



Evaluación de la gestión pública-privada en la Comunidad Autónoma Valenciana, en el ámbito de la salud mental

Antonio Zúñiga Lagares. Doctor en Medicina por la UAB. AMADEM: ONG por la Salud Mental de la Marina Alta, Alicante. solano270548@gmail.com

Existe un debate aún no resuelto en España sobre la pertinencia de aplicar nuevos modelos de gestión de los servicios sanitarios. En la Comunidad Valenciana se han implementado desde el año 1999 varias concesiones administrativas, existiendo una discusión en la literatura al efecto, de su superior eficacia y eficiencia con mejores resultados.

FORMAS DE GESTIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.

El modelo español de salud que se basa en la universalidad de las prestaciones a toda la población y en la equidad de la cobertura asistencial, dentro del contexto de los modelos sanitarios tipo Beveridge con financiación en base a los presupuesto generales del estado⁽¹⁾, contrapuesto a los modelos tipo Bismarck basados en la financiación por cuotas, viene sufriendo continuos cambios desde la Ley General de Sanidad de 1986⁽²⁾ y posteriores leyes y reglamentos de las C.C.A.A.^(3,4), cambios muy influenciados desde el año 1991 por el llamado “Informe Abril Martorell” que separaba las funciones de planificación, fi-

nanciación, compra y provisión de servicios, configurando los centros asistenciales como organizaciones autónomas, con facultades de decisión efectivas y responsables, facilitando la extensión de nuevas formas de gestión en toda la red de asistencia sanitaria pública⁽⁵⁾.

Al separar la financiación de la compra, mediante los programas de gestión, se asignan presupuestos a los compradores de servicios de manera que se les traslada un cierto nivel de riesgos y se crean niveles de competencia interna dentro del mercado sanitario⁽⁶⁾.

De otro lado, la “privatización” facilita el que entren en juego proveedores de servicios privados, que crean un libre mercado y una competencia simulada, mediante empresas aseguradoras. Estas pueden tratar de captar población sana y desechar a la población con patologías previas. Son estos dos modelos diferenciados los que imperan en la mayoría de las reformas sanitarias de los países de la OCDE⁽¹⁾.

Desde los años ochenta existe también otro modelo de reforma sanitaria, el llamado Gerencialismo⁽⁷⁾. En este se intenta trans-

formar los hospitales en empresas de servicios sanitarios, incorporando gestores como directores gerente y financiero. Se introduce la competencia en el mercado sanitario y técnicas del mercado empresarial, gestión de stocks y planificación estratégica. En definitiva se busca la mayor eficacia y eficiencia posibles, poniendo fin al sistema anterior de los hospitales del INSALUD gestionados por directores médicos, profesionales sanitarios de más o menos prestigio.

Uno de los problemas de estos nuevos sistemas de gestión que separan la financiación de la compra de servicios y que modifican la cuota de mercado de los grandes hospitales, es el mantenimiento de la investigación biomédica ligada a los flujos de pacientes que queda comprometida⁽⁵⁾.

Además y a los efectos de dar cumplimiento a las exigencias de la población dentro del marco del llamado Estado del Bienestar, se han ido imponiendo estos nuevos sistemas que priorizan la asignación de los recursos escasos para la obtención de un nivel óptimo de salud demandado por la comunidad^(8, 9, 10).

Desde la aprobación de La Ley 15/1997^(5,11) sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del SNS que establecía, “la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o socio-sanitaria podrá llevarse a cabo directamente, o indirectamente, a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública permitidas en Derecho”, se han ido implementando nuevos sistemas tanto de gestión directa como consorcios, fundaciones, sociedades mercantiles públicas, etc, como indirecta como el concierto, el consorcio y centrándonos en el tema de este trabajo, las concesiones administrativas con modelo de financiación per cápita (modelo Alzira)^(12, 13). Este modelo está dentro de las nuevas fórmulas de gestión, que en terminología anglosajona, constituyen los Public-Private-Partnership (PPP)^(5,14), fórmulas que permiten la participación pública y privada en la construcción y explotación de infraestructuras hospitalarias. Dentro de ellos, están los modelos BOOA (build, operate, own, agreement), en los que un consorcio de empresas privadas construyen el hospital, lo gestionan a través del pago capítativo y proporcionan cuidados de salud en una población determinada, incluyendo la asistencia tanto hospitalaria como ambulatoria.

La Generalitat Valenciana paga al concesionario una cantidad anual por cada uno de los habitantes del departamento de salud asignado^(12,13,14). Este sistema permite, según sus defensores, conocer el coste anual de la asistencia sanitaria pública de un Departamento de Salud durante todo el plazo en que dura la concesión. En este modelo de financiación de la asistencia sanitaria por parte la CCAA valenciana “el dinero sigue al pacien-

te”. Existen correcciones en los pliegos del contrato que permiten ahorrar costes por ciudadanos desplazados del territorio de la concesión a otros territorios y viceversa, teniendo el usuario la facultad de elegir centro sanitario. El usuario tiene la llave de la viabilidad del modelo. La inversión inicial para la construcción de los equipamientos y asimismo la dotación de aparataje y recursos materiales y humanos dependen íntegramente de la Unión Temporal de Empresas (UTE) que gestionan la concesión. El hospital revertirá íntegramente a la Generalitat cuando expire el plazo de la concesión (unos 10 años prorrogables). Al estar pactado entre la administración y las empresas concesionarias, el costo de la cápita, la administración transfiere el riesgo financiero a la empresa^(13,15,16).

De otro lado desde los años 1980, desde su implantación en EEUU, los GRDs (grupos relacionados con el diagnóstico) constituyen un sistema de medición del producto hospitalario que crea grupos de casos atendidos homogéneos (por ej. pacientes con diabetes), agrupaciones de pacientes con un nivel similar de servicios requeridos (estancia media por grupos diagnósticos)^(17,18,20). Estos sistemas se han implantado en España desde los años 1997-1999⁽¹⁹⁾.

En salud mental los GRDs psiquiátricos tienen poca capacidad predictiva lo que ha sido señalado por diversos autores^(21,22). Incluyendo características del paciente y del tipo de tratamiento, aumenta la capacidad predictiva de los GRDs. Asimismo añadiendo información sobre la gravedad del caso aumenta la capacidad predictiva, tanto de la duración del ingreso como del número de reingresos^(23,24).

OBJETIVOS

► **Evaluar las diferencias** en estancias medias y costes por GRDs psiquiátricos en los diferentes departamentos de la Comunidad Autónoma Valenciana, y según el modelo de gestión, público/privado.

► **Verificar la influencia** de algunas variables como edad, género, número de profesionales por departamento, presencia de trastornos de la personalidad, presencia o no de reingresos, carga de morbilidad médica, abuso de sustancias y carga de enfermedad psiquiátrica total sobre dichas estancias medias y costes, y según se trate del modelo de gestión público/privado.

MÉTODOS

► **Sujetos:** se han estudiado todos los pacientes del año 2015 que tuvieron ingresos en los distintos hospitales de la Comunidad Valenciana. La muestra reclutada mediante descarga de ficheros del sistema CMBD del Ministerio de Sanidad fue de 7750 ingresos.

► **Diseño:** estudio observacional y transversal, de la totalidad de pacientes del año 2015 que presentaron ingresos psiquiátri-

cos. Como variables predictoras, número de profesionales por departamento, modelo de gestión público/privado, edad y género del paciente, presencia o no de Trastornos de Personalidad, abuso de sustancias, carga de morbilidad médica, y carga psiquiátrica total. Y como variables dependientes, días de estancias hospitalarias y costes de estancias en euros. Hemos agrupado todos los diagnósticos de la muestra en nueve grupos distintos a los GRDs, en base a las agrupaciones habituales en la literatura psiquiátrica y verificada por nosotros⁽²⁴⁾ Gráfico 6.

Como análisis estadísticos, descriptivos, pruebas no paramétricas para el análisis por GRDs dada la falta de normalidad en las variables días de estancias y costes de hospitalización, regresión por pasos (stepwise) controlando por sexo y edad, introduciendo como regresores el modelo de gestión público/privado, la existencia de abuso de sustancias, el número de profesionales por departamento, las agrupaciones diagnósticas, y la carga de morbilidad psiquiátrica. Para los análisis estadísticos se ha utilizado el programa STATA vs 12.

RESULTADOS

► El análisis estadístico de las diferencias en estancias medias y costes desagregado por GRDs arroja los siguientes resultados:

- Existen diferencias significativas ($p < 0,01$) en todos los GRDs en cuanto a días de estancia, si bien el sentido (mayor o menor) en dichas estancias medias no es homogéneo. Salvo en los GRDs 424 (Intervención Quirúrgica con diagnóstico principal de trastorno mental) y 432 (Otros Trastornos Mentales), en los siete restantes las estancias son más largas en los departamentos de Gestión Pública. Es decir, los grupos 430 y 426 (el amplio grupo de los Trastornos Psicóticos y el de las Distimias) presentan estancias medias más prolongadas, seguidos en orden descendente por los grupos 431 y 428 (Trastornos Mentales de la Infancia y Adolescencia, y Trastornos de la Personalidad y la Impulsividad) y por último de los grupos 427 y 425 (Otras Neurosis excepto las Distimias, y de la Reacciones de Adaptación). Tabla 1 y Gráfico 2.
- Existen también diferencias significativas pero en menor grado que para las estancias ($p < 0,05$) en cuanto a los costes de hospitalización. Hay dos grupos, el primero para los GRDs 426 (Distimias), 427 (Otras Neurosis excepto las Distimias) y 428 (Trastornos de la Personalidad y de la Impulsividad), y otro grupo con menores costes formado por los GRDs 429 (Retraso Mental y Otros Trastornos Mentales Orgánicos) y 430 (Trastornos Psicóticos), todos ellos con mayores costes en la gestión privada. En cambio para los GRDs 424 (el GRD quirúrgico con diagnóstico principal de Trastorno Mental), 425 (Trastornos de Adaptación), 431 (Trastornos Mentales de la Infancia y de la Adoles-

cia) y 432 (Otros Trastornos Mentales) los costes resultaron mayores en los departamentos de gestión pública. Tabla 1 y Gráfico 3.

► El análisis descriptivo de la muestra estudiada (N= 7.750) nos muestra lo siguiente.

La población estudiada muestra una distribución con un 50 % de sujetos varones y algo menor de mujeres (Gráfico 1) y la edad media es de 47 años (D.T. 20,31). Las estancias hospitalarias tienen una media de unos 13 días y el coste medio por estancia de unos 6.400 €. Hemos categorizado la edad de los pacientes en siete grupos tal y como se muestra en la Tabla 4. La franja de entre 25 y 65 años constituyen el 65 % de la muestra. Los mayores de 65 años un 20 %, y aproximadamente un 15 % los menores de 25. El 50 % de pacientes de la muestra presentan diagnósticos de Trastornos Psicóticos (Esquizofrenia y Psicosis Afectivas). Gráfico 6.

En el análisis bivariante encontramos que a medida que aumenta la franja de edad, aumentan los costes de las estancias en un rango que va desde los 6.100 € a los 6.500 € (Tabla 4). Las mujeres tienen costes más altos que los hombres, con una diferencia media de unos 30 € (Tabla 3). La gestión privada, globalmente considerada, implica unos costes medios superiores en unos 70 €. Cuando existe abuso de sustancias, los costes de hospitalización aumentan en unos 118 € en promedio. Hemos efectuado una valoración de la carga de enfermedad psiquiátrica en función del número de diagnósticos presentes en cada caso analizado. Las 3/4 partes de la muestra tienen un solo diagnóstico psiquiátrico (Tabla 5). A medida que aumenta la carga diagnóstica (1 diagnóstico a 3 diagnósticos psiquiátricos) aumenta el coste de la estancia en unos 631 €.

► El análisis de regresión pone de manifiesto lo siguiente:

En los pacientes menores de 55 años existe asociación con estancias de aproximadamente la mitad de la media (6,11 días) pero no son significativas, mientras que en cuanto a costes estos si resultan significativos ($p < 0,01$) en los mayores de 55 (Tabla 6). Los departamentos de gestión pública tienen estancias significativamente más largas, pero con costes inferiores a los de la gestión privada ($p < 0,01$).

Existe correlación estadísticamente significativa positiva ($p < 0,01$) entre costes mayores en 640 € y pacientes con diagnósticos de Trastornos Psicóticos, Trastornos Afectivos, Trastornos de Ansiedad y Trastornos de la Personalidad, y negativa con los pacientes con diagnósticos de Reacciones de Adaptación. El abuso de sustancias alarga los costes (n.s.). A mayor presencia de profesionales en la Comunidad Valenciana (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y auxiliares de enfermería) menores costes ($p < 0,01$). Los pacientes con reingresos en los 30 días posteriores al alta presentan estancias más cortas que los

que no han tenido reingresos. Los pacientes con mayor carga de enfermedades médicas presentaron estancias y costes más bajos, contrariamente a lo esperable.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente trabajo ha sido realizado solamente a partir de la descarga de datos del CMBD del año 2015 y completado con datos sobre número de profesionales en cada departamento que aporta la Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana. Lo que quiere decir que se han obviado otro tipo de variables relacionadas con resultados como por ej. las de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, o los Años de Vida Ajustados a la Calidad, cuestiones que sobrepasarían con mucho, a las que se pretendían en la fase de diseño del presente estudio.

De otro lado, los Sistemas de Ajustes de Riesgos como los AP-DRGs en Salud Mental no han sido modificados tras haber sufrido numerosas críticas, entre otras por no incluir la calibración clínica de la gravedad. Así el DRG 430 Psicosis, abarca un abanico de la patología psiquiátrica que ha sido calificado de verdadero “cajón de sastre”⁽²⁵⁾ donde se agrupan patologías psiquiátricas de muy diferente evolución.

DEBATE Y CONCLUSIONES

No hay diferencias significativas en cuanto a la edad de los pacientes, entre los departamentos de gestión pública/privada y tampoco en cuanto a genero. Hay más dotación de profesionales, psiquiatras, psicólogos, DULs, T.S. y auxiliares de enfermería en los departamentos de gestión pública que en los de gestión privada. No hay diferencias significativas entre los departamentos de gestión pública/privada en cuanto a la presencia de trastornos de personalidad ni en cuanto a reingresos (puerta giratoria). Hay más pacientes con trastornos por abuso de sustancias en los departamentos de gestión privada. Las diferencias entre los departamentos de gestión pública/privada en cuanto a la complejidad de tipo médico, y en cuanto a la carga psiquiátrica total no son significativas.

Los GRDs psiquiátricos muestran algunas diferencias en estancias medias y costes. Los GRDs 430, 426, 428 y 427 presentan estancias algo más largas en los departamentos de Gestión Pública, mientras que los costes son más altos en los de Gestión Privada, particularmente en cuanto a los GRDs 426, 427 y 428.

Los costes de las estancias aumentan con la edad de los pacientes. Las mujeres tienen costes más altos que los hombres. La gestión privada, globalmente considerada, implica unos costes superiores. A medida que aumenta la complejidad de un caso aumentan los costes, como cuando por ejemplo existe abuso de sustancias. Los pacientes con diagnósticos de Trastornos Psicóticos, Trastornos Afectivos, Trastornos de Ansie-

dad y Trastornos de la Personalidad tienen costes mayores que los pacientes con diagnósticos de Reacciones de Adaptación. A mayor presencia de profesionales en la Comunidad Valenciana menores costes. Los pacientes con reingresos en los 30 días posteriores al alta presentan estancias más cortas que los que no han tenido reingresos. Los pacientes con mayor carga de enfermedades médicas presentaron estancias y costes más bajos, contrariamente a lo esperable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabo Salvador J, Cabo Muiños J, Roberto Iglesias J. Sistemas de Salud y Reformas Sanitarias en España, Canadá y Estados Unidos. En: Cabo Salvador J y cols, eds. Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada. Madrid: Centro de Estudios Financieros 2010; p. 35-37.
2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE. 1986 abril 29; (102): 15207-24.
3. Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación sanitaria de la CCAA de Cataluña.
4. Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre por el que se establece el traspaso de competencias sanitarias a la Generalitat Valenciana.
5. Cabo Salvador J, Herreros González J.M., Cabo Muiños J. Fórmulas jurídicas y nuevas herramientas y formas de gestión en las organizaciones sanitarias. Centro de Estudios Financieros. Madrid 2010
6. Martín Martín J.J. Nuevas fórmulas de Gestión en las Organizaciones Sanitarias. 1ª ed. Madrid: Fundación Alternativas, 2003.
7. Martín Martín J.J. Reformas de la Gestión Pública Sanitaria. 1ª ed. Madrid: Fundación Alternativas, 2003.
8. Cabasés Hita J.M., Martín Martín J.J., Lopez del Amo M.P. La eficiencia de las organizaciones hospitalarias. Papeles de Economía Española, 95, 195-212. FUNCAS Madrid 2003.
9. Lopez Casanovas G, La contratación de Servicios Sanitarios. Els llibres dels Fulls Econòmics. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona 1999.
10. Ibern Regàs P. Contratación externa de Servicios Sanitarios: el caso de la concertación hospitalaria en el entorno europeo. En: Lopez Casanovas G. La Interfaz público-privada en sanidad. Masson Barcelona 2003 p. 123-36.
11. Ley 15/1997 sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del SNS.

12. López Casasnovas G, del Llano Señarís J.E. (eds). Colaboración Público-Privada en Sanidad: el modelo Alzira. Fundación Gaspar Casal. Madrid 2017.
13. Campoy Domene L.F., Santacreu i Bonjoch J. La Colaboración público-privada en el marco del Sistema Nacional de Salud. El caso especial del modelo valenciano a propósito de la concesión de Denia. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. Vol 6 num 2, Abril 2008. pags 183-365. Elsevier.
14. Martín Martín J.J. . La Gestión Indirecta de Servicios Sanitarios públicos; contratación externa y propiedad privada. 1ª ed. Madrid: Fundación Alternativas, 2003. p. 38-40
15. Arenas Díaz, C. A. Eficiencia de las Concesiones Administrativas Sanitarias de la Comunidad Valenciana. Sedisa Siglo XXI. <https://www.sedisasigloxxi.es/spip.php?article373>
16. IASIST. Evaluación de resultados de los Hospitales en España según su modelo de gestión. 2012. Accesible en:http://www.iasist.com/files/Modelos_gestion_0.pdf
17. All patient Diagnosis Related Groups (AP-GRDS). 3M Health Information Systems. 1994
18. Averill, R., Goldfield, N., Hughes, J., et al. What are APR-GRDS ?. An Introduction to Severity of Illness and Risk of Mortality adjustment methodology. 3M Health Information System. 2003
19. Casas, M.: Los Grupos Relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización. Masson. 1991.
20. Cabo Salvador J, Unda Madariaga E. Sistemas de Ajustes de Riesgos (AP-GRDS, APR-GRDS, IR-GRDS, CRGS, DXCGS). Gestión por procesos y benchmarking. En "Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada". Javier Cabo Salvador y cols. Centro de Estudios Financieros. Madrid 2010.
21. Taube C, Lee E.S., Forthofer R.N. GRDs in Psychiatry. An Empirical Evaluation. Med Care (1984); 22:597-610.
22. Gruber JE (1982). Paths and Gates: the sources of recidivism and length of stay on a psychiatric ward. En: Horn SD et al. (1989) .Psychiatric Severity of Illness. A Case-Mix Study. Medical Care, Jan 1989, vol 27 : 69-84
23. Horn SD et al. (1989) .Psychiatric Severity of Illness. A Case-Mix Study. Medical Care, Jan 1989, vol 27 : 69-84
24. Zúñiga Lagares A. Estudio de la Casuística en un Centro de Salud Mental Comunitario: Gravedad y Utilización de Servicios. Tesis Doctoral UAB (no publicada). Barcelona 2009.
25. Seva-Díaz A, Seva Fernández A (2003). GRDs Psiquiátricos: Una Investigación Pendiente. European J of Psychiatry, Vol 17, nº 1: 49-63.

Tabla 1. Diferencias en estancias medias y costes según GRDs psiquiátricos en los hospitales de la Comunidad Valenciana año 2015. (N=7752).*** (p<0,001), ** (p<0,01), * (p<0,05). Kruskal-Wallis. G Pub: Gestión Pública. G Priv: Gestión Privada.

GRDs		N	Días de Estancia		Coste de Estancia	
			m	DT	m	DT
424	G Pub	28	8,96***	(9,61)	6104,82**	(3064,34)
	G Priv	11	12,82***	(25,40)	5728,53*	(2010,89)
425	G Pub	736	6,88***	(6,86)	6208,91**	(2588,88)
	G Priv	162	6,09***	(4,67)	5777,57*	(2555,02)
426	G Pub	423	9,38***	(10,09)	6175,21**	(2685,84)
	G Priv	77	5,62***	(5,00)	6567,41*	(2600,41)

427	G Pub	291	7,66***(7,99)	6213,99**(2592,89)
	G Priv	65	6,51***(6,40)	6487,95*(2368,72)
428	G Pub	540	9,03***(10,84)	6386,31**(2623,12)
	G Priv	126	6,32***(5,81)	6651,00*(2795,28)
429	G Pub	469	9,40***(13,54)	6123,25**(2495,34)
	G Priv	127	9,40***(11,79)	6207,53*(2560,72)
430	G Pub	3505	17,53***(24,78)	6531,00**(2699,41)
	G Priv	831	12,68***(11,73)	6544,95*(2602,96)
431	G Pub	193	9,77***(9,75)	6262,17**(2606,38)
	G Priv	73	6,93***(7,66)	5927,85*(2369,11)
432	G Pub	82	9,78***(14,97)	6843,15**(2632,19)
	G Priv	13	11,69***(19,70)	6766,62* (2467,75)

Tabla 2. GRDs Psiquiátricos (Grupos Relacionados con el Diagnóstico Psiquiátrico).

424	GRD Quirúrgico con Diagnóstico Principal de Trastorno Mental
425	Reacciones de Adaptación
426	Neurosis Depresiva (Distimia)
427	Otras Neurosis excepto la depresiva
428	Trastornos de la Personalidad y de la Impulsividad
429	Retraso Mental y Otros Trastornos Mentales Orgánicos
430	Psicosis
431	Trastornos Mentales de la Infancia y Adolescencia
432	Otros Trastornos Mentales

Tabla 3. Costes de estancias psiquiátricas por Género en la Comunidad Valenciana. Año 2015 (N=7.752).

Género	N	%	m (coste estancia en €)	DT
Hombre	3.888	50,2	6.390,78	2.655,33
Mujer	3.864	49,8	6.420,12	2.641,28

Tabla 4. Distribución de Costes de estancias psiquiátricas en los Hospitales de la Comunidad Valenciana por franjas de edad, año 2015. (N=7.752)

Franjas Edad	N	%	m (coste estancia en €)	DT
< 18 años	516	6,6	6.139,81	2.648,62
18-24	575	7,4	6.340,69	2.758,52
25-34	1.069	13,7	6.344,32	2.665,57
35-44	1.069	20,7	6.475,37	2.695,20
45-54	1.527	19,7	6.470,17	2.650,26
55-64	853	11,0	6.533,43	2.647,23
> 65	1.603	20,6	6.354,80	2.541,01
Total	7.752	100	6.405,41	2.648,21

Tabla 5. Número de Diagnósticos Psiquiátricos y costes de estancias psiquiátricas en los Hospitales de la Comunidad Valenciana, año 2015. (N= 7.752)

Nº Diagnósticos Psiquiátricos	N	%	m (coste estancia en €)	DT
Un Diagnóstico	5.952	76,78	5.897,24	2432,8
Dos Diagnósticos	1.126	14,53	6.403,80	2635,89
Tres o más Diagnósticos	674	8,69	6.405,41	2648,21

Tabla 6. Análisis de Regresión por pasos (step wise). R²=0,035.* p< 0,1; ** p< 0,05; *** p< 0,01. Pub. Gestión Pública. Priv. Gestión Privada.

VARIABLES INTRODUcidas EN EL MODELO	ESTANCIAS (DÍAS)	COSTES (€)
Género H M	n.s. n.s.	n.s. n.s.
Edad	n.s. n.s.	< 55 años < 7040,54*** > 55 años > 7040,54***
Modelo de Gestión (Pub. Priv.)	Pub.> 6,11*** Priv.< 6,11***	Pub.< 7040,54*** Priv.> 7040,54***
Abuso de Sustancias (si / no)	Si n.s. No n.s.	Si n.s. No n.s.
Nº Profesionales Departamentos Psiquiatras Psicólogos DUIs T.S. Aux. Enfermería	n.s. n.s. n.s. n.s. n.s.	< 7040,54*** < 7040,54*** < 7040,54*** < 7040,54*** < 7040,54***
Carga Enfermedad Psiquiátrica 1 Diagnóstico 2 Diagnósticos 3 Diagnósticos	< 18,85** < 18,85** < 18,85**	n.s. n.s. n.s.
Agrupaciones Diagnósticas Tr. Psicóticos Tr. Afectivos Distimias Tr. Ansiedad Tr. Personalidad Tr. Adaptación Tr. Infancia y Adolescencia Tr. No Especificados	> 6,11*** > 6,11*** n.s. < 6,11*** < 6,11*** < 6,11*** < 6,11*** n.s.	> 7040,54*** > 7040,54*** n.s. > 7040,54*** > 7040,54*** n.s. > 7040,54*** > 7040,54***

Privatización sanitaria

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE (coord.)

Sosteniéndose en el falso argumento de que lo privado es más eficiente que lo público, desde hace un par de décadas se ha iniciado en España un proceso de privatización de los recursos sanitarios que se ha revelado altamente costoso para el erario público. Este libro se ha escrito para combatir ese proceso.

Editorial **El Viejo Topo** • PVP: 18 euros



Gráfico 1. Distribución por Género. Ingresos Psiquiátricos Comunidad Valenciana. Año 2015

Gráfico 2. Diferencias de medias días de estancia hospitalaria por DRG gestión pública/privada. Comunidad Valenciana. Año 2015 (valores en días).

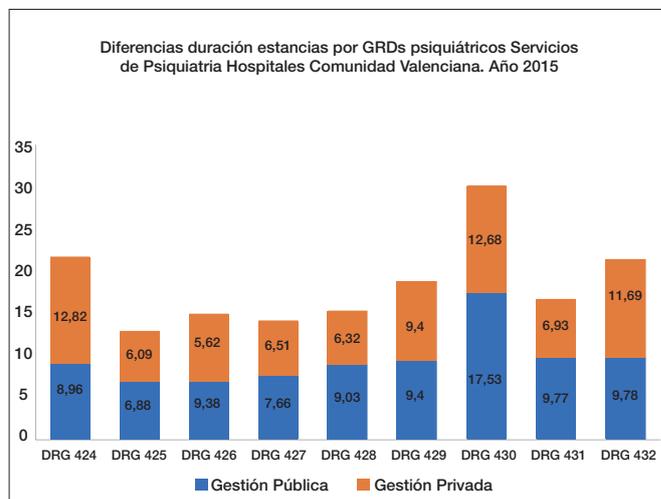
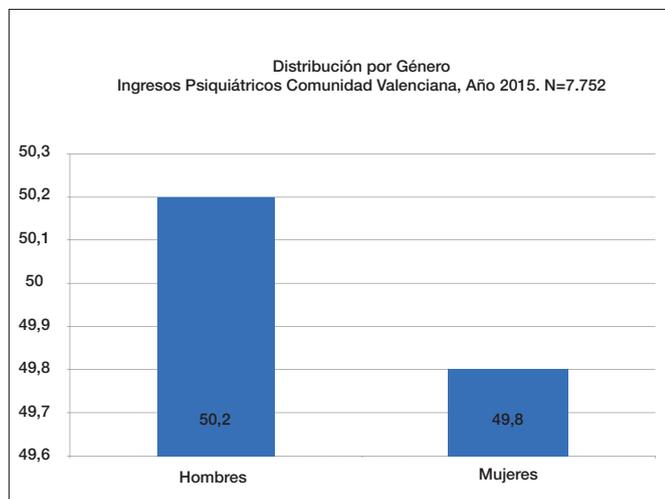


Gráfico 3. Diferencias de medias, costes de estancias hospitalarias por DRG, gestión pública/privada. Comunidad Valenciana. Año 2015 (valores en €).

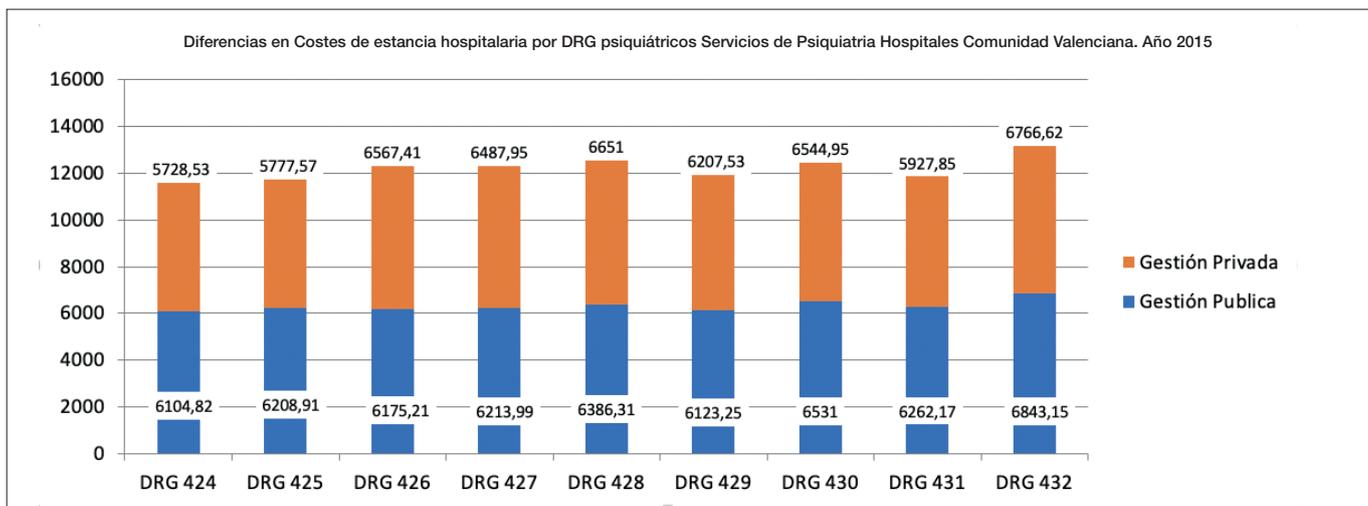


Gráfico 4. Estancias medias en días en los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales de la Comunidad Valenciana. Año 2015

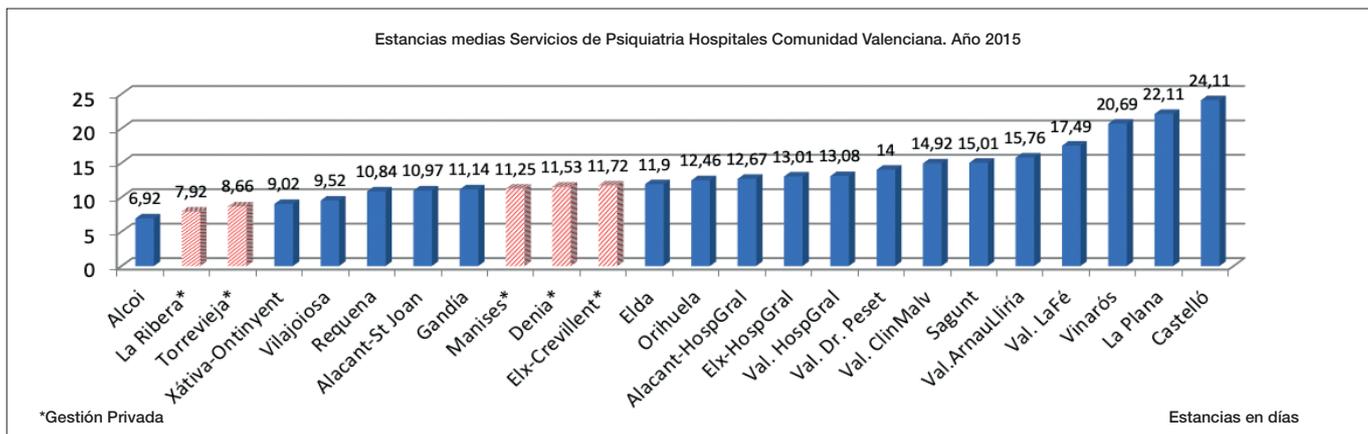


Gráfico 5. Costes medios expresados en euros en los servicios de Psiquiatría de los Hospitales de la Comunidad Valenciana. Año 2015.

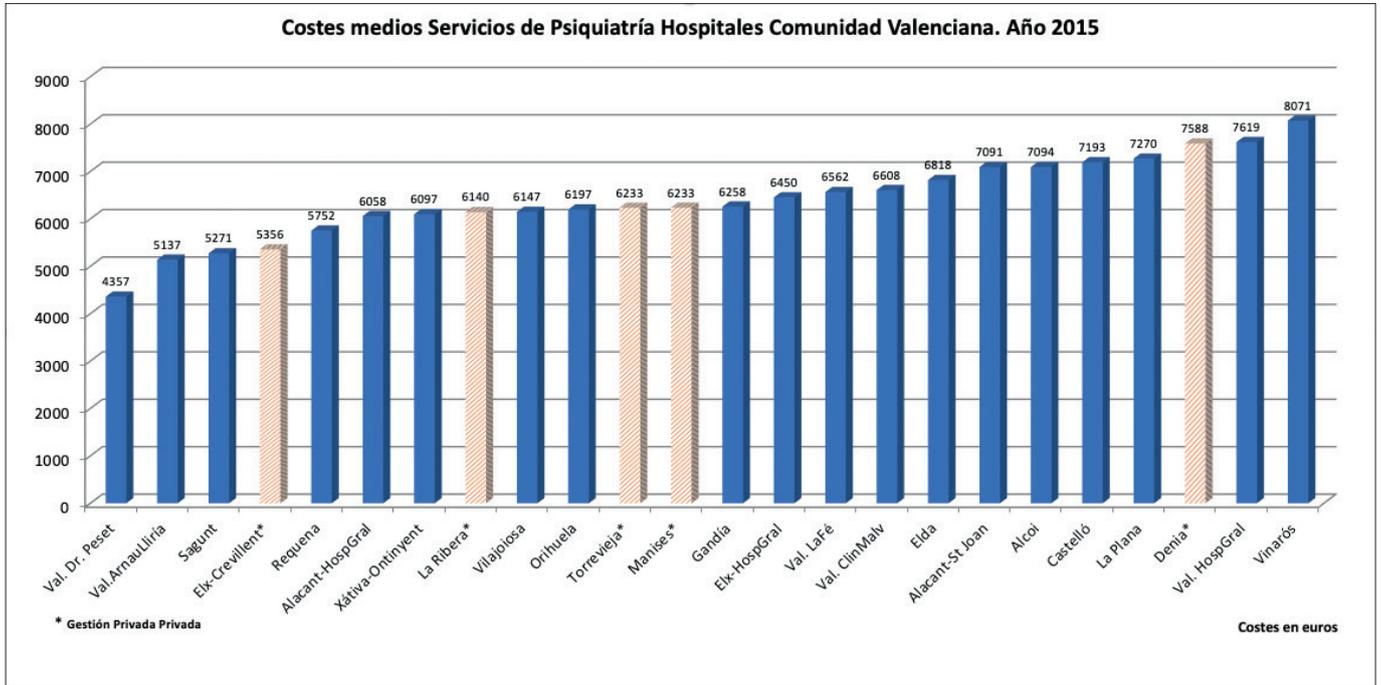


Gráfico 6. Distribución por Diagnósticos Agrupados. Ingresos Psiquiátricos Comunidad Valenciana. Gestión Pública/Privada. Año 2015.
 1. Demencias y Otros Trastornos Mentales Orgánicos. 2. Trastornos Psicóticos (Esquizofrenia y Psicosis Afectivas). 3. Trastornos Afectivos (Depresión Mayor y Otros estados Depresivos). 4. Distimias. 5. Trastornos de Ansiedad, del Sueño y de Sexualidad. 6. Trastornos de la Personalidad, de la Impulsividad y Alimentación. 7. Trastornos Adaptativos y Códigos V. 8. Trastornos de la Infancia y la Adolescencia. 9. Trastornos Mentales No Especificados.

X² = 31,374 p < 0,001

