medioambientales que deben tener en cuenta las empresas hospitalarias para que sean consideradas sostenibles y que demuestren que tienen un compromiso de responsabilidad ante los impactos que se derivan de sus acciones (Bernal-Conesa et al., 2016; Bataller y Serra, 2012).

2. Los estados financieros de las empresas hospitalarias

El análisis de los estados financieros integra un conjunto de técnicas para diagnosticar la situación y la perspectiva de la empresa a nivel económico y financiero, con el fin de poder tomar las decisiones más adecuadas. Este análisis debe ser complementado con el estudio de otros factores tales como la estructura jurídica, la situación del mercado, la calidad y la productividad de las empresas (Amat, 2000).

En la actualidad los desafíos de la gestión hospitalaria pública y privada deben contemplar especialmente el análisis de los estados financieros en los nuevos modelos de gestión hospitalaria (Calvo, 2007) y hay estudios que detallan la necesidad de reportar indicadores financieros en los hospitales (Pink et al., 2007).

Los indicadores financieros muestran la relación entre partidas de los estados financieros en forma de ratios para determinar la posición financiera y económica de las empresas (Lee y Choi, 2011).

A nivel de gestión hospitalaria hay diferentes estudios para mejorar el control de costes y la calidad, aunque se den importantes diferencias en los sistemas regionales de salud (Cabello e Hidalgo, 2014; Nayar y Ozcan, 2008); en cambio a nivel económico financiero y especialmente en rendimientos, hay pocos estudios de centros hospitalarios privados españoles. Sólo destaca el estudio de Giner, Lorenzo y Abásolo (2005), donde se analiza la situación económica y financiera de los hospitales privados de Canarias y se encuentra, para el período 1998-2004, mejor capitalización y rentabilidad económica, gastos de personal más moderados y más servicios privados de Canarias respecto al conjunto nacional. No obstante, sí que existen estudios que analizan los indicadores financieros de las empresas hospitalarias en otras partes del mundo (Turner et al., 2015; Lee, 2015; Pink et al., 2007).

El análisis de los indicadores financieros de los estados contables de los centros hospitalarios refleja una información que hay que tener presente para explicar la estrategia de la gestión hospitalaria y más en períodos de cambios económicos (Chu et al., 1991). Así, estos indicadores permiten a las empresas hospitalarias evaluar su situación económica y financiera a lo largo del tiempo y comparar sus datos con los de otras empresas del mismo sector de actividad. De este modo, cuando un indicador es muy elevado o muy pequeño en comparación con los indicadores sectoriales de la industria hospitalaria, los gerentes del hospital pueden buscar las causas de las discrepancias y proponer soluciones (Choate y Tanaka, 1979).

2.1. Revisión bibliográfica de los indicadores financieros de las empresas hospitalarias

A continuación, se ha hecho una revisión bibliográfica descriptiva de la literatura académica para poder estructurar y situar mejor en el tiempo qué indicadores financieros han utilizado los principales investigadores para analizar la situación económica y financiera de los hospitales.

Se define la revisión bibliográfica como "*la selección de los documentos disponibles sobre el tema, que contienen información, ideas, datos y evidencias por escrito sobre un punto de vista en particular para cumplir ciertos objetivos o expresar determinadas opiniones sobre la naturaleza del tema y la forma en que se va a investigar, así como la evaluación eficaz de estos documentos en relación con la investigación que se propone*". Es decir, la revisión bibliográfica es un estudio detallado y selectivo que integra la información esencial y que tiene como finalidad examinar la bibliografía publicada y situarla en cierta perspectiva (Hart, 2018; Ramos, Ramos y Romero, 2003; Icart y Canela, 1994).

En este caso se ha considerado hacer una revisión bibliográfica descriptiva ya que proporciona una puesta al día sobre conceptos útiles en distintas áreas que están en constante evolución (Day, 2005).

Para seleccionar los estudios que formaran parte de esta revisión, se han utilizado dos bases de datos: Scopus y Web of Science. La elección de estas bases de datos queda justificada de acuerdo con su mayor cobertura en revistas científicas relacionadas con economía y empresa (Hart, 2018; Guirao, 2015).

A continuación, con el fin de realizar la búsqueda de la producción científica asociada al concepto de los indicadores financieros de las empresas hospitalarias, se definen las etiquetas de búsqueda a consultar (ilustración 4). Esta búsqueda se realiza en diciembre de 2017, y comprende desde el año 1977 hasta diciembre de 2017. Inicialmente, se opta por aplicar la búsqueda al título, al resumen y a las palabras clave y, posteriormente, para obtener artículos elegibles adicionales, también se verifican las referencias bibliográficas de los estudios seleccionados.

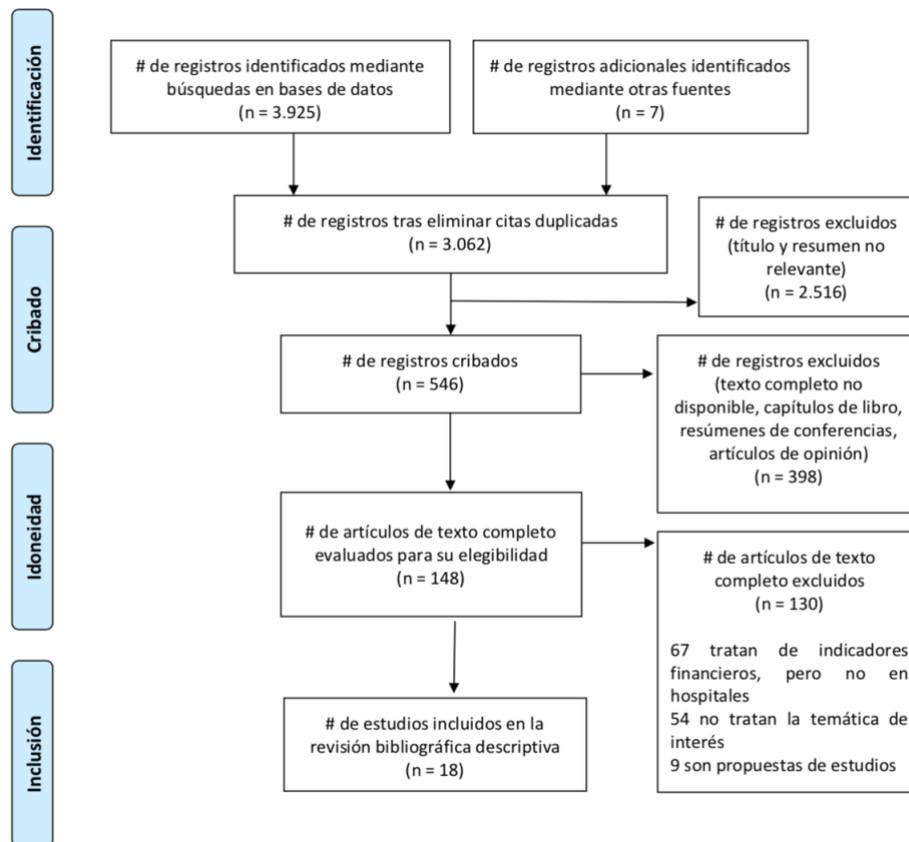
Ilustración 4.- Identificación de las palabras clave de búsqueda

Health OR Healthcare OR Hospital	AND	Financial Statements
		OR
		Accountability
		OR
		Profitability
		OR
		Solvency
		OR
		Debt
		OR
		Finance
		OR
		ROA
		OR
		ROE
		OR
		Return on Assets
OR		
Return on Equity		
OR		
Liquidity		
OR		
Ratio		
OR		
Indicator		

Fuente: elaboración propia

Para ser incluidos en la revisión, se requiere que los artículos se hayan publicado en revistas académicas nacionales o internacionales revisadas en *peer-review*, o en texto completo indexado de conferencias científicas nacionales o internacionales. Los capítulos de libros, los resúmenes de las actas de las conferencias y los artículos de opinión y de editorial se han excluido. Para los artículos seleccionados, se recupera el texto completo de los artículos y de cada uno se extraen los detalles sobre la fuente (autores, año y área temática), objetivo, descripción y conclusión del estudio.

Ilustración 5.- Búsqueda y proceso de exclusión de los artículos



Fuente: elaboración propia a partir del diagrama creado por Moher et al. (2009)

La búsqueda bibliográfica ha arrojado 546 resúmenes únicos y potencialmente relevantes (ilustración 5). Después de excluir los registros que están fuera del alcance, se verifica el texto completo de 146 registros. En total, 130 de estos artículos no cumplen los criterios de inclusión. Esto resulta en 18 artículos que se incluyen en la revisión.

De estos 18 artículos incluidos en la revisión bibliográfica (tabla 8), el 45% (8) exploran los indicadores de liquidez, el 34% (6) analizan la estructura financiera, el 23% (4) describen indicadores de actividad y el 95% (17) hacen referencia a indicadores de rentabilidad.

Tabla 8.- Resumen de los indicadores financieros utilizados por las empresas hospitalarias

Autores	Año	Liquidez	Estructura financiera	Actividad	Rentabilidad ⁷
Cleverley y Massar	1983	X			
Counte, Glandon, Holloman y Kowalczyk	1988	X	X	X	X
Cleverley y Harvey	1990		X		X
Chu, Zollinger, Kelly y Saywell	1991	X			X
Cleverley y Harvey	1992	X			X
Walker	1993				X
Vogel, Langland-Orban y Gapenski	1993				X
Lynn y Wertheim	1993	X	X		X

⁷ El término rentabilidades hace referencia a la rentabilidad financiera (ROE) y a la rentabilidad económica (ROA).

Autores	Año	Liquidez	Estructura financiera	Actividad	Rentabilidad⁷
Gapenski, Vogel y Langland-Orban	1993				X
Jacobs y Hall	1994	X	X	X	X
Langland-Orban, Gapenski y Vogel	1996				X
Zeller, Stanko y Cleverley	1997				X
Clarke	1999				X
Pink, Daniel, McGillis y McKillop	2007	X	X	X	X
Das	2009	X	X	X	X
Chun	2014				X
Turner, Broom, Elliott y Lee	2015				X
Lee	2015				X

Fuente: elaboración propia

Cleverley y Massar (1983) analizaron la liquidez de las empresas hospitalarias. El concepto de liquidez es un concepto financiero que se entiende ampliamente y que en muchas ocasiones su evaluación real se basa en la relación entre los activos corrientes y los pasivos corrientes. Los autores sugirieron que el examen de más de un indicador de liquidez es útil y que todos pueden proporcionar una evaluación precisa de la misma.

En el año 1988, los ratios financieros en los hospitales se volvieron un recurso muy popular para el análisis de la situación económica y financiera de las entidades hospitalarias y, por ese motivo, Counte et al. (1988) decidieron establecer cuatro categorías en las que se podían clasificar las principales ratios financieras:

1. Liquidez, definida como la capacidad que tienen las instituciones hospitalarias para conocer sus obligaciones a corto plazo. Comprende los ratios de solvencia, de tesorería o la prueba ácida.
2. Estructura financiera, definida como la habilidad que tienen los hospitales para incrementar la financiación de la deuda. Incluye el análisis del endeudamiento, de la calidad de la deuda o del patrimonio neto.
3. Actividad o eficiencia, definida como la relación entre las ventas y los activos de las empresas hospitalarias. Engloba los ratios que hacen referencia a rotaciones, como puede ser la rotación del activo o la rotación de las ventas.
4. Rentabilidad, definida como el exceso de resultados que tienen los centros hospitalarios sobre sus gastos. Incorpora la rentabilidad financiera o *Return on Equity* (ROE), la rentabilidad económica o *Return on Assets* (ROA) o el margen operativo.

Como se observa a continuación, esta clasificación ha sido utilizada hasta la actualidad por muchos otros autores.

Cleverley y Harvey (1990) hicieron un estudio para todos los hospitales de Estados Unidos y se concluyó que la rentabilidad, la estructura financiera y la liquidez eran las tres categorías esenciales que había que analizar para cualquier empresa hospitalaria. De este modo, la categoría de actividad o eficiencia se convertía en una categoría secundaria.

En esta misma línea, Chu et al. (1991) y Cleverley y Harvey (1992) afirmaron que, a diferencia de los estudios sobre empresas industriales, las empresas hospitalarias deben tener en cuenta especialmente las rentabilidades y la liquidez, definida como solvencia y fondo de maniobra.

En el año 1993, Walker se centró en analizar la rentabilidad de los hospitales. Concretamente, estudió el efecto que tiene la rotación de los activos, el margen operativo y la estructura financiera, medida como el endeudamiento, sobre la rentabilidad de distintos hospitales.

A partir de este momento se produce un cambio significativo en la temática de las investigaciones que pasan de analizar los indicadores financieros de las empresas hospitalarias a centrarse solo en el análisis de la rentabilidad, así como de sus componentes.

Vogel et al. (1993) examinaron los determinantes de una rentabilidad excepcionalmente alta y excepcionalmente baja entre los hospitales. Utilizando los datos del año 1989 y de una muestra de 169 hospitales de Florida, revelaron que la carga de la deuda y la productividad del personal desempeñan un papel importante en la rentabilidad excepcional. De este modo, teniendo en cuenta estos dos indicadores, los directivos y administradores podían tomar decisiones a largo plazo para alterar las posibilidades de que su hospital presente una rentabilidad excepcionalmente alta o excepcionalmente baja.

En ese mismo año 1993, un análisis de varios indicadores financieros mostró que ciertos índices de apalancamiento, liquidez, eficiencia de capital y disponibilidad de recursos podían predecir la rentabilidad y la quiebra de los hospitales hasta dos años antes del cierre con una precisión de casi el 75 por ciento (Lynn y Wertheim, 1993).

Gapenski, Vogel y Langland-Orban (1993) también intentaron identificar los determinantes subyacentes de la rentabilidad hospitalaria. El hecho de identificar estos factores permitía que los ejecutivos de los hospitales pudiesen enfocar sus esfuerzos en aquellos aspectos que más afectaban a la rentabilidad. En el estudio se utilizó el análisis de regresión múltiple con 22 determinantes de rentabilidad hipotéticos como variables independientes y cinco medidas de rentabilidad como variables dependientes. Como resultado se obtenía que la rentabilidad no estaba dictada por factores organizativos o de mercado, sino que estaba más fuertemente influenciada por factores que, en cierta medida, podían verse influidos por las políticas y prácticas hospitalarias.

En el período 1994-99, varios autores volvieron a definir cuáles eran las cuatro categorías principales de ratios financieras y se seguía investigando cuáles eran los factores que tenían una influencia significativa en la rentabilidad de los hospitales, concretamente en la rentabilidad económica. En este sentido, se observaba que las variables que afectaban a la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias eran los ratios de liquidez, de actividad y de estructura financiera, así como la productividad del personal (Clarke, 1999; Zeller, Stanko y Cleverley, 1997; Langland-Orban, Gapenski y Vogel, 1996; Jacobs y Hall, 1994).

En 2007, Pink et al. se centraron en concretar los mejores indicadores financieros del sector hospitalario. De esta forma, determinaron que para prever si los hospitales tenían una buena

situación financiera se debía analizar la rentabilidad financiera, la rentabilidad económica, la liquidez, la solvencia a corto plazo, el fondo de maniobra, el *cash flow*, la capitalización, el endeudamiento y la calidad de esta deuda.

Das (2009) analizó los datos de distintos hospitales de Estados Unidos entre 1996 y 2004 e identificó cuatro factores que explicaban la mayor parte del desempeño financiero: la estructura financiera, la rentabilidad, la actividad y la liquidez. También concluyó que la estructura financiera era la categoría más importante para determinar la rentabilidad de los hospitales.

En la investigación de Chun (2014) seguían investigando los factores que afectaban a la rentabilidad de los hospitales. Para ello, se relacionaban los indicadores de rentabilidad con la liquidez, las rotaciones, la productividad del personal y el endeudamiento. De este modo, mediante un análisis de regresión múltiple se observaba que la tasa de crecimiento de los activos totales, la rotación total de activos y la productividad del personal han afectado a la rentabilidad.

Por último, en 2015 distintos autores siguen analizando la situación financiera y económica de los hospitales mediante el estudio de sus rentabilidades (Turner et al., 2015; Lee, 2015). De este modo, afirman que la viabilidad financiera de los objetivos a largo plazo requiere que las organizaciones generen rendimientos positivos sobre el capital (ROE) y sobre los activos (ROA).

Así, la información más transparente y mejor analizada de los centros hospitalarios permitirá acometer mejor los retos del futuro y el análisis económico financiero de sus estados contables es un primer paso para ello. Además, se debe tener en cuenta que en todos los estudios analizados se ha tenido en cuenta la rentabilidad, hecho que demuestra la importancia de este indicador.

2.2. Análisis de la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias

Actualmente, teniendo en cuenta el efecto de la crisis en el ámbito sanitario, la caída de la actividad económica y las restricciones financieras de acceso al crédito han empeorado los ratios de rentabilidad de estas empresas con efectos negativos sobre el empleo. En este contexto, analizar la rentabilidad empresarial tiene más relevancia junto con el análisis de los principales factores explicativos de esta rentabilidad y con el objetivo de disponer de herramientas o modelos explicativos de la rentabilidad que permitan mejorar la planificación financiera a largo plazo (Cortés et al., 2011).

Haciendo una revisión de la literatura empresarial, se observa que hay dos teorías que proveen explicaciones alternativas sobre los factores que afectan a la rentabilidad económica de una empresa. Por un lado, la primera teoría supone que la rentabilidad de la empresa depende de las características estructurales de la industria o del sector en que opera (Scherer y Ross, 1990), y, por otro lado, la segunda teoría supone que la rentabilidad viene determinada por las capacidades y los recursos propios de cada empresa (Barney, 1991; Peteraf, 1993).

A nivel teórico, el modelo DuPont (González-Pascual, 2016) establece las relaciones existentes entre la rentabilidad financiera y la rentabilidad económica y un conjunto de variables y ratios

contables, como la rotación de los activos, el margen de ventas o el apalancamiento financiero. Sin embargo, otros autores (Choi y Lee, 2008; Coyne, 1982) reafirman que el indicador de la rentabilidad económica en los hospitales es el más relevante y se considera el mejor estándar para medir la situación económica y financiera.

Es por este motivo que es necesario analizar qué variables o factores inciden en la rentabilidad económica y por ello se deben utilizar distintas variables explicativas, como variables internas (indicadores financieros) y externas (ubicación y sector empresarial). Lee (2015) señala que las empresas hospitalarias privadas tienen que conseguir beneficios y buenas rentabilidades para ser eficientes, por lo que hay que estudiar los factores que influyen y explican estas rentabilidades. Del mismo modo, otros autores (Turner et al., 2015) indican que hay una visión financiera a largo plazo de las empresas hospitalarias, para conseguir el objetivo de generar rentabilidades financieras y económicas positivas.

Las variables explicativas de la rentabilidad económica, según varios autores (Bem, et al., 2015, 2014; Benton, 2013; Gapenski, Vogel y Langland-Orban, 1993; Coyne, 1982) son varias, pero las que tienen una mayor influencia son el endeudamiento y la solvencia, como variables internas, y la evolución del mercado, la dimensión empresarial y la zona geográfica, como variables externas.

Respecto las variables externas, Amat (2000; 2008) establece que la evolución de los aspectos externos condiciona el desarrollo de cualquier empresa y que hay una elevada correlación entre la economía, definida en términos de Producto Interior Bruto (PIB), y la tendencia de los resultados de las empresas, es decir, sus rentabilidades. Además, se debe tener en cuenta la dimensión empresarial y la zona geográfica, ya que no es lo mismo que un hospital esté situado en un cinturón industrial que alejado de núcleos urbanos.

En este mismo sentido, Eldenburg y Krishnan (2003) y Palomo y Mateo (1999) vinculan las variables microeconómicas de dimensión y de resultados con las variables macroeconómicas que configuran sus respectivos entornos de actividad, es decir, toman como variables explicativas la densidad de la población y el PIB per cápita. Luna et al. (2009) explican que las pequeñas y medianas empresas tienen rentabilidades económicas con correlación positiva respecto los movimientos del PIB y autores como Mick y Wise (1996) señalan que la rentabilidad es mayor en los hospitales más grandes y que los hospitales situados en áreas más densas de población y con un PIB más elevado tienen mejores resultados.

En cuanto a la relación existente entre la dimensión empresarial y la rentabilidad económica, aunque, hay autores que no llegan a un acuerdo (Ayala y Navarrete, 2004), muchos estudios (Sánchez y Bernabé, 2002; French III, 1996; Ocaña, Salas y Vallés, 1994; Robinson y Phibbs, 1990) revelan la existencia de una relación significativa entre estas dos variables. Otros autores (Turner et al., 2015) explican significativamente la rentabilidad económica mediante la forma jurídica del hospital.

Respecto las variables internas, las que se vinculan directamente con la rentabilidad económica, son el endeudamiento, la solvencia y la productividad (Bem et al., 2014, 2015; Vélez-González, Pradhan y Weech-Maldonado, 2011). En concreto, los centros hospitalarios con rentabilidades más bajas son los que se encuentran más endeudados.

En definitiva, para la toma de decisiones en entornos hospitalarios se debe conocer la información financiera de las cuentas anuales y la información no financiera, ya que el ámbito de la salud no sólo responde a cuestiones puramente financieras (Bem et al., 2014, 2015; Cortés et al., 2011; Watkins, 2000).

3. La irrupción tecnológica en las empresas hospitalarias

Las empresas hospitalarias son industrias que a nivel global están sufriendo profundas transformaciones y están sometidas a una demanda creciente y altamente sofisticada. La población envejece a un ritmo acelerado y piden servicios de mayor calidad y el cambio tecnológico rápido impulsa nuevos enfoques a la medicina.

De este modo, la innovación y los avances tecnológicos ofrecen la oportunidad de nuevos escenarios, gracias a tratamientos más eficientes, nuevos servicios digitales, nuevos dispositivos médicos y nuevos modelos de negocios. El ámbito hospitalario está sufriendo un cambio de paradigma, surgen nuevas oportunidades y las empresas emergentes de la salud están en auge (Parmar et al., 2016; Del Vecchio, 2015; Cortés-Franch y González, 2014; Thomson et al., 2014; Karanicolos et al., 2013; Kentikelenis et al., 2011).

Las empresas emergentes, también llamadas startups, buscan arrancar, emprender o montar un nuevo negocio, y aluden a ideas de negocios que están empezando o están en construcción, y generalmente se trata de empresas apoyadas en la tecnología. Son ideas que innovan el mercado y buscan facilitar los procesos complicados; por lo general, comienzan como una idea de negocio creativa, y el paso inmediato es agregar diferenciación a dicha idea a través de la innovación, para finalmente emprender el negocio.

3.1. Innovación tecnológica y empresas sanitarias emergentes

El cambio tecnológico transforma las industrias. Desde Schumpeter (1942), los investigadores saben que cuando una nueva tecnología es introducida en el mercado tiene el potencial de reconfigurar la dinámica de éste. Por este motivo, la tecnología es un factor clave del cambio y del crecimiento económico (Parmar et al., 2016; Del Vecchio, 2015; Cortés y González, 2014; Thomson et al., 2014; Karanicolos et al., 2013; Kentikelenis et al., 2011; Romer, 1990; Foster, 1986; Abernathy y Utterback, 1978; Solow, 1957).

El rendimiento tecnológico se utiliza para crecer repentinamente y evoluciona a través de períodos de estabilidad, seguidos por la rápida aparición de avances que rompen el equilibrio del mercado anterior (Tushman y Anderson, 1986).

La innovación y la irrupción tecnológica en la industria de la salud han generado iniciativas empresariales en la cadena de valor de la sanidad mediante la aparición de startups centradas en cuatro sectores particularmente fértiles en oportunidades de innovación (Pareras, 2008):

1. Empresas farmacéuticas y biotecnológicas.
2. Dispositivos médicos y equipos necesarios para la salud.
3. Salud digital, tecnologías de la información y aplicaciones de Internet en el cuidado de la salud.
4. Servicios de salud y nuevos modelos de negocios.

Los tres primeros son oportunidades de oferta, que se refieren a la forma en que se crea valor en la cadena de valor de la sanidad, gracias al impulso de las nuevas tecnologías – ya sea a través de nuevos medicamentos o tratamientos, nuevos dispositivos tecnológicos o nuevas tecnologías de la información –. El cuarto sector tiene una naturaleza de demanda y está relacionada con la forma en que los hospitales, las farmacias y los médicos diseñan nuevas formas de llevar la atención médica a los ciudadanos y extenderla a la cadena de valor a través de nuevos servicios o modelos comerciales.

La industria farmacéutica es un sector consolidado que está compuesto por grandes actores dominantes, es decir, por grandes empresas tanto en tamaño como en recursos. Entrar en esta industria puede ser difícil, por las altas barreras de entrada en propiedad intelectual, las economías de escala y las economías de alcance que las grandes marcas pueden imponer. En la industria farmacéutica, los largos ciclos de innovación y desarrollo son necesarios para desarrollar un nuevo medicamento, con un riesgo tecnológico extremadamente elevado y necesidades de capital significativas en las que no todo el mundo puede acceder. Sin embargo, gracias a la presión de la investigación, la dinámica de la transferencia de tecnología y los procesos de innovación abierta, están surgiendo importantes innovaciones disruptivas en la industria de la biotecnología mundial.

El sector relacionado con los dispositivos y equipos médicos necesarios para la atención médica ha crecido en los últimos años gracias a nuevas empresas dirigidas por profesionales de la salud. Estas oportunidades y la alta tasa de innovación hacen que los dispositivos médicos sean facilitadores del diagnóstico, la prevención y el monitoreo y que se conviertan en dispositivos esenciales que podrían estar presentes en casi todos los puntos de la cadena de valor del cuidado sanitario. Los dispositivos médicos se dividen en dispositivos tecnológicos, como marcapasos y prótesis, y dispositivos no tecnológicos, como guantes, bolsas de suero y suturas. Es un sector que está creciendo y que goza de rendimientos aceptables, por lo que atrae la promoción de nuevas empresas en diferentes líneas de innovación, como los microprocesadores.

El sector de las tecnologías de la información, que incluye las aplicaciones de Internet en salud e informática médica, también fomenta la creación de empresas, ya que muchos servicios de salud dependen de los procesos electrónicos y de comunicación y esto genera grandes oportunidades para los profesionales de la salud que quieren iniciarse e innovar en este campo.

Las tecnologías de la información han cambiado el sector de la salud con procesos más complejos y con mayor uso de la tecnología.

Finalmente, el cuarto sector, referido a nuevos servicios y nuevos modelos de negocio en la provisión de servicios de salud, incluye iniciativas emprendedoras en cualquier posición de la cadena de valor que no apunta a producir un medicamento o un producto biotecnológico, un dispositivo médico o un proyecto de tecnología de la información. El sector de servicios es muy amplio, por ejemplo, incluye servicios de salud en centros médicos, consultas, actividades de seguros, actividades de logística y distribución, atención médica minorista y servicios sociales, y también se ve afectado por importantes cambios e iniciativas empresariales. Sin embargo, la atención médica actual requiere innovación y cambios para lograr una atención más eficiente y menos costosa y en un escenario de crisis generalizada con mayores costos, recortes, mayor demanda e insatisfacción de los ciudadanos, surgen numerosas oportunidades para los empresarios que pretenden mejorar el sistema a través de planes de salud liderados por el consumidor, de emprendedores sociales o de verticalización de los centros de salud, entre otros.

Actualmente, de los cuatro sectores anteriores, se debe destacar el que corresponde a las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) que están induciendo a grandes cambios sociales. De hecho, principios como la transparencia, la comunicación y la información se han convertido en fundamentales para los ciudadanos para que ejerzan su libertad de elección entre los diferentes centros sanitarios (García-Lacalle et al., 2011).

3.2. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación en las empresas hospitalarias

Cada vez más, el sector sanitario se ha hecho un hueco en el mundo de las tecnologías de la información para desarrollar un papel fundamental en la educación, la prevención y la promoción de la salud. La expansión de las TIC ha incrementado la presencia de los ciudadanos en el ámbito sanitario ya que los sistemas de atención sanitaria están incorporando estas nuevas y avanzadas tecnologías en los procesos asistenciales para ofrecer servicios de salud más eficientes (Calvo, 2016; García-Lacalle et al., 2011).

En las últimas décadas, Internet se ha convertido en un fenómeno social y tecnológico que ha producido grandes cambios en las organizaciones y en la sociedad en general, con evoluciones y transformaciones disruptivas para adaptarse a la nueva realidad digital. Así, Internet se puede considerar un elemento clave en el desarrollo de cualquier negocio y las instituciones han tenido que reconstruir su estrategia de negocio para llegar correctamente a sus clientes y al público en general (Ruiz-Granja, 2015). El uso de internet como mecanismo de divulgación de la información ofrece ventajas, tales como el acceso a la información de manera rápida, fácil, en cualquier momento y lugar (Gallego-Álvarez et al., 2011).

En este sentido, son muchos los usuarios que para obtener información recurren al sitio web de las organizaciones e instituciones; de hecho, la demanda de información digital de las

instituciones sanitarias se hace cada vez más necesaria y evidente. En consecuencia, el acceso a las páginas web de los centros hospitalarios es utilizado como una vía de comunicación habitual entre las instituciones hospitalarias y los consumidores de sus servicios, que sirve para captar su atención y conseguir aumentar la cuota de mercado de dichas instituciones. De este modo, por una cuestión económica o puramente social, todas las personas deben tener el mismo acceso a la web (Moreira et al., 2016; Díaz y Chain, 2008).

Además, actualmente es necesario evaluar los contenidos y la estructura de las páginas web ya que es muy importante introducir información de calidad y actualizada en el ámbito sanitario para una correcta comunicación con los usuarios (Domínguez-Castro e Iñesta-García, 2004).

Desde hace un tiempo, diferentes iniciativas evalúan la calidad y la información de los sitios web de contenido sanitario. En este sentido, la literatura académica existente referente al análisis de la calidad web de los centros hospitalarios es extensa (Mira et al., 2006; Ortún-Rubio et al., 2001).

Las primeras iniciativas que incentivaban el control de calidad de la información sanitaria contenida en Internet aparecieron en el 1996, no obstante, se trataba de iniciativas orientadas hacia aspectos más éticos. En 1997, Silberg et al. destacaban la importancia del control de calidad en los diferentes sitios web y el cumplimiento de determinadas reglas para realizar el suministro de información sanitaria a través de Internet. Concretamente, se introdujeron las primeras consideraciones acerca de la autoría de las páginas web, la referencia de las fuentes de información y la actualización de los contenidos.

Existen distintas organizaciones e instituciones que han desarrollado criterios para guiar y evaluar las páginas web sanitarias como *Health on the Net Foundation* (HON), *Food and Drug Administration* (FDA) o *American Medical Association* (AMA). Incluso hay distintos estudios que han clasificado las distintas webs sanitarias en función de la calidad que presentan sus sitios web (Utrilla et al., 2009).

Una iniciativa incipiente que surge para el análisis de la calidad de los sitios web es promovida por la norma ISO/IEC 25010 (2011), que contempla las características necesarias para que un producto de software tenga la suficiente calidad para llegar correctamente a los usuarios. Estas características incluyen la facilidad de uso, la capacidad y la eficacia, junto con la interacción de los usuarios con el producto, el análisis del contexto y la satisfacción, entre otros (Moreira et al., 2016).

Las investigaciones más recientes, relativas a la evaluación de la calidad web de los centros hospitalarios, realizadas en este ámbito se han desarrollado mediante distintos cuestionarios. Son muchos los autores que han creado y definido sus propios cuestionarios; no obstante, los que han tenido una aceptación más relevante han sido los creados por Bermúdez-Tamayo et al. (2006) y Arencibia-Jiménez y Aibar-Remón (2007).

El cuestionario Bermúdez-Tamayo et al. (2006) pretende evaluar la fiabilidad y calidad de las webs sanitarias en el ámbito iberoamericano cumpliendo las recomendaciones de los principales códigos éticos y de normativa vigente para España y Europa. No obstante, algunos autores (De

La Torre et al., 2014; Conesa et al., 2011) concluyen que un inconveniente de ese cuestionario es que analiza pocos aspectos éticos y técnicos en referencia a la calidad.

A partir de este cuestionario de evaluación, Arencibia-Jiménez y Aibar-Remón (2007) crearon, siguiendo la misma línea, otro cuestionario para analizar la accesibilidad, la usabilidad, la interactividad y la información presentada y los contenidos webs de distintos centros hospitalarios. En este estudio se concluyó que los resultados fueron, en general, negativos ya que muchos de los hospitales no tenían sitio web en Internet y la información presentada era escasa, mal actualizada, poco útil y baja de calidad.

Siguiendo esta misma línea de investigación Díaz y Chain (2008) desarrollaron un cuestionario propio con variables dicotómicas en donde se analizaban las webs de los hospitales de referencia, tanto públicos como privados, de cada provincia, presentando unos resultados similares a los de Arencibia-Jiménez y Aibar-Remón (2007), ya que se demostró que la calidad de las páginas webs es mejorable y que el criterio sobre información general se cumple en muy pocos diseños de las páginas. Además, concluyen que muchos de los hospitales no disponen de web y si la tienen no reúnen los criterios mínimos de calidad.

Existe otra investigación destacable (De La Torre et al., 2013) dónde se analizan las webs de los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía mediante la evaluación de la calidad, utilizando el cuestionario Bermúdez-Tamayo et al. (2006), de la accesibilidad y de la presencia de herramientas 2.0., como blogs, foros, comunidades, *Really Simple Syndication* (RSS), multimedia, comentarios de opinión, wiki y marcadores sociales. En este estudio, los autores destacan que aún existen hospitales sin páginas web, que hay una alta variabilidad de la calidad de éstas, aunque cada vez hay más transparencia y responsabilidad en los contenidos de las mismas. No obstante, presentan poca credibilidad, con una mala actualización de la información y un bajo nivel de accesibilidad.

En el año 2015, Ruiz-Granja realizó un estudio de los hospitales sevillanos mediante la utilización de un cuestionario propio escogiendo los métodos de evaluación definidos tanto por Bermúdez-Tamayo et al. (2006) como por Arencibia-Jiménez y Aibar-Remón (2007). En la investigación, la autora pone de manifiesto que la calidad comunicacional de las páginas web de los hospitales sevillanos no depende del tipo de gestión si no de la existencia, entre sus órganos de gestión, de personal profesional experto en comunicación.

El estudio reciente que más ha destacado y que se ha tomado de referencia en esta investigación ha sido el de Calvo (2014). En el estudio, el autor realiza un análisis de la calidad y de las características web de los hospitales españoles con 500 camas o más utilizando el cuestionario desarrollado por Arencibia-Jiménez y Aibar-Remón (2007) y llega a la conclusión que la calidad de los sitios web es escasa y que los recursos están mal aprovechados; por ejemplo, la utilización de herramientas 2.0., que en muchos casos no se tienen en cuenta y, en cambio, en el futuro deberían ser una oportunidad para mejorar la explotación de los sitios web.

3.3. Revisión bibliográfica de las tecnologías de la información y de la comunicación web de las empresas hospitalarias

A continuación, para complementar lo comentado en los apartados precedentes y utilizando la misma metodología que la del apartado 2.1, se ha realizado una revisión bibliográfica descriptiva para analizar la evolución de los conceptos de tecnologías de la información y de comunicación de las empresas hospitalarias a lo largo de los años.

En la ilustración 6 se definen las etiquetas de búsqueda a consultar. Esta búsqueda se realiza en enero de 2018, y comprende desde el año 1977 hasta diciembre de 2017.

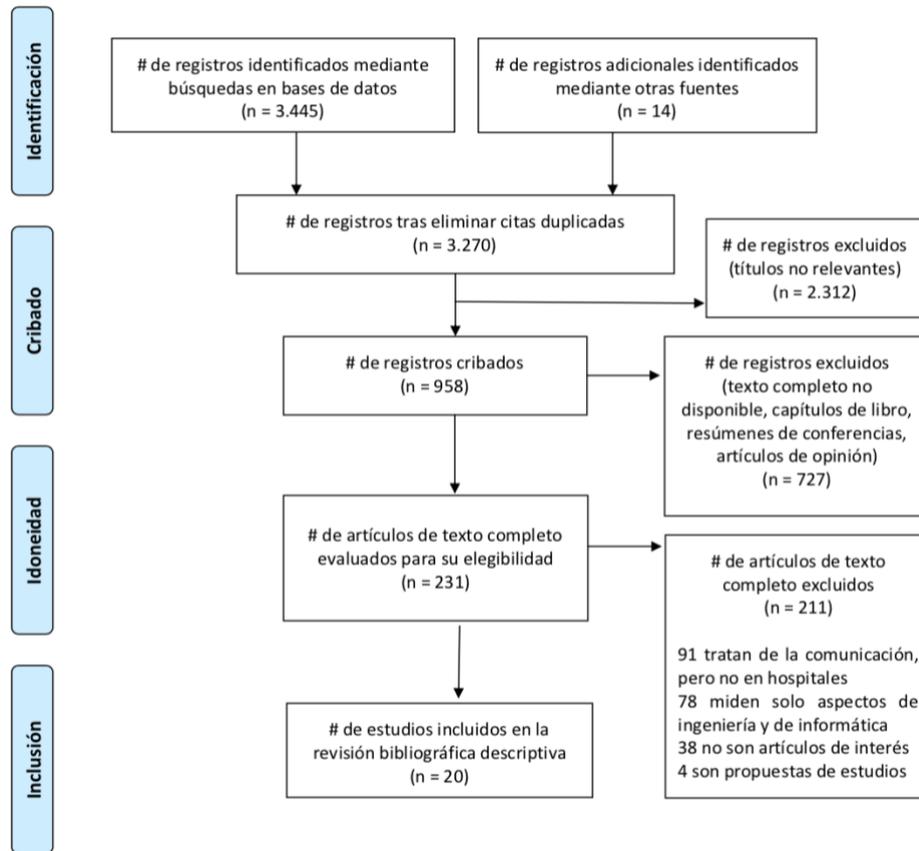
Ilustración 6.- Identificación de las palabras clave de búsqueda



Fuente: elaboración propia

La ilustración 7 muestra que la búsqueda bibliográfica contiene 958 artículos. Una vez excluidos los registros fuera de alcance, se ha verificado el texto completo de 231 registros. En total, 211 de estos artículos no cumplieron los criterios de inclusión y, por lo tanto, finalmente son 20 los artículos que se incluyen en la revisión.

Ilustración 7.- Búsqueda y proceso de exclusión de los artículos



Fuente: elaboración propia a partir del diagrama creado por Moher et al. (2009)

Tal y como se observa en la tabla 9, el concepto de comunicación en las empresas hospitalarias ha evolucionado considerablemente a lo largo de los años. Inicialmente, los estudios hacían referencia a términos como la comunicación y el marketing empresarial. Posteriormente, estos términos se convirtieron en marketing web y en el análisis de las páginas web. No obstante, cuando el uso de Internet y de los sitios webs se normalizó en la población, apareció una importante preocupación acerca de la calidad de los contenidos de las páginas web de los hospitales que aún existe hoy en día.

Junto con el análisis de la calidad web, se empezaron a analizar el uso de las herramientas 2.0. que permitían una mayor interacción entre las instituciones y los consumidores. Actualmente, con la gran repercusión que tienen las redes sociales en la comunidad, se han aplicado nuevas técnicas de marketing. De este modo, los hospitales no han quedado exentos de estos cambios y cada vez se están introduciendo más en dichas redes sociales para poder darse a conocer, ofrecer sus servicios y ganar cuota de mercado.

Finalmente, aparece un nuevo concepto, la comunicación web corporativa, que integra todos los conceptos anteriores. De este modo, mediante la comunicación web corporativa se adopta un enfoque integral de todas las comunicaciones – internas y externas – y permite que los centros hospitalarios puedan posicionarse estratégicamente en el mercado hospitalario.

Tabla 9.- Evolución del concepto de TIC y comunicación web en las empresas hospitalarias

Autores	Año	Concepto	Descripción
MacStravic	1984	Comunicación	El estudio prevé que, gracias a los niveles de interés en publicidad por parte de los hospitales y el crecimiento en el uso de esta técnica de comercialización, las estrategias de persuasión serían más completas y más utilizadas en el futuro.
McDermott, Franzak y Little	1993	Marketing	Los autores examinan la relación de las actividades de comercialización de los hospitales con el desempeño financiero.
Shepherd y Fell	1998	Marketing web	La investigación explora el uso de Internet en el marketing hospitalario. Se concluye que el uso de Internet en la comercialización de los hospitales se ha disparado a lo largo de los años.
Sanchez y Maier-Donati	1999	Marketing web	A medida que los hospitales continúan incorporando la tecnología web en sus estrategias generales de marketing y comunicación, se enfrentan a varios problemas.
Turisco y Kilbridge	2000	Páginas web	Un hospital para crear un sitio web debe determinar su estrategia de implementación, basada en la gama de contenidos web y de las ofertas de servicios disponibles en el mercado. Además, es importante que los gerentes comprendan el posterior y positivo impacto financiero que tendrá su implementación en la cuota de mercado.
Randeree y Rao	2004	Páginas web	Los sitios web de los hospitales se están convirtiendo en un estándar de la industria ya que los pacientes, entendidos como consumidores finales, y los profesionales de la salud usan los recursos web para obtener información, investigar y comunicarse.
Gruca y Wakefield	2004	Páginas web	Internet hace que los hospitales se puedan comunicar con sus pacientes, médicos y otros grupos de interés. Menos de la mitad de los sitios permiten a los visitantes buscar fácilmente la información pertinente y el uso de sitios web para la programación de citas o la prestación de foros de debate se limita a un grupo muy reducido de hospitales.
Kind, Wheeler, Robinson y Cabana	2004	Calidad web	La mayoría de los sitios web tienen información específica sobre salud y opciones de búsqueda; sin embargo, solo el 10% indica la fecha de la última actualización. A medida que el público consulta cada vez más la información de salud en Internet, los hospitales necesitan mantenerse al día con estándares y demandas cada vez más exigentes.
Bilsel, Buyukozkan y Ruan	2006	Calidad web	Este artículo presenta un modelo de evaluación de calidad para medir el rendimiento de los sitios web de los hospitales. El modelo consta de siete dimensiones principales de calidad que incluyen elementos tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta, confianza, empatía, calidad de la información e integración de los problemas de comunicación web.
Díaz y Chain	2008	Calidad web	Se analizan los contenidos de los sitios web en los hospitales de referencia de cada provincia española. El progreso es visible; sin embargo, la calidad del contenido de los sitios web es insuficiente y para mejorarla es necesario unificar los criterios de contenido e incluir y acordar una política común de información.
Abbott	2010	Calidad web	Internet, a pesar de ser un recurso omnipresente de información relacionada con la salud, se considera menoscabado por las preocupaciones sobre la calidad y la confiabilidad.

Autores	Año	Concepto	Descripción
Maifredi, Orizio, Bressanelli y Domenighini	2010	Herramientas 2.0.	El estudio explora las características de los contenidos de los sitios web de hospitales italianos. Se analizan ochenta y nueve elementos referentes al uso de las herramientas 2.0. divididos en cinco secciones: características técnicas, información hospitalaria e instalaciones, servicios médicos, servicios interactivos en línea y actividades externas.
García-Lacalle, Pina y Royo	2011	Calidad web	El estudio pretende determinar en qué medida los hospitales públicos españoles utilizan sus sitios web para proporcionar información útil a los usuarios y mejorar la relación entre el paciente y el hospital. Los ciudadanos confían cada vez más en Internet para buscar información relacionada con la salud y se debe ofrecer información fiable.
Lobardi y Baum	2011	Herramientas 2.0.	Un sitio web es una necesidad básica que los pacientes esperan de sus centros hospitalarios. Sin embargo, en la actualidad los pacientes esperan un sitio web interactivo y con herramientas 2.0.
De la Torre, Estepa, López-Pardo y León	2014	Calidad web Herramientas 2.0.	En la investigación se evalúa la calidad, la accesibilidad y las herramientas 2.0. de los sitios web de los hospitales públicos de Andalucía. En general, la calidad de estos sitios web es buena. Sin embargo, la legislación actual sobre accesibilidad no se cumple y debe ser revisada y adaptada a las normas legales vigentes.
Benítez y Faba-Pérez	2016	Redes sociales	Se analiza la presencia de redes sociales en los hospitales mejor posicionados del mundo. Los continentes con mayor nivel económico y tecnológico tienen una mayor presencia de sus sitios web en las redes sociales. Además, la gestión de los hospitales influye en su presencia en las redes sociales.
Costa, Túnez y Videla	2016	Redes sociales	Este artículo examina la presencia de los mejores hospitales españoles en las redes sociales. Solo el 50% de los hospitales españoles usan Facebook, Twitter y YouTube como canales de comunicación. Este porcentaje disminuye a menos del 30% para el resto de las redes sociales.
Rando, Paniagua, De las Heras	2016	Redes sociales	El estudio analiza la comunicación en línea, concretamente mediante el uso de las redes sociales en las corporaciones hospitalarias españolas. Los resultados establecen que los pacientes demostraron interés por la información y la actividad que los centros de salud comparten en sus redes sociales.
Cerci	2017	Redes sociales	Después del uso generalizado de Internet, las redes sociales comenzaron a utilizarse con fines de relaciones públicas. Cuando se observa el uso de las redes sociales por sectores, el sector de la atención de la salud se queda atrás. Estados Unidos es el país donde se utilizan las redes sociales de manera más profesional y relevante.
Medina y González	2017	Comunicación web corporativa	Los hospitales deben reconsiderar su uso estratégico de las TIC en un contexto marcado por la mayor exposición social y mediática y las nuevas demandas de pacientes. Por eso han adoptado un enfoque integral que cubre todas las comunicaciones lo que ayuda a las organizaciones a posicionarse estratégicamente en el mercado hospitalario.

Fuente: elaboración propia

En definitiva, las TIC se consideran como uno de los agentes de cambio más importantes en la sanidad y los ciudadanos y los pacientes demandan cada vez más transparencia en la información que se les proporciona sobre los servicios de salud. Se reclama información sobre la cartera de servicios, accesibilidad a los mismos, procedimientos, etc. Si esta información es de calidad y está verificada, favorece la sostenibilidad de un sistema con tendencia a incrementar de manera continua el consumo de recursos. De este modo, la introducción de las TIC ayuda a mejorar la eficiencia y a plantear nuevos modelos de organización y trabajo (Fundación Telefónica, 2006).

En definitiva, mediante la información contenida en las páginas web de las instituciones y/u organizaciones sanitarias, se puede conocer el grado de transparencia informativa y se puede determinar su nivel de responsabilidad social relacionada con la información digital.

4. La Responsabilidad Social de las empresas hospitalarias

En los últimos años se ha experimentado un crecimiento significativo del interés de los ciudadanos en relación con la transparencia de las entidades en materia de responsabilidad social (RS) y un mecanismo para la difusión de esta información es a través de las páginas webs (Nevado-Gil y Gallardo-Vázquez, 2016).

También han aumentado las organizaciones de todo el mundo que informan sobre cuestiones relativas a su comportamiento económico, social y ambiental (Frías-Aceituno, Marques y Rodríguez-Ariza, 2013; Prado-Lorenzo y García-Sánchez, 2010). Por lo que la RS, como comportamiento que debe adoptar una entidad ante sus grupos de interés y la sociedad, obliga a cumplir determinados compromisos (Marín-Calahorra, 2008).

Son varios los factores que han provocado cambios relevantes en las sociedades modernas; entre ellos destaca la globalización económica y cultural, el progreso científico y tecnológico, el mayor acceso a la información y el reconocimiento de los derechos de los consumidores. Precisamente han sido estos cambios los que han originado la percepción de que el comportamiento ético es esencial en las prácticas de cualquiera organización (Brandao et al., 2013).

En los últimos años, el concepto de RS ha ganado gran importancia en el desarrollo de las empresas e instituciones, que son cada vez más sensibles hacia esta cuestión (Gallardo et al., 2010; Seabra y Jorge, 2010). De este modo, se ha presenciado un cambio de paradigma donde no sólo los resultados financieros resultan relevantes, sino que también se destaca la importancia de contribuir en aspectos que incluyan a todos aquellos que participan en la empresa, lo cual al final termina repercutiendo significativamente sobre el rendimiento empresarial (Valenzuela, Jara-Bertin y Villegas, 2015; Barroso, 2008; Becker-Olsen, Cudmore y Hill, 2006).

Existen múltiples definiciones sobre el concepto de RS, pero quizás, la que más destaca es la realizada por la Unión Europea en el llamado Libro Verde (Comisión Europea, 2001), donde la

define como “*la integración voluntaria, por parte de las empresas, de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y sus relaciones con sus interlocutores*”.

No obstante, no hay una definición universalmente aceptada sobre la RS (Dahlsrud, 2008), aunque se puede afirmar que, además del cumplimiento estricto de las normas obligatorias vigentes, consiste en la integración voluntaria en el gobierno y en la gestión de las organizaciones de las preocupaciones sociales, laborales, medioambientales y de respeto a los derechos humanos (Mendoza, De Nieves y Briones, 2010; Marín-Calahorra, 2008).

Que las organizaciones adopten una conducta socialmente responsable significa que los ciudadanos y los inversores son muy conscientes de que los beneficios y los valores éticos no son incompatibles. De hecho, el concepto y la práctica de la RS se pueden recomendar fácilmente a una empresa con ánimo de lucro porque no solo aumentará su imagen externa, sino que los accionistas sabrán que la empresa gestiona sus operaciones internas y externas con otros objetivos más allá de la rentabilidad y, por lo tanto, se volverá más competitiva (Brandao et al., 2013).

Entre las organizaciones que deberían adoptar la RS se encuentran las empresas hospitalarias (Khalaf et al., 2016). El concepto de RS significa que no es suficiente que una organización sanitaria apueste por la calidad de sus servicios, a precios competitivos o por tecnología avanzada, sino que también es importante ser respetado por sus clientes, profesionales y la sociedad en general (Nascimento, Silva y Albuquerque, 2017). Además, las operaciones que se desarrollan en el sector hospitalario tienen un gran impacto social y ambiental, ya que implican una gran cantidad de residuos para su eliminación en los vertederos (Jarousse, 2012), así como como alto consumo de materiales y energía (Weisz et al., 2011).

Los hospitales, como instituciones que desempeñan un importante papel en el sistema sanitario, pueden forjar más ganancias integrando cuestiones sociales, económicas y ambientales en la atención de la salud y la promoción de la salud (Weisz et al., 2011).

En definitiva, la RS contempla las acciones que desarrolla un hospital, que desea ser percibido como una organización responsable teniendo en cuenta las tres dimensiones principales de la RS (Rodríguez, Calle y Zöllner, 2017; Rodríguez-Cala et al., 2015).

4.1. Las tres dimensiones de la Responsabilidad Social

Para que una empresa hospitalaria disponga de una buena política de responsabilidad social, es necesario considerar si es ecológicamente sólida, económicamente viable y socialmente justa. Es decir, el negocio de estas instituciones de salud genera un gran impacto en la sociedad en los tres aspectos que guían la sostenibilidad (Machado et al., 2015).

De este modo, las tres dimensiones principales o *Triple Bottom Line* de la RS son la dimensión económica, la dimensión social y la dimensión medioambiental. Kumakawa (2009) expone que el *Triple Bottom Line* expresa la idea de que la expansión sostenible de una empresa requiere una mejora total de los resultados ambientales, como la preservación del medio ambiente, y de

los resultados sociales, como las relaciones con los empleados y con la sociedad, así como de los resultados financieros, como la obtención de beneficios.

Además, son muchos los autores que definen estos tres componentes y que los consideran los tres pilares de la sostenibilidad que se refuerzan mutuamente y son interdependientes (Machado et al., 2015; Faezipour y Ferreira, 2013; Brandao et al., 2013; Frías-Aceituno, Marques y Rodríguez-Ariza, 2013; Marín-Calahorro, 2008).

La dimensión económica

Esta dimensión tiene en cuenta todos aquellos aspectos que permiten el logro de objetivos estratégicos coherentes con los valores, principios y necesidades de la sociedad. Para ello, es necesario la utilización de servicios de calidad, autogestión eficiente y un desarrollo económicamente sostenible.

Es decir, la dimensión económica debe incluir también, actividades informales que brinden distintos servicios a individuos y colectivos y que, por lo tanto, permitan aumentar al mismo tiempo los ingresos monetarios y el nivel de vida de las personas (Machado et al., 2015).

La dimensión social

La dimensión social incluye temas relacionados con las cualidades de los seres humanos de la organización – tales como las habilidades, la dedicación y la experiencia – y la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, creando oportunidades para los colectivos con especiales dificultades.

De este modo, la sostenibilidad social hace referencia a un proceso de desarrollo que conduce a un crecimiento estable con una distribución equitativa de los ingresos; y, consecuentemente, se reducen las diferencias actuales entre los diferentes niveles de la sociedad y se mejoran las condiciones de vida de las poblaciones, teniendo en cuenta tanto el entorno interno como externo de la empresa (Lega, Prenestini y Spurgeon, 2013; Podein y Hernke, 2010).

La dimensión medioambiental

La tercera dimensión, la dimensión medioambiental, se encuentra relacionada con las actividades que favorecen la protección del medioambiente y la administración de recursos, residuos y desechos.

La sostenibilidad medioambiental se puede lograr en las empresas hospitalarias promoviendo una evaluación de los patrones de consumo y los cambios de estos patrones; especialmente es necesario pensar en ideas renovables para reducir la contaminación, el uso de combustibles fósiles, adoptar políticas de conservación y reemplazar los productos no renovables por renovables (Gimenez y Tachizawa, 2012; Perera y Peiró, 2012).

Un programa de RS medioambiental exitoso proporciona a la empresa varias ventajas. En primer lugar, la organización disfruta de un mejor desempeño en términos de eficiencia y efectividad (Manzo, Brito y Correa, 2012) que implica obtener mejores resultados en términos de los resultados clínicos y de la experiencia del personal y de los pacientes (Jarousse, 2012). La

segunda ventaja es la reducción del riesgo, debido a la acción reguladora sobre el consumo de energía y la eliminación de residuos (Jarousse, 2012). Y el último beneficio es la reducción de costos ya que se produce un menor consumo de recursos y de generación de desechos (Hamilton, 2008; Gillmeister, 2012). Consecuentemente, se percibe un aumento en las percepciones positivas de la sociedad porque se pretende contribuir en la conservación de los recursos escasos y en la promoción de la salud de los pacientes y el personal (Nascimento, Silva y Albuquerque, 2017; Jarousse, 2012; Grayson et al., 2011).

Durante los últimos años, la introducción de la RS en las empresas de todos los ámbitos no solo ha llevado a las empresas hospitalarias a replantearse el modo de interacción con el medio ambiente, sino que ha provocado una reflexión sobre la posible modificación de sus procesos internos para buscar el modo de impactar menos en el medioambiente y contribuir más en aspectos sociales y económicos. Por lo tanto, la RS y la aplicación de sus tres dimensiones se deben definir en la política de los hospitales y en sus planes estratégicos para que posteriormente se puedan comunicar y divulgar correctamente y así llegar al máximo número de individuos y colectivos (Machado et al., 2015).

4.2. La divulgación de la Responsabilidad Social en las empresas hospitalarias

Son varios los autores que destacan la importancia de integrar las prácticas de RS en la gestión e identidad de cualquiera empresa, para que se puedan ver reflejadas en la imagen de la organización y generen una ventaja competitiva (Sánchez y Subiela, 2016; Rodríguez-Cala et al., 2015; Castaño, 2011).

Paralelamente, es necesario que exista una integración en las estrategias de comunicación, ya que no sólo basta con hacer RS, sino que también se debe comunicar y divulgar teniendo en cuenta a todos los públicos (Castaño, 2011).

Las nuevas tecnologías han favorecido la comunicación uni y bidireccional entre las empresas hospitalarias y la sociedad. Los hospitales tienen una clara orientación hacia sus usuarios y pacientes e Internet se ha convertido para estas organizaciones en un importante medio para comunicarse, no solo con sus grupos de interés, sino con toda la ciudadanía (Rodríguez, Calle y Zöller, 2017; Moreno y Capriotti, 2006).

De este modo, la página web corporativa es una de las herramientas fundamentales que ofrece Internet para divulgar sus políticas de RS, su misión, sus códigos y sus resultados. Existe una importancia significativa en torno a la transparencia y a la comunicación web de los indicadores de RS de las organizaciones sanitarias y es por eso por lo que estas organizaciones cada vez conceden una mayor importancia estratégica a la comunicación web para llegar a los usuarios y ofrecer más transparencia en sus contenidos web, en concordancia con la adecuada política de RS (Gómez, 2013).

Además de las páginas web, hoy en día las organizaciones utilizan otros recursos en línea, como son los medios o las redes sociales, para comunicar la RS a grupos específicos de interés en

lugar de emplear medios de comunicación tradicionales, como periódicos, televisión o radio, entre otros (Isenmann, 2006).

En definitiva, cada vez aumentan más el número de hospitales que adoptan políticas de RS y que utilizan la web corporativa para difundir buenas prácticas e indicadores de RS con la máxima transparencia (Rodríguez, Calle y Zöller, 2017).

4.3. Los indicadores de responsabilidad social en las páginas web de las empresas hospitalarias

En el sector hospitalario, las acciones que se desarrollan tienen un gran impacto económico, social y ambiental ya que producen una gran cantidad de residuos para su eliminación en los vertederos (Jarousse, 2012) y un alto consumo de materiales y energía (Weisz et al., 2011).

El concepto de RS debe alinearse con la estrategia y los objetivos de las empresas hospitalarias teniendo en cuenta el equilibrio entre los aspectos financieros, ambientales y sociales (Lemme, 2010; Marrewijk, 2003).

Para que esto ocurra, es esencial usar herramientas, mecanismos o indicadores para la medición y la evaluación de la RS. Es decir, cada vez se necesitan más y mejores formas para asegurar que los patrones de desarrollo sean ambiental, social y económicamente apropiados y los indicadores de RS son una herramienta útil para ello ya que permiten apoyar la manera en que se toman las decisiones. Además, la globalización de la RS requiere de la utilización de indicadores transferibles que permitan a los actores involucrados situar sus estrategias con respecto a otros lugares del mundo (Sotelo, Tolón y Lastra, 2011).

Los indicadores de RS son los números que son capaces de reflejar las dimensiones citadas en el *Triple Bottom Line* (Nascimento, Silva y Albuquerque, 2017; Singh et al., 2011; Siche et al., 2007) y son herramientas poderosas para la divulgación, la comunicación y la adopción de las políticas adecuadas, ya que pueden simplificar la información compleja.

Consecuentemente, entre todos los indicadores existentes, en este estudio se analizan aquellos que, según la literatura académica, tienen un mayor impacto en la gestión de la RS: la publicación de informes o memorias de sostenibilidad, la presencia de acreditaciones y sellos de calidad y los estándares y certificaciones (Nascimento, Silva y Albuquerque, 2017).

El informe o memoria de sostenibilidad

El informe o memoria de sostenibilidad tiene como objetivo sistematizar y difundir información cuantitativa y cualitativa sobre cuestiones sostenibles de la empresa, fomentando la participación y brindando transparencia a todos los interesados (Oliveira, 2008).

Entre los principales modelos de informe de sostenibilidad, el más utilizado es el propuesto por el *Global Reporting Initiative* (GRI). El GRI es una organización sin fines lucrativos fundada el año 1997 que edita una guía, de aplicación voluntaria, para la elaboración de memorias de sostenibilidad o de informes no financieros, considerando aspectos económicos, sociales y

medioambientales y cuyas principales características son su aplicabilidad global y su comparabilidad (Navarro y Hernández, 2013).

Esta guía ha desarrollado un extenso número de indicadores y es usada por miles de instituciones públicas y privadas de todo el mundo ya que se centra en la internacionalización de las normas sociales y en la información pública y transparente (Moyano y Rivera, 2017).

La última versión de la guía, denominada G4, destaca por los contenidos medioambientales e incluye una descripción detallada de los posibles indicadores para medir la RS en la organización y sostiene cuatro principios para determinar los asuntos e indicadores sobre los que la organización debe informar: materialidad, participación de los grupos de interés, contexto de sostenibilidad y exhaustividad (GRI, 2015).

Es importante destacar que Nascimento, Silva y Albuquerque (2017) indican que los hospitales que publican informes de sostenibilidad están más avanzados en términos de prácticas de sostenibilidad que aquellos que no lo hacen. Por lo tanto, es una práctica que todas las empresas hospitalarias deberían tener en cuenta en el desarrollo de su actividad.

Las acreditaciones y los sellos de calidad

Las acreditaciones están relacionadas con la capacidad de un hospital de poder dar continuidad a las mejores prácticas en la gestión asistencial y administrativa utilizando herramientas de gestión de calidad. En la práctica, las acreditaciones hospitalarias evidencian que el hospital está operando con prácticas previamente definidas por órganos internacionales o nacionales, que van dirigidas a la garantía de la seguridad del paciente y de los resultados asistenciales y reconocen, entre otras cuestiones, la experiencia clínica de las unidades, la capacidad de investigar, intercambiar información y trabajar en red o la preparación de sus profesionales e instalaciones (Satorras, 2002).

Por su parte, los sellos de calidad son distintivos que demuestran la calidad de las actividades hospitalarias, convirtiéndose en instrumentos muy útiles para los pacientes, que de esta forma pueden confiar su compra a un buen servicio. Para conseguir estos sellos, el hospital interesado debe pasar por una auditoría, que realizan distintas empresas especializadas, para comprobar que realmente se cumplen los requisitos exigidos (Mayer, Leis y Sanz, 2009; Jiménez et al., 2009).

Entre las acreditaciones y sellos de calidad más conocidos se encuentran los siguientes (Satorras, 2002):

1. El Modelo *European Foundation for Quality Management (EFQM)*: es el modelo de calidad definido por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad y es un sistema de evaluación de la calidad de una empresa, basado no solo en el análisis y la valoración de los resultados claves, económicos y no económicos de la organización, sino también en los resultados referidos a los clientes, al personal y a la sociedad. Los principales criterios que conforman el modelo EFQM se basan en la orientación hacia los resultados, el liderazgo y la coherencia, el desarrollo e implicación de las personas y la responsabilidad social de la

organización, entre otros. En definitiva, se basa en conseguir la satisfacción de los clientes, de los empleados y un impacto positivo en la sociedad mediante el liderazgo en política y estrategia, una gestión del personal acertada, el uso eficiente de los recursos y una definición adecuada de los procesos; la cual cosa lleva finalmente a la excelencia de los resultados empresariales (Vernero et al., 2007).

2. **Acreditación de la *Joint Commission International* (JCI):** la JCI es una organización independiente que realiza y evalúa encuestas de hospitales internacionales, nacionales y de otras organizaciones sanitarias para determinar si cumplen con los estándares de calidad internacionales. Esta entidad ha creado un conjunto único de normas internacionales por los que se miden los sistemas sanitarios y que tienen en cuenta la seguridad y la calidad de la atención hospitalaria. Es decir, cuando un hospital pretende ser acreditado por la JCI, está buscando que su nivel de atención y asistencia hospitalaria cumpla las normas internacionales aceptadas (Yousefian et al., 2013; Satorras, 2002).
3. **Web Médica Acreditada (WMA):** es el programa de acreditación de calidad de los sitios web médicos del Colegio de Médicos de Barcelona. Constituye un servicio sin ánimo de lucro ofrecido a la sociedad que tiene como objetivo principal la mejora de la calidad de la información sanitaria en Internet. Mediante este sello, se garantiza a los usuarios de los sitios web que el contenido que encontrarán es de confianza y de calidad (Mayer et al., 2018; Rancaño et al., 2003).

Los estándares y las certificaciones

Se puede definir la certificación de una institución hospitalaria como el proceso por el cual un centro hospitalario se incorpora de forma voluntaria a una verificación externa, que evalúa el grado de cumplimiento de un conjunto de estándares establecidos previamente, mediante un órgano acreditador que emitirá el veredicto correspondiente en forma de certificado (Satorras, 2002).

En un contexto, como el que se ha analizado anteriormente, cada vez más organizaciones están aplicando no sólo uno, sino una serie de estándares de sistemas de gestión para satisfacer sus propias necesidades, así como las de los grupos de interés (Conesa, De Nieves y Briones, 2016; Simon et al., 2012).

Las certificaciones emitidas por la *International Organization for Standardization* (ISO) son conocidas y ampliamente utilizadas en el sistema sanitario. La ISO es una institución no gubernamental integrada por entidades de normalización de diferentes países que desarrollan distintas normas estándares. Estas normas se elaboran a través del consenso de distintos colectivos, como pueden ser desde fabricantes, usuarios, grupos de consumidores, hasta vendedores, laboratorios de análisis, gobiernos, especialistas u organizaciones de investigación; además, responden a una necesidad de mercado y se rigen por soluciones globales, para satisfacer al mercado desde una perspectiva global (Moyano y Rivera, 2017; Kumakawa, 2009).

Las familias de normas ISO 9000 e ISO 14000 se encuentran entre los estándares más conocidos de ISO. La familia ISO 9000 aborda la gestión de la calidad, mientras que la familia

ISO 14000 aborda la gestión ambiental. En términos absolutos, la certificación en normas de la familia ISO 9000 es cinco veces mayor que el de las normas ISO 14000. A la vez, a lo largo de los años, además de estas normas, han proliferado y se han instaurado otros sistemas, tales como los de seguridad y salud en el trabajo (OHSAS 18001), los de gestión energética (ISO 50001) y los de responsabilidad social (ISO 26000) (Conesa, De Nieves y Briones, 2016; Simon et al., 2012).

A continuación, se analizan las cinco normas más relevantes que afectan al sector hospitalario (Moyano y Rivera, 2017; Nascimento, Silva y Albuquerque, 2017; Conesa, De Nieves y Briones, 2016; Santa, García y Naranjo, 2015; Heras y Arana, 2011; Kumakawa, 2009; Satorras, 2002):

1. ISO 9001 (certificación del sistema de gestión de la calidad): se centra en todos los elementos de administración de calidad con los que una empresa hospitalaria debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus servicios; concretamente, de la atención y asistencia hospitalaria.
2. ISO 14001 (certificación del sistema de gestión ambiental): esta certificación ayuda a la organización hospitalaria a identificar, priorizar y gestionar los riesgos ambientales, como parte de sus prácticas de negocios habituales. En el escenario competitivo actual el compromiso con el medio ambiente se ha convertido en una variable de gran relevancia y es por eso por lo que esta certificación ha crecido con mucha fuerza en los últimos años.
3. ISO 26000 (estándar sobre la Responsabilidad Social): la norma tiene como propósito fomentar que las organizaciones vayan más allá del cumplimiento de la normativa legal y que contribuyan con el desarrollo sostenible. Este estándar proporciona orientación sobre los principios de la RS, su implantación, el reconocimiento de ésta y la participación de los grupos de interés en siete aspectos fundamentales: gobernanza de la organización, derechos humanos, prácticas laborales, medio ambiente, prácticas justas de operación, asuntos de consumidores y participación activa en la comunidad.
4. ISO 50001 (certificación del sistema de gestión energética): esta norma engloba las prácticas de gestión energética consideradas más adecuadas en todo el mundo. Así, el objetivo principal del estándar es mejorar el desempeño energético y la eficiencia energética de manera continua y, adicionalmente, identificar las oportunidades de reducción de la utilización energética.
5. OHSAS 18001 (certificación del sistema de gestión la Seguridad y Salud en el Trabajo): la certificación especifica los requisitos para un sistema de gestión destinado a permitir que una organización controle los riesgos y mejore el desempeño de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Implantar y certificar este sistema de gestión permite a las empresas disminuir la siniestralidad laboral, aumentar la productividad, cumplir la legislación en materia de prevención y fomentar una cultura preventiva mediante la integración de la prevención en el sistema general de la empresa.

En definitiva, los indicadores de RS se reflejan mediante las acreditaciones, los sellos de calidad y las memorias de sostenibilidad (Satorras, 2002) y la página web corporativa de los hospitales

es un medio útil para mostrar más transparencia, destacar la RS y posicionarse mejor respecto a la competencia (Rodríguez-Cala et al., 2015).

Camacho et al., (2012) definen estas herramientas para analizar la RS como indicadores no financieros y señalan que los estudios de los hospitales que analizan la información no financiera junto con los indicadores financieros aportan más valor añadido para el correcto diagnóstico de la salud económica de las empresas hospitalarias.

4.4. Revisión bibliográfica de la Responsabilidad Social de las empresas hospitalarias

Utilizar la misma metodología que la de los apartados 2.1 y 3.3, sirve para contrastar lo comentado en los apartados anteriores. Así, mediante la realización de una revisión bibliográfica descriptiva se analiza la evolución de los conceptos relacionados con la RS de las empresas hospitalarias.

La ilustración 8 muestra los criterios de búsqueda aplicados en febrero de 2018 para seleccionar los artículos que forman parte de la revisión bibliográfica. Se debe tener en cuenta que la búsqueda comprende desde el año 1977 hasta diciembre de 2017.

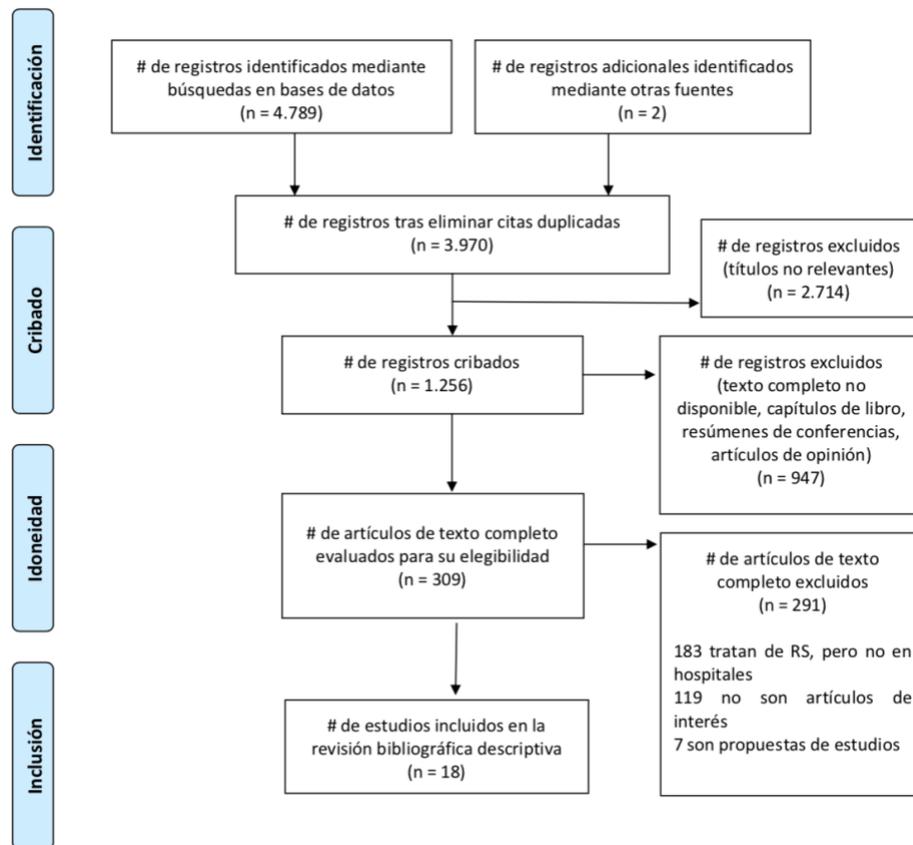
Ilustración 8.- Identificación de las palabras clave de búsqueda



Fuente: elaboración propia

Tal y como se observa en la ilustración 9, la búsqueda bibliográfica da como resultado que se deben considerar 958 artículos. Una vez excluidos los registros fuera de alcance, se ha verificado el texto completo de 231 registros. En total, 211 de estos artículos no cumplieron los criterios de inclusión y, por lo tanto, finalmente son 20 los artículos que se incluyen en la revisión.

Ilustración 9.- Búsqueda y proceso de exclusión de los artículos



Fuente: elaboración propia a partir del diagrama creado por Moher et al. (2009)

La tabla 10 muestra el detalle de estos 18 estudios. Concretamente, se describe el año de la publicación, los autores, la temática general que tratan, y los conceptos que se tienen en cuenta junto con la descripción de estos que aparece en los artículos.

Tal y como se observa, inicialmente las investigaciones trataban la implementación de la norma ISO 9001 y los beneficios que reportaba la misma en las empresas hospitalarias. Posteriormente, se introdujo la preocupación por el medioambiente y se empezaron a utilizar las medidas medioambientales como la reducción de los residuos, del consumo de agua, la eficiencia energética, etc. Este hecho se vio complementado con el aumento de la implementación de la norma ISO 14001.

A partir del año 2010, las investigaciones se centraron en la creación y aplicación de estrategias de RS por parte de los hospitales y su posterior divulgación, básicamente a través de sus sitios web corporativos. En la actualidad, se están realizando publicaciones que tratan la RS desde todos los conceptos estudiados anteriormente; es decir, se analiza la RS mediante la aplicación de distintas estrategias que engloban la aplicación de las normas ISO, la divulgación de los informes de sostenibilidad y la preocupación por el medioambiente.

Tabla 10.- Bibliografía relacionada con la Responsabilidad Social de las empresas hospitalarias

Año	Autor	Temática	Concepto	Descripción
1996	Motwani, Cheng y Madan	Certificaciones ISO	Evolución de la implementación ISO 9001	Debido a la competencia internacional, el número de certificaciones ISO 9001 emitidas en Estados Unidos y Canadá se triplicó entre 1992 y 1994.
2000	Staines	Certificaciones ISO	Proceso de implementación ISO 9001	Se describe el proceso seguido para conseguir la certificación ISO 9001 en un hospital regional suizo.
2005	Van den Heuvel, Koning, Bogers, Berg, Van Dijen	Certificaciones ISO	Beneficios de la implementación ISO 9001	Un sistema de gestión de calidad basado en la ISO 9001 aporta una mejora de la calidad en la atención sanitaria y en la seguridad del paciente.
2009	Smith	Responsabilidad Social	Divulgación RS e informe de sostenibilidad	Si las empresas hospitalarias tienen en cuenta la RS, ganan ventaja competitiva por el mejor control, transparencia y conocimiento de la entidad.
2009	Sandrick	Dimensión ambiental de la RS	Medidas medioambientales: indicadores de eficiencia energética, consumo de agua, etc.	La construcción de instalaciones sanitarias ambientalmente sostenibles aporta beneficios para los pacientes y para el personal y ahorran energía a largo plazo.
2010	Shaw, Groene, Mora y Sunol	Certificaciones ISO	Disponibilidad de acreditaciones y certificaciones ISO	Las acreditaciones de los hospitales y las certificaciones ISO ofrecen mecanismos para mejorar la seguridad y la calidad. Existen diferencias significativas entre los hospitales acreditados y certificados y los que no lo están.
2011	Riedel	Dimensión ambiental de la RS	Medidas medioambientales: reciclaje, gases de efecto invernadero, desechos, etc.	El reciclaje realizado por los hospitales beneficia al medio ambiente y ahorra dinero ya que disminuye los gases de efecto invernadero emitidos por la eliminación de desechos.
2012	Barat	Responsabilidad Social	Implementación de una estrategia de RS y divulgación RS	La RS es un concepto que combina una buena gestión económica, el progreso social y la protección del medio ambiente. Un ejercicio esencial es embarcarse en una estrategia de RS y divulgarla.
2013	Mira, Lorenzo, Navarro, Perez-Jover y Vitaller	Responsabilidad Social	Medidas de RS: opiniones de los profesionales	Diseñar y validar una escala de RS es importante para determinar las opiniones de los profesionales sanitarios sobre la gestión de la RS en su hospital.
2013	Takahashi, Ellen y Brown	Responsabilidad Social	Análisis de las estrategias de RS	La RS desempeña un papel importante en el avance de la gestión hospitalaria. Sin embargo, es necesario decidir qué iniciativa de RS es la más indicada.
2014	Butcher	Dimensión ambiental de la RS	Medidas medioambientales: indicadores de eficiencia energética	Los hospitales están aprovechando las formas de bajo costo y alto impacto para reducir los gastos de energía y mejorar la eficiencia energética.

2014	Stoimenova, Stoilova y Petrova	Certificaciones ISO	Beneficios de la implementación de la ISO 9001	La aplicación de la norma ISO 9001 es útil para los hospitales porque ayuda a aumentar las eficiencias operativas, reducir los errores, mejorar la seguridad del paciente y producir un enfoque más preventivo.
2015	García, Morales, Martí y Llopis	Certificaciones ISO y dimensión ambiental de la RS	Evolución de la implementación ISO 14001	Los sistemas de gestión ambiental y la ISO 14001 son herramientas importantes para la protección del medio ambiente y es de utilidad determinar su grado de implementación.
2016	Russo	Responsabilidad Social	Evolución de la RS en las empresas hospitalarias	El paso de una serie de comportamientos socialmente responsables a una organización socialmente responsable implica una conciencia más consolidada de la misión del sector de la salud y las necesidades de sus participantes.
2016	García, Llopis y Morales	Certificaciones ISO y dimensión ambiental de la RS	Evolución de la implementación ISO 14001	Los hospitales producen grandes cantidades de desechos y son grandes consumidores de energía y recursos naturales; por eso se evalúa la introducción en la red hospitalaria española de la norma ISO 14001.
2016	Chiarini y Vagnoni	Certificaciones ISO y dimensión ambiental de la RS	Evolución de la implementación ISO 14001	La implementación de la norma ISO 14001 en la sanidad pública es limitada debido al poco liderazgo y compromiso de la administración.
2017	Nascimento, Silva y Albuquerque	Responsabilidad Social, certificaciones ISO e informes de sostenibilidad	Implementación de una estrategia de RS, disponibilidad de la ISO 14001, disponibilidad del informe de sostenibilidad y divulgación RS	Se evalúa la existencia de la certificación ISO 14001, de informes de sostenibilidad y la existencia de un área dedicada a la RS en los centros hospitalarios. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los hospitales que cuentan con estas tres herramientas. En consecuencia, los hospitales deben tomar medidas para incluir acciones mucho más sostenibles en sus estrategias.
2017	Langstaff y Brzozowski	Responsabilidad Social y dimensión ambiental de la RS	Implementación de una estrategia de RS y beneficios de la implementación de medidas medioambientales	La mayoría de los hospitales aplican estrategias para mejorar el desempeño ambiental, ya sea mediante la reducción de la energía o el desperdicio de los vertederos. Aunque también es necesario limitar las emisiones de gases de efecto invernadero.

Fuente: elaboración propia

Por último, son varios los autores que destacan la importancia de la RS como una herramienta para la obtención de beneficios económicos, ya que las empresas que adoptan las tres dimensiones de la RS pueden convertirse en mejores negocios (Conesa, De Nieves y Briones, 2016; Ramos et al., 2014; Rodríguez y Cruz, 2007). De este modo, a pesar de que no existe un consenso claro en el debate sobre la relación entre la adopción de medidas de RS y los resultados económicos, la mayor parte de investigaciones apuntan que debería existir una relación positiva entre ambas variables (Muñoz et al., 2015; Wang et al., 2015; Gallardo-Vázquez y Sánchez-Hernández, 2014); en definitiva, aquellas empresas con mayores niveles de responsabilidad social deberían disponer de diferenciales positivos de rentabilidad (Valenzuela, Jara-Bertín y Villegas, 2015).

Tal y como se ha observado a lo largo de este capítulo, existen múltiples estudios que analizan, por separado, los estados financieros, la comunicación y la RS de las empresas hospitalarias. Sin embargo, no existen investigaciones que examinen, a la vez, la relación entre estos tres conceptos (Conesa, De Nieves y Briones, 2016).

De este modo, en los siguientes capítulos de este trabajo se analizan estos tres conceptos de forma individual y finalmente se establece la relación entre los mismos.

SEGUNDA PARTE

ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS DEL MODELO SANITARIO BEVERIDGE

En este capítulo se lleva a cabo un análisis de los estados financieros de las empresas que desarrollan actividades hospitalarias y se rigen por el modelo sanitario Beveridge. El análisis exploratorio se lleva a cabo en el período de crisis comprendido entre los años 2008 y 2015. El estudio se realiza presentando los principales indicadores económicos y financieros de estos centros hospitalarios para diagnosticar su salud económica financiera en el período objeto de estudio mediante un análisis a corto y largo plazo y un análisis de resultados. Finalmente, se establece un modelo econométrico con datos de panel para determinar las variables que influyen en la rentabilidad económica.

Además, se caracterizan y se estudian las empresas emergentes sanitarias europeas diferenciadas según el modelo sanitario que siguen y diferenciándolas en cuatro áreas destacadas de emprendimiento en el campo de la salud.

1. Los estados financieros de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge

La sanidad, junto con la educación, representan importantes pilares en la gestión de la sociedad. Por este motivo, la asistencia sanitaria y hospitalaria es una de las partidas de gasto público más importantes en los presupuestos de cualquier Administración Pública.

Cabe tener presente que los dos modelos sanitarios principales en Europa, el Beveridge y el Bismark, presentan diferencias y más en la rentabilidad de cada sistema por lo que interesa su análisis.

El modelo Beveridge es seguido por ocho países de la Unión Europea: Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido, Suecia y España. Este modelo se financia con los impuestos de toda la población y apuesta por una protección sanitaria universal.

La crisis económica de los últimos años ha puesto de manifiesto la incapacidad de los servicios nacionales de salud para proporcionar un nivel de cobertura sanitaria que satisfaga la demanda de servicios sanitarios y hospitalarios. Este hecho ha sido debido a la complicada etapa de austeridad y de recortes en el gasto público. Además, estos recortes no sólo han afectado a la sanidad pública, aquellas empresas hospitalarias privadas que disponen de algún tipo de concierto con las administraciones públicas también se han visto perjudicadas viendo reducido el importe que recibían en concepto de concierto sanitario.

De este modo, para el correcto y adecuado sostenimiento de los sistemas sanitarios, en distintos países europeos se están realizando transferencias del ámbito sanitario público al privado.

Precisamente el estudio de las empresas hospitalarias privadas del modelo sanitario Beveridge tiene especial interés ya que complementa de forma importante la asistencia sanitaria y hospitalaria de las entidades públicas. A la vez, valorar estas entidades privadas del ámbito de la salud mediante los sistemas de información derivados de los indicadores financieros oportunos, permite acreditar la acertada gestión y administración de estas organizaciones.

Así, en este capítulo se analizan, desde un punto de vista económico y financiero, los estados financieros de las empresas privadas que desarrollan actividades hospitalarias en los ocho países de la Unión Europea que se rigen por el modelo sanitario Beveridge, dentro de los cuales se encuentra España, para determinar de forma fiel en qué situación se encuentran.

El estudio de los indicadores financieros se complementa con una modelización econométrica con datos de panel para valorar la relación entre estos indicadores y las rentabilidades, con la voluntad de facilitar la toma de decisiones económicas oportunas en el futuro próximo y cambiante de la sanidad.

1.1. Metodología aplicada

La metodología utilizada es exploratoria⁸, descriptiva⁹ y correlacional¹⁰. En este caso, se parte de la selección de la muestra A, obtenida mediante la consulta de las empresas hospitalarias europeas en la base de datos Amadeus. Para ello, se han seleccionado aquellas empresas mercantiles y activas que desarrollan actividades hospitalarias y cuyas cuentas anuales no son consolidadas. Además, son empresas grandes y medianas que disponen de cuentas anuales en el ejercicio 2015 y que se encuentran en uno de los siguientes países del modelo sanitario Beveridge: Dinamarca, España, Finlandia, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia.

Una vez determinada y descrita la muestra A, formada por 222 empresas hospitalarias que se encuentran localizadas geográficamente en los países que se rigen por el modelo sanitario Beveridge, se calculan y se estudian los indicadores financieros (anexo D) y se realiza una modelización econométrica de la rentabilidad para posteriormente presentar el análisis de los estados financieros en el período temporal 2008-2015, con el fin de alcanzar unos resultados y unas conclusiones que permitan posicionar estos centros hospitalarios.

El estudio se estructura en cinco partes diferenciadas que abarcan los aspectos del análisis financiero convencional junto con el análisis patrimonial:

1. Análisis de la situación financiera a corto plazo: valora la capacidad de las empresas hospitalarias para hacer frente a las obligaciones de pago a corto plazo.
2. Análisis de la situación financiera a largo plazo: mide la capacidad de las empresas hospitalarias para satisfacer las deudas a largo plazo.
3. Análisis económico: permite comprender los resultados, identificando los motivos desencadenantes de la situación económica en el período analizado.
4. Análisis patrimonial: identifica si se trata de empresas hospitalarias capitalizadas con garantías ante terceros.
5. Modelización econométrica con datos de panel: para poder mejorar el diagnóstico de la situación económica y financiera, esta modelización permite identificar las variables que explican la rentabilidad de los hospitales analizados.

1.2. Análisis de la estructura económica y financiera

Se puede evaluar la salud de las empresas mediante el estudio de las masas patrimoniales; es decir, con el análisis de la proporción en la que cada masa patrimonial forma parte del balance de situación.

⁸ Los estudios exploratorios son aquellos que investigan por primera vez un tema o que investigan temas muy poco estudiados. También se utilizan para identificar una problemática genérica.

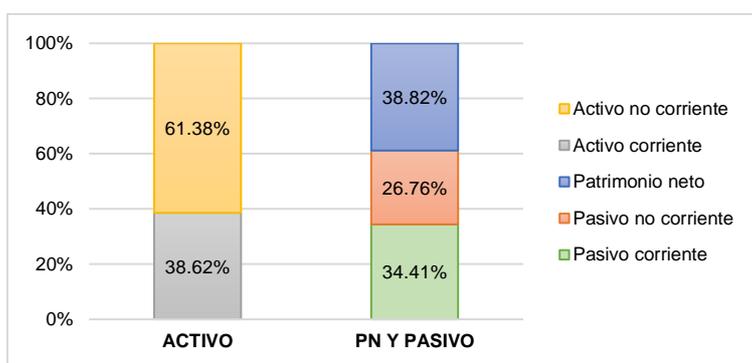
⁹ Esta metodología se emplea para describir a los hechos tal y como son observados.

¹⁰ Las investigaciones correlacionales estudian las relaciones entre variables dependientes e independientes; es decir, estudian la correlación entre dos variables.

El equilibrio financiero está relacionado con las adecuadas proporciones que deben existir entre las distintas fuentes de financiación a disposición de la empresa y se logrará cuando exista una correlación entre la estructura económica y la estructura financiera.

Las empresas hospitalarias de la muestra tienen una adecuada distribución de sus masas patrimoniales (gráfico 11). El activo no corriente predomina en la estructura económica y los capitales permanentes en la estructura financiera. Asimismo, existe equilibrio financiero ya que los recursos permanentes son capaces de financiar a las inversiones permanentes y, además, generar un excedente que, según su importancia, cubrirá total o parcialmente las reservas de existencias y los créditos que no se convertirán nunca en dinero líquido.

Gráfico 11.- Distribución de las masas patrimoniales de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge



Fuente: elaboración propia

Del cálculo de los porcentajes horizontales de las diferentes masas patrimoniales en el período 2008-2015, se aprecian los incrementos mostrados en la tabla 11.

Tabla 11.- Porcentaje de incremento de las masas patrimoniales de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge

	Incremento
Activo	123%
Activo no corriente	145%
Activo corriente	92%
Patrimonio neto	193%
Pasivo	84%
Pasivo no corriente	111%
Pasivo corriente	66%

	Incremento
Ingresos explotación	80%
Gastos de explotación	78%
Gastos financieros	77%
Resultado neto	131%

Fuente: elaboración propia

Además, es importante tener en cuenta que los gastos financieros se mantienen estables a lo largo de todo el período y suponen entre un 2% y un 3% del importe de los ingresos de explotación; porcentajes que se encuentran dentro de los valores que se consideran óptimos para la correcta gestión y la eficiencia de las empresas (Bonsón et al., 2009).

Por otra parte, según el criterio aportado por Amat y Perramon (2011), en el período 2008-15 las empresas hospitalarias de la muestra presentan indicios de disponer de un crecimiento equilibrado (tabla 12):

1. La gestión financiera es prudente ya que el crecimiento de los activos es superior al incremento de las deudas.
2. La gestión de los gastos es adecuada porque el aumento de los resultados es superior al de los ingresos de explotación.
3. La gestión de los activos debe mejorar ya que el crecimiento de los activos es superior al aumento de los ingresos de explotación.

Tabla 12.- Crecimiento equilibrado de las empresas hospitalarias europeas

Gestión eficiente de los activos		Gestión financiera prudente		Gestión de los gastos	
Δ Ventas	Δ Activos	Δ Activos	Δ Deudas	Δ Resultados	Δ Ventas
80%	123%	123%	84%	131%	80%

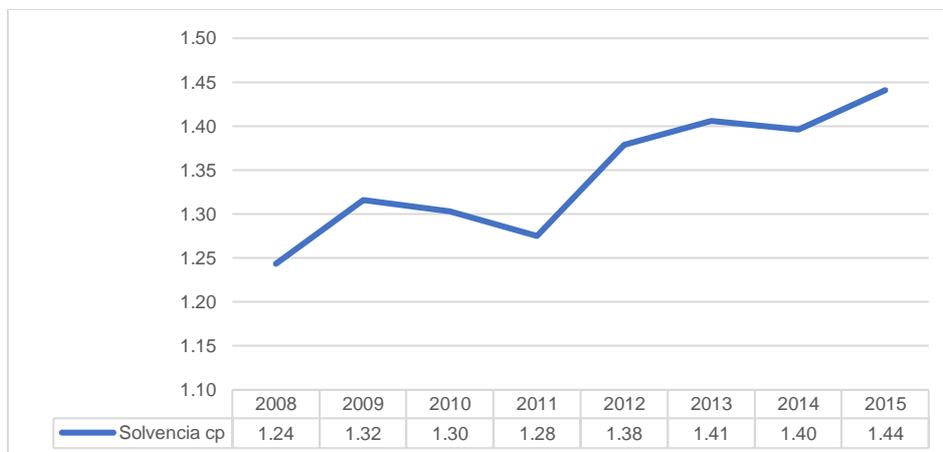
Fuente: elaboración propia

1.3. Análisis de la situación financiera a corto plazo

Este análisis permite valorar la capacidad que tienen las empresas hospitalarias para hacer frente a sus obligaciones de pago a corto plazo. La ratio de solvencia se encarga de medir si con el activo corriente se puede hacer frente a las deudas a corto plazo.

Tal y como se observa en el gráfico 12, los hospitales de la muestra podrían tener problemas para hacer frente a sus pagos a corto plazo ya que los valores de dicha ratio a lo largo del período no se encuentran en el intervalo óptimo, que se sitúa entre 1,5 y 2. Sin embargo, después de la recesión de los años 2010 y 2011, la tendencia a partir del ejercicio 2012 es creciente hasta alcanzar el valor de 1,44 en el ejercicio 2015.

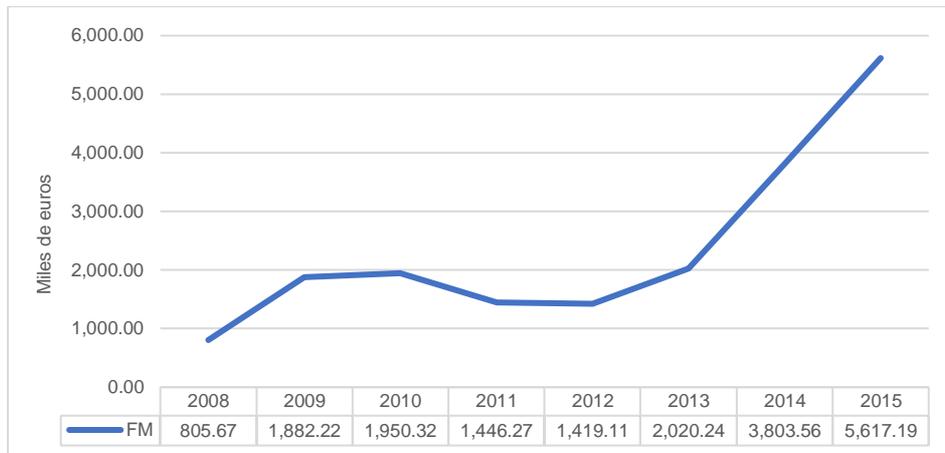
Gráfico 12.- Ratio de solvencia de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge



Fuente: elaboración propia

Por su parte, el fondo de maniobra aumenta exponencialmente y, además, el importe es positivo en todo el período analizado (gráfico 13).

Gráfico 13.- Fondo de maniobra de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge



Fuente: elaboración propia

1.4. Análisis de la situación financiera a largo plazo

El objetivo principal de este análisis es medir la capacidad que tienen las empresas hospitalarias para satisfacer sus obligaciones a largo plazo.

En la tabla 13 se observa que las empresas de la muestra tienen un endeudamiento moderado, entre el 59% y el 62%, que prácticamente se sitúa en el intervalo recomendado del 50%-60% y que mejora a lo largo del período analizado.

Tabla 13.- Análisis del endeudamiento de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Endeudamiento	61,57%	60,64%	60,39%	60,53%	59,91%	59,24%	59,24%	58,53%
Calidad de la deuda	66,47%	65,29%	65,19%	65,11%	64,06%	64,19%	63,20%	63,07%
Entidades crédito	23,82%	22,47%	23,27%	23,99%	23,03%	21,99%	21,61%	21,88%

Fuente: elaboración propia

Además, las entidades hospitalarias de la muestra tienen más deudas a corto plazo que a largo plazo. Concretamente, las deudas a corto plazo suponen entre el 63% y el 67% del total de las deudas (tabla 13), hecho que significa que las deudas podrían ser de mejor calidad. Sin embargo, se aprecia que tan solo un 22% corresponden a deudas con entidades de crédito.

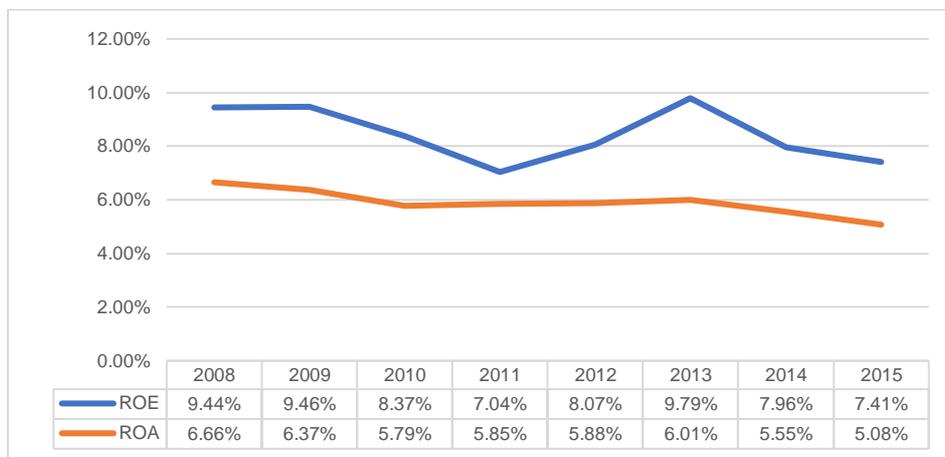
A continuación, analizando la rotación del activo, que informa del tiempo medio que tardan las empresas en recuperar el valor del activo, se aprecia que las empresas hospitalarias del modelo Beveridge tardan de media alrededor de un año en recuperar el valor de su activo. En cuanto a la evolución de la productividad del personal, se mantiene estable alrededor del 23% en todos los ejercicios.

1.5. Análisis de los indicadores de rentabilidad

Referente al análisis de las rentabilidades, tal y como se observa en el gráfico 14, la rentabilidad financiera (ROE) disminuye un 22% en el período 2008-15, aunque la caída más relevante se produce en el año 2011. La rentabilidad económica (ROA) sigue la misma tendencia que la ROE y decrece un 24% en el período objeto de análisis.

En todo el período analizado la ROE supera la ROA corroborando que el endeudamiento no perjudica a los centros hospitalarios. Este hecho está en sintonía con el apalancamiento financiero, que en todo el período supera la unidad, siendo su valor medio de 2,78 unidades.

Gráfico 14.- Rentabilidad financiera (ROE) y económica (ROA) de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge



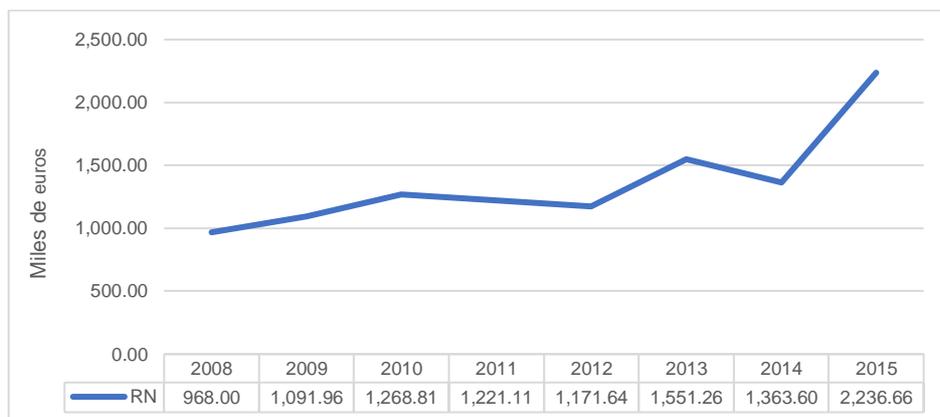
Fuente: elaboración propia

1.6. Análisis patrimonial

El análisis patrimonial permite identificar si las empresas de la muestra se están capitalizando, es decir, si están ofreciendo más garantías a los terceros directamente relacionados con ellas.

El crecimiento del patrimonio neto de estos centros deriva en gran parte del aumento del resultado neto en un 131%, a pesar de su disminución en el ejercicio 2014 (gráfico 15).

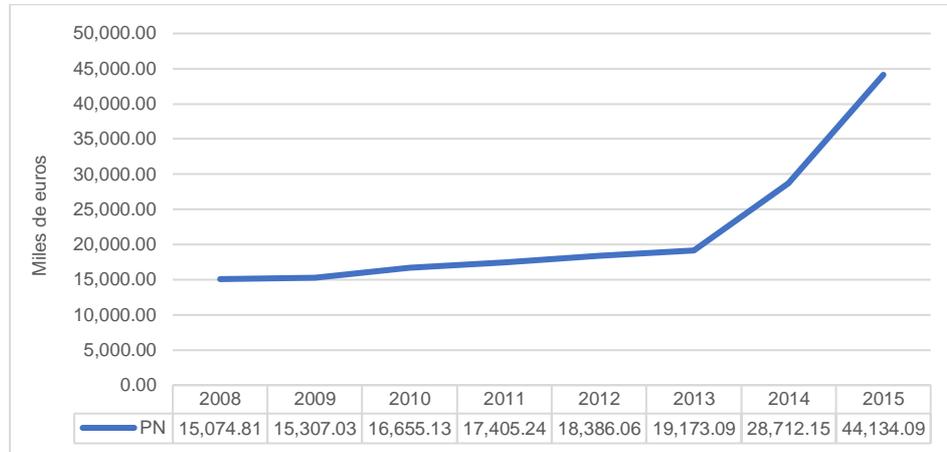
Gráfico 15.- Resultado neto de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge



Fuente: elaboración propia

De este modo, los hospitales analizados han tenido una importante capitalización en el período (gráfico 16), especialmente a partir del ejercicio 2013, cuando el patrimonio neto aumenta más del doble su valor medio.

Gráfico 16.- Patrimonio neto de las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge



Fuente: elaboración propia

No obstante, se debe tener en cuenta que el incremento tan elevado del patrimonio neto y del resultado neto viene dado por la creación de nuevas empresas hospitalarias en el ejercicio 2015 que, mayoritariamente, resultan de la fusión de distintos hospitales y de la absorción de hospitales independientes por parte de los grandes grupos hospitalarios.

1.7. Modelización econométrica con datos de panel

El objetivo de este apartado es determinar qué variables explican la rentabilidad económica de los centros hospitalarios del modelo Beveridge y, para ello, se utiliza la modelización econométrica con datos de panel.

De acuerdo con Yustas (2014), un panel es una muestra representativa de la población que permanece constante en el tiempo y que se estudia de forma repetitiva y periódica a intervalos regulares de tiempo. Es por eso por lo que es un instrumento de investigación sumamente útil siempre que se desee estudiar la evolución en el tiempo de las unidades muestrales.

Los datos de panel son un conjunto de datos ordenados para los mismos individuos, siendo relevante la ordenación temporal de los datos. De este modo, la gran ventaja de esta modelización econométrica es que es posible observar las relaciones dinámicas que se producen en los individuos, particularmente en períodos de grandes cambios, cómo ha sido el caso que se presenta a continuación.

En definitiva, el principal objetivo de aplicar y estudiar los datos en panel es capturar la heterogeneidad no observable entre agentes económicos o de estudio en el tiempo, dado que esta heterogeneidad no se puede detectar ni con estudios de series temporales ni tampoco con los de corte transversal.

La especificación general de un modelo de regresión con datos de panel es la siguiente:

$$Y_{it} = a_{it} + \beta_1 X_{1it} + \beta_2 X_{2it} + \dots + \beta_k X_{kit} + u_{it} \quad \text{con } i = 1, \dots, n; t = 1, \dots, T$$

donde i se refiere al individuo o a la unidad de estudio (corte transversal), t a la dimensión en el tiempo, a es un vector de interceptos que puede contener entre 1 y $n + t$ parámetros, b es un vector de K parámetros y X_{it} es la i -ésima observación al momento t para las K variables explicativas.

A partir de este modelo general, y con base en ciertos supuestos y restricciones sobre el valor de algunos de los parámetros, se pueden derivar a dos posibles variantes de modelos con datos de panel:

1. Modelo de efectos fijos: considera que existe un término constante diferente para cada individuo y supone que los efectos individuales son independientes entre sí. Con este modelo se considera que las variables explicativas afectan por igual a las unidades de corte transversal y que éstas se diferencian por las características propias de cada una de ellas.
2. Modelo de efectos aleatorios: considera que los efectos individuales no son independientes entre sí, sino que están distribuidos aleatoriamente alrededor de un valor dado. Así, tanto el impacto de las variables explicativas como las características propias de cada unidad de corte transversal son diferentes. Además, en este modelo se asume que el gran número de factores que afectan el valor de la variable dependiente pero que no han sido incluidos explícitamente como variables independientes en el modelo, pueden resumirse apropiadamente en la perturbación aleatoria.

De este modo, en este apartado se trata de explicar la rentabilidad de los activos o rentabilidad económica de las empresas hospitalarias en función de la solvencia, el endeudamiento, el crecimiento de las ventas, la edad y el tamaño empresarial, a partir del panel de datos de las 222 empresas hospitalarias de la muestra.

A través de especificar distintos modelos se trata de encontrar el ajuste más adecuado para el conjunto de estas empresas en el período de tiempo analizado. Por lo tanto, la muestra empleada para la modelización está formada por un panel de 1.628 observaciones correspondientes a 222 empresas para el período 2008-15. Cabe señalar que el panel es no balanceado ya que algunas empresas que pertenecen a la muestra no se habían constituido en los primeros años del período de estudio.

La inclusión de las variables en el modelo se justifica con investigaciones presentes en la literatura académica (tabla 14):

Tabla 14.- Justificación de las variables incorporadas en el modelo econométrico

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	FORMULA	ESTUDIOS
ROA	Rentabilidad económica	Beneficio antes de impuestos e intereses / Total activo	Cueva et al. (2016) González-Pascual (2016) Cortés et al. (2011) Elsayed y Paton (2009) Choi y Lee (2008) Cleverley (1990)
SOLV	Solvencia a corto plazo	Activo corriente / Pasivo corriente	Cueva et al. (2016) Bem et al. (2015) Bem et al. (2014) Benton (2013) Cleverley (1990)
END	Endeudamiento	Total pasivo / Total pasivo y Patrimonio Neto	Cueva et al. (2016) Bem et al. (2015) Valenzuela et al. (2015) Bem et al. (2014) Benton (2013) Elsayed y Paton (2009) Morales y Jarne (2009)
CVEN	Crecimiento ventas	$(Ventas_t - Ventas_{(t-1)}) / Ventas_{(t-1)}$	González-Pascual (2016) Valenzuela et al. (2015) Morales y Jarne (2009) Serrano et al. (2007)
EDAD	Edad empresarial	Ln (fecha constitución – ejercicio económico)	Cueva et al. (2016) Valenzuela et al. (2015) Elsayed y Paton (2009)
TAM	Dimensión empresarial	Ln (Total activo)	Herrera et al. (2016) Elsayed y Paton (2009) Morales y Jarne (2009) Alonso y Galve (2008) Serrano et al. (2007) Ayala y Navarrete (2004)

Fuente: elaboración propia

A continuación, se especifica el modelo con datos de panel que se pretende analizar:

$$ROA_{it} = \alpha_{it} + \beta_1 (SOLV_{it}) + \beta_2 (END_{it}) + \beta_3 (CVEN_{it}) + \beta_4 (EDAD_{it}) + \beta_5 (TAM_{it}) + u_{it}$$

Para la estimación se trabaja con el software *Eviews*, en su décima versión.

Una vez identificadas las variables a incorporar en el modelo, la siguiente etapa corresponde al análisis descriptivo de las mismas. En la tabla 15 se presenta el promedio, la desviación estándar y los valores mínimos y máximos para cada una de las variables de estudio.

Tabla 15.- Análisis descriptivo de las variables incorporadas en el modelo econométrico

	ROA	SOLV	END	CVEN	EDAD	TAM
Promedio	0,059	1,348	0,599	0,189	3,349	17,148
Desviación estándar	0,070	0,727	0,221	0,078	0,811	0,987
Valor máximo	0,441	3,066	0,963	1,243	4,779	21,794
Valor mínimo	-0,299	0,150	0,074	-1,654	0,000	14,762

Fuente: elaboración propia

Las diferentes variables financieras empleadas de los centros hospitalarios del modelo Beveridge presentan correlaciones detalladas en la tabla 16.

Tabla 16.- Correlaciones de las variables incorporadas en el modelo econométrico

	ROA	SOLV	END	CVEN	EDAD	TAM
ROA	1,000					
SOLV	0,215**	1,000				
END	-0,255**	-0,477**	1,000			
CVEN	0,149**	0,023	0,172**	1,000		
EDAD	0,021	0,064**	-0,207**	-0,084**	1,000	
TAM	-0,126**	-0,097**	0,070**	0,134**	-0,105**	1,000

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: elaboración propia

Tal y como se observa, todas las variables de la muestra, menos la variable EDAD, están correlacionadas con la rentabilidad económica. Es decir, las cuatro variables restantes, son las que mejor explican el comportamiento de la rentabilidad económica.

Por lo que respecta a las variables independientes, no se revelan indicios de multicolinealidad, debido a que el coeficiente de correlación más alto es de 0,215, estando muy por debajo del rango de 0,80, por encima del cual podría surgir el riesgo de multicolinealidad (Gujarati y Porter, 2008).

Una vez realizado el descriptivo de las variables del panel se procede a su estimación. En primer lugar, se presenta la prueba de *Hausman*, que es empleada para testear la hipótesis nula de ausencia de correlación entre las variables independientes y el término de efectos fijos.

Tabla 17.- Test de Hausman

Chi-Sq. Statistic	Prob.
31,767828	0,0000

Fuente: elaboración propia a partir del software Eviews 10

Tal y como se muestra en la tabla 17, la prueba de *Hausman* presenta un *p-value* menor que 0,05 lo que lleva a afirmar que la hipótesis de que los efectos individuales están correlacionados con las variables explicativas debe de ser rechazada. Por lo tanto, el modelo de efectos aleatorios no es adecuado y el mejor ajuste de panel es el que considera efectos fijos de sección cruzada y de tiempo.

Tabla 18.- Correlaciones de las variables incorporadas en el modelo econométrico

Dependent Variable: ROA
Method: Panel Least Squares
Sample: 2008 2015
Periods included: 8
Cross-sections included: 222
Total panel (unbalanced) observations: 1628

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	0,345100	0,053153	6,492588	0,0000
SOLV	0,005915	0,002690	2,198785	0,0280
END	-0,078818	0,011541	-6,829644	0,0000
CVEN	0,066288	0,029840	2,221452	0,0265
EDAD	0,094625	0,078641	1,203241	0,2291
TAM	-0,014064	0,002932	-4,796554	0,0000

Effects Specification	
R-squared	0,708571
Adjusted R-squared	0,659860
F-statistic	14,54644
Prob (F-statistic)	0,00000

Fuente: elaboración propia a partir del software Eviews 10

Del análisis de los resultados del modelo (tabla 18) se deduce que existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica, la solvencia y el crecimiento de las ventas. A la vez, también se muestra una relación negativa y estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica, el endeudamiento y la dimensión empresarial. Sin embargo, parece que la variable edad no influye significativamente en la rentabilidad económica.

1.8. Síntesis de los resultados obtenidos

De acuerdo con Pink et al. (2007) es necesario complementar la gestión hospitalaria privada con el análisis de los estados financieros. Es por este motivo que en este apartado se han estudiado económica y financieramente las empresas hospitalarias para los países del modelo sanitario Beveridge, por ser países donde la privatización está más presente.

Analizando los estados financieros, en el período 2008-15 la solvencia de estas empresas es moderada y aunque su endeudamiento se sitúa cerca del 60% y disponen de más deudas a corto que a largo plazo, este hecho no las está perjudicando. Son centros que presentan un crecimiento equilibrado en el período analizado, con un importante aumento de sus resultados y con una importante capitalización; tendencia que se ve reflejada en la correcta evolución las rentabilidades.

Del análisis del modelo econométrico con datos de panel se deduce que el menor endeudamiento, el crecimiento más ágil de las ventas, la liquidez y una menor dimensión empresarial explican mejor la mejor rentabilidad económica de las empresas hospitalarios.

2. Innovación tecnológica

La sanidad, a raíz de la crisis sistémica europea, está experimentando importantes cambios que, junto a la innovación e irrupción tecnológica actual, ponen en evidencia nuevos escenarios en el ámbito sanitario (Parmar, 2016; Del Vecchio, 2015; Cortés y González, 2014).

Por este motivo, en este apartado se analiza la aparición de nuevas empresas en el sector sanitario europeo para dar respuesta a los cambios y necesidades que se precisan.

En concreto, se caracterizan y se estudian las empresas emergentes – o startups – europeas en el sector sanitario diferenciadas según pertenezcan al modelo sanitario Bismarck o al modelo sanitario Beveridge.

La finalidad es aplicar la metodología exploratoria para analizar la situación real de estas empresas emergentes, las cuales pertenecen a un sector sanitario que se encuentra afecto a grandes cambios y retos, como por ejemplo el importante incremento del envejecimiento de la población, la difusión de nuevas tecnologías en este ámbito y las crecientes enfermedades crónicas que precisan de mayor atención (OCDE, 2016).

Además, para evidenciar estos cambios que se están produciendo, las startups se clasifican en cuatro áreas destacadas de emprendimiento en el campo de la salud (Pareras, 2008): (1) farmacéuticas y biotecnológicas; (2) dispositivos médicos y equipamiento; (3) tecnologías de la información, internet e informática médica y (4) servicios sanitarios.

2.1. Metodología aplicada

La metodología aplicada es exploratoria y descriptiva y se utiliza una muestra de empresas recogida de la base de datos *Crunchbase*¹¹.

Concretamente, para la elección de esta muestra se seleccionaron los siguientes ítems de búsqueda presentes en otras investigaciones similares (Ferràs et al. 2018, 2017; Pareras, 2008):

1. Categorías: *Health Care, Medical, Medical Device, Health Diagnostics, Hospital, mHealth, Emergency Medicine, Biotechnology, Life Science, Genetics*.
2. Importe total de inversión: financiación de los inversores superior al millón de dólares.
3. Ubicación de la sede: Europa.
4. Fecha de creación: a partir del 1 de enero de 2014¹².

La muestra resultante de la búsqueda se compone de 126 startups (anexo C), de las cuales se descartan 16 por no cumplir los criterios de búsqueda, ya que su descripción no queda contemplada estrictamente dentro del sector sanitario, ya que la mayoría pertenecen al sector

¹¹ Base de datos americana que incorpora información completa de las startups nacidas en todos los sectores de actividad económica a nivel mundial.

¹² La fecha de creación se ha tomado a partir del 1 de enero de 2014 ya que investigaciones precedentes afirman que para diagnosticar correctamente las empresas emergentes existentes se deben estudiar los tres últimos años (Ferràs et al. 2018, 2017).

financiero. De manera que la muestra final objeto de análisis está formada por 110 startups sanitarias europeas.

Definida la muestra, para realizar la caracterización de estas empresas emergentes se clasifican en dos grupos para poder establecer comparaciones entre sí. El primer grupo está integrado por las startups cuya localización corresponde a un país que se rige por el modelo sanitario Bismarck y el segundo grupo por las startups cuyo país de localización sigue las pautas del modelo sanitario Beveridge (tabla 19).

Tabla 19.- Número de startups europeas del modelo sanitario Beveridge y Bismarck

Sistema sanitario	N
Bismarck	51
Beveridge	59
Total	110

Fuente: elaboración propia

Para poder realizar la caracterización de la muestra de startups, se ha diseñado y creado una matriz con los siguientes ítems:

1. Descripción del producto: breve descripción del servicio o producto que se ofrece.
2. Clasificación:
 - Categorías: empresas farmacéuticas y biotecnológicas; nuevos dispositivos médicos y equipamientos; tecnologías de la información, internet e informática médica; nuevos servicios sanitarios.
 - País: localización geográfica de las startups.
 - Modelo sanitario: modelo sanitario europeo al que pertenecen, Beveridge o Bismarck.
3. Fundadores:
 - Número de fundadores.
 - Doctorado, máster o grado: titulaciones de los fundadores; cabe tener presente que si un fundador tiene un doctorado ya no se computa su máster o grado; es decir, se cuentan las titulaciones superiores de cada fundador.
 - Número de empresas fundadas: al contar las startups creadas por los fundadores, no se incluye la startup que se está analizando.
 - Emprendedores en serie: se analiza si los fundadores son emprendedores que han fundado más de una startup.
 - Médicos: se observa si dentro del perfil de los fundadores se encuentra algún médico.
 - Ejecutivos: se cuenta el número de fundadores que son ejecutivos.
 - Investigadores científicos: se cuenta el número de fundadores que son investigadores científicos.
4. Información de los inversores:
 - Número de inversores.
 - Grandes empresas: número de grandes empresas que han invertido en cada una de las startups.

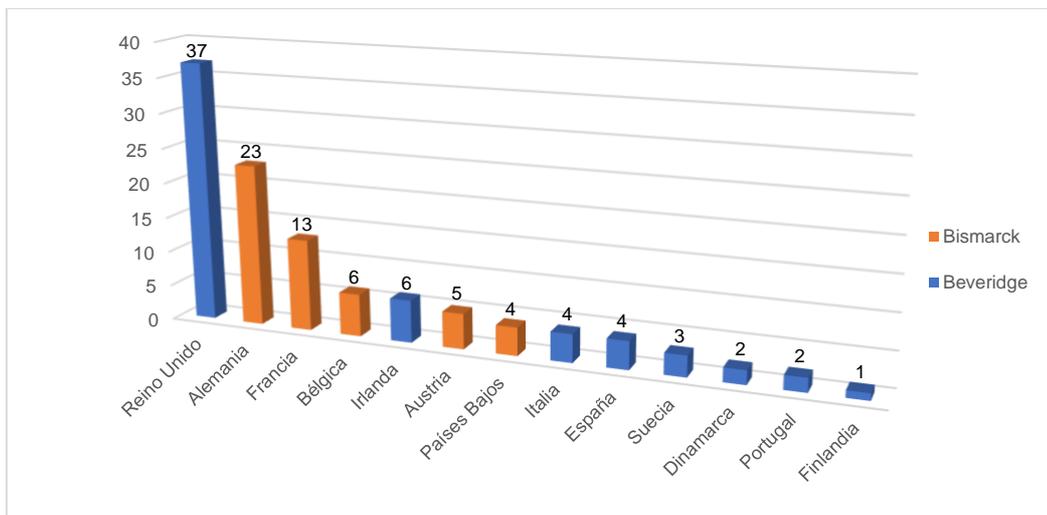
- Hospitales o médicos: se muestra si hay algún hospital o médico que ha invertido en las startups.
- 5. ¿Hay hospitales y doctores como socios de las empresas inversoras? La mayoría de los inversores, al ser empresas de capital o fondos de inversión, se busca si hay médicos o hospitales entre sus socios.
- 6. Otros comentarios: se detallan aspectos relevantes de los inversores; por ejemplo, si son entidades públicas o privadas destacadas.

El estudio exploratorio con esta matriz permite llegar a los resultados que se presentan a continuación.

2.2. Caracterización de la muestra y discusión de los resultados

Tal y como se muestra en el gráfico 17, las startups del sector sanitario que se rigen por el modelo sanitario Beveridge mayoritariamente se encuentran situadas en Reino Unido (73%); en cambio, las empresas emergentes del modelo sanitario Bismarck se encuentran repartidas entre dos países, Alemania y Francia (71%).

Gráfico 17.- Localización geográfica de la muestra de startups europeas



Fuente: elaboración propia

Seguidamente, las startups se han clasificado en las cuatro categorías¹³ definidas en el apartado anterior, para poder ver en qué área se está invirtiendo más dinero dentro del sector sanitario y en qué tipo de empresas se están interesando más los inversores, los hospitales y los médicos para invertir e innovar (tabla 20).

¹³ Empresas farmacéuticas y biotecnológicas; tecnologías de la información, internet e informática médica; nuevos servicios sanitarios; nuevos dispositivos médicos y equipamientos.

Tabla 20.- Número de startups europeas del modelo sanitario Beveridge y Bismarck según las cuatro categorías sanitarias especialmente innovadoras

Categorías	Beveridge		Bismarck		Total	
	n	%	n	%	n	%
Empresas farmacéuticas y biotecnológicas	12	20,34%	11	21,57%	23	20,91%
Tecnologías de la información, internet e informática médica	15	25,42%	10	19,61%	25	22,73%
Nuevos servicios sanitarios	17	28,81%	13	25,49%	30	27,27%
Nuevos dispositivos médicos y equipamientos	15	25,42%	17	33,33%	32	29,09%
Total	59	100,00%	51	100,00%	110	100,00%

Fuente: elaboración propia

Con el análisis exploratorio se constata que las startups están distribuidas entre las cuatro categorías de manera similar, aunque destacan las que se dedican a nuevos dispositivos médicos y equipamientos. Esta categoría incorpora todas aquellas empresas que se dedican a crear nuevos dispositivos médicos tales como instrumentos tecnológicos, sistemas robóticos y biotecnología para la prevención y los tratamientos de salud y cirugía. Además, como se observa, un mayor porcentaje de empresas del modelo sanitario Bismarck se sitúan dentro de esta categoría.

Por el contrario, la mayoría de las startups del modelo sanitario Beveridge se incluyen en la categoría de nuevos servicios sanitarios. Esta categoría incluye todas las empresas que se dedican a crear nuevos tratamientos sanitarios y asistenciales, básicamente para el cáncer y para las enfermedades crónicas y desconocidas, así como aquellas que ofrecen servicios sanitarios para mejorar la calidad de vida y salud.

Las categorías con menor porcentaje de startups son las de tecnologías de la información, internet e informática médica y las que incluyen las empresas farmacéuticas y biotecnológicas.

Tal y como se aprecia en la tabla 20, un 25,42% de empresas del modelo sanitario Beveridge están clasificadas en la categoría de tecnologías de la información, internet e informática médica. Esta categoría incluye aquellas empresas que se dedican a la creación de aplicaciones digitales para móviles, tabletas u ordenadores destinadas a la prevención, información y tratamiento de la salud.

Por último, la categoría de empresas farmacéuticas y biotecnológicas engloba todas aquellas empresas que se dedican a la creación e investigación de nuevos medicamentos para distintos tratamientos sanitarios, básicamente relacionados con el cáncer.

Mediante el estudio exploratorio también se ha analizado el perfil de los fundadores de las startups (tabla 21). Concretamente, el número total de fundadores en los dos modelos sanitarios es prácticamente el mismo: en el modelo Beveridge son 116 fundadores de las 59 startups y en el modelo Bismarck son 112 fundadores de las 51 startups.

Tabla 21.- Caracterización de los fundadores de las startups de los modelos sanitarios Beveridge y Bismarck

	Beveridge	Bismarck	Total
Nº startups	59	51	110
Nº fundadores	116	112	228
Nº fundadores doctorados	58	59	117
Nº startups con fundadores doctorados	39	33	72
Nº fundadores emprendedores en serie	47	35	82
Nº startups con fundadores emprendedores en serie	31	28	59
Nº startups fundadas por fundadores emprendedores en serie	87	66	153
Nº fundadores médicos	19	18	37
Nº startups con fundadores médicos	16	13	29
Nº fundadores ejecutivos	39	31	70
Nº startups con fundadores ejecutivos	26	21	47
Nº fundadores investigadores científicos	45	58	103
Nº startups con fundadores investigadores científicos	33	31	64

Fuente: elaboración propia

Se debe tener en cuenta que, en ambos casos, un 50% de los fundadores disponen de perfiles investigadores ya que están doctorados, generalmente en medicina, biomedicina, farmacia, biología e ingeniería. Además, en ambos modelos sanitarios, un 65% de las empresas disponen de al menos un fundador con doctorado.

Este hecho está corroborado por el número de fundadores que se dedican exclusivamente a investigaciones científicas: un 39% de los fundadores de las startups del modelo sanitario Beveridge son investigadores científicos; mientras que en el modelo sanitario Bismarck, este porcentaje se eleva al 52%.

Paralelamente, en el modelo Beveridge, se aprecia que los fundadores tienen un perfil de emprendedores en serie, ya que un 41% de los fundadores han constituido más empresas a parte de la analizada, porcentaje que disminuye hasta el 31% para los fundadores en el modelo Bismarck. En concreto, los fundadores de las startups del modelo Beveridge han fundado 87 empresas a parte de las 59 startups analizadas, mientras que en el caso de los fundadores del modelo Bismarck el número de empresas fundadas se sitúa en 66.

El porcentaje de los fundadores que son médicos es muy similar en ambos modelos, situándose en el 16%, y también se aprecian pocas diferencias en el número de fundadores con perfil ejecutivo, que se sitúan en 34% en el modelo sanitario Beveridge y en 28% en el modelo sanitario Bismarck.

Haciendo referencia a los inversores, en la tabla 22 se observa que están invirtiendo más en las startups del modelo sanitario Beveridge que en las del modelo sanitario Bismarck. El número de inversores es de 164 en el modelo Beveridge frente los 121 inversores en el modelo Bismarck y se evidencia que el importe total de financiación conseguido por las startups del modelo sanitario Beveridge es superior al doble del conseguido por las startups del modelo sanitario Bismarck.

Tabla 22.- Caracterización de los inversores de las startups de los modelos sanitarios Beveridge y Bismarck

	Beveridge	Bismarck
Nº inversores	164	121
Importe total de dinero invertido	\$755.475.656	\$344.265.244
Nº startups invertidas por grandes empresas	30	15
Grandes empresas inversoras	40	18
Nº startups invertidas por hospitales o médicos	9	7
Hospitales o médicos inversores	12	8

Fuente: elaboración propia

Un 50% de las startups del modelo sanitario Beveridge están invertidas por grandes empresas, mientras que en el modelo Bismarck, sólo 15 de las 51 startups están invertidas por grandes empresas.

Finalmente, tan solo 9 de las 59 startups del modelo Beveridge están invertidas por 12 médicos y hospitales; por el contrario, en el modelo Bismarck, esta cifra se reduce a 7 startups de las 51 que están invertidas por 8 hospitales y médicos.

2.3. Síntesis de los resultados obtenidos

La sanidad actual requiere de innovación y cambios para poder ser más eficiente y, consecuentemente, ver reducidos sus costes.

En un escenario de crisis generalizada con incremento de costes, recortes, aumento de la demanda e insatisfacción de los ciudadanos, nacen infinitas oportunidades para aquellos emprendedores que pretendan mejorar el sistema.

En el período analizado, en los dos principales modelos sanitarios europeos han nacido startups, destacando el elevado número de empresas emergentes localizadas en Reino Unido y que se rigen por el modelo sanitario Beveridge. Por el contrario, las startups nacidas en el modelo sanitario Bismarck representan el 46% de la muestra objeto de estudio y están localizadas, principalmente, en Francia y Alemania.

La financiación que han recibido las startups del modelo sanitario Beveridge supera el doble de la que han recibido las startups del modelo Bismarck. Del mismo modo, los inversores en el modelo Beveridge superan a los inversores del modelo Bismarck.

Se debe tener presente que en los países del modelo Beveridge se concentran un mayor número de startups dedicadas a nuevos servicios sanitarios; mientras que en el modelo Bismarck destacan las startups dedicadas a nuevos dispositivos médicos.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS ESTADOS FINANCIEROS DE LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS ESPAÑOLAS

Este capítulo pretende poner en evidencia la salud económica financiera de las empresas hospitalarias españolas en el período 2008-15 y determinar cuáles son las variables que explican su rentabilidad económica. La metodología del estudio se ha llevado a cabo mediante el análisis económico y financiero de las empresas de la muestra objeto de estudio. De este modo, se ponen en evidencia los indicadores financieros relevantes que tienen que controlar las empresas sanitarias para su supervivencia y correcto servicio a la sociedad en general.

1. Introducción

En este capítulo, se analiza la salud económica y financiera de las empresas españolas que llevan a cabo actividades hospitalarias en el sistema sanitario privado, para valorar si se está realizando una buena política de gestión y administración de estas.

Se debe tener en cuenta que, en el entorno económico actual, la rentabilidad empresarial es uno de los aspectos de mayor interés para las empresas (Cortés et al., 2011) y en el caso de las empresas hospitalarias privadas, es necesario identificar los principales factores explicativos de dicha rentabilidad.

De este modo, para realizar el análisis de los estados financieros de las empresas hospitalarias españolas se han utilizado distintos indicadores financieros, como el fondo de maniobra, la solvencia a corto plazo, el endeudamiento y las rentabilidades, entre otros. Por su parte, para determinar las variables que inciden en la rentabilidad económica de estas empresas, se han considerado siete variables entre las cuales se encuentran tanto indicadores financieros como no financieros.

2. Metodología aplicada

La metodología utilizada es exploratoria y se basa en el análisis temporal de un conjunto de ratios representativos de la estructura patrimonial y de la situación económica y financiera de las empresas hospitalarias españolas durante el período 2008-15, mediante la información contable y financiera disponible en la base de datos SABI.

En este caso, las empresas analizadas se corresponden con las de la muestra B; es decir, en total se estudian 122 empresas hospitalarias que se encuentran localizadas geográficamente en España. Además, estas empresas son mercantiles, activas, grandes y medianas y disponen de cuentas anuales no consolidadas en el ejercicio 2015.

Así, tras escoger, extraer y depurar la muestra, se procede al cálculo de cada uno de los ratios o indicadores financieros para cada una de las empresas (anexo D). Seguidamente, se corrigen los valores extremos de cada indicador considerando los valores situados por encima del percentil 95 – extremos superiores – y los situados por debajo del percentil 5 – extremos inferiores –.

Finalmente, se relaciona la rentabilidad económica con las variables independientes, que se definen en el siguiente apartado, mediante la comparación de medias y el análisis del coeficiente de correlación de *Pearson* aplicando estadística inferencial con el software estadístico *IBM SPSS Statistics*, en su versión 22.

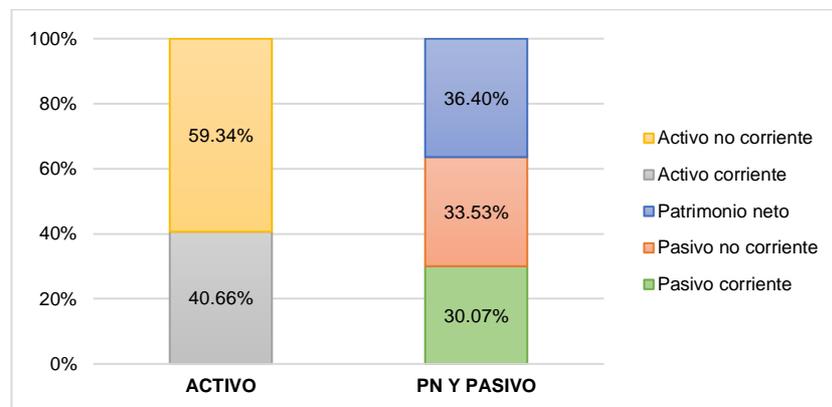
3. Análisis económico y financiero

El análisis de la situación económica y financiera de las empresas hospitalarias españolas en el período 2008-15, se ha estructurado en los apartados que proceden a continuación.

3.1. Análisis de la estructura económica y financiera

La composición de las masas patrimoniales indica que existe un equilibrio financiero ya que, en la estructura económica, la mayoría de la inversión es a largo plazo, y la unión de la financiación propia y la ajena a largo plazo es la financiación predominante en la estructura financiera (gráfico 18).

Gráfico 18.- Distribución de las masas patrimoniales de las empresas hospitalarias españolas



Fuente: elaboración propia

El cálculo de los porcentajes horizontales de las diferentes masas patrimoniales en el período 2008-2015 proporciona los resultados que se muestran en la tabla 23:

Tabla 23.- Porcentaje de incremento de las masas patrimoniales de las empresas hospitalarias españolas

	Incremento
Activo	52%
Activo no corriente	27%
Activo corriente	103%
Patrimonio neto	61%
Pasivo	48%
Pasivo no corriente	41%
Pasivo corriente	55%

	Incremento
Ingresos explotación	46%
Gastos de explotación	44%
Gastos financieros	25%
Resultado neto	194%

Fuente: elaboración propia

En el período analizado, de acuerdo con Amat y Perramon (2011), las empresas hospitalarias de la muestra tienen una gestión financiera prudente, ya que el crecimiento de los activos es superior al incremento de las deudas, y una buena gestión de los gastos porque el aumento de los resultados es superior al de los ingresos de explotación. Sin embargo, la gestión de los activos no es del todo eficiente ya que el crecimiento de los activos es superior al aumento de los ingresos de explotación (tabla 24).

Tabla 24.- Crecimiento equilibrado de las empresas hospitalarias españolas

Gestión eficiente de los activos		Gestión financiera prudente		Gestión de los gastos	
Δ Ventas	Δ Activos	Δ Activos	Δ Deudas	Δ Resultados	Δ Ventas
46%	52%	52%	48%	194%	46%

Fuente: elaboración propia

3.2. Análisis de la situación financiera a corto plazo

Analizar la solvencia de las empresas hospitalarias ayuda a saber si son capaces de hacer frente a sus deudas a corto plazo. Para que la muestra se considere solvente, lo ideal es que el ratio arroje un valor cercano a 1,5.

En la tabla 25 se observa un crecimiento importante de la solvencia desde 2008 hasta 2012; sin embargo, puede existir riesgo de insolvencia ya que el valor anual de este ratio es inferior al valor óptimo. Es decir, las empresas de la muestra, especialmente en los primeros años del período analizado, pueden tener problemas para afrontar sus deudas a corto plazo con su activo corriente.

Tabla 25.- Situación financiera a corto plazo de las empresas hospitalarias españolas

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Fondo de maniobra (m€)	875	2.455	2.778	3.742	5.957	4.789	5.625	5.919
Solvencia a cp	1,10	1,24	1,26	1,32	1,53	1,38	1,43	1,44
FEAE (m€)	1.617	2.442	2.457	1.742	2.172	3.138	2.737	3.803

Fuente: elaboración propia

No obstante, en la misma tabla 25, se aprecia que el fondo de maniobra y el flujo de efectivo de las actividades de explotación son positivos en todos los ejercicios económicos y aumentan considerablemente en el período analizado.

De este modo, estas empresas hospitalarias, aunque tengan una solvencia a corto plazo moderada, parece que no tienen problemas para hacer frente a sus obligaciones de pago a corto plazo.

3.3. Análisis de la situación financiera a largo plazo

Atendiendo a los datos de la tabla 26, se constata que el valor medio del endeudamiento se mantiene estable a lo largo del período alrededor del 65% y se sitúa por encima del intervalo óptimo del 50%-60%. Analizando el endeudamiento conjuntamente con la calidad de la deuda, se puede afirmar que el hospitalario no es un sector muy endeudado y, como la deuda es mayoritariamente a largo plazo, existe estabilidad y menor riesgo en la situación financiera. Además, tan solo un 10% del pasivo corriente corresponde a deudas con entidades de crédito; eso quiere decir que la deuda es de buena calidad.

Tabla 26.- Situación financiera a largo plazo de las empresas hospitalarias españolas

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Endeudamiento	65%	65%	63%	64%	63%	63%	64%	63%
Calidad de la deuda	47%	48%	47%	46%	44%	48%	48%	49%
Rotación de los activos (días)	325,21	327,32	324,16	294,33	283,32	296,24	298,57	310,74

Fuente: elaboración propia

Por otra parte, mediante la ratio de rotación de los activos se puede conocer la eficacia del sector hospitalario en el uso de sus inversiones para generar ventas. A través de la tabla 26, se deduce que la media del ratio se sitúa entre 280 y 325 días, valores estables a lo largo del período a excepción de los dos años en los que la crisis del sector fue más notable – 2011 y 2012 –. De ahí en adelante la media comienza a recuperarse hasta casi alcanzar los valores previos a la recesión. El razonamiento de esta recuperación de la ratio puede residir, bien en un aumento del importe neto de la cifra de negocios, o bien en una disminución de la inversión total. No obstante, al observar los resultados, la recuperación se debe básicamente al aumento del importe neto de la cifra de negocios.

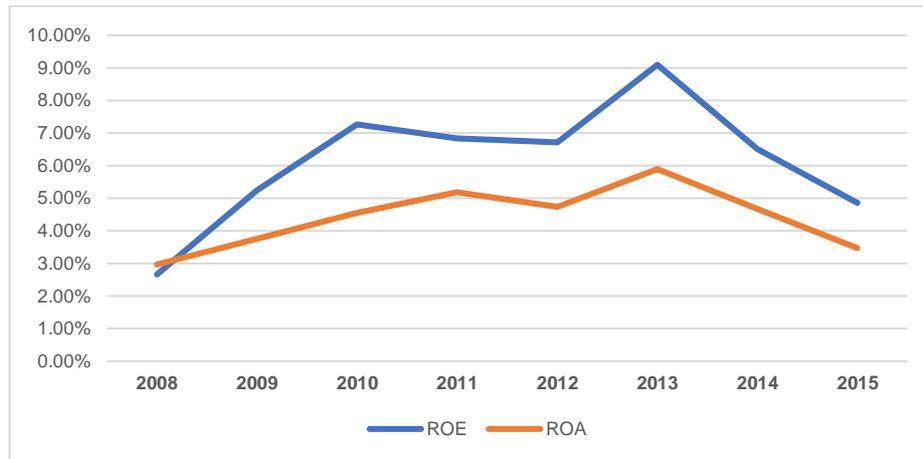
3.4. Análisis de los indicadores de rentabilidad

Para saber el rendimiento que obtienen los centros hospitalarios gracias a sus inversiones y recursos propios, se estudia la rentabilidad económica y financiera.

La rentabilidad económica analiza la capacidad que tienen los activos de una empresa para generar beneficios, independientemente de la estructura financiera de la misma. Según el gráfico 19, hay medias positivas todos los años y el ejercicio 2013 es el que consigue el máximo porcentaje del 5,90%.

La rentabilidad financiera define el beneficio neto generado en relación con la inversión de los propietarios de la empresa, es decir, por cada euro de financiación en fondos propios, cuál es la cuantía que se queda en concepto de beneficio. En el mismo gráfico 19, se aprecia que la rentabilidad financiera es positiva en todo el período analizado y se obtiene su máximo pico del 9,10% en el año 2013, para después volver a caer hasta el 4,87%.

Gráfico 19.- Evolución de la rentabilidad económica (ROA) y financiera (ROE) de las empresas hospitalarias españolas



Fuente: elaboración propia

En todo el período, la rentabilidad financiera se sitúa por encima de la rentabilidad económica, a excepción del ejercicio 2008, de manera que, en términos generales, el endeudamiento no perjudica a las empresas hospitalarias analizadas. Además, este hecho se ve corroborado por el valor del apalancamiento financiero, que es superior a la unidad en todos los ejercicios económicos a partir del año 2009.

3.5. Análisis patrimonial

Después del análisis convencional de los estados financieros de las empresas hospitalarias españolas, se añade la información que se desprende del Estado de Cambios en el Patrimonio Neto (ECPN), que permite valorar cuál ha sido el resultado global de estas empresas; es decir, muestra el resultado que engloba el resultado neto, los ingresos y gastos que se imputan en el patrimonio neto y las transferencias en la cuenta de pérdidas y ganancias. Además, mediante el ECPN se pueden valorar las variaciones patrimoniales del período considerado, los motivos que las han ocasionado y las garantías que ofrecen estas empresas hospitalarias en el período analizado.

De este modo, del análisis patrimonial se desprende que el patrimonio incrementa un 61% en el período analizado, es decir, las empresas hospitalarias de la muestra se capitalizan, especialmente en el último ejercicio, y ofrecen más garantías a los terceros implicados en las mismas. La capitalización deriva, en gran parte, por el considerable aumento del resultado neto hasta el ejercicio 2013, aunque a partir de este ejercicio decrece un 44%, por lo que sería interesante observar su tendencia en ejercicios posteriores (tabla 27).

Tabla 27.- Variación patrimonial de las empresas hospitalarias españolas

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Patrimonio neto	9.897	11.510	13.193	14.049	15.409	15.291	15.175	15.938
Resultado neto	264	604	959	962	1.036	1.391	990	776
Resultado global	148	582	927	843	917	1.349	920	704

Fuente: elaboración propia

A continuación, para analizar las principales diferencias entre el resultado neto y el resultado global, se utiliza el primer documento del ECPN, el Estado de Ingresos y Gastos Reconocidos (EIGR). Así, se observa que el importe del resultado neto es siempre superior al del resultado global y que la tendencia es la misma en ambos casos.

Por otra parte, se constata que el principal componente que provoca las diferencias entre ambos resultados son las subvenciones, donaciones y los legados recibidos. De hecho, de las 122 empresas hospitalarias que forman la muestra B, 62 de ellas han recibido algún tipo de subvención en alguno de los ejercicios económicos del período analizado.

Si se analiza el ejercicio 2015, son 25 las empresas que han recibido algún tipo de subvención y el importe total recibido asciende a 5.719.493 euros. En la tabla 28 se detallan las subvenciones recibidas, los importes de éstas y el número de empresas que han recibido dichas subvenciones:

Tabla 28.- Subvenciones que las empresas hospitalarias españolas han recibido

Tipo de subvención	Núm. empresas	Importe
Formación de los empleados	12	200.890 €
Medioambientales	7	81.364 €
Tecnologías y dispositivos médicos	3	36.794 €
Construcción	2	5.378.445 €
Tecnologías de la Información	1	22.000 €

Fuente: elaboración propia

Un 48% de los hospitales han obtenido subvenciones por valor de 200.890 euros destinados a impulsar la contratación y la formación de los empleados. Sin embargo, el importe de dinero recibido más elevado ha ido destinado a dos centros hospitalarios para realizar obras de construcción consistentes en la ampliación de sus edificios. Finalmente, el resto de las subvenciones se han destinado a impulsar aspectos medioambientales y a implantar tecnologías de la información y otras tecnologías y dispositivos médicos.

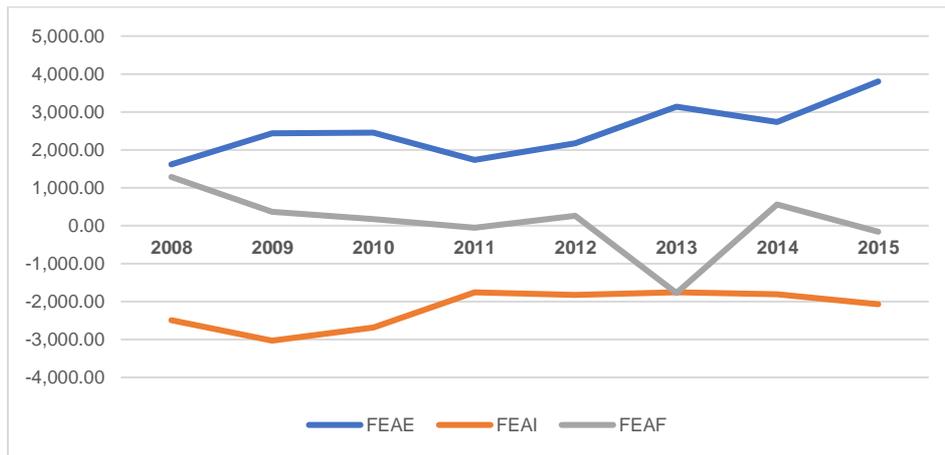
3.6. Análisis de la tesorería

La tesorería, es decir, el movimiento de efectivo y otros activos líquidos equivalentes, indica el efecto de los cobros y pagos de estas entidades hospitalarias en el período considerado, en función de las actividades de explotación, de inversión y de financiación.

El documento contable que lo refleja, el Estado de Flujos de Efectivo (EFE), presenta: unas medias de los flujos de la actividad de explotación (FEAE) positivos, dado que los cobros superan

a los pagos y los hospitales pueden hacer frente los pagos a corto plazo; unas medias de los flujos de la actividad de inversión (FEAI) negativos, por lo que estos centros están invirtiendo en todo el período analizado; y unas medias de los flujos de la actividad de financiación (FEAF) fluctuantes, ya que dependiendo del ejercicio económico los centros hospitalarios piden financiación externa para realizar sus inversiones o la devuelven, pues la actividad hospitalaria está inmersa, a raíz de la irrupción tecnológica, en importantes inversiones que también ayudan a superar el difícil período de la recesión.

Gráfico 20.- Evolución de los flujos de efectivo del EFE de las empresas hospitalarias españolas



Fuente: elaboración propia

Especialmente en el ejercicio 2013 se devuelve gran parte de esta financiación gracias a los importantes resultados obtenidos, por lo que el signo del FEAF es negativo. Así, el efectivo va fluctuando en el período analizado y las empresas que forman la muestra tienen solvencia a corto plazo y llevan a cabo inversiones con los resultados obtenidos y con financiación ajena y propia (gráfico 20).

4. Aplicación de estadística inferencial

En este apartado y, de acuerdo con la literatura previa, se pretende relacionar la rentabilidad económica con seis variables independientes que se definen en los próximos subapartados. Concretamente, las hipótesis que se quieren contrastar mediante la aplicación de estadística inferencial son las siguientes:

H1: Hay una relación significativa entre la rentabilidad económica y la forma jurídica de las empresas hospitalarias españolas.

H2: Hay una relación significativa entre la rentabilidad económica y la solvencia a corto plazo de las empresas hospitalarias españolas.

H3: Hay una relación significativa entre la rentabilidad económica y el endeudamiento de las empresas hospitalarias españolas.

H4: Hay una relación significativa entre la rentabilidad económica y la dimensión empresarial de las empresas hospitalarias españolas.

H5: Hay una relación significativa entre la rentabilidad económica y el PIB per cápita de las empresas hospitalarias españolas.

H6: Hay una relación significativa entre la rentabilidad económica y la densidad de población de las empresas hospitalarias españolas.

4.1. Definición de las variables e instrumentos de medida

Como variable dependiente se toma la rentabilidad económica (ROA) y como variables independientes o explicativas de dicha rentabilidad se consideran la solvencia a corto plazo, el endeudamiento, la dimensión empresarial, la forma jurídica, el PIB per cápita y la densidad de población (tabla 29).

Tabla 29.- Justificación de las variables incorporadas en los contrastes de hipótesis

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	FORMULA	ESTUDIOS
ROA	Rentabilidad económica	$\text{Beneficio antes de impuestos e intereses} / \text{Total activo}$	Cueva et al. (2016) González-Pascual (2016) Cortés et al. (2011) Elsayed y Paton (2009) Choi y Lee (2008) Cleverley (1990)
SOLV	Solvencia a corto plazo	$\text{Activo corriente} / \text{Pasivo corriente}$	Cueva et al. (2016) Bem et al. (2015) Bem et al. (2014) Benton (2013) Cleverley (1990)
END	Endeudamiento	$\text{Total pasivo} / \text{Total pasivo y Patrimonio Neto}$	Cueva et al. (2016) Bem et al. (2015) Valenzuela et al. (2015) Bem et al. (2014) Benton (2013) Elsayed y Paton (2009) Morales y Jarne (2009)
TAM	Dimensión empresarial	$\text{Ln}(\text{Total activo})$	Herrera et al. (2016) Elsayed y Paton (2009) Morales y Jarne (2009) Alonso y Galve (2008) Serrano et al. (2007) Ayala y Navarrete (2004)
FJUR	Forma jurídica	Variable cualitativa considerada valor 0 si es sociedad anónima (SA) o valor 1 si es sociedad limitada (SL)	Turner et al. (2015) Ayala y Navarrete (2004)
PIBC	PIB per cápita	Datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística (INE)	Luna et al. (2009) Eldenburg y Krishnan (2003) Palomo y Mateu (1999) Mick y Wise (1996)
DENP	Densidad de población	Cociente entre el número de habitantes y los kilómetros cuadrados de la población que está en el domicilio social de la empresa	Eldenburg y Krishnan (2003) Palomo y Mateu (1999)

Fuente: elaboración propia

Las cuatro primeras variables se calculan a partir de los datos de los estados financieros de las 122 empresas hospitalarias en el ejercicio 2015. Por su parte, la forma jurídica se obtiene de la base de datos SABI y, para las dos últimas variables, se utilizan los datos que proporciona el Instituto Nacional de Estadística (INE) para el mismo ejercicio 2015.

Para la realización de los contrastes de hipótesis planteados, se debe tener en cuenta que para el contraste de la primera hipótesis se utiliza la inferencia estadística para estimar la relación entre una variable cualitativa y otra cuantitativa; mientras que, para el resto de las hipótesis se utiliza la inferencia estadística para comparar dos variables cuantitativas (Bem et al. 2015).

4.2. Contraste de hipótesis entre la variable dependiente cuantitativa y la variable independiente cualitativa

Para comprobar si la forma jurídica está relacionada con la rentabilidad económica, se lleva a cabo un análisis mediante la aplicación del método estadístico de comparación de medias, que contrasta las medias de la distribución de la variable cuantitativa, la rentabilidad económica, con la variable categórica, la forma jurídica.

Debido a que este análisis requiere que las variables cumplan con los supuestos de normalidad y homogeneidad, se realiza la prueba estadística *Kolmogorov-Smirnov*.

Tabla 30.- Prueba de normalidad de las variables

ROA		KOLMOGOROV-SMIRNOV		
		Estadístico	gl	p-value
FJUR	SA	0,074	77	0,200
	SL	0,121	45	0,096

Fuente: elaboración propia

De este modo, tal y como se observa en la tabla 30, todas las variables cumplen los supuestos de normalidad ($p\text{-value} > 0,05$), por lo que se procede a desarrollar una evaluación mediante la aplicación de la estadística inferencial con la prueba estadística *T Student para muestras independientes*.

Además, ambas variables cumplen el criterio de homogeneidad de variancias ya que el p-value de la prueba *Levene* es superior a 0,05 y, de este modo, para la determinación del estadístico *t*, se asume que hay igualdad de varianzas (tabla 31).

Tabla 31.- Estadística inferencial aplicando la prueba de Levene y el estadístico T de Student

ROA		Homogeneidad		Estadísticos		T de Student	
		Levene	p-value	Media	Desv	t	p-value
FJUR	SA	0,470	0,494	4,62%	8,01%	-1,402	0,162
	SL			6,71%	7,88%		

Fuente: elaboración propia

Analizando los resultados obtenidos en el contraste de hipótesis mediante la prueba estadística *T de Student* se confirma que la forma jurídica de las empresas hospitalarias españolas no influye en su rentabilidad económica. Es decir, la media de la rentabilidad económica de los centros hospitalarios constituidos como sociedades anónimas no es estadísticamente significativa, al nivel de significación del 5%, a la de los que han sido constituidos como sociedades limitadas.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que los hospitales que son sociedades limitadas presentan un mayor porcentaje de la rentabilidad económica, ya que la media obtenida es superior (6,71% frente al 4,62%).

4.3. Contraste de hipótesis entre la variable dependiente cuantitativa y las variables independientes cuantitativas

Para contrastar las cinco hipótesis restantes, en primer lugar, se calculan los principales estadísticos descriptivos de cada una de las variables cuantitativas definidas anteriormente (tabla 32):

Tabla 32.- Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas de la muestra

VARIABLES	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS	
	Media	Desviación estándar
ROA	5,39%	7,99%
SOLV	1,46	0,93
END	0,58	0,29
TAM	17,01	1,02
PIBC	23.807,69 €	5.142,17 €
DENP	4.390,05 hab/km ²	4.677,29 hab/km ²

Fuente: elaboración propia

A continuación, con la prueba *Kolmogorov-Smirnov* se comprueba que las variables siguen una distribución normal; es por este motivo, que las variables DENP y PIBC se transforman con la aplicación del logaritmo neperiano para conseguir que sigan esta distribución (tabla 33).

Tabla 33.- Prueba de normalidad de las variables cuantitativas

VARIABLES	KOLMOGOROV-SMIRNOV	
	Estadístico	p-value
ROA	0,074	0,200
SOLV	0,036	0,200
END	0,052	0,200
TAM	0,071	0,200
PIBC	0,064	0,200
DENP	0,095	0,069

Fuente: elaboración propia

Seguidamente se analiza la correlación de la rentabilidad económica con cada una de las variables independientes (tabla 34), utilizando el método de correlación de *Pearson* cuyo objetivo es indicar la relación existente entre las variables cuantitativas que siguen una distribución normal.

Tabla 34.- Estudio de la correlación entre las variables cuantitativas

VARIABLES	ROA	
	Coefficiente de correlación de Pearson	p-value
SOLV	0,272	0,003
END	-0,328	0,000
TAM	0,271	0,017
PIBC	0,214	0,018
DENP	0,065	0,479

Fuente: elaboración propia

Así, se pone en evidencia que existe una relación significativa entre la rentabilidad económica y la solvencia a corto plazo, el endeudamiento, la dimensión empresarial y el PIB per cápita. Por el contrario, la densidad de población no influye en la dicha rentabilidad. También hay que hacer hincapié en la fuerte correlación de la solvencia a corto plazo y el endeudamiento con la rentabilidad económica.

Por último, es necesario interpretar el signo del coeficiente de correlación de *Pearson*. En este caso, este coeficiente indica que la relación que se produce entre la rentabilidad económica y la solvencia a corto plazo, la dimensión empresarial, el PIB per cápita y la densidad de población, es positiva; es decir, una mejor solvencia a corto plazo, una mayor dimensión empresarial, un mejor PIB per cápita y una mayor densidad de población supone una rentabilidad económica superior. Contrariamente, la relación existente entre la rentabilidad económica y el endeudamiento es negativa, es decir, si las empresas hospitalarias están poco endeudadas, su rentabilidad económica es superior.

5. Síntesis de los resultados obtenidos

Los indicadores financieros han permitido analizar la situación económica y financiera de las empresas hospitalarias españolas. Se trata de entidades con una distribución equilibrada de las medias de las masas patrimoniales en el período considerado y que pueden atender los pagos a corto plazo, especialmente en los últimos ejercicios analizados, con fondos de maniobra y flujos de la actividad de explotación que lo corroboran. Además, pueden hacer frente a los pagos a largo plazo, ya que gozan de un endeudamiento moderado pero que es de calidad y que no las está perjudicando.

Los centros hospitalarios analizados tienen rentabilidades financieras positivas en todo el período con una tendencia al crecimiento hasta el ejercicio 2013 y la rentabilidad económica tiene un comportamiento más estable en el período analizado.

En términos generales, la situación económica de estas empresas hospitalarias es adecuada y a lo largo del tiempo optimizan los resultados y alcanzan un punto álgido en 2013, pero hay que seguir valorando la tendencia observada por los importantes cambios que afectan a estas empresas hospitalarias españolas.

Finalmente, la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias se explica por una buena solvencia a corto plazo y por el bajo endeudamiento; aunque, en la rentabilidad de los activos también inciden, de forma más moderada, el PIB per cápita y la dimensión empresarial, en sintonía con la revisión de la literatura (Bem et al., 2015; Benton, 2013; Luna et al., 2009). Mientras que, la forma jurídica de estas empresas y la densidad de población no tienen influencia en los valores obtenidos de la rentabilidad económica.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN DE LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS ESPAÑOLAS: CALIDAD DE LOS SITIOS WEB

En este capítulo se desarrolla un análisis descriptivo que evalúa la calidad y las características de los sitios web de las empresas hospitalarias españolas. Además, en el estudio se plantea si la accesibilidad, la usabilidad, la interactividad, la actualización de los contenidos, los referentes de calidad, la política de privacidad, la web 2.0. y la información presentada en las páginas web de estos centros hospitalarios españoles son adecuados o según la literatura académica.

1. Introducción

En la actualidad, la sociedad está inmersa en una expansión revolucionaria de las tecnologías de la información y de la comunicación, lideradas por Internet, que se puede considerar un elemento clave en el desarrollo de cualquier negocio.

El ámbito sanitario no ha quedado al margen de esta expansión de las TIC, ya que los sistemas de atención sanitaria están incorporando nuevas prácticas tecnológicas a los procesos asistenciales para ofrecer servicios de salud tecnológicamente avanzados.

De este modo, es necesario evaluar los contenidos, las características y la estructura de los sitios web hospitalarios para que la información divulgada sea de calidad. Consecuentemente, en el panorama actual, las páginas web de estos centros hospitalarios son clave para establecer una buena comunicación con los usuarios, captar su atención y conseguir aumentar la cuota de mercado.

Por lo tanto, el objetivo de este capítulo es analizar desde un punto de vista descriptivo la calidad de las web de las empresas hospitalarias españolas ya que muchos pacientes acceden a ellas para informarse sobre los servicios sanitarios que prestan, antes de contratar el servicio correspondiente. Es decir, principios como la transparencia, la comunicación y la información se han convertido en fundamentales para los ciudadanos cuando desean ejercer su libertad de elección entre los diferentes centros sanitarios.

2. Metodología aplicada

Se realiza un estudio descriptivo de corte transversal y exploratorio de los sitios web de las empresas hospitalarias españolas de la muestra B para evaluar la calidad y las características web de estas.

Todos los 122 centros hospitalarios que forman la muestra disponen de página web entre los meses de diciembre de 2016 y de enero de 2017. Para determinar la disponibilidad o no del sitio web de cada empresa hospitalaria, se introduce el nombre completo de la misma utilizando el navegador de Internet y se realiza una búsqueda mediante el buscador Google.

Una vez concretados los sitios web de las empresas de la muestra B, se utiliza la técnica de análisis de contenido para estudiar la información de las páginas webs y sus contenidos online (Frías-Aceituno et al., 2013). Esta técnica consiste en analizar una serie de ítems sobre la información proporcionada en cada página web; en concreto, se evalúa la calidad web mediante la utilización de diez ítems seleccionados según criterios definidos en la literatura académica (Calvo, 2014; Arencibia-Jiménez y Aibar-Remón, 2007).

Los puntos que se adjudican a cada uno de los diez ítems se estiman según las ponderaciones aportadas en el cuestionario de Calvo (2014) (anexo E). Dicho cuestionario, tal y como demuestra este autor en su estudio, está contrastado estadísticamente mediante la utilización

del procedimiento estadístico consistente en el índice Kappa que avala la validez de los contenidos y su fiabilidad.

Se añaden en el cuestionario dos nuevas variables no contempladas en la investigación de Calvo (2014): la variable de presencia o no de políticas de privacidad y otra variable de presencia de herramientas 2.0. en los sitios web de las empresas hospitalarias (Medina, 2012).

La puntuación máxima que puede obtener cada uno de los hospitales es de 290 puntos y, tal como afirman Conesa et al. (2011), “una web se considera que es de calidad si su puntuación global supera la mitad de la puntuación total posible”.

A continuación, la tabla 35 muestra como se reparten los puntos entre los diez ítems del cuestionario:

Tabla 35.- Variables analizadas de las páginas web de las empresas hospitalarias españolas

VARIABLES	DESCRIPCIÓN	PUNTOS	DEFINICIÓN
ACC	Accesibilidad	20	Diseño del sitio web que permite la navegación y la interacción óptima para todos los usuarios
USAB	Usabilidad	20	Facilidad de la navegación a través de la página web
IRU	Interactividad y relación con los usuarios	50	Existencia de relación virtual e interacción entre el hospital y los usuarios a través del sitio web
INFP	Información presentada	120	Análisis de la aparición de información relevante y de interés para el usuario
ACTU	Actualización de los contenidos	10	Existencia en el sitio web de la fecha de edición y de actualización de los contenidos
REFC	Referentes de calidad	10	Presencia de sellos o acreditaciones de calidad
INPF	Información para el profesional	20	Existencia de un apartado específico para el profesional del hospital
INPV	Información para proveedores	10	Existencia de un apartado específico para los proveedores del hospital
POLP	Política de privacidad	20	Existencia de política de protección de los datos personales del usuario del sitio web
WEB2	Herramientas 2.0.	10	Presencia en el sitio web de foros, blogs, RSS, vídeos, presentaciones, entre otros

Fuente: elaboración propia

Para el cálculo de la primera variable que aparece en el cuestionario, la accesibilidad, se utiliza la herramienta automática online, Test de Accesibilidad Web (TAW)¹⁴. Esta herramienta ha sido utilizada en varios trabajos (Calvo, 2014; Jiménez et al., 2009; Ramos y Clabo, 2008) y, por lo tanto, está académicamente contrastada. Con ella se estima para cada sitio web el número de problemas de accesibilidad en tres niveles de prioridad WAI-A, WAI-AA y WAI-AAA (*Web Accessibility Initiative*) según las pautas de la *Web Content Accessibility Guidelines* (WCAG).

¹⁴ Herramienta disponible accediendo al siguiente enlace: <https://www.tawdis.net/>

Concretamente, para realizar el cálculo de la accesibilidad, se introduce el enlace del sitio web del hospital que se pretende analizar en el apartado de Análisis WCAG 1.0. de la herramienta TAW y, automáticamente, se cuantifican e identifican los problemas de accesibilidad del sitio web clasificados en tres tipos de prioridad: WAI-A, WAI-AA y WAI-AAA.

De este modo, si el primer nivel de prioridad A presenta un determinado número de problemas de acceso, se multiplica dicho número de problemas por 0,4 y al resultado se le restan 12 puntos; si el nivel A no presenta ningún problema, se evalúa el segundo nivel de prioridad AA, multiplicando los problemas de acceso de este nivel por 0,2 y restando de su resultado 16 puntos; y si el nivel AA presenta cero problemas, se evalúa el último nivel de prioridad AAA, multiplicando el número de errores por 0,1 y restando del resultado 20 puntos.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico, para que un sitio web se considere accesible se deben satisfacer todos los puntos de verificación de prioridad 2; es decir, se deben adecuar al nivel WAI-AA definido en la especificación de la WCAG.

Una vez analizadas y ponderadas las variables, se analizan las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios y se describen los resultados más relevantes que se han obtenido.

3. Calidad de los sitios web de las empresas hospitalarias españolas

Una vez realizado el cuestionario de Calvo (2014) a los sitios web de las 122 empresas hospitalarias españolas, se obtiene una puntuación total media de 179,10 puntos sobre los 290 puntos máximos posibles; este hecho determina que las páginas web superan la mitad de los puntos posibles, es decir, los 145 puntos y, en términos generales, se identifica la presencia de calidad web para estas empresas. En concreto, un 83% de los centros hospitalarios superan los 145 puntos y la estadística descriptiva indica que el valor mínimo obtenido es de 78,40 puntos y el valor máximo de 248,60 puntos.

Tal y como se detalla en la tabla 36, el análisis de variables indica que la mayoría de ellas supera la mitad de los puntos posibles excepto la información para el profesional y la presencia de herramientas 2.0.

Tabla 36.- Puntuaciones obtenidas de los cuestionarios de las empresas hospitalarias españolas

VARIABLES	PUNTUACIÓN MÁXIMA POSIBLE	PUNTUACIÓN MEDIA	PUNTUACIÓN MÍNIMA	PUNTUACIÓN MÁXIMA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
ACC	20	11,63	0,00	15,80	3,21
USAB	20	13,02	7,00	20,00	2,43
IRU	50	37,58	5,00	50,00	8,97
INFP	120	71,25	18,00	113,00	18,47
ACTU	10	5,37	0,00	10,00	4,28
REFC	10	5,25	0,00	10,00	5,01
INPF	20	7,21	0,00	20,00	9,64
INPV	10	2,38	0,00	10,00	4,27
POLP	20	18,85	0,00	20,00	4,67
WEB2	10	6,56	0,00	10,00	4,02
Puntuación total	290	179,10	78,40	248,60	35,98

Fuente: elaboración propia

Respecto a la accesibilidad, las páginas web de los hospitales españoles obtienen una media de 11,63 puntos y con valores comprendidos entre 0 y 15,80; hecho que determina que, en general, son sitios web accesibles ya que superan la mitad de los puntos máximos. Sin embargo, según la herramienta automática online TAW, de las 122 webs analizadas, un 3% no cumplen ninguno de los tres criterios de accesibilidad y un 64% disponen sólo del nivel WAI-A, por lo que solo un 33% de los sitios web cumple con el nivel de accesibilidad mínimo que marca la normativa vigente.

Teniendo en cuenta que el valor máximo que se puede conseguir de la variable usabilidad es de 20 puntos, la media se sitúa en 13,02 puntos con valores comprendidos entre 7 y 20 puntos; por lo que gran parte de los sitios web de los hospitales españoles gozan de usabilidad.

De acuerdo con la tabla 37, todas las páginas web tienen un tiempo de descarga menor a 5 segundos, mantienen el menú de navegación principal abierto en todas las páginas y están optimizadas para navegar con Internet Explorer 11 y similares. También es importante señalar que un 82% de los centros hospitalarios disponen de herramienta de búsqueda de contenidos y un 68% disponen de mapa del sitio web; no obstante, 44 webs (36%) indican información sobre los documentos descargables y sólo 21 webs (17%) disponen de enlaces externos a otros webs correctamente identificados.

Tabla 37.- Usabilidad de los sitios web de las empresas hospitalarias españolas

USABILIDAD	N	%
Tiempo de descarga del sitio web menor a 5 segundos	122	100%
Menú principal abierto en todas las páginas	122	100%
Optimización para navegar con Internet Explorer 11 y similares	122	100%
Herramienta de búsqueda de contenidos	100	82%
Tamaño, formato y/o tiempo de descarga de los archivos	44	36%
Enlaces externos a otros sitios web	21	17%
Correcta identificación de los enlaces externos	21	17%
Mapa del sitio web o <i>site map</i>	83	68%

Fuente: elaboración propia

Por lo que se refiere a interactividad y relación con los usuarios, la puntuación máxima está establecida en 50 puntos, pero el valor medio de puntos obtenidos se ha situado en 37,58 puntos. De los 122 centros hospitalarios, 109 (89%) han obtenido más de 25 puntos en este apartado. Los criterios que se han analizado han sido la existencia de email, teléfonos o dirección postal para realizar consultas y solicitar información general, así como el contacto con los distintos servicios del hospital.

De acuerdo con lo que se muestra en la tabla 38, todos los centros hospitalarios disponen de email para consultar o solicitar información y facilitan en su página web la dirección postal y el teléfono de información general; sin embargo, sólo un 28% de los hospitales facilitan correos electrónicos para contactar con otros servicios del hospital. Además, más de un 80% de las empresas de la muestra disponen de buzón de sugerencias en su página web, permiten la posibilidad de pedir cita médica a través de su sitio web y están presentes en alguna red social.

Tabla 38.- Interactividad web y relación con los usuarios de las empresas hospitalarias españolas

INTERACTIVIDAD Y RELACIÓN CON LOS USUARIOS	N	%
Email para consulta/solicitud de información general	122	100%
Dirección postal y teléfono de información general	122	100%
Email para consulta/solicitud de información de los servicios	34	28%
Dirección postal y teléfono de información de los servicios	92	75%
Buzón de sugerencias	99	81%
Cita médica a través del sitio web	96	79%
Presencia en redes sociales	108	89%

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con la puntuación establecida en la metodología, el apartado con un peso más importante es el de la información presentada, con un máximo de 120 puntos. La empresa hospitalaria con la puntuación más elevada obtuvo 113 puntos y el que disponía de menor puntuación 18 puntos; siendo la media de todo el conjunto de la muestra de 71,25 puntos.

Dentro de este apartado cabe destacar que todos los sitios web de los hospitales de la muestra disponen de información de acceso al hospital, cartera de servicios y presentación del hospital (tabla 39). Por otra parte, en más de un 80% de los centros hospitalarios se identifica el personal

médico, se informa al usuario de las actividades del hospital y existe una sección de noticias y otra de consejos de salud. Además, más de la mitad de los centros hospitalarios españoles identifican al personal directivo y disponen de una guía para el paciente completa, de información epidemiológica de interés y de información sobre enfermedades. No obstante, en sólo seis hospitales hay información sobre listas de espera y en sólo doce de los centros existe información sobre preparación de pruebas diagnósticas.

Tabla 39.- Información presentada en los sitios web de las empresas hospitalarias españolas

INFORMACIÓN PRESENTADA	N	%
Información de acceso al hospital	122	100%
Mapa del hospital	27	22%
Guía para el paciente	87	71%
Presentación del hospital	122	100%
Identificación del personal directivo	62	51%
Identificación del personal médico	113	93%
Datos de la actividad asistencial	36	30%
Datos de resultados	26	21%
Información epidemiológica de interés	74	61%
Cartera de servicios	122	100%
Información sobre listas de espera	6	5%
Sección de consejos de salud	97	80%
Información sobre preparación para pruebas diagnósticas	12	10%
Información sobre enfermedades	86	70%
Información para el usuario sobre actividades del hospital	107	88%
Sección de noticias	111	91%
Sección de prensa o comunicación	79	65%
Apartado dedicado a la investigación y/o docencia	29	24%

Fuente: elaboración propia

Analizando los datos de la tabla 40, en un 65% de las empresas hospitalarias encontramos la fecha de actualización en la página web, aunque de estos hospitales sólo un 36% tienen la información actualizada a menos de un mes desde la fecha de revisión.

El compromiso del web con elementos que acrediten la calidad es moderado puesto que 62 sitios web (51%) disponen de un sello de calidad en su página web. Además, en un 34% de las páginas web de los hospitales aparece un apartado específico para profesionales y en tan sólo un 24% aparece un apartado específico con información para los proveedores.

Por último, en un 93% de los sitios web se describe la política de privacidad de los datos personales introducidos por el usuario y un 84% de las webs contienen herramientas 2.0. tales como blogs, RSS, presentaciones, fotografías, videos, entre otros.

Tabla 40.- Actualización, referentes de calidad, información para profesionales y proveedores, protección de datos y herramientas 2.0. de las empresas hospitalarias españolas

	N	%
ACTUALIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS		
Fecha de actualización	79	65%
Información actualizada en el último mes	44	36%
REFERENTES DE CALIDAD		
Sellos de calidad	62	51%
INFORMACIÓN PARA PROFESIONALES		
Apartado específico para el profesional	42	34%
INFORMACIÓN PARA PROVEEDORES		
Apartado específico para proveedores	29	24%
PROTECCIÓN DE DATOS		
Se describe la política de privacidad	114	93%
WEB 2.0.		
Herramientas 2.0	103	84%

Fuente: elaboración propia

4. Síntesis de los resultados obtenidos

Los resultados del análisis exploratorio realizado indican que la calidad de los sitios web de las empresas hospitalarias españolas analizadas es aceptable, aunque mejorable.

En concreto, el análisis de las páginas web de los 122 centros hospitalarios determina que un 83% supera los 145 puntos y las mejores puntuaciones se alejan de la máxima puntuación de 290 puntos.

En términos generales, los sitios webs de los hospitales gozan de usabilidad, permiten interactividad y la relación con los usuarios; presentan bien la información, disponen de una buena política de privacidad y existe un apartado informativo destinado al profesional.

Respecto a la accesibilidad, aunque la puntuación media supera la mitad de los puntos posibles, sólo un tercio de los centros hospitalarios analizados cumple con el nivel WAI-AA que es el nivel de accesibilidad mínimo que debe cumplir legalmente una página web. Por lo tanto, son sitios web que deben mejorar para poder ser completamente accesibles.

En el estudio, la variable de información para los proveedores no alcanza la mitad de la puntuación máxima y destaca la baja aparición de sellos de calidad en los sitios web sanitarios y la irregular actualización de los contenidos web.

Por último, el apartado con un peso más destacado es la información presentada y en el estudio todos los centros superan la mitad del máximo de puntos, denotando el interés de las empresas hospitalarias por presentar correctamente la información básica.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS ESPAÑOLAS

El objetivo de este capítulo es analizar el grado de divulgación de información en materia de Responsabilidad Social (RS) llevada a cabo por las 122 empresas hospitalarias españolas que forman parte de la muestra B. A la vez, se pretende identificar los posibles factores explicativos de dicha responsabilidad social. Para alcanzar este objetivo se lleva a cabo un análisis de contenido de las páginas webs y se aplica el procedimiento estadístico consistente en la comparación de medias mediante estadística inferencial.

1. Introducción

En las últimas décadas, la preocupación por el impacto social y medioambiental de las organizaciones ha incrementado considerablemente, lo cual ha derivado en una mayor exigencia de mostrar no solo el valor económico que han generado sino también su comportamiento social y medioambiental (García-Sánchez et al., 2013; Navarro et al., 2010). Paralelamente, aparece una tendencia cada vez más creciente por parte de las empresas en lo que concierne al uso de las nuevas tecnologías de la información como herramienta de comunicación y de divulgación (Garde, Rodríguez y López, 2013).

A nivel institucional, los diferentes organismos internacionales también están fomentando el desarrollo de prácticas de divulgación de información sobre responsabilidad social (Alcaraz et al., 2014). De hecho, recientemente, la Unión Europea ha aprobado la directiva 2014/95/UE dirigida a regular la divulgación de información de carácter no financiero de empresas de gran tamaño (Royo et al., 2017).

Sin embargo, son pocas las investigaciones que se han centrado en analizar el grado de divulgación de información sobre responsabilidad social en el contexto de las empresas hospitalarias a pesar del gran impacto que tienen las operaciones desarrolladas por las mismas (Nascimento et al., 2017) ya que generan una gran cantidad de residuos para su eliminación en los vertederos (Jarousse, 2012) y un elevado consumo de materiales y energía (Weisz et al., 2011). Además, es interesante aprovechar el rol primordial que estas entidades pueden ejercer como modelos de comportamiento ético y socialmente responsable (Garde, Rodríguez y López, 2013).

Un primer paso en la búsqueda de la responsabilidad social en el sector hospitalario es evaluar el impacto de sus actividades mediante la construcción de métricas o índices; estos son importantes no solo para evaluar el estado actual de las empresas, sino también para ayudar, por ejemplo, a establecer metas futuras para reducir los daños e impactos ambientales causados por las operaciones desarrolladas (Zucchi y Mwamakamba, 2011).

De este modo, la principal finalidad de este capítulo es analizar la cantidad de información divulgada sobre responsabilidad social por los hospitales españoles, así como si dicho factor depende de otras variables, como la rentabilidad, la solvencia o el endeudamiento, entre otras.

2. Metodología aplicada

La metodología utilizada se centra en la técnica de análisis del contenido de las 122 páginas web institucionales de los empresas hospitalarias españolas, las cuales forman parte de la muestra B de esta investigación. Esta metodología ha sido ampliamente utilizada especialmente en la literatura relacionada con la divulgación de información online sobre responsabilidad social en el ámbito del sector público (Alcaraz et al., 2014; Moneva y Martin, 2012).

En primer lugar, se analiza la presencia de indicadores de responsabilidad social en las páginas web de las empresas hospitalarias; es decir, se estudia la existencia de informes o memorias de sostenibilidad, acreditaciones o sellos de calidad y certificaciones en sus páginas web, ya que visibilizar en sus sitios web dichos indicadores y las principales directrices del sistema de gestión de la responsabilidad social, ayuda a acreditar la forma de proceder a nivel empresarial e identificar la calidad de las entidades, además de acreditar la oportuna información de las páginas corporativas (Aladwani y Palvia, 2002).

A continuación, se mide el grado de divulgación de información sobre responsabilidad social. Para ello, es necesario plantear la selección de los ítems o indicadores que servirán de referencia para cuantificar la cantidad de información reportada (Larrán, Herrera y Andrades, 2015).

En el contexto hospitalario, la existencia de pocos estudios académicos previos sobre empresas hospitalarias que han elaborado y publicado informes de sostenibilidad, así como la nula presencia de directrices que instrumentalicen el desarrollo de prácticas de responsabilidad social, ha implicado utilizar como marco de referencia la herramienta de un índice de medida desarrollado por Navarro et al. (2010) y que también ha sido utilizado en otros estudios más recientes (Nevado-Gil y Gallardo-Vázquez, 2016; Alcaraz et al., 2015; Navarro et al., 2015; Frías-Aceituno et al., 2013; Nevado-Gil et al., 2013; Gallego-Álvarez et al., 2011).

Esta herramienta se compone de indicadores extraídos de las directrices del GRI, en su cuarta versión G4, y de diferentes pronunciamientos institucionales e internacionales globalmente aceptados, así como de indicadores de transparencia Internacional admitidos en España.

De este modo, el índice utilizado está compuesto por 75 ítems agrupados en cuatro ejes principales: uno dedicado a información sobre aspectos generales (27), otro dirigido a información sobre aspectos sociales (23), un tercero dedicado a información sobre cuestiones económicas (9) y un último bloque dedicado a información medioambiental (16). En los cuatro ejes básicamente se han analizado las siguientes características (anexo F):

- Información general: estrategia y análisis de la empresa, información sobre el consejo de administración y el personal, información sobre la organización y el funcionamiento y descripción del gobierno y compromiso.
- Información social: características de la página web de la entidad e información y atención al ciudadano.
- Información económica: información contable.
- Información medioambiental: información actualizada sobre la situación medioambiental de la empresa.

Una vez seleccionados los indicadores para codificar la información divulgada, el siguiente paso es examinar su presencia o ausencia en las 122 páginas webs institucionales de los hospitales de la muestra. Todos los 122 centros hospitalarios que forman la muestra disponen de página web entre los meses de julio de 2017 y de septiembre de 2017. Para determinar la disponibilidad

o no del sitio web de cada empresa hospitalaria, se introduce el nombre completo de la misma utilizando el navegador de Internet y se realiza una búsqueda mediante el buscador Google.

En cuanto a la puntuación asignada a cada indicador, se ha utilizado el sistema de codificación dicotómico, en el que se puntúa con 0 la ausencia de cada indicador en las páginas webs institucionales y con 1 la presencia de este (Rodríguez-Bolívar et al., 2013).

De acuerdo con la metodología empleada por Nevado-Gil y Gallardo-Vázquez (2016), seguidamente se elabora un subíndice para cada uno de los cuatro ejes de análisis. La estimación del subíndice se lleva a cabo del modo que procede a continuación:

$$IDX_j = \frac{\sum_{i=1}^b A_{ij}}{M}$$

Donde,

IDX_j = Índice de divulgación de información del eje X en la empresa hospitalaria "j".

X = cada uno de los ejes que componen el índice de divulgación.

$A_i(j)=1$, si la característica que define el indicador (i) está presente en la empresa hospitalaria (j).

$A_i(j)=0$, si la característica que define el indicador (i) no está presente en la empresa hospitalaria (j).

b = puntuación total obtenida por cada empresa hospitalaria en cada categoría de información.

M = número de ítems que forman cada eje X.

Tal y como afirman Nevado-Gil y Gallardo-Vázquez (2016) y Navarro et al. (2010), la problemática asociada al uso de estos subíndices reside en decidir la ponderación a asignar a cada uno de los ejes, es decir, asignar pesos específicos a cada subíndice, ya que de esta forma es posible asignar un peso de importancia a cada uno de estos. Sin embargo, en esta investigación para determinar el Índice de Divulgación de Responsabilidad Social (IDRS) de manera equilibrada teniendo en cuenta cada uno de los cuatro ejes de análisis, se procede a asignar una peso ponderado del 25% a cada uno de los ejes que conforman índice.

$$IDRS = 0,25 * SIIG + 0,25 * SIIS + 0,25 * SIIE + 0,25 * SIIM$$

Donde,

SIIG = Subíndice de Información General

SIIS = Subíndice de Información Social

SIIE = Subíndice de Información Económica

SIIM = Subíndice de Información Medioambiental

Una vez definidos los ítems y los criterios a seguir, se procede a evaluar las páginas web de las empresas hospitalarias de la muestra que son objeto de este análisis.

Paralelamente, tanto la literatura previa como la evidencia empírica revelan que la divulgación de la información sobre responsabilidad social está asociada a varios factores explicativos de dicho grado de divulgación. De hecho, hay tanto factores internos como externos a la organización que pueden influir en la revelación de esta información (Matten y Moon, 2008; Adams, 2002): entre los factores internos se encuentran características de la empresa como la

dimensión, la rentabilidad y el endeudamiento; mientras que, entre los factores externos, o atribuibles al país, está la cultura, el desarrollo económico o el sistema político o legal, entre otros.

Por tanto, el segundo propósito de este capítulo es determinar cuales son los factores que influyen en estas practicas de divulgación y para conseguirlo, se ha definido como variable dependiente el IDRS que incluye todos los ítems de información analizados y como variables independientes o explicativas se han seleccionado las variables que se recogen en la tabla 41.

Tabla 41.- Justificación de las variables incorporadas en los contrastes de hipótesis

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	MEDICIÓN	FUENTE	ESTUDIOS
TAME	Dimensión empresarial	Ln (Total activo)	SABI	Garde et al., 2017 De Villiers y Marques, 2016 De Beelde y Tuybens, 2015 Herda, Taylor y Winterbotham, 2014 Garde et al., 2013 Sierra, Zorio y García-Benau, 2013 Legendre y Coderre, 2012 Moroney, Windson y Aw, 2012 Kolk y Perego, 2010 Reverte, 2009 Simnett et al., 2009 Tagesson et al., 2009 Castelo y Lima, 2008
IEX	Ingresos de explotación	Ln (Importe neto de la cifra de negocios + otros ingresos de explotación)	SABI	García et al, 2013 Gallego-Álvarez et al., 2011 Guillamón, Bastida y Benito, 2011 Navarro et al., 2010 Serrano et al., 2009a, 2009b
ROA	Rentabilidad económica	Beneficio antes de impuestos e intereses / Total activo	SABI	Liao, Lin y Zhang, 2016 De Beelde y Tuybens, 2015 Sierra, Zorio y García-Benau, 2013 Moroney, Windson y Aw, 2012 Legendre y Coderre, 2012 Gamerschlag et al., 2011 Da Silva y Aibar-Guzmán, 2010 Simnett et al., 2009 Haniffa y Cooke, 2005
END	Endeudamiento	Total pasivo / Total pasivo y Patrimonio Neto	SABI	Braam et al., 2016 Casey y Griner, 2016 De Villiers y Marques, 2016 De Beelde y Tuybens, 2015 Moroney, Windson y Aw, 2012 Reverte, 2009 Simmment et al., 2009 Brammer y Pavelin, 2008 Haniffa y Cooke, 2005
TAMP	Tamaño poblacional	Ln (Nº habitantes término municipal)	INE	García et al, 2013 Jorge et al., 2011 Prado-Lorenzo y García-Sánchez, 2010 Cárcaba y García, 2008 Pilcher, Ross y Joseph, 2008
PIBC	PIB per cápita	Ln (PIB por habitante)	INE	Lim y Tsutsui, 2012 Knudsen, 2011 Li y Zhang, 2010 Li et al., 2010 Baughn et al., 2007

Fuente: elaboración propia

Una vez definidas las variables, y para lograr los objetivos propuestos, se da paso al análisis explicativo, con el que se pretende identificar:

- La presencia de informes o memorias de sostenibilidad, acreditaciones o sellos de calidad y certificaciones en las páginas web de las empresas hospitalarias.
- El grado de divulgación de información sobre responsabilidad social mediante la creación del Índice de Divulgación de Responsabilidad Social (IDRS).
- Los factores que influyen de modo significativo en la divulgación de información sobre responsabilidad social.

Consecuentemente, para alcanzar dichos objetivos se proponen las siguientes hipótesis:

H1: Existe una relación significativa entre el IDRS y la dimensión empresarial de las empresas hospitalarias españolas.

H2: Existe una relación significativa entre el IDRS y los ingresos de explotación de las empresas hospitalarias españolas.

H3: Existe una relación significativa entre el IDRS y la ROA de las empresas hospitalarias españolas.

H4: Existe una relación significativa entre el IDRS y el endeudamiento de las empresas hospitalarias españolas.

H5: Existe una relación significativa entre el IDRS y el tamaño poblacional de las empresas hospitalarias españolas.

H6: Existe una relación significativa entre el IDRS y el PIB per cápita de las empresas hospitalarias españolas.

Por último, para la consecución de los objetivos y las hipótesis, se utilizan diversas metodologías estadísticas: los estadísticos descriptivos siempre se concretan en la media, la desviación estándar, el mínimo y el máximo y, para evaluar la posible asociación o independencia entre los factores propuestos y el IDRS, se recurre al procedimiento estadístico inferencial de comparar las medias de las distribuciones de las variables cuantitativas. La comparación de medias se lleva a cabo a través del Coeficiente de Correlación de Pearson y la estimación se realiza mediante el software estadístico *IBM SPSS Statistics*, en su vigésima segunda versión.

3. Resultados empíricos

3.1. Los indicadores de RS en las páginas web de las empresas hospitalarias españolas

Tal y como se ha mencionado en el marco teórico, un sistema de indicadores es un conjunto de valores diseñados para medir ciertas variables específicas y con ellos comprobar que las

empresas consiguen alcanzar las metas definidas en su estrategia. Al mismo tiempo, son una buena herramienta de comunicación de los resultados de la organización a los grupos de interés.

El modo más utilizado en la actualidad para la comunicación de la información no financiera es la publicación de indicadores de RS tales como las memorias o los informes de sostenibilidad, las acreditaciones o sellos de calidad y las certificaciones.

Por lo tanto, la comunicación de los indicadores de RS y su medición es una tarea fundamental para conocer el grado de cumplimiento de los objetivos de gestión de los hospitales y con ellos medir la calidad de la información de sus sitios webs. En definitiva, las páginas web se han convertido en instrumentos eficaces para informar y comunicar sobre las diferentes actividades de RS llevadas a cabo en las organizaciones y, concretamente, en los hospitales.

De este modo, se ha analizado la presencia o la ausencia de indicadores de RS en las páginas web de las 122 empresas hospitalarias españolas y los resultados se reflejan en la tabla 42:

Tabla 42.- Indicadores de RS en las páginas web de las empresas hospitalarias españolas clasificados según su tipología

		n	%
Memorias de sostenibilidad		45	36,89
Informes de sostenibilidad		56	45,90
Acreditaciones o sellos de calidad	EFQM	52	42,62
	JCI	30	24,59
	Otros (SEP, WMA...)	16	13,11
Certificaciones	ISO 9001	82	67,21
	ISO 14001	73	59,84
	ISO 50001	22	18,03
	IQNET SR10 – ISO 26000	17	13,93
	OHSAS 18001	31	25,41

Fuente: elaboración propia

Es destacable que, de las 122 empresas hospitalarias españolas, un 37% dispone de memorias de sostenibilidad elaboradas siguiendo los criterios GRI y un 46% tiene informes de sostenibilidad. Además, por lo que se refiere a las acreditaciones o sellos de calidad, la distinción del EFQM es la que más centros tienen (43%) seguida de la acreditación de la JCI (25%). Por último, el hecho más relevante es que más de un 67% de las empresas hospitalarias han obtenido de certificación ISO 9001 y que, un 60% han obtenido la ISO 14001.

Tabla 43.- Número de indicadores de RS en las páginas web de las empresas hospitalarias españolas

nº indicadores RS	0	1	2	3	4	5	6 o más	Total
n	32	11	11	11	5	25	27	122
%	26,23	9,02	9,02	9,02	4,10	20,49	22,13	100,00

Fuente: elaboración propia

Por otra parte, tal y como se muestra en la tabla 43, un 26% de las empresas hospitalarias no disponen de ningún indicador de RS; es decir, no tienen en sus páginas web, memorias o informes de sostenibilidad ni acreditaciones o sellos de calidad ni certificaciones. Sin embargo, casi la mitad de los centros hospitalarios analizados, un 43%, tienen 5 o más indicadores en sus sitios web.

A continuación, se inicia el análisis explicativo para identificar los factores que influyen de modo significativo en la divulgación de información sobre responsabilidad social de las empresas seleccionadas como muestra de estudio.

3.2. El Índice de Divulgación de Responsabilidad Social (IDRS)

Para el análisis explicativo de los resultados relativos al IDRS se usa una escala de cinco puntos donde el nivel de divulgación será:

- Excelente → IDRS > 90%
- Aceptable → 89% > IDRS < 70%
- Suficiente → 69% > IDRS < 50%
- Insuficiente → 49% > IDRS < 30%
- Deficiente → 29% < IDRS

En la tabla 44 se muestran los resultados alcanzados y se sintetizan los estadísticos descriptivos para cada uno de los ejes que forman el IDRS y que indican el nivel de divulgación de la muestra de empresas hospitalarias españolas.

Tabla 44.- Estadísticos descriptivos de los ejes que componen el IDRS de las páginas web de las empresas hospitalarias españolas

EJES	PUNTUACIÓN MÁXIMA POSIBLE	MEDIA	MÍNIMO	MÁXIMO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Información general	27	13	0	23	7
Información social	23	14	3	19	4
Información económica	9	3	0	9	3
Información medioambiental	16	7	0	16	7
TOTAL	75	37	3	67	21
IDRS	1,00	0,49	0,04	0,89	0,28

Fuente: elaboración propia

Una vez evaluadas las páginas web de las empresas hospitalarias de la muestra, se pone en evidencia que dichas empresas divulgan de media 37 indicadores; es decir, el índice de divulgación de RS se sitúa en el 49% de los ítems analizados, con una desviación elevada de 21 indicadores, lo que indica una variabilidad media de 16 a 58 ítems. Por lo tanto, se puede mencionar que, en términos globales, la muestra obtiene un nivel insuficiente de divulgación. Además, de la muestra global se observa que, de los 75 indicadores totales, las páginas evaluadas divulgan un mínimo 3 indicadores y como máximo, 67.

En relación con la información sobre aspectos generales, eje de análisis formado por un máximo de 27 indicadores, la información media emitida en las páginas web de las empresas hospitalarias es de 13 indicadores; es decir, la divulgación de la información general es de un 48%, nivel insuficiente, con mínimos y máximos de 0 y 23 ítems respectivamente, y dentro de un intervalo de 6 a 20 indicadores.

Haciendo referencia al eje de información social, de una puntuación máxima de 23 ítems, la muestra de estudio presenta una media del nivel de divulgación medio de 14 indicadores (61%), por tanto, la información social presenta un nivel de divulgación suficiente, con una desviación de aproximadamente 4 ítems.

Esta media es inferior para la información económica que, para 9 indicadores, presenta una media cercana a 3 puntos con una variabilidad de otros 3 puntos más. En resumen, la información económica presenta un nivel de divulgación insuficiente y, además, es importante remarcar que un 32% de las páginas web corporativas evaluadas no divulgaban ningún indicador económico.

Finalmente, respecto al eje de información medioambiental se obtuvo una media del nivel de divulgación de 7 indicadores (44%), por lo tanto, la información económica presenta un índice de divulgación insuficiente con una desviación estándar elevada de 7 puntos.

De los cuatro bloques en los que se divide el IDRS, la información que más se divulga es la social seguida de la información general. La información divulgada de los aspectos económicos es bastante escasa.

En definitiva, estos resultados reflejan un bajo nivel de divulgación y son equivalentes con otros estudios previos similares, como los de Navarro et al. (2010), Nevado et al. (2013) y Nevado-Gil y Gallardo-Vázquez (2016). Todos estos autores detectaron bajos índices de divulgación de la información y, en cuanto al tipo de información divulgada, encontraron mayor divulgación en los aspectos sociales, carencias a la hora de divulgar información medioambiental y escasa información divulgada referente a aspectos económicos.

3.3. Factores que influyen en el IDRS

Para llevar a cabo el análisis estadístico, en primer lugar, en la tabla 45 se analizan los principales estadísticos descriptivos de cada una de las variables que influyen en el IDRS: TAME, IEX, ROA, END, TAMP y PIBC.

Tabla 45.- Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas de la muestra

VARIABLES	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS	
	Media	Desviación estándar
IDRS	0,49	0,28
TAME	17,01	1,02
IEX	16,97	0,72
ROA	5,39%	7,99%
END	0,58	0,29
TAMP	12,61	1,62
PIBC	10,05	0,22

Fuente: elaboración propia

Seguidamente, se procede a contrastar las hipótesis planteadas, para esto se comprueba si las variables siguen una distribución normal. En este sentido, la prueba de normalidad se aplica mediante el estadístico de *Kolmogorov-Smirnov*.

Tabla 46.- Prueba de normalidad de las variables cuantitativas

VARIABLES	KOLMOGOROV-SMIRNOV	
	Estadístico	p-value
IDRS	0,129	0,000
TAME	0,087	0,037
IEX	0,072	0,200
ROA	0,073	0,194
END	0,071	0,200
TAMP	0,116	0,001
PIBC	0,182	0,000

Fuente: elaboración propia

En la tabla 46 se presentan los resultados de normalización y se observa que solo las variables IEX, ROA y END siguen una distribución normal. En este caso, debido a que la variable dependiente (IDRS) no es paramétrica, para el contraste de las hipótesis se ha utilizado el coeficiente de correlación de *Spearman*. Del mismo modo que el método de correlación de Pearson, el coeficiente de correlación se *Spearman* se usa para evaluar la dirección y la fuerza de la relación entre las variables explicativas y la variable dependiente.

Tabla 47.- Estudio de la correlación entre las variables cuantitativas

VARIABLES	IDRS	
	Coefficiente de correlación de Spearman	p-value
TAME	0,286	0,001
IEX	0,339	0,000
ROA	0,316	0,000
END	-0,200	0,033
TAMP	0,036	0,692
PIBC	0,097	0,296

Fuente: elaboración propia

Los resultados presentados en la tabla 47 señalan que existe una relación significativa entre el IDRS y las variables explicativas TAME, IEX, ROA y END, con un nivel de significación del 5%. La variable con mayor fuerza de correlación con dicho índice es la de los ingresos de explotación y la rentabilidad económica, seguida por la dimensión empresarial y, por último, el endeudamiento. Por el contrario, el tamaño poblacional y el PIB per cápita no influyen en la divulgación de información sobre RS.

Finalmente, es necesario interpretar el signo del coeficiente de correlación de Spearman. La relación de la variable IDRS con las tres primeras variables explicativas, TAME, IEX y ROA, es positiva; es decir, a mayor dimensión empresarial, rentabilidad económica e ingresos de explotación, mayor será el índice de divulgación de información sobre aspectos de responsabilidad social. Contrariamente, la relación existente entre el IDRS y el endeudamiento es negativa, es decir, las empresas hospitalarias poco endeudadas presentan un índice de divulgación de RS superior.

4. Síntesis de los resultados obtenidos

Un 67% de las 122 empresas hospitalarias españolas integradas en la muestra han obtenido la certificación ISO 9001. Sin embargo, este porcentaje disminuye significativamente hasta el 37% por lo que se refiere a las empresas que elaboran memorias de sostenibilidad siguiendo los criterios que desarrolla el GRI y, por otra parte, un 26% de las empresas hospitalarias no disponen de ningún indicador de RS.

Además, la mayoría de las empresas hospitalarias de la muestra objeto de estudio presentan un insuficiente Índice de Divulgación de Responsabilidad Social (IDRS) en sus páginas web, ya que la media del índice se sitúa en un 49%.

Si se analiza individualmente cada eje de información se evidencia que la información sobre aspectos generales, económicos y medioambientales es insuficiente; mientras que la información sobre aspectos sociales es suficiente.

El contraste de hipótesis realizado evidencia una relación significativa entre el IDRS y la dimensión empresarial, los ingresos de explotación, la ROA y el endeudamiento; por lo que las tres primeras variables explicativas presentan una correlación positiva con el índice de divulgación.

En definitiva, de los cuatro ejes de información analizados es necesario mejorar la divulgación de la información económica en las páginas web de las empresas hospitalarias. Y, la divulgación de RS mejora cuando las empresas presentan cifras de negocio más elevadas, dimensiones superiores, rentabilidades crecientes y bajo endeudamiento. Finalmente, se validan las cuatro primeras hipótesis planteadas inicialmente y, por lo tanto, se rechazan las dos últimas por no existir correlación entre el IDRS y el tamaño poblacional y el IDRS y el PIB per cápita.

CAPÍTULO VII

DESARROLLO DE UN MODELO DE ECUACIONES ESTRUCTURALES PARA LAS EMPRESAS HOSPITALARIAS ESPAÑOLAS

En este capítulo se desarrolla un modelo estructural explicativo de la relación causal directa entre la Responsabilidad Social, los resultados económicos y financieros y la comunicación empresarial. La validación empírica sobre la muestra de empresas hospitalarias españolas permite confirmar dicha relación.

1. Introducción

Tal y como se ha mencionado en anteriores capítulos, las empresas hospitalarias privadas, funcionan como entidades privadas con ánimo de lucro, esto significa que se están lucrando con la realización de las actividades hospitalarias. Por este motivo, es importante que para su correcto funcionamiento lleven a cabo una adecuada gestión hospitalaria que se consigue desarrollando periódicamente las siguientes acciones (Bernal-Conesa et al., 2016; Bataller y Serra, 2012; Marca, 2011):

- realizar análisis económicos y financieros utilizando los estados financieros,
- utilizar las TIC para mejorar y facilitar la comunicación entre los responsables, los profesionales y los usuarios,
- preocuparse por los aspectos sociales, económicos y medioambientales que componen la responsabilidad social.

Sin embargo, para que la gestión hospitalaria sea óptima, no basta con que se cumplan individualmente estos aspectos, sino que las tres acciones se deben complementar entre si e interrelacionarse (Bernal-Conesa et al., 2016; Bataller y Serra, 2012; Marca, 2011).

Tal y como se ha analizado en capítulos precedentes, aunque son muchas las investigaciones que estudian el impacto de cada uno de los requisitos anteriores de forma separada, en la literatura académica no hay ningún estudio del ámbito hospitalario que investigue la conexión de éstos.

De este modo, el objetivo de este capítulo es poner en relación tres importantes aspectos de la gestión y dirección de las empresas hospitalarias: por un lado, la Responsabilidad Social, por otro lado, los resultados económicos y financieros y, por último, la comunicación.

2. Metodología aplicada

Para poder relacionar las tres variables principales de la investigación y alcanzar los objetivos planteados, se ha utilizado la metodología de los modelos de ecuaciones estructurales (MEE) considerada adecuada en el campo de investigación en gestión empresarial.

Para el desarrollo de los MEE se ha utilizado el software estadístico desarrollado por Ringle et al. (2005) consistente en análisis basados en componentes o *Partial Least Squares* (PLS) y denominado Smart-PLS.

Estos modelos ofrecen la posibilidad de combinar y confrontar la teoría con datos empíricos realizando regresiones múltiples entre varias variables, sean éstas directamente observables o no, de manera que generan explicaciones científicas que vayan más allá de la descripción y la asociación (Fornell y Larcker, 1981). Concretamente, los MEE son técnicas multivariantes que compaginan aspectos de la regresión múltiple y análisis factorial para estimar una serie de relaciones de dependencia interrelacionadas simultáneamente (Barroso et al., 2005). A la vez,

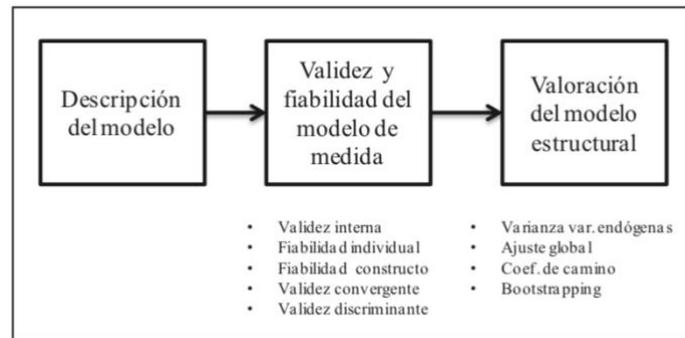
estos modelos contemplan una perspectiva econométrica, enfocada en la predicción, junto con un enfoque psicométrico el cual da cabida a variables latentes o no observadas, inferidas a partir de indicadores (que constituyen las variables directamente observadas o manifiestas) (Chin, 1998b).

En resumen, los MEE permiten (Barroso, 2015; Barroso et al., 2005; Chin, 1998a; Fornell, 1982):

- Incorporar variables no observables directamente.
- Determinar el grado en el que las variables que se pueden medir describen las variables que no se pueden observar directamente.
- Modelizar relaciones entre variables dependientes y múltiples variables predictoras
- Combinar y confrontar hipótesis sacadas de la literatura teórica previa con datos recogidos empíricamente.

De este modo, la metodología para la creación de un MEE se basa en el desarrollo de las siguientes tres fases que se muestran en la ilustración 10:

Ilustración 10.- Fases de la metodología utilizada



Fuente: Ramírez, Melo y Salazar (2014)

En primer lugar, se especifica el modelo estructural; es decir, se describen gráficamente las relaciones causales entre las variables del modelo y las relaciones entre indicadores y constructos, denominadas modelo de medida.

A continuación, se identifican las variables latentes y como éstas se conforman por indicadores correspondientes a variables observables y se analiza la validez y la fiabilidad del modelo para finalmente poder hacer una valoración general del modelo escogido.

Para probar el modelo estructural, se realiza un estudio empírico utilizando los datos de las 122 empresas hospitalarias españolas que forman la muestra B.

3. Descripción del modelo

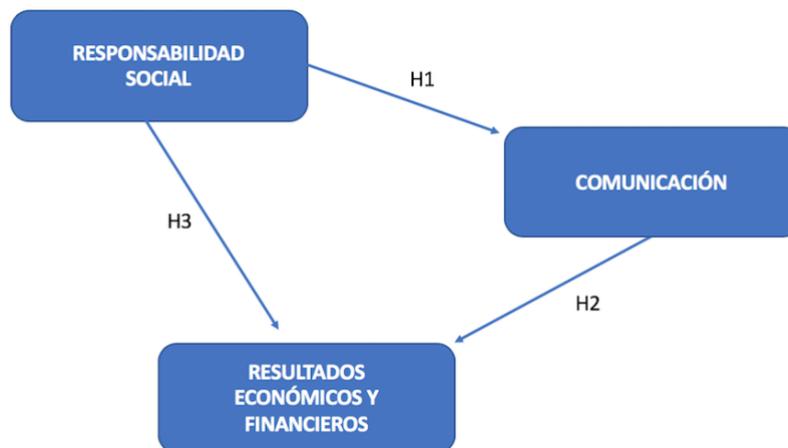
Para realizar la descripción gráfica del modelo, se deben distinguir los siguientes elementos (Barroso, 2015; Barclay et al., 1995; Falk y Miller, 1992):

- Constructos teóricos o variables latentes (no observables): se representan gráficamente por medio de círculos. Estos constructos pueden ser a su vez, exógenos, predictores o independientes, y endógenos o dependientes.
- Indicadores o variables manifiestas (observables): se representan gráficamente por medio de cuadrados. Los indicadores pueden ser reflectivos, cuando reflejan o son manifestaciones del constructo, y formativos, cuando el constructo es expresado como una función de los mismos, es decir, los indicadores forman o causan el constructo.
- Relaciones asimétricas: se representan gráficamente por flechas con una única dirección y expresan las relaciones unidireccionales entre variables.
- Bloque: es el conjunto de flechas entre un constructo y sus indicadores.

3.1. Modelo propuesto

Como punto de partida y para comprender mejor el planteamiento del estudio, seguidamente se muestra el modelo conceptual desarrollado con las correspondientes hipótesis de trabajo numeradas (ilustración 11).

Ilustración 11.- Modelo conceptual propuesto



Fuente: elaboración propia

De este modo, se aborda el estudio de las relaciones causales entre la RS y dos variables estratégicas de la empresa: la comunicación y los resultados económicos y financieros.

El objetivo del trabajo se enfoca en observar si la mayor o menor predisposición positiva de las empresas hospitalarias hacia las acciones de RS explican el nivel de comunicación acometida por éstas y los resultados económicos y financieros que consiguen. Además, se analiza el efecto que tiene una buena comunicación empresarial en los resultados económicos y financieros.

3.2. Tamaño muestral

En relación con el tamaño de la muestra, en PLS el tamaño muestral mínimo debe servir de base a la regresión múltiple más compleja que se pueda encontrar (Barclay et al., 1995). Es decir, se

sugiere que el tamaño mínimo de la muestra dependa del número de relaciones que se especifiquen en el modelo entre las variables latentes.

A partir de ello, se emplea una regresión heurística de 10 casos por predictor, de tal forma que la muestra requerida sea el resultado de multiplicar por 10 el número que determina el mayor número de caminos estructurales que llegan a un constructo determinado.

No obstante, esta elección de 10 casos por predictor ha sido un criterio bajo análisis en los últimos años, al considerarse que debía ser evaluado de otra manera el tamaño muestral (Goodhue, Lewis y Thompson, 2006).

Con el fin de obtener una evaluación más apropiada, se debe especificar el tamaño efecto para cada análisis de regresión y consultar las tablas de potencia de Cohen (1988) o la aproximación ofrecida por Green (1991). En base a ello, Roldán y Sánchez-Franco (2012) aportan la tabla 48 para la determinación del tamaño de la muestra:

Tabla 48.- *Tamaño muestral requerido para testar hipótesis con variables independientes*

Número de predictores	Tamaños de muestra basados en el poder de análisis		
	Pequeño	Medio	Grande
1	390	53	24
2	481	66	30
3	547	76	35
4	599	84	39
5	645	91	42
6	686	97	46
7	726	102	48
8	757	108	51
9	788	113	54
10	844	117	56

Fuente: Roldán y Sánchez-Franco (2012)

Anteriormente, en la ilustración 11, se ha mostrado un modelo con tres variables latentes y con tres relaciones entre las variables latentes; por lo tanto, si se supone un tamaño del efecto medio, tal como definió Cohen (1988), y con el objetivo de obtener una potencia de 0,80 y un nivel alfa de 0,05, se necesita una muestra mínima de 76 casos, con lo que, siguiendo esta regla, con la utilización de la muestra B formada por 122 empresas, también se dispone del número mínimo de casos necesarios para poder estimar el modelo propuesto (Barroso, 2015).

3.3. Planteamiento de hipótesis

A continuación, se exponen las hipótesis numeradas que aparecen en el modelo conceptual reflejado en la ilustración 11.

El efecto de la Responsabilidad Social en la comunicación empresarial

Son varios los autores que afirman que realizar sólo acciones de RS no es suficiente ya que es necesario que estas sean comunicadas de una manera efectiva, interna y externamente, a todos los públicos de interés de la empresa (Gómez 2013; Basil y Erlandson, 2008; Isenmann, 2006).

De este modo, tal y como afirman Morsing y Schultz (2006), aquellas organizaciones que promueven iniciativas que se engloban dentro de la RS, tendrán mayor poder al comunicarla y así evocar reacciones positivas entre los distintos públicos de interés.

En la actualidad, Internet se ha convertido en un instrumento poderoso para la comunicación de la RS. Muchas empresas presentan páginas web corporativas dedicadas completamente a informar sobre sus prácticas de RS (Gómez y Chalmeta, 2011; Tang y Li, 2009; Basil y Erlandson, 2008; Capriotti y Moreno, 2007; Chaudhri y Wang, 2007).

En definitiva, la comunicación juega un papel fundamental en la práctica de la RS (Ihlen, Barlett y May, 2011) y no es simplemente un mecanismo para transmitir sus objetivos, intenciones o actividades variadas en RS, sino que se basa en un proceso continuo de exploración, construcción, negociación y modificación entre distintos actores (Gomez, 2013; Gómez y Chalmeta, 2011).

Por lo tanto, la primera hipótesis o relación causal que se plantea es:

H1 → La Responsabilidad Social está positivamente relacionada con la comunicación empresarial.

El efecto de la comunicación empresarial en los resultados económicos y financieros

La literatura académica aún no ha confirmado una única conclusión respecto a la influencia de la comunicación empresarial y el marketing en los resultados económicos y financieros. Trabajos como los de Morales y Jarne (2009) y Marston (2003) han encontrado una relación positiva entre la comunicación y el marketing y los resultados financieros.

Además, el estudio de Morales y Jarne (2009), afirma que las empresas con mayores índices de divulgación y comunicación, en especial en lo referente a la rendición de cuentas y transparencia, son las que obtienen mejores resultados económicos y financieros.

Más concretamente, en el estudio de Lee (2015) se observa que una de las variables que influye en la rentabilidad hospitalaria es la comunicación y el marketing empresarial.

Por todo esto, la segunda hipótesis o relación causal que se plantea es:

H2 → La comunicación está positivamente relacionada con los resultados económicos y financieros.

El efecto de la Responsabilidad Social en los resultados económicos y financieros

Tal y como demuestran varios estudios, a pesar de que no existe un consenso claro en el debate sobre la adopción de medidas de RS y los resultados económicos y financieros (Ramos et al., 2014), la mayor parte de investigaciones sugieren que existe una relación positiva entre ambas variables (Conesa, De Nieves y Briones, 2016; Muñoz et al., 2015; Wang et al., 2015; Gallardo-Vázquez y Sánchez-Hernández, 2014; Lo, 2010; Hammann et al., 2009) y, más concretamente, las empresas pueden incrementar su performance económico mediante la aplicación de distintas acciones de RS (Chang, 2009).

Por su parte, Heras y Arana (2011), en su investigación hallan que las empresas con mayor eficiencia y capacidad competitiva, medida en términos de rentabilidad económica y de crecimiento de ventas, son las que muestran una mayor propensión a desarrollar prácticas o acciones de RS.

Así, la tercera y última hipótesis o relación causal que se plantea es:

H3 → La Responsabilidad Social está positivamente relacionada con los resultados económicos y financieros.

3.3. Indicadores de medida de los constructos o variables latentes

Ninguna de las tres variables consideradas es directamente observable, por lo que para aproximarse a sus valores se han definido escalas de medida formadas por varios indicadores. La tabla 49¹⁵ muestra los indicadores seleccionados para cada constructo, así como la fuente y los autores que también los han utilizado:

Tabla 49.- Indicadores de medida de los constructos

CONSTRUCTO	INDICADOR	DESCRIPCIÓN	FUENTE	AUTORES
Responsabilidad Social	RS1	Número de acreditaciones de calidad y certificaciones	Página web corporativa	Conesa, De Nieves y Briones (2016) Sánchez y Subiela (2016) Rodríguez et al. (2015) Gallardo, Sánchez y Castilla (2014) Brandao et al. (2013)
	RS2	Número de premios y/o reconocimientos recibidos	Página web corporativa	Conesa, De Nieves y Briones (2016) Sánchez y Subiela (2016) García et al. (2015) Gallardo, Sánchez y Castilla (2014) Gómez (2013)
	RS3	Índice de Divulgación de Responsabilidad Social	Cálculo en el capítulo 6	Justificación en el capítulo 6
	RS4	Número de aspectos generales de sostenibilidad	Página web corporativa	Ver tabla 44
	RS5	Número de aspectos sociales	Página web corporativa	Ver tabla 44
	RS6	Número de aspectos medioambientales	Página web corporativa	Ver tabla 44

¹⁵ Los indicadores que aparecen marcados en negrita son aquellos que finalmente han sido aceptados en el modelo; es decir, son aquellos que han sido validados para las diferentes escalas de los constructos.

Comunicación	C1	Número de redes sociales	Página web corporativa	Benítez y Faba-Pérez (2016) Costa-Sánchez et al. (2016) Cueto et al. (2016) Friigola, Palomo y Marca (2015)
	C2	Calidad web	Cálculo en el capítulo 5	Justificación en el capítulo 5
	C3	Número medio de visitantes mensuales en la página web corporativa	Base de datos Similarweb	Túñez, Campos y Silva (2017) Benítez y Faba-Pérez (2016) Costa-Sánchez et al. (2016) González et al. (2016)
	C4	Número de enlaces entrantes en el buscador Google	Buscador Google	Túñez, Campos y Silva (2017) Costa-Sánchez et al. (2016) García-Lacalle, Pina y Royo (2011) Serrano, Fuertes y Gutiérrez (2007) Chang et al. (2006)
	C5	Número de enlaces entrantes en el buscador Yahoo	Buscador Yahoo	Túñez, Campos y Silva (2017) Costa-Sánchez et al. (2016) García-Lacalle, Pina y Royo (2011) Serrano, Fuertes y Gutiérrez (2007) Chang et al. (2006)
	C6	Número de noticias en prensa en las que aparece	Base de datos MyNews	Benítez y Faba-Pérez (2016) Frigola, Palomo y Marca (2015) Martínez, Ruiz y Verján (2012)
Resultados económicos y financieros	REF1	Ingresos de explotación	Base de datos SABI	AECA (2018) Valenzuela et al. (2015) INE (2009) Serrano, Fuertes y Gutiérrez (2007)
	REF2	Rentabilidad económica	Base de datos SABI	Conesa, De Nieves y Briones (2016) Cueva et al. (2016) Hernández y Sánchez (2015) González et al. (2014) Heras y Arana (2011) Morales y Jarne (2009) INE (2009)
	REF3	Rentabilidad financiera	Base de datos SABI	Conesa, De Nieves y Briones (2016) Cueva et al. (2016) González et al. (2014) INE (2009)
	REF4	Solvencia	Base de datos SABI	Cueva et al. (2016) García (2015) Lee (2015) INE (2009)
	REF5	Endeudamiento	Base de datos SABI	AECA (2018) Cueva et al. (2016) Morales y Jarne (2009) INE (2009)
	REF6	Productividad del personal	Base de datos SABI	AECA (2018) Cueva et al. (2016) García (2015) Lee (2015)
	REF7	Flujos de efectivo de las actividades de explotación	Base de datos SABI	Cueva et al. (2016) Lee (2015)
	REF8	Flujos de efectivo de las actividades de inversión	Base de datos SABI	Cueva et al. (2016) Lee (2015)

Fuente: elaboración propia

Para buscar los indicadores que se han descrito en la tabla 49, se ha construido una matriz, con el programa informático Excel, de 123 filas por 21 columnas¹⁶, siendo las filas cada una de las empresas que forman la muestra y las columnas, los veinte indicadores descritos.

Para el cálculo del indicador C3, correspondiente al número medio de visitantes mensuales en la página web corporativa, se ha utilizado la base de datos Similarweb. De este modo, se ha procedido a realizar el registro al sitio web de Similarweb¹⁷ y seguidamente, se introduce el nombre de la empresa hospitalaria y, automáticamente, aparecen los datos requeridos.

En el caso de los indicadores C4 y C5, se ha introducido el nombre de la empresa hospitalarias en los buscadores de Google y Yahoo, respectivamente, y, en ambos buscadores, aparece la salida de los enlaces a páginas que contengan lo expuesto en la parte superior izquierda de la pantalla, justo debajo del menú de navegación.

Por otra parte, no sería posible hallar el número de noticias en prensa en las que aparece la empresa hospitalaria desde el año 2008, sin la ayuda de la base de datos MyNews¹⁸. Esta base de datos es una hemeroteca digital de prensa escrita moderna de España y es la herramienta de documentación periodística más utilizada entre los profesionales de la información. Así, se ha introducido en el buscador de la base de datos el nombre de la empresa y, una vez aparecen los resultados, se han eliminado las noticias que están repetidas, para poder dar el valor al indicador C6.

Se debe tener en cuenta que para calcular los indicadores RS4, RS5 y RS6 se ha comprobado en la página web la existencia o no de las características que se detallan en la tabla 50. Cada uno de los tres indicadores integra diez características o ítems que se deben cumplir; en este caso, cada ítem se comporta como una variable dicotómica y se le concede el valor 1 cuando se cumpla o el valor 0 en el caso contrario.

Tabla 50.- Descripción de los ítems que forman los indicadores RS4, RS5 y RS6

RS4: Número de aspectos generales de sostenibilidad		
1	Se tiene director, departamento o responsable de RS	AECA (2018) ¹⁹ Rodríguez et al. (2017) Medina (2012)
2	Se dispone de política de RS	
3	Se dispone de plan estratégico	
4	Se dispone de un sistema de gestión de calidad	
5	Se realizan memorias de sostenibilidad	
6	Las memorias de sostenibilidad disponen de validación externa	
7	Se han adherido al Pacto Mundial de Naciones Unidas	
8	Se define la identidad, la misión, la visión y los valores del centro	
9	Existe un apartado exclusivo dedicado a la sostenibilidad o a la RS	

¹⁶ La primera fila y la primera columna incorporan los títulos de las empresas y de los indicadores

¹⁷ <https://www.similarweb.com>

¹⁸ Con MyNews se pueden recuperar noticias publicadas en prensa española desde 1996 en un fondo que contempla más de 190 cabeceras (prensa nacional, económica, regional, deportiva y gratuita).

¹⁹ Información Integrada: El Cuadro Integrado de Indicadores (CII-FESG) y su Taxonomía XBRL.

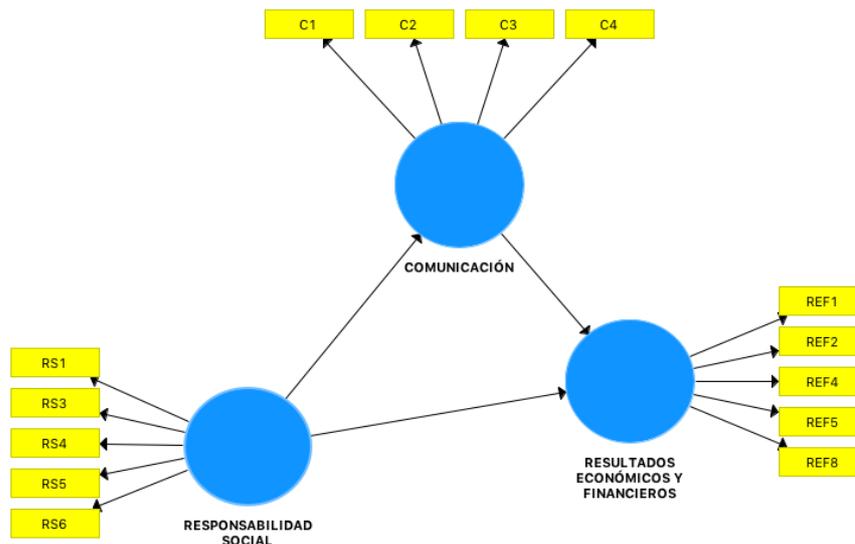
10	Se separan los aspectos económicos, medioambientales y sociales	
RS5: Número de aspectos sociales		
1	Se dispone de código ético	AECA (2018) Rodríguez et al. (2017) Medina (2012) Gallardo et al. (2013)
2	Se dispone de Plan de Igualdad	
3	Se preocupa de la conciliación entre la vida laboral y familiar	
4	Se preocupa por la gestión de la diversidad	
5	Se dispone de proyectos solidarios	
6	Se realizan programas de voluntariado corporativo	
7	Se realizan formaciones para los empleados	
8	Se ofrecen medios de comunicación para poder expresar dudas o sugerencias	
9	Se divulga información sobre conocimientos médicos a la población	
10	Se fomenta la creación de empleo	
RS6: Número de aspectos medioambientales		
1	Se dispone de política medioambiental	AECA (2018) Rodríguez et al. (2017) McGain y Naylor (2014) Gallardo et al. (2013)
2	Se participa en actividades relacionadas con la protección del entorno natural	
3	Se considera el ahorro de energía para lograr mayores niveles de eficiencia	
4	Se considera el ahorro de agua para lograr mayores niveles de eficiencia	
5	Se considera la reducción de emisiones de gases y residuos	
6	Se valora positivamente la introducción de fuentes de energía alternativas	
7	Existe una preocupación por minimizar el impacto medioambiental	
8	Se utilizan consumibles, productos de bajo impacto ambiental	
9	Se valora el uso de envases y embalajes reciclables	
10	Se especifican datos relativos a la mejora ambiental	

Fuente: elaboración propia

3.4. Nomograma del MEE

Una vez definidos los constructos y sus indicadores, a continuación, se refleja el nomograma completo del modelo conceptual que se analizará (ilustración 12):

Ilustración 12.- Nomograma explicativo del modelo propuesto



Fuente: elaboración propia

Los MEE valoran en un análisis único, sistemático e integrador (Hair et al., 2011; Cepeda et al., 2005) dos aspectos, el modelo de medida y el modelo estructural.

Evaluación del modelo de medida

Para el caso de los modelos de medida reflectivos, como es esta investigación, el modelo debe ser evaluado con relación a su consistencia interna o fiabilidad de las escalas, es decir, si se hace de forma estable y consistente, y con relación a su validez, si realmente se está midiendo lo que se desea medir (Hair et al., 2011; Barroso et al., 2005).

En definitiva, se trata de analizar si los conceptos teóricos están medidos correctamente a través de las variables observadas. Con esta finalidad se procede a calcular la fiabilidad individual de cada ítem, la fiabilidad de los constructos y la fiabilidad compuesta. Además, en cuanto a la validez, se evaluará la validez convergente a través de la varianza extraída (Hair et al., 2011) y la validez discriminante (Roldán y Sánchez-Franco, 2012).

Evaluación del modelo estructural

Con el fin de evaluar el modelo estructural se llevan a cabo los siguientes pasos:

- analizar el poder predictivo del modelo mediante los valores de la varianza explicada de los constructos dependientes,
- analizar la significación estadística de los caminos o *paths* a través del procedimiento de *bootstrapping*,
- observar la relevancia predictiva del modelo mediante la prueba de *Stone-Geisser*,
- analizar la bondad del ajuste del modelo a través de la medida *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR).

4. Validez y fiabilidad del modelo de medida

4.1. Fiabilidad individual de cada ítem

La fiabilidad individual es evaluada examinando las cargas de cada ítem (λ), *loadings* o correlaciones de cada indicador con su constructo.

El criterio más estricto que se sigue para aceptar un indicador como parte de un constructo es que posea una carga mayor a 0,707 ($\lambda > 0,7$); esto implica que la varianza compartida entre el constructo y sus indicadores es mayor que la varianza del error (Carmines y Zeller, 1979). Sin embargo, hay autores que opinan que esta regla no debe ser tan estricta y que son aceptables cargas de 0,5 o 0,6 en las etapas iniciales de desarrollo de escalas (Chin, 1998) o cuando las escalas se aplican en diferentes contextos (Barclay et al., 1995). En este modelo, se ha aceptado considerar valores de cargas mayores a 0,7.

A partir de los valores iniciales obtenidos, se lleva a cabo una depuración por fases, eliminando aquellos ítems que no cumplen el límite mínimo fijado, eliminando en primer lugar el ítem con

menor carga y procediendo a evaluar la reasignación del resto de las cargas de los otros ítems (Barroso, 2015); y así sucesivamente cada vez que se observa uno que posee una carga por debajo del valor mínimo establecido.

Por tanto, se eliminan del modelo, mediante procesos iterativos de depuración, los indicadores reflectivos que no cumplen el criterio de fiabilidad individual, hasta conformar el número de indicadores definitivos para cada uno de los constructos.

Tras las sucesivas eliminaciones se obtiene el conjunto de indicadores con las cargas adecuadas para continuar el modelo, que se muestran en la tabla 51, en la que se puede observar que todas las cargas de los indicadores superan el criterio exigente de ser $> 0,707$ y que en ningún caso se presentan cargas inferiores a 0,5. Además, de los 20 indicadores iniciales se han conservado un total de 14.

Tabla 51.- Fiabilidad individual de los ítems para todos los constructos

Indicadores RESPONSABILIDAD SOCIAL	Cargas (λ)	Indicadores COMUNICACIÓN	Cargas (λ)	Indicadores RESULTADOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS	Cargas (λ)
RS1	0,727	C1	0,715	REF1	0,953
RS3	0,752	C2	0,780	REF2	0,870
RS4	0,857	C3	0,733	REF4	0,918
RS5	0,915	C4	0,717	REF5	0,708
RS6	0,943			REF8	0,795

Fuente: elaboración propia

4.2. Fiabilidad de los constructos

La fiabilidad de los constructos manifiesta la consistencia interna de todos los ítems al medir el concepto (Barroso et al., 2005), es decir, la comprobación de que los indicadores finalmente seleccionados para la escala miden realmente la escala de los diferentes constructos. Para realizar esta evaluación, además del tradicional alfa de Cronbach, se cuenta con la fiabilidad compuesta del constructo²⁰.

Para interpretar los valores de fiabilidad compuesta de los constructos se recurre a las recomendaciones de Nunally (1978) y Nunnally y Bernstein (1994). Según estos autores, valores por encima de 0,7 para el indicador de fiabilidad compuesta de un constructo son considerados suficientes cuando la investigación aún es incipiente y de tipo exploratorio, aunque para investigaciones más avanzadas exigen un valor igual o superior a 0,8. Tal y como se puede

²⁰ La fiabilidad compuesta puede ser considerada similar al alfa de Cronbach como medida de consistencia interna. Sin embargo, Fornell y Lacker (1981) defienden la superioridad de este indicador afirmando que es una medida más general que el alfa de Cronbach. Para hacer esta afirmación se basan en el hecho de que el alfa de Cronbach presupone a priori que cada indicador de un constructo tiene la misma contribución que los demás, lo que se traduce en que las cargas sean la unidad (Barclay, Higgins y Thomson, 1995), mientras que el indicador de la fiabilidad compuesta utiliza las cargas de los ítems tal y como son en el modelo causal.

observar en la tabla 52, todos los constructos del modelo presentan valores superiores a 0,8 confirmándose la consistencia interna de tales constructos.

Tabla 52.- *Fiabilidad compuesta de los constructos*

Constructo	Alfa de Cronbach	Fiabilidad Compuesta
Responsabilidad Social	0,898	0,924
Comunicación	0,845	0,805
Resultados económicos y financieros	0,886	0,919

Fuente: elaboración propia

4.3. Validez convergente de los constructos

La validez convergente intenta evaluar si los diferentes indicadores destinados a medir un constructo lo miden verdaderamente. Esta idea está relacionada con el hecho de que, si los diferentes ítems miden realmente lo mismo, entonces su ajuste será significativo y estarán altamente correlacionados entre sí. En otras palabras, la validez convergente significa que “*un conjunto de indicadores representa el mismo concepto subyacente, lo cual puede ser demostrado a través de su unidimensionalidad*” (Henseler et al., 2009).

Para evaluar la validez convergente de un constructo se utiliza como instrumento la varianza extraída media (AVE – *Average Variance Extracted*) desarrollada por Fornell y Larcker (1981) y Hair et al. (2011). Este indicador proporciona la cantidad de varianza que un constructo obtiene de sus indicadores con relación a la cantidad de varianza debida al error de medida. El valor que presente el indicador AVE de un constructo está informando del porcentaje de varianza de ese constructo que está siendo explicada por sus indicadores. Fornell y Larcker (1981) recomiendan que la varianza extraída media (AVE) sea superior a 0,50, lo cual significa que más del 50% de la varianza del constructo es debida a sus indicadores (Barroso et al., 2005).

En la tabla 53, se recogen los valores de AVE para cada uno de los constructos del modelo, observándose que se cumplen las condiciones del mínimo recomendado superior a 0,50, por lo que se da como satisfactoria la validez convergente de los constructos del modelo.

Tabla 53.- *Validez convergente de los constructos*

Constructo	AVE
Responsabilidad Social	0,711
Comunicación	0,510
Resultados económicos y financieros	0,696

Fuente: elaboración propia

4.4. Validez discriminante

Se entiende que un constructo posee validez discriminante en un modelo siempre que sea realmente diferente a los otros constructos de ese modelo. Para que exista validez discriminante en un constructo deben existir correlaciones débiles entre éste y el resto de los constructos del modelo partiendo del hecho de que cada constructo mide un fenómeno diferente. Así, la validez

discriminante indica “la medida en la cual un constructo dado difiere de otros constructos” (Roldán y Sánchez-Franco, 2012).

En el análisis PLS, para determinar que un constructo tiene validez discriminante debe compartir más varianza con sus indicadores que con los otros constructos del modelo (Barclay et al., 1995). En este sentido, Fornell y Larcker (1981) proponen utilizar la varianza extraída media (AVE) entendiendo que su valor debería ser mayor que las correlaciones al cuadrado entre este constructo y los demás que forman el modelo. Para hacer operativa esta idea se realiza la operación inversa, de tal forma que la raíz cuadrada de la varianza extraída media (AVE) de un constructo debe ser mayor que la correlación entre el constructo y el resto de los constructos del modelo (Roldán y Sánchez-Franco 2012).

Tabla 54.- Validez discriminante de los constructos

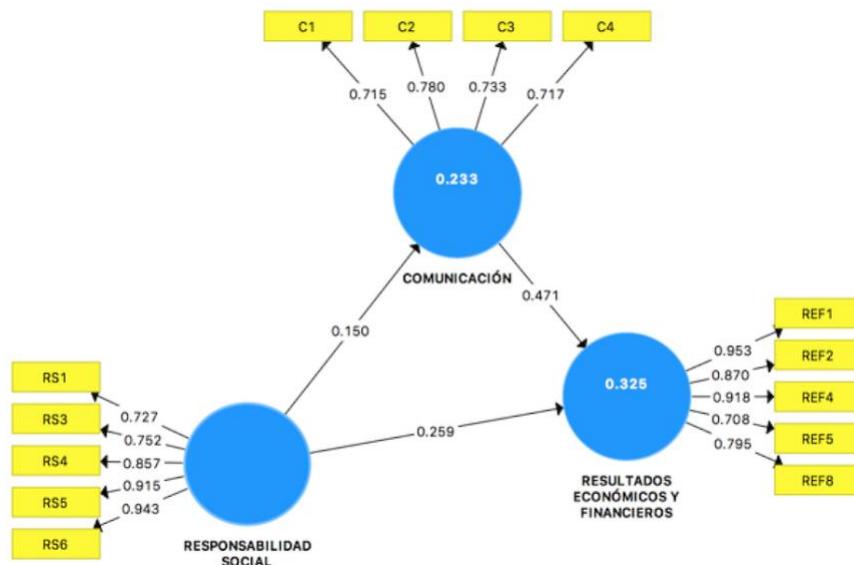
Constructos	Responsabilidad Social	Comunicación	Resultados económicos y financieros
Responsabilidad Social	0,714		
Comunicación	0,450	0,843	
Resultados económicos y financieros	0,610	0,429	0,835

Fuente: elaboración propia

El análisis realizado en la tabla 54 demuestra que la raíz cuadrada del AVE de cada constructo – valor de la diagonal y en negrita – es superior a la correlación entre cada uno de ellos y el resto de los constructos del modelo, pudiendo concluir, por tanto, que todos los constructos bajo estudio cumplen el criterio establecido de validez discriminante (Roldán y Sánchez-Franco, 2012).

A continuación, se refleja el nomograma explicativo con los correspondientes correlaciones de cada indicador (ilustración 13):

Ilustración 13.- Nomograma explicativo del modelo propuesto



Fuente: elaboración propia

5. Valoración del modelo estructural

Una vez aceptado el modelo de medida como satisfactorio, es decir, válido y fiable con relación a las medidas de los constructos, es necesario llevar a cabo una interpretación correcta del modelo estructural con la finalidad de verificar si este modelo contempla las relaciones entre las variables latentes que apunta la teoría (Wright et al., 2012).

El modelo estructural evalúa el peso y la magnitud de las relaciones entre las distintas variables del modelo. Se trata de llevar a cabo una interpretación correcta con la finalidad de verificar si éste contempla las relaciones entre las variables que indica la teoría y que se han planteado como hipótesis. Consecuentemente se busca comprobar el poder predictivo del modelo.

Para llevar a cabo esta valoración se analiza:

- la varianza explicada de las variables endógenas o constructos dependientes (R^2),
- la significación estadística de los coeficientes *path* o pesos de regresión estandarizados (β),
- sus respectivos niveles de significación, así como la prueba Stone-Geisser (Q^2),
- la bondad de ajuste del modelo.

5.1. Poder predictivo del modelo: análisis de R^2 para cada constructo dependiente

Se debe tener en cuenta que el objetivo fundamental de los MEE es la predicción. De acuerdo con Chin (2010), el poder predictivo del modelo estructural es evaluado por los valores de los R^2 de los constructos dependientes. Es decir, la bondad de un modelo se determina a través de la fortaleza de cada camino estructural y se analiza utilizando el valor de R^2 de las variables latentes dependientes. Este índice indica la cantidad de varianza del constructo que es explicada por el modelo (Chin, 2010).

El criterio sobre qué nivel de R^2 es adecuado depende de los autores consultados. Así, por ejemplo, Falk y Miller (1992) consideran como valores apropiados de la varianza explicada aquellos que son iguales o mayores que 0,1. Así, para cada camino *path* o relación entre constructos los valores deseables deben ser como mínimo iguales o mayores que 0,1, condición que se cumple y permite afirmar que el modelo propuesto y analizado presenta un adecuado poder predictivo.

Sin embargo, por su parte Chin (1998a), un poco más estricto, considera que valores de R^2 de 0,67, 0,33 y 0,19 para los constructos dependientes del modelo estructural pueden ser descritos como sustanciales, moderados y débiles, respectivamente.

En la siguiente tabla 55, se muestran los valores de los R^2 calculados para los constructos dependientes – comunicación y resultados económicos y financieros – incluidos en el modelo estructural:

Tabla 55.- Poder predictivo del modelo

Constructo	R ²
Comunicación	0,233
Resultados económicos y financieros	0,325

Fuente: elaboración propia

Siguiendo a Falk y Miller (1992), todos los constructos dependientes muestran valores apropiados de R², superando el valor mínimo establecido de 0,1. Además, los valores de R² conducen a la siguiente interpretación: ambos constructos, la comunicación y los resultados económicos y financieros, presentan un nivel moderado de explicación, con un 24,8% y un 32,5% respectivamente.

5.2. Contribución de las variables predictoras sobre la varianza explicada de las variables endógenas

Desarrollando el análisis de los coeficientes *path* o pesos de regresión estandarizados obtenidos, éstos deben ser interpretados, como en el caso de los coeficientes β de las regresiones tradicionales, como indicadores de la fuerza relativa de las relaciones estadísticas. A este respecto, Chin (1998b) propone que los coeficientes *path* estandarizados deberían presentar valores que superen 0,2 e idealmente mayores que 0,3. Pero Falk y Miller (1992) son menos exigentes y proponen como regla empírica para poder aceptar que una variable tiene efecto predictor sobre otra que ésta debería explicar al menos el 1,5% de la varianza de la endógena.

Empíricamente, la contribución exacta de los constructos predictivos sobre la varianza explicada R² de cada uno de los constructos endógenos del modelo viene dada por el valor absoluto de multiplicar el coeficiente *path* (entre dos constructos) por el valor de la correlación existente entre dichos constructos (Falk y Miller, 1992; Barroso, 2015) (tabla 56):

Tabla 56.- Contribución de las variables predictoras sobre la varianza explicada

Hipótesis	Coefficientes Path (β)	Correlación	Varianza explicada (%)
H1: Responsabilidad Social → Comunicación	0,150	0,450	6,75%
H2: Comunicación → Resultados económicos y financieros	0,471	0,429	20,20%
H3: Responsabilidad Social → Resultados económicos y financieros	0,259	0,610	15,80%

Fuente: elaboración propia

5.3. Relevancia de la predicción de los constructos dependientes

Para medir la relevancia de la predicción de los constructos dependientes, PLS utiliza como criterio el índice Q² de Stone-Geisser que se calcula a partir de las redundancias que resultan del producto de las comunalidades (λ^2) con el indicador AVE obtenidas de forma cruzada. La prueba de Stone-Geisser (Q²) postula que el modelo debe ser capaz de predecir adecuadamente

los indicadores de cada constructo latente endógeno que posean un modelo de medida reflectivo (Hair et al., 2011).

Atendiendo a Hair et al. (2011), el valor de Q^2 se obtiene a través del procedimiento de *blindfolding*, una técnica de reutilización de la muestra que omite parte de esta y usa el resultado estimado para predecir la parte omitida. Los resultados de esta prueba deben interpretarse del siguiente modo (Chin, 2010; Hair et al., 2011):

- Si $Q^2 > 0$, el modelo tiene capacidad predictiva;
- Si $Q^2 < 0$, el modelo no tiene capacidad predictiva.

Los resultados de este análisis son presentados en la tabla 57. De acuerdo con Chin (1998a) en este trabajo se puede afirmar que sí hay relevancia en la predicción de los constructos porque se han obtenido valores de Q^2 positivos.

Tabla 57.- Índice Q^2 de Stone-Geisser

Constructo	Q^2
Comunicación	0,081
Resultados económicos y financieros	0,206

Fuente: elaboración propia

5.4. Estudio de la significación estadística de los paths (β) y contraste de hipótesis

El análisis de la significación de los *paths* permite comprobar si existe apoyo empírico para soportar el conjunto de hipótesis formuladas en el trabajo, de modo que, si los β resultan ser significativos, las hipótesis de investigación podrán ser soportadas.

Para llevar a cabo este análisis, se aplica una técnica no paramétrica de remuestreo llamado procedimiento *bootstrapping*, que ofrece tanto el error estándar como los valores del estadístico *t de Student* de los parámetros.

Para realizar dicho análisis se genera una prueba *Bootstrap* de 10.000 submuestras, y emplear una distribución *t de Student* de una cola con $(n-1)$ grados de libertad, siendo n el número de submuestras (Hair et al., 2011).

Se ha realizado la prueba con los datos de la muestra y los resultados son muy satisfactorios. La tabla 58 muestra los resultados obtenidos, revelándose que todos los caminos estructurales planteados en el modelo son significativos, aunque con distintos niveles de significación, de manera que quedan soportadas todas las hipótesis del modelo.

Tabla 58.- Contraste de hipótesis

Hipótesis	Coefficientes Path (β)	Estadístico t (Bootstrap)	Soportada
H1: Responsabilidad Social → Comunicación	0,150	4,461*	SI
H2: Comunicación → Resultados económicos y financieros	0,471	7,699*	SI
H3: Responsabilidad Social → Resultados económicos y financieros	0,259	3,710*	SI

*nivel de significación de 5%

Fuente: elaboración propia

5.5. Bondad de ajuste del modelo

Henseler et al. (2014) han desarrollado y validado empíricamente una medida global de bondad de ajuste aplicable en PLS, denominada *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR), la cual representa la distancia euclidiana entre la matriz de correlación empírica y la matriz de correlación implícita en el modelo (Hu y Bentler, 1999).

Además, Henseler et al. (2014) sugieren que el valor de esta medida no debe superar el límite máximo de 0,08, a partir del cual el ajuste general de un modelo resultaría no satisfactorio.

En la tabla 59, se muestran los resultados de esta medida:

Tabla 59.- Ajuste del modelo propuesto

SRMR	0,076
------	-------

Fuente: elaboración propia

Como se observa, el valor de la medida SRMR no alcanza el valor de 0,08, valor máximo recomendado, por lo que se puede afirmar que el ajuste general del modelo es satisfactorio.

6. Síntesis de los resultados obtenidos

A lo largo de este capítulo se ha propuesto un modelo de ecuaciones estructurales para describir los determinantes de la gestión hospitalaria. El modelo estructural incluye tres factores que estimulan el desarrollo de esta gestión: la responsabilidad social, la comunicación y los resultados económicos y financieros.

El modelo ha sido probado empíricamente, utilizando la muestra B formada por 122 empresas hospitalarias españolas. El análisis del MEE se ha estimado mediante mínimos cuadrados parciales (PLS) y las variables seleccionadas cumplen los requisitos de consistencia del modelo de medición y los datos respaldaron las hipótesis, en diferentes niveles de robustez.

De este modo, la principal contribución de este trabajo ha sido validar empíricamente un modelo estructural que vincule el hecho de que las acciones de RS acometidas por las empresas son relacionadas directamente con la comunicación empresarial que se realiza y los resultados económicos y financieros que se obtienen.

La anterior tabla 42 revela que todos los caminos estructurales planteados en el modelo son significativos en un nivel de significación del 5%, de manera que quedan soportadas todas las hipótesis del modelo. Los signos positivos de los coeficientes β de las distintas relaciones del modelo revelan el comportamiento esperado acorde con la teoría definida previamente.

A la vista de los resultados obtenidos podemos decir que las hipótesis planteadas se verifican en el entorno de las empresas hospitalarias, de manera que el modelo predice que:

- La comunicación empresarial se ve favorecida y es superior si estas empresas desarrollan políticas de RS.
- Una buena comunicación empresarial repercute positivamente en los resultados económicos y financieros de las empresas hospitalarias.
- Implantar acciones de RS es beneficioso a nivel económico y financiero para las empresas del sector hospitalario.

Así, concretamente, una buena comunicación empresarial consigue explicar hasta un 20,20% de los resultados económicos y financieros de las entidades hospitalarias, lo que es un importante resultado obtenido de la investigación. La variable RS, por su parte, contribuye a explicar el 15,80% de la varianza de los resultados económicos y financieros, un resultado muy favorable también. Por último, también el constructo RS consigue explicar el porcentaje de varianza de la comunicación, aunque con un resultado inferior que no llega a alcanzar el 10% (6,75%).

En definitiva, los resultados estructurales corroboran el buen funcionamiento del modelo arrojando valores significativos de las tres relaciones planteadas.

CONCLUSIONES

1. Conclusiones

Aunque existen muchos sistemas sanitarios y en la actualidad un sistema sanitario se forma por la unión de características y rasgos de distintos modelos, los sistemas sanitarios europeos se clasifican, principalmente, en dos modelos de gestión sanitaria: el modelo sanitario Beveridge y el modelo sanitario Bismarck.

España se rige por el modelo sanitario Beveridge y presenta un importante porcentaje del gasto sanitario privado respecto al gasto sanitario total, por lo que esta investigación ha resultado interesante para valorar estos centros hospitalarios que se rigen por el modelo sanitario Beveridge a lo largo del período 2008-15.

El período de tiempo analizado ha sido relevante en la investigación por la crisis sistémica europea que ha generado un déficit público relevante, pero no se debe olvidar el ámbito privado hospitalario, que también se ha visto afectado (Cortès-Franch y González, 2014) y más cuando se intentan acercar posiciones entre el sector público y el sector privado (Mazzucato, 2015).

Para llevar a cabo el análisis de las empresas hospitalarias, se han tenido en cuenta tres premisas principales que se deben cumplir para que la gestión hospitalaria sea adecuada:

1. Realización de análisis económicos y financieros utilizando los estados financieros (Bataller y Serra, 2012; Marca, 2011).
2. Existencia de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) que faciliten la comunicación del conocimiento entre los responsables, los profesionales y los usuarios (Bataller y Serra, 2012; Marca, 2011).
3. Implantación de políticas y procedimientos que se preocupen por la responsabilidad social (Bernal-Conesa et al., 2016; Bataller y Serra, 2012).

A continuación, se exponen las conclusiones de la investigación detallando el cumplimiento de cada uno de los diez objetivos planteados:

Conclusiones del primer objetivo

Encontrar los factores más importantes que contribuyen a mejorar la gestión hospitalaria

Conclusión 1: Para tener una buena gestión hospitalaria es necesario que exista un sistema contable y de control económico.

Este sistema será el encargado de cuantificar las acciones que las empresas hospitalarias desarrollan para hacer, posteriormente, un análisis económico y financiero utilizando sus estados financieros. De este modo, se podrán hacer comparativas entre las variables económicas y financieras y tomar las decisiones oportunas.

Conclusión 2: Las Tecnologías de la Información y Comunicación son herramientas que tienen la finalidad de mejorar la gestión hospitalaria.

Las TIC son herramientas que facilitan la comunicación entre los responsables, los profesionales y los usuarios de las empresas hospitalarias y, por lo tanto, se ponen al servicio de los usuarios con el fin de mejorar la calidad, la seguridad, la eficiencia y la accesibilidad.

Conclusión 3: La implementación voluntaria de políticas de responsabilidad social se concibe como un compromiso de la empresa para ofrecer una mejor gestión hospitalaria.

La responsabilidad social engloba todos los aspectos sociales, económicos y medioambientales que se deben tener en cuenta para que las empresas hospitalarias sean consideradas sostenibles y que demuestren que tienen un compromiso de responsabilidad ante los impactos que se derivan de sus acciones. Por este motivo, la existencia de políticas y procedimientos que se preocupen por la responsabilidad social y que optimicen los recursos, provoca mejoras notables en la gestión.

Conclusiones del segundo objetivo

Analizar la situación económica y financiera de las empresas hospitalarias que se rigen por el modelo sanitario Beveridge

Conclusión 4: La situación financiera a corto plazo de las empresas hospitalarias europeas que se rigen por el modelo sanitario Beveridge es moderada con tendencia a mejorar.

Del análisis a corto plazo de los estados financieros, se deduce que las empresas hospitalarias podrían haber tenido problemas para hacer frente a sus pagos a corto plazo durante los primeros ejercicios del período analizado. Este hecho se ve reflejado en los valores de la ratio de solvencia que son inferiores al intervalo considerado como óptimo y que se sitúa entre 1,5 y 2. Sin embargo, a partir del ejercicio 2012, la situación mejora considerablemente hasta conseguir alcanzar el valor de 1,44 en el ejercicio 2015.

Conclusión 5: Las empresas hospitalarias europeas que se rigen por el modelo sanitario Beveridge tienen el endeudamiento moderado, pero de calidad aceptable.

Las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge tienen un endeudamiento moderado, que se sitúa entre el 59% y el 62% y que mejora a lo largo del período analizado. Además, las deudas a corto plazo suponen entre el 63% y el 67% del total de las deudas. Eso significa que estas empresas deberían intentar reclasificar parte de sus deudas a corto plazo a largo plazo para mejorar la calidad del endeudamiento y tener menos problemas por hacer frente a sus obligaciones a corto plazo. Sin embargo, se debe tener en cuenta que tan solo 22% de las deudas a corto plazo corresponden a deudas con entidades de crédito; es decir, aunque las deudas a

corto plazo superan el 50% del total de las deudas, al ser las obligaciones con las entidades de crédito inferiores, se puede concluir que dicha calidad es aceptable.

Conclusión 6: El endeudamiento no perjudica a las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge.

Aunque a lo largo del período analizado, la rentabilidad financiera y la rentabilidad económica disminuyen un 22% y un 24% respectivamente, en todos los ejercicios considerados, la rentabilidad financiera supera la rentabilidad económica, corroborando que el endeudamiento no perjudica a las empresas hospitalarias. Además, este hecho se ratifica con el apalancamiento financiero que en todos los años supera a la unidad, situándose su valor medio en 2,78 unidades.

Conclusión 7: Las empresas hospitalarias europeas que se rigen por el modelo sanitario Beveridge disponen de una adecuada distribución de sus masas patrimoniales y de un crecimiento equilibrado.

Las empresas hospitalarias del modelo sanitario Beveridge tienen una adecuada distribución de sus masas patrimoniales ya que el activo no corriente predomina en la estructura económica y la fusión del patrimonio neto y el pasivo no corriente en la estructura financiera. De este modo, los recursos permanentes son capaces de financiar a las inversiones permanentes y, además, generan un excedente que cubre, total o parcialmente, las reservas de existencias y los créditos que no se convertirán nunca en dinero líquido.

Por otra parte, el crecimiento que experimentan estas empresas hospitalarias es equilibrado porque la gestión financiera es prudente, la gestión de los gastos es adecuada. Sin embargo, la gestión de los activos no es del todo eficiente.

De este modo, se puede afirmar que la **Hipótesis 1**: la crisis sistémica de los últimos años ha afectado a la situación económica y financiera de las empresas hospitalarias europeas que se rigen por el modelo sanitario Beveridge, **se valida**.

Conclusiones del tercer objetivo

Determinar las variables que influyen en la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias que se rigen por el modelo sanitario Beveridge

Conclusión 8: El endeudamiento, el crecimiento de las ventas, la solvencia y la dimensión empresarial son las variables que explican la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias que siguen el modelo sanitario Beveridge.

Realizando un análisis correlacional, se observa que el endeudamiento, el crecimiento de las ventas, la solvencia (Bem et al., 2015, 2014; Benton, 2013) y la dimensión empresarial (Luna et al., 2009; Ayala y Navarrete, 2004) son las variables que están más correlacionadas con la rentabilidad económica y no presentan indicios de multicolinealidad. Por otra parte, del análisis

de los resultados del modelo econométrico con datos de panel se deduce que el menor endeudamiento, el crecimiento más ágil de las ventas, la mayor solvencia y la dimensión empresarial inferior son las variables que explican la mejor rentabilidad de los activos de las empresas hospitalarias. Sin embargo, parece que la variable edad no influye significativamente en la rentabilidad económica.

De este modo, se puede afirmar que las hipótesis siguientes **se validan**:

Hipótesis 1a: Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias europeas que se rigen por el modelo sanitario Beveridge y su solvencia.

Hipótesis 1b: Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias europeas que se rigen por el modelo sanitario Beveridge y su endeudamiento.

Hipótesis 1c: Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias europeas que se rigen por el modelo sanitario Beveridge y el crecimiento de sus ventas.

Hipótesis 1e: Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias europeas que se rigen por el modelo sanitario Beveridge y su dimensión empresarial.

Por su parte, la **Hipótesis 1d:** Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias europeas que se rigen por el modelo sanitario Beveridge y su edad, **se rechaza**.

Conclusiones del cuarto objetivo

Caracterizar y estudiar la aparición de empresas emergentes en el sector sanitario europeo

Conclusión 9: Las empresas emergentes o startups europeas del ámbito sanitario se pueden clasificar en cuatro categorías diferenciadas.

La innovación y la irrupción tecnológica en el ámbito sanitario han provocado la proliferación de nuevas iniciativas empresariales que se han traducido en la aparición de empresas emergentes centradas en cuatro sectores fértiles en oportunidades de innovación (Pareras, 2008):

- (1) empresas farmacéuticas y biotecnológicas
- (2) dispositivos médicos y equipos necesarios para la salud
- (3) salud digital, tecnologías de la información y aplicaciones de Internet en el cuidado de la salud
- (4) servicios de salud y nuevos modelos de negocios.

En la investigación se ha cogido una muestra de 110 empresas y se ha comprobado que todas ellas se han podido clasificar dentro de estas cuatro categorías. Concretamente, mediante el análisis exploratorio se ha constatado que las startups están distribuidas entre las cuatro categorías de manera similar, aunque destacan las que se dedican a nuevos dispositivos médicos y equipamientos.

Conclusión 10: Existen rasgos y características diferentes entre las startups europeas que pertenecen al modelo sanitario Beveridge y las que pertenecen al modelo sanitario Bismarck

Con el análisis exploratorio se confirma que las startups están distribuidas de forma levemente distinta entre las cuatro categorías. Un mayor porcentaje de empresas del modelo sanitario Bismarck se engloban dentro de la categoría de dispositivos médicos y equipos necesarios para la salud; mientras que la mayoría de las startups del modelo sanitario Beveridge se incluyen en la categoría de nuevos servicios sanitarios.

Por lo que se refiere a la distribución geográfica, las startups del sector sanitario que se rigen por el modelo sanitario Beveridge mayoritariamente se encuentran localizadas en el Reino Unido (73%); en cambio, las empresas emergentes del modelo sanitario Bismarck se encuentran localizadas entre Alemania y Francia (71%).

Además, la financiación recibida por las startups del modelo sanitario Beveridge supera el doble de la que han recibido las startups del modelo Bismarck. Del mismo modo, los inversores en el modelo Beveridge superan a los inversores del modelo Bismarck. Continuando con el análisis de los inversores, un 50% de las startups del modelo sanitario Beveridge están invertidas por grandes empresas, mientras que en el modelo Bismarck, sólo un 29% de las startups están invertidas por grandes empresas. Finalmente, tan solo un 15% de las startups del modelo Beveridge están invertidas por 12 médicos y hospitales; por el contrario, en el modelo Bismarck, esta cifra se reduce a un 14% las que están invertidas por 8 hospitales y médicos.

De este modo, se puede afirmar que la **Hipótesis 2**: la crisis sistémica de los últimos años no ha sido un impedimento para que nazcan empresas emergentes dedicadas al sector sanitario, **se valida**.

Conclusiones del quinto objetivo

Describir la salud económica y financiera de las empresas hospitalarias españolas

Conclusión 11: Las empresas hospitalarias españolas gozan de equilibrio financiero y de un crecimiento equilibrado.

La composición de las masas patrimoniales es adecuada porque en la estructura económica, la mayoría de la inversión es a largo plazo, y la mezcla de la financiación propia y la ajena a largo plazo es la financiación predominante en la estructura financiera.

Además, aplicando el criterio de Amat y Perramon (2011), en el período analizado se considera que el crecimiento es equilibrado ya que las empresas hospitalarias españolas realizan una gestión financiera prudente y una buena gestión de los gastos. Sin embargo, la gestión de los activos no es del todo eficiente ya que el crecimiento de los activos es superior al aumento de los ingresos de explotación.

Conclusión 12: La situación financiera a corto plazo de las empresas hospitalarias españolas es adecuada y con tendencia a mejorar, especialmente en los últimos ejercicios del período analizado.

A lo largo del período analizado, se observa un crecimiento importante de la solvencia a corto plazo; sin embargo, puede existir riesgo de insolvencia ya que el valor anual de este ratio es inferior al valor óptimo, exceptuando el ejercicio 2012, que el valor se sitúa en 1,53 unidades.

No obstante, se debe tener en cuenta que los importes del fondo de maniobra y el flujo de efectivo de las actividades de explotación son positivos en todos en todos los ejercicios económicos y aumentan considerablemente en el período analizado. De este modo, aunque estas empresas hospitalarias, tengan una solvencia a corto plazo moderada, parece que, finalmente, no tienen problemas para hacer frente a sus obligaciones de pago a corto plazo.

Conclusión 13: El sector hospitalario español no es un sector muy endeudado y, como la deuda es mayoritariamente a largo plazo, existe estabilidad y menor riesgo en la situación financiera a largo plazo.

El valor medio del endeudamiento se mantiene estable a lo largo del período alrededor del 65%. Analizando el endeudamiento conjuntamente con la calidad de la deuda, se puede afirmar que el endeudamiento es moderado pero que tan solo un 10% del pasivo corriente corresponde a deudas con entidades de crédito. De este modo, se puede afirmar que la deuda es aceptable y de buena calidad.

Conclusión 14: En términos generales, el endeudamiento no perjudica a las empresas hospitalarias españolas.

Los porcentajes de la rentabilidad económica son positivos en todos los ejercicios económicos analizados y, concretamente, el ejercicio 2013 es el que alcanza el valor máximo de 5,90%. Paralelamente, se aprecia que la rentabilidad financiera también es positiva en todo el período analizado y que su valor máximo de 9,10% se obtiene en el mismo ejercicio 2013.

La rentabilidad financiera se sitúa por encima de la rentabilidad económica, con excepción del ejercicio 2008, así que en el período 2009-15 el endeudamiento no perjudica a las empresas hospitalarias analizadas. Además, este hecho se ve corroborado por el valor del apalancamiento financiero, que es superior a la unidad en todos los ejercicios económicos a partir del 2009.

Conclusión 15: Las empresas hospitalarias españolas se están capitalizando y en todo el período su resultado neto es superior al resultado global.

Del análisis patrimonial se desprende que las empresas hospitalarias españolas se están capitalizando ya que el patrimonio neto incrementa un 61% en el período analizado y, por lo tanto, estas empresas ofrecen más garantías a los terceros implicados en las mismas. Mayoritariamente, la capitalización deriva del considerable aumento del resultado neto en el período 2008-2013, aunque a partir de este último ejercicio cae un 44%.

En todo el período se observa que el importe del resultado neto es superior al del resultado global y que la tendencia es la misma en ambos casos. Además, se debe tener en cuenta que el principal componente que provoca las diferencias entre ambos resultados son las subvenciones, donaciones y los legados recibidos. De hecho, un 51% de las empresas hospitalarias españolas analizadas han recibido algún tipo de subvención en alguno de los ejercicios económicos del período considerado.

Conclusión 16: El efectivo de las empresas hospitalarias españolas fluctúa a lo largo del período analizado permitiendo que las empresas lleven a cabo inversiones.

El EFE presenta unas medias de los flujos de la actividad de explotación positivas, unas medias de los flujos de la actividad de inversión negativas y unas medias de los flujos de la actividad de financiación fluctuantes. Esto significa que los cobros superan a los pagos y los hospitales pueden hacer frente los pagos a corto plazo y que los centros están invirtiendo en todo el período analizado. Además, especialmente en el ejercicio 2013, se devuelve gran parte de la financiación gracias a los importantes resultados obtenidos.

Conclusión 17: En términos generales, la situación económica de estas empresas hospitalarias es adecuada.

En los últimos ejercicios, las empresas hospitalarias españolas optimizan sus resultados después del fuerte período de recesión que se observa en los ejercicios 2008-10 y alcanzan un punto álgido, con buenos resultados y rentabilidades, el año 2013, pero se deben seguir valorando en los próximos años los cambios de tendencia observados.

De este modo, se puede afirmar que la **Hipótesis 3**: la crisis sistémica de los últimos años ha afectado a la situación económica y financiera de las empresas hospitalarias españolas, **se valida**.

Conclusiones del sexto objetivo

Identificar los factores o variables que explican la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias españolas

Conclusión 18: La solvencia a corto plazo, el endeudamiento, el PIB per cápita y la dimensión empresarial son las variables que explican la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias españolas.

Realizando un análisis estadístico inferencial, se observa que la solvencia a corto plazo, el endeudamiento, el PIB per cápita y la dimensión empresarial siguen una distribución normal. De este modo, se procede a realizar el análisis de la correlación utilizando el método de correlación de Pearson y se observa que, tal y como afirman Bem et al., 2015, 2014; Benton, 2013; Luna et al., 2009 y Ayala y Navarrete, 2004), existe una relación significativa entre la rentabilidad económica y estas cuatro variables.

Finalmente, la relación que se produce entre la rentabilidad económica y la solvencia a corto plazo, la dimensión empresarial, el PIB per cápita y la densidad de población, es positiva; mientras que, la relación existente entre la rentabilidad económica y el endeudamiento es negativa. Además, hay que mencionar la fuerte correlación de la solvencia a corto plazo y el endeudamiento con la rentabilidad económica.

De este modo, se puede afirmar que las hipótesis siguientes **se validan**:

Hipótesis 3b: Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias españolas y su solvencia.

Hipótesis 3c: Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias españolas y su endeudamiento.

Hipótesis 3d: Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias españolas y su dimensión empresarial.

Hipótesis 3e: Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias españolas y el PIB per cápita.

Por su parte, las hipótesis siguientes **se rechazan**:

Hipótesis 3a: Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias españolas y su forma jurídica.

Hipótesis 3f: Existe una relación estadísticamente significativa entre la rentabilidad económica de las empresas hospitalarias españolas y la densidad de población.

Conclusiones del séptimo objetivo

Evaluar los contenidos, las características, la estructura y la calidad de los sitios web corporativos de las empresas hospitalarias españolas

Conclusión 19: En términos generales, la calidad de las páginas web analizadas es aceptable pero mejorable.

Actualmente la sociedad se encuentra sumergida en una profunda revolución tecnológica, pero, una vez analizados los resultados, se observa que, en términos generales, y de acuerdo con lo que venían afirmando algunos autores (Conesa et al., 2011) la calidad de las páginas web analizadas es mejorable.

De las 122 empresas hospitalarias españolas que forman la muestra, un 83% superan la mitad de la máxima puntuación posible y los sitios web que han obtenido las mejores puntuaciones totales en la evaluación realizada se alejan bastante de la puntuación máxima total que se podía obtener y la media se sitúa en 179 puntos.

Además, es importante destacar que se obtiene una mayor calidad en los sitios webs de esta investigación respecto a otros estudios (Calvo, 2014; Arencibia-Jiménez y Aibar-Remón, 2007; Bermúdez-Tamayo et al., 2006).

Por último, en términos generales, los sitios webs de los hospitales españoles gozan de usabilidad, permiten interactividad y la relación con los usuarios; presentan bien la información, disponen de una buena política de privacidad y existe un apartado informativo destinado al profesional.

Por su parte, destaca la poca aparición de sellos de calidad específicos para los sitios web sanitarios. De acuerdo con Díaz y Chaín (2008), no se debe olvidar que estos centros, aunque gocen de ánimo de lucro, son encargados de prestar asistencia sanitaria especializada y deberían asegurar y poder acreditar una alta calidad de información en sus sitios web para ganar en fiabilidad.

De este modo, se puede afirmar que la **Hipótesis 4**: los sitios web de las empresas hospitalarias españolas son de calidad, **se valida parcialmente**.

Conclusión 20: Los sitios web de las empresas hospitalarias españolas deben mejorar para poder ser completamente accesibles.

Aunque la puntuación media de la variable accesibilidad supera la mitad de los puntos posibles, sólo un tercio de los centros hospitalarios analizados cumple con el nivel WAI-AA, que es el nivel de accesibilidad mínimo que debe cumplir legalmente una página web; por lo tanto, se deben implementar nuevas acciones para que los sitios web sean accesibles a todos los usuarios.

Sin embargo, del mismo modo que afirma Calvo (2014) en su investigación, se debe tener presente que existe una mejora de los niveles de accesibilidad respecto a otros trabajos que obtuvieron resultados muy inferiores (Mira et al., 2006). En definitiva, esto muestra una tendencia positiva a lo largo de los años hacia una mejor accesibilidad.

De este modo, se puede afirmar que la **Hipótesis 5**: los sitios web de las empresas hospitalarias españolas son accesibles, **se rechaza**.

Conclusiones del octavo objetivo

Calcular e interpretar el índice de divulgación de información sobre responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas

Conclusión 21: A nivel descriptivo, las empresas hospitalarias españolas no manifiestan un compromiso elevado en materia de revelación de información sobre responsabilidad social.

La mayoría de las empresas hospitalarias españolas presentan Índice de Divulgación de Responsabilidad Social (IDRS) insuficiente ya que la media del índice se sitúa en un 49%.

Si se centra la atención en los cuatro grandes apartados considerados, los resultados manifiestan que las mayores carencias en revelación de información se corresponden con la dimensión económica y medioambiental, al igual que en estudios previos realizados en el ámbito de la

divulgación de información de responsabilidad social (García-Sánchez et al., 2013; Alcaraz et al., 2014).

Por otro lado, las empresas hospitalarias españolas han mostrado una mayor preocupación por la revelación de información sobre aspectos sociales y sobre aspectos generales, con mayor hincapié en determinar su perfil y estrategia, lo cual pudiera venir impuesto por las directrices legales contenidas en la Ley de Transparencia.

No obstante, y al igual que en trabajos previos, los mayores déficits de información se relacionan con aspectos económicos (Navarro et al., 2010; Alcaraz et al., 2014), cuestión esta que no hace más que reforzar el argumento de que existen importantes carencias en materia de revelación de información. A este respecto, diversos autores han señalado que en España existe una falta de cultura de rendición de cuentas a la sociedad en comparación con países tradicionalmente comprometidos en este particular, principalmente los países del contexto anglosajón y los países nórdicos (Colón, 2016, Martisi, 2016; Blanes, 2015).

Además, un 67% de las empresas hospitalarias españolas integradas en la muestra han obtenido la certificación ISO 9001. Sin embargo, este porcentaje disminuye significativamente hasta el 37% por lo que se refiere a las empresas que elaboran memorias de sostenibilidad siguiendo los criterios que desarrolla el GRI y, por otra parte, un 26% de las empresas hospitalarias no disponen de ningún indicador de responsabilidad social en sus páginas web.

En definitiva, estos resultados reflejan un bajo nivel de divulgación y son equivalentes con otros estudios previos similares, como los de Navarro et al. (2010), Nevado et al. (2013) y Nevado-Gil y Gallardo-Vázquez (2016). Del mismo modo que en esta investigación, todos estos autores detectan bajos índices de divulgación de la información y, en cuanto al tipo de información divulgada, encuentran mayor divulgación en los aspectos sociales, carencias a la hora de divulgar información medioambiental y escasa información divulgada referente a aspectos económicos.

De este modo, se puede afirmar que la **Hipótesis 6**: Las empresas hospitalarias españolas divulgan en sus páginas web información sobre responsabilidad social, **se valida parcialmente**.

Conclusiones del noveno objetivo

Determinar los factores que influyen en la divulgación de información sobre responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas

Conclusión 22: La rentabilidad económica, los ingresos de explotación, el endeudamiento y la dimensión empresarial son los factores que influyen en la divulgación de información sobre responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas.

En este caso, debido a que la variable dependiente (IDRS) no es normal, para el contraste de las hipótesis se ha utilizado el coeficiente de correlación de *Spearman*.

Realizando el análisis correlacional, se observa que existe una relación significativa entre el IDRS y la rentabilidad económica, los ingresos de explotación, el endeudamiento y la dimensión empresarial. La variable más correlacionada con dicho índice son los ingresos de explotación y la rentabilidad económica, seguida por la dimensión empresarial y, por último, el endeudamiento (Nevado-Gil y Gallardo-Vázquez, 2016).

Con el análisis se corrobora que, a mayor dimensión empresarial, rentabilidad económica e ingresos de explotación, mayor será el índice de divulgación de información sobre responsabilidad social. Contrariamente, la relación existente entre el IDRS y el endeudamiento es negativa, es decir, si las empresas hospitalarias están poco endeudadas, su índice de divulgación de RS es superior. En definitiva, la divulgación de RS mejora cuando las empresas presentan elevadas cifras de negocio, grandes dimensiones, elevadas rentabilidades y un bajo endeudamiento.

De acuerdo con Gallego-Álvarez et al. (2011), se ha evidenciado que las empresas hospitalarias cada vez muestran un mayor compromiso por la difusión de información sobre responsabilidad social, debido a la presión ejercida por la sociedad para que actúen de manera responsable con los recursos y que, a la vez, les permite ganar imagen y reputación social (Rodríguez-Bolívar et al., 2015; Garde et al., 2013; Moneva y Martín, 2012).

De este modo, los resultados obtenidos en esta investigación, conducen a inferir que el compromiso mostrado por las empresas hospitalarias españolas en materia de divulgación de información sobre responsabilidad social se encamina principalmente hacia la necesidad de mejorar su reputación en lugar de proporcionar un medio por el cual se utilice la divulgación de responsabilidad social como herramienta para la mejora de la rendición de cuentas a la sociedad (Garde et al., 2013; Navarro et al., 2010).

De este modo, se puede afirmar que las hipótesis siguientes **se validan**:

Hipótesis 6a: Existe una relación estadísticamente significativa entre el índice de divulgación de la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas y su dimensión empresarial.

Hipótesis 6b: Existe una relación estadísticamente significativa entre el índice de divulgación de la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas y sus ingresos de explotación.

Hipótesis 6c: Existe una relación estadísticamente significativa entre el índice de divulgación de la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas y su rentabilidad económica.

Hipótesis 6d: Existe una relación estadísticamente significativa entre el índice de divulgación de la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas y su endeudamiento.

Por su parte, las hipótesis siguientes **se rechazan**:

Hipótesis 6e: Existe una relación estadísticamente significativa entre el índice de divulgación de la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas y el tamaño poblacional.

Hipótesis 6f: Existe una relación estadísticamente significativa entre el índice de divulgación de la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas y el PIB per cápita.

Conclusiones del décimo objetivo

Relacionar los factores más importantes de la gestión de empresas hospitalarias: los resultados económicos y financieros, la comunicación y la responsabilidad social

Conclusión 23: Implementar acciones de responsabilidad social repercute positivamente en los resultados económicos y financieros y en la comunicación empresarial de las empresas hospitalarias españolas. A la vez, esta comunicación también acaba repercutiendo en los resultados económicos y financieros de estas empresas.

Los resultados del análisis del modelo planteado mediante la aplicación de PLS indican una buena capacidad predictiva del modelo, y a su vez, las variables seleccionadas cumplen los requisitos de consistencia del modelo de medición y los datos respaldan las hipótesis, en diferentes niveles de robustez.

La principal contribución de la investigación ha sido validar empíricamente un modelo estructural que vincula el hecho de que las acciones de RS acometidas por las empresas son relacionadas directamente con la comunicación empresarial que se realiza y los resultados económicos y financieros que se obtienen.

De este modo, el análisis permite afirmar que todos los caminos estructurales planteados en el modelo son significativos en un nivel de significación del 5%. Así, concretamente, una buena comunicación empresarial consigue explicar hasta un 20,20% de los resultados económicos y financieros de las entidades hospitalarias. Por su parte, la variable de responsabilidad social contribuye a explicar el 15,80% de la varianza de los resultados económicos y financieros y el 6,75 de la varianza de la comunicación empresarial.

De este modo, se puede afirmar que las hipótesis siguientes **se validan**:

Hipótesis 7: Se puede definir un modelo que relacione los resultados económicos y financieros, la comunicación y la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas.

Hipótesis 7a: Una mayor predisposición hacia las acciones de responsabilidad social por parte de las empresas hospitalarias explican el aumento de las prácticas de comunicación acometidas por éstas.

Hipótesis 7b: Una mayor predisposición hacia las acciones de responsabilidad social por parte de las empresas hospitalarias explican la mejoría de los resultados económicos y financieros conseguidos por éstas.

Hipótesis 7c: Las buenas prácticas de comunicación implantadas por parte de las empresas hospitalarias explican la mejoría de los resultados económicos y financieros conseguidos por éstas.

La siguiente tabla 60, resume la validación de las hipótesis planteadas en la investigación:

Tabla 60.- Resumen de la validación o refutación de las hipótesis de la investigación

HIPÓTESIS	VALIDADA	VALIDADA PARCIALMENTE	REFUTADA
H1	X		
H1a	X		
H1b	X		
H1c	X		
H1d			X
H1e	X		
H2	X		
H3	X		
H3a			X
H3b	X		
H3c	X		
H3d	X		
H3e	X		
H3f			X
H4		X	
H5			X
H6		X	
H6a	X		
H6b	X		
H6c	X		
H6d	X		
H6e			X
H6f			X
H7	X		
H7a	X		
H7b	X		
H7c	X		

Fuente: elaboración propia

2. Principales contribuciones de la investigación

La investigación realizada en este trabajo, tanto en el marco teórico como en el estudio empírico, ha permitido demostrar la relación existente entre los estados financieros, la comunicación y la responsabilidad social de las empresas hospitalarias españolas.

Tal y como se ha demostrado, existe literatura académica que hace referencia a cada uno de estos factores por separado; sin embargo, la principal contribución de esta investigación ha sido establecer un modelo predictivo que ha relacionado las acciones de responsabilidad social acometidas por estas empresas hospitalarias con la comunicación empresarial que se realiza y los resultados económicos y financieros que se obtienen.

También se ha demostrado que las empresas hospitalarias españolas deben mejorar la comunicación y, especialmente, la divulgación de la responsabilidad social para así poder llegar mejor a su público objetivo y ver aumentada su reputación; y, además, la investigación ha permitido poner orden cronológico a los estudios académicos existentes para poder ver la evolución de los tres factores a lo largo de los años y ver las tendencias actuales.

Por lo tanto, los resultados obtenidos en este trabajo de investigación tienen como finalidad primordial contribuir a mejorar la situación de las empresas hospitalarias españolas, aportando consejos sobre qué procedimientos y acciones se deben implementar para poder mejorar la percepción de los usuarios, así como los resultados económicos y financieros.

En definitiva, mediante la realización de esta investigación se ha podido confirmar que una buena gestión hospitalaria debe contemplar, necesariamente, los estados financieros, la comunicación y la responsabilidad social.

3. Limitaciones de la investigación

En referencia a las limitaciones iniciales que se han manifestado en esta investigación se destaca la elección de la muestra. En un principio se escogió la muestra a partir del Catálogo Nacional de Hospitales, sin embargo, una vez se empezó a trabajar con ella, no se disponía de la mayoría de las cuentas anuales de los hospitales por ser grupos hospitalarios o bien fundaciones. Se intentó contactar por correo electrónico y por teléfono con algún responsable de las empresas hospitalarias, pero resultó imposible obtener una respuesta y más complicado fue obtener los datos que se requerían. Por este motivo, finalmente se tuvo que buscar una alternativa para poder determinar la muestra y fue cuando se recorrió a la base de datos SABI por ser un método objetivo para poder determinar la muestra correctamente.

A continuación, en las otras fases de la investigación también han aparecido algunas limitaciones importantes que se tienen que considerar.

En primer lugar, de acuerdo con Conesa et al. (2011), el análisis de los sitios web de las empresas hospitalarias tiene como limitación una cierta validez temporal ya que las páginas web

se actualizan en períodos cortos de tiempo y la valoración expuesta en esta investigación responde a un momento determinado del tiempo. Por otra parte, hay que tener en cuenta la dificultad de controlar la calidad de la información que aparece en las páginas web de los hospitales puesto que existen una gran cantidad de variables subjetivas que se deben tener en cuenta, lo que dificulta el proceso de elaboración de una herramienta que sea útil y accesible. Además, cabe mencionar la dificultad de encontrar determinados contenidos en las páginas web de las empresas por la falta de normalización en donde deben aparecer (Navarro et al., 2010).

Finalmente, de acuerdo con Amat (2010), como limitación de la investigación hay que tener presente que el análisis económico y financiero se basa en datos históricos y puede faltar perspectiva para saber hacia dónde se dirigen las empresas hospitalarias de forma que será necesario contemplar el ejercicio económico 2016 y los siguientes – cuando los datos estén disponibles en las correspondientes bases de datos – para valorar los cambios de tendencia que se van produciendo en el ámbito sanitario a raíz de la irrupción tecnológica y de las distintas políticas económicas que lo afectan.

4. Futuras líneas de investigación

Como futura línea de investigación sería conveniente tener en cuenta la evolución temporal de los resultados para analizar los cambios producidos en un período de tiempo determinado.

Asimismo, se podría hacer el mismo análisis, pero aplicándolo solo en aquellas Comunidades Autónomas donde la privatización ha tenido un mayor impacto; es decir, en Andalucía, Cataluña, la Comunidad de Madrid. Y, a la vez, se podría expandir el estudio a las empresas hospitalarias de los países que se rigen por el modelo sanitario Bismarck para poder establecer comparativas entre ambos modelos sanitarios.

A la vez, se plantea la realización de un análisis más exhaustivo de los indicadores de Responsabilidad Social. Concretamente, poder ver como la implementación de distintas y acreditaciones obtenidas puede influir en los resultados tanto a nivel económico, social o medioambiental y sus efectos a largo y a corto plazo.

También se pretende ver si con el paso del tiempo los centros hospitalarios españoles toman conciencia de la importancia de estos indicadores y aumentan las acciones en el ámbito de la Responsabilidad Social. Para hacerlo, sería conveniente la realización de entrevistas y cuestionarios a los directivos, a los profesionales y a los usuarios de estas empresas hospitalarias.

Por último, se plantea incorporar indicadores de gobierno corporativo en el análisis de la responsabilidad social para valorar si con el paso del tiempo los centros hospitalarios privados toman conciencia de la importancia de estos indicadores de buen gobierno, de transparencia y en definitiva de una mejor la calidad de los contenidos web.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abernathy, W.J., Utterback, J.M. (1978). Patterns of industrial innovation. *Technology review*, 80(7), pp. 40-7.
- Abbott, R. (2010). Delivering quality-evaluated healthcare information in the era of Web 2.0: design implications for Intute: Health and Life Sciences. *Health Informatics Journal*, 16(1), pp. 5-14.
- Abellán, J.M. (2013). *El sistema sanitario público en España y en sus comunidades autónomas: sostenibilidad y reformas*. Madrid: Fundación BBVA.
- Adams, C.A. (2002). Internal organisational factors influencing corporate social and ethical reporting: Beyond current theorizing. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 15(2), pp. 223-50.
- AECA. (2018). *Información Integrada: El Cuadro Integrado de Indicadores (CII-FESG) y su Taxonomía XBRL*. Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas: Madrid.
- Aladwani, A.M. y Palvia, P.C. (2002). Developing and validating an instrument for measuring user-perceived web quality. *Information & Management*, 39(6), 467-76.
- Albrecht, T. (2009). Privatization processes in health care in Europe – a move in the right direction, a ‘trendy’ option, or a step back? *European Journal of Public Health*, 19(5), pp. 448-51.
- Albrecht, T. (2011). Health workforce in times of financial crisis. *European Journal of Public Health*, 21(1), pp. 1-3.
- Alcaraz, F.J., Navarro, A. y Ortiz, D. (2014). Factors Influencing the Transparency of Sustainability Information in Regional Governments: An Empirical Study. *Journal of Cleaner Production*, 82, pp. 179-91.
- Alcaraz, F.J., Navarro, A. y Ortiz, D. (2015). Factors determining online sustainability reporting by local governments. *International Review of Administrative Sciences*, 81(1), pp. 79-109.
- Alonso, M.J. y Galve, C. (2008). Análisis de supervivencia de nuevas empresas. *En Universidad, Sociedad y Mercados Globales* (pp. 423-36). Asociación Española de Dirección y Economía de la Empresa (AEDEM).
- Amat, O. (2000). *Análisis de estados financieros: fundamentos y aplicaciones* (6a ed.). Barcelona: Gestión 2000.
- Amat, O. (2008). *Análisis integral de empresas: claves para un chequeo completo. Desde el análisis cualitativo al análisis de balances con casos prácticos resueltos*. Barcelona: Bresca.
- Amat, O. y Perramon, J. (2011). High-growth cooperatives: Financial profile and key factors for competitiveness. *CIREC-España, revista de economía pública, social y cooperativa*, 73, pp. 81-98.
- Arce, F.P. y Temes, J.L. (2003). Los Sistemas Sanitarios. En J.L. Temes y M. Mengíbar, (Eds.), *Gestión Hospitalaria* (pp. 13-28). Madrid: McGraw Hill España.

- Arencibia-Jiménez, M. y Aibar-Remón, C. (2007). Páginas web de hospitales. Realidad virtual o... ¿son realmente un medio útil para la difusión de información para sus usuarios? *Revista de calidad asistencial*, 22(3), pp. 118-27.
- Ayala, J.C. y Navarrete, E. (2004). Efectos tamaño y sector sobre la rentabilidad, endeudamiento y coste de la deuda de las empresas familiares riojanas. *Cuadernos de Gestión*, 4(1), pp. 35-53.
- Bacigalupe, A., Martín, U., Font, R., González-Rábago, Y. y Bergantiños, N. (2016). Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? *Gaceta Sanitaria*, 30(1), pp. 47-51.
- Barat, P. (2012). Engineering and expertise in sustainable development in hospitals. *Revue de L'infirmiere*, 182, pp. 18-20.
- Barclay D., Higgins, Ch. y Thompson, R. (1995). The Partial Least Squares (PLS) Approach to Causal Modeling: Personal Computer Adoption and Use as an Illustration. *Technology Studies*, 22(2), pp. 285-309.
- Barney, J. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17(1), pp. 99-120.
- Barroso, F.G. (2008). La responsabilidad social empresarial: un estudio en cuarenta empresas de la ciudad de Mérida, Yucatán. *Contaduría y Administración*, 226, pp. 73-91.
- Barroso, M.J. (2015). *Procesos de asociación entre empresas y ONGD. Un modelo de éxito desde la perspectiva del marketing de relaciones*. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura.
- Barroso, C., Cepeda, G. y Roldán, J.L. (2005). *Investigar en Economía de la Empresa: ¿Partial Least Squares o Modelos Basados en la Covarianza?*, en XV Congreso Hispano-francés de AEDEM. Junio. Vitoria, España.
- Basil, D. y Erlandson, J. (2008). Corporate Social Responsibility website representations: A longitudinal study of internal and external self-presentations. *Journal of Marketing Communications*, 14(2), pp. 125-37.
- Bataller, E. y Serra, V. (2012). La empresa hospitalaria y los sistemas sanitarios: sistemas de información asistencial y económico financiero. *RIGC*, X(19), pp. 1-25.
- Baughn, C.C., Bodie, N.L. y McIntosh, J.C. (2007). Corporate social and environmental responsibility in Asian countries and other geographical regions. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 14, pp. 189-205.
- Becker-Olsen, K.L., Cudmore, B.A. y Hill, R.P. (2006). The impact of perceived corporate social responsibility on consumer behavior. *Journal of Business Research*, 59(1), pp. 46-53.
- Bem, A., Predkiewicz, K., Predkiewicz, P. y Ucieklak-Jez, P. (2014). Determinants of Hospital's Financial Liquidity. *Procedia Economics and Finance*, 12, pp. 27-36.

- Bem, A., Predkiewicz, P., Ucieklak-Jez, P. y Siedlecki, R. (2015). Profitability versus debt in hospital industry. En *European financial systems 2015. Proceedings of the 12th international scientific conference*, pp. 20-27.
- Benitez, M. y Faba-Perez, C. (2016). Presence of social networks in the health sector: a case-study on the best positioned hospitals in the world. *Ibersid-Revista De Sistemas De Informacion y Documentacion*, 10(2), pp. 21-30.
- Benton, W. (2013). A Profitability Evaluation of America's Best Hospitals, 2000-2008. *Decision Sciences*, 44(6), pp. 1139-53.
- Bermúdez-Tamayo, C., Jiménez-Pernett, J., García, J.F., Azpilicueta, I.; Silva, M.M., Babio, G. y Plazaola, J. (2006). Cuestionario para evaluar sitios web sanitarios según criterios europeos. *Atención primaria*, 38(5), pp. 268-74.
- Bernal-Conesa, J.A., De Nieves-Nieto, C. y Briones-Penalver, A.J. (2016). CSR and technology companies: A study on its implementation, integration and effects on the competitiveness of companies. *Intangible Capital*, 12(5), pp. 1529-90.
- Bilsel, R.U., Buyukozkan, G. y Ruan, D. (2006). A fuzzy preference-ranking model for a quality evaluation of hospital Web sites. *International Journal of Intelligent Systems*, 21(11), 1181-97.
- Biró, A. (2013). Copayments, gatekeeping, and the utilization of outpatient public and private care at age 50 and above in Europe. *Health Policy*, 111(1), pp. 24-33.
- Blanes, M.A. (2015). ¿No querían transparencia? Tomen, 11 leyes. *Revista Española de Transparencia*, 1, pp. 31-41.
- Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C. y Rothgang H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy*, 113(3), pp. 258-69.
- Bonsón, E., Cortijo, V. y Flores, F. (2009). *Análisis de estados financieros*. Pearson Educación.
- Brall, C., Schröder-Bäck, P. y Brand, H. (2016). The economic crisis and its ethical relevance for public health in Europe – an analysis in the perspective of the capability approach. *Central European Journal of Public Health*, 24(1), pp. 3-8.
- Braam, G.J., De Weerd, L.U., Hauck, M. y Huijbregts, M.A. (2016). Determinants of corporate environmental reporting: the importance of environmental performance and assurance. *Journal of Cleaner Production*, 129, 724-34.
- Brammer, S. y Pavelin, S. (2008). Factors Influencing the Quality of Corporate Environmental Disclosure. *Business Strategy and the Environment*, 17, pp. 120-36.
- Brandao, C., Rego, G., Duarte, I. y Nunes, R. (2013). Social Responsibility: a new paradigm of hospital governance? *Health Care Anal*, 21, pp. 390-402.

- Burau, V. y Blank, R.H. (2006). Comparing health policy: an assessment of typologies of health systems. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 8(1), pp. 63-76.
- Butcher, L. (2014). Harnessing the power of sustainability. Energy-efficient hospitals generate big savings and healthier communities. *Trustee : The Journal for Hospital Governing Boards*, 67(3), pp. 10-1.
- Cabello, P. e Hidalgo, A. (2014): Análisis de la eficiencia hospitalaria por comunidad autónoma en el ámbito del sistema nacional de salud. *Investigaciones regionales*, 28, pp. 147-58.
- Cabo, J. (2010). *Gestión sanitaria integral: pública y privada*. Madrid: Centro de Estudios Financieros.
- Calvo, M.A. (2007). Determinantes de la utilización de la información contable en lo hospital empresarial portugués. *Conocimiento, innovación y emprendedores: camino al futuro*, pp. 989-1005
- Calvo, M.A. (2014). Calidad y características de los sitios web de los hospitales españoles de gran tamaño. *Revista Española de documentación científica*, 37(1), pp. 1-19.
- Calvo, M.A. (2016). Herramientas para la participación ciudadana virtual y su desarrollo en las webs del Sistema Sanitario Público de Andalucía. *Revista Española Documentación Científica*, 39(4), pp. 1-17.
- Camacho, G., Portales, L. y García, C. (2012). Herramientas de gestión de la RSE en América Latina. En Raufflet, E., Lozano, J.F., Barrera, E. y García, C., *Responsabilidad social empresarial*. (pp. 1-13). México: Pearson.
- Capriotti, P. y Moreno, A. (2007). Corporate citizenship and public relations: The importance and interactivity of social responsibility issues on corporate websites. *Public Relations Review*, 33(1), pp. 84-91.
- Cárcaba, A. y García, J. (2008). Determinantes de la divulgación de información contable a través de Internet por parte de los gobiernos locales. *Revista Española de Financiación y Contabilidad*, 37(137), pp. 63-84.
- Carmines, E.G. y Zeller, R.A. (1979). *Reliability and validity assessment*. Sage University Paper Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, Sage Beverly Hills, CA
- Casey, R.J. y Grenier, J.H. (2015). Understanding and contributing to the enigma of corporate social responsibility (CSR) assurance in the United States. *Auditing: A Journal of Practice & Theory*, 34(1), 97-130.
- Castaño, E.J. (2011). Comunicar la responsabilidad social, una opción de éxito empresarial poco explorada. *Revista Lasallista de Investigación*, 8(2), pp. 173-88.
- Castelo, M. y Lima, L. (2008). Factors Influencing Social Responsibility Disclosure by Portuguese Companies. *Journal of Business Ethics*, 83(4), pp. 685-701.

- Cepeda, G. y Roldán, J.L. (2005). *Aplicando la Técnica PLS en la Administración de Empresas*, XIV Congreso de ACEDE. Septiembre. Murcia, España.
- Cerci, U.O. (2017). Social media use of hospitals in terms of communication and public relations. *Turkish Online Journal of Design Art and Communication*, 7(2), pp. 192-202.
- Chang, C.P. (2009). The relationships among corporate social responsibility, corporate image and economic performance of high-tech industries in Taiwan. *Quality and Quantity*, 43(3), 417-29.
- Chang, P., Hou, I.C., Hsu, C.L. y Lai, H.F. (2006). Are Google or Yahoo a good portal for getting quality healthcare web information? In *AMIA Annual Symposium Proceedings* (pp. 878). American Medical Informatics Association.
- Chaudhri, V. y Wang, J. (2007). Communicating Corporate Social Responsibility on the Internet. A Case Study of the Top 100 Information Technology Companies in India. *Management Communication Quarterly*, 21(2), pp. 232-47.
- Chiarini, A. y Vagnoni, E. (2016). Environmental sustainability in European public healthcare Could it just be a matter of leadership? *Leadership in Health Services*, 29(1), pp. 2-8.
- Chin, W.W. (2010). How to write up and report PLS analyses (pp. 655-90). En Esposito Vinzi, V., Chin, W.W., Henseler, J. y Wang, H. (Eds.), *Handbook of partial least squares: Concepts, methods and applications*. Springer-Verlag: Berlin.
- Chin, W.W. (1998a). *The Partial Least Squares approach to structural equation modeling*. En Marcoulides, G.A. (Eds.), *Modern Methods for Business Research*. Lawrence Erlbaum, New Jersey, pp. 295-336.
- Chin, W.W. (1998b). *Issues and Opinion on Structural Equation Modeling*, *MIS Quarterly*, 22(1), pp. 7-16.
- Choate, G.M., y Tanaka, K. (1979). Using financial ratio analysis to compare hospitals' performance. *Hospital Progress*, 60(12), pp. 43-58.
- Choi, M. y Lee, K. (2008). A strategy for enhancing financial performance: a study of general acute care hospitals in South Korea. *Health Care Manage*, 27(4), pp. 288-97.
- Chu, D.K., Zollinger, T.W., Kelly, A.S. y Saywell, R.M. (1991). An empirical analysis of cash flow, working capital, and the stability of financial ratio groups in the hospital industry. *Journal of Accounting and Public Policy*, 10(1), pp. 39-58.
- Chun, L.W. (2014). The Factors Affecting the Profitability of Oriental Medicine Hospital of University in Korea. *Asia-Pacific Journal of Business Venturing and Entrepreneurship*, 9(2), 109-16.
- Clarke, R.L. (1999). Profitability is no measure of viability. *Journal of the Healthcare Financial Management Association*, 53(3), pp. 16.

- Cleverley, W.O. (1990). Improving financial performance: a study of 50 hospitals. *Hospital & Health Services Administration*, 35(2), pp. 173-87.
- Cleverley, W.O. y Massar, G.S. (1983). A survey report: how hospitals measure liquidity. *Journal of the Healthcare Financial Management Association*, 37(11), pp. 66-72.
- Cleverley, W.O. y Harvey, R.K. (1990). Profitability: comparing hospital results with other industries. *Journal of the Healthcare Financial Management Association*, 44(3), pp. 42-6.
- Cleverley, W.O. y Harvey, R.K. (1992). Does hospital financial performance measure up? *Journal of the Healthcare Financial Management Association*, 46(5), pp. 20-6.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Colón, B. (2016). Más allá de la transparencia: buscando un enfoque integral hacia la rendición de cuentas. *Revista Española de Transparencia*, 2, pp. 14-9.
- Comisión Europea (2001). Libro Verde. *Fomentar un Marco Europeo para la Responsabilidad Social de las Empresas*, COM/2001/0366.
- Conde-Ruiz, J.I. y González, C.I. (2016). From Bismarck to Beveridge: the other pension reform in Spain. *SERIEs*, 7(4), pp. 461-90.
- Conesa, M.C., Aguinaga, E. y Hernández, J.J. (2011). Evaluación de la calidad de las páginas web sanitarias mediante un cuestionario validado. *Atención primaria*, 43(1), pp. 33-40.
- Conesa, J.A., De Nieves, C. y Briones, A.J. (2016). Aplicación de un modelo de ecuaciones estructurales para analizar los sistemas de gestión en la integración de la RSC y su influencia en la estrategia y el performance de las empresas tecnológicas. *Revista de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa*, 21, pp. 77-102.
- Correia, T., Dussault, G. y Pontes, C. (2015). The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries. *Health Policy*, 119(12), 1600-5.
- Cortès-Franch, I. y González, B. (2014). Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), pp. 1-6.
- Cortés, A.M., Rayo, S. y Lara, J. (2011). *Un Modelo Explicativo-Predictivo de la Rentabilidad Financiera de las Empresas en los Principales Sectores Económicos Españoles*. En XVI Congreso AECA. Granada.
- Costa-Font, J. y Gil, J. (2008). *Exploring the pathways of inequality in health, access and financing in decentralised Spain*. London: LSE Health.
- Costa-Sanchez, C., Túnez-Lopez, M. y Videla-Rodriguez, J.J. (2016). Spanish hospitals in the social web. The management of Facebook and Twitter by Hospital Sant Joan de Deu (Barcelona). *Revista Latina De Comunicacion Social*, 71(10), pp. 1108-30.

- Counte, M.A., Glandon, G.L., Holloman, K. y Kowalczyk, J. (1988). Using ratios to measure hospital financial performance: can the process be simplified? *Health Services Management Research*, 1(3), 173-80.
- Coyne, J. (1982). Hospital performance in multihospital systems: a comparative study of system and independent hospitals. *Health Services Research*, 17(4), pp. 303-29.
- Creixans-Tenas, J. & Arimany-Serrat, N. (2016). Gaudeixen de salut financera els hospitals privats catalans? *Intangible Capital*, 12(1), 198-222.
- Cruz, T. (2007). "Marketing para Hospitales. En J.L. Temes y M. Mengíbar, (Eds.), *Gestión Hospitalaria*, (pp. 641-64). Madrid: McGraw-Hill España.
- Cueto, D.R., Rojano, F.J.P. y De las Heras Pedrosa, C. (2016). Factores influyentes en el éxito de la comunicación hospitalaria vía redes sociales. *Revista Latina de Comunicación Social*, 71, 1170-86.
- Cueva, D.F., Rojas, D., Armijos, R. y Balladarez, K. (2017). Variation of profitability according to sources of financing. En *Information Systems and Technologies (CISTI), 2017 12th Iberian Conference* (pp. 1-6). IEEE.
- Dahlsrud, A. (2008). How corporate social responsibility is defined: an analysis of 37 definitions. *Corporate social responsibility and environmental management*, 15(1), pp. 1-13.
- Das, D. (2009). Factor analysis of financial and operational performance measures of non-profit hospitals. *Journal of Health Care Finance*, 36(2), pp. 13-23.
- Dávila, C.D. y González, B. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), pp. 261-65.
- Day, R. (2005). *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*. 3ª ed. Washington: OPS.
- De Beelde, I. y Tuybens, S. (2015). Enhancing the credibility of reporting on corporate social responsibility in Europe. *Business Strategy and the Environment*, 24, pp. 190-216.
- De La Torre, M.J., Estepa, M., López-Pardo, M., León, F., Sánchez, S. y Toledano, S. (2014). Evaluación de la calidad de las páginas webs de los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, *Rev. Calid. Asist.*, 29(3), pp. 127-34.
- Da Silva, S.M. y Aibar-Guzmán, B. (2010). Determinants of environmental disclosure in the annual reports of large companies operating in Portugal. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 17, pp. 185-204.
- De Villiers, C. y Marques A. (2016). Corporate social responsibility country-level predispositions, and the consequences of choosing a level of disclosures. *Accounting and Business Research*, 46(2), pp. 167-95.
- Del Vecchio, M., Fenech, L. y Prenestini, A. (2015). Private health care expenditure and quality in Beveridge systems: cross-regional differences in the Italian NHS. *Health Policy*, 119(3), pp. 356-66.

Delnoij, D.M. (2013). Bismarck or Beveridge: primary care matters. *European Journal of Public Health*, 23(3), pp. 349.

Departamento de Asuntos Económicos y Europeos de la Confederación Española de Organizaciones Empresariales. (2016). El traspaso de competencias en el sector público. Madrid: CEOE.

Díaz, A. y Chain, C. (2008). Contenidos de las Web de los hospitales españoles: un aspecto pendiente de discusión y unificación, *Acimed*, 17, pp. 1-13.

Domínguez-Castro, A. e Iñesta-García, A. (2004). Evaluación de la calidad de las webs de centros de farmacoconomía y economía de la salud en Internet mediante un cuestionario validado. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), pp. 295-304.

Eldenburger, L. y Krishnan, R. (2003). Public versus private governance: a study of incentives and operational performance. *Journal of Accounting and Economics*, 35(3), pp. 377-404.

Elsayed, K. y Paton, D. (2005). The impact of environmental performance on firm performance: static and dynamic panel data evidence. *Structural change and economic dynamics*, 16(3), pp. 395-412.

Errasti, F. (1997). *Principios de Gestión Sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.

European Commission Eurostat. (2017). Recuperado de: <http://ec.europa.eu/eurostat>

Faezipour, M. y Ferreira, S. (2013). Developing a system thinking perspective of hospital water sustainability. *En Systems Conference (SysCon), 2013 IEEE International* (pp. 109-13).

Falk, R.F. y Miller, N.B. (1992). *A Primer for Soft Modeling*. The University of Akron, Akron, Ohio.

Ferrera, M. (1996). The Southern Model of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1), pp. 17-37.

Ferràs, X.; Armisen, A.; Tarrats, E. y Arimany, N. (2018). The new manufacturing: in search of the origins of the next generation manufacturing start-ups. *International Journal of Innovation and Technology Management*, volumen en prensa.

Ferràs, X.; Tarrats, E. y Arimany, N. (2017). Disruption in the automotive industry: A Cambrian moment. *Business horizons*, 60, pp. 855-63.

Fornell, C. (1982). *A second generation of multivariate analysis: an overview*, en C. Fornell (Ed.): *A second generation of multivariate analysis*. New York: Praeger Publishers, pp. 1-21.

Fornell, C. y Larcker, D.F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), pp. 39-50.

Foster, R.N. (1986). Working the S-curve: assessing technological threats. *Research Management*, 29(4), pp. 17-20.

French III, H. (1996). *Competition and Monopoly in Medical Care*. Washington, DC: The AEI Press.

- Frías-Aceituno, J.V., Marques, M.C. y Rodríguez-Ariza, L. (2013). Divulgación de información sostenible: ¿se adapta a las expectativas de la sociedad? *Revista Española de Contabilidad, RC-SAR*, 16(2), pp. 147-58.
- Frigola, J., Palomo, A.M. y Marca, G. (2015). Análisis de los canales de vídeo de las asociaciones médicas españolas. *Opción*, 31(6), pp. 305-17.
- Fundación Telefónica. (2006). Las TIC en la sanidad del futuro. Barcelona: Ariel.
- Gallardo, D., Jorge, F. y Seabra, F.M. (2010). Responsabilidad Social y aspectos éticos en las organizaciones, un análisis de actitudes de los futuros gestores empresariales. *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión*, 16, pp. 1-26.
- Gallardo, D., Sánchez, M.I. y Castillo, F. (2014). Modelización estructural de la orientación a la responsabilidad social en las sociedades cooperativas y su impacto en los resultados. *Información Comercial Española, ICE: Revista de economía*, (879), 125-42.
- Gallardo, D., Sánchez, M.I. y Corchuelo, M.B. (2013). Validación de un instrumento de medida para la relación entre la orientación a la responsabilidad social corporativa y otras variables estratégicas de la empresa. *Revista de Contabilidad*, 16(1), 11-23.
- Gallardo-Vázquez, D. y Sánchez-Hernández, M. (2013). Análisis de la incidencia de la responsabilidad social empresarial en el éxito competitivo de las microempresas y el papel de la innovación. *Universia Business Review*, 38, pp. 14-31.
- Gallardo-Vázquez, D. y Sánchez-Hernández, M. (2014). Measuring Corporate Social Responsibility for competitive success at a regional level. *Journal of Cleaner Production*, 72, 14–22.
- Gallego-Álvarez, I., Rodríguez-Domínguez, L. y García-Sánchez, I.M. (2011). Information disclosed online by Spanish Universities: content and explanatory factors. *Online Inf. Rev.*, 35, pp. 360-85.
- Gallo, P. y Gene-Badia, J. (2013). Cuts drive health system reforms in Spain. *Health Policy*, 113(1-2), pp. 1-7.
- Gamerschlag, R., Möller K. y Verbeeten, F. (2011). Determinants of voluntary CSR disclosure: empirical evidence from Germany. *Review of Managerial Science*, 5, pp. 233-62.
- Gapenski, L., Vogel, W. y Langland-Orban, B. (1993). The determinants of hospital profitability. *Journal of Healthcare Management*, 38(1), pp. 63-80.
- García, S., Morales, M., Martí, A. y Llopis, A. (2015). Development of certified environmental management in hospital and outpatient haemodialysis units. *Nefrología (Madrid)*, 35(6), pp. 539-46.
- García, S., Llopis, A. y Morales, M. (2016). Introduction of voluntary environmental management systems into the Spanish hospital network: current state. *Revista De Salud Ambiental*, 16(2), pp. 92-102.

- García-Lacalle, J., Pina, V. y Royo S. (2011). The unpromising quality and evolution of Spanish public hospital web sites. *Online Information Review*, 35(1), pp. 86-112.
- García-Rada, A. (2012). New legislation transforms Spain's health system from universal access to one based on employment. *British Medical Journal*, 344, pp. e3196.
- García-Sánchez, I., Frías, J. y Rodríguez, L. (2013). Determinants of corporate social disclosure in Spanish local governments. *Journal of Cleaner Production*, 39, pp. 60-72.
- Garde, R., Rodríguez, M.P. y López, A.M. (2013). Online Disclosure of University Social Responsibility: A Comparative Study of Public and Private US Universities. *Environmental Education Research*, 19(6), pp. 709-46.
- Garde, R., Rodríguez, M.P. y López, A.M. (2017). Corporate and Managerial Characteristics as Drivers of Social Responsibility Disclosure by State-Owned Enterprises. *Review of Managerial Science*, 11(3), pp. 633-59.
- Gillmeister, D. (2012). Hospitals that go green can see green with effective waste strategies. *Healthcare Purchasing News*, 36(1), pp. 46-7.
- Gimenez, C. y Tachizawa, E.M. (2012). Extending sustainability to suppliers: a systematic literature review. *Supply Chain Management: An International Journal*, 17(5), pp. 531-43.
- Giner, J., Lorenzo, R.M. y Abásolo, I. (2005). Análisis financiero de las empresas hospitalarias en Canarias: un estudio comparado en el conjunto español. *Encuentros ALDE*, pp. 1-19.
- Global Reporting Initiative (GRI) (2013). G4 Sustainability Reporting Guidelines. Amsterdam: Global Reporting Initiative.
- Goodhue, D., Lewis, W. y Thompson, R. (2006). *PLS, small sample size, and statistical power in MIS research*. En proceedings of the 39th Annual Hawaii International Conference on System Sciences. Enero. Washington.
- Gómez, L.M. (2013). Me gusta o te sigo: Análisis de la comunicación de prácticas de Responsabilidad Social Corporativa a través de los medios sociales. *Correspondencias & Análisis*, 3, pp. 89-109.
- Gómez, L.M. y Chalmeta, R. (2011). Corporate Responsibility in US corporate websites: A pilot study. *Public Relations Review*, 3(1), pp. 93-5.
- González-Pascual, J. (2016). *Análisis de la empresa a través de su información económico-financiera: fundamentos teóricos y aplicaciones* (5a ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- González, B., Urbanos, R.M. y Ortega, P. (2004). Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), pp. 82-9.
- Grayson, M.A., Kehoe, B., Hrickiewicz, M., Ferenc, J., Edge-Gumbel, S. y Woodin, D. (2011). Inside HFM: Sustainable success. *In Proceedings of the health facilities management forum*.

- Green, S.B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 26(3), pp. 499-510.
- Gruca, T.S. y Wakefield, D.S. (2004). Hospital web sites - Promise and progress. *Journal of Business Research*, 57(9), pp. 1021-25.
- Guillamón, M.D., Bastida, F. y Benito, B. (2011). The determinants of local government's financial transparency. *Local Government Studies*, 37(4), pp. 391-406.
- Guillén, A.M. (2006). Los sistemas sanitarios públicos europeos y el sistema sanitario público español. En *Jornadas sobre la sanidad pública en España: 15 y 16 de marzo de 2006*. Oviedo: Consejo Económico y Social del Principado de Asturias.
- Guirao, J.A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *ENE Revista de Enfermería*, 9(2).
- Gujarati, D. y Porter, D. (2008). *Basic econometrics* (5th Edition). Boston: McGraw-Hill Education.
- Hair, J.F., Ringle, C.M. y Sarstedt, M. (2011). PLS-SEM: indeed a silver bullet. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 19(2), 139-52.
- Hamilton, L.C. (2011). Education, politics and opinions about climate change evidence for interaction effects. *Climatic Change*, 104(2), pp. 231-42.
- Hammann, E.M., Habisch, A. y Pechlaner, H. (2009). Values that create value: socially responsible business practices in SMEs – empirical evidence from German companies. *Business Ethics: A European Review*, 18(1), 37-51.
- Haniffa, R.M. y Cooke, T.E. (2005). The impact of culture and governance on corporate social reporting. *Journal of Accounting and Public Policy*, 24, pp. 391-430.
- Hart, C. (2018). *Doing a Literature Review: Releasing the Research Imagination*. London: Sage.
- Henseler, J., Ringle, C.M. y Sinkovics, R.R. (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. *Advances in International Marketing*, 20, 277-320.
- Henseler, J., Dijkstra, T.K., Sarstedt, M., Ringle, C.M., Diamantopoulos, A., Straub, D.W., Ketchen, D.J., Jr., Hair, J.F., Hult, G.T.M. y Calantone, R.J. (2014). Common beliefs and reality about PLS. *Organizational Research Methods*, 17(2), pp. 182-209
- Heras, I. y Arana, G. (2011). Impacto de la certificación ISO 14001 en el rendimiento financiero empresarial: conclusiones de un estudio empírico. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, 14(2), pp. 112-22.
- Herda, D.N., Taylor, M.E. y Winterbotham, G. (2014). The effect of country-level investor protection on the voluntary assurance of sustainability reports. *Journal of International Financial Management & Accounting*, 25(2), pp. 209-36.
- Herrera, J., Larrán, M., Lechuga, M.P. y Martínez-Martínez, D. (2016). Responsabilidad social en las pymes: análisis exploratorio de factores explicativos. *Revista de Contabilidad*, 19(1), pp. 31-44.

- Hu, L. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), pp. 1-55.
- Hurst, J.W. (1991). Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs*, 10(3), pp. 7-21.
- Icart, M.T. y Canela, J. (1994). El artículo de revisión. *Enfermería Clínica*, 4(4), pp. 180-4.
- Ihlen, O., Barlett, J. y May, S. (2011). Corporate Social Responsibility and Communication, pp. 3-22. En Ihlen, O., Barlett, J. y May S. (eds). *The Handbook of Communication and Corporate Social Responsibility*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2017). Recuperado de: <http://www.ine.es>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2009). *Desarrollo sostenible 2008: Principales indicadores de España para el seguimiento de la Estrategia de DS de la UE*. INE: Madrid.
- Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. (2017). *Sanidad Privada, aportando valor. Análisis de situación 2017*. Madrid: IDIS. Recuperado a partir de https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/informe_analisis_situac_idis2017_web.pdf
- Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA). (2018). *Evolución del Mercado Asegurador. Avance Estadística del año 2017*. Publicación núm. 160.
- Isenmann, R. (2006). CSR Online: Internet Based Communication (pp. 246-253). En Jonker, J. y De White, M. (eds.). *Management Models for Corporate Social Responsibility*. Berlín: Springer.
- ISO/IEC 25010. (2011). Systems and software Quality Requirements and Evaluation (SQuaRE) - System and software quality models, *International Standard ISO/IEC 25010*, 2(1), pp. 1-25.
- Jacobs, P. y Hall, E.M. (1994). Key operating and financial ratios for Alberta hospitals. *Healthcare Management Forum*, 7(1), pp. 19-23.
- Jarousse, L.A. (2012). Environmental sustainability programs for hospitals. *Trustee: The journal for hospital governing boards*, 65(2), pp. 22.
- Jiménez-Pernett, J., García-Gutiérrez, J.F. y Bermúdez-Tamayo, C. (2009). Accesibilidad de sitios web sobre salud para mayores. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 44(6), pp. 342-8.
- Jorge, S., Sá, P.M., Pattaro, A. y Lourenço, R. (2011). *Local Government financial transparency in Portugal and Italy: a comparative exploratory study on its determinants*. 13th Biennial CIGAR Conference, Bridging Public Sector and Non-Profit Sector Accounting, pp. 9-10. Ghent, Belgium.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D. y McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381, pp. 1323-31.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378, 1457-8.

- Khalaf, A.M., Alsharqi, O.Z., Al-Borie, H.M., Ashoor, M.M. y Al-Orige, A.S. (2016). Corporate Social Responsibility and Brand Image: An Empirical Investigation of Private Sector Hospitals in Saudi Arabia. *International Business Research*, 9(9), pp. 91.
- Kickert, W., Randma-Liiv, T. y Savi, R. (2015). Politics of fiscal consolidation in Europe: a comparative analysis. *International Review of Administrative Sciences*, 81(3), pp. 562-84.
- Kiil, A. (2012). What characterises the privately insured in universal health care system? A review of the empirical evidence. *Health Policy*, 106(1), pp. 60–75.
- Kind, T., Wheeler, K.L., Robinson, B. y Cabana, M.D. (2004). Do the leading children's hospitals have quality web sites? A description of children's hospital web sites. *Journal of Medical Internet Research*, 6(2), pp. 1-15.
- Kolk, A. y Perego, P. (2010). Determinants of the adoption of sustainability assurance statements: An international investigation. *Strategy and the Environment*, 19, pp. 182-98.
- Kotler, P. (1985). *Dirección de Mercadotecnia*. México: Pearson Educación.
- Kumakawa, T. (2009). Social responsibility in healthcare system: ISO 26000 and socially responsible investment. *Journal of the National Institute of Public Health*, 58(3), pp. 283-293.
- Lamata, F., Conde, J., Martínez, B. y Horno, M. (1994). *Marketing Sanitario*. Madrid: Díaz de Santos.
- Langland-Orban, B., Gapenski, L.C. y Vogel, W.B. (1996). Differences in characteristics of hospitals with sustained high and sustained low profitability. *Hospital & Health Services Administration*, 41(3), pp. 385-99.
- Langstaff, K. y Brzozowski, V. (2017). Managing environmental sustainability in a healthcare setting. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 84-8.
- Larrán, M., Herrera, J. y Andrades, F.J. (2015). Factors Influencing the Presence of Sustainability Initiatives in the Strategic Planning of Spanish Universities. *Environmental Education Research*, 21(8), pp. 1155-87.
- Lee, M. (2015). Financial Analysis of National University Hospitals in Korea. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 6(5), pp. 310-7.
- Lee, M. y Choi, M. (2011). Difference of conflict levels of nurses and nurse-aids against doctors. *Journal of the Korea Academia-Industrial*, 12(11), pp. 4844-51.
- Lega, F., Prenestini, A. y Spurgeon, P. (2013). Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies. *Value in Health*, 16(1), pp. S46-51.
- Legendre, S. y Coderre, F. (2013). Determinants of GRI G3 application levels: the case of the fortune global 500. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 20(3), pp. 182-92.

- Legido-Quigley, H., Otero, L., La Parra, D., Alvarez-Dardet, C., Martin-Moreno, J.M. y McKee, M. (2013). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *British Medical Journal*, 346, pp. f2363.
- Lemme, C.F. (2010). O valor gerado pela sustentabilidade corporativa. En Zylberstajn, D. Y Lins D.C. (Eds.), *Sustentabilidade e Geracão de Valor: A Transição para o Século XXI* (pp. 37–63). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Li, S., Fetscherin, M., Alon, I., Lattemann, C. y Yeh, K. (2010). Corporate social responsibility in emerging markets. *Management International Review*, 50(5), pp. 635-54.
- Li, W. y Zhang, R. (2010). Corporate social responsibility, ownership structure, and political interference: Evidence from China. *Journal of Business Ethics*, 96(4), pp. 631-45.
- Liao, L., Lin, T.P. y Zhang, Y. (2016). Corporate board and corporate social responsibility assurance: Evidence from China. *Journal of Business Ethics*, print online.
- Lim, A. y Tsutsui; K. (2012). Globalization and commitment in corporate social responsibility cross-national analyses of institutional and political-economy effects. *American Sociological Review*, 77(1), pp. 69-98.
- Lo, S.F. (2010). Performance evaluation for sustainable business: a profitability and marketability framework. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 17(6), 311-9.
- Lorenzo, J.M.P.; Sánchez, I.M.G. & Álvarez, I.G. (2009). Características del consejo de
- Lombardi, G. y Baum, N. (2011). Health 2.0: how interactive Web sites are changing the healthcare industry. *The Journal of Medical Practice Management: MPM*, 26(4), pp. 242-4.
- López-Rodríguez, A., Abad-Bassols, A. y Esteban-Gonzalo, S. (2014). *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013*. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
- Luna, L., Restrepo, J.E. y Zúñiga, D. (2009). Fluctuaciones macroeconómicas y comportamiento de las empresas en Chile. *Economía Chilena*, 12(2), pp. 83-95.
- Lynn, M.L. y Wertheim, P. (1993). Key financial ratios can foretell hospital closures. *Journal of the Healthcare Financial Management Association*, 47(11), pp. 66-70.
- Machado, C.M., Scavarda, A., Vaccaro, G., Korzenowski, A.L. y Batista, E. (2015). Analysis of hospital's sustainability: Economical, environmental, and social lenses. *In IIE Annual Conference. Proceedings* (p. 2361). Institute of Industrial and Systems Engineers (IISE).
- MacStravic, R.S. (1984). Persuasive communication strategies for hospitals. *Health Care Management Review*, 9(2), 69-75.
- Maifredi, G., Orizio, G., Bressanelli, M., Domenighini, S., Gasparotti, C., Perini, E. y Gelatti, U. (2010). Italian hospitals on the web: a cross-sectional analysis of official websites. *Bmc Medical Informatics and Decision Making*, 10.

- Manzo, B.F., Brito, M.J. y Correa, A. (2012). Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), pp. 388-94.
- Marca, G. (2011). *La evaluación en los modelos de planificación estratégica de las relaciones públicas. Análisis comparativo del uso de la evaluación de la comunicación en las redes hospitalarias de los modelos sanitarios de España, el Reino Unido y Estados Unidos* (Tesis doctoral). Universidad Rovira Virgili, Cataluña.
- Marín-Calahorra, F. (2008). *Responsabilidad Social Corporativa y comunicación*. Madrid: Fragua.
- Marrewijk, M.V. (2003). Concepts and definitions of CSR and corporate sustainability: Between agency and communion. *Journal of Business Ethics*, 44(2-3), pp. 95-105.
- Marston, C. (2003). Financial reporting on the Internet by leading Japanese companies. *Corporate communications*, 8(1), pp. 23-34.
- Martín, J.J. (2016). El sistema nacional de salud español ante la gran recesión. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), pp. 315-34.
- Martín, J.J. y López del Amo, M.P. (2007). Innovaciones Organizativas y de Gestión en el Sistema Nacional de Salud. En J.L. Temes y M. Mengíbar, (Eds.), *Gestión Hospitalaria* (pp. 567-80). Madrid: McGraw Hill España.
- Martín-Moreno, J.M., Alonso, P., Claveria, A., Gorgojo, L. y Peiró S. (2009). Spain: a decentralised health system in constant flux. *British Medical Journal*, 338, pp. b1170.
- Martínez, O.C., Ruiz, J.G. y Verján, R. (2012). Utilización de la prensa escrita como medio de divulgación de las acciones de RSE. *Sotavento MBA*, 20, 40-7.
- Martínez, A., Smith, K., Llop-Gironés, A., Vergara, M. y Benach J. (2016). La mercantilización de la sanidad: el caso de Catalunya. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), pp. 335-55.
- Martisi, B. (2016). La situación de la transparencia en España en comparación con su entorno europeo. *Revista Española de Transparencia*, 3, pp. 29-37.
- Matten D. y Moon J. (2008). 'Implicit' and 'explicit' CSR: A conceptual framework for a comparative understanding of corporate social responsibility. *Academy of Management Review*, 33, pp. 404-24.
- Mayer, M.A., Leis, A. y Sanz, F. (2009). Información sobre salud en internet y sellos de confianza como indicadores de calidad: el caso de las vacunas. *Atención primaria*, 41(10), pp. 534-42.
- Mayer, M.A., Sarrias, R., Latorre, M., Borrell, F., Moreto, M.J. y Bruguera, R. (2018). Sello de Web Médica Acreditada [consultado 18/07/2017]. Disponible en: http://wma.comb.es/cast/codi_conducte.htm
- Mazzucato, M. (2014). *El estado emprendedor*. Barcelona: RBA libros.

- McDermott, D.R., Franzak, F.J. y Little, M.W. (1993). Does marketing relate to hospital profitability? *Journal of Health Care Marketing*, 13(2), pp. 18-25.
- McGain, F. y Naylor, C. (2014). Environmental sustainability in hospitals—a systematic review and research agenda. *Journal of health services research & policy*, 19(4), 245-52.
- McKee, M. y Stuckler, D. (2011). The assault on universalism: how to destroy the welfare state. *British Medical Journal*, 343, pp. d7973.
- Medina, P. (2012). La comunicación hospitalaria 2.0.: un nuevo desafío para la comunicación institucional. *Austral Comunicación*, 1(2).
- Medina, P. (2012). La responsabilidad social corporativa en hospitales: un nuevo desafío para la comunicación institucional. *Revista Española De Comunicación en Salud*, 3(1), pp. 77-87.
- Medina, P. y González, A. (2017). Corporate communication strategies in hospitals. *Austral Comunicacion*, 6(1), pp. 161-80.
- Mendoza, S., De Nieves, C. y Briones, A.J. (2010). *Capacidades empresariales en responsabilidad social y cooperación en los agronegocios de la Región de Murcia*. Murcia: Diego Marín Librero-Editor.
- Mick, S. y Wise, C. (1996). Downsizing and financial performance in rural hospitals. *Health Care Management Review*, 21(2), pp. 16-25.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). Catálogo Nacional de Hospitales 2017. Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). Estadística de gasto sanitario público 2015: principales resultados. Edición de mayo de 2017. Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- Minué, S. y Martín, J.J. (2013). Gestión privada: ¿más eficiente? *Actualización en Medicina de Familia*, 9(1), pp. 15-23.
- Minué-Lorenzo, S., García, J.F. y Mercader, J.J. (2012). Beginning of the end for Spain's National Health System. *British Medical Journal*, 344, pp. e3213.
- Mira, J.J., Lorenzo, S., Navarro, I., Pérez-Jover, V. y Vitaller, J. (2006). Quality of websites in Spanish Public hospitals. *Medical informatics and the Internet in Medicine*, 31(1), pp. 23-44.
- Mira, J.J., Lorenzo, S., Navarro, I., Pérez-Jover, V. y Vitaller, J. (2013). Design and validation of the CSR-Hospital-SP scale to measure corporate social responsibility. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), pp. 529-32.
- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S. y McKee, M. (2012). Health policy in the financial crisis. *Quarterly of the European Observatory on Health systems and policies*, 18, pp. 3-6.

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. y Altman, D.G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(6), e1000097.
- Moneva, J.M. y Martin, E. (2012). Universidad y desarrollo sostenible: Análisis de la rendición de cuentas de las universidades públicas desde un enfoque de responsabilidad social. *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión*, 10(19), pp. 1-18.
- Morales, F. y Jarne, J. (2009). E-gobierno corporativo: evidencia en Chile sobre la divulgación de información en internet. *Capic Review*, (7), pp. 45-62.
- Moreira, R., Faria, P., Alexandre, I. y Alturas, B. (2016). Qualidade dos sítios Web da Administração Pública Portuguesa. *Rev. Ibérica Sist. y Tecnol. Inf.*, 20, pp. 78-98.
- Moreno, A. y Capriotti, P. (2006). La comunicación de las empresas españolas en sus webs corporativas. Análisis de la información de responsabilidad social, ciudadanía corporativa y desarrollo sostenible. *Revista de Estudios de Comunicación*, 11(21).
- Moroney, R., Windsor, C. y Aw, Y.T. (2012). Evidence of assurance enhancing the quality of voluntary environmental disclosures: an empirical analysis. *Accounting & Finance*, 52(3), pp. 903-39.
- Morsing, M. y Schultz, M. (2006). Corporate Social Responsibility Communication: Stakeholder Information, Response, and Involvement Strategies. *Journal of Business Ethics*, 15(4), pp. 323-88.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. y Kutzin, J. (Eds.). (2002). *Funding health care: options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Motwani, J.G., Cheng, C.H. y Madan, M.S. (1996). Implementation of ISO 9000 in the healthcare sector: a case study. *Health Marketing Quarterly*, 14(2), pp. 63-72.
- Mou, H. (2013). The political economy of the public-private mix in health expenditure: an empirical review of thirteen OECD countries. *Health Policy*, 113(3), pp. 270-83.
- Moyano, M.A. y Rivera, J.M. (2017). Aspectos relevantes para el diseño de planes de salud sostenibles orientados a los grupos de interés. Una propuesta basada en la guía ISO 26000: 2010. *Revista Española de Salud Pública*, 91, pp. e1-e14.
- Muñoz, R.M., Pablo, J.D. y Peña, I. (2015). Linking corporate social responsibility and financial performance in Spanish firms. *European Journal of International Management*, 9(3), pp. 368-83.
- Nascimento, G., Araujo, C.A. y Alves, L.A. (2017). Corporate sustainability practices in accredited Brazilian hospitals: a degree-of-maturity assessment of the environmental dimension. *Revista de Administração (São Paulo)*, 52(1), pp. 26-35.
- Navarro, A., Alcaraz, F.J. y Zafra, J.L. (2010). La divulgación de información sobre responsabilidad corporativa en administraciones públicas: Un estudio empírico en gobiernos locales. *Revista de Contabilidad-Spanish Accounting Review*, 13, pp. 285-314.

- Navarro, J.L. y Hernández, E. (2013). *Desarrollo sostenible en el sector salud: la memoria de sostenibilidad del Hospital Universitario Virgen de las Nieves*, pp. 441-60.
- Navarro, A., Tirado V.P., Ruiz, M. y De los Ríos, A. (2015). Divulgación de información sobre responsabilidad social de los gobiernos locales europeos: El caso de los países nórdicos. *Gestión y política pública*, 24(1), pp. 229-70.
- Nayar, P. y Ozcan, Y.A. (2008). Data envelopment analysis comparison of hospital efficiency and quality. *Journal of Medical Systems*, 32(3), pp. 193-9.
- Nevado-Gil, M.T. y Gallardo-Vázquez, D. (2016). Información sobre Responsabilidad Social contenida en las páginas webs de los ayuntamientos. Estudio en la región del Alentejo. *Revista Española Documentación Científica*, 39(4), pp. e150.
- Nevado-Gil, M.T., Gallardo-Vázquez, D. y Sánchez-Hernández, M.I. (2013). La administración local y su implicación en la creación de una cultura socialmente responsable. *Revista Prisma Social*, 10, pp. 64-118.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Nunnally, J.C. y Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory*. McGraw-Hill, New York. 3ª edición.
- Ocaña, C., Salas, V. y Vallés, J. (1994). Un análisis empírico de la financiación de la pequeña y mediana empresa manufacturera española: 1983-1989. *Moneda y Crédito*, 199, pp. 57-96.
- Oliveira, J.A. (2008). *Empresas na sociedade: Sustentabilidade e responsabilidade social*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Ongaro, E., Ferre, F. y Fattore, G. (2015). The fiscal crisis in the health sector: Patterns of cutback management across Europe. *Health Policy*, 119(7), pp. 954-63.
- Or, Z., Cases, C., Lisac, M., Vrangbæk, K., Winblad, U. y Bevan, G. (2010). Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems. *Health Economics, Policy and Law*, 5(3), pp. 269-93.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2010). Growing health spending puts pressure on government budgets, according to OECD Health Data 2010. Recuperado de: <http://www.oecd.org>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2017). OECD Health Statistics 2017. Recuperado de: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Recuperado de: <http://www.who.int/es/>
- Ortún-Rubio V., Pinto Prades J.L. y Puig-Junoy J. (2001). La economía de la salud y su aplicación a la evaluación. *Atención Primaria*, 27, pp. 148-50.
- Owusu-Frimpong, N., Nwankwo, S. y Dason, B. (2010). Measuring service quality and patient satisfaction with access to public and private healthcare delivery. *International Journal of Public Sector Management*, 23(3), pp. 203-20.

- Palomo, R.J. y Mateu, J.L. (1999). Evaluación de la banca cooperativa: un análisis de las cajas rurales de ámbito provincial mediante técnica de decisión multicriterio. *Revista de Estudios Cooperativos*, 67, pp. 175-86.
- Pareras, L.G. (2008). *Innovar y emprender en el sector sanitario*. Barcelona: Ars Médica.
- Parmar, D., Stavropoulou, C. e Ioannidis, J.P. (2016). Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ*, 354(i4588), pp. 1-11.
- Pastor y Aldeguer, V. (2007). Evolución Histórica de los Hospitales. En J.L. Temes y M. Mengíbar, (Eds.), *Gestión Hospitalaria*, (pp. 1-4). Madrid: McGraw Hill España.
- Perera, F.P. y Peiró, M. (2012). Strategic Planning in Healthcare Organizations. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 65(8), 749-54.
- Peteraf, M.A. (1993). The cornerstones of competitive advantage: A resource-based view. *Strategic Management Journal*, 14(3), pp. 179-91.
- Pilcher, R., Ross, T. y Joseph, C. (2008). *Sustainability reporting on local authority websites within an institutional theory framework*. The 7th Australasian conference for social and environmental accounting research, pp. 510-31. South Australia: Center for Accounting Governance and Sustainability.
- Pink, G.H., Daniel, I. McGillis, L. y McKillop, I. (2007). Selection of Key Financial Indicators: A Literature, Panel and Survey Approach. *Law & Governance*, 11(3), pp. 87-96.
- Podein, R.J. y Hernke, M.T. (2010). Integrating sustainability and health care. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 37(1), pp. 137-47.
- Prado-Lorenzo, J.M. y García-Sánchez, I.M. (2010). The role of the Board of Directors in disseminating relevant information on greenhouse gases. *Journal Business Ethics*, 97(3), pp. 391-424.
- Quaglio, G., Karapiperis, T., Van Woensel, L., Arnold, E. y McDaid, D. (2013). Austerity and health in Europe. *Health Policy*, 113(1-2), pp. 13-9.
- Ramírez, P.E., Melo, A y Salazar, E.A. (2014). Propuesta Metodológica para aplicar modelos de ecuaciones estructurales con PLS: El caso del uso de las bases de datos científicas en estudiantes universitarios. *Revista ADMpg Gestão Estratégica*, 7(2), pp. 133-9.
- Ramos, I. y Clabo, N. (2008). Calidad de las sedes web de las OTRI universitarias andaluzas: contenidos, usabilidad y accesibilidad, *Revista Española Documentación Científica*, 31(3), pp. 366-95.
- Ramos, M.H., Ramos, M.F. y Romero, E. (2003). Cómo escribir un artículo de revisión. *Revista de postgrado de la Via Catedra de Medicina*.
- Ramos, M.I., Manzanares, M.J. y Gómez, F.G. (2014). El efecto del papel mediador de la reputación corporativa en la relación entre la RSC y los resultados económicos. *Revista de Estudios Empresariales. Segunda Época*, 1, pp. 67-89.

- Rancaño, I., Pendás, J.R., Estébanez, R.V., Fayad, M.A., Pérez, R.D. y García, D.A. (2003). Evaluación de las páginas web en lengua española útiles para el médico de atención primaria. *Atención primaria*, 31(9), pp. 575-84.
- Randeree, E. y Rao, H.R. (2004). E-health and assurance: curing hospital websites. *International Journal of Electronic Healthcare*, 1(1), pp. 33-46.
- Rando, D., Paniagua, F.J. y De las Heras, C. (2016). Influence factors on the success of hospital communication via social networks. *Revista Latina De Comunicación Social*, 71(10), pp. 1170-86.
- Real Academia Española. (2018). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
- Real Decreto Legislativo (RDL) 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público. Boletín Oficial del Estado, núm. 276 (2011).
- Real Decreto Ley (RDL) 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, núm. 98 (2012).
- Reinhart, C. y Rogoff, K. (2009). The aftermath of financial crises. *American Economic Review*, 99(2), pp. 466-72.
- Repullo, J.R. (2006). *Cambios y reformas en los sistemas y servicios sanitarios*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Reverte, C. (2009). Determinants of Corporate Social Responsibility Disclosure Ratings by Spanish Listed Firms. *Journal of Business Ethics*, 88(2), pp. 351-66.
- Rey del Castillo, J. (1998). *Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y análisis del caso español*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Reynolds, L. y McKee, M. (2012). Opening the oyster: the 2010-11 NHS reforms in England. *Clinical Medicine*, 12(2), pp. 128-32.
- Riedel, L.M. (2011). Environmental and financial impact of a hospital recycling program. *AANA Journal*, 79(4 Suppl), pp. S8-14.
- Ringle, C.M., Wende, S. y Will, A. (2005). *Smart PLS 3.0 (beta)*. Disponible en <http://www.smartpls.de>
- Robinson, J. y Phibbs, C. (1990). An evaluation of Medicaid selective contracting in California. *Journal of Health Economics*, 8, pp. 437-55.
- Rodríguez, A., Calle, C., Zöllner, B., Pons, A., Benavente, Y. y Durán, N. (2017). Responsabilidad social corporativa en los hospitales catalanes: ¿qué nos dicen sus webs? *Revista de Comunicación y Salud*, 7, pp. 13-28.

- Rodríguez, F.J. y Cruz, Y.D. (2007). Relation between social-environmental responsibility and performance in hotel firms. *International Journal of Hospitality Management*, 26(4), pp. 824-39.
- Rodríguez-Bolívar, M.P., Garde-Sánchez, R. y López-Hernández, A.M. (2013). Online Disclosure of Corporate Social Responsibility Information in Leading Anglo-American Universities. *Journal of Environmental Planning and Management*, 15(4), pp. 551-75.
- Rodríguez-Cala, A., Calle-Rodríguez, C., Durán-García, N. y Zöller, B. (2015). La responsabilidad social corporativa en los hospitales públicos de Cataluña: un estudio comparativo a través de las páginas web corporativas y la opinión de los responsables de RSC de los centros estudiados. *Gest y Eval Cost Sanit*, 16(2), pp. 193-205.
- Roldán, J.L. y Sánchez-Franco, M.J. (2012). *Variance-Based Structural Equation Modeling: Guidelines for using Partial Least Squares in Information Systems Research*. En Mora, M., Gelman, O., Steenkamp, A. y Raisinghani, M.S. (Eds.), *Research Methodologies, Innovations and Philosophies in Software Systems Engineering and Information Systems*, Information Science Reference. EE.UU. pp. 193-221.
- Romer, P.M. (1990). Endogenous technological change. *Journal of political Economy*, 98(5, P2), pp. S71-102.
- Rothgang, H., Cacace, M., Grimmeisen, S. y Wendt, C. (2005). The changing role of the state in healthcare systems. *European Review*, 13(1), pp. 187-212.
- Royo, S., Muñoz, L. y García, J. (2017). Transparencia y rendición de cuentas de las empresas públicas españolas. *Presupuesto y Gasto Público*, 88, pp. 225-43.
- Ruiz-Granja, M.J. (2015). Análisis comunicacional de páginas web hospitalarias. El caso de los hospitales sevillanos. *Revista Española Comunicación en Salud*, 6(2), pp. 138-56.
- Russo, F. (2016). What is the CSR's Focus in Healthcare? *Journal of Business Ethics*, 134(2), 323-34.
- Saboya, I. (2005). *Gestión de servicios hospitalarios públicos: Estudio comparativo entre hospitales de la región noroeste de Brasil y Cataluña* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Cataluña.
- Saltman, R.B. (2003). Melting public-private boundaries in European health systems. *European Journal of Public Health*, 13, pp. 24-9.
- Sánchez-Martínez, F.I., Abellán-Perpiñán, J.M. y Oliva-Moreno, J. (2014). La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), pp. 75-80.
- Sánchez, J. y Bernabé, M. (2002). La rentabilidad de la empresa española: un estudio sobre la década de los noventa. *Partida doble*, 131, pp. 98-111.
- Sánchez, P.M. y Maier-Donati, P. (1999). Hospital web-site marketing: analysis, issues, and trends. *Journal of Hospital Marketing*, 13(2), 87-103.

- Sánchez, D. y Subiela, B.J. (2016). La comunicación de la responsabilidad social corporativa en las organizaciones españolas con mejor reputación. *Sphera Publica*, 2(16), pp. 39-53.
- Sandrick, K. (2009). Hospitals go green. Trustees discover that being gentle to the environment can actually save money. *Trustee: The Journal for Hospital Governing Boards*, 62(5), pp. 11-2.
- Santa, M.B., García, E. y Navarro, M.D. (2015). El discurso de la responsabilidad social en las instituciones de salud. Estudio de caso Hospital General Manzanillo. *Organizaciones y responsabilidad social. Narrativa y crítica*, 59, pp. 59-89.
- Satorras, M. (2002). *La qualitat als centres sanitaris: experiències a l'àrea de Barcelona* (1a ed.). Barcelona: Edicions UPC.
- Scherer, F. y Ross, D. (1990). *Industrial Market Structure and Economic Performance* (3rd ed.). USA: Houghton Mifflin.
- Schumpeter, J.A. (1942). *Socialism, capitalism and democracy*. USA: Harper and Brothers.
- Seabra, F.M. y Jorge, F. (2010). Referencial de comportamiento empresarial ético: Estudio de caso. En XIV Encuentro Asociación Española de Contabilidad y Administración, 23 a 24 de septiembre, Coimbra (Portugal).
- Sekiguchi, Y. y Jinno, M. (2015). Beveridge versus Bismarck pension systems: considering fertility rates and skill distribution. *The Singapore Economic Review*, Online Ready.
- Serrano, C., Fuertes-Callén, Y. y Gutiérrez-Nieto, B. (2007). Online reporting by banks: a structural modelling approach. *Online Information Review*, 31(3), pp. 310-32.
- Serrano, C., Rueda, M. y Portillo, P. (2009a). Factors influencing e-disclosure in local public administrations. *Environment and Planning C-Government and Policy*, 27(2), pp. 355-78.
- Serrano, C., Rueda, M. y Portillo, P. (2009b). Determinants of e-government extension. *Online Information Review*, 33(3), pp. 476-98.
- Sevilla, F. y Enríquez, R. (2006). Sistemas sanitarios y modelos organizativos. En J.R. Repullo, *Cambios y reformas en los sistemas y servicios sanitarios* (pp. 59-120). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Shaw, C., Groene, O., Mora, N. y Sunol, R. (2010). Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals? *International Journal for Quality in Health Care*, 22(6), pp. 445-51.
- Shepherd, C.D. y Fell, D. (1998). Hospital marketing and the Internet: revisited. *Marketing Health Services*, 18(4), pp. 44-7.
- Siche, R., Agostinho, F., Ortega, H. y Romeiro, A. (2007). Índices versus indicadores: precisões conceituais na discussão da sustentabilidade de países. *Ambiente & Sociedade*, 10(2), pp. 137-48.

- Sierra, L., Zorio, A. y García-Benau, M.A. (2013). Sustainability development and the quality of assurance reports: Empirical evidence. *Business Strategy and the Environment*, 22(7), pp. 484-500.
- Silberg, W.M., Lundberg, G.D. y Musacchio, R.A. (1997). Assessing, controlling, and assuring the quality of medical information in the internet, caveat lector et viewer: let the reader and buyer beware. *JAMA*, 277, pp. 1244-5.
- Simon, A., Karapetrovic, S. y Casadesus, M. (2012). Evolution of Integrated Management Systems in Spanish firms. *Journal of Cleaner Production*, 23(1), pp. 8-19.
- Simnett, R., Vanstreeven, A. y Chua, W.F. (2009). Assurance on sustainability reports: an international comparison. *The Accounting Review*, 84 (3), pp. 937-67.
- Spence, L.J. (2007). CSR and small business in a European policy context: the five "C" s of CSR and small business research agenda 2007. *Business and society review*, 112(4), pp. 533-52.
- Singh, R.K., Murty, H.R., Gupta, S.K. y Dikshit, A.K. (2011). An overview of sustainability assessment methodologies. *Ecological Indicators*, 15(1), pp. 281-9.
- Smith, A.D. (2009). Corporate social responsibility in the healthcare insurance industry: a cause-branding approach. *International Journal of Electronic Healthcare*, 5(3), pp. 284-302.
- Solow, R.M. (1957). Technical change and the aggregate production function. *The review of Economics and Statistics*, 39(3), pp. 312-20.
- Sotelo, J.A., Tolón, A. y Lastra, X. (2011). Indicadores por y para el desarrollo sostenible, un estudio de caso. *Estudios Geográficos*, 72(271), pp. 611-54.
- Staines, A. (2000). Benefits of an ISO 9001 certification-the case of a Swiss regional hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 13(1), pp. 27-33.
- Stoimenova, A., Stoilova, A. y Petrova, G. (2014). ISO 9001 certification for hospitals in Bulgaria: does it help service? *Biotechnology & Biotechnological Equipment*, 28(2), pp. 372-8.
- Stuckler, D. y Basu, S. (2013). *The body economic: why austerity kills?* London: Penguin UK.
- Stuckler, D., Basu, S. y McKee, M. (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. *British Medical Journal*, 340, pp. 77-9.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. y McKee, M. (2009). The public health impact of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*. 374(9686), pp. 315-23.
- Stuckler, D., Reeves, A., Loopstra, R., Karanikolos, M. y McKee, M. (2017). Austerity and health: the impact in the UK and Europe. *European Journal of Public Health*, 27(4), pp. 18-21.
- Tagesson, T., Blank, V., Broberg, P. y Collin, S.O. (2009). What explains the extent and content of social and environmental disclosures on corporate websites: a study of social and

environmental reporting in Swedish listed corporations. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 16(6), pp. 352-64.

Takahashi, T., Ellen, M. y Brown, A. (2013). Corporate social responsibility and hospitals: US theory, Japanese experiences, and lessons for other countries. *Healthcare Management Forum*, 26(4), pp. 176-83.

Tang, L. y Li, H. (2009). Corporate social responsibility communication of Chinese and global corporations in China. *Public Relations Review*, 35, pp. 199-212.

Temes, J.L. y Mengíbar, M. (2007). *Gestión hospitalaria*. Madrid: McGraw-Hill España.

Thomson, S., Foubister, T. y Mossialos, E. (2009). *Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., Cylus, J., Karanikolos, M. y Kluge, H. (2014). *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. Maidenhead: Open University Press.

Toth, F. (2016). Classification of healthcare systems: Can we go further? *Health Policy*, 120(5), pp. 535-43.

Túñez, M., Campos, F. y Silva, A. (Eds.). (2017). Estudios sobre financiación, legislación e innovación en la Televisión Pública. *Cuadernos Artesanos de Comunicación*, 126. La Laguna (Tenerife): Latina.

Turisco, F. y Kilbridge, P.M. (2000). Developing a value-added Web site. *Journal of the Healthcare Financial Management Association*, 54(3), pp. 40-6.

Turner, J., Broom, K., Elliott, M. y Lee, J.F. (2015). A Decomposition of Hospital Profitability: An Application of DuPont Analysis to the US Market. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 2, pp. 1-10.

Tushman, M.L. y Anderson, P. (1986). Technological discontinuities and organizational environments. *Administrative science quarterly*, pp. 439-65.

Urbanos, R. y Puig-Junoy, J. (2014) Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), pp. 81-8.

Utrilla, A.M., Fernández, M., Ortega, J.L. y Aguillo, I.F. (2009). Clasificación web de hospitales del mundo: situación de los hospitales en la red. *Med Clin (Barc)*, 132(4), 144-53.

Valenzuela, L., Jara-Bertin, M. y Villegas, F. (2015). Prácticas de responsabilidad social, reputación corporativa y desempeño financiero. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, 55(3), pp. 329-44.

Van den Heuvel, J., Koning, L., Bogers, A., Berg, M. y Van Dijen, M. (2005). An ISO 9001 quality management system in a hospital: bureaucracy or just benefits? *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 18(4-5), pp. 361-9.

- Van der Zee, J. Y Kroneman, M.W. (2007). Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Services Research*, 7(1), pp. 94-104.
- Velasco, M., Hansen, J. y Busse, R. (2011). Mapping research on health systems in Europe: a bibliometric assessment. *Journal of Health Services Research & Policy*, 16(2), pp. 27-37.
- Vélez-González, H., Pradhan, R. y Weech-Maldonado, R. (2011). The role of non-financial performance measures in predicting hospital financial performance: the case of for-profit system hospitals. *Journal of health care finance*, 38(2), pp. 12-24.
- Venero, S., Nabitz, U., Bragonzi, G., Rebelli, A. y Molinari, R. (2007). A two-level EFQM self-assessment in an Italian hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(3), pp. 215-31.
- Villalobos, J. (2007). *Gestion sanitaria para los profesionales de la salud*. Madrid: Mc Graw Hill España.
- Vogel, W.B., Languard-Orban, B. y Gapenski, L.C. (1993). Factors influencing high and low profitability among hospitals. *Health Care Management Review*, 18(2), pp. 15-26.
- Walker, C.L. (1993). A cross-sectional analysis of hospital profitability. *Journal of Hospital Marketing*, 7(2), 121-38.
- Wang, D.H., Chen, P.H., Yu, T.H. y Hsiao, C.Y. (2015). The effects of corporate social responsibility on brand equity and firm performance. *Journal of Business Research*, 68(11), pp. 2232-6.
- Wang, Y., Chen, Y. y Benitez-Amado, J. (2015). How information technology influences environmental performance: empirical evidence from China. *International Journal of Information Management*, 35(2), 160-70.
- Watkins, A.L. (2000). Hospital financial ratio classification patterns revisited: Upon considering nonfinancial information. *Journal of Accounting and Public Policy*, 19, pp. 73-95.
- Weisz, U., Haas, W., Pelikan, J.M. y Schmied, H. (2011). Sustainable hospitals: a socio-ecological approach. *GAIA – Ecological Perspectives for Science and Society*, 20(3), pp. 191-8.
- Wendt, C. (2009). Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. *Journal of European Social Policy*, 19(5), pp. 432-45.
- Wendt, C., Frisina, L. y Rothgang, H. (2009). Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. *Social Policy & Administration*, 43(1), pp. 70-90.
- Wright, R.T., Campbell, D.E., Thatcher, J.B. y Roberts, N. (2012). Operationalizing multidimensional constructs in structural equation modeling: Recommendations for IS research. *Communications of the Association for Information Systems*, 30(1), 367-412.
- Yousefian, S., Harat, A.T., Fathi, M. y Ravand, M. (2013). A proposed adaptation of joint commission international accreditation standards for hospital. JCI to the health care excellence model. *Advances in Environmental Biology*, pp. 956-68.

Yustas, Y. (2014). *El producto en la tienda: El panel de detallistas en la investigación de mercados* Universidad Pontificia Comillas.

Zeller, T.L., Stanko, B.B. y Cleverley, W.O. (1997). A new perspective on hospital financial ratio analysis. *Journal of the Healthcare Financial Management Association*, 51(11), pp. 62-6.

Zucchi, P. y Mwamakamba, L.W. (2011). *Avanços de sustentabilidade em saúde no Brasil*. In Perillo, E. y Amorim, M. (Eds.), *Para entender a saúde no Brasil* 4 (pp. 49-64). São Paulo: LCTE.

ANEXOS

ANEXO A: LISTADO DE EMPRESAS DE LA MUESTRA A

ALIANZA MEDICA LERIDANA SA	CLINICA PARQUE SA	L'EREMO DI MIAZZINA SPA
ARS MEDICA SPA	CLINICA SAGRADA FAMILIA SA	LA MADDALENA SPA
ASSISI PROJECT SPA	CLINICA SAN CARLO SPA	LOCALA COMMUNITY PARTNERSHIPS
AUXILIUM VITAE VOLTERRA SPA	CLINICA SAN ROQUE SA	MARIA LUGIA SPA
B & M INVESTMENTS LIMITED	CLINICA SANTA CATALINA SA	MONTEFIORE HOUSE LIMITED
BARNBÖRDSHUSET STOCKHOLM AB	CLINICA TERRES DE PONENT SLU	MULTIMEDICA SPA
BLACKROCK HOSPITAL LIMITED	CLINICA VICENTE SAN SEBASTIAN SA	NISA SA
C.O.T. SPA	CLINICA VILLA DEL SOLE SPA	NOMENTANA HOSPITAL SRL
CARE FERTILITY GROUP LIMITED	CLINICAS DEL SUR SL	NORTH SOMERSET PARTNERSHIP
ABANO TERME POLISPECIALISTICA SPA	CLINICHE GAVAZZENI SPA	NUOVA CASA DI CURA SRL
CASA DI CURA AMBROSIANA SPA	CLINICHE MODERNE SPA	O.R.L. SA
CASA DI CURA BONVICINI SRL	CLINSA SA	O.S.M.A.I.R.M. SRL
CASA DI CURA CANDELA SPA	CLIRIA SA	OSPEDALE DI SASSUOLO SPA
CASA DI CURA CELLINI SPA	CLISA SA	OSPEDALE P. PEDERZOLI SPA
CASA DI CURA CITTA' DI APRILIA SRL	CORVALLY HEALTHCARE LIMITED	OSPEDALE RIABILITATIVO SPA
CASA DI CURA SAN LUCA SPA	CVP SA	OSPEDALE SAN RAFFAELE SRL
CASA DI CURA HABILITA SPA	CYGNET HEALTH UK LIMITED	OSPEDALI PRIVATI FORLI' SPA
CASA DI CURA IGEA SPA	DANDERYDS SJUKHUS AB	OSPEDALI PRIVATI RIUNITI SPA
CASA DI CURA LA MADONNINA SPA	DOLOMITI SRL	OUR LADY'S HOSPICE & CARE SERVICES
CASA DI CURA MACCHIARELLA SPA	DOMUS NOVA SPA	PANORAMICA SRL
CASA DI CURA MADONNA ORISTA SPA	ELYSIUM HEALTHCARE NO. 2 LIMITED	POLICLINICA COMARCAL VENDRELL SL
CASA DI CURA MATER DEI SPA	EQUILIBRIUM HEALTHCARE LIMITED	POLICLINICA GIPUZKOA SA
CASA DI CURA MUSUMECI SRL	ESCALA VILA FRANCA SA	POLICLINICA SEÑORA DEL ROSARIO SL
CASA DI CURA DI LOURDES SPA	EUROITALIA SRL	POLICLINICO DI MONZA SPA
CASA DI CURA PAIDEIA SPA	EUROSANITA' SPA	POLICLINICO ITALIA SRL
CASA DI CURA MONTEVERGINE SPA	EYE HOSPITALS GROUP LIMITED	POLICLINICO SAN DONATO SPA
CASA DI CURA CITTA' DI BRA SPA	FRATE SOLE SRL	POLICLINICO SASSARESE SPA
CASA DI CURA CITTA' DI ROVIGO SRL	GE.P.O.S. SRL	POLICLINICO TRIESTINO SPA
CASA DI CURA DEL POLICLINICO SPA	GEORGIA HEALTHCARE GROUP PLC	POLIGEST SPA
CASA DI CURA LE TERRAZZE SRL	GERESS SRL	PRIORY GROUP UK 2 LIMITED
CASA DI CURA MADONNA GRAZIE SPA	GESTION COMARCAL HOSPITALARIA SA	RITA SRL
CASA DI CURA VILLA CLAUDIA SPA	GESTION SANITARIA GALLEGA SL	ROCA GESTION HOSPITALARIA SL
CASA DI CURA PRIVATA PIACENZA SPA	GH NEWCO 1 LIMITED	ROCHE HEALTHCARE LIMITED
CASA DI CURA VILLA VERDE SRL	GLENSIDE CARE GROUP LIMITED	RYLO LIMITED
CASA DI CURA PRIVATA ROSSORE SRL	H.P.T. SA	SACLI SOCIETA' CLINICHE SPA
CASA DI CURA PRIVATA SALUS SPA	HÄRMÄN KUNTOUTUS OY	SALUS HOSPITAL SRL
CASA DI CURA PRIVATA GIACOMO SRL	HCA INTERNATIONAL LIMITED	SANATORIO SRA OLLOS GRANDES SL

CASA DI CURA VILLA ANNA SPA	HM HOSPITALES 1989 SA	SANATORIO TRIESTINO SPA
CASA DI CURA VILLA SAN MARCO SRL	HOSPITAL 9 DE OCTUBRE SA	SANATORIO CRISTOBAL CASTILLO SA
CASA DI CURA VILLA SERENA SRL	HOSPITAL COMARCAL D'AMPOSTA SA	SANATRIX GESTION SRL
CASA DI CURA S. ANTONIO SPA	HOSPITAL CUF DESCOBERTAS SA	SANFIL SA
CASA DI CURA SAN CAMILLO SRL	HOSPITAL CUF INFANTE SANTO SA	SANITAS HOSPITALES SA
POLICLINICO CITTA' DI POMEZIA SPA	HOSPITAL GENERAL DE MURO SL	SANTA CHIARA SRL
CASA DI CURA SANTA FAMIGLIA SRL	HOSPITAL JEREZ PUERTA DEL SUR SA	SANTA CROCE SRL
CASA DI CURA TORINA SPA	HOSPITAL LA MILAGROSA SA	SENTINEL HEALTH CARE LIMITED
CASA DI CURA VAL PARMA SRL	HOSPITAL MEDITERRANEO SA	SERVICIOS INTEGRALES DE SANIDAD SL
CASA DI CURA VILLA BIANCA SPA	HOSPITAL PERPETUO SOCORRO SA	SÖDERTÄLJE SJUKHUS AKTIEBOLAG
CASA DI CURA VILLA DEI FIORI SRL	HOSPITAL DE VIANA DO CASTELO	SOL ET SALUS SPA
CASA DI CURA VILLA FIORITA SRL	HOSPITAL POVISA, SA	SOLATRIX SPA
CASA DI CURA VILLA IGEA SPA	HOSPITAL RECOLETAS DE BURGOS SL	SPIRE HEALTHCARE GROUP PLC
CASA DI CURA VILLA MARIA SPA	HOSPITAL RECOLETAS SL	SPRINGHILL CARE GROUP LIMITED
CASA DI CURE ORESTANO SRL	HOSPITAL VIRGEN DEL ALCAZAR SA	SSR HESTIA SL
CENTRO CARDIOLOGICO SPA	HOSPITEN DOMINICANA SL	ST JOSEPH'S HOSPITAL LIMITED
CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL	I CEDRI SPA	SYSMEX UK LIMITED
CAMPOLONGO HOSPITAL SPA	IDCQ HOSPITALES Y SANIDAD SL	TANGLEWOOD (LINCOLNSHIRE) LIMITED
CEMTRIO SA	IDCSALUD MOSTOLES SA	TANGLEWOOD CARE HOMES LIMITED
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO SA	INSTITUT PERE MATA SA	TERAPIAS MEDICAS DOMICILIARIAS SL
CENTRO ORTOPEDICO QUADRANTE SPA	INSTITUTO QUIRURGICO SAN RAFAEL SA	TFHC LIMITED
CLINEA ITALIA SPA	INSTITUTO POLICLINICO ROSALEDA SA	CAPPAGH ORTHOPAEDIC HOSPITAL
CLINIC CENTER SPA	INSTITUTO POLICLINICO STA TERESA SA	THISTLE HEALTHCARE LIMITED
CLINICA ARCANGEL SAN MIGUEL SA	INTEGRACION SANITARIA BALEAR SL	TORREJON SALUD SA
CLINICA BARCELONETA SAU	IQUIMESA SERVICIOS SANITARIOS SL	TORTOSA SALUT SL
CLINICA BOFILL SL	ISTITUTI CLINICI ZUCCHI SPA	UK ACQUISITIONS NO. 6 LIMITED
CLINICA BUCHINGER SA	ISTITUTI BERGAMASCHI SRL	VILLA DEL SOLE SRL
CLINICA CORACHAN SA	ISTITUTI OSPEDALIERI BRESCIANI SPA	VILLA DELLE QUERCE SPA
CLINICA DE FATIMA GESTION SL	ISTITUTO CLINICO MATER DOMINI SPA	VILLA DELLE TERME SPA
CLINICA PERPETUO SOCORRO SA	ISTITUTO CLINICO VILLA APRICA SPA	VILLA ERBOSA SPA
CLINICA GIRONA SA	ISTITUTO CODIVILLA DI CORTINA SPA	VILLA GEMMA SPA
CLINICA GUARNIERI SPA	ISTITUTO NEUROLOGICO MEDITE SPA	VILLA GRAZIA SRL
CLINICA LA LUZ SL	ISTITUTO ONCOLOGICO MEDITE SPA	VILLA MARGHERITA SPA
CLINICA LUCCIONI SPA	ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI SPA	VILLA MONTALLEGRO - SPA
CLINICA QUIRURGICA SAN JOSE SA	ISTITUTO S. ANNA DI EZIO PUGLIESE SRL	VILLA S. ANNA SPA
CLINICA MOMPIA SA	ITALIA HOSPITAL SPA	VILLA SERENA SPA
CLINICA MONTPELLIER SA	KOS CARE SRL	VITHAS ALICANTE SL

ANEXO B: LISTADO DE EMPRESAS DE LA MUESTRA B

AGRUPACION MEDICA BALEAR SA	CLINICA VIRGEN DE LA VEGA SAU	IDCSALUD VALDEMORO SA
ALIANZA MEDICA LERIDANA SA	CLINICA VISTAHERMOSA SA	IDCSALUD VILLALBA SA
APTIMA CENTRE CLINIC SL	CLINICAS DEL SUR SL	INSTITUCION TRES TORRES SA
ARAN SALUT SL	CLINSA SA	INSTITUT PERE MATA SA
BARNACLINIC SA	ELCHE-CREVILLENTE SALUD SA	INSTITUTO QUIRURGICO SAN RAFAEL SA
CENTRE MEDIC ST JORDI ST ANDREU SA	ESPECIALIZADA L'HORTA MANISES SA	INSTITUTO POLICLINICO ROSALEDA SA
CENTRE MQ REUS SA	GESNISA SEVILLA SL	INSTITUTO POLICLINICO SANTA TERESA SA
CEMTRO SA	GESTIO PIUS HOSPITAL DE VALLS SA	INVIZA SA
CENTRO MEDICO DELFOS SA	GESTIO SANITARIA DE TORTOSA SA	IQUIMESA SERVICIOS SANITARIOS SL
CLINICA ARCANGEL SAN MIGUEL SA	GESTION COMARCAL HOSPITALARIA SA	ITA CLINIC BCN SL
CLINICA ASTURIAS SA	GESTION HOSPIDOS SL	JOSE MANUEL PASCUAL PASCUAL SA
CLINICA BARCELONETA SAU	GESTION SANITARIA GALLEGA SL	LINDE MEDICA SL
CLINICA BOFILL SL	HM HOSPITALES 1989 SA	MARINA SALUD SA
CLINICA BUCHINGER SA	HOSPIMAR 2000 SL	MD ANDERSON INTERNATIONAL SA
CLINICA CORACHAN SA	HOSPITAL 9 DE OCTUBRE SA	MEDICINA ASTURIANA SA
CLINICA DE FATIMA GESTION SL	HOSPITAL COMARCAL D'AMPOSTA SA	NISA SA
CLINICA MEDICINA INTEGRAL DIAGONAL SL	HOSPITAL DE BENALMADENA XANIT SL	O.R.L. SA
CLINICA DE SABADELL SL	HOSPITAL INMACULADA CONCEPCION SA	POLICLINICA COMARCAL VENDRELL SL
CLINICA SEÑORA PERPETUO SOCORRO SL	HOSPITAL DE LLEVANT SL	POLICLINICA GIPUZKOA SA
CLINICA GIRONA SL	HOSPITAL DE SANT JOAN DE REUS SA	POLICLINICA SEÑORA DEL ROSARIO SL
CLINICA LA LUZ SL	HOSPITAL EL ANGEL SAU	POLICLINICA SAN PEDRO SA
CLINICA LOS MANZANOS SL	HOSPITAL GENERAL DE MURO SL	RIBERA SALUD SA
CLINICA MEDICO SAN JOSE SA	HOSPITAL JEREZ PUERTA DEL SUR SA	ROCA GESTION HOSPITALARIA SL
CLINICA MOMPIA SA	HOSPITAL LA MILAGROSA SA	RUBER INTERNACIONAL SA
CLINICA MONEGAL SL	HOSPITAL MAJADAHONDA SA	RUBER SA
CLINICA MONTECANAL SL	HOSPITAL MEDITERRANEO GRUPO HLA SA	SANATORIO NTRA SRA DE LA SALUD SA
CLINICA MONTPELLIER SA	HOSPITAL MIGUEL DOMINGUEZ SL	SANATORIO SEÑORA OLLOS GRANDES SL
CLINICA SRA DEL PERPETUO SOCORRO SA	HOSPITAL MONCLOA GRUPO HLA SA	SANATORIO QUIRURGICO MODELO SL
CLINICA PARQUE SAN ANTONIO SA	HOSPITAL PERPETUO SOCORRO SA	SANATORIO CRISTOBAL CASTILLO SA
CLINICA PARQUE SA	HOSPITAL PARDO DE ARAVACA SA	SANITAS DE HOSPITALES SA
CLINICA SAGRADA FAMILIA SA	HOSPITAL POLICLINICO LA PALOMA SA	SERVICIOS INTEGRALES DE SANIDAD SL
CLINICA SALUS MENORCA SL	HOSPITAL POVISA SA	SERVICIOS MEDICOS AUXILIARES SA
CLINICA SAN FRANCISCO SL	HOSPITAL QUIRON CAMPO GIBRALTAR SL	SRCL CONSENUR SL
CLINICA SAN ROQUE SA	HOSPITAL RECOLETAS DE BURGOS SL	SSR HESTIA SL
CLINICA SANTA ANGELA DE LA CRUZ SL	HOSPITAL RECOLETAS SL	TERAPIAS MEDICAS DOMICILIARIAS SL
CLINICA SANTA CATALINA SA	HOSPITAL REY DON JAIME SLU	TORREJON SALUD SA
CLINICA SANTA ELENA SA	HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA SA	TORTOSA SALUT SL
CLINICA SANTA ISABEL SA	HOSPITAL VIRGEN ALCAZAR DE LORCA SA	UNITED SURGICAL PARTNERS MADRID SL
CLINICA SEAR SA	HOSPITEN DOMINICANA SL	VILLABLANCA SERVEIS ASSISTENCIALS SA
CLINICA TERRES DE PONENT SLU	HUCASVE SL	VITHAS ALICANTE SL
CLINICA VICENTE SAN SEBASTIAN SA	IDCSALUD MOSTOLES SA	

ANEXO C: LISTADO DE EMPRESAS EUROPEAS EMERGENTES

Carrick Therapeutics	DRD Biotech
Autolus Limited	Vira Therapeutics
Orchard Therapeutics	Careship
G - Therapeutics	Molecular Life
Precision Ocular	Ugentec
Therachon	PhoreMost
Genomics Medicine Ireland	MDLinking.com B.V.
Iterum Therapeutics	BIOMODEX
Freeline Therapeutics	Parsagen
Rigontec GmbH	BioSilta
Artios Pharma	SiriusXT
PrEP Biopharm	BioSerenity
Replimune	POLYNEURON
Blue Earth Diagnostics	eHealth MediDate
ENYO Pharma	Live Better With
Mereo Biopharma	Snap40
Cambridge Medical Robotics	Xerion Healthcare
Inflazome	Echo
Storm Therapeutics	Eligo Bioscience
Capella BioScience	Molecular Warehouse
Evox Therapeutics	Morphogen-IX
Nouscom	Elysia
Aelix Therapeutics	MOLECUBES
Ava	Healx
OCTIMET Oncology	HomeTouch
AAVLife	Medic Creations
IO Biotech	Fitmo
Enterprise Therapeutics	No Isolation
Genenta Science	D-Eye
Xenetic Biosciences	Noona Healthcare
ImevaX	OpenTeleHealth
Silk Biomaterials	Urban Massage
kiweno	Omixy
Cellestia Biotech	SCARLETRED Holding GmbH
Gadeta	Andaman7
NEUWAY Pharma	PEP-Therapy
KRY	Inositec
Caldan Therapeutics	PeptiMimesis
Nuritas	Healcloud
Olympic Legacy Park	MesDocteurs
TargEDys	LIFNano Therapeutics
Lunaphore Technologies	Saphetor
EnCare Biotech	Cytana
Thermosome	Elder
Confo Therapeutics	Repositive Ltd
Seventeen	Doctrin
Memorado	Venneos GmbH
Histide	MilliDrop
Keranova	Cuidum
Concepta Diagnostics	Myspiroo
SamanTree Medical	CYPRUMED
Centauri Therapeutics	London Doctors Clinic
PDC*line Pharma	Bwom
Arthro Therapeutics	lifeTime
Transplant Biomedicals	Aeris Cleantec AG

ANEXO D: FÓRMULAS DE CÁLCULO DE LOS INDICADORES ECONÓMICOS Y FINANCIEROS

FONDO DE MANIOBRA = Activo corriente – Pasivo corriente

SOLVENCIA A CORTO PLAZO = Activo corriente ÷ Pasivo corriente

ENDEUDAMIENTO = Total pasivo ÷ (Patrimonio neto + Total pasivo)

CALIDAD DE LA DEUDA = Pasivo corriente ÷ Total pasivo

ROTACIÓN DEL ACTIVO = (Total activo ÷ Ingresos de explotación) x 365

RENTABILIDAD ECONÓMICA = BAI ÷ Total activo

RENTABILIDAD FINANCIERA = Resultado neto ÷ Patrimonio neto

VALOR AÑADIDO = Ingresos de explotación – Gastos de explotación

PRODUCTIVIDAD DEL PERSONAL = Valor añadido ÷ Gastos de personal

APALANCAMIENTO FINANCIERO = (Total activo ÷ Patrimonio neto) x (BAI ÷ BAI)

GASTOS FINANCIEROS SOBRE VENTAS = Gastos financieros ÷ Ingresos de explotación

ANEXO E: CUESTIONARIO UTILIZADO PARA EL CÁLCULO DE LA CALIDAD WEB (CALVO, 2014)

HOSPITAL: _____
DIRECCIÓN WEB: _____
FECHA DE REVISIÓN: _____ PUNTUACIÓN TOTAL: _____

Variable, criterios y puntuación máxima	Puntuación	Subcriterios
1. Accesibilidad 20 puntos		
1.1 Acceso a la página web	20 puntos	Problemas Prioridad 1 o A: 12 puntos menos nº problemas x 0,4 Problemas Prioridad 2 o AA: 16 puntos menos nº problemas x 0,2 Problemas Prioridad 3 o AAA: 20 puntos menos nº problemas x 0,1
2. Usabilidad 20 puntos		
2.1 Tiempo de descarga	2 puntos	2 puntos: si tiene una conexión de 0-5 segundos con ADSL 1 punto: conexión de 5-10 segundos con ADSL 0 puntos: más de 15 segundos en conexión con ADSL
2.2 Navegación intuitiva	4 puntos	4 puntos: si mantiene todas las opciones del menú de navegación principal abiertas en el interior del canal (en todas las ventanas que se van abriendo) 0 puntos: si no mantiene todas las opciones del menú de navegación principal abiertas en el interior del canal
2.3 Optimización para distintos navegadores y resoluciones	1 punto	1 punto: si la web está optimizada para Internet Explorer 8.0 o superior y otros navegadores similares 0,5 puntos: si la web está sólo optimizada para Internet Explorer 8.0 o superior u otros 0 puntos: si la web no está optimizada para Internet Explorer 8.0 o superior
2.4 Herramientas de búsqueda de los contenidos del web	5 puntos	5 puntos: si existe herramienta de búsqueda avanzada 3 puntos: si existe herramienta de búsqueda (cajetín sin campos) 0 puntos: si no existe herramienta de búsqueda
2.5 Especificaciones de los documentos descargables	2 puntos	2 puntos: si se indica peso, formato y tiempo de descarga o número de páginas a descargar 1 punto: si se indica el peso y el formato de la descarga 0 puntos: si no se indica el peso y el formato
2.6 Sección de links externos para ampliar información	1 punto	1 punto: existe sección 0 puntos: no existe sección
2.7 Correcta identificación de los links	2 puntos	2 puntos: se describen URL y nombre del site, y se puede acceder directamente 1 punto: sólo se muestra URL y nombre del site 0 puntos: sólo se muestra URL o nombre del site -1 puntos: hay un link que da error de conexión o la dirección ya no existe -2 puntos: hay más de un link que da error de conexión o la dirección ya no existe
2.8 Existe mapa del web	3 puntos	3 puntos: sí 0 puntos: no
3. Interactividad y relación con los usuarios 50 puntos		
3.1 E-mail de consulta / solicitud de información general	5 puntos	5 puntos: sí 0 puntos: no hay servicio e-mail
3.2 Mención de otras alternativas de contactos / información general	5 puntos	5 puntos: si facilitan la dirección física y un teléfono y/o fax al que dirigirse de contacto 3 puntos: si el único medio de contacto es una dirección física 0 puntos: si no hay posibilidad de contacto
3.3 E-mail de consulta / solicitud de información con los servicios del hospital	5 puntos	5 puntos: sí 0 puntos: no hay servicio e-mail
3.4 Mención con otras alternativas de contacto con los servicios del hospital	5 puntos	5 puntos: si facilitan la dirección física y un teléfono y/o fax al que dirigirse 2 puntos: si el único medio de contacto es una dirección física 1 punto: si existe dirección o posibilidad de contacto con algún servicio, pero no es posible contactar con todos 0 puntos: si no hay ni posibilidad de contacto
3.5 Existencia de un buzón de sugerencias	10 puntos	10 puntos: existe buzón de sugerencias 0 puntos: no existe buzón de sugerencias
3.6 Posibilidad de pedir cita a través del web	10 puntos	10 puntos: existe la posibilidad de pedir cita a través de la web 0 puntos: no existe la posibilidad de pedir cita a través de la web

3.7	Presencia del hospital en alguna red social	10 puntos		10 puntos: el hospital está presente en al menos una red social y desde la web existen enlaces a ellas 5 puntos: el hospital está presente en al menos una red social 0 puntos: el hospital no está presente en redes sociales
4.	Información presentada	100 puntos		
4.1	Acceso al hospital	4 puntos		4 puntos: existe dirección y mapa de situación del hospital 2 puntos: existe sólo dirección 0 puntos: no hay datos de ubicación del hospital en la ciudad en la que se encuentra
4.2	Mapa del hospital	2 puntos		2 puntos: hay mapa o plano del hospital (edificio, plantas, consultas, etc.) 0 puntos: no hay mapa o plano del hospital
4.3	Guía para el paciente	12 puntos		2 puntos: hay información sobre cómo llegar al hospital (autobús, metro...) 2 puntos: hay información de horario de visitas y llamadas 2 puntos: hay información sobre derechos y deberes del usuario 2 puntos: hay información sobre servicio y ubicación del Servicio de Información al Usuario 2 puntos: hay información del servicio de cafetería, horario, ubicación... 2 puntos: hay información sobre cómo realizar una reclamación o sugerencia
4.4	Presentación del hospital	2 puntos		2 puntos: existe presentación (carta de presentación del gerente, visión, misión, objetivos, historia...) 0 puntos: no existe presentación
4.5	Identificación del personal directivo	5 puntos		5 puntos: hay organigrama con nombres 3 puntos: no aparecen nombres de todos los responsables (sólo aparece el nombre del gerente y/o alguno más, pero no todos) 0 puntos: no aparecen los nombres de los directivos del hospital
4.6	Identificación del personal médico y de enfermería	10 puntos		10 puntos: aparecen los nombres de todos los médicos y enfermeras de cada servicio médico 5 puntos: aparece el nombre del jefe de servicio y de la supervisora de enfermería solamente 0 puntos: no se identifica a los médicos ni enfermeras del hospital
4.7	Datos de actividad asistencial (número de consultas, operaciones, GRD, pruebas diagnósticas)	10 puntos		10 puntos: presentan la información por servicios 5 puntos: presentan la información en forma de memoria de actividad (datos agrupados o generales del hospital) 0 puntos: no hay información de actividad
4.8	Datos de resultados	5 puntos		5 puntos: hay algún dato de resultado (mortalidad, nacimientos...) 0 puntos: no hay datos de resultado
4.9	Información epidemiológica de interés	5 puntos		5 puntos: existe información epidemiológica de interés tanto del hospital como otras noticias de interés para la población 0 puntos: no existe información epidemiológica de interés
4.10	Cartera de servicios	10 puntos		10 puntos: existe cartera de servicios por especialidades 5 puntos: existe cartera de servicios general del hospital 0 puntos: no existe cartera de servicios
4.11	Lista de espera	5 puntos		5 puntos: hay información sobre lista de espera 0 puntos: no hay información sobre lista de espera
4.12	Consejos de salud	5 puntos		5 puntos: existe sección sobre consejos de salud 0 puntos: no existe sección sobre consejos de salud
4.13	Información sobre preparación para pruebas diagnósticas	10 puntos		10 puntos: existe información sobre preparación para pruebas diagnósticas 0 puntos: no existe información
4.14	Información sobre enfermedades y temas de salud	5 puntos		5 puntos: hay información sobre enfermedades o enlace a página que ofrezca esta información 0 puntos: no hay información sobre enfermedades
4.15	Información para el usuario sobre cursos, congresos, actividades del hospital	5 puntos		5 puntos: existe este tipo de información 0 puntos: no existe este tipo de información
4.16	Existe sección de noticias de interés	5 puntos		5 puntos: sí existe apartado con noticias del hospital o de interés general 0 puntos: no existe
4.17	Existe sección del gabinete de prensa o de comunicación del hospital	10 puntos		10 puntos: sí existe 0 puntos: no existe
4.18	Existe apartado dedicado a la investigación y/o docencia-formación	10 puntos		10 puntos: sí existe 0 puntos: no existe
5.	Actualización de los contenidos	10 puntos		
5.1	Existencia de la fecha de actualización	5 puntos		5 puntos: sí 0 puntos: no
5.2	Actualización de la información	5 puntos		5 puntos: información actualizada (menos de 1 mes entre la fecha de revisión de la web y la fecha de la información) 3 puntos: información reciente (entre 1 y 6 meses)

			0 puntos: más de 6 meses no actualizada
6.	Referentes de calidad	10 puntos	
6.1	La web cumple algún criterio de calidad específico para webs de salud (Hon Code, WMA, ACSA)	10 puntos	10 puntos: aparece al menos un sello acreditador de calidad de la web 0 puntos: no se ha adherido a ningún sello de calidad
7.	Información para el profesional	20 puntos	
7.1	Existe apartado para el profesional	20 puntos	20 puntos: hay apartado específico para los profesionales del centro (acceso a intranet o similar) 0 puntos: no hay
8.	Información para proveedores	10 puntos	
8.1	Existe apartado para proveedores	10 puntos	10 puntos: sí existe 0 puntos: no existe
9.	Protección de datos personales	20 puntos	
9.1	Definición de la protección de datos personales	20 puntos	20 puntos: existe descripción de la forma de protección de información referente a una personal natural identificada o identificable y la forma de procesamiento de los datos 0 puntos: no existe
10.	Herramientas 2.0	10 puntos	
10.1	Presencia de herramientas 2.0	10 puntos	10 puntos: hay presencia de foros, blog, comentarios de opinión, fotos, videos, presentaciones, RSS, aplicaciones 0 puntos: no hay presencia

ANNEXO F: CUESTIONARIO UTILIZADO PARA EL CÁLCULO DEL IDRS

EMPRESA HOSPITALARIA		
TOTAL PUNTUACIÓN OBTENIDA		
EJE 1: INFORMACIÓN GENERAL		
ESTRATÉGIA Y ANÁLISIS		
1	Se identifica una parte separada para la RS	
2	La entidad tiene certificados de calidad o de RS	
3	Declaración del máximo responsable sobre la relevancia de la sostenibilidad	
4	Se incluyen en esta declaración prioridades y estrategias a alcanzar	
5	Se incluyen eventos, logros y fracasos registrados por la entidad	
6	Se incluyen desafíos y metas a alcanzar	
7	Se incluyen premios y distinciones	
INFORMACIÓN SOBRE EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN Y EL PERSONAL		
8	Se publican datos de los miembros del consejo de administración	
9	Se describe el sexo de los miembros del consejo de administración	
10	Se publican las remuneraciones de los miembros del consejo de administración	
11	Se publica la relación de puestos de trabajo o se detalla la plantilla de la entidad	
12	Se publica información sobre procesos de selección de personal	
INFORMACIÓN SOBRE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO		
13	Se publica información sobre los diferentes órganos de gobierno y sus funciones	
14	Se publica el código de ética o de buen gobierno de la entidad	
15	Se publica el calendario de reuniones de los órganos de gobierno	
16	Se publican las actas de las reuniones de los órganos de gobierno	
17	Se publican los acuerdos de los órganos de gobierno	
18	Se identifican las marcas propias	
19	Se diferencian las áreas o departamentos	
20	Se publican los responsables de cada área o departamento	
21	Se publica información sobre cambios en la estructura y el tamaño	
GOBIERNO Y COMPROMISO		
22	Se describe la estructura de gobierno de la organización	
23	Se presenta el programa de gobierno	
24	Se identifican los compromisos cumplidos del programa de gobierno	
25	Se definen las funciones del órgano de gobierno en la elaboración de memorias de sostenibilidad	
26	Se publica información para los accionistas	
27	Se indican los cargos ejecutivos en cuestiones económicas, ambientales y sociales	
EJE 2: INFORMACIÓN SOCIAL		
CARACTERÍSTICAS DE LA PÁGINA DE LA ENTIDAD		
1	Existe un <i>site map</i> de la web de la entidad	
2	Existe un buscador interno dentro de la página	
3	Existe la posibilidad de escuchar la página	
4	Existen links para redes sociales	
INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO		
5	La accesibilidad del sitio web cumple el nivel de prioridad AA	
6	Posibilidad de solicitar información de los servicios online	
7	Existencia de un buzón o una sección para quejas y sugerencias	
8	La web mantiene todas las opciones del menú de navegación principal abiertas	
9	La web está optimizada para Internet Explorer 8.0. o superior, Chrome u otros navegadores	
10	Existencia de fecha de actualización del web	
11	Se define la protección de datos personales	
12	Existe presencia de herramientas 2.0. (blogs, foros, servicio de chat, presentaciones, RSS)	
13	Se publican las noticias más destacadas	

14	Se publican ofertas de trabajo	
15	Existe información sobre la obtención de premios o distinciones sobre RS	
16	Se divulga información sobre RS para la comunidad	
17	Publicación de un boletín con las acciones que desarrolla la entidad	
18	Se publican las memorias de sostenibilidad	
19	Aparece un apartado destinado a los proveedores	
20	Se publican los gastos destinados a programas sociales	
21	Se publican los gastos en proveedores locales	
22	Se publica la oferta de servicios	
23	Se publican indicadores de eficacia y eficiencia	

EJE 3: INFORMACIÓN ECONÓMICA		
INFORMACIÓN CONTABLE		
1	Se publica el balance individual o consolidado, si es el caso	
2	Se publican los resultados individuales o consolidados, si es el caso	
3	Se publican informes periódicos económicos	
4	Se detalla la inversión desarrollada por la entidad	
5	Se publican resultados asistenciales claves	
6	Se detallan las subvenciones y ayudas recibidas	
7	Se publican los informes de auditoría	
8	Se publican aspectos económicos clave (ratios, rentabilidades, etc.)	
9	Se publica el periodo medio de pago a proveedores	

EJE 4: INFORMACIÓN MEDIOAMBIENTAL		
1	Información actualizada sobre la situación medioambiental	
2	Difusión de iniciativas llevadas a cabo para mitigar impactos ambientales	
3	Información sobre el grado de reducción de ese impacto	
4	Difusión de acciones llevadas a cabo para incrementar el ahorro de energía	
5	Información acerca de iniciativas para promocionar el consumo eficiente de energía	
6	Información sobre los vertidos y destinos de aguas residuales	
7	Información sobre los deshechos y residuos	
8	Información sobre el total de gastos e inversiones ambientales	
9	Acciones para promover la sensibilidad de los ciudadanos	
10	Información sobre el consumo de energía	
11	Información sobre sanciones e incumplimiento de la legislación medioambiental	
12	Información sobre emisiones totales de gases de efecto invernadero	
13	Se divulga información sobre políticas ambientales	
14	Se divulga información sobre gastos e inversiones ambientales	
15	Se divulga información sobre el sistema de gestión medioambiental	
16	Existe información sobre la obtención de premios a nivel del medioambiente	

ÍNDICE DE DIVULGACIÓN DE RESPONSABILIDAD SOCIAL (IDRS)	
---	--

