

Profitability, Corporate Social Responsibility and Gender in Private Healthcare in Spain

Rentabilidad, responsabilidad social empresarial y género en la sanidad privada española

María del Carmen Valls Martínez

Key words

- Gender
- Private Hospitals
- Profitability
- Corporate Social Responsibility
- Size

Palabras clave

- Género
- Hospitales privados
- Rentabilidad
- Responsabilidad social corporativa
- Tamaño

Abstract

This study evaluates the impact of the publication of reports on corporate social responsibility, gender in management and geographic location on the profitability of private hospitals in Spain. The analysis was carried out on a sample of 104 hospitals using data from 2015. We find a significant and negative relationship between the issuing of reports on CSR and profitability, as well as a significant and positive relationship between management exercised by women and profitability, however, neither of these relationships are causal. In contrast, there is a causal relationship between being located in the autonomous regions of Madrid and Andalusia and profitability, in the first case it is positive and in the latter negative.

Resumen

Este estudio valora la relación e influencia en los hospitales privados españoles de la emisión de informes de responsabilidad social corporativa, el género de la dirección y la ubicación geográfica, sobre la rentabilidad. El análisis se realizó sobre una muestra de 104 hospitales, con datos referidos a 2015. Encontramos una relación significativa y negativa entre la difusión de informes de RSC y la rentabilidad, así como una relación positiva y significativa entre la dirección ejercida por mujeres y la rentabilidad, pero ninguna de estas relaciones es causal. Por el contrario, sí existe causalidad entre la ubicación en la Comunidad de Madrid y Andalucía con la rentabilidad, siendo la primera negativa, y la segunda positiva.

Citation

Valls Martínez, María del Carmen (2019). "Profitability, Corporate Social Responsibility and Gender in Private Healthcare in Spain". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 168: 111-128. (<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.168.111>)

María del Carmen Valls Martínez: Universidad de Almería | mcvalls@ual.es

INTRODUCTION

In recent years there has been growing concern in society for environmental and social problems. This has led firms to issue reports in which they highlight the initiatives they have taken related to sustainability and social responsibility. Hospitals have not been exempt from this process, although they have arrived later to it than firms in other economic sectors.

Reports on corporate social responsibility (CSR) are a voluntary practice and are not written or presented in a standardised format, which makes it difficult to make comparisons and meet commitment targets, although there are attempts to harmonize forms, the most significant and recognised at the international level being the *Standards of the Global Reporting Initiative*, an independent organisation created for this purpose. In Spain, only a few healthcare firms, such as the Hospital Moncloa and Sanitas, present their reports following these standards. As a result, in this study we consider all CSR reports emitted and published by hospitals regardless of their format.

Hospitals are not neutral in terms of their social and environmental impacts. In fact, they are by definition socially responsible organisations, which implies that CSR acquires a particular importance and is specifically based on three fundamental pillars (Medina, 2012): the training of employees in interpersonal communication skills for their relationships with patients and patients' families; conferring centrality on the patient, by reducing waiting lists, providing sufficient time for visits with patients, listening to their opinions, etc.; and, lastly, a commitment to scientific knowledge and to disseminating medical knowledge to the population to help in the prevention of illnesses through the acquisition of healthy life habits.

As a consequence, CSR in the hospital sector, without forgetting the external projection of the corporate brand, must pay special

attention to the patient and to the healthcare professional, who should be involved in an active manner in the policies developed by the firm (Mira *et al.*, 2013). In short, good management is necessary for a good clinic (Meneu and Ortún, 2011).

The study of CSR in management began in 1953 with the publication by Bowen of the book "Social Responsibilities of the Businessman", in which the author linked social responsibility to the personality and philosophy of the founder of the firm. In the 1980s, CSR moved away from this initial individualistic perspective and focused on the commitment of the firm to society, with the understanding that business decisions should be taken not only based on profits for shareholders, but considering the workers, consumers, public authorities and the general population as well. But it was in the 1990s, with the eruption of various financial, environmental and social scandals of international character, when codes of ethics and conduct began to proliferate because of the need to control risks, involving firms in the search for a sustainable business model. In short, there was a latent CSR model prior to the development of the current normative phase (Aparicio and Valdés, 2009).

The European Union Green Paper from 2001, *Promoting a European framework for corporate social responsibility*, defined CSR as the voluntary integration on the part of firms of social and environmental concerns in their commercial operations and relationships with stakeholders, and presented the costs involved in CSR as a "strategic investment", and not an expense, that permits firms to increase their competitiveness and contributes to quality management (Barañano, 2009).

CSR practices contribute to a positive image for the firm, which is clearly profitable. As a result, firms have used CSR as a business model for obtaining added value through the achievement of a positive reputation with investors, shareholders and citizens (Maira,

2012); thus, the costs of CSR practices should be productive for firms and provide them with competitive advantages for survival and growth (Jones, 1995). In fact, CSR policies have repercussions for the firm (Miras, Carrasco and Escobar, 2011) at both the internal level (involvement of employees and coordination of their tasks) and external level (improved reputation of the firm and brand image). In short, the need to profit from CSR is justified, as is its importance as a way of assuring legitimacy (Gil, 2017).

The interest that this issue has raised has led to numerous analyses that show positive results for firms as a consequence of implementing CSR: including competitive advantages (Porter and Kramer, 2006), increases in market share (Sen and Bhattacharya, 2001), improvement in brand image (Lii and Lee, 2012), reputation as employer that attracts the best talent (Turban and Greening, 1997), commitment to employees (Glavas and Kelley, 2014), better ability to find financing (Cheng, Ioannou and Serafeim, 2014; Jiraporn *et al.*, 2014) and a reduction in risks (Godfrey, Merrill and Hansen, 2009).

In other regards, the incorporation of women in management positions in firms has led to a new research current examining the link between results and women in management. The main theory that sustains these studies is *Upper Echelons Theory*, according to which managers differ in their knowledge, personal characteristics, culture, habits, emotions and beliefs, which guide and differentiate the decisions they make, and as a consequence, lead to different results (Hambrick, 2007).

The EU Green Paper refers to gender equality within CSR, although not as a measure of justice for all women workers, but rather as a profitable business investment by building the loyalty of women that occupy management positions; it refers, in reality, to the capacity to attract talent through measures aimed at equal opportunities (Gil, 2013).

Although results may vary, there are many studies that have found that, in general, women have different experiences and knowledge than men. For example, women managers tend to have higher levels of university education (Carter *et al.* 2010) and their household experiences tend to give them greater knowledge of the market and better marketing and sales skills (Carter, Simkins and Simpson, 2003; Groysbert and Bell, 2013). In terms of management skills, women value cooperative work more (Bart and McQueen, 2013), tend to have greater tolerance (Adams and Funk, 2012), propose less aggressive strategies (Apesteguia *et al.*, 2012) and show a greater aversion to risk (Croson and Gneezy, 2009). In terms of moral reasoning, women tend to be more socially oriented and more oriented toward the care of others (Jaffee and Hyde, 2000; Forte, 2004).

Taking the above into consideration, a firm's economic results should improve with the application of CSR policies and the incorporation of women in management positions. In recent years there have been many studies at the international level on the degree of development and fulfilment of CSR policies implemented by firms, as well as on gender diversity in management and its impact on profit, the latter measured in terms of return on assets (ROA), return on equity (ROE) and even market value (stock market value and Tobin's Q ratio). However, we do not find studies of this type on the hospital sector.

The results of previous studies on other sectors of activity are not conclusive regarding any of the aspects mentioned. An analysis of the research carried out from 1972 to 2012 (Raza *et al.*, 2012) reveals that CSR positively influenced ROA in 77.8% of the cases, negatively in no cases, found no relationship between CSR and ROA in 20%, and mutual influence in 2.2%. For firms listed on the 10 main European markets (Miralles-Quirós, Miralles-Quirós and Guia, 2016), no common pattern applicable to all of them, nor one constant in time, was found when analysing

the market value of their stocks in relation to CSR. Similarly, an analysis of 140 studies on gender carried out in 35 different countries and on different sectors (Post and Byron, 2015) found mixed results: some studies showed a positive relationship between greater female representation in management positions and firm profitability, while others showed a negative relationship and, in other cases, there was a complete absence of a relationship.

Given these broad findings, the main objective of this study is to analyse if evidence exists of relationships between the publication of reports on CSR practices, the presence of women in management and the economic profitability of private hospitals in Spain. In addition, given the transference of competencies on matters of healthcare to Spain's autonomous regions and given their different standards of living, we also analyse whether the geographic location of a hospital within Spain has any influence on its economic results.

This study contributes to the current state of research in several ways. First, it provides empirical evidence on a sector that has not been researched in regard to our focus (CSR, gender and geographic location) in Spain. There are some studies regarding CSR in hospitals but none examining profitability. And while there are some studies on women in management, and some in regard to nursing management, there are none specifically regarding hospital management. Nor have we found any research that relates the location of a hospital in a specific autonomous region with its profitability. Secondly, the incorporation of women in management positions has been the object of social debate and regulation in Spain favouring equality based on ethical reasons (Organic Law 3/2007 of 22 March, for effective equality between women and men), but the knowledge of whether there are also economic reasons to favour equality may contribute a great deal to the solution of gender conflicts, which

might be resolved if legal impositions passed the market test, revealing a positive relation with profitability. Thirdly, the methodology employed is adequate to respond to the issues raised, especially in considering that the inclusion of the *delayed dependent variable* resolves problems of endogeneity between profitability and CSR and gender.

The results could be useful for private hospitals in Spain for guiding future management policies, as we find significant and causal relationships between the profitability of hospitals and geographic location, the size of firms and level of debt, as well as significant though not causal relationships between profitability and the reporting of CSR practices and the gender of management.

SUBJECTS AND METHODS

Sample

The sample of private hospitals in Spain was obtained from the SABI database (Sistema de Análisis de Balances Ibéricos), using the CNAE 2009 [National classification of economic activities] code number 8,610 for hospital activities. Hospitals with a volume of operating revenues above 10 million euros were analysed, with the aim of eliminating small volume medical centres that, although included in the section for hospital activities are not really hospitals. Once those cases were eliminated (including, for example, laboratories), along with cases with data errors, hospitals run by public enterprises (which function under different parameters) and 2 atypical cases (the Quiron group, which appears consolidated, so that its data are not comparable with the rest of the cases, and the Hospital General de Muro SL, with an extraordinary ROA, revealing it as clearly atypical), the sample resulted in 104 subjects, of which 71 are considered to be medium sized firms and 33 large firms, with data referring to the year 2015 (the last year for which data is currently available). The criteria that is used

to classify them into medium or large firms is asset size, referred to as patrimonial criteria, applied by the European Commission (DOUE-L-2003-80730), so that if the sum of the total asset balance on 31 December 2015 was below or equal to 43 million euros, the firm is considered to be medium sized, and if it is above that figure it is considered large (see Table 1).

The accounting data for the hospitals was also obtained from the SABI database, as well as the name of the Executive Director and/or President. However, to determine if each hospital published CSR reports or not, we had to examine the information offered on their respective web pages.

The largest concentration of hospitals in the sample is found in Catalonia, with 27 of the total, followed by the Community of Madrid and Andalusia, with 20 and 13 hospitals, respectively. Only 13 Spanish hospitals, of the 104 in the sample, 12.5% of the total, presented CSR reports in any format in 2015, and the majority of those were located in the Community of Madrid, followed by the Valencian Community. Six hospitals published such reports in 2015 for the first time and only 5 had done so for a period of 5 consecutive years, although it is typical that once the practice is begun it is usually maintained. Of the total sample, 22 hospitals were managed by women, the majority of these in Catalonia, while 82 were managed by men; thus, only 21% of the hospitals in the sample were managed by women. The increase in women students and faculty in universities in recent years has not been accompanied by a proportional growth of women in management positions in hospitals (Pastor, Belzunegri and Pontón, 2012), the healthcare sphere reflecting issues of gender discrimination in the broader society.

Variables

The measure for profitability used in previous studies varies considerably, although we can

distinguish two clearly differentiated approaches: on the one hand, those analyses that use accounting measure and, on the other, those that use market values. Given that we are referring to firms that are listed on the stock market, we have had to use accounting data. In this sense, following earlier literature (Reverte, 2008; Makni, Francoeur and Bellavance, 2008; Fu-Ju, Ching-Wen and Yung-Ning, 2010; Gil, 2016), we use return on assets (ROA) as our measure of profitability. ROA is the ratio between economic results, that is, the result before interests and taxes, and total assets, expressed as a percentage. Thus, ROA measures the profitability of business assets independent of the concrete financial structure of the firm, that is, without considering the proportions that outside financing and its own resources represent. The relationship between ROA and CSR has been broadly examined in previous empirical analyses, with positive results obtained in almost 78% of the cases (Raza *et al.*, 2012).

The independent variables used in this study are CSR, gender and autonomous region, all of them considered as dichotomous variables or *dummy* variables. CSR has a value of one if the public hospital presented a CSR report in any format in the period considered, and zero if it did not. If the resulting regression coefficient has a positive sign this would be an indicator that profitability increased as a consequence of reporting on and putting CSR policies into practice; in contrast, if the sign is negative, this would mean that the costs of implementation of such policies would be greater than the revenues obtained from them. The gender variable has a value of one if the executive director or president of the hospital was a man and zero if she was a woman. Regarding the results of the regression analysis, if the resulting coefficient is positive, the fact that the hospital is managed by a man has positive influence on profitability, while if it is negative, this implies that profitability would be

TABLE 1. *Number of hospitals in the sample*

Autonomous regions	Number of hospitals			CSR reports	Gender	
	Medium	Large	Total		Man	Woman
Andalusia	12	1	13	1	11	2
Aragon	2	–	2	–	2	–
Asturias	–	1	1	–	1	–
Balearic Islands	3	1	4	–	4	–
Canary Islands	6	1	7	–	6	1
Cantabria	1	–	1	–	1	–
Castille and Leon	2	1	3	1	–	3
Catalonia	22	5	27	1	16	12
Valencian Community	4	6	10	4	8	1
Galicia	4	3	7	–	6	1
La Rioja	1	–	1	–	1	–
Community of Madrid	7	13	20	5	18	2
Murcia	3	–	3	–	3	–
Navarre	1	–	1	–	1	–
Basque Country	3	1	4	1	4	–
TOTAL	71	33	104	13	82	22

Source: By author.

greater if hospital management were carried out by a woman. To consider the role of autonomous region we had to introduce six dichotomous variables into the model for the options considered (Catalonia, Community of Madrid, Andalusia, Valencian Community, Canary Islands, Galicia and Others), so that, if the coefficient corresponding to a specific autonomous region was positive, this would mean that the location of the hospital in that region has a positive influence on profitability, and vice versa.

In addition, three control variables were included in the study: size, risk and delayed dependent variable (Allouche and Laroche, 2005; Andersen and Dejoy, 2011). First, size was controlled for through total asset balance and, to homogenize the values with the rest of the variables, it was treated through its Napierian logarithm (Wu, 2006; Navarro and Martínez, 2004; Francoeur *et al.*, 2017); the variable considered is $LnActivo$. Second-

ly, risk is measured by the debt ratio of the hospital, in other words, outside financing as a percentage of the total financial resources used, represented as *Endeudam* (Campbell and Mínguez-Vera, 2008; Reverte, 2008; Francoeur *et al.*, 2017; Aras, Aybars and Kuttlu, 2010). Lastly, taking into account that there is endogeneity between profitability and the explanatory variables CSR and Gender (Makni, Francoeur and Bellavance, 2008; Francoeur *et al.*, 2017; Rodríguez, Fernández and Rodríguez, 2013; Reguera-Alvarado, de Fuentes and Laffarga, 2017), the delayed dependent variable was included as a control variable, that is, ROA for the year 2014.

Methodology

The study was carried out in two steps. In the first, we carried out a univariate analysis, studying the relationship of each one of the

explanatory variables with the dependent variable. In the case of the dichotomous variables —*CSR*, *Gender* and *Autonomous Region*— we verified that the resulting sub-samples followed a normal distribution, based on the Kolmogorov-Smirnov test or the Shapiro-Wilk test, depending on the size of the sub-sample, having to verify a significance level above 0.05. After, we tested the homogeneity of the variance through Levene’s statistic, having to obtain a significance level above 0.05. Once the normality of the distributions and the homogeneity of their variance was tested, we carried out a parametric *T* test for independent samples, having to obtain a p-value below 0.05 so that, in effect, the mean difference is significant and, as a consequence, we can state that said variable affects profitability. In addition, through the Pearson’s chi-squared test, we verified the existing relationship between the dichotomous variables; when their p-value is below 0.05 the relationship between the variables is significant, and in the contrary case, it is independent.

For the control variables, which represent the previous year’s profitability (*ROA*₂₀₁₄), size (*LnActivo*) and risk (*Endeudam*), given that these are continuous variables, we carried out a descriptive analysis through meas-

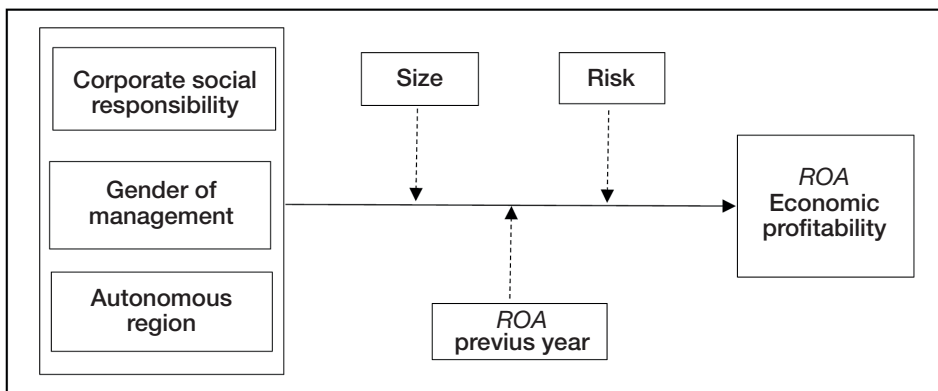
ures of position and dispersion, as well as a correlation analysis, through Pearson’s correlation coefficient, which must have a significance below 0.05 (or alternatively 0.01) to accept that the correlation is not a random result with a probability below 5% (or even 1%). Said coefficient informs us not only of the extent of correlation between variables, but also of the direction of the correlation, that is, the direction in which one variable varies in relation to variations in the other.

Secondly, we carried out a multivariate analysis using a multiple linear regression model, represented in Figure 1; the analytical expression of the model is the following:

$$ROA_{2015,i} = \beta_0 + \sum_{k=1}^6 \beta_k CA_{k,i} + \beta_7 RSC_i + \beta_8 Género_i + \beta_9 ROA_{2014,i} + \beta_{10} LnActivo_i + \beta_{11} Endeudam_i + \varepsilon_i$$

where *ROA*₂₀₁₅ is economic profitability for 2015 (ratio between economic profit, that is, profits before interests and taxes, for 2015 and total assets that appear on the balance sheet for the hospital on 31 December 2015), expressed as a percentage; *CA*₁ to *CA*₆ are dichotomous variables that have the value of one if the hospital is in Catalonia, Madrid, Andalusia, Valencia, Canary Islands and Galicia, and zero if not; *CSR* is a dichotomous

FIGURE 1. Conceptual model



Source: By author.

variable that has the value of 1 if the hospital emitted a CSR report in 2015 and zero if it did not; Gender is a dichotomous variable that has the value of one if the executive director or president of the hospital is a man and zero if she is a woman; ROA_{2014} is economic profitability for 2014, expressed as a percentage; $LnActivo$ is the Napierian logarithm for the asset value that appears on the balance sheet for the hospital on 31 December 2015; $Endeudam$ is the level of debt (ratio between outside resources and total resources) expressed as a percentage and is derived from data from the balance sheet for 31 December 2015; ε is the random error or disturbance and we assume that it is a random variable and independently distributed.

The model was implemented using the SPSS statistical programme, through the

backward method, which analyses successive models each time eliminating a variable that is not significant (starting with that which is least significant) until reaching a model in which all the variables included are significant.

RESULTS

Univariate data analysis

First, we carried out a study of the mean difference for the independent variable, ROA_{2015} , in function of the elaboration or not of CSR reports, the gender of management and geographic location by autonomous regions (see Table 2).

Regarding the publication of CSR reports, we find that the average ROA for the 13 hos-

TABLE 2. Study of mean differences in the variable ROA_{2015} for the dichotomous variables

	Variable	Number of cases	Mean	Mean difference	t	Sig. (bilateral)
CSR	Yes	13	-0.374801			
	No	91	4.662457	-5.0372581	-2.157	0.033
Gender	Man	82	3.199219			
	Woman	22	7.139783	-3.9405638	-2.080	0.040
Catalonia	Catalonia	27	4.403841			
	Others	77	3.902694	0.5011469	0.278	0.781
Community of Madrid	Madrid	20	0.196053			
	Others	84	4.946311	-4.7502574	-2.438	0.016
Andalusia	Andalusia	13	8.853689			
	Others	91	3.344101	5.5095874	2.370	0.020
Valencian Community	Valencia	10	2.749187			
	Others	94	4.169354	-1.4201678	-0.531	0.597
Canary Islands	Canary Islands	7	5.780891			
	Others	97	3.906649	1.8742425	0.596	0.553
Galicia	Galicia	7	2.136510			
	Others	97	4.169645	-2.0331350	-0.646	0.520
Others	Others	20	4.928738			
	Rest	84	3.819481	1.1092570	0.554	0.581

Source: By author.

pitals that publish reports is negative and equal to -0.374801%, while the average profitability for the 91 hospitals that do not publish CSR reports is 4.662457%. Given that both samples are normal (according to the Kolmogorov-Smirnov test for the sub-sample that did not publish CSR reports and the Shapiro-Wilk test for the sub-sample that did) and present homogeneous variance (based on the Levene statistic), the *T* test for independent samples was applied, showing that the means are significantly different as well (*t* is equal to -2.157 and the *p-value* to 0.033). Therefore, the hospitals that publish CSR reports are, on average, less profitable.

Regarding gender, the average ROA in 2015 was 3.199219% for the 82 hospitals managed by men, while in the 22 hospitals managed by women, the average profitability was 7.139783%. As in the previous case, once the normality and the homogeneity of variance for both samples was verified, the *T* test was used for independent samples showing that the means are significantly different (*t* equal to -2.080 and the *p-value* to 0.040), so that we can conclude that, on average, the hospitals managed by women have higher profitability than those managed by men.

We see how the mean for the variable *ROA*₂₀₁₅ for each autonomous region is very different, which may, *a priori*, lead one to conclude that the fact that a hospital is found

in one region or another can influence its profitability. To test if the geographic location of a hospital effects profitability, we also carried out a comparison of means test for each autonomous region, grouping those regions that had four or fewer hospitals as *Others*. In all of the cases, once it was verified that the independent sub-samples followed a normal distribution (through the Kolmogorov-Smirnov or Shapiro-Wilk tests for normality, depending on the size of the sub-sample), and that the variances for the two sub-samples are homogeneous (through the Levene test), we carried out a *T* test for independent samples, with the result that the means are significantly different, with a probability of 95% for Madrid and Andalusia, where the significance of the *p-value* is below 0.05. Therefore, we decided to include the qualitative variable of Autonomous Region in the regression model, so that 6 dichotomous variables are considered.

To know if there is a significant relationship among any of the dichotomous variables, we carried out cross tabulations for each variable with all the others, calculating Pearson's chi-squared statistic. We did not find any significant relationship between the publication of CSR reports and gender (Pearson's chi-squared of 0.296 with sig. of 0.586), despite the majority of CSR reports published having been from hospitals managed by men. See Table 3 (we have not included the cross-tabulations for CSR and Gender by

TABLE 3. *Crosstabs between Gender and CSR*

		CSR		
		No	Yes	Total
<i>Gender</i>	Woman	20	2	22
	Man	71	11	82
	Total	91	13	104

Pearson's Chi-squared = 0.296 sig. = 0.586

Source: By author.

Autonomous Region due to their size). Regarding the publication of CSR reports we only find a significant relationship in the case of the Valencian Community (chi-squared equal to 7.650 and sig. 0.006), although in Madrid the values are close to significance (chi-squared equal to 3.537 and sig. 0.060); obviously, the majority of CSR reports were published in these two regions. Lastly, regarding gender, the only significant relationship is found in Catalonia, where there were a total of 12 women managing hospitals in contrast to 15 men (Chi2 equal to 11.860 and sig. 0.001). In the rest of the autonomous regions the presence of women in the top management of hospitals is not significant.

Panel A of Table 4 shows the descriptive analysis for the quantitative variables for the sample considered, in which we can see how the dispersion of ROA declines in 2015 in comparison to 2014, the mean increasing from 3.804399% to 4.0328%. The average indebtedness of the private hospitals was 58.82% in 2015, with 50% of hospitals with values between 36.77% and 79.05%. Panel B of Table 4 shows the bivariate correlations between the quantitative variables, using Pearson's correlation, which must have a significance below 0.05 for us to accept the hypothesis of a correlation between variables. The results indicate a positive and significant correlation between ROA_{2015} and ROA_{2014} of 75.1%, so that profitability follows a trend, in

TABLE 4. Descriptive analysis of quantitative variables and correlations

Panel A. Descriptive statistics		ROA_{2015}	ROA_{2014}	$LnActivo$	<i>Endeudam</i>
Number of subjects		104	104	104	104
Mean		4.032800	3.804399	10.2283	58.821157
Median		3.390512	3.068501	10.1915	58.330973
Variance		64.255	97.433	0.970	851.017
Standard deviation		8.0158952	9.8708305	0.98486	29.1721981
Minimum		-17.1776	-49.2695	8.45	5.1902
Maximum		28.1998	27.8918	12.62	149.7356
Q1		-0.882274	0.108726	9.3870	36.772371
Q3		9.352616	7.715354	10.7983	79.049221

Panel B. Pearson's correlations					
ROA_{2015}	Corr.	1	0.751**	-0.215*	-0.506**
	Sig. (bilateral)		(0.000)	(0.028)	(0.000)
ROA_{2014}	Corr.	0.751**	1	-0.048	-0.480**
	Sig. (bilateral)	(0.000)		(0.625)	(0.000)
$LnActivo$	Corr.	-0.215*	-0.048	1	0.097
	Sig. (bilateral)	(0.028)	(0.625)		(0.326)
<i>Endeudam</i>	Corr.	-0.506**	-0.480**	0.097	1
	Sig. (bilateral)	(0.000)	(0.000)	0.326	

* The correlation is significant to 0.05 level (bilateral).

** The correlation is significant to 0.01 level (bilateral).

Source: By author.

general not producing brusque changes. However there is a negative and significant correlation between ROA_{2015} and the control variables of size and risk; in concrete, between ROA_{2015} and $LnActivo$ the correlation is -21.5% , while between ROA_{2015} and $Endeudam$ it is -50.6% , which implies that the largest hospitals and those that are most in debt are, in general, less profitable.

Multivariate data analysis

We carried out a regression of the original proposed model using SPSS, applying the *backward* option, which begins with the model that includes all the initially proposed variables and proceeds by successively eliminating them, until reaching the definitive model in which only those variables that significantly explain the endogenous variable

are included. In each step the variable that has the least significance is eliminated among the variables that still remain within the model and that are not significant. In this case, the following variables were successively eliminated: CA_1 , RSC , CA_6 , CA_4 , CA_5 and lastly, *Gender*. Thus, the final model considered includes the following as explanatory variables: ROA_{2014} , $LnActivo$, $Endeudam$ and CA_2 and CA_3 (see Table 5). As a result, we can state that 63.1% of the profitability of private hospitals in Spain is explained by the profitability of the previous year, asset size, the level of indebtedness and, in the case of hospitals located in Madrid and Andalusia, geographic location. Regarding asset size and level of indebtedness, the larger the hospital and the greater the indebtedness, the lower, on average, their profitability. However, while a means comparison test indicates that

TABLE 5. Empirical results of the regression

		Model 1 ^a			Model 2 ^b		
		Coefficient	Sig.	VIF	Coefficient	Sig.	VIF
	Constant	21.956	0.000		19.781	0.000	
	ROA_{2014}	0.563	0.000	1.471	0.567	0.000	1.397
	$LnActivo$	-1.663	0.006	1.436	-1.579	0.003	1.112
	<i>Endeudam</i>	-0.048	0.017	1.415	-0.046	0.017	1.355
	<i>RSC</i>	0.633	0.697	1.244			
	<i>Gender</i>	-1.823	0.157	1.178			
Coefficients	CA_1	-0.465	0.758	1.884			
	CA_2	3.236	0.066	2.034	2.932	0.036	1.301
	CA_3	3.501	0.049	1.459	3.260	0.031	1.059
	CA_4	1.027	0.619	1.591			
	CA_5	2.359	0.288	1.326			
	CA_6	-1.316	0.550	1.307			
	Nº of observations	104			104		
	R^2	66.6			64.9		
	Ajusted R^2	62.6			63.1		
	<i>F</i> -test	16.678	0.000		36.242	0.000	

^a Predictors: Constant, ROA_{2014} , $LnActivo$, *Endeudam*, *RSC*, *Gender*, CA_1 to CA_6 .

^b Predictors: Constant, ROA_{2014} , $LnActivo$, *Endeudam*, CA_2 , CA_3 .

Source: By authors.

hospitals that do not publish CSR reports and that are managed by women have a significantly higher average profitability, we cannot state that this is a causal relationship. That is, the fact of not publishing CSR reports or that management is carried out by a woman does not increase the average profitability of the hospital; as a consequence, the relationship found may be the result of a factor (or factors) that influences both these variables. Lastly, the means comparison test and the regression coincide in showing that if a hospital is located in Madrid or Andalusia, its profitability is affected. In the case of Andalusia, profitability is higher than in the other regions and this can be seen in the positive regression coefficient of 3.260. In contrast, in Madrid, profitability is noticeably lower than in the other regions, with a regression coefficient of 2.932.

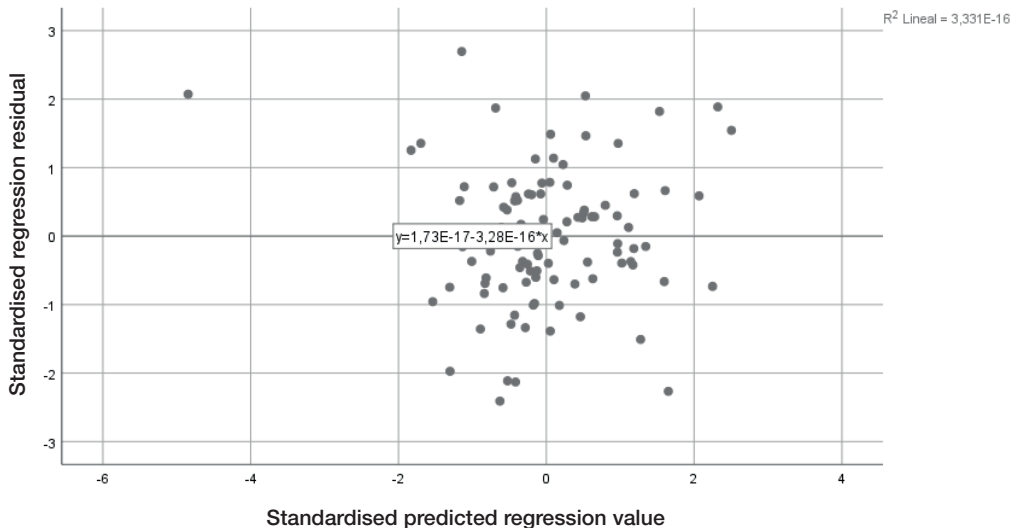
In the ANOVA analysis, the *F*-test indicates that the model is valid (sig. 0.000). In analysing the collinearity among the variables no problem is detected; tolerance levels and VIF verify this (see Table 5), as do

the condition indexes and the proportions of variance. Nor do we find problems of autocorrelation between residuals or heteroscedasticity, as deduced from the Durbin-Watson statistic (2.058) and the analysis of residuals, which, in addition, are normal (see Figure 2). One interesting observation is that ROA_{2014} has a much greater explanatory weight over ROA_{2015} than the rest of the variables, given that the standardised beta coefficient is 0.699, while it is -0.194 for *Ln-Activo*, -0.169 for *Endeudam*, 0.145 for CA_2 and 0.135 for CA_3 .

CONCLUSIONS

The private hospitals in Spain which show the greatest interest in developing CSR policies are located in the Autonomous Regions of Madrid and Valencia. The lack of interest in doing so shown by hospitals in Catalonia, the region with the greatest number of private hospitals, is notable, and in Andalusia as well, where a significant number of hospi-

FIGURE 2. Graph of residual dispersion – predicted value



Source: By author.

tals are also located. Given that somewhat less than 13% of private hospitals published CSR reports in 2015, this practice is not very extensive among these institutions in comparison with other economic sectors, such as the financial sector.

Regarding the presence of women in top management in hospitals, a little more than 21% of Spain's private hospitals were managed by women in 2015, the majority located in Catalonia, where women occupy more than 44% of the top management positions in the region's private hospitals.

In this study we find a negative and significant relationship between the establishment of CSR strategies and profitability (revealed by a comparison of means), although this is not a causal relationship (as the regression coefficient is not significant). This indicates that while the most profitable hospitals are not interested in CSR policies, or at least in communicating them to the outside, the hospitals with the lowest profit rates are interested, perhaps as a part of their efforts to improve their economic results. However, we do not find that the publication of CSR reports has a significant influence on hospital profitability. If we consider that, from a logical perspective, the implementation of CSR strategies provides a series of competitive advantages to firms, and the majority of studies carried out until now corroborate this, and if in addition, we take into account that this sector is very sensitive to the concerns of its clients (patients), we would conclude that hospitals should continue to actively develop CSR policies and wait for them to take root so that their impact will be reflected in their economic results, as their still recent establishment could be the cause of their current lack of statistical significance.

We have looked for a deeper explanation for CSR practices, attempting to establish their relationship with hospital size, as well as with level of indebtedness. To do this, we transformed the size and indebtedness vari-

ables into dichotomous variables, dividing the hospitals into large and medium-sized firms based on their total assets being above or below 43 million euros, and whether their level of indebtedness can be classified as high or low based on their debt ratio being above or below 50%. We have also analysed the relationship using Pearson's chi-squared, revealing that no relationship exists between the publication of CSR reports and hospital size, but that there is one with debt level (Pearson's Chi-squared equals 7.294 with a sig. of 0.007), that is, hospitals with higher rates of external financing are more likely to develop CSR policies, possibly to improve the image of the firm with financial entities and investors, which is consistent with the previous finding that it is primarily the less profitable hospitals that emit CSR reports.

This study also reveals a positive and significant relationship between management exercised by women and profitability (through a comparison of means), although this relationship is not causal (as a result of the lack of significance of the regression coefficient). In other words, hospitals managed by women are, on the average, more profitable, but the fact that management is exercised by a woman does not mean the hospital's profitability increases. As a consequence, there must be other external factors that are positively influencing both variables: women's presence in management and profitability. To more deeply analyse gender, we carried out a comparison of means between the variables size and indebtedness, considered as dichotomous variables, and gender, which showed that debt is not related to gender, but that size and gender do have a significant relationship (Pearson's Chi-squared equal 6.602 with a sig. of 0.010), with hospitals managed by women being, on average, medium-sized. In concrete, of the 22 hospitals in the sample managed by women, 20 are considered medium-sized firms and only two are large, which is consistent with findings from previous studies in this sector (García,

González and Murillo, 2017; García, García and Madrid, 2012). Thus, if medium-sized hospitals are on average more profitable than large hospitals and, if women tend to manage the former, it is logical to assume that a relationship exists between profitability and gender, but not necessarily a causal one. The variable that mediates between profitability and gender appears to be size.

The profitability of private hospitals in Spain is affected by their specific location. In concrete, if the hospital is in Andalusia its profitability will be notably higher than the average for hospitals located in other regions; this is the conclusion from a comparison of means and from the existence of a positive and significant regression coefficient. In contrast, if the hospital is located in the Community of Madrid, its profitability will be lower than the average for hospitals in other regions in Spain, as shown by the comparison of means and the regression coefficient. However, that coefficient is positive and, in principle, its sign should be negative. We find the explanation for this by carrying out a comparison of means test by autonomous region for the variables of indebtedness and size. The mean differences for the variable debt level is only significant in the Community of Madrid, the average debt being 76.18% there, while it is 54.69% for all the other hospitals (t equals 3.080 and sig. 0.003); that is, the Community of Madrid has a level of debt 21.49 percentage points higher than the rest of Spain. In addition, the mean differences for the size variable, considered as $LnActivo$, are also significant in the Community of Madrid, the mean for said community being 10.8381, while for the rest of Spain it is 10.0832 (t equals 3.218 with sig. of 0.002); in other words, in the Community of Madrid the average size is greater by 0.75492 (this figure is considerable, as we are dealing with a Neperian logarithm; in reference to total assets we are talking about approximately 27 million euros). This difference in means regarding size is not significant for Andalusia (t equals

-1.118 with sig. 0.266). These mean differences are also significant for the cases of Catalonia and the Valencian Community. Therefore, considering that the hospitals in the Community of Madrid have on average higher levels of debt and are significantly larger than hospitals in other regions, and the regression coefficients for both these variables are negative, the positive coefficient for the dummy variable is explained by its effect compensating for the decline in profitability caused by the control variables.

Beyond the influence of the three variables considered (CSR, Gender and Autonomous Region) on the profitability of private hospitals in Spain, it is interesting to note how profitability is negatively affected by hospital size, with larger hospitals on average having lower profitability. The study of the concrete reasons for this is beyond the scope of this particular study, as it would require a deep analysis of the economic and financial data of the hospitals, an important topic for future research, including such variables as number of employees, the high costs of certain treatments, research costs, etc. The fact is that, in general terms, the Community of Madrid has hospitals with lower profitability, but, in turn, they are in their majority large hospitals, while the hospitals in Andalusia have high levels of profitability and they are in their majority medium-sized firms. In addition, our findings reveal that greater levels of indebtedness provoke a decline in profitability, measured as return on assets, that is, before subtracting interests from outside financing, so that we are not considering the direct costs of debt or its conditions. As a consequence, the management of private hospitals, analysed as economic entities that look to maximise their profits, should look for the largest proportion of their own resources possible.

As a final conclusion we can state that geographic location has been shown to be a key variable in the profitability of private hospitals in Spain, while neither gender nor

CSR practices are statistically significant in explaining differences in profitability, which is consistent with findings from other recent studies regarding Spanish firms in diverse sectors (Brusca *et al.*, 2017) and the English Health Service Foundation (Ellwood and Garcia-Lacalle, 2015).

BIBLIOGRAPHY

- Adams, Renée B. and Funk, Patricia (2012). "Beyond the Glass Ceiling: Does Gender Matter?" *Management Science*, 58(2): 219-235.
- Allouche, Jose and Laroche, Patrice (2005). "Meta-analytical Investigation of the Relationship between Corporate Social and Financial Performance". *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 57: 18-41.
- Andersen, Margaret and Dejoy, John S. (2011). "Corporate Social and Financial Performance: The Role of Size, Industry, Risk, R&D and Advertising Expenses as Control Variables". *Business and Society Review*, 116(2): 237-256.
- Aparicio, Joaquín and Valdés, Berta (2009). "Sobre el concepto de responsabilidad social de las empresas. Un análisis europeo comparado". *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 27(1): 53-75.
- Apesteguía, José; Azmat, Ghazala and Iriberrí, Nagore (2012). "The Impact of Gender Composition on Team Performance and Decision-Making: Evidence from the Field". *Management Science*, 58(1): 78-93.
- Aras, Guler; Aybars, Aras and Kutlu, Otleem (2010). "Managing Corporate Performance: Investigating the Relationship between Corporate Social Responsibility and Financial Performance in Emerging Markets". *International Journal of Productivity and Performance Management*, 59(3): 229-254.
- Barañano, Margarita (2009). "Contexto, concepto y dilemas de la responsabilidad social de las empresas transnacionales europeas: una aproximación sociológica". *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 27(1): 19-52.
- Bart, Chris and McQueen, Gregory (2013). "Why Women Make Better Decisions". *International Journal of Business Governance and Ethics*, 8: 93-99.
- Brusca, Isabel; Labrador, Margarita; Blasco, M. Pilar and Esteban-Salvador, Luisa (2017). "Impacto del género y la responsabilidad social en la rentabilidad empresarial cuando se controlan los recursos estructurales e intangibles". *Revista Perspectiva Empresarial*, 4(2): 59-72.
- Campbell, Kevin and Mínguez-Vera, Antonio (2008). "Gender Diversity in the Boardroom and Firm Financial Performance". *Journal of Business Ethics*, 83: 435-451.
- Carter, David; D'Souza, Frank; Simkins, Betty and Simpson, W. Gary (2010). "The Gender and Ethnic Diversity of U.S. Boards and Board Committees and Firm Financial Performance". *Corporate Governance: An International Review*, 18: 396-414.
- Carter, David; Simkins, Betty and Simpson, W. Gary (2003). "Corporate Governance, Board Diversity and Firm Value". *The Financial Review*, 38(1): 33-53.
- Cheng, Beiting; Ioannou, Ioannis and Serafeim, George (2014). "Corporate Social Responsibility and Access to Finance". *Strategic Management Journal*, 35(1): 1-23.
- Croson, Rachel and Gneezy Uri (2009). "Gender Differences in Preferences". *Journal of Economic Literature*, 47(2): 1-27.
- DOUE-L-2003-80730. Recomendación de la Comisión, de 6 de mayo de 2003, sobre la definición de microempresas, pequeñas y medianas empresas.
- Ellewood, Sheila and Garcia-La Calle, Javier (2015). "The Influence of Presence and Position of Women on the Boards of Directors: The Case of NHS Foundation Trusts". *Journal of Business Ethics*, 130(1): 69-84.
- Forte, Almerinda (2004). "Antecedents of Managers Moral Reasoning". *Journal of Business Ethics*, 51(4): 315-347.
- Francoeur, Claude; Labelle, Real; Balhi Souha and El Bouzaidi, Saloua (2017). "To What Extent Do Gender Boards Enhance Corporate Social Performance?". *Journal of Business Ethics*. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10551-017-3529-z>
- Fu-Ju, Yang; Ching-Wen, Lin and Yung-Ning, Chang (2010). "The Linkage between Corporate Social Performance and Corporate Financial Performance". *African Journal of Business Management*, 4(4): 406-413.
- García, Mónica; García, Domingo and Madrid, Antonia (2012). "Caracterización del comportamiento de las Pymes según el género del gerente: un

- estudio empírico". *Cuadernos de Administración. Universidad del Valle*, 28(47):37-53.
- García, Mónica; González, Carlos H. and Murillo, Guillermo (2017). "Características de las pymes según la gerencia sea hombre o mujer: caso empírico de Cali". *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 82: 1-120.
- Gil, Antonio M. (2016). "La relación de la RSC y el beneficio empresarial. ¿Ganan más las compañías más responsables?". *FIR-FAEDPYME International Review*, 5(8): 60-71.
- Gil Sánchez, Guacimara (2013). "La definición europea de la responsabilidad social de las empresas y su insensibilidad hacia la justicia de género". *La Harremanak*, 28(1): 165-190.
- Gil Sánchez, Guacimara (2017). "Análisis discursivo del relato empresarial sobre responsabilidad social corporativa. Coordinadas narrativas y prácticas discursivas". *Recerca, Revista de Pensament i Anàlisi*, 20: 127-156.
- Glavas, Ante and Kelley, Ken (2014). "The Effects of Perceived Corporate Social Responsibility on Employee Attitudes". *Business Ethics Quarterly*, 24(2):165-202.
- Godfrey, Paul C.; Merrill, Craig B. and Hansen, Jared M. (2009). "The Relationship between Corporate Social Responsibility and Shareholder Value: An Empirical Test of The Risk Management Hypothesis". *Strategic Management Journal*, 30(4): 425-445.
- Groysberg, Boris and Bell, Deborah. (2013). "Dysfunction in the Boardroom". *Harvard Business Review*, 91: 89-97.
- Hambrick, Donald C. (2007). "Upper Echelons Theory: an update". *Academy of Management Review*, 32(2): 334-343.
- Jaffee, S. and Hyde, J. S. (2000). "Gender Differences in Moral Orientation: A Meta-analysis". *Psychological Bulletin*, 126(5): 703-726.
- Jiraporn, Pornsit; Jiraporn, Napatson; Boeprasert, Adisak and Chang, Kiyoun (2014). "Does Corporate Social Responsibility (CSR) Improve Credit Ratings? Evidence from Geographic Identification". *Financial Management*, 43(3): 505-531.
- Jones, Thomas M. (1995). "Instrumental Stakeholder Theory: A Synthesis of Ethics and Economics". *Academy of Management Review*, 20(2): 404-437.
- Lii, Yuan-Shuh and Lee, Monlee (2012). "Doing Right Leads to Doing Well: When the Type of CSR and Reputation Interact to Affect Consumer Evaluations of the Firm". *Journal of Business Ethics*, 105(1): 69-81.
- Maira Vidal, M.^a del Mar (2012). "Las organizaciones sindicales ante la Responsabilidad Social de las Empresas Transnacionales en el contexto de la globalización económica". *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30(2): 431-458.
- Makni, Rim; Francoeur, Claude and Bellavance, François (2008). "Causality between Corporate Social Performance and Financial Performance: Evidence from Canadian firms". *Journal of Business Ethics*, 89: 409-422.
- Medina-Aguerebere, Pablo (2012). "La responsabilidad social corporativa en hospitales: un nuevo desafío para la comunicación institucional". *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(1): 77-87.
- Meneu, Ricard and Ortún, Vicente (2011). "Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis". *Gaceta Sanitaria*, 25(4): 333-338.
- Mira, José J.; Lorenzo, Susana; Navarro, Isabel; Pérez Jover, Virtudes and Vitaller, Julián (2013). "Diseño y validación de la escala RSC-Hospitales para medir responsabilidad social corporativa". *Gaceta Sanitaria*, 27(6): 529-532.
- Miralles-Quirós, M.^a del Mar; Miralles-Quirós, José Luis and Guía, Irene (2016). "Are firms that contribute to sustainable development valued by investors?" *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 24(1): 71-84.
- Miras, M.^a del Mar; Carrasco, Amalia and Escobar, Bernabé (2011). "Una revisión de los meta-análisis sobre responsabilidad social corporativa y rendimiento financiero". *Revista de Estudios Empresariales*, 1: 118-132.
- Navarro, Juan C. and Martínez, Isabel (2004). "Earnings Management and Audit Quality in Spain: an Empirical Study". *Spanish Journal of Finance and Accounting*, 33(123): 1025-1061.
- Pastor, M.^a Inmaculada; Belzunegui, Ángel and Pontón, Paloma (2012). "Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad". *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30(2): 497-518.
- Porter, Michael E. and Kramer, Mark R. (2006). "Strategy and Society: The Link between Competitive Advantage and Corporate Social Responsibility". *Harvard Business Review*, 84: 78-92.

- Post, Corinne and Byron, Kris (2015). "Women on Boards and Firm Financial Performance: A Meta-Analysis". *The Academy of Management Journal*, 58(5): 1546-1571.
- Raza, Ali; Ilyas, Muhammad Imran; Rauf, Rafeh and Qamar, Rabia (2012). "Relationship between Corporate Social Responsibility (CSR) and Corporate Financial Performance (CFP): Literature Review Approach". *Finance Management*, 46: 8404-8409.
- Reguera-Alvarado, Nuria; Fuentes, Pilar de and Laffarga, Joaquina (2017). "Does Board Gender Diversity Influence Financial Performance? Evidence from Spain". *Journal of Business Ethics*, 141: 337-350.
- Reverte, Carmelo (2008). "Determinants of Corporate Social Responsibility Disclosure Ratings by Spanish Listed Firms". *Journal of Business Ethics*, 88: 351-366.
- Rodríguez, Mercedes; Fernández, Sonia and Rodríguez, Jose (2013). "Estructura del consejo de administración y rendimiento en la empresa española cotizada". *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, 22: 155-168.
- Sen, Sankar and Bhattacharya, C. B. (2001). "Does Doing Good Always Lead to Doing Better? Consumer Reactions to Corporate Social Responsibility". *Journal of Marketing Research*, 38(2): 225-243.
- Turban, Daniel B. and Greening, Daniel W. (1997). "Corporate Social Performance and Organizational Attractiveness to Prospective Employees". *Academy of Management Journal*, 40(3): 658-672.
- Wu, M. L. (2006). "Corporate Social Performance, Corporate Financial Performance and Firm Size: A Meta-Analysis". *Journal of American Academy of Business*, 8: 163-171.

RECEPTION: August 9, 2018

REVIEW: December 18, 2018

ACCEPTANCE: April 11, 2019

Rentabilidad, responsabilidad social empresarial y género en la sanidad privada española

Profitability, Corporate Social Responsibility and Gender in Private Healthcare in Spain

María del Carmen Valls Martínez

Palabras clave

- Género
- Hospitales privados
- Rentabilidad
- Responsabilidad social corporativa
- Tamaño

Key words

- Gender
- Private Hospitals
- Profitability
- Corporate Social Responsibility
- Size

Resumen

Este estudio valora la relación e influencia en los hospitales privados españoles de la emisión de informes de responsabilidad social corporativa, el género de la dirección y la ubicación geográfica, sobre la rentabilidad. El análisis se realizó sobre una muestra de 104 hospitales, con datos referidos a 2015. Encontramos una relación significativa y negativa entre la difusión de informes de RSC y la rentabilidad, así como una relación positiva y significativa entre la dirección ejercida por mujeres y la rentabilidad, pero ninguna de estas relaciones es causal. Por el contrario, sí existe causalidad entre la ubicación en la Comunidad de Madrid y Andalucía con la rentabilidad, siendo la primera negativa, y la segunda positiva.

Abstract

This study evaluates the impact of the publication of reports on corporate social responsibility, gender in management and geographic location on the profitability of private hospitals in Spain. The analysis was carried out on a sample of 104 hospitals using data from 2015. We find a significant and negative relationship between the issuing of reports on CSR and profitability, as well as a significant and positive relationship between management exercised by women and profitability, however, neither of these relationships are causal. In contrast, there is a causal relationship between being located in the autonomous regions of Madrid and Andalusia and profitability, in the first case it is positive and in the latter negative.

Cómo citar

Valls Martínez, María del Carmen (2019). «Rentabilidad, responsabilidad social empresarial y género en la sanidad privada española». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 168: 111-128. (<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.168.111>)

La versión en inglés de este artículo puede consultarse en <http://reis.cis.es>

María del Carmen Valls Martínez: Universidad de Almería | mcvalls@ual.es

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha habido una preocupación creciente en la sociedad por los problemas medioambientales y sociales. Esto ha provocado que las empresas hayan comenzado a elaborar informes donde ponen de manifiesto sus iniciativas de sostenibilidad y responsabilidad social. Los hospitales no están siendo ajenos a este proceso, si bien su incorporación se ha realizado de forma más tardía que en otros sectores.

Los informes de responsabilidad social corporativa (RSC) son una práctica voluntaria y se elaboran en formato no estandarizado, lo cual hace difícil establecer comparaciones y cubrir objetivos de compromiso, si bien existen intentos de armonización, siendo el más significativo y reconocido a nivel internacional los *Standards* de la Global Reporting Initiative, organización independiente creada para este propósito. En España son pocas las empresas de salud que, como el Hospital Moncloa y Sanitas, por ejemplo, presentan sus informes siguiendo estas pautas. Por ello, en el presente estudio consideraremos los informes de RSC emitidos y publicados por los hospitales, cualquiera que sea el formato utilizado.

Los hospitales no son neutros a nivel social y medioambiental. Por el contrario, son en sí mismos organizaciones socialmente responsables, lo que implica que la RSC adquiera un significado particular, basado en tres pilares fundamentales (Medina, 2012): formación de los empleados en habilidades de comunicación interpersonal, para sus relaciones con pacientes y familiares; otorgar protagonismo al paciente, reduciendo listas de espera, atendiéndolo más tiempo en consulta, escuchando sus opiniones, etc., y, por último, comprometerse con el conocimiento científico, divulgando conocimientos médicos a la población, para ayudar a prevenir enfermedades mediante la adquisición de hábitos de vida saludables.

En consecuencia, la RSC hospitalaria, sin olvidar la proyección externa de la marca de la empresa, debe prestar especial atención al paciente y al profesional de la salud, que debe estar implicado de forma activa en las políticas desarrolladas por la empresa (Mira *et al.*, 2013). En suma, una buena gestión es necesaria para una buena clínica (Meneu y Ortún, 2011).

El estudio de la RSC en la investigación de gestión se inicia a partir de 1953 con la publicación por parte de Bowen de la obra *Social Responsibilities of the Businessman*, donde se vincula la misma con la personalidad y filosofía del fundador de la empresa. En los años ochenta del siglo XX, la RSC se aleja de la visión personalista anterior y se centra en el compromiso de la empresa con la sociedad, considerando que las decisiones empresariales deben tomarse no solo en pro de beneficios para los accionistas, sino también para los trabajadores, los consumidores, los poderes públicos y los ciudadanos en general. Pero es en los años noventa, con el estallido de escándalos financieros, medioambientales y sociales, de carácter internacional, cuando comienzan a proliferar los códigos éticos y de conducta por la necesidad de controlar estos riesgos, implicando a las empresas en la consecución de un modelo sostenible. En suma, había una RSC latente previa a la fase normativa y de desarrollo actual (Aparicio y Valdés, 2009).

El Libro Verde de la Unión Europea (de 2001), *Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas*, define la RSC 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, y presenta los desembolsos que la RSC requiere como una «inversión estratégica» y no como un gasto, que permitiría a las empresas aumentar su competitividad y contribuir a su gestión de calidad (Barañano, 2009).

Las prácticas de RSC proporcionan una buena imagen de la empresa ante inversores y accionistas, lo cual es sumamente rentable. Así pues, las empresas han convertido la RSC en un modelo de negocio con el que obtener un valor añadido mediante el logro de reputación ante inversores, accionistas y ciudadanía en general (Maira, 2012), de modo que los costes de las prácticas de RSC deben ser productivos para las empresas y suponerles ventajas competitivas para sobrevivir y progresar (Jones, 1995). De hecho, las políticas de RSC tienen repercusiones para la empresa (Mirás, Carrasco y Escobar, 2011), tanto a nivel interno (implicación de los empleados y coordinación de sus tareas) como externo (mejora la reputación de la empresa y la imagen de marca). En definitiva, se justifica la necesidad de retorno de la RSC y su importancia como forma de asegurar su legitimidad (Gil, 2017).

El interés que este tema ha suscitado ha dado lugar a numerosos análisis que muestran positivas implicaciones para la empresa como consecuencia de implementar estrategias de RSC: ventajas competitivas (Porter y Kramer, 2006), aumento de la cuota de mercado (Sen y Bhattacharya, 2001), mejora de la imagen de marca (Lii y Lee, 2012), reputación como empleador para atraer a los mejores talentos (Turban y Greening, 1997), compromiso de los empleados con la empresa (Glavas y Kelley, 2014), mayor facilidad de financiación (Cheng, Ioannou y Serafeim, 2014; Jiraporn *et al.*, 2014) y reducción de riesgos (Godfrey, Merrill y Hansen, 2009).

En otro orden de cosas, la incorporación de la mujer en los puestos directivos de las empresas ha dado lugar a una nueva corriente de investigación en la que se trata de encontrar una vinculación entre los resultados obtenidos y la gestión femenina. La principal teoría que sustenta estos estudios es la *Upper Echelons Theory* (teoría de los mandos superiores), según la cual los directivos difieren en sus conocimientos, características personales, cultura, hábitos, emociones y

creencias, lo que orienta sus decisiones de forma diferente y, en consecuencia, da lugar a unos resultados empresariales distintos (Hambrick, 2007).

Ya en el Libro Verde de la Unión Europea se habla de la igualdad de género dentro de la RSC, si bien no como una medida de justicia para todas las trabajadoras, sino como una inversión empresarial rentable fidelizando a las mujeres que ocupan puestos directivos; se refiere, en realidad, a la capacidad de atraer el talento, a través de medidas centradas en igualdad de oportunidades (Gil, 2013).

Son muchos los estudios que afirman, si bien existen discrepancias al respecto, que las mujeres tienen, en términos generales, experiencias y conocimientos diferentes a los hombres. Por ejemplo, las mujeres directivas tienden a tener una mayor formación universitaria (Carter *et al.*, 2010) y su experiencia en el hogar suele otorgarles un mayor conocimiento del mercado y mayores habilidades de *marketing* y de ventas (Carter, Simkins y Simpson, 2003; Groysbert y Bell, 2013). En cuanto a las habilidades de dirección, las mujeres valoran más el trabajo cooperativo (Bart y McQueen, 2013), suelen presentar una mayor tolerancia (Adams y Funk, 2012), proponer estrategias menos agresivas (Apesteguía *et al.*, 2012) y mostrar una mayor aversión al riesgo (Croson y Gneezy, 2009). En términos de razonamiento moral, las mujeres tienden a mostrarse más orientadas socialmente y hacia el cuidado de los demás (Jaffee y Hyde, 2000; Forte, 2004).

Considerando todo lo anterior, los resultados económicos de la empresa deberían mejorar con la aplicación de políticas de RSC y con la incorporación de la mujer en los puestos directivos. En este sentido, en los últimos años son muchos los estudios que se están realizando a nivel internacional tanto acerca del cumplimiento y grado de desarrollo de las políticas de RSC implementadas por las empresas como de la diversidad de

género en la dirección y sus implicaciones en la rentabilidad obtenida, medida esta como rentabilidad económica (ROA), como rentabilidad financiera (ROE) o incluso como valoración de mercado (valor de cotización de las acciones y Q de Tobin). Sin embargo, no hemos encontrado evidencia de estudios realizados en este sentido sobre el sector hospitalario.

Los resultados de los trabajos previos desarrollados sobre otros sectores de actividad no han sido concluyentes en ninguno de los dos aspectos mencionados. Un análisis de las investigaciones realizadas entre 1972 y 2012 reveló que (Raza *et al.*, 2012) la RSC influye positivamente en el ROA en un 77,8% de los casos, negativamente en un 0%, no existe relación entre ambos en un 20% y la relación es de influencia mutua en un 2,2%. Para las empresas cotizadas en los diez principales mercados europeos (Miralles-Quirós, Miralles-Quirós y Guia, 2016) tampoco existe una pauta común aplicable a todos ellos cuando se analiza el valor de mercado de las acciones en relación con la RSC, ni constante en el tiempo. Análogamente, un análisis de 140 estudios de género llevados a cabo en 35 países diferentes y sobre diferentes sectores (Post y Byron, 2015) pone de manifiesto cómo los resultados alcanzados son mixtos: unos estudios muestran una relación positiva entre una mayor representación femenina en los cargos de dirección y la rentabilidad de la empresa, otros arrojan una relación negativa y, en otros casos, se manifiesta una ausencia total de relación.

Bajo este marco, el principal objetivo de este estudio fue analizar si existe evidencia de relación entre la publicación de prácticas de RSC y la presencia femenina de la mujer en el rendimiento económico de los hospitales privados españoles. Adicionalmente, dada la transferencia de competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas y dado el diferente nivel de vida que hay en las mismas, se analizó si la ubicación geográfica del hospital dentro del territorio

español tiene alguna influencia en sus resultados.

Este trabajo contribuye al estado actual de la investigación en varios aspectos. Primero, añade evidencia empírica sobre un sector que no ha sido analizado en ninguno de estos elementos (RSC, género y ubicación geográfica) en nuestro país. Hay algunos estudios, aunque escasos, referidos a RSC en hospitales, pero ninguno en relación con la rentabilidad; del mismo modo, hay algunos estudios sobre la dirección de la mujer, pero no en gerencia hospitalaria, sino en enfermería; no hemos encontrado ninguna investigación que relacione la situación del hospital en una u otra comunidad autónoma con su rentabilidad. Segundo, la incorporación de la mujer en puestos directivos ha sido objeto de debates sociales y de regulaciones políticas (Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres), abogándose por una igualdad basada en razones éticas, pero el conocimiento de si existen, además, razones económicas puede aportar mucho en la solución de conflictos de género, que serían resueltos si las imposiciones legales pasan el test del mercado, mostrando una positiva relación con la rentabilidad. Tercero, la metodología empleada es adecuada para dar respuesta a las cuestiones planteadas, especialmente al considerar que la inclusión de la variable dependiente retardada resuelve problemas de endogeneidad entre la rentabilidad y la RSC y el género.

Los resultados alcanzados podrían ser útiles para orientar las políticas de gerencia de los hospitales privados españoles en el futuro, pues obtenemos relaciones significativas y de causalidad entre la rentabilidad de los hospitales y la ubicación geográfica, el tamaño de la empresa y el nivel de endeudamiento, así como relaciones significativas, aunque no de causalidad, de la rentabilidad con la divulgación de prácticas de RSC y el género de la dirección.

SUJETOS Y MÉTODOS

Muestra

La muestra de hospitales privados de España se obtuvo de la base de datos SABI (Sistema de Análisis de Balances Ibéricos), seleccionando el código CNAE 2009 número 8.610 de Actividades hospitalarias. Se analizaron aquellos hospitales con un volumen de ingresos de explotación superiores a los 10 millones de euros, con la finalidad de eliminar aquellos centros médicos de pequeño volumen que, aun cursando en el epígrafe de Actividades hospitalarias, no son realmente hospitales. Una vez eliminados aquellos casos que no son hospitales (por ejemplo, laboratorios), casos con errores en los datos, los hospitales que son empresas públicas (que funcionan bajo parámetros diferentes) y 2 casos atípicos (el grupo Quirón, que aparece consolidado, de modo que sus datos no son comparables al resto por sus elevados números, y el Hospital General de Muro SL, con un ROA extraordinario, mostrándose claramente como un atípico), la muestra se concretó en 104 sujetos, de los cuales 71 hospitales son considerados medianas empresas y 33 hospitales grandes empresas, con datos referidos al año 2015 (último año para el que aparecen datos disponibles). El criterio que se utilizó para clasificarlos en medianas o grandes empresas es el tamaño del activo, denominado criterio patrimonial, aplicado por la Comisión Europea (DOUE-L-2003-80730), de modo que, si la suma del activo total del balance de situación a 31 de diciembre de 2015 es inferior o igual a 43 millones de euros, la empresa es considerada mediana; por el contrario, si es superior a dicha cifra, es considerada grande (véase la tabla 1).

Los datos contables de los hospitales se obtuvieron de la base de datos SABI, así como el nombre del director ejecutivo y/o del presidente. Sin embargo, para determinar si cada hospital publicaba o no informes de

RSC hubo que examinar la información ofrecida en sus respectivas páginas web.

El mayor número de hospitales de la muestra se concentra en Cataluña, con 27 del total, seguida por la Comunidad de Madrid y Andalucía, con 20 y 13 hospitales, respectivamente. Solamente 13 hospitales españoles, de los 104 considerados en la muestra, esto es, un 12,5% del total, presentaron informes de RSC, cualquiera que sea su formato, en el año 2015, y la mayor parte se ubica en la Comunidad de Madrid, seguida de la Comunidad Valenciana. Fueron 6 los hospitales que publicaron por primera vez informe en 2015 y solo 5 hospitales lo venían haciendo durante más de cinco años consecutivos, si bien es usual que, una vez comenzada esta práctica, la misma sea mantenida. Del total de la muestra, 22 hospitales estaban dirigidos por mujeres, encontrándose la mayoría en Cataluña, mientras que 82 lo eran por hombres, es decir, en un escaso 21% de los hospitales la gestión se mostró en manos femeninas. El aumento de las estudiantes y facultativas mujeres de los últimos años no se ha visto acompañado de un crecimiento proporcional de la mujer en los puestos de dirección de los hospitales (Pastor, Belzunegri y Pontón, 2012), de modo que el ámbito de la salud no es ajeno a la discriminación por razón de género de la sociedad, en general.

Variables

La medida de la rentabilidad de la empresa en previos estudios varía considerablemente, si bien pueden distinguirse dos aproximaciones bien diferenciadas: por un lado, aquellos análisis que usan medidas contables y, por otro, aquellos que utilizan valores de mercado. Dado que no estamos tratando con empresas que cotizan en un mercado de valores, hemos de emplear necesariamente datos contables. En este sentido, siguiendo la literatura previa (Reverte, 2008; Makni, Francoeur y Bellavance, 2008; Fu-Ju, Ching-

TABLA 1. Número de hospitales de la muestra

Comunidad autónoma	Número de hospitales			Informes de RSC	Género	
	Medianos	Grandes	Total		Hombre	Mujer
Andalucía	12	1	13	1	11	2
Aragón	2	–	2	–	2	–
Asturias	–	1	1	–	1	–
Baleares	3	1	4	–	4	–
Canarias	6	1	7	–	6	1
Cantabria	1	–	1	–	1	–
Castilla y León	2	1	3	1	–	3
Cataluña	22	5	27	1	16	12
Com. Valenciana	4	6	10	4	8	1
Galicia	4	3	7	–	6	1
La Rioja	1	–	1	–	1	–
Com. Madrid	7	13	20	5	18	2
Murcia	3	–	3	–	3	–
Navarra	1	–	1	–	1	–
País Vasco	3	1	4	1	4	–
TOTAL	71	33	104	13	82	22

Fuente: Elaboración propia.

Wen y Yung-Ning, 2010; Gil, 2016), se utilizó el ROA como medida de la rentabilidad. El ROA (*Return on Assets*) es el cociente entre el resultado económico, esto es, el resultado antes de intereses e impuestos, y el total activo, expresado en tanto por ciento. Obsérvese que el ROA mide, en consecuencia, la rentabilidad del activo empresarial, con independencia de la estructura financiera concreta de la empresa, es decir, sin considerar la proporción que presenta de financiación ajena y de recursos propios. La relación entre ROA y RSC ha sido ampliamente considerada en análisis empíricos previos, obteniéndose resultados positivos en casi un 78% de los casos (Raza *et al.*, 2012).

Las variables independientes objeto de estudio han sido la RSC, el Género y la Comunidad Autónoma, consideradas todas ellas como variables dicotómicas o variables *dummy*. La RSC tomó valor uno si el hospital

publicó informe de RSC en el período considerado, cualquiera que fuese el formato empleado, y cero en caso contrario. Si el coeficiente resultante de la regresión tuviera signo positivo, sería indicador de que la rentabilidad se vería incrementada como consecuencia de la puesta en práctica de políticas de RSC y de su publicación; por el contrario, si el signo fuese negativo, entonces significaría que los costes de implementación de tales políticas serían superiores a los ingresos obtenidos con las mismas. Por su parte, la variable Género tomó valor uno si el director ejecutivo o el presidente del hospital era un hombre y cero si era una mujer; en consecuencia, si el coeficiente resultante de la regresión fuese positivo, el hecho de que la gobernanza del hospital sea ejercida por un hombre influiría positivamente en la rentabilidad, mientras que si fuese negativo implicaría que la rentabilidad se vería favorecida si la gerencia del hospital

es llevada a cabo por una mujer. La consideración de la comunidad autónoma como variable explicativa requirió introducir en el modelo seis variables dicotómicas para las opciones consideradas (Cataluña, Comunidad de Madrid, Andalucía, Comunidad Valenciana, Canarias, Galicia y otras), de modo que, si el coeficiente correspondiente a una determinada comunidad autónoma fuese positivo, implicaría que el hecho de que el hospital se ubique en la misma influye positivamente en la rentabilidad obtenida, y viceversa.

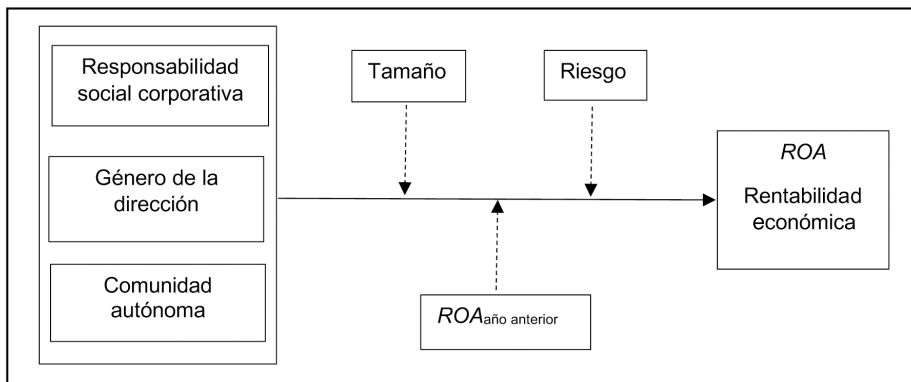
Además, se incluyeron en el estudio tres variables de control: el tamaño, el riesgo y la variable dependiente retardada (Allouche y Laroche, 2005; Andersen y Dejoy, 2011). Primero, el tamaño se controló a través del total activo del balance de situación y, para homogeneizar los valores con el resto de variables, se trató a través de su logaritmo neperiano (Wu, 2006; Navarro y Martínez, 2004; Francoeur *et al.*, 2017), esto es, la variable contemplada es $LnActivo$. Segundo, se consideró el riesgo medido por el coeficiente de endeudamiento del hospital, es decir, el porcentaje de financiación ajena sobre el total de recursos financieros empleados, representado como $Endeudam$ (Campbell y Mínguez-Vera, 2008; Reverte, 2008; Francoeur *et al.*, 2017;

Aras, Aybars y Kutlu, 2010). Por último, considerando que existe endogeneidad entre la rentabilidad y las variables explicativas RSC y $Género$ (Makni, Francoeur y Bellavance, 2008; Francoeur *et al.*, 2017; Rodríguez, Fernández y Rodríguez, 2013; Reguera-Alvarado, de Fuentes y Laffarga, 2017), se incluyó la variable dependiente retardada como variable de control, esto es, el ROA del año 2014.

Metodología

El estudio se desarrolló en dos pasos. En primer lugar, se realizó un análisis univariante, estudiando la relación de cada una de las variables explicativas con la variable dependiente. En el caso de las variables dicotómicas, esto es, RSC , $Género$ y $Comunidad Autónoma$, se comprobó que las submuestras resultantes seguían una distribución normal, a partir de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov o de Shapiro-Wilk, según el tamaño de cada submuestra, debiendo verificar un nivel de significación superior a 0,05. A continuación, se comprobó la homogeneidad de la varianza a través del estadístico de Levene, debiéndose obtener un nivel de significación superior a 0,05. Una vez comprobada la normalidad de las distribuciones y su varianza homogénea, se reali-

FIGURA 1. Modelo conceptual



Fuente: Elaboración propia.

zó la prueba paramétrica T para muestras independientes, debiéndose obtener un p -value inferior a 0,05 para que, en efecto, la diferencia de medias sea significativa y, en consecuencia, podamos afirmar que dicha variable afecta a la rentabilidad.

Asimismo, mediante el estadístico Chi-cuadrado de Pearson, se comprobó la relación existente entre las variables dicotómicas; cuando su p -value es inferior a 0,05, la relación entre las variables es significativa, siendo independientes en caso contrario.

Para las variables de control, que representan la rentabilidad del año anterior (ROA_{2014}), el tamaño ($LnActivo$) y el riesgo ($Endeudam$), puesto que se trata de variables continuas, se realizó un análisis descriptivo, mediante las medidas de posición y dispersión, así como un análisis de correlaciones, a través del coeficiente de correlación de

Pearson, el cual debe tener una significación inferior a 0,05 (o bien a 0,01) para aceptar que esa correlación no se ha obtenido por azar con una probabilidad inferior al 5% (o bien al 1%); tal coeficiente nos informa no solo de la medida en la que las variables están correlacionadas, sino también del signo de tal correlación, esto es, del sentido en el que varía una variable al variar la otra.

En segundo lugar, se realizó un análisis multivariante, mediante el modelo de regresión lineal múltiple, representado en la figura 1, y cuya expresión analítica es la siguiente:

$$ROA_{2015,i} = \beta_0 + \sum_{k=1}^6 \beta_k CA_{k,i} + \beta_7 RSC_i + \beta_8 Género_i + \beta_9 ROA_{2014,i} + \beta_{10} LnActivo_i + \beta_{11} Endeudam_i + \varepsilon_i$$

donde ROA_{2015} es la rentabilidad económica del año 2015 (cociente entre el beneficio

TABLA 2. Estudio de diferencia de medias en la variable ROA_{2015} de las variables dicotómicas

Variable	Número de casos	Media	Diferencia de medias	t	Sig. (bilateral)																																																																													
RSC	Sí	13	-0,374801	-5,0372581	-2,157	0,033																																																																												
	No	91	4,662457				Género	Hombre	82	3,199219	-3,9405638	-2,080	0,040	Mujer	22	7,139783	Cataluña	Cataluña	27	4,403841	0,5011469	0,278	0,781	Resto	77	3,902694	Madrid	Madrid	20	0,196053	-4,7502574	-2,438	0,016	Resto	84	4,946311	Andalucía	Andalucía	13	8,853689	5,5095874	2,370	0,020	Resto	91	3,344101	Valencia	Valencia	10	2,749187	-1,4201678	-0,531	0,597	Resto	94	4,169354	Canarias	Canarias	7	5,780891	1,8742425	0,596	0,553	Resto	97	3,906649	Galicia	Galicia	7	2,136510	-2,0331350	-0,646	0,520	Resto	97	4,169645	Otras	Otras	20	4,928738	1,1092570	0,554
Género	Hombre	82	3,199219	-3,9405638	-2,080	0,040																																																																												
	Mujer	22	7,139783				Cataluña	Cataluña	27	4,403841	0,5011469	0,278	0,781	Resto	77	3,902694	Madrid	Madrid	20	0,196053	-4,7502574	-2,438	0,016	Resto	84	4,946311	Andalucía	Andalucía	13	8,853689	5,5095874	2,370	0,020	Resto	91	3,344101	Valencia	Valencia	10	2,749187	-1,4201678	-0,531	0,597	Resto	94	4,169354	Canarias	Canarias	7	5,780891	1,8742425	0,596	0,553	Resto	97	3,906649	Galicia	Galicia	7	2,136510	-2,0331350	-0,646	0,520	Resto	97	4,169645	Otras	Otras	20	4,928738	1,1092570	0,554	0,581	Resto	84	3,819481						
Cataluña	Cataluña	27	4,403841	0,5011469	0,278	0,781																																																																												
	Resto	77	3,902694				Madrid	Madrid	20	0,196053	-4,7502574	-2,438	0,016	Resto	84	4,946311	Andalucía	Andalucía	13	8,853689	5,5095874	2,370	0,020	Resto	91	3,344101	Valencia	Valencia	10	2,749187	-1,4201678	-0,531	0,597	Resto	94	4,169354	Canarias	Canarias	7	5,780891	1,8742425	0,596	0,553	Resto	97	3,906649	Galicia	Galicia	7	2,136510	-2,0331350	-0,646	0,520	Resto	97	4,169645	Otras	Otras	20	4,928738	1,1092570	0,554	0,581	Resto	84	3,819481																
Madrid	Madrid	20	0,196053	-4,7502574	-2,438	0,016																																																																												
	Resto	84	4,946311				Andalucía	Andalucía	13	8,853689	5,5095874	2,370	0,020	Resto	91	3,344101	Valencia	Valencia	10	2,749187	-1,4201678	-0,531	0,597	Resto	94	4,169354	Canarias	Canarias	7	5,780891	1,8742425	0,596	0,553	Resto	97	3,906649	Galicia	Galicia	7	2,136510	-2,0331350	-0,646	0,520	Resto	97	4,169645	Otras	Otras	20	4,928738	1,1092570	0,554	0,581	Resto	84	3,819481																										
Andalucía	Andalucía	13	8,853689	5,5095874	2,370	0,020																																																																												
	Resto	91	3,344101				Valencia	Valencia	10	2,749187	-1,4201678	-0,531	0,597	Resto	94	4,169354	Canarias	Canarias	7	5,780891	1,8742425	0,596	0,553	Resto	97	3,906649	Galicia	Galicia	7	2,136510	-2,0331350	-0,646	0,520	Resto	97	4,169645	Otras	Otras	20	4,928738	1,1092570	0,554	0,581	Resto	84	3,819481																																				
Valencia	Valencia	10	2,749187	-1,4201678	-0,531	0,597																																																																												
	Resto	94	4,169354				Canarias	Canarias	7	5,780891	1,8742425	0,596	0,553	Resto	97	3,906649	Galicia	Galicia	7	2,136510	-2,0331350	-0,646	0,520	Resto	97	4,169645	Otras	Otras	20	4,928738	1,1092570	0,554	0,581	Resto	84	3,819481																																														
Canarias	Canarias	7	5,780891	1,8742425	0,596	0,553																																																																												
	Resto	97	3,906649				Galicia	Galicia	7	2,136510	-2,0331350	-0,646	0,520	Resto	97	4,169645	Otras	Otras	20	4,928738	1,1092570	0,554	0,581	Resto	84	3,819481																																																								
Galicia	Galicia	7	2,136510	-2,0331350	-0,646	0,520																																																																												
	Resto	97	4,169645				Otras	Otras	20	4,928738	1,1092570	0,554	0,581	Resto	84	3,819481																																																																		
Otras	Otras	20	4,928738	1,1092570	0,554	0,581																																																																												
	Resto	84	3,819481																																																																															

Fuente: Elaboración propia.

económico, esto es, el beneficio antes de intereses e impuestos, del año 2015 y el total activo que aparece en el Balance de situación del hospital a 31 de diciembre de 2015), expresada en tanto por ciento; CA_1 a CA_6 son variables dicotómicas que toman valor uno si el hospital se encuentra en Cataluña, Madrid, Andalucía, Valencia, Canarias y Galicia, respectivamente, y cero en caso contrario; RSC es una variable dicotómica que toma valor 1 si el hospital emite en 2015 informe de RSC y cero en caso contrario; $Género$ es una variable dicotómica que toma valor 1 si el director ejecutivo o el presidente del hospital es un hombre y cero en caso contrario; ROA_{2014} es la rentabilidad económica del año 2014, expresada en tanto por ciento; $LnActivo$ es el logaritmo neperiano del valor del activo que aparece en el Balance de situación del hospital a 31 de diciembre de 2015; $Endeudam$ es el nivel de endeudamiento (cociente entre recursos ajenos y recursos totales), expresado en tanto por ciento, que se desprende de los datos del Balance de situación del hospital a 31 de diciembre de 2015; ε es el error o perturbación aleatoria, que se asume que es una variable aleatoria e independientemente distribuida.

El modelo se ha resuelto con el programa estadístico SPSS, a través del método *Hacia atrás*, que va analizando modelos sucesivos eliminando cada vez una variable no significativa (aquella que sea menos significativa) hasta llegar a un modelo en el que todas las variables incluidas sean significativas.

RESULTADOS

Análisis univariante de datos

En primer lugar, se realizó un estudio de diferencia de medias sobre la variable independiente, ROA_{2015} , en función de la elaboración o no de informes de RSC, del género de la dirección y de la ubicación geográfica por comunidad autónoma (véase la tabla 2).

Considerando la emisión de informes de RSC, resulta que el ROA medio de los 13 hospitales que emiten informes es negativo e igual a $-0,374801\%$, mientras que la rentabilidad media de los 91 hospitales que no emiten informes de RSC es $4,662457\%$. Puesto que ambas muestras son normales (según el test de Kolmogorov-Smirnov para la submuestra que no realiza informes de RSC y según el test de Shapiro-Wilk para la submuestra que sí realiza informes de RSC) y presentan varianza homogénea (de acuerdo con el estadístico de Levene), se aplicó la prueba T para muestras independientes, obteniéndose que las medias son también significativamente diferentes (t igual a $-2,157$ y p -valor $0,033$). Por tanto, los hospitales que emiten informes de RSC presentaron, por término medio, una rentabilidad muy inferior.

En cuanto al género, resulta un ROA medio en 2015 de $3,199219\%$ para los 82 hospitales en cuya dirección hay un hombre, mientras que en los 22 hospitales en los que la dirección es ejercida por una mujer la rentabilidad media es $7,139783$. Análogamente al caso anterior, una vez comprobada la normalidad en ambas muestras y la homogeneidad de la varianza, se aplicó la prueba T para muestras independientes, resultando que las medias son significativamente diferentes (t igual a $-2,080$ y p -valor $0,040$), por lo que podemos concluir que, por término medio, la rentabilidad económica de los hospitales dirigidos por mujeres es superior a la rentabilidad económica de los hospitales dirigidos por hombres.

Se observa cómo la media de la variable ROA_{2015} para cada comunidad autónoma es muy diferente entre las distintas comunidades, lo cual puede *a priori* hacer pensar que el hecho de que el hospital se encuentre en una u otra comunidad autónoma puede influir en la rentabilidad obtenida. Para comprobar si, en efecto, la localización geográfica del hospital dentro del Estado es significativa a efectos de rentabilidad, se realizó también un test de comparación de

TABLA 3. *Tabla cruzada entre Género y RSC*

		RSC		
		No	Sí	Total
Género	Mujer	20	2	22
	Hombre	71	11	82
	Total	91	13	104

Chi-cuadrado de Pearson = 0,296 sig. = 0,586

Fuente: Elaboración propia.

medias para cada comunidad autónoma, agrupando bajo la denominación de *Otras* a aquellas comunidades con un número de hospitales inferior o igual a 4. En todos los casos, una vez comprobado que las submuestras independientes siguen una distribución normal, mediante el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov o de Shapiro-Wilk (dependiendo del tamaño de la submuestra), y que las varianzas de las dos submuestras son homogéneas, a través de la prueba de Levene, se procedió a realizar la prueba paramétrica *T* para muestras independientes, resultando que las medias son significativamente diferentes, con una probabilidad del 95%, para Madrid y Andalucía, donde la significatividad del *p-value* es inferior a 0,05. Por tanto, decidimos incluir la variable cualitativa Comunidad Autónoma en el modelo de regresión, para lo cual se consideraron 6 variables dicotómicas.

Es importante saber si existe una relación significativa entre las variables dicotómicas, para lo cual realizamos tablas cruzadas entre cada una de ellas y las restantes, calculando el estadístico Chi-cuadrado de Pearson. Así, no se encontró relación significativa entre la emisión de informes de RSC y el género (Chi-cuadrado de Pearson 0,296 con sig. de 0,586), a pesar de que la mayor parte de los informes de RSC emitidos lo hayan sido en hospitales dirigidos por hombres (véase la tabla 3, no se incluyen las tablas cruzadas de

RSC y Género por Comunidad Autónoma debido a su extensión).

En lo que respecta a la emisión de informes de RSC, solamente se encontró una relación significativa en el caso de la Comunidad Valenciana (Chi2 igual a 7,650 y sig. 0,006), si bien en Madrid los valores son próximos a la significatividad (Chi2 igual a 3,537 y sig. 0,060); obviamente, es en ambas comunidades donde se emitieron la mayoría de informes de RSC.

Por último, respecto al género la única relación significativa es la que tiene lugar en Cataluña, donde había un total de 12 mujeres directivas frente a 15 hombres (Chi2 igual a 11,860 y sig. 0,001). En el resto de las comunidades autónomas la presencia femenina en la alta dirección del hospital no se mostró significativa.

El panel A de la tabla 4 muestra el análisis descriptivo de las variables cuantitativas para la muestra considerada, en donde se puede observar cómo la dispersión del ROA disminuyó en 2015 respecto a 2014, aumentando su media desde 3,804399% hasta 4,0328%. El endeudamiento medio de los hospitales privados se situó en el 58,82% en 2015, encontrándose el 50% de los mismos en valores comprendidos entre 36,77% y 79,05%.

El panel B de la tabla 4 recoge las correlaciones bivariadas entre las variables cuantitativas, utilizando la correlación de Pearson,

TABLA 4. Análisis descriptivo de las variables cuantitativas y correlaciones

Panel A. Estadísticos descriptivos		ROA_{2015}	ROA_{2014}	$LnActivo$	$Endeudam$
Número de sujetos		104	104	104	104
Media		4,032800	3,804399	10,2283	58,821157
Mediana		3,390512	3,068501	10,1915	58,330973
Varianza		64,255	97,433	0,970	851,017
Desviación estándar		8,0158952	9,8708305	0,98486	29,1721981
Mínimo		-17,1776	-49,2695	8,45	5,1902
Máximo		28,1998	27,8918	12,62	149,7356
Q1		-0,882274	0,108726	9,3870	36,772371
Q3		9,352616	7,715354	10,7983	79,049221
Panel B. Correlaciones de Pearson					
ROA_{2015}	Corr. Pearson	1	0,751**	-0,215*	-0,506**
	Sig. (bilateral)		(0,000)	(0,028)	(0,000)
ROA_{2014}	Corr. Pearson	0,751**	1	-0,048	-0,480**
	Sig. (bilateral)	(0,000)		(0,625)	(0,000)
$LnActivo$	Corr. Pearson	-0,215*	-0,048	1	0,097
	Sig. (bilateral)	(0,028)	(0,625)		(0,326)
$Endeudam$	Corr. Pearson	-0,506**	-0,480**	0,097	1
	Sig. (bilateral)	(0,000)	(0,000)	0,326	

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

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

Fuente: Elaboración propia.

que debe tener una significación menor de 0,05 para que se acepte la hipótesis de correlación entre las variables. Los resultados indican una correlación positiva y significativa entre ROA_{2015} y ROA_{2014} del 75,1%, de modo que la rentabilidad sigue una tendencia, no produciéndose, en general, cambios bruscos en la misma. Sin embargo, existe una correlación negativa y significativa entre ROA_{2015} y las variables de control que representan el tamaño y el riesgo; en concreto, entre ROA_{2015} y $LnActivo$ la correlación es -21,5%, mientras que entre ROA_{2015} y $Endeudam$ es -50,6%, lo que implica que los hospitales más grandes y los que están más endeudados obtienen, en general, una menor rentabilidad.

Análisis multivariante de datos

Realizamos la regresión del modelo original propuesto con el programa estadístico SPSS, aplicando la opción *Hacia atrás*, que comienza con el modelo que incluye todas las variables propuestas inicialmente y va eliminando variables, de forma sucesiva, hasta llegar al modelo definitivo, en el que solamente quedan incluidas aquellas variables que explican significativamente la variable endógena. En cada paso se elimina aquella variable que tiene una significatividad menor entre todas las variables que quedan aún dentro del modelo y que no son significativas.

En este caso, se han ido eliminando de forma sucesiva las siguientes variables: CA_1 ,

TABLA 5. Resultados empíricos de la regresión

	Modelo 1 ^a			Modelo 2 ^b		
	Coefficiente	Sig.	VIF	Coefficiente	Sig.	VIF
Constante	21,956	0,000		19,781	0,000	
ROA_{2014}	0,563	0,000	1,471	0,567	0,000	1,397
$LnActivo$	-1,663	0,006	1,436	-1,579	0,003	1,112
$Endeudam$	-0,048	0,017	1,415	-0,046	0,017	1,355
RSC	0,633	0,697	1,244			
$Género$	-1,823	0,157	1,178			
CA_1	-0,465	0,758	1,884			
CA_2	3,236	0,066	2,034	2,932	0,036	1,301
CA_3	3,501	0,049	1,459	3,260	0,031	1,059
CA_4	1,027	0,619	1,591			
CA_5	2,359	0,288	1,326			
CA_6	-1,316	0,550	1,307			
Nº de observaciones	104			104		
R^2	66,6			64,9		
R^2 ajustado	62,6			63,1		
F -test	16,678	0,000		36,242	0,000	

^a Predictores: Constante, ROA_{2014} , $LnActivo$, $Endeudam$, RSC , $Género$, CA_1 a CA_6 .

^b Predictores: Constante, ROA_{2014} , $LnActivo$, $Endeudam$, CA_2 , CA_3 .

Fuente: Elaboración propia.

RSC , CA_6 , CA_4 , CA_5 y, por último, $Género$. Así, el modelo final considerado cuenta como variables explicativas con el ROA_{2014} , el $LnActivo$, el $Endeudam$ y las CA_2 y CA_3 (véase la tabla 5).

En consecuencia, podemos afirmar que la rentabilidad de los hospitales privados en España es explicada en un 63,10% por la rentabilidad del año anterior, el tamaño del activo, el nivel de endeudamiento y la ubicación, en el caso de que el hospital se encuentre ubicado en Madrid o Andalucía. En lo que respecta al tamaño del activo y al nivel de endeudamiento, a medida que los hospitales son más grandes y a medida que se encuentran más endeudados, su rentabilidad, por término medio, disminuye.

Sin embargo, mientras que los test de comparación de medias indicaban que los

hospitales que no presentan informes de RSC y aquellos dirigidos por mujeres tienen una rentabilidad media significativamente mayor, no podemos afirmar que esa relación sea causal, es decir, que el hecho de no presentar informes de RSC o de que la dirección sea ejercida por una mujer no aumenta la rentabilidad media del hospital; en consecuencia, la relación vendrá dada por otra u otras causas que influyen en dichas variables conjuntamente.

Por último, los test de comparación de medias y la regresión coinciden en que si el hospital se encuentra en Madrid o en Andalucía la rentabilidad se ve afectada. En el caso de Andalucía, la rentabilidad es mayor que en el resto de comunidades y así lo pone de manifiesto en la regresión el coeficiente positivo de 3,260. Sin embargo, en Madrid

la rentabilidad es sensiblemente menor que en el resto de comunidades y el coeficiente de regresión se muestra con signo positivo en 2,932.

En el análisis ANOVA, el *F*-test indica que el modelo es válido (sig. 0,000). Al analizar la colinealidad entre las variables no se detecta ningún problema; se comprueba al analizar los niveles de tolerancia y VIF (véase la tabla 5), así como los índices de condición y las proporciones de varianza. Tampoco existen problemas de autocorrelación entre los residuos ni heterocedasticidad, como se deduce del estadístico Durbin-Watson (2,058) y del análisis de los residuos, que, además, son normales (véase la figura 2).

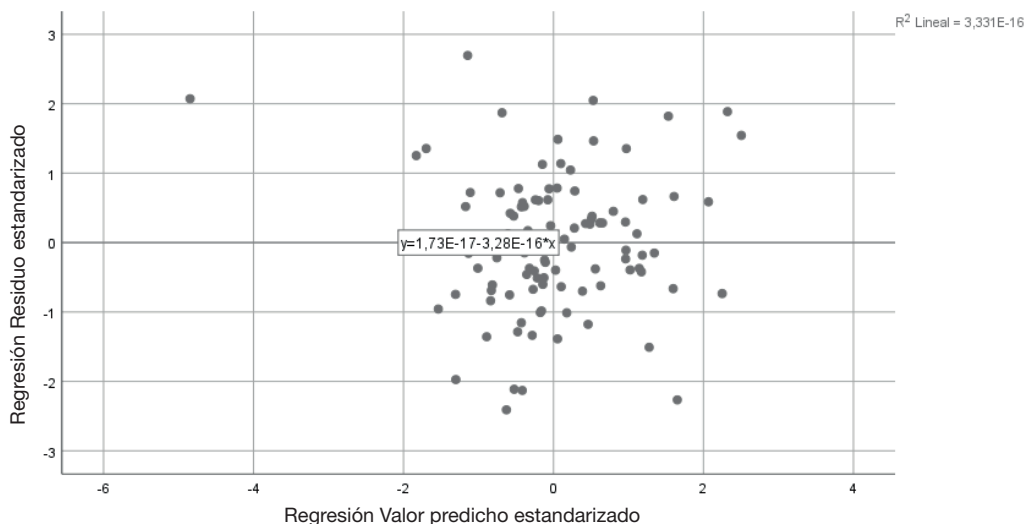
Una observación interesante es que el ROA_{2014} tiene un peso explicativo mucho mayor que el resto de las variables sobre el ROA_{2015} , puesto que el coeficiente beta estandarizado es 0,699; sin embargo, es -0,194 para el $LnActivo$, -0,169 para el $Endeudam$, 0,145 para CA_2 y 0,135 para CA_3 .

CONCLUSIONES

Los hospitales privados en España que muestran un mayor interés por desarrollar políticas de RSC son los ubicados en las comunidades autónomas de Madrid y Valencia. Llama la atención el escaso interés mostrado por los hospitales ubicados en Cataluña, que es la comunidad autónoma con mayor número de hospitales, o en Andalucía, donde también se concentra un porcentaje importante de los mismos. Dado que algo menos de un 13% de los hospitales privados presentaron informes de RSC en 2015, se observa que es una práctica aún poco extendida entre este tipo de entidades, a diferencia de lo que ocurre en otros sectores de actividad, como es el sector financiero.

En lo que respecta a la presencia femenina en la cúpula de la dirección del hospital, poco más de un 21% de los hospitales privados españoles estaban dirigidos por mujeres en 2015, ubicándose la mayoría de ellos en Cataluña, donde la mujer llega a ocupar más del 44% de los puestos directivos.

FIGURA 2. Gráfico de dispersión Residuo-Valor predicho



Fuente: Elaboración propia.

En el estudio se muestra una relación negativa y significativa entre la implantación de estrategias de RSC y la rentabilidad (puesta de manifiesto por el contraste de medias), si bien esta relación no es causal (debido a que el coeficiente de regresión no es significativo). Esto indica que, por un lado, los hospitales más rentables no están interesados en políticas de RSC, o al menos en comunicarlas al exterior; por el contrario, los hospitales con tasas de rentabilidad más bajas sí muestran interés, quizá como parte de su búsqueda de remedios para mejorar sus resultados económicos. Ahora bien, no existe una influencia que podamos considerar significativa de la emisión de informes de RSC en el resultado de los hospitales. Si pensamos que, desde el punto de vista lógico, la implementación de estrategias de RSC reporta una serie de ventajas competitivas a las empresas y que la mayoría de estudios realizados hasta el momento así lo corroboran; si, además, tenemos en cuenta que este sector es muy sensible a la opinión de los clientes (pacientes), debemos concluir que habría que seguir desarrollando de forma activa estas políticas y esperar a que las mismas arraiguen para que se vean reflejadas en la cuenta de resultados, pues su incipiente implantación podría ser la causa de esa significación causal estadística no verificada.

Hemos buscado una explicación más profunda para las prácticas de RSC, tratando de establecer una relación de las mismas con el tamaño del hospital, así como con el nivel de endeudamiento. Para ello, transformamos las variables tamaño y endeudamiento en dicotómicas, dividiendo los hospitales según su tamaño en grandes y medianos en función de que su total activo sea superior o inferior, respectivamente, a 43 millones de euros, y según su nivel de endeudamiento los hemos clasificado en más o menos endeudados, según su coeficiente de endeudamiento esté por encima o por debajo, respectivamente, del 50%. Y hemos analizado la relación a través del estadístico

Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo que no existe relación entre la emisión de informes de RSC y el tamaño del hospital, pero sí la hay con el nivel de endeudamiento (Chi-cuadrado de Pearson igual a 7,294 con una sig. de 0,007), es decir, los hospitales con tasas más elevadas de financiación ajena son más proclives a desarrollar políticas de RSC, posiblemente en pro de mejorar la imagen de la empresa frente a entidades financieras y prestamistas o inversores, en general, lo cual está en línea con la conclusión anterior de que los hospitales menos rentables son los que emiten primordialmente informes de RSC.

En el estudio llevado a cabo se pone de manifiesto una relación positiva significativa entre la dirección ejercida por mujeres y la rentabilidad (a través del contraste de medias), aunque esta relación no es causal (lo cual se deriva de la no significatividad del coeficiente de la regresión). Es decir, los hospitales dirigidos por mujeres son, por término medio, más rentables, pero el hecho de que la dirección sea ejercida por una mujer no hace que la rentabilidad del hospital aumente. En consecuencia, debe haber otros factores externos que influyan positivamente en ambas variables: presencia femenina en la dirección y rentabilidad. Para profundizar más en el estudio de género, realizamos un contraste de medias entre las variables tamaño y endeudamiento, consideradas como dicotómicas, y el género, constatando que el endeudamiento no está relacionado con el género, pero el tamaño y el género sí muestran una relación significativa (Chi-cuadrado de Pearson igual a 6,602 y sig. 0,010), de modo que los hospitales dirigidos por mujeres son, por término medio, hospitales medianos; en concreto, de los 22 hospitales de la muestra al frente de los cuales se encuentra una mujer, 20 son considerados mediana empresa y tan solo 2 son grandes empresas, lo cual concuerda con estudios previos desarrollados en otros sectores (García, González y Murillo, 2017; García, García y Madrid,

2012). Así pues, si los hospitales medianos son, por término medio, más rentables que los grandes hospitales y, a su vez, las mujeres suelen ejercer labores de dirección en hospitales medianos, es lógico que exista una relación significativa entre rentabilidad y género, pero no causal. La variable que media entre rentabilidad y género parece ser el tamaño.

La rentabilidad de los hospitales privados españoles se ve afectada por la particular ubicación geográfica de los mismos. En concreto, si el hospital se encuentra en Andalucía su rentabilidad es sensiblemente superior a la media de los hospitales que se encuentran en otras comunidades autónomas, como así lo pone de manifiesto el contraste de medias y el coeficiente positivo y significativo de la regresión. Por el contrario, si el hospital radica en la Comunidad de Madrid, su rentabilidad es muy inferior a la obtenida por hospitales ubicados en otros lugares de España, tal y como se deduce del test de comparación de medias y del coeficiente significativo de la regresión. Ahora bien, dicho coeficiente es positivo y, en principio, su signo parece que debiera ser negativo. Hemos encontrado la explicación de este hecho al realizar un test de comparación de medias por comunidad autónoma para las variables de endeudamiento y tamaño. La diferencia de medias para la variable nivel de endeudamiento solo es significativa en la Comunidad de Madrid, siendo la media de endeudamiento el 76,18% en dicha comunidad, mientras que es el 54,69% en el resto de hospitales (t igual a 3,080 y sig. 0,003); esto es, la Comunidad de Madrid tiene un endeudamiento superior al resto de España del 21,49%. Por otra parte, la diferencia de medias para la variable tamaño, considerado como $\ln(\text{Activo})$, también es significativa en la Comunidad de Madrid, siendo la media en dicha comunidad de 10,8381, mientras que para el resto de España es 10,0832 (t igual a 3,218 con sig. 0,002), esto es, en la Comunidad de Madrid la media de tamaño es superior en 0,75492 (esta cifra

es considerable, puesto que estamos tratando con el logaritmo neperiano; en caso de tratar con el total del activo estaríamos hablando de casi 27 millones de euros). Esta diferencia de medias de tamaño no es significativa para Andalucía (t igual a $-1,118$ con sig. 0,266); en realidad, lo sería también para Cataluña y la Comunidad Valenciana, además de para la Comunidad de Madrid. Por tanto, considerando que la Comunidad de Madrid tiene tanto un endeudamiento como un tamaño significativamente mayores que el resto de comunidades, y que los coeficientes de la regresión de ambas variables son negativos, resulta que el coeficiente positivo de la variable *dummy* es explicable para compensar la disminución de rentabilidad a que dan lugar las variables de control.

Más allá de la influencia de las tres variables consideradas (RSC, Género y Comunidad Autónoma) en la rentabilidad de los hospitales privados en España, es interesante destacar cómo la rentabilidad se ve perjudicada por el tamaño del hospital, de modo que los hospitales más grandes presentan, por término medio, una menor rentabilidad. El estudio de las razones concretas se escapa del alcance de este trabajo, pues requeriría un análisis en profundidad de los datos económico-financieros del hospital, lo cual es un tópico importante para futuras investigaciones: número de empleados en plantilla, costosos activos para realizar tratamientos, gastos de investigación, etc. El hecho es que, en términos generales, la Comunidad de Madrid presenta los hospitales con menor rentabilidad, pero, a su vez, son en su mayoría grandes hospitales, mientras los hospitales de Andalucía presentan una elevada rentabilidad y son, en su mayoría, medianas empresas. Por otro lado, se ha puesto de manifiesto que un mayor endeudamiento provoca una caída de la rentabilidad, medida como rentabilidad económica, esto es, antes de extraer los intereses de la financiación ajena, de modo que no estamos contemplando los costes directos de tal endeuda-

miento ni sus condiciones. En consecuencia, la gestión de los hospitales privados, analizados como entes económicos que buscan maximizar su rentabilidad, debería buscar la mayor proporción posible de recursos propios.

Como conclusión final podemos afirmar que la ubicación geográfica se ha mostrado como una variable determinante en la rentabilidad de los hospitales privados españoles, mientras que ni el género ni las prácticas de RSC son estadísticamente significativos para explicar diferencias en rentabilidad, lo cual concuerda con estudios previos recientes relativos a empresas españolas de diversos sectores (Brusca *et al.*, 2017) y al Health Service Foundation de Inglaterra (Ellwood y García-Lacalle, 2015).

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, Renée B. y Funk, Patricia (2012). «Beyond the Glass Ceiling: Does Gender Matter?» *Management Science*, 58(2): 219-235.
- Allouche, Jose y Laroche, Patrice (2005). «Meta-analytical Investigation of the Relationship between Corporate Social and Financial Performance». *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 57: 18-41.
- Andersen, Margaret y Dejoy, John S. (2011). «Corporate Social and Financial Performance: The Role of Size, Industry, Risk, R&D and Advertising Expenses as Control Variables». *Business and Society Review*, 116(2): 237-256.
- Aparicio, Joaquín y Valdés, Berta (2009). «Sobre el concepto de responsabilidad social de las empresas. Un análisis europeo comparado». *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 27(1): 53-75.
- Apestequia, José; Azmat, Ghazala y Iriberrí, Nagore (2012). «The Impact of Gender Composition on Team Performance and Decision-Making: Evidence from the Field». *Management Science*, 58(1): 78-93.
- Aras, Guler; Aybars, Aras y Kutlu, Otleme (2010). «Managing Corporate Performance: Investigating the Relationship between Corporate Social Responsibility and Financial Performance in Emerging Markets». *International Journal of Productivity and Performance Management*, 59(3): 229-254.
- Barañano, Margarita (2009). «Contexto, concepto y dilemas de la responsabilidad social de las empresas transnacionales europeas: una aproximación sociológica». *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 27(1): 19-52.
- Bart, Chris y McQueen, Gregory (2013). «Why Women Make Better Decisions». *International Journal of Business Governance and Ethics*, 8: 93-99.
- Brusca, Isabel; Labrador, Margarita; Blasco, M. Pilar y Esteban-Salvador, Luisa (2017). «Impacto del género y la responsabilidad social en la rentabilidad empresarial cuando se controlan los recursos estructurales e intangibles». *Revista Perspectiva Empresarial*, 4(2): 59-72.
- Campbell, Kevin y Mínguez-Vera, Antonio (2008). «Gender Diversity in the Boardroom and Firm Financial Performance». *Journal of Business Ethics*, 83: 435-451.
- Carter, David; D'Souza, Frank; Simkins, Betty y Simpson, W. Gary (2010). «The Gender and Ethnic Diversity of U.S. Boards and Board Committees and Firm Financial Performance». *Corporate Governance: An International Review*, 18: 396-414.
- Carter, David; Simkins, Betty y Simpson, W. Gary (2003). «Corporate Governance, Board Diversity and Firm Value». *The Financial Review*, 38(1): 33-53.
- Cheng, Beiting; Ioannou, Ioannis y Serafeim, George (2014). «Corporate Social Responsibility and Access to Finance». *Strategic Management Journal*, 35(1): 1-23.
- Croson, Rachel y Gneezy Uri (2009). «Gender Differences in Preferences». *Journal of Economic Literature*, 47(2): 1-27.
- DOUE-L-2003-80730. Recomendación de la Comisión, de 6 de mayo de 2003, sobre la definición de microempresas, pequeñas y medianas empresas.
- Ellwood, Sheila y García-La Calle, Javier (2015). «The Influence of Presence and Position of Women on the Boards of Directors: The Case of NHS Foundation Trusts». *Journal of Business Ethics*, 130(1): 69-84.
- Forte, Almerinda (2004). «Antecedents of Managers Moral Reasoning». *Journal of Business Ethics*, 51(4): 315-347.
- Francoeur, Claude; Labelle, Real; Balthi Souha y El Bouzaidi, Saloua (2017). «To What Extent Do Gen-

- der Boards Enhance Corporate Social Performance». *Journal of Business Ethics*. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10551-017-3529-z>
- Fu-Ju, Yang; Ching-Wen, Lin y Yung-Ning, Chang (2010). «The Linkage between Corporate Social Performance and Corporate Financial Performance». *African Journal of Business Management*, 4(4): 406-413.
- García, Mónica; García, Domingo y Madrid, Antonia (2012). «Caracterización del comportamiento de las Pymes según el género del gerente: un estudio empírico». *Cuadernos de Administración. Universidad del Valle*, 28(47): 37-53.
- García, Mónica; González, Carlos H. y Murillo, Guillermo (2017). «Características de las pymes según la gerencia sea hombre o mujer: caso empírico de Cali». *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 82: 1-120.
- Gil, Antonio M. (2016). «La relación de la RSC y el beneficio empresarial. ¿Ganan más las compañías más responsables?». *FIR-FAEDPYME International Review*, 5(8): 60-71.
- Gil Sánchez, Guacimara (2013). «La definición europea de la responsabilidad social de las empresas y su insensibilidad hacia la justicia de género». *Lan Harremanak*, 28(1): 165-190.
- Gil Sánchez, Guacimara (2017). «Análisis discursivo del relato empresarial sobre responsabilidad social corporativa. Coordinadas narrativas y prácticas discursivas». *Recerca, Revista de Pensament i Anàlisi*, 20: 127-156.
- Glavas, Ante y Kelley, Ken (2014). «The Effects of Perceived Corporate Social Responsibility on Employee Attitudes». *Business Ethics Quarterly*, 24(2): 165-202.
- Godfrey, Paul C.; Merrill, Craig B. y Hansen, Jared M. (2009). «The Relationship between Corporate Social Responsibility and Shareholder Value: An Empirical Test of the Risk Management Hypothesis». *Strategic Management Journal*, 30(4): 425-445.
- Groysberg, Boris y Bell, Deborah (2013). «Dysfunction in the Boardroom». *Harvard Business Review*, 91: 89-97.
- Hambrick, Donald C. (2007). «Upper Echelons Theory: an update». *Academy of Management Review*, 32(2): 334-343.
- Jaffee, Sara y Hyde, Janet S. (2000). «Gender Differences in Moral Orientation: A Meta-analysis». *Psychological Bulletin*, 126(5): 703-726.
- Jiraporn, Pornsit; Jiraporn, Napatson; Boeprasert, Adisak y Chang, Kiyoungh (2014). «Does Corporate Social Responsibility (CSR) Improve Credit Ratings? Evidence from Geographic Identification». *Financial Management*, 43(3): 505-531.
- Jones, Thomas M. (1995). «Instrumental Stakeholder Theory: A Synthesis of Ethics and Economics». *Academy of Management Review*, 20(2): 404-437.
- Lii, Yuan-Shuh y Lee, Monlee (2012). «Doing Right Leads to Doing Well: When the Type of CSR and Reputation Interact to Affect Consumer Evaluations of The Firm». *Journal of Business Ethics*, 105(1): 69-81.
- Maira Vidal, M.^a del Mar (2012). «Las organizaciones sindicales ante la Responsabilidad Social de las Empresas Transnacionales en el contexto de la globalización económica». *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30(2): 431-458.
- Makni, Rim; Francoeur, Claude y Bellavance, François (2008). «Causality between Corporate Social Performance and Financial Performance: Evidence from Canadian firms». *Journal of Business Ethics*, 89: 409-422.
- Medina-Aguerreberre, Pablo (2012). «La responsabilidad social corporativa en hospitales: un nuevo desafío para la comunicación institucional». *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(1): 77-87.
- Meneu, Ricard y Ortún, Vicente (2011). «Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis». *Gaceta Sanitaria*, 25(4): 333-338.
- Mira, José J.; Lorenzo, Susana; Navarro, Isabel; Pérez Jover, Virtudes y Vitaller, Julián (2013). «Diseño y validación de la escala RSC-HospitalES para medir responsabilidad social corporativa». *Gaceta Sanitaria*, 27(6): 529-532.
- Miralles-Quirós, M.^a del Mar; Miralles-Quirós, José Luis y Guía, Irene (2016). «Are firms that contribute to sustainable development valued by investors?» *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 24(1): 71-84.
- Miras, M.^a del Mar; Carrasco, Amalia y Escobar, Bernabé (2011). «Una revisión de los meta-análisis sobre responsabilidad social corporativa y rendimiento financiero». *Revista de Estudios Empresariales*, 1: 118-132.
- Navarro, Juan C. y Martínez, Isabel (2004). «Earnings Management and Audit Quality in Spain: an Empirical Study». *Spanish Journal of Finance and Accounting*, 33(123): 1025-1061.

- Pastor, M.^a Inmaculada; Belzunegui, Ángel y Pontón, Paloma (2012). «Mujeres en sanidad: entre la igualdad y la desigualdad». *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30(2): 497-518.
- Porter, Michael E. y Kramer, Mark R. (2006). «Strategy and Society: The Link between Competitive Advantage and Corporate Social Responsibility». *Harvard Business Review*, 84: 78-92.
- Post, Corinne y Byron, Kris (2015). «Women on Boards and Firm Financial Performance: A Meta-Analysis». *The Academy of Management Journal*, 58(5): 1546-1571.
- Raza, Ali; Ilyas, Muhammad Imran; Rauf, Rafah y Qamar, Rabia (2012). «Relationship between Corporate Social Responsibility (CSR) and Corporate Financial Performance (CFP): Literature Review Approach». *Finance Management*, 46: 8404-8409.
- Reguera-Alvarado, Nuria; Fuentes, Pilar de y Laffarga, Joaquina (2017). «Does Board Gender Diversity Influence Financial Performance? Evidence from Spain». *Journal of Business Ethics*, 141: 337-350.
- Reverte, Carmelo (2008). «Determinants of Corporate Social Responsibility Disclosure Ratings by Spanish Listed Firms». *Journal of Business Ethics*, 88: 351-366.
- Rodríguez, Mercedes; Fernández, Sonia y Rodríguez, Jose (2013). «Estructura del consejo de administración y rendimiento en la empresa española cotizada». *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, 22: 155-168.
- Sen, Sankar y Bhattacharya, C. B. (2001). «Does Doing Good Always Lead to Doing Better? Consumer Reactions to Corporate Social Responsibility». *Journal of Marketing Research*, 38(2): 225-243.
- Turban, Daniel B. y Greening, Daniel W. (1997). «Corporate Social Performance and Organizational Attractiveness to Prospective Employees». *Academy of Management Journal*, 40(3): 658-672.
- Wu, M. L. (2006). «Corporate Social Performance, Corporate Financial Performance and Firm Size: A Meta-Analysis». *Journal of American Academy of Business*, 8: 163-171.

RECEPCIÓN: 9/08/2018

REVISIÓN: 18/12/2018

APROBACIÓN: 11/04/2019