

005 ESTUDIOS CAIXA CATALUNYA
ECONOMÍA / DEMOGRAFÍA / SOCIEDAD
ENVEJECIMIENTO / DEPENDENCIA
SANIDAD / VIVIENDA / TRABAJO

La aportación del sector sanitario a la economía catalana

Manuel Artís Ortuño (Coordinador)

Jordi Suriñach Caralt (Coordinador)

Vicente Royuela Mora

Esther Vayá Valcarce



CAIXA CATALUNYA

La aportación del sector sanitario a la economía catalana

Manuel Artís Ortuño (Coordinador)

Jordi Suriñach Caralt (Coordinador)

Vicente Royuela Mora

Esther Vayá Valcarce

CAIXA CATALUNYA 

La aportación del sector sanitario a la economía catalana

Edición:

Caixa Catalunya
Plaza Antoni Maura, 6
08003- BARCELONA

Redacción de los textos y elaboración y análisis de datos:

Coordinadores: Manuel Artís Ortuño y Jordi Suriñach Caralt, Catedráticos de Economía Aplicada de la Universidad de Barcelona y directores del grupo de investigación Anàlisi Quantitativa Regional (AQR-IREA).
Autores de los trabajos: Manuel Artís Ortuño, Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad de Barcelona; Jordi Suriñach Caralt, Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad de Barcelona; Vicente Royuela Mora, Profesor Titular de Economía Aplicada de la Universidad de Barcelona; y Esther Vayá Valcarce, Profesora Titular de Economía Aplicada de la Universidad de Barcelona. Todos ellos son miembros del grupo de investigación Anàlisi Quantitativa Regional (AQR-IREA) de la Universidad de Barcelona.

Las opiniones emitidas a lo largo de este estudio son de la exclusiva responsabilidad de los autores. Caixa d'Estalvis de Catalunya no se identifica con ellas necesariamente.

Diseño:

H₂O Comunicació Integral

Fotocomposición e impresión:

Ediciones Gráficas Rey, S.L.

© Caixa d'Estalvis de Catalunya

© Manuel Artís Ortuño
Jordi Suriñach Caralt
Vicente Royuela Mora
Esther Vayá Valcarce

Número de registro editorial 1535/76
Barcelona, noviembre de 2007

ISSN: 1699-2482

Depósito legal: B-53207-2007

Impreso en papel ecológico TCF

5	Presentación	51	5.1. Utilidad de las tablas input-output
6	1. Introducción	54	5.2. Relaciones intersectoriales del sector sanitario en Cataluña
8	2. Delimitación del sector sanitario	54	5.2.1. Los principales clientes del sector sanitario
12	3. El sistema sanitario de Cataluña desde una perspectiva de análisis comparado en la OCDE	58	5.2.2. Los principales proveedores del sector sanitario
13	3.1. Demanda - estado de salud	63	5.3 El sector sanitario y sus efectos multiplicadores sobre la economía catalana
16	3.2. Oferta - recursos sanitarios	72	6. Conclusiones
20	3.3. Utilización de los servicios sanitarios	80	Apéndice 1. Detalle de las actividades incluidas dentro del subepígrafe 851 de la CCAE-93 relativas a las actividades sanitarias
24	3.4. Gasto en sanidad	82	Apéndice 2. Otras clasificaciones de la sanidad
26	3.5. Financiación de la sanidad	88	Apéndice 3. Sobre las características del sector sanitario. Comparación internacional
28	4. Peso del sector sanitario en la economía catalana	94	Apéndice 4. Sobre las características del empleo en el sistema sanitario
30	4.1. Contribución del sector sanitario al VAB catalán	100	Apéndice 5. Las tablas input-output y el sector sanitario
34	4.2. Contribución del sector sanitario a los puestos de trabajo en Cataluña	103	Bibliografía
37	4.3. Nivel salarial en el sector sanitario, veterinario y servicios sociales		
40	4.4. Contribución del sector sanitario a la productividad en Cataluña		
42	4.5. Detalle del gasto sanitario privado y público en Cataluña		
50	5. Impacto total del sector sanitario en la economía catalana: efectos multiplicadores		

Presentación

Caixa Catalunya presenta el monográfico *La aportación del sector sanitario a la economía catalana*, quinto volumen de la “Colección Estudios Caixa Catalunya”. El enfoque que propone es el tratamiento de la sanidad desde una perspectiva macroeconómica. Analiza así los efectos que el sector sanitario tiene sobre el conjunto de la economía y, a partir de la comparativa internacional de diversas variables de referencia, quiere responder a ciertas preguntas sobre su nivel cualitativo. Tanto por la temática escogida como por la perspectiva adoptada, el estudio ofrece una aproximación desde la economía a temas de indudable interés y repercusión como son la salud y la sanidad.

El trabajo ha sido elaborado por el equipo de investigadores coordinado por Manuel Artís y Jordi Suriñach, del que han formado parte también Vicente Royuela y Esther Vayá, todos ellos de la Universidad de Barcelona. De la composición de sus trabajos resulta, primeramente, una visión general de la sanidad, que es posible particularizar después en el ámbito económico.

El elemento alrededor del cual gira el monográfico, la salud, es posiblemente el estado de mayor trascendencia en la vida de las personas. Los modelos sociales más antiguos así lo entendieron, y muchos se desarrollaron en torno a las prestaciones sanitarias (para los trabajadores, para sus familias o para toda la población), orientadas a lograr un grado de bienestar elevado a partir de garantizar la atención médica. Hoy en día, la idea que podemos tener sobre la salud no es excesivamente diferente a la de generaciones pasadas, si bien los riesgos de enfermedades han cambiado y las probabilidades de superarlas han avanzado significativamente, de manera que vivir más años disfrutando de buena salud es ya una realidad.

Estudiar estos aspectos forma parte de los objetivos de este trabajo. Se organiza en seis capítulos, que se pueden dividir en dos grupos, el formato por los capítulos 1 y 2, introductorios, y lo que constituye el cuerpo principal del trabajo, más un capítulo final de conclusiones que repasa los elementos más destacables. El primer grupo de capítulos, que contiene la introducción y la delimitación del sector sanitario, proporciona al lector los elementos necesarios para conocer y entender la relación entre los aspectos estudiados, así como el tratamiento de muchos detalles conceptuales y metodológicos utilizados en la elaboración e interpretación del monográfico. De los capítulos centrales, el primero contiene una aproximación general a la sanidad, caracterizando la materia que se quiere trabajar a lo largo del estudio. Esta aproximación se realiza mediante la descripción de diferentes indicadores relacionados con la demanda de servicios sanitarios, la oferta sanitaria y, finalmente, el uso de los servicios sanitarios en Cataluña, que se comparan con diferentes referentes internacionales. El capítulo cuarto contiene un análisis del valor añadido y del empleo generados por el sector sanitario y define en la mayoría de los casos cuál es la situación de Cataluña con respecto a España. El capítulo quinto estudia el sector sanitario como sector demandante y como sector demandado por el resto de sectores productivos, utilizando la metodología de las tablas input-output para identificar tanto la procedencia de los inputs sanitarios como su destino.

Caixa Catalunya agradece de una manera especial a los autores el esfuerzo dedicado en la elaboración de este monográfico, y desea que contribuya a un mejor conocimiento de uno de los sectores clave en las economías más desarrolladas.

CAIXA CATALUNYA
Noviembre de 2007

1.

Introducción¹

Abordar un estudio sobre el sector sanitario, bajo el punto de vista de un investigador, tiene ciertas ventajas a la vez que ciertas dificultades. Entre las primeras se encuentra el hecho de que se precisa una escasa motivación para justificar su relevancia y su relación directa con cualquiera lector, puesto que todos, en un momento u otro, somos clientes del sector sanitario. Entre los objetivos básicos del ser humano, uno de los primeros, por no decir el primero, es el gozar de buena salud, y disponer de un buen sistema sanitario es condición *sine qua non* para ello. Entre las dificultades de emprender el estudio podemos mencionar la confusión o sesgo con los que a veces se aborda. Así, con frecuencia se confunden y mezclan conceptos relacionados aunque no coincidentes, como pueden ser el nivel de salud y la situación del sector sanitario, o se sesga el análisis centrándolo exclusivamente en el nivel de servicios disponibles para la población (prestaciones sanitarias), o en los problemas alrededor de su financiación.

Algunas de las preocupaciones que existen en Cataluña alrededor del sector sanitario podrían ser las siguientes. ¿Es adecuado y comparable al de otros países el nivel de servicios sanitarios que se recibe en Cataluña, teniendo presente el nivel de desarrollo del que se dispone? ¿Qué dimensión e importancia tiene el sector sanitario en Cataluña, en comparación con otras economías? ¿El nivel de aportaciones privadas al sistema sanitario en Cataluña es similar al que existe en países de nuestro entorno? ¿Qué grado de satisfacción existe con el nivel de prestaciones del que se dispone? ¿Los catalanes tienen un buen estado de salud? ¿Cuánta gente tiene trabajo, directa e indirectamente, gracias al sector sanitario? ¿Qué estrangulamiento se generaría en la economía catalana si el sector sanitario no continuase creciendo? ¿Qué importancia global tiene el sector sanitario dentro del conjunto de la economía catalana?

Para poder responder algunas de estas preguntas con más conocimiento de causa, en esta monografía se pretende

estudiar el sector sanitario básicamente desde su papel como “sector económico”. Como cualquier otro sector, el sanitario tiene un peso en la economía: genera un conjunto de bienes y servicios (básicamente atención médica), que pone a disposición de otros sectores económicos y de los consumidores finales, y, a la vez, demanda productos y servicios de otros sectores (aparatos médicos, construcciones hospitalarias, análisis de sangre, radiológicos, etc.). Como el turismo, el sector energético, la construcción o el comercio, su actividad tiene un peso en la economía y presta unos servicios a los consumidores finales, pero también permite el desarrollo de otros sectores económicos con los que se interrelaciona².

El objetivo de la monografía consiste en analizar la aportación directa del sector sanitario a la economía catalana para contribuir a mejorar (y difundir) el conocimiento sobre un tema de interés general y clave para el desarrollo de nuestro país. Para alcanzar el objetivo propuesto, el trabajo se organiza alrededor de tres grandes bloques:

- a) La presentación de los indicadores básicos de demanda y oferta sanitaria, que permiten aproximar y caracterizar el sector en Cataluña y responder algunas de las preguntas anteriormente formuladas sobre el nivel de satisfacción con el propio estado de salud.
- b) La determinación del peso del sector sanitario dentro la economía catalana, midiéndolo a partir de las principales variables: producción, empleo y productividad.
- c) La estimación de las relaciones sectoriales que existen entre el sector sanitario y el resto de sectores económicos, evaluando el efecto o el impacto que una variación de la demanda sanitaria tendría en el conjunto de la economía.

Concretamente, en la sección 2, tras esta introducción, se define el conjunto de actividades incluidas en el sector sanitario, y se hace referencia a los problemas de delimitación

¹ Agradecemos la colaboración de Anna Giribert en la fase de recopilación y tratamiento de información estadística para la elaboración de este trabajo.

² Estos efectos se pueden definir como el impacto directo de la sanidad en la economía. Por otra parte, sería necesario mencionar la importancia en ciertos casos del impacto indirecto de la sanidad con efectos, por ejemplo, por la vía de las ganancias de productividad laboral asociadas a mejoras en el estado de salud de los individuos.

de las actividades sanitarias respecto de otras actividades, puesto que a menudo sus estadísticas aparecen agregadas. A continuación, en la sección 3, se presenta un conjunto de indicadores que permitirán contestar algunas de las preguntas formuladas acerca de la percepción, uso, medios (oferta) y necesidades de bienes y servicios sanitarios (demanda), comparando la situación de Cataluña respecto a otros países de nuestro entorno.

La sección 4 está destinada a explicar el peso que tiene el sector sanitario dentro de la economía catalana, en términos de producción y ocupación. Se analizará también la importancia del sector privado *versus* el público, obteniendo resultados bastante interesantes en el sentido de que muestran las características diferenciales del sector sanitario catalán frente al español. A pesar de las limitaciones de las fuentes estadísticas disponibles, que a menudo condicionan el trabajo del investigador, análisis complementarios como el diferencial entre las remuneraciones salariales Cataluña-España, las diferencias salariales entre el sector público y privado, y la variación en el peso del sector sanitario en el conjunto de la economía, serán otros puntos de reflexión.

La sección 5 permite analizar uno de los factores tal vez menos estudiados hasta ahora, pero más interesante, como es los vínculos y efectos de arrastre que tiene el sector sanitario

con los otros sectores económicos. Se analizará la demanda de bienes y servicios de otras ramas de actividad por parte del sector sanitario, así como la relevancia de su producción para abastecer y posibilitar el desarrollo de otros sectores económicos (explicitando por lo tanto que no toda la producción se destina al consumo final de las familias). El análisis no se limitará a estudiar los efectos sobre la producción, sino que se cuantificarán los efectos del sector sanitario sobre el nivel de ocupados y las rentas. La reciente aparición de las Tablas Input-Output 2001 (TIOC 2001), donde figuran con mucho detalle las relaciones existentes entre todos los sectores económicos de un territorio, permitirá hacer este análisis con datos actualizados. Esta sección, básicamente, servirá para alcanzar el objetivo principal de la monografía, esto es, determinar cuál es la aportación del sector sanitario a la economía catalana.

El trabajo finaliza con unas reflexiones finales y con unos apéndices con información complementaria sobre algunos de los aspectos mencionados en la monografía. Esperamos que a través de la lectura del trabajo se consiga dimensionar la importancia del sector sanitario en Cataluña y se conozca su influencia en el desarrollo de otros sectores económicos, y, por lo tanto, en el conjunto de la economía catalana.

2.

Delimitación del sector sanitario

La definición del concepto *salud* no es una tarea fácil. La Organización Mundial de la salud (OMS) la definió el año 1948 como “estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”³. Desde nuestro punto de vista, esta definición positiva quizás sea demasiado ambigua y abierta. Así, a lo largo del tiempo se han ido desarrollando definiciones basadas en el equilibrio apropiado que considera las características de cada persona (como por ejemplo la edad) e incluso del entorno en que se mueve (circunstancias naturales y sociales). Actualmente impera la definición que tiene por eje la capacidad de los individuos: “Estado de capacidad óptima de un individuo para cumplir los roles y las tareas para los cuales ha sido socializado” (Parsons, 1958)⁴. Así pues, la salud supera el concepto de enfermedad e incluso el de bienestar.

La sanidad, en cambio, es un concepto más de carácter económico, y engloba a todos los agentes encargados de promover, mantener, monitorizar y evaluar los diferentes estados de salud y enfermedad de los individuos (Hidalgo, et al. 2000)⁵. A pesar de ello, en todo estudio del sistema sanitario es preciso considerar su objetivo final, la salud, de forma que ambos conceptos (salud y sanidad) no pueden desligarse en realidad. Como consecuencia directa de este hecho, por tanto, es necesario adoptar diferentes puntos de vista para una (apropiada) delimitación del sector sanitario.

³ OMS (1948), *Official records of the World Health Organization*, núm. 2, United Nations, Geneva Interim Commission, p. 100.

⁴ Parsons T. (1958), “Definition of health and illness in the light of American values and social structure”, en Gartly GE, ed., *Patients, Physicians and Illness: A Sourcebook in Behavioural Science and Health*. Nueva York: Free Press.

⁵ Hidalgo, A., Corugedo, I. y del Llano, J. (2000), *Economía de la salud*, Madrid: Pirámide.

Atendiendo a un punto de vista de actividad económica estrictamente, la aproximación habitual para definir el sector sanitario es la de recurrir a la Clasificación Catalana de Actividades Económicas (CCAIE-93), y dentro del sector Servicios, al epígrafe 85, que se denomina *Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales*⁶. Esta rama se puede desagregar en:

85 Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales

- 851 Actividades sanitarias
- 852 Actividades veterinarias
- 853 Actividades de servicios sociales

Del mismo modo, la primera se puede desagregar en los siguientes subepígrafes (el apéndice 1 describe de forma detallada qué se incluye dentro de cada uno de estos subepígrafes):

851 Actividades sanitarias

- 8511 Actividades hospitalarias
 - 85110 Actividades hospitalarias
- 8512 Actividades médicas
 - 85120 Actividades médicas
- 8513 Actividades odontológicas
 - 85130 Actividades odontológicas
- 8514 Otras actividades sanitarias
 - 85141 Actividades sanitarias de profesionales independientes (excepto médicos)
 - 85142 Actividades de servicios de ambulancia
 - 85143 Laboratorios de análisis clínicos de anatomía patológica y similares
 - 85144 Otras actividades sanitarias

En esta monografía, en la medida en que la información estadística lo permita, se analiza la rama 851 de actividades sani-

tarias. Así se hace, por ejemplo, en las secciones 3 y 5, en las cuales se describen las características (de demanda, de oferta y de uso de recursos) del sector sanitario, y se revisan las relaciones del sector sanitario con otros sectores, respectivamente. Sin embargo, en otros casos, como por ejemplo en gran parte de la sección 4, el estudio se referirá al conjunto de la rama 85, que engloba también las actividades veterinarias y sociales. La razón es que la Contabilidad Regional de España (que elabora el Instituto Nacional de Estadística, INE), principal base de datos utilizada en esta sección, proporciona información únicamente para el total de la rama 85. A pesar de ello, es preciso decir que las actividades sanitarias (rama 851) tienen un peso claramente mayoritario dentro del conjunto de la rama 85 de *Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales*. Así, a partir de los datos de las Tablas Input-Output (TIOO) 2001 para Cataluña publicadas en el año 2007 (en que la rama 85 se desagrega en los tres componentes, es decir, en actividades sanitarias, actividades veterinarias y servicios sociales), se puede observar cómo las actividades sanitarias concentran cerca del 85% de la producción total y del valor añadido bruto⁷ de la rama 85 de *Actividades sanitarias, veterinarias y servicios sociales*, mientras que este porcentaje sería del 73,3% en el caso de la ocupación total.

Tabla 2.1. Peso de las ramas 851, 852 y 853 respecto a la producción, valor añadido bruto y puestos de trabajo de la rama 85.

Código de la rama	Producción	Valor Añadido Bruto	Puestos de trabajo
851 Actividades sanitarias	85,8%	84,3%	73,3%
852 Actividades veterinarias	0,9%	0,7%	1%
853 Servicios sociales	13,3%	15%	25,7%
85 Actividades sanitarias, veterinarias y servicios sociales	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOO 2001 (Idescat).

⁶ Para más detalle sobre la CCAIE-93 y la correspondencia con otras clasificaciones económicas, se puede consultar <http://www.idescat.net/cat/idescat/codis/idcodis.html>. Además, el apéndice 2 muestra el detalle de otras clasificaciones que se usan para caracterizar la sanidad.

⁷ El valor añadido bruto de un sector es la diferencia entre la producción del mismo sector y los consumos intermedios que este utiliza en su proceso productivo.

Delimitación del sector sanitario

En otro orden de cosas, como se ha mencionado, el estudio del sistema sanitario no se puede limitar al análisis económico del sector sanitario. Esta es la perspectiva que toma la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), quien, dentro de un ambicioso proyecto de sistematización de los sistemas sanitarios, clasifica en diez dimensiones la información relacionada con la salud⁸:

1. Estado de salud
2. Recursos de servicios sanitarios
3. Utilización de los servicios sanitarios
4. Gasto en salud
5. Financiación del sistema sanitario
6. Protección social
7. Mercado farmacéutico
8. Determinantes no médicos de la salud
9. Referencias demográficas
10. Referencias económicas

Los primeros epígrafes analizan el sistema sanitario bajo el punto de vista de la demanda (estado de salud de las personas), de la oferta (recursos sanitarios) y de la conjunción de ambos factores (utilización de los recursos). A continuación se

considera la vertiente económica, tanto bajo el punto de vista del gasto como del origen de los fondos para su financiación. Los epígrafes 6 a 8 determinan aspectos colaterales y estrechamente ligados al sistema sanitario, y finalmente los últimos epígrafes son principalmente de referencia general de los territorios analizados. Será precisamente esta perspectiva de la OCDE la que se utilice en la siguiente sección, donde se analizan las características principales del sistema sanitario catalán.

BOX 2.1. Salud y sanidad

- La salud se define como “Estado de capacidad óptima de un individuo para cumplir los roles y las tareas para las cuales ha sido socializado” (Parsons, 1958).
- La sanidad engloba a todos los agentes encargados de promover, mantener, monitorizar y evaluar los diferentes estados de salud y enfermedad de los individuos (Hidalgo, et al., 2000).
- En la Clasificación Catalana de Actividades Económicas, el epígrafe de Actividades sanitarias (rama 851) se analiza conjuntamente con las actividades veterinarias y de servicios sociales (rama 85). El peso de las actividades sanitarias en el global de la rama 85 es del 85,8% en producción, y del 73,3% en ocupación.
- La OCDE asume que para el estudio del sistema sanitario es necesario analizar, además de los factores económicos (financiación y gasto), aspectos de demanda, de oferta y de utilización de recursos, entre otros.

⁸ OECD (2006), *OECD Health Data 2006: Statistics and Indicators*, París: OECD Publications.

3.

El sistema sanitario de Cataluña desde una perspectiva de análisis comparado en la OCDE

En esta sección se analizan las características generales del sector sanitario en Cataluña, en términos de demanda (estado de salud de las personas), de oferta (recursos sanitarios) y de la conjunción de ambos factores (utilización de los recursos). Mediante el análisis comparado con respecto a otros países con circunstancias parecidas, en concreto los de la OCDE, el objetivo es poder responder a preguntas como por ejemplo: (a) ¿tienen los catalanes un estado de salud acorde con su nivel de desarrollo?, (b) ¿la percepción de los catalanes coincide con lo que dicen los indicadores sobre su nivel de salud?, (c) ¿es preciso esperar que a mayor desarrollo, mayor nivel de salud?, (d) ¿la dotación de recursos sanitarios de la que se disfruta se corresponde con el nivel de desarrollo económico?, (e) ¿a mayor dotación de recursos, mayor nivel de salud?, (f) ¿a mayor desarrollo le corresponde un mayor nivel de gasto sanitario?, (g) ¿a mayor gasto sanitario, mayor número de ocupados en el sector?, (h) el peso del sector sanitario dentro del total de la economía, ¿aumenta o disminuye a medida que aumenta el PIB? Estas preguntas son de interés de los analistas del sector sanitario, pero entendemos que también de la sociedad en general.

En la segunda parte de la sección se analizan los temas relacionados principalmente con la vertiente financiera, tanto bajo el punto de vista del gasto como del origen de los fondos. Las preguntas que se quieren responder son: ¿qué tipo de gasto sanitario está aumentando más?, ¿en qué porcentaje el sector público financia el sector sanitario?, ¿cómo ha evolucionado la financiación?

El objetivo principal del capítulo es la presentación de los indicadores básicos de demanda y oferta sanitaria que permitan aproximarse y caracterizar al sector en Cataluña, con el objetivo de responder algunas de las preguntas formuladas sobre el nivel de satisfacción con el estado de salud propio.

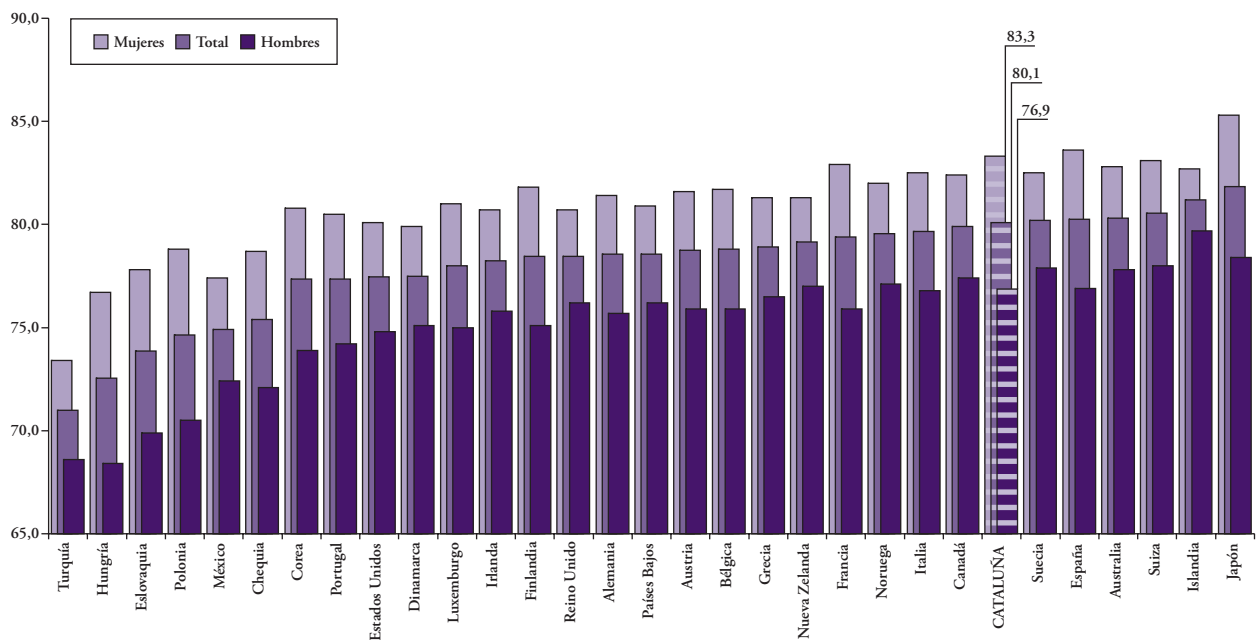
3.1. Demanda - estado de salud

¿Dispone Cataluña de un estado de salud de acuerdo con su nivel de desarrollo? ¿Qué percepción tienen los catalanes sobre su estado de salud? A mayor desarrollo, ¿mejor percepción sobre la salud?

La primera dificultad es la de encontrar un indicador objetivo que recoja “el estado de salud” de la población. Dos medidas que habitualmente se han utilizado para hacerlo son la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad (infantil) por mil habitantes. En cuanto a la primera, tal y como se

aprecia en el gráfico 3.1, Cataluña se encuentra con una situación muy favorable en comparación con otros países de la OCDE. Así, en el año 2003, de los 30 países de la OCDE, sólo 6 tenían una esperanza de vida al nacer superior a la de Cataluña, entre ellos España⁹. Además, la tendencia observada permite esperar nuevos aumentos en esta variable. Entre 1993 y 2003, la esperanza de vida al nacer ha aumentado 2,5 años de media a los países de la OCDE. Tanto en Cataluña como en España se ha dado un resultado similar, aunque la mejora ha sido más modesta que al resto de países, básicamente porque partían de niveles más elevados (véase gráfico A.3.1 del apéndice 3).

Gráfico 3.1. Esperanza de vida al nacer, total y por sexos. OCDE y Cataluña. 2003



Nota: Los datos están expresados en años de vida esperados al nacer. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE e Idescat.

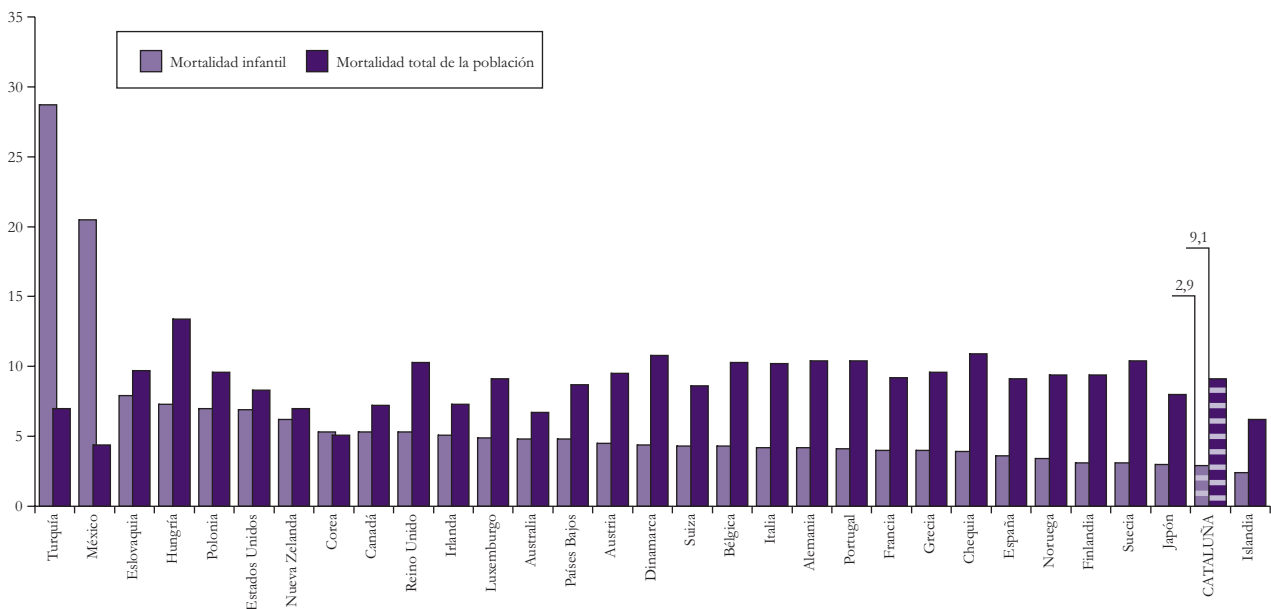
⁹ Aunque los datos que ofrece la OCDE y el valor del dato para Cataluña obtenido en Idescat muestran una esperanza de vida superior en el conjunto de España que en Cataluña, es necesario mencionar que los estudios habituales presentan cifras de esperanza de vida en Cataluña más elevadas que en España. La diferencia se encuentra, por tanto, en la inevitable diversidad de fuentes utilizadas en esta comparativa. Cabe decir, de todos modos, que las diferencias absolutas son muy reducidas.

El segundo de los indicadores habituales para determinar el estado de salud de la población es la tasa de mortalidad, en particular la tasa de mortalidad infantil, puesto que la primera viene en buena parte determinada por la estructura de edad de la población, de manera que cabe esperar que una población más joven tendrá una menor tasa de mortalidad absoluta. El gráfico 3.2 muestra cómo Cataluña presenta una tasa de mortalidad infantil en el año 2003 de 2,9 por mil nacimientos, cosa que nuevamente la coloca en una posición al frente del conjunto de países de la OCDE (tasa sólo superior a la de Islandia). Estas cifras son el resultado de una mejora muy importante en toda la OCDE, donde la media de tasas de mortalidad ha descendido de 9,2 por mil hasta

5,9 por mil entre 1993 y 2003. En Cataluña y en España la reducción ha sido muy notable, más del 80% en tan sólo diez años, y muy superior al 56% de la OCDE (véase también gráfico A.3.2 del apéndice 3).

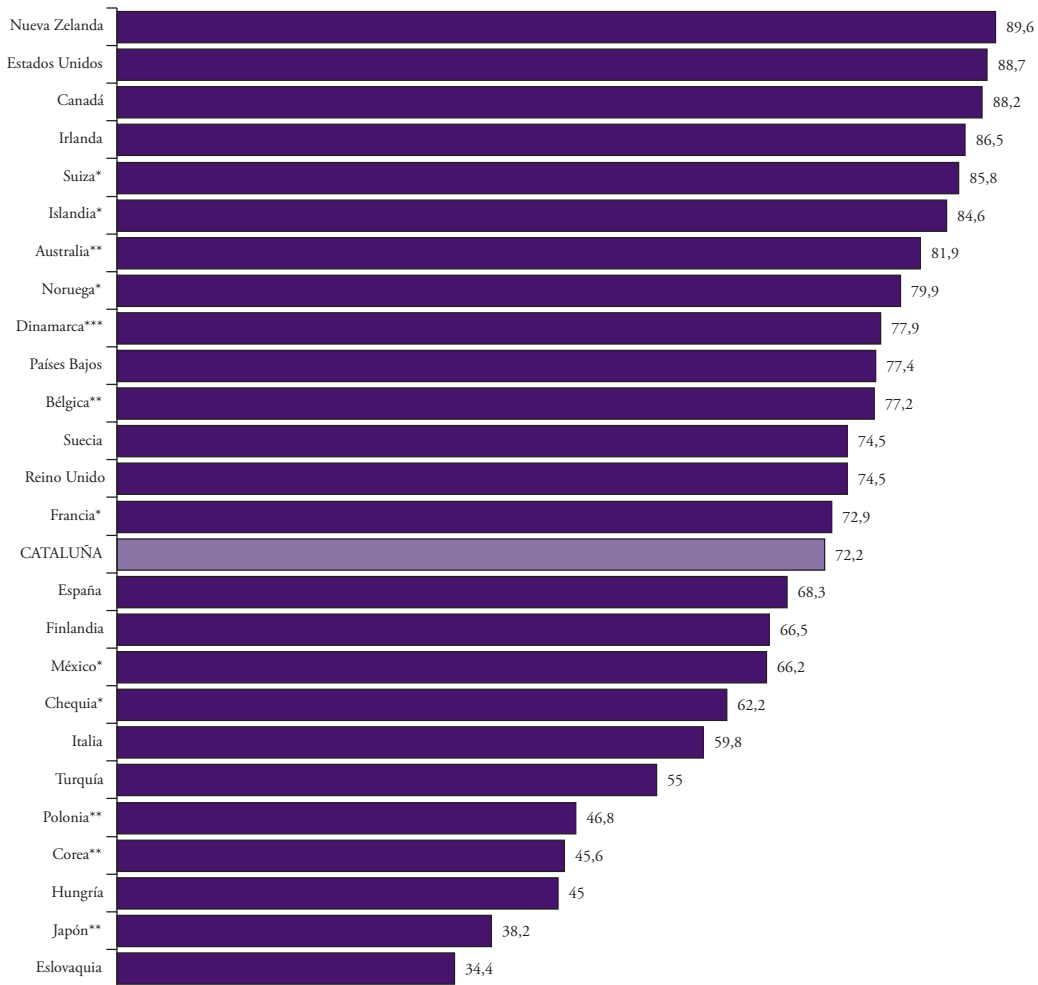
En cambio, la percepción que los catalanes tienen de su nivel de salud no es del todo coincidente con los indicadores objetivos hasta ahora analizados, puesto que Cataluña deja de estar ubicada en los primeros lugares del ranking. El gráfico 3.3 muestra la proporción de personas en cada país que manifiesta tener un estado de salud bueno o muy bueno. En este caso, Cataluña deja de estar en las primeras posiciones y pasa a ocupar un lugar intermedio dentro del conjunto de los países de la OCDE de los que se tiene información. A pesar de

Gráfico 3.2. Tasas de mortalidad (por 1.000 habitantes) y de mortalidad infantil (por 1.000 nacimientos). OCDE y Cataluña. 2003



Nota: Los datos de mortalidad de México y de mortalidad infantil de Corea y Nueva Zelanda son del año 2002. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE e Idescat.

Gráfico 3.3. Percepción del estado de salud. Proporción de gente que manifiesta tener un estado bueno o muy bueno de salud. OCDE y Cataluña. 2003

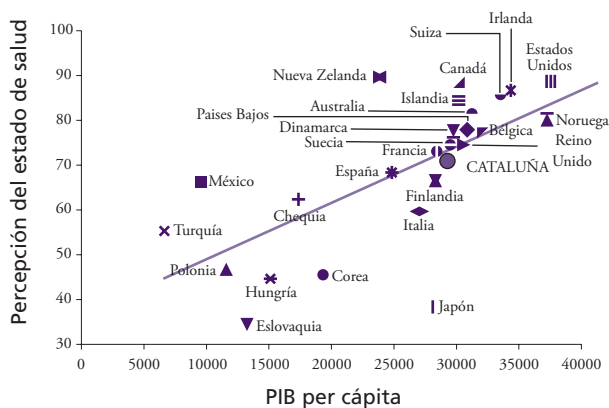


Nota: * datos de 2002, ** datos de 2001 y *** datos de 2000. No hay información disponible para Alemania, Austria, Grecia, Luxemburgo y Portugal. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE e Idescat.

que no se dispone de esta información de manera dinámica para la mayoría de países ni tampoco para Cataluña, a partir de la información de aquellos países para quienes sí se conoce el valor del año 1993 podemos decir que las percepciones sobre el estado de salud son muy similares a las del año 2003.

Sin embargo cabe decir que la percepción de los catalanes se ajusta al nivel de desarrollo económico que tienen. El gráfico 3.4 muestra la relación entre el estado de salud percibido y el desarrollo económico (aproximado por la variable PIB per cápita), variables que tienen una correlación positi-

Gráfico 3.4. Relación entre la percepción del estado de salud y el desarrollo económico de los países. OCDE y Cataluña. 2003



Nota: Los datos de PIB per cápita están expresados en dólares EE. UU. y corregidos por paridad de poder de compra. El dato de Cataluña está corregido con respecto del dato español en términos de poder de compra del año 2002 (INE: Datos de PIB en PPS). Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE, INE e Idescat.

va cercana al 70%. A mayor nivel de desarrollo, la percepción sobre el nivel de salud es mejor, entre otras razones, como se verá más adelante, porque se destinan más recursos a la atención sanitaria¹⁰. Según esta relación, podemos decir que Cataluña presenta un valor acorde con su grado de desarrollo económico.

BOX 3.1. La demanda sanitaria

- Tanto en términos de esperanza de vida como de tasas de mortalidad infantil, Cataluña ocupa las primeras posiciones dentro la OCDE.
- En el año 2003, el 72% de la población en Cataluña manifestaba tener un estado de salud bueno o muy bueno. Esta cifra es acorde con la posición económica de Cataluña respecto al resto de países de la OCDE.
- A mayor nivel de desarrollo, la percepción sobre el estado de salud es mejor.

¹⁰ Existe, por tanto, una asociación positiva entre renta y percepción del estado de salud. La causalidad de la relación probablemente sea en ambos sentidos.

3.2. Oferta - recursos sanitarios

¿Dispone Cataluña de un nivel de recursos sanitarios acorde con su nivel económico? Cuantos más recursos se destinan, ¿mejor es el nivel de salud?

Con el objetivo de valorar los recursos sanitarios disponibles, se utilizarán tres indicadores: el peso de la ocupación del sector sanitario dentro del conjunto de la economía (ratio de ocupados en el sector por mil habitantes y porcentaje de ocupados en sanidad sobre el total de ocupados), las camas hospitalarias y la tecnología utilizada en el sistema sanitario.

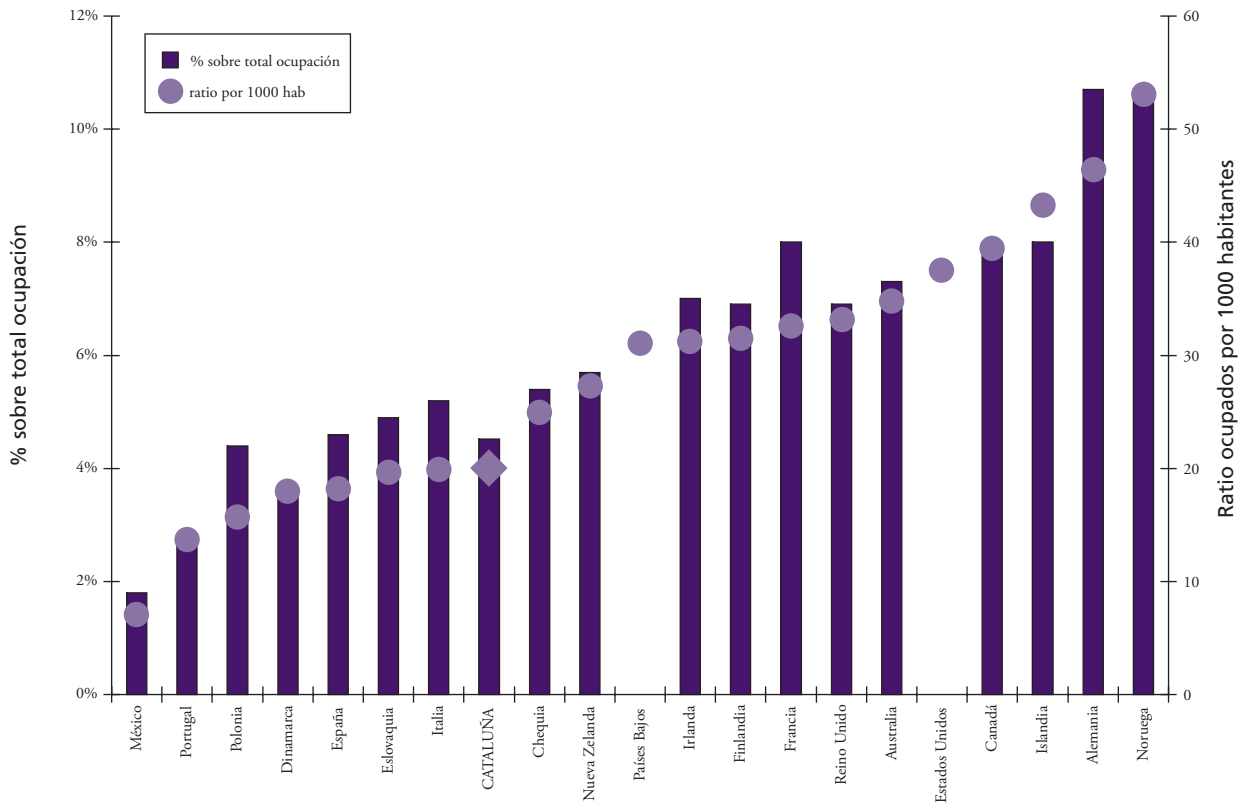
En cuanto al primero de los conceptos (gráfico 3.5), se comprueba que en Cataluña en el año 2001 un 4,5% del total de los ocupados trabajaba en el sector sanitario¹¹. Si se compara con la población, esta medida se convierte en una ratio de 20 ocupados en el sector sanitario por cada mil habitantes, dotación superior a la correspondiente a España en el mismo año (18,2). Ambas cifras se encuentran en un nivel intermedio - bajo respecto al conjunto de la OCDE para el cual se dispone de información¹².

La segunda de las variables utilizada para evaluar los recursos sanitarios son las camas hospitalarias. Son dos las variables a considerar: la ratio de camas hospitalarias por mil habitantes y la ratio de camas hospitalarias especializadas en cuidados intensivos por mil habitantes (camas de agudos). El gráfico 3.6 presenta esta información para un conjunto de países de la OCDE. Cataluña y España se encuentran en la cola de los países representados en términos de ratio de camas de agudos por mil habitantes, mientras que ocupan una posición intermedia en cuanto al número de camas por mil habitantes (4,7 en Cataluña, cifra superior a las 3,4 de España). Entre 1993 y 2003 la evolución ha sido decreciente. La ratio de camas hospitalarias de agudos por mil habitantes ha pasado de 3,2 a 2,7, mayoritariamente a

¹¹ CCAE 93 - Rama 851 Actividades Sanitarias. Cálculo realizado a partir de datos del Censo de población.

¹² Si atendemos a las estimaciones que señalan un nivel de "población física oficial" inferior a la "población sanitaria real" en Cataluña, la ratio de ocupados por 1.000 habitantes sería menor al valor marcado en el gráfico 3.5, por lo que se situaría aún en una posición menos favorable (y más próxima al otro indicador, porcentaje de ocupados en el sector sanitario dentro del total de ocupados). Pese a todo, este mismo problema podría darse en otros países de la muestra.

Gráfico 3.5. Peso de la ocupación en el sector sanitario. OCDE y Cataluña. 2003



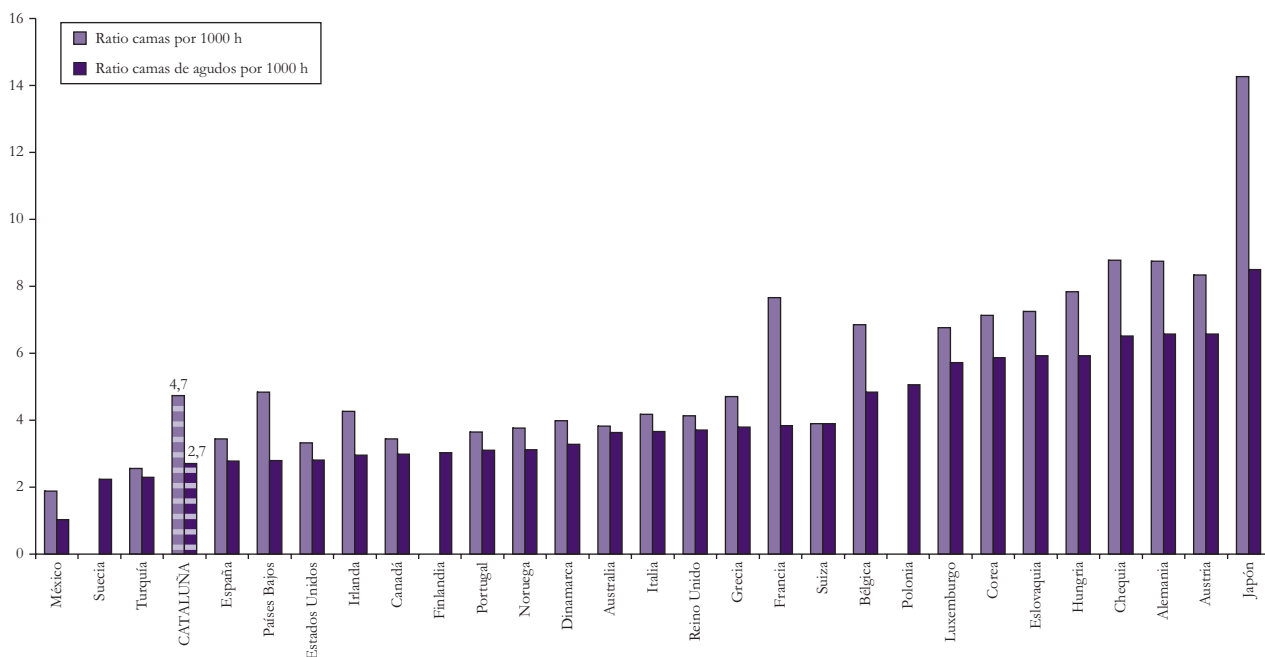
Nota: Los datos de Cataluña se han calculado a partir de cifras que provienen del Censo de 2001. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE, INE e Idescat.

causa del aumento de población, superior al 10%, y también debido al descenso del 4% en el número de camas de agudos en el sistema hospitalario (véase gráfico A.3.3 del apéndice 3).

El nivel tecnológico de los recursos utilizados en la sanidad es el último aspecto a valorar dentro de los indicadores de recursos del sistema sanitario catalán. En este apartado se analiza un grupo de aparatos médicos considerados como representativos de un nivel tecnológico avanzado, como son los equipos de resonancia magnética, los litotriptores, los equipos de TAC (tomografía axial computada) y los mamógrafos. En general, en la tabla 3.1 se aprecia que las ratios por millón de

habitantes de estos aparatos son muy heterogéneas entre los países considerados. Valgan como ejemplo las más de 90 tomografías axiales computadas en Japón en el año 2003, frente al promedio de 25 en la OCDE. Cataluña presenta unos registros inferiores a los promedios de la OCDE, e incluso a la media española, con la única excepción de los mamógrafos. La comparación internacional deja a Cataluña sólo por encima de países como Portugal, Chequia, Polonia, Hungría, Turquía y México, aunque también de Francia y el Reino Unido. Así pues, parece que Cataluña ocupa una posición intermedia-baja dentro del panorama internacional.

Gráfico 3.6. Recursos sanitarios: ratios de camas hospitalarias por mil habitantes. OCDE y Cataluña. 2003



Nota: Los datos de Grecia son de 2002 y los de Cataluña de 2004. Datos no disponibles para Islandia y Nueva Zelanda. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE e Idescat.

En lo que concierne a la evolución de estos aparatos médicos, tanto en el ámbito internacional como en el nacional se aprecia una mejora notable en las ratios, que son superiores en los países para los cuales se dispone de información sobre el nivel de partida.

A mayores dotaciones sanitarias, ¿mejora la percepción sobre el estado de salud?

Un ejercicio de gran interés consiste en cotejar la información de los recursos sanitarios con la percepción sobre el estado de salud. El gráfico 3.7 muestra la relación entre el ratio de ocupados en el sector sanitario por mil habitantes y la percepción del estado de salud. Se puede observar una

clara relación lineal positiva, de manera que cuanto mayor es el número de ocupados en el sector sanitario, mejor percepción del estado de salud tienen los individuos. Para ver la influencia que los recursos físicos y tecnológicos tienen en la percepción del estado de salud, atendemos a la composición de la dotación de recursos. Así, el gráfico 3.8 presenta la relación entre el ratio de ocupados en sanidad por cama de agudos y la percepción del estado de salud. La relación que se obtiene entre ambas variables es positiva, y mucho más intensa que la observada en el gráfico 3.7, lo que demuestra la importancia de aumentar simultáneamente los volúmenes de recursos físicos y humanos. Finalmente, es preciso decir que en el gráfico 3.8 se aprecia también un cierto punto de inflexión a partir de un valor aproximado de 13 ocupados

Tabla 3.1. Indicadores del nivel tecnológico de los recursos sanitarios. Ratios de aparatos médicos por millón de habitantes. OCDE y Cataluña. 1993 y 2003.

	Equipos de resonancia magnética		Litotriptores		Equipos de TAC		Mamógrafos	
	1993	2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003
Australia	1,8	3,7	0,7	1,3	16,5 ¹			25,7 ⁷
Alemania	1,4	6,2	1,8	3,3	8,2	14,7		
Austria	5,9	13,6	1,8	1,9	19,9	27,2		
Bélgica	2,7 ²	6,8	1,6 ¹	4,4	16,8 ²	29,8		20,5
Canadá	1,1	4,6	0,5	0,5	7,5	10,5		19,0 ⁵
Corea	1,8	9,0	3,6 ³	6,8	12,2	31,9		24,8
Dinamarca		9,1			6,6	14,5		10,0 ⁷
España	2,1	7,3	1,7	1,8	7,2	13,0		9,6 ⁵
Finlandia	2,8	13,0	0,2	0,4	11,3	14,0	37,1	39,5
Francia	1,4	2,8	0,7 ¹	0,7	7,5	8,4	36,6	42,1 ⁵
Grecia	0,9 ¹	2,3 ⁵	3,1	1,5 ⁷	11,6 ¹	25,9 ⁷		36,7 ⁷
Hungría	0,4	2,6	0,6	1,1	3,9	6,5		11,9
Irlanda						14,6 ⁷		17,3 ⁷
Islandia	3,8	17,3	3,8 ⁴	3,5	18,9	20,8	18,9	17,3
Italia	2,6	11,6	2,6		11,6	24,1		
Japón	12,5	35,3 ⁵	4,0	6,4 ⁵	63,8	92,5 ⁵		
Luxemburgo	2,5	11,1	2,5	2,2	22,4	26,7	24,9	22,2
México		1,3		1,0		3,0		3,8
Nueva Zelanda	2,8 ⁴	3,7	0,6 ⁴	0,5	7,8 ⁴	11,5		22,5
Países Bajos	2,5				9,0			
Polonia		1,0		2,9		6,3		14,3
Portugal		3,9		1,4		12,8		11,6
Reino Unido		4,4				6,7	5,0 ⁴	7,9
Eslovaquia		2,0		4,3		8,7		13,0
Chequia	0,6	2,5	2,1	3,4	5,7	12,6	5,4	14,2
Suecia	3,9				13,8			
Suiza		14,2		4,5		18,0		
Turquía	0,6 ⁴	3,0	0,0 ³	0,9 ⁵	2,9 ³	7,3	2,0 ³	6,5
CATALUÑA		5,6 ⁶		1,7 ⁶		11,2 ⁶		13,0 ⁶
Media OCDE	3,9	9,6	2,1	2,8	20,2	25,0	14,5	15,6

Nota: No hay datos disponibles para Estados Unidos y Noruega. El promedio de la OCDE se ha calculado a partir de los datos nacionales disponibles.

Leyenda: 1-datos de 1992; 2-datos de 1994; 3-datos de 1995; 4-datos de 1996; 5-datos de 2002; 6-datos de 2004, y 7-datos de 2005.

Fuentes: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE, el INE y el Catálogo Nacional de Hospitales.

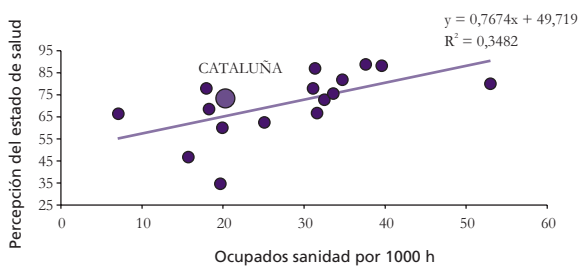
por cama de agudos. Este hecho se podría interpretar como que el incremento de la dotación de personal por cama de agudos tiene un cierto punto de saturación, a partir del cual no existe ninguna mejoría. Dicho de otro modo, como es

preciso esperar, la sustituibilidad de los recursos del sector sanitario es limitada, y para mejorar la percepción del estado de salud es preciso tanto aumentar la ocupación en el sector sanitario como realizar inversiones en capital físico.

En comparación con los recursos que se destinan, ¿la percepción de los catalanes sobre su nivel de salud coincide con la que cabría esperar?

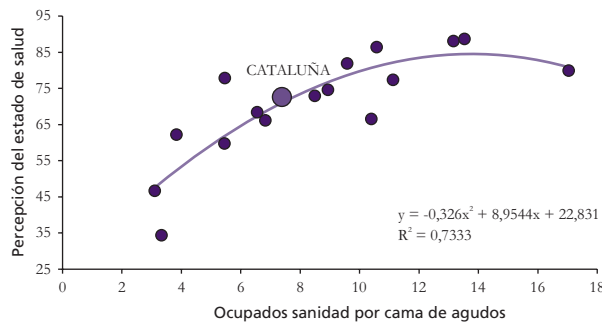
Los gráficos 3.7 y 3.8 pueden ayudar a saber si, una vez conocida la dotación de recursos sanitarios existentes en Cataluña, la percepción del estado de salud de los catalanes se corresponde con la que sería de esperar dados esos recursos. En primer lugar, la posición de Cataluña en el gráfico 3.7 (donde

Gráfico 3.7. Relación entre recursos sanitarios y percepción del estado de salud. OCDE y Cataluña. 2003



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE e Idescat. Nota: Los datos de Grecia son de 2002 y los de Cataluña de 2004. Datos no disponibles de Islandia y Nueva Zelanda.

Gráfico 3.8. Relación entre la composición de los recursos sanitarios y la percepción del estado de salud. OCDE y Cataluña. 2003



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE e Idescat.

BOX 3.2. La oferta sanitaria

- Los recursos sanitarios en Cataluña están por debajo del promedio de la OCDE, tanto en términos de ocupados por mil habitantes como en términos de camas hospitalarias por mil habitantes.
- Dados los recursos de los que dispone el sistema sanitario catalán, la población de Cataluña tiene una percepción del estado de salud proporcionalmente mejor que la de otros países.
- Para mejorar la percepción del estado de salud, es preciso aumentar tanto la ocupación en el sector sanitario como realizar inversiones en capital físico.
- Pese a que ha habido una mejora notable a la OCDE en términos del nivel tecnológico de los sistemas sanitarios, Cataluña dispone de unas ratios de aparatos médicos avanzados por millón de habitantes por debajo del promedio de la OCDE y también inferiores a los valores de España.

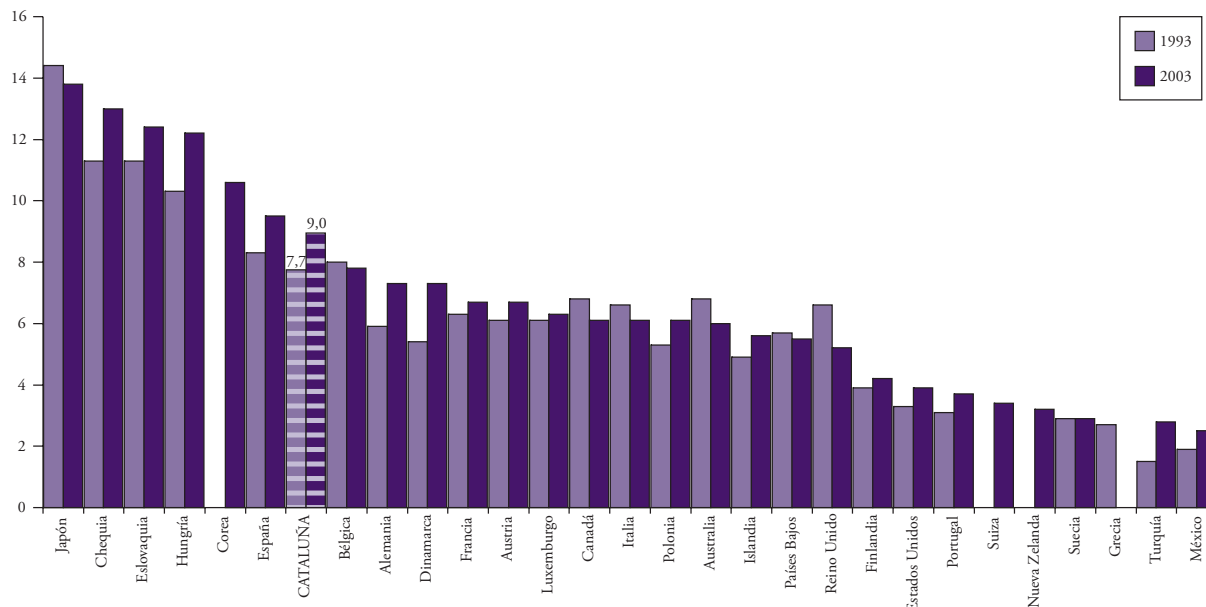
se relacionan recursos con percepción de salud), siempre por encima de las relaciones lineales, indicaría que, con menos recursos que el conjunto de países, la percepción del estado de salud es mejor. En segundo lugar, en el gráfico 3.8, donde se relaciona la composición de la dotación de recursos con percepción del estado de salud, de nuevo Cataluña está ligeramente por encima de la curva ajustada, lo cual también indica que la percepción es superior al nivel de dotación de recursos.

3.3. Utilización de los servicios sanitarios

¿Qué uso se hace en Cataluña de los servicios sanitarios, con respecto a la media de países de la OCDE?

Además de disponer de indicadores de demanda y de oferta del sistema sanitario, es preciso analizar la utilización que se hace de los servicios disponibles. Con el fin de valorar la utilización de los servicios sanitarios, a continuación se usan los tres indicadores más habituales de la literatura sanitaria para este propósito: consultas médicas (gráfico 3.9), duración media de las estancias hospitalarias (gráfico 3.10) e intervenciones quirúrgicas (gráfico 3.11).

Gráfico 3.9. Consultas médicas por mil habitantes. OCDE y Cataluña. 1993 y 2003



Nota: Para aproximar la cifra de 1993, se ha usado la de 1994 para Cataluña, Hungría e Italia, para los Estados Unidos la de 1995 y para Luxemburgo la de 1996. El dato de 2003 se ha aproximado con el de 2002 para Corea y Suiza, con el de 2001 en Islandia y Suecia y con el de 2000 en los casos de Alemania e Italia. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE y Encuesta Nacional de Salud de 2003 (Ministerio de Sanidad y Consumo e INE) y Encuesta de Salud de 1994 (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya).

Estos tres gráficos muestran que Cataluña presenta unos valores de los indicadores que denotarían un uso intensivo de los servicios sanitarios. Así, en el año 2003, el promedio de consultas médicas fue de 9,0 por habitante y año, cifra superior a las 7,7 de 1994 (ligeramente inferior al valor correspondiente a España); la duración media de estancia hospitalaria fue de 10,2 días al año, frente a los 12,1 días de 1994 (superior a la duración media de España) y las intervenciones quirúrgicas por mil habitantes llegaron a 61,4, ante las 73,2 de 1994 (superior al dato de España)¹³.

¿Qué relación hay entre los recursos sanitarios o la percepción sobre la salud respecto al uso de los servicios sanitarios?

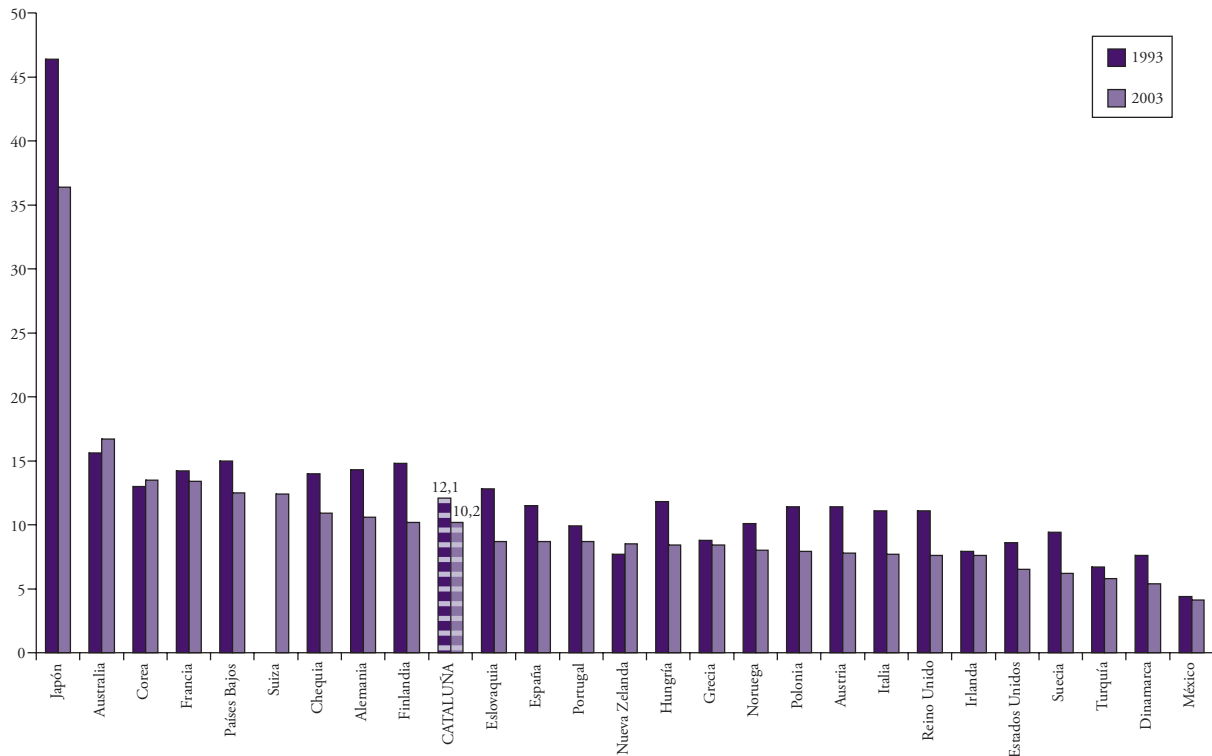
Hay que decir que los tres indicadores de utilización de servicios sanitarios se encuentran positivamente relacionados

con la ratio de camas de agudos por mil habitantes, que actúa como indicador de la variable recursos sanitarios. Por lo tanto, parece clara la relación positiva entre recursos físicos (aproximado por las camas de agudos por 1.000 habitantes) y usos sanitarios (aproximado por cualquiera de los tres indicadores del subapartado anterior): cuantos más recursos físicos, más utilización de los servicios sanitarios¹⁴. Así, por ejemplo, el gráfico 3.12 presenta la relación entre la ratio de las camas de agudos por mil habitantes y las consultas médicas por mil habitantes y año. La relación es positiva y bastante intensa. Este hecho podría ser interpretado así: cuantos más recursos físicos, más posibilidades de poder realizar consultas, intervenciones o estancias más largas, es decir, más posibilidades de prestar una mejor atención sanitaria, como cabría esperar. En cambio, no se ha encontrado ninguna relación significativa entre los indicadores de utilización de los

¹³ Es preciso hacer un comentario sobre la disminución generalizada en todos los países de la duración media de estancia hospitalaria. En el apartado 3.2 se ha visto cómo se ha reducido el número de camas hospitalarias de agudos en una gran mayoría de países de la OCDE. Uno de los motivos que se apuntaban como posible razón era la existencia de cambios tecnológicos en la sanidad. Pues bien, en general se aprecia un descenso del 18% de la duración media de estancia hospitalaria (comportamiento similar al del conjunto de la OCDE), que es incluso superior al descenso de la ratio de camas hospitalarias de agudos por mil habitantes (14%). De hecho, se entiende que los cambios tecnológicos también son la causa del descenso medio del número de intervenciones quirúrgicas por mil habitantes.

¹⁴ El hecho de que encontremos una asociación positiva entre ambas variables no implica en ningún caso una relación directa de causalidad entre ellas, relación que, en el caso de existir, podría tener cualquier dirección de causalidad.

Gráfico 3.10. Duración media de estancia hospitalaria. OCDE y Cataluña. 1993 y 2003



Nota: No se dispone de datos para Islandia, Luxemburgo, Bélgica y Canadá. Los datos de 1993 se han aproximado a partir de datos de 1996 para Eslovaquia y de 1994 para Cataluña, Canadá y Noruega. Los datos de 2003 se han aproximado con datos de 2002 en Suecia, de 2001 para los Países Bajos y Cataluña y de 2000 en Grecia. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE e Idescat.

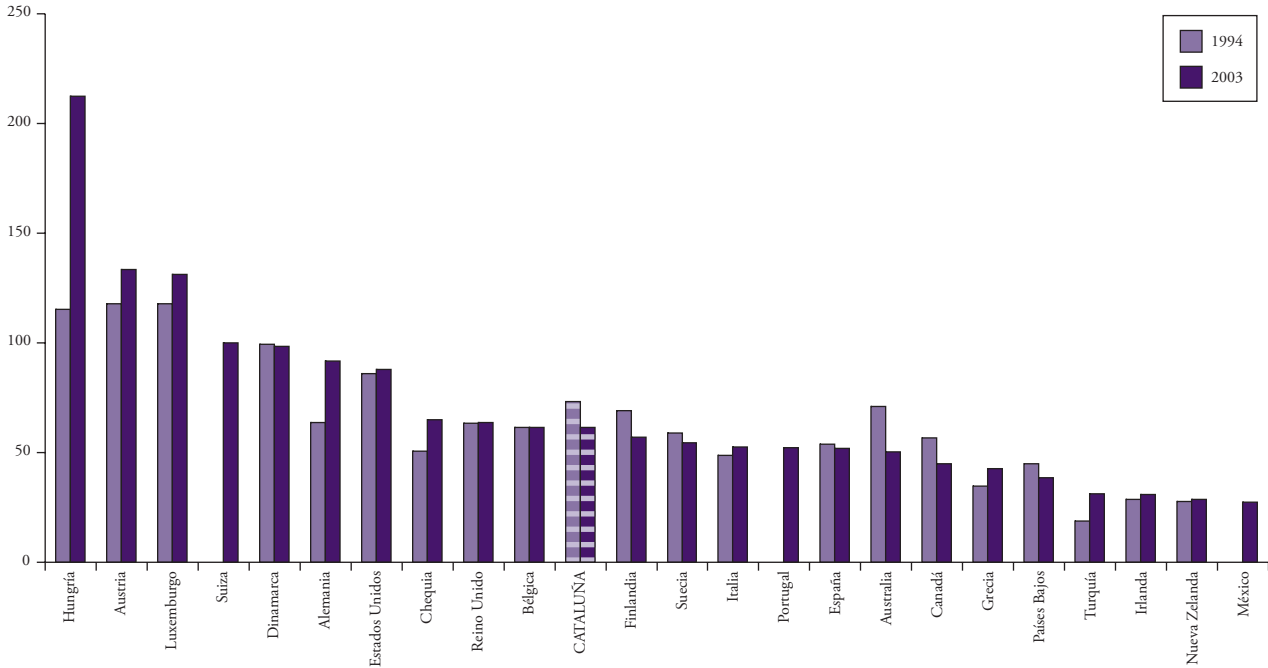
servicios sanitarios con la ocupación en el sector, cosa que confirma la idea ya enunciada de la necesidad de complementar los recursos humanos con recursos físicos. En lo que concierne a Cataluña, debe destacarse que se encuentra por encima de la relación proporcional entre la ratio de camas de agudos y los indicadores de uso, hecho que podría interpretarse como que se hace un uso relativamente intensivo de los recursos de los que se dispone.

También debe remarcarse que se observa una relación negativa entre los tres indicadores de utilización de los servicios sanitarios con la percepción del estado de salud de los países controlados. Es decir, los países que presentan una peor percep-

ción de la salud de sus ciudadanos son los que figuran con más consultas médicas, más intervenciones o estancias más largas. Valga como ejemplo el gráfico 3.13, donde se aprecia la destacable relación negativa entre la percepción del estado de salud y la ratio de consultas médicas por 1.000 habitantes. Tal y como se apuntaba en el apartado 3.2, se podría pensar que cuanto peor sea el estado de salud, mayor utilización de los servicios sanitarios debería apreciarse¹⁵. En lo que concierne a Cataluña, en general se aprecia una utilización de los recursos proporcionalmente más intensa respecto a la percepción del estado de salud de la población, cosa que indica, nuevamente, un uso intensivo de los recursos sanitarios disponibles.

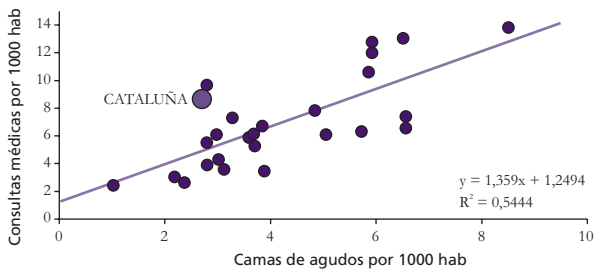
¹⁵ Esta tendencia se ve aligerada a medida que las mejoras tecnológicas permiten conseguir resultados más eficientes. Valga como ejemplo el caso de la variable duración media hospitalaria, que ha disminuido de manera generalizada en toda la OCDE, por ejemplo a partir de las mejoras en el campo de la cirugía ambulatoria o no hospitalaria.

Gráfico 3.11. Intervenciones quirúrgicas por mil habitantes. OCDE y Cataluña. 1994 y 2003



Nota: El dato de 1994 ha sido aproximado con el de 1995 en España e Irlanda, con el de 1996 en Grecia, Luxemburgo, Dinamarca e Italia, con el de 1997 en Bélgica, Hungría, Austria y Nueva Zelanda y con el de 1999 para en Bélgica. El dato de 2003 ha sido aproximado con el de 2000 para Grecia y con la de 2003 para Suecia. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE e Idescat.

Gráfico 3.12. Relación entre el uso de los recursos sanitarios y la dotación de recursos. OCDE y Cataluña. 2003

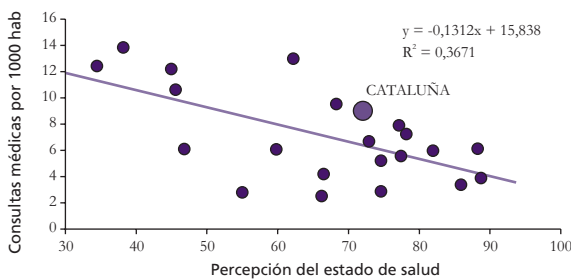


Nota: El datos de camas de agudos de Cataluña es de 2004. Datos no disponibles para Irlanda, Noruega, Grecia, Islandia y Nueva Zelanda. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE e Idescat.

BOX 3.3. Utilización de los recursos sanitarios

- Tanto en número de consultas médicas por mil habitantes, como en duración media de estancia hospitalaria, como en intervenciones quirúrgicas por mil habitantes, Cataluña está por encima del promedio de la OCDE.
- La disminución de la duración media hospitalaria generalizada en toda la OCDE explica el descenso del número de camas de agudos por mil habitantes por causa de una mejora de las técnicas hospitalarias. Estas mejoras también explican el descenso del número de intervenciones quirúrgicas en el conjunto de la OCDE.
- Mientras que cuantos más recursos sanitarios están disponibles, mayores ratios de utilización de estos se observan, los países con peor estado de salud presentan unas ratios de utilización de los recursos más elevadas.
- Consecuentemente, pese a las mejoras tecnológicas, a medida que aumenten las necesidades sanitarias de un país, habrá que destinar un mayor volumen de recursos al sistema y complementar los recursos físicos con recursos humanos para mantener una proporción adecuada.

Gráfico 3.13. Relación entre percepción del estado de salud y consultas médicas por 1.000 habitantes. OCDE y Cataluña. 2003



Nota: No existe información disponible relativa a la percepción del estado de salud en Alemania, Austria, Grecia, Luxemburgo y Portugal. Para el resto de países, consúltese la nota del gráfico 3.3. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE e Idescat.

3.4. Gasto en sanidad

¿Qué nivel de gasto sanitario tiene Cataluña respecto a otros países de la OCDE? ¿Es el que le corresponde según su nivel de desarrollo?

La OCDE elabora una serie de estadísticas de gasto sanitario que considera todas las partidas del sector, siguiendo diversas clasificaciones¹⁶. Esta información sólo se proporciona para el conjunto de España. Así, en el año 2004, el peso del gasto total en sanidad alcanzó el 8,1% del PIB, cifra que no puede considerarse elevada dentro del entorno de la OCDE (véase gráfico 3.14). En Cataluña, usando las estimaciones de la Agrupación Catalana de Establecimientos Sanitarios (ACES) y de Micro, Pequeña y Mediana Empresa de Cataluña (PIMEC)¹⁷, el gasto en sanidad representaba el 7,1% del PIB en el año 2002 (el peso en España en el mismo año fue del 7,3% del PIB). Idéntico resultado se observa si se analiza el gasto sanitario per cápita (véase gráfico A.3.4).

En esta misma línea, en el gráfico 3.15 se aprecia la relación positiva (no lineal) entre gasto en sanidad per cápita y PIB per cápita, en la que Cataluña se sitúa claramente por debajo de la tendencia internacional. Esto indicaría que, dada esta relación, Cataluña tiene un nivel de gasto por habi-

tante en sanidad por debajo de lo que le correspondería según el PIB per cápita que tiene. Por otra parte, España, con un PIB per cápita inferior, tiene aproximadamente el mismo gasto en sanidad que Cataluña.

¿Qué evolución es preciso prever en los próximos años en el gasto sanitario? ¿Cuál ha sido la evolución en estos últimos años?

El gráfico 3.16 muestra la evolución en estos últimos años del peso de la sanidad respecto al PIB en el conjunto de la OCDE, los EE. UU., la Unión Europea (UE, 15 países), España y, además, en los dos años para los que se dispone de información, Cataluña. Adicionalmente al hecho ya apuntado referente al menor peso del gasto sanitario en Cataluña y España respecto a las medias de la UE, OCDE y, sobre todo, de EE. UU., se puede observar que este peso ha sido continuamente creciente en toda la OCDE (con algunas excepciones puntuales –no observadas–, como Canadá, Finlandia, Eslovaquia y Chequia). De media, en la OCDE, este incremento ha sido de 0,11 puntos porcentuales anuales (0,05 puntos porcentuales anuales en España). La misma evolución se observa en el caso de la variable gasto total per cápita en sanidad¹⁸ (véase gráfico A.3.5).

El análisis gráfico apunta a una previsión de tendencia global creciente: si a principios de los años ochenta el gasto en sanidad en España suponía el 5,4% del PIB, a comienzos de los noventa representaba ya el 6,6%. Como resultado de esta tendencia, algunos estudios han calculado que su peso estará por encima del 10% en el año 2015¹⁹. De hecho, si se mantuviese la tendencia observada en España entre 2000 y 2004, la cifra del 10% del PIB se alcanzaría en el año 2012.

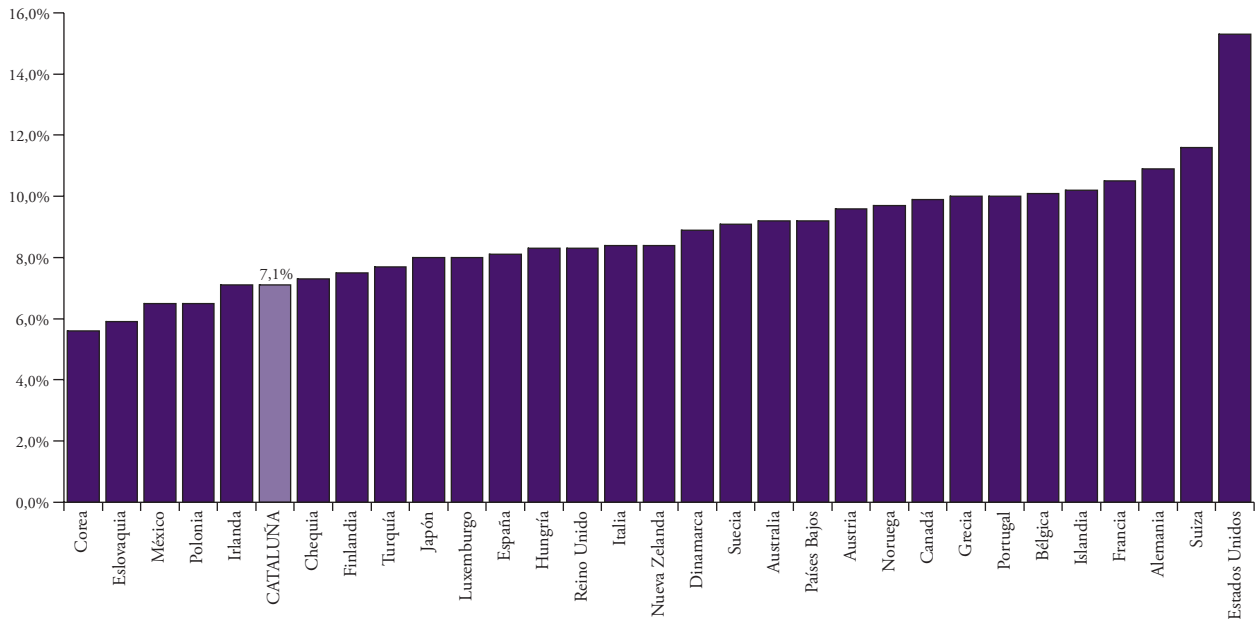
¿En qué clase de partidas está creciendo en mayor grado el gasto sanitario?

De media, el gasto hospitalario de la OCDE ha pasado de suponer casi la mitad del gasto el año 1993 (47,7% para los

¹⁶ Las clasificaciones que utiliza la OCDE se encuentran en el apéndice 2 de este estudio.
¹⁷ Estudio que lleva por título: "Sostenibilitat financera i equilibri territorial del sistema sanitari espanyol en l'horitzó 2015. El pes de la sanitat privada a Catalunya", de 2005.

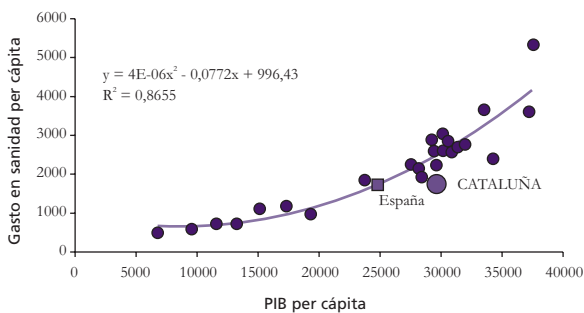
¹⁸ Corregido por paridad de poder de compra.
¹⁹ Informe ACES - PIMEC 2004 "El sector privat de prestació de serveis de salut a Catalunya".

Gráfico 3.14. Peso del gasto total en sanidad respecto al PIB. OCDE y Cataluña. 2004



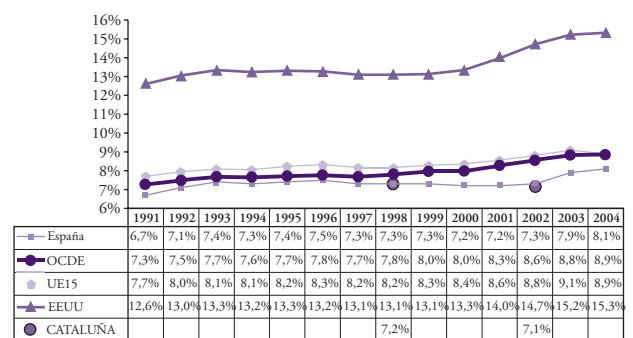
Nota: Los datos correspondientes a Alemania, Australia, Bélgica, Japón y Eslovaquia se refieren al año 2003. El dato de Cataluña corresponde a 2002. En este sentido, si la evolución del gasto en sanidad en Cataluña hubiese sido la misma que en España, cabría esperar que en el año 2004 Cataluña hubiera tenido un mayor peso del gasto total en sanidad. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE y ACES.

Gráfico 3.15. Relación entre el gasto total en sanidad per cápita y el PIB per cápita. OCDE y Cataluña. 2002



Nota: Los datos de PIB per cápita están expresados en dólares EE. UU. y corregidos por paridad de poder de compra. El dato de Cataluña está corregido respecto del dato español en términos de poder de compra del año 2002 (INE: Datos de PIB en PPS). No se dispone de información completa para los siguientes países: Portugal, Grecia, Austria, Alemania y Luxemburgo. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE, INE y ACES.

Gráfico 3.16. Peso del gasto total en sanidad respecto al PIB. OCDE, EE. UU., España y Cataluña. 1991-2004



Nota: No se dispone de información completa para los siguientes países: Portugal, Grecia, Austria, Alemania y Luxemburgo, por lo que no entran en el promedio de la OCDE ni en el de la UE15. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE y ACES.

BOX 3.4. Gasto en sanidad

- El gasto sanitario total por habitante en Cataluña, prácticamente coincidente con el de España, está por debajo del promedio de la OCDE y por debajo del nivel que correspondería en Cataluña según su desarrollo económico.
- El gasto por habitante en España se cifra en el año 2004 en 2.094 dólares, un 18% por debajo del gasto por habitante a la UE-15 y un 65% por debajo del de EEUU.
- Entre 2000 y 2004, el peso del gasto en sanidad dentro del conjunto del PIB en España ha aumentado a un ritmo medio anual del 3,1%. De continuar a este ritmo, en el año 2012 la sanidad supondría más del 10% del PIB. Es preciso señalar que este aumento ha sido generalizado en la OCDE y en la Unión Europea a 15, y que incluso ha sido superior en los EEUU.
- El crecimiento del gasto en sanidad se explica en buena parte por la calidad de los servicios (calidad que tiene el origen en las demandas de la población) y por la incorporación de nuevas tecnologías, además de aspectos como por ejemplo la universalización del servicio.
- El análisis del gasto por partidas muestra que, tanto en España como en la OCDE, el gasto hospitalario ha pasado de suponer casi la mitad del gasto sanitario en el año 1993 a suponer el 38% en el año 2002. Los crecimientos más importantes derivan de las partidas de Gasto farmacéutico y Otros gastos sanitarios.

países de los que se dispone de datos), a suponer *sólo* el 37,7% el año 2002. En contraprestación, los aumentos importantes se han dado en las partidas Gasto farmacéutico y Otros gastos sanitarios²⁰. España, en este sentido, ha seguido la tendencia internacional. En la tabla A.3.1 y en el gráfico A.3.6 se presentan cifras que muestran el gasto total en sanidad dividido por partidas (hospitales, tratamiento ambulatorio, gasto farmacéutico y otros gastos sanitarios) y que confirman lo que se apunta en este párrafo.

3.5. Financiación de la sanidad

¿Quién financia el sector sanitario, el sector público o el privado? ¿Existe algún elemento diferencial entre Cataluña y el conjunto del Estado español? ¿Cuál ha sido la evolución?

Otro de los aspectos clave del sistema sanitario es si la financiación del sector sanitario es pública o privada. Así, la

sanidad pública se corresponde con la sanidad que es pagada por las administraciones públicas y no por las familias (sanidad privada), independientemente de la titularidad de los proveedores de los servicios, que puede ser pública o privada²¹. En este sentido, la sanidad privada se corresponde con la sanidad pagada por las familias, independientemente de la titularidad de los proveedores de los servicios.

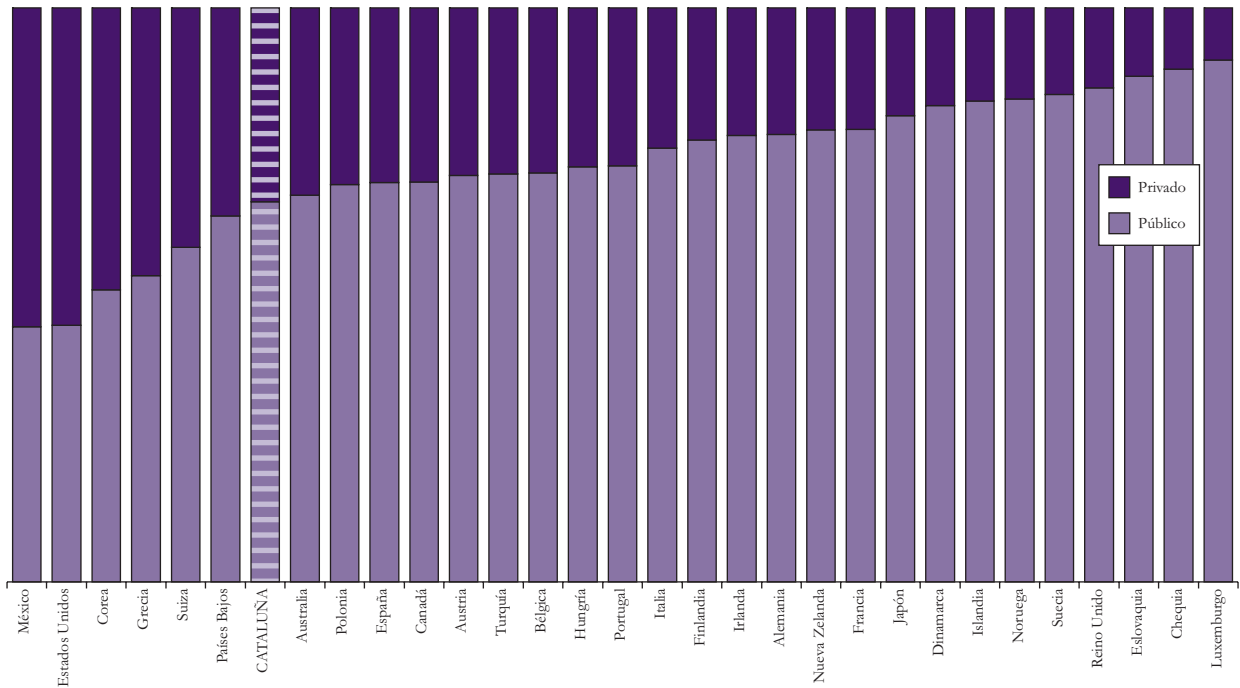
Como puede verse en el gráfico 3.17, el peso de la sanidad pública es superior al de la sanidad privada en la mayoría de los países de la OCDE, a excepción de México y EE.UU., donde está por debajo del 50%. En Cataluña, la sanidad pública supone dos tercios del total (66%), cifra inferior a la española (70%). Este hecho implica que, pese a la enorme importancia del gasto público, en Cataluña el peso del gasto privado es muy importante. De hecho, en la OCDE hay un conjunto numeroso de países en los que el peso de la sanidad pública (respecto a la privada) es superior al que se observa en Cataluña.

Globalmente, a lo largo de estos últimos quince años, la sanidad pública ha ido perdiendo peso frente a la privada. En este sentido, el gráfico 3.18 muestra la tendencia entre 1991 y 2004 en España, la OCDE, la UE15 y los EE. UU., además de los datos de Cataluña de los años 1998 y 2002. Se aprecia la tendencia internacional decreciente del peso del gasto público en el total del gasto sanitario, con la importante excepción de EE.UU., debida también al bajo punto de partida en comparación con el resto de la OCDE. Sin embargo, es preciso señalar que en los últimos cinco años mostrados, coincidiendo con el mayor incremento del gasto en sanidad, apuntado en el gráfico 3.16, el descenso del peso del gasto público se ha detenido en Europa. De hecho, en algunos países esta tendencia se ha invertido de forma que el gasto público ha vuelto a ganar peso en el Reino Unido, Portugal, Italia, Francia y también en Cataluña. En su caso, los datos de la ACES muestran un peso muy importante del gasto privado, a pesar de que disminuyera entre 1998 y 2002.

²⁰ Dentro del epígrafe de otros gastos sanitarios se incluye el gasto en aparatos terapéuticos y servicios auxiliares y atención domiciliaria.

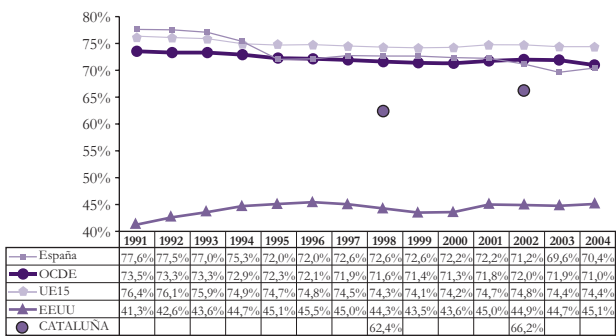
²¹ Es preciso aclarar que el gasto privado se efectúa en establecimientos de titularidad privada, mediante pago directo o con un seguro médico privado.

Gráfico 3.17. Peso del gasto público y privado en el gasto sanitario. OCDE y Cataluña. 2003



Nota: Los datos de Dinamarca y Cataluña corresponden al año 2002. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE y ACES.

Gráfico 3.18. Peso del gasto público dentro del total del gasto sanitario. España, Cataluña, OCDE, EE. UU. y EU15. 1991-2004.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE, INE y ACES.

BOX 3.5. Financiación de la sanidad

- En Cataluña, la sanidad pública financia dos tercios del total de gasto en sanidad, frente al 70% en el conjunto de España. Estos porcentajes son inferiores a la media de la OCDE.
- La evolución del peso del gasto público en sanidad en el gasto total presenta una tendencia decreciente en España y en la UE15.
- Estos hechos indican que buena parte del aumento del gasto sanitario total se financia de manera privada.
- En Cataluña, no obstante, se ha observado un ligero incremento del peso del gasto sanitario público en los últimos años (entre 1998 y 2002).

4.

Peso del sector sanitario en la economía catalana

En las anteriores secciones de la monografía se ha analizado el sistema sanitario catalán desde la perspectiva de los recursos sanitarios, la utilización de los recursos, el volumen de gasto sanitario y su financiación. Esta sección se centra en el estudio del sector sanitario desde una perspectiva económica con el objetivo de cuantificar la aportación del sector sanitario a la economía catalana en términos de las principales macromagnitudes económicas (valor añadido, remuneración de asalariados, excedente bruto de explotación y ocupación total y asalariada), analizando su evolución a lo largo de los últimos años. Es necesario remarcar que, si bien en otras secciones del trabajo también se cuantifica el peso del sector sanitario, en este capítulo se hace desde una perspectiva diferente que contempla las comparaciones con el conjunto de España y, además, adopta una dimensión temporal que permite extrapolar determinadas tendencias.

En este capítulo se revisa, en primer lugar, cuál ha sido la contribución de la rama de Sanidad y Servicios Sociales respecto al total de la economía en términos de Valor Añadido Bruto (VAB) y de sus componentes principales por el lado de las rentas: Remuneración de asalariados (RA) y Excedente bruto de explotación (EBE). Después se determina el peso del sector en cuanto al número de puestos de trabajo generados, y se analizan algunas características de la fuerza de trabajo, como por ejemplo el peso de los trabajadores extranjeros y la remuneración media de los trabajadores. A continuación se mide la productividad aparente de la mano de obra del sector, es decir, el valor añadido por unidad de lo que se conoce como un trabajador equivalente a tiempo completo para permitir una comparación intersectorial apropiada.

Para hacer el análisis cuantitativo de estos apartados se han utilizado diversas fuentes estadísticas. La fuente fundamental ha sido la información disponible en la Contabilidad Regional de España (CRE) del INE para el periodo comprendido entre 1995 y 2004 (usando las bases 1995 y 2000), que permite comparar los datos referidos a Cataluña con los de España²². Esta fuente permite tanto el análisis temporal como una perspectiva comparativa con el conjunto de España, cosa que no es posible de hacer con las tablas input-output que

²² El enlace de ambas bases se ha hecho usando como referencia la base 2000. Este enlace se ha tenido que estimar dada la no existencia de una serie temporal oficial de Contabilidad Regional. Las deflacciones de las series han usado los deflatores implícitos de la serie de precios constantes de la base 1995 y de los índices de volumen de la base 2000, y siempre considerando los deflatores de cada uno de los agregados considerados (bien el total, bien la rama sanitaria). En todo caso, se ha primado la necesidad de disponer de información para un espacio temporal más amplio por encima las dificultades metodológicas tanto del enlace como de la construcción de las series finales en unidades monetarias constantes.

se utilizarán en la sección 5 (avanzamos que esta fuente únicamente se encuentra disponible en el caso de Cataluña para el año 2001). Aún así, para completar algunas medidas se han usado informaciones provenientes del análisis input-output. Es preciso señalar que la CRE sólo ofrece desagregación sectorial a dos dígitos de la clasificación CNAE-93, por lo que este apartado se refiere a la rama Sanidad y Servicios Sociales (que agrega las actividades sanitarias, las veterinarias y los servicios sociales), y que no es posible, por lo tanto, ofrecer información individualizada del sector sanitario (rama 851 de la CCAE-93). A pesar de ello, tal y como se ha visto en la sección 2 a partir de los datos de la TIOC 2001, el peso de la actividad sanitaria (subrama 851, *Actividades sanitarias*) en la rama Sanidad y Servicios Sociales agregada es claramente mayoritario en comparación con los componentes veterinario y de servicios sociales, tanto en términos de producción total (85% del total de la rama 85 - *Actividades sanitarias, veterinarias y servicios sociales*-) como en volumen de puestos de trabajo (el 75%). Otras fuentes estadísticas han sido la Seguridad Social acerca del número de afiliados, la Encuesta de Población Activa (EPA) y el Censo de Población de 2001, con el cual se lleva a cabo una descripción de las características de los ocupados de la sanidad y de la participación femenina (que se puede encontrar en el apéndice A.4). En este sentido, es preciso remarcar que, como consecuencia de tener que trabajar con diversas fuentes estadísticas que pueden recoger conceptos económicos no totalmente equivalentes, puede haber pequeñas discrepancias entre los valores proporcionados para las diferentes macromagnitudes.

Finalmente, en el último apartado de la presente sección se muestra qué peso tiene el gasto sanitario en el consumo final de los hogares catalanes y de las administraciones públicas, a partir de la descomposición de este gasto entre las diferentes partidas que lo integran. En este caso, y a diferencia del anterior, sí que se dispone de información sanitaria específica (no del agregado, que incorpora servicios veterinarios y sociales), proveniente tanto del Ministerio de Sanidad y Consumo como de las estimaciones de gasto sanitario privado elaboradas por ACES y PIMEC (datos que ya fueron utilizados en la sección tercera de esta monografía).

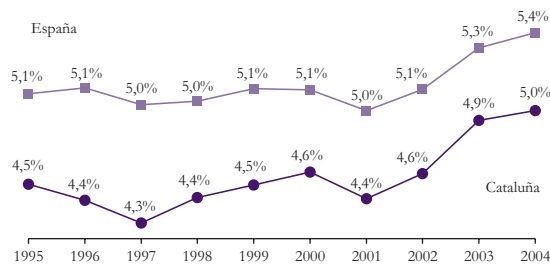
4.1. Contribución del sector sanitario al VAB catalán

¿Qué peso tiene la rama de Sanidad y Servicios Sociales en el VAB total de Cataluña? ¿Cómo ha evolucionado?

El gráfico 4.1 muestra la evolución de la contribución de la Sanidad y los Servicios Sociales al total del VAB, tanto en Cataluña como en España, a lo largo del periodo 1995-2004. Como se puede observar, el 5% del VAB total de Cataluña en el año 2004 (7.037,3 millones de euros de un VAB total de 141.967,9 millones de euros, a precios corrientes) fue generado por la Sanidad y Servicios Sociales, cifra superior a la observada los años anteriores (el promedio entre 1995 y 2004 fue del 4,6%). En España, la contribución de esta rama al total es superior, ya que alcanza el 5,4% el año 2004, cifra también superior en los años anteriores (el promedio durante el periodo representado fue del 5,1%). En ambos casos, se observa que el VAB generado por la Sanidad y Servicios Sociales ha tenido un mayor crecimiento que el resto de la economía.

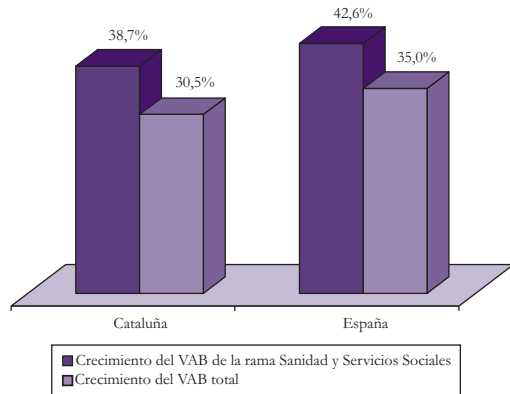
El gráfico 4.2 compara las tasas de crecimiento del periodo 1995-2004 del VAB (en euros constantes) generado por la Sanidad y Servicios Sociales y del VAB de toda la economía. A

Gráfico 4.1. Contribución del VAB de la rama de Sanidad y Servicios Sociales al VAB total. Cataluña y España.



Nota: VAB a precios corrientes. Base 1995 para los años 1995-1999 y base 2000 para los años 2000-2004. Fuente: Elaboración propia a partir de la CRE (INE).

Gráfico 4.2. Tasa de crecimiento entre los años 1995 y 2004 del VAB de la rama Sanidad y Servicios Sociales y del VAB total. Cataluña y España.



Nota: VAB a precios constantes, base 2000. Fuente: Elaboración propia a partir de la CRE (INE).

partir de este gráfico se concluye que el crecimiento del VAB de esta rama ha sido superior al de toda la economía, tanto en el caso catalán como en el español. Así, mientras que el VAB generado por la Sanidad y Servicios Sociales en Cataluña creció un 38,7% (42,6% en España), el VAB total catalán aumentó un 30,5% (35% en España). Esta diferencia en términos de tasas de crecimiento explicaría que la contribución al VAB el año 2004 de esta rama fuera superior a la observada el año 1995 tanto en el caso de Cataluña como en el de España.

¿Qué parte de la rama de Sanidad y Servicios Sociales es de provisión privada?

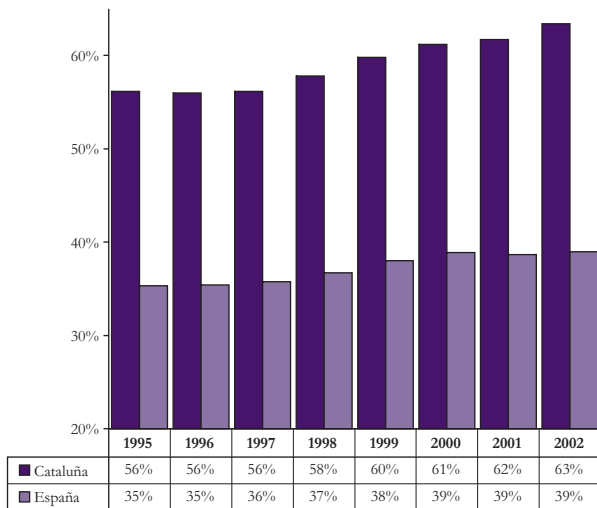
La CRE en base 1995 ofrece información desagregada de esta rama entre servicios de mercado (provistos de forma privada)²³ y de no mercado (provistos por las administraciones públicas y entidades sin fines de lucro)²⁴. Como se puede observar en el gráfico 4.3, la contribución de los servicios de mercado al VAB de la Sanidad y Servicios Sociales ha sido netamente superior en Cataluña que en España. De hecho, en Cataluña, los servicios de mercado son claramente mayo-

²³ Tal y como se verá más adelante, una parte de estos servicios de mercado son financiados de forma pública.

²⁴ La CRE base 2000 no ofrece información desagregada entre servicios de mercado y de no mercado para la rama de Sanidad y Servicios Sociales. Consecuentemente, esta información sólo se ofrece hasta el último año de la CRE base 1995, que es el año 2002.

ritarios, situación inversa de la que se da en el conjunto de España. Así, en el año 2002, en Cataluña, los servicios de mercado suponían un 63% del total de la rama de Sanidad y Servicios Sociales, ante el 37% de los servicios de no mercado. En cambio, en España, en ese mismo año, los servicios de mercado suponían un 39% del total, frente a un 61% de los de no mercado. Otro aspecto a remarcar ha sido la evolución creciente del peso de los servicios de mercado tanto en Cataluña como en España. Así, desde 1995 hasta 2002, el peso de los servicios de mercado ha crecido siete puntos porcentuales en Cataluña y cuatro puntos en España. Una razón que explica el mayor peso de los servicios sanitarios de mercado en Cataluña frente a España es el mayor peso que tiene en Cataluña la asistencia privada (sobre todo en seguros ligados a la sanidad y en menor grado en servicios hospitalarios).

Gráfico 4.3. Peso de los servicios de mercado en la rama Sanidad y Servicios Sociales en términos de VAB. Cataluña y España.



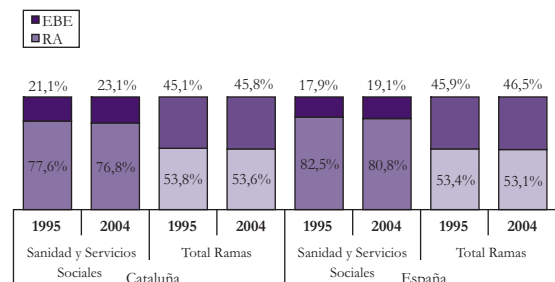
Nota: Componentes del VAB a precios corrientes, base 1995. Fuente: Elaboración propia a partir de la CRE (INE).

En la rama de Sanidad y Servicios Sociales, ¿predominan las rentas del trabajo o del capital?

En el gráfico 4.4 se presenta el peso en el VAB de la Remuneración de asalariados (RA, rentas del trabajo)²⁵. Como se puede observar, dada su intensidad en mano de obra, la participación de la Remuneración de asalariados en el VAB catalán de la rama de Sanidad y Servicios Sociales es claramente mayoritaria (76,8% el año 2004 respecto al 23,1% del Excedente bruto de explotación), ante el 53,6% obtenido por el total de la economía. Estos resultados son similares para la economía española, si bien en este caso la contribución de la Remuneración de asalariados al VAB es superior a la de Cataluña (80,8% el año 2004), mientras que lo contrario sucede en el caso de la participación en el VAB del Excedente bruto de explotación (19,1% en España).

También se puede apreciar que el peso de las rentas del trabajo ha disminuido en la rama de Sanidad y Servicios Sociales, tanto en Cataluña como en España entre 1995 y 2004. Esta evolución ha sido paralela, es preciso recordarlo,

Gráfico 4.4. Contribución de la RA y del EBE al VAB de la rama Sanidad y Servicios Sociales y del total de la economía. Cataluña y España.



Nota: Componentes del VAB a precios corrientes. Base 1995 para 1995 y base 2000 para 2004. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la CRE (INE).

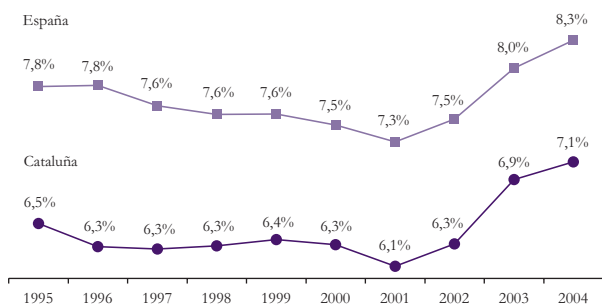
²⁵ El VAB (a precios de mercado, bajo el punto de vista de la renta) se obtiene sumando al valor de la Remuneración de asalariados y al Excedente bruto de explotación y Renta mixta bruta los Impuestos netos sobre la producción y las importaciones. Por otra parte, se asumen como simplificación las etiquetas de rentas del trabajo y del capital, a pesar de que en el Excedente bruto de explotación se incluyen las rentas de los trabajadores autónomos, que algunos autores equiparan a rentas del trabajo.

al crecimiento del peso de los servicios de mercado frente a los de no mercado, tanto en Cataluña como en España²⁶.

En el gráfico 4.5 se presenta la contribución de la Sanidad y Servicios Sociales a la Remuneración de asalariados total de Cataluña y de España, mientras que en el gráfico 4.6 se compara la tasa de crecimiento de las remuneraciones de asalariados generada en esta rama con la generada en toda la economía. A la vez, en el gráfico 4.7 se muestra el peso de los servicios de mercado en la remuneración de asalariados.

Como se puede observar, en el año 2004, un 7,1% del total de remuneraciones de asalariados generadas en Cataluña provinieron de la Sanidad y Servicios Sociales (cifra bastante superior a la de 1995). Esta contribución fue del 8,3% en el caso español. Es preciso destacar que, entre los años 1995 y 2004, las remuneraciones de asalariados generadas por la Sanidad y Servicios Sociales crecieron un 37,3% en Cataluña (39,8 en España), crecimiento superior al 29,9% de las remuneraciones del conjunto de la economía (34,2% en España). Estos crecimientos diferenciales explican

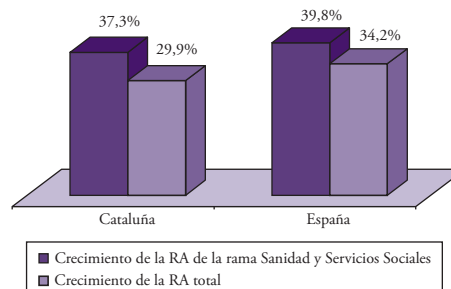
Gráfico 4.5. Contribución de la rama Sanidad y Servicios Sociales a la Remuneración de asalariados total. Cataluña y España.



Nota: RA a precios corrientes. Base 1995 para los años 1995-1999 y base 2000 para los años 2000-2004. Fuente: Elaboración propia a partir de la CRE (INE).

²⁶ En los servicios de mercado hay una mayor proporción de EBE que en los de no mercado, por lo que es natural que, ante un mayor peso en Cataluña de los servicios de mercado, la parte del VAB atribuible al EBE sea mayor en el sector sanitario catalán (y, además, crezca más que en España, porque también el crecimiento de los servicios de mercado en Cataluña ha sido superior al de España).

Gráfico 4.6. Tasa de crecimiento entre los años 1995 y 2004 de la Remuneración de asalariados (RA) de la rama Sanidad y Servicios Sociales y la total. Cataluña y España.

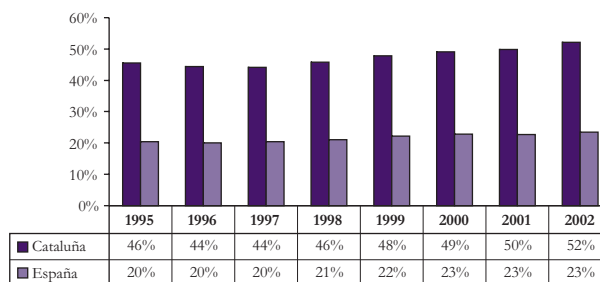


Nota: RA a precios constantes, base 2000. Fuente: Elaboración propia a partir de la CRE (INE).

el aumento del peso del sector en términos de Remuneración de asalariados, particularmente intenso desde el año 2001.

Cuando se distingue entre servicios de mercado y de no mercado, se concluye que la Remuneración de asalariados en la Sanidad y Servicios Sociales de mercado representa más de la mitad de las remuneraciones generadas en Cataluña en el año 2002 en el sector sanitario. El peso de la Remuneración de asalariados correspondiente a los servicios sanitarios de mercado es inferior a su peso en el VAB en todos los años representados, y de hecho únicamente en el año 2002 la Remuneración de asa-

Gráfico 4.7. Peso de los servicios de mercado en la Remuneración de asalariados de la rama Sanidad y Servicios Sociales. Cataluña y España.

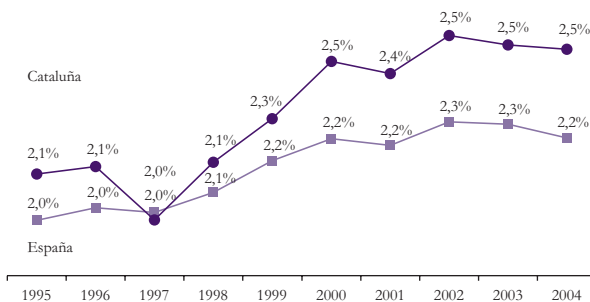


Nota: Componentes de la RA a precios corrientes, base 1995. Fuente: Elaboración propia a partir de la CRE (INE).

lariados de los servicios de mercado fue superior a la de no mercado²⁷. La situación es bastante diferente, sin embargo, de la observada en España, donde sólo el 23% de las remuneraciones totales generadas provinieron de la Sanidad y Servicios Sociales de mercado. Sin embargo, la tendencia es la misma que en Cataluña, dado que se aprecia un incremento del peso de los servicios de mercado en la Remuneración de asalariados.

Los gráficos 4.8 a 4.10 ofrecen esta misma información para el caso del Excedente bruto de explotación. En este caso, en el año 2004, el 2,5% de las rentas de capital generadas en Cataluña provino de la Sanidad y Servicios Sociales, cifra superior a la de 1995 (2,1%). Esta contribución fue similar en España, a pesar de que en este caso el porcentaje fue inferior al de Cataluña (2,2% el año 2004). Cuando esta información se desagrega entre servicios de mercado y de no mercado, la conclusión es la misma en el caso catalán que en el español: las rentas de capital generadas por los servicios de mercado absorben la práctica totalidad del Excedente bruto de explotación de la rama (el año 2002, un 92% en el caso de Cataluña y un 87% en el de España), así como su creci-

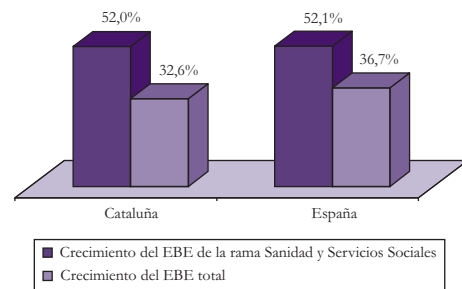
Gráfico 4.8. Contribución de la rama Sanidad y Servicios Sociales al Excedente bruto de explotación total. Cataluña y España



Nota: EBE a precios corrientes. Base 1995 para los años 1995-1999 y base 2000 para los años 2000-2004. Fuente: Elaboración propia a partir de la CRE (INE).

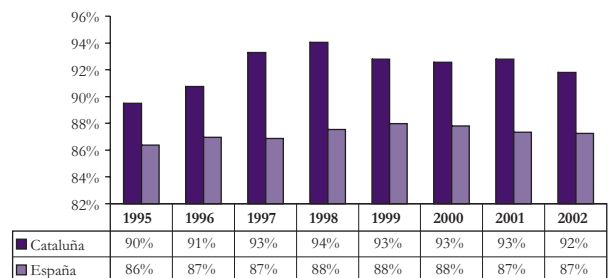
²⁷ Como se verá al apartado 4.2, estas pesos están directamente relacionados con el mayor porcentaje de puestos de trabajo en el sector sanitario "de mercado" que hay en Cataluña frente a los de "no mercado" (hecho que no sucede en España).

Gráfico 4.9. Tasa de crecimiento entre los años 1995 y 2004 del Excedente bruto de explotación de la rama Sanidad y Servicios Sociales y total. Cataluña y España.



Nota: EBE a precios constantes, base 2000. Fuente: Elaboración propia a partir de la CRE (INE).

Gráfico 4.10. Peso de los servicios de mercado en el Excedente bruto de explotación de la rama Sanidad y Servicios Sociales. Cataluña y España.



Nota: Componentes del EBE a precios corrientes, base 1995. Fuente: Elaboración propia a partir de la CRE (INE).

miento en el tiempo. Finalmente, se observa cómo nuevamente el crecimiento de la rama de Sanidad y Servicios Sociales en términos de las rentas de capital ha sido muy superior al registrado por toda la economía catalana (52%, ante el 32,6%). Este resultado también se ha dado en España (52,1 y 36,7%, respectivamente). Se aprecia que el diferencial de la rama sanitaria es mayor en términos de EBE que en términos de VAB o de Remuneración de asalariados. Se entiende que este hecho en parte es fruto del mayor crecimiento de los servicios de mercado frente a los de no merca-

BOX 4.1. Contribución del sector sanitario al VAB (datos de la CRE 1995-2004, bases 1995 y 2000)

- El 5% del VAB total de Cataluña del año 2004 fue generado por la Sanidad y los Servicios Sociales, cifra superior a la correspondiente a años anteriores. Esta contribución es inferior a la observada al conjunto del Estado español en el año 2004 (5,9%).
- Un 77% del VAB generado por la Sanidad y los Servicios Sociales el año 2004 en Cataluña fue destinado a Remuneración de asalariados (RA), ante el 23% del Excedente bruto de explotación (EBE). La contribución de la Remuneración de asalariados de la Sanidad y Servicios Sociales es bastante superior a la correspondiente al total de la economía (54%).
- Dentro de la Sanidad y los Servicios Sociales, en el año 2004 el peso del EBE en Cataluña (23%) es superior al que representa en España (19%), donde el peso de la RA es mayor que en Cataluña.
- Entre 1995 y 2004, el Excedente bruto de explotación en Cataluña ha crecido comparativamente más en la Sanidad y Servicios Sociales (52%) que en el total de la economía (33%). De forma similar, la Remuneración de asalariados ha crecido en la rama de Actividades Sanitarias y Veterinarias y Servicios Sociales un 37%, ante el crecimiento de la Remuneración de asalariados total (30%). Estos comportamientos han provocado que el VAB de la Sanidad y Servicios Sociales haya crecido comparativamente más de lo que lo ha hecho el VAB total de Cataluña. Eso viene a explicar el aumento del peso de la rama de Sanidad y Servicios Sociales.
- El VAB de la Sanidad y Servicios Sociales ha crecido en Cataluña entre el 1995 y el 2004 menos de lo que lo ha hecho el VAB de la Sanidad y Servicios Sociales en España. Este resultado se explica fundamentalmente por el menor crecimiento comparativo de la RA en Cataluña que en España en esta rama. El motivo de este comportamiento podría ser tanto un menor crecimiento de los trabajadores asalariados como un menor crecimiento de la remuneración media por asalariado. El apartado 4.2 trata de dar respuesta a cuál de estas dos opciones (si no son ambas) es la adecuada.
- En Cataluña, el peso de la Sanidad y Servicios Sociales de mercado es claramente superior al peso de la Sanidad y Servicios Sociales de no mercado, tanto en términos de VAB (los servicios de mercado representan un 63%) como de sus componentes. Esta situación es justo la contraria de la observada para el conjunto del Estado (39%).
- Tanto en Cataluña como en España han ganado peso los servicios de mercado frente a los de no mercado.

do, es decir, que es el resultado de un cambio en la composición de la titularidad de los prestadores de servicios sanitarios.

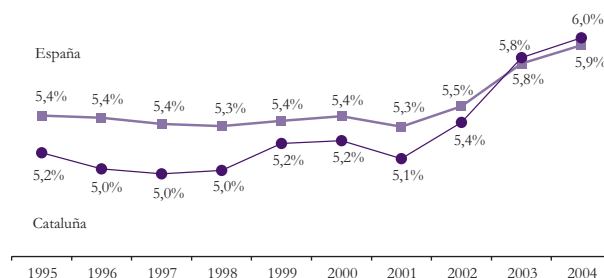
4.2. Contribución del sector sanitario a los puestos de trabajo en Cataluña

¿Qué peso tiene la población ocupada en la rama de Sanidad y Servicios Sociales en el total?

En el gráfico 4.11 se muestra la contribución de la rama Sanidad y Servicios Sociales en el número total de puestos de trabajo contabilizados por la CRE en Cataluña y en España a lo largo del periodo 1995-2004. Como se puede apreciar, en el año 2004, la rama de Actividades sanitarias, veterinarias y servicios sociales ocupó a 206,3 mil personas, el 6,0% del total de puestos de trabajo en Cataluña. Eso implica que, en términos relativos, el porcentaje de ocupados en el ámbito sanitario en Cataluña es superior (por

primera vez en la serie considerada) al de España aquel mismo año (5,9% del total, más de 1.147 mil ocupados). En el periodo considerado (1995-2004), el crecimiento más importante de peso del sector en términos de ocupación se produce, tanto en Cataluña como en España, a partir del

Gráfico 4.11. Contribución de la rama Sanidad y Servicios Sociales a los puestos de trabajo totales. Cataluña y España.



Nota: Base 1995 para los años 1995-1999 y base 2000 para los años 2000-2004. Fuente: Elaboración propia a partir de la CRE (INE).

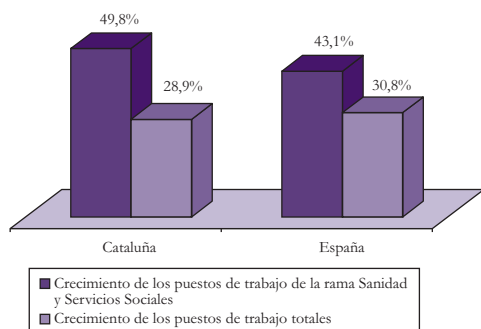
año 2001, después de haberse mantenido prácticamente constante durante los años anteriores.

En el gráfico 4.12 se compara la tasa de crecimiento del número de puestos de trabajo en la Sanidad y Servicios Sociales y la del total de la economía. En este caso, la rama de Sanidad y Servicios Sociales ha sido mucho más dinámica en términos de creación de ocupación que el total de la economía catalana, ya que crece un 49,8% entre 1995 y 2004 (ante el crecimiento del 28,9% del número total de puestos de trabajo). Este crecimiento de la ocupación sanitaria en Cataluña ha sido superior al español (43,1%), a pesar de que en España el aumento del número total de puestos de trabajo ha sido superior (30,8%).

¿Qué proporción de los ocupados del sector sanitario trabaja en el sector privado?

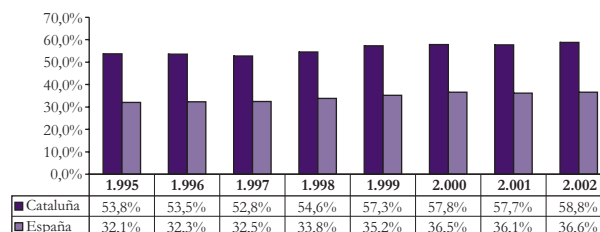
En la división de la ocupación en sanidad entre ámbito de mercado y ámbito de no mercado podemos observar (gráfico 4.13) que, en el año 2002, el 59% del total de puestos de

Gráfico 4.12. Tasa de crecimiento entre los años 1995 y 2004 de los puestos de trabajo de la rama Sanidad y Servicios Sociales y los puestos de trabajo totales. Cataluña y España.



Nota: base 2000. Fuente: Elaboración propia a partir de la CRE (INE).

Gráfico 4.13. Peso de los servicios de mercado dentro de la rama Sanidad y Servicios Sociales en términos de puestos de trabajo totales. Cataluña y España.



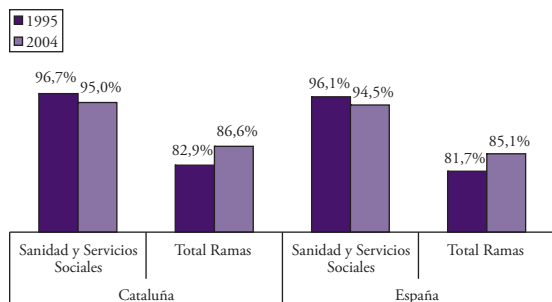
Nota: base 1995. Fuente: Elaboración propia a partir de la CRE (INE).

trabajo en sanidad en Cataluña correspondía a puestos de trabajo de los servicios de mercado. Este mayor peso de la ocupación privada respecto de la pública dentro del total se ha observado a lo largo de todo el periodo, y se ha incrementado al final del periodo en comparación con el año 1995 (59%, ante el 54%, respectivamente). Nuevamente, en España, la situación es la opuesta, es decir, los ocupados en servicios de mercado representan poco más de la tercera parte del total en 2004, a pesar que el porcentaje se ha incrementado ligeramente a lo largo del periodo (37% en el año 2004 y 32% en 1995).

¿Qué peso tienen los asalariados entre los ocupados de la rama de la Sanidad y los Servicios Sociales?

Adicionalmente, la CRE permite distinguir el número de puestos de trabajo en función de si son asalariados o no asalariados (gráfico 4.14). En el caso catalán, en el año 2004, en la rama de Sanidad y Servicios Sociales, el 95% de los puestos de trabajo fueron asalariados (94,5% en España), peso que supera la proporción de asalariados en el conjunto de la economía (86,6% en Cataluña y 85,1% en España). Se aprecia que la tendencia es decreciente en el caso de la Sanidad y los Servicios Sociales, mientras que en el conjunto de la economía el resultado es el inverso. Entendemos que el peso de los servicios de no mercado (en que toda la ocupación es asalariada) tiene mucho que ver tanto en el peso de los asalariados como en su evolución.

Gráfico 4.14. Peso de los asalariados en el número total de puestos de trabajo de la rama Sanidad y Servicios Sociales y del total de la economía. Cataluña y España



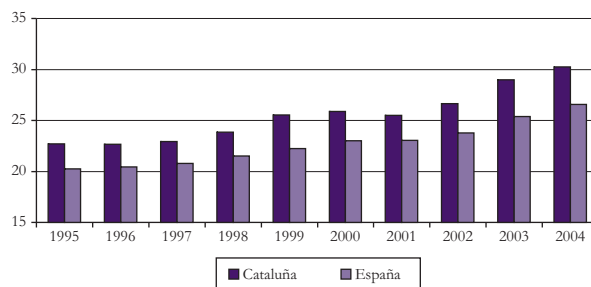
Nota: Base 1995 para 1995 y base 2000 para 2004. Fuente: Elaboración propia a partir de la CRE (INE).

Así, el fuerte crecimiento del peso de la ocupación de los servicios sanitarios de mercado respecto de los de no mercado explicaría la pérdida de peso relativo de la ocupación asalariada.

¿Cómo ha evolucionado la ocupación en la rama Sanidad y Servicios Sociales respecto a la evolución de la población?

En relación al crecimiento experimentado en el número de puestos de trabajo en la rama Sanidad y Servicios Sociales, sería interesante preguntarse si este crecimiento ha sido acorde con el crecimiento experimentado por la población a lo largo del periodo analizado, o bien si se ha producido una variación en la ratio del número de ocupados en el sector sanitario por habitante. En este sentido, el gráfico 4.15 muestra la relación entre puestos de trabajo en Sanidad y Servicios Sociales por cada 1.000 habitantes para el periodo 1995 a 2004, para Cataluña y España. Como se puede observar, esta ratio ha ido aumentando con el paso del tiempo tanto en Cataluña como en España, reflejando un incremento en la dotación de recursos humanos a lo largo de este periodo. Así, mientras que en 1995 en Cataluña había 22,7 puestos de trabajo en Sanidad y Servicios Sociales por cada 1.000 habitantes (cifra superior a los

Gráfico 4.15. Puestos de trabajo en Sanidad y Servicios Sociales por cada 1.000 habitantes. Cataluña y España.



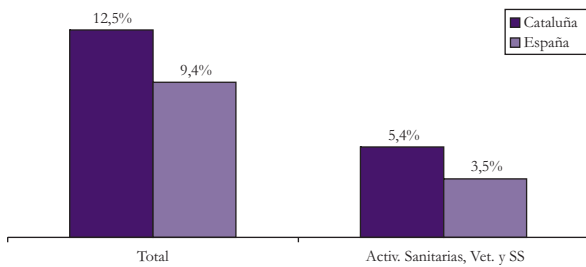
Nota: Base 1995 para los años 1995-1999 y base 2000 para los años 2000-2004. Fuente: Elaboración propia a partir de la CRE y del Padrón Municipal (diversos años) (INE).

20,2 de España), en 2004 la cifra era de 30,3 (26,6 en España). Se puede concluir, por tanto, que el incremento del número de puestos de trabajo en esta rama ha sido notablemente superior al también muy notable crecimiento de la población absoluta (el crecimiento poblacional entre 1995 y 2004 ha sido en Cataluña del 12,4% y en España del 9,1%).

¿Cuál es el peso de la ocupación extranjera en la rama de Sanidad y Servicios Sociales?

Para saber si ha habido algún impacto en el sector sanitario derivado del aumento de población inmigrada (y ocupada posteriormente) en los últimos años, analizamos los datos de los afiliados al régimen general de la Seguridad Social, que nos permiten distinguir el origen de los trabajadores. El gráfico 4.16 y la tabla 4.1 recogen los datos de los afiliados extranjeros al régimen general a la Sanidad y Servicios Sociales en enero de 2006 y en enero de 2007, tanto para Cataluña como para España. En efecto, el cambio en la composición de la población según su origen nacional o extranjero se puede observar en el hecho de que en 2006 aproximadamente el 12,5% de los afiliados en Cataluña eran extranjeros. Esta proporción fue inferior en la rama de Sanidad y Servicios Sociales, puesto que sólo

Gráfico 4.16. Peso de los extranjeros dentro del total de afiliados al régimen general de la Seguridad Social. Cataluña y España. Enero de 2007



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Seguridad Social.

uno 5,4% de los afiliados eran extranjeros. Estas cifras son notablemente superiores a las del conjunto de España (9,4% el conjunto de la economía y 3,5% Sanidad y Servicios Sociales).

Por otra parte se aprecia que, entre enero de 2006 y enero de 2007, uno de cada cinco nuevos afiliados en Servicios Sanitarios y Veterinarios y Servicios Sociales era de origen extranjero, cifra que fue sólo de uno de cada diez en el conjunto²⁸.

De esta forma se puede concluir que, en Cataluña, una parte no pequeña de los nuevos afiliados en el sector sanitario corresponden a trabajadores extranjeros, en una proporción incluso superior a la observada al total del Estado español (véase Box 4.2).

4.3. Nivel salarial en el sector sanitario, veterinario y servicios sociales

Para poder analizar cuál ha sido la evolución de los salarios en la Sanidad y Servicios Sociales en comparación con el total de la economía, se ha relativizado la cifra de Remuneración de asalariados (a precios constantes en base 2000, es decir, una vez eliminado el efecto de la inflación desde ese año) anteriormente presentada con el número de puestos de trabajo asalariados equivalentes a tiempo completo²⁹. El resultado de esta ratio es la remuneración media de

Tabla 4.1. Total de afiliados y afiliados extranjeros al régimen general de la Seguridad Social entre enero de 2006 y enero de 2007. Cataluña y España.

	Afiliados extranjeros (régimen general de la Seguridad Social)				Total afiliados (régimen general de la Seguridad Social)			
	Total	Servicios	Actv. sanitarias, vet. y SS	% actv. sanit. dentro de total	Total	Servicios	Actv. sanitarias, vet. y SS	% Actv. sanit. dentro de total
Enero 2006								
Cataluña	287.733	177.948	7.230	2,51%	2.582.699	1.761.052	163.947	6,35%
España	1.134.888	686.780	26.314	2,32%	13.689.747	9.486.005	900.061	6,57%
Enero 2007								
Cataluña	334.641	206.697	9.564	2,86%	2.676.815	1.843.933	175.730	6,56%
España	1.341.578	807.350	34.416	2,57%	14.337.473	9.980.102	975.645	6,80%
Aumento de la afiliación (diferencia entre enero 2007 y enero 2006)								
Cataluña	46.908	28.749	2.334	0,35%	94.116	82.881	11.783	0,21%
España	206.690	120.570	8.102	0,25%	647.726	494.097	75.584	0,23%
Crecimiento enero 2006 - enero 2007								
Cataluña	16,30%	16,16%	32,28%		3,64%	4,71%	7,19%	
España	18,21%	17,56%	30,79%		4,73%	5,21%	8,40%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Seguridad Social.

²⁸ Desgraciadamente no se dispone de información detallada de la afiliación sectorial por grupos de cotización, que permitiría saber el nivel profesional de los nuevos afiliados extranjeros.

²⁹ Dado que nuestro objetivo principal es analizar la situación del sector sanitario en Cataluña, y debido a que no existe una serie oficial que mida los ocupados y asalariados equivalentes a tiempo completo para Cataluña, hemos adoptado una serie de supuestos metodológicos homogéneos en el tratamiento de la información de Cataluña y España. El número de puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo se obtiene a partir de la información del total de horas trabajadas y el promedio de horas trabajadas en un puesto de trabajo a tiempo completo. Para obtener esta cifra para Cataluña, se ha aplicado a todo el periodo la relación obtenida entre el número de puestos de trabajo y el número de puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo para 2001 que aparece a la última Tabla Input-Output de Cataluña (2001). Lo mismo se ha hecho en el caso español, cogiendo la

relación que figura entre ambos conceptos en la última Tabla Input-Output española (año 2000). Después se ha aplicado la misma relación obtenida entre puestos de trabajo y puestos de trabajo equivalentes al caso del número de puestos de trabajo asalariados, y de esta forma se ha obtenido una aproximación de los puestos de trabajo asalariados equivalentes a tiempo completo. Debemos decir que si bien la parcialidad de la ocupación (ocupados a tiempo parcial dentro del total de ocupados) se ha incrementado entre 1996 y 2004 (a partir de datos de la EPA) en España, este crecimiento ha sido sólo alrededor de un punto porcentual, tanto para el conjunto de la economía como para la rama de Sanidad y Servicios Sociales. Así, pues, el supuesto de mantener constante para todo el periodo la relación entre puestos de trabajo y puestos de trabajo equivalentes no parece excesivamente problemático. Consecuentemente, las cifras que se presentan en este apartado, pese a ser aproximativas, son bastante cercanas a la remuneración de asalariados media.

BOX 4.2. Contribución del sector sanitario en puestos de trabajo

- En el año 2004, el 6% del total de puestos de trabajo en Cataluña correspondían a empleos en el sector de la Sanidad y Servicios Sociales, cifra muy parecida al 5,9% de España.
- A lo largo de los años 1995-2004, los puestos de trabajo en la Sanidad y Servicios Sociales han crecido en Cataluña un 50%, crecimiento superior al registrado tanto en el número total de puestos de trabajo en Cataluña (29%) como en el número de puestos de trabajo a la Sanidad y Servicios Sociales en España (43%).
- El crecimiento de los puestos de trabajo en la Sanidad y Servicios Sociales en Cataluña entre el 1995 y el 2004 (50%) ha sido superior al crecimiento experimentado por la población en el mismo periodo (12,4%). Eso ha hecho incrementar la ratio puestos de trabajo en Sanidad y Servicios Sociales por habitante de 22,7 en el año 1995 hasta 30,3 en 2004, y este valor ha quedado por encima de la relación que se observa en España (26,6).
- En el año 2007, el 5,4% del total de afiliados en Cataluña en la rama de Sanidad y Servicios Sociales era extranjero (3,5% en España). Estas proporciones son inferiores a las del conjunto de la economía (12,5% en Cataluña y 9,4% en España). En 2006, uno de cada cinco nuevos afiliados a Sanidad y Servicios Sociales era extranjero.

los asalariados resultante de la Contabilidad Regional, que entendemos como una aproximación de los salarios medios de los trabajadores. Hay que remarcar esta cuestión para no inferir conclusiones sobre la renta de las familias, la cual incluye otros muchos aspectos no considerados aquí. El gráfico 4.17 muestra esta información para Cataluña, mientras que el gráfico 4.18 lo hace para el caso de España.

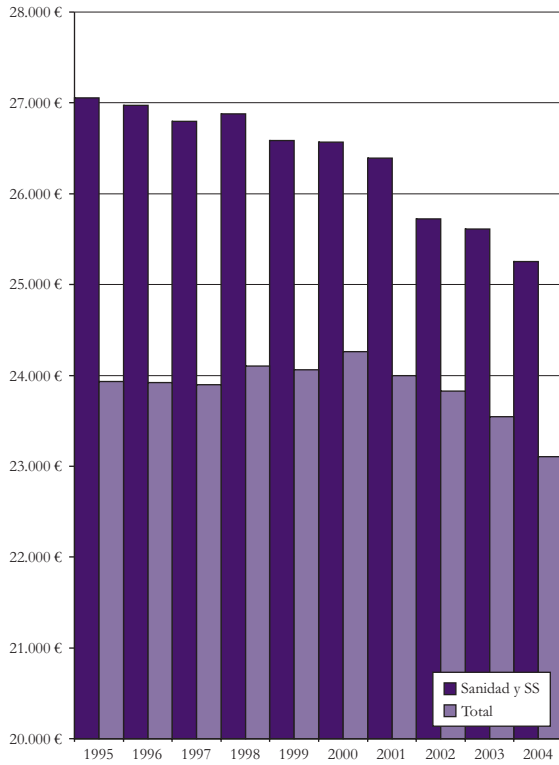
En el año 2004, la remuneración (en base 2000) por cada puesto de trabajo asalariado equivalente en la rama de Sanidad y Servicios Sociales ascendía a 25.252 euros. No obstante, comparando estos datos con los de 1995 se observa que si bien la remuneración por puesto de trabajo asalariado habría disminuido un 3,5% para el total de la economía catalana, la remuneración media de los ocupados en Sanidad y Servicios Sociales habría experimentado un descenso mayor a lo largo del periodo (variación de -6,7% a lo largo de los diez años). Por otra parte, también puede afirmarse que durante todo el periodo, la remuneración por puesto de trabajo en la

Sanidad y Servicios Sociales ha sido superior a la de toda la economía, y, en concreto, en el año 2004 fue 2.145 euros superior al valor promedio de la economía.

Por subperiodos, es preciso señalar que el descenso más intenso del salario medio en términos reales se produce a partir del año 2001, que coincide con el momento en el que comienza el gran crecimiento poblacional (con tasas interanuales de crecimiento de la población superiores al 1%), en buena parte debido a la inmigración, y el crecimiento también en términos de ocupación, como ya se ha visto en este mismo apartado. A pesar de ello, la remuneración media de la rama de Sanidad y los Servicios Sociales ha experimentado un descenso de forma continuada desde el año 1999. Así, la remuneración media de la Sanidad y los Servicios Sociales ha pasado de ser un 13% superior en el conjunto de la economía el año 1995 a estar un 9% por encima el año 2004.

En comparación con España, se aprecia una menor remuneración por cada puesto de trabajo asalariado equivalente en Sanidad y Servicios Sociales en Cataluña que en el conjunto del Estado (25.252 euros por puesto de trabajo el año 2004 en Cataluña, frente a 27.351 euros al conjunto de España), mientras que lo contrario sucede en el conjunto de ramas (23.107 euros por puesto de trabajo asalariado el año 2004 en Cataluña, frente a los 21.760 euros en España). Además, en el caso de la rama de Sanidad y Servicios Sociales, la diferencia respecto a España se ha ido ampliando a lo largo del tiempo. Así, la diferencia de las retribuciones salariales medias en la rama de Sanidad y Servicios Sociales de Cataluña respecto del conjunto de España el año 1995 era del 2%, mientras que el año 2004 fue ya del 8%. Adicionalmente, se observa que el importante descenso de la remuneración salarial media en Sanidad y Servicios Sociales que tuvo lugar en Cataluña entre 1995 y 2004 apenas se aprecia en el caso de España (descenso de -0,8%).

Gráfico 4.17. Remuneración de asalariados por cada puesto de trabajo equivalente a tiempo completo. Rama de Sanidad y Servicios Sociales y total. Cataluña.



Nota: Euros constantes, base 2000. Fuente: Elaboración propia a partir de la CRE (INE), Tabla Input-Output de Cataluña 2001 (Idescat).

La tabla 4.2 muestra, para la rama de Sanidad y Servicios Sociales, las remuneraciones de asalariados por puesto de trabajo asalariado equivalente a tiempo completo, distinguiendo entre servicios de mercado y de no mercado. Como se puede observar, las retribuciones percibidas por los trabajadores en el sector público (servicios de no mercado) son superiores a las percibidas en el sector privado (servicios de mercado), tanto en Cataluña como en España, siendo la diferencia mucho más importante en el conjunto de España que en Cataluña. Este hecho, junto con el mayor peso que tienen en Cataluña los servicios de mercado frente a los de no mercado, contribuiría a explicar la menor retribución obtenida por los

Gráfico 4.18. Remuneración de asalariados por cada puesto de trabajo equivalente a tiempo completo. Rama de Sanidad y Servicios Sociales y total. España.

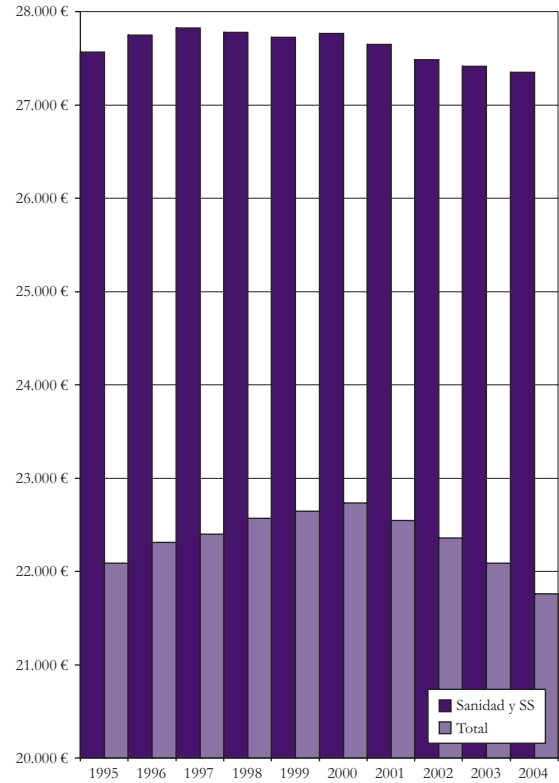


Tabla 4.2. Remuneración de asalariados por cada puesto de trabajo equivalente a tiempo completo. Rama de Sanidad y Servicios Sociales, servicios de mercado y de no mercado. Cataluña y España.

Cataluña	1995	1999	2002
Sanidad y Servicios Sociales de mercado	24.459 €	22.651 €	23.100 €
Sanidad y Servicios Sociales de no mercado	29.687 €	27.066 €	25.993 €
España	1995	1999	2002
Sanidad y Servicios Sociales de mercado	20.860 €	20.987 €	20.859 €
Sanidad y Servicios Sociales de no mercado	30.043 €	30.513 €	30.443 €

Nota: Euros constantes, base 2000. Fuente: Elaboración propia a partir de la CRE (INE) y Tabla Input-Output de Cataluña 2001 (Idescat).

BOX 4.3. Nivel salarial en el sector sanitario, veterinario y servicios sociales

- Si las retribuciones de los trabajadores en la Sanidad y Servicios Sociales se aproximasen a partir de la Remuneración de asalariados percibida por cada puesto de trabajo asalariado equivalente a tiempo completo, se obtendría que estas ascendieron en Cataluña el año 2004 a 25.252 euros (en base 2000), valor superior a los 23.107 euros que se obtendrían para el promedio de todos los sectores. Comparando estos datos con los del año 1995, se observa sin embargo que las remuneraciones medias por trabajador han disminuido en general en Cataluña (-3,5% a lo largo del periodo) y muy especialmente en la rama de Sanidad y Servicios Sociales (-6,7%). Este hecho se explica porque el crecimiento del número de puestos de trabajo asalariados ha sido claramente superior al crecimiento del volumen de las remuneraciones de asalariados. Dos efectos (no excluyentes) pueden estar detrás de esta situación: una pérdida general de poder adquisitivo y una incorporación de trabajadores con peores condiciones salariales que los antiguos.
- La Remuneración de asalariados por cada puesto de trabajo asalariado equivalente en Sanidad y Servicios Sociales en Cataluña el año 2004 fue inferior a la observada en España (25.252 euros en Cataluña, frente a los 27.351 euros de España). Esta diferencia se ha ido ampliando a lo largo del periodo 1995-2004. Este hecho se explicaría porque en Cataluña ha crecido mucho más la ocupación (50%) que la RA (37%), ante la situación más equilibrada que ha tenido lugar en España (43% la ocupación y 40% la RA).
- Tanto en Cataluña como en España, las retribuciones en la Sanidad y Servicios Sociales de mercado son comparativamente inferiores a las de no mercado. Este hecho, junto con el mayor peso relativo que tienen en Cataluña los servicios de mercado, explicaría en parte las menores retribuciones percibidas en la Sanidad y Servicios Sociales en Cataluña en comparación con las percibidas en el conjunto del Estado. Por otra parte, hay que destacar el fuerte descenso en términos reales de la remuneración media de los asalariados de no mercado en la Sanidad y Servicios Sociales de Cataluña, superior al 10% entre 1995 y 2002.

trabajadores en la Sanidad en Cataluña en comparación con España. Por otra parte, se aprecia claramente que el único componente con tendencia decreciente de los cuatro representados es la remuneración de asalariados por asalariado en los servicios sanitarios de no mercado en Cataluña (disminuye un 3,3% entre 1995 y 2002), que hace que las diferencias entre las ratios del sector público y privado se hayan reducido. Además, esta cuestión contrasta con el incremento que se produce (entre 1995 y 2002) en el conjunto de España.

4.4. Contribución del sector sanitario a la productividad en Cataluña

¿Cuál es el nivel de productividad de la rama de Sanidad y Servicios Sociales en comparación con el del resto de la economía?

El gráfico 4.19 muestra la evolución de la productividad aparente del trabajo de la rama Sanidad y Servicios Sociales en Cataluña, y la compara con la observada para el total de la economía, mientras que el gráfico 4.20 ofrece la evolución de las mismas variables en el caso de España. El valor de productividad aparente se ha obtenido como el cociente entre el VAB a precios constantes (base 2000) y el número de puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo³⁰.

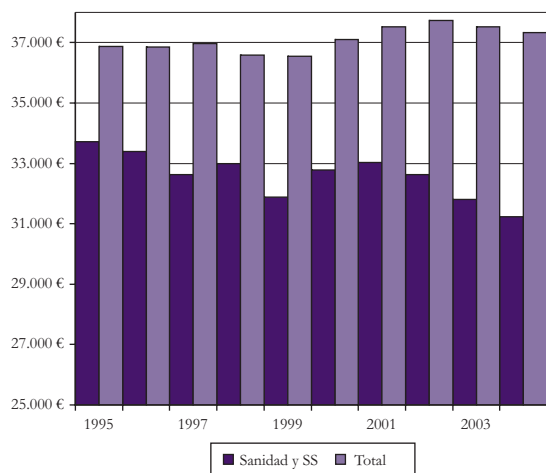
El año 2004, la productividad aparente (en base 2000) de la rama de Sanidad y Servicios Sociales fue en Cataluña de 31.230 euros de VAB generado por cada puesto de trabajo equivalente a tiempo completo. Esta cifra es inferior a la observada en el año 1995 (33.725 euros), lo que comporta que la productividad aparente de la rama de Sanidad y Servicios Sociales haya disminuido a lo largo del periodo analizado. La explicación de esta disminución de la productividad puede deducirse a partir de la descomposición por factores de la productividad aparente³¹:

$$\begin{aligned} \Delta_t^{t-1} \text{ Productividad aparente} &= \frac{\text{Productividad aparente}_{t-1}}{\text{Productividad aparente}_t} = \frac{\frac{VAB_{t-1}}{Ocupados_{t-1}}}{\frac{VAB_t}{Ocupados_t}} = \frac{VAB_{t-1}}{VAB_t} \times \frac{Ocupados_t}{Ocupados_{t-1}} \\ &= \frac{(RA_{t-1} + EBE_{t-1})}{(RA_t + EBE_t)} \times \frac{Ocupados_t}{Ocupados_{t-1}} = \left(\frac{RA_{t-1}}{(RA_t + EBE_t)} + \frac{EBE_{t-1}}{(RA_t + EBE_t)} \right) \times \frac{Ocupados_t}{Ocupados_{t-1}} \\ &= \left(\left[\frac{RA_{t-1}}{RA_t} \right] \times \frac{RA_t}{(RA_t + EBE_t)} + \left[\frac{EBE_{t-1}}{EBE_t} \right] \times \frac{EBE_t}{(RA_t + EBE_t)} \right) \times \frac{Ocupados_t}{Ocupados_{t-1}} \\ &= (\Delta_t^{t-1} RA \times \%RA_t + \Delta_t^{t-1} EBE \times \%EBE_t) \times \frac{Ocupados_t}{Ocupados_{t-1}} \end{aligned}$$

30 Para calcular de forma correcta la productividad aparente (VAB/ocupados), es preciso utilizar el número de puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo en lugar del número de puestos de trabajo (medido en puestos totales). Véase también la nota a pie de página número 22 y 29 para el detalle metodológico.

31 Se ha simplificado la expresión considerando como únicos componentes del VAB la Remuneración de asalariados y el Excedente bruto de explotación (sin incluir, por tanto, el componente de Otros impuestos netos sobre la producción y la importación).

Gráfico 4.19. Productividad aparente de la rama Sanidad y Servicios Sociales y del total de la economía. Cataluña. Base 2000

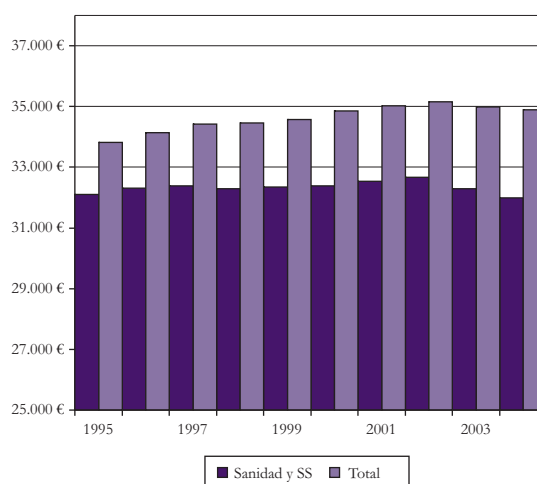


Fuente: Elaboración propia a partir de CRE (INE) y TIOC 2001.

Como se ha visto anteriormente, el crecimiento de la Remuneración de asalariados en la rama de Sanidad y Servicios Sociales fue del 37,3% entre los años 1995 y 2004, mientras que el Excedente bruto de explotación aumentó un 52%. Haciendo una suma de estos dos crecimientos, ponderando por el peso de cada componente en el VAB total de 1995 (77,6% la RA y 21,1% el EBE), se obtendría un resultado del 40,4%, inferior al crecimiento de los puestos de trabajo en este periodo (49,8%). De esta forma se puede concluir que la disminución de la productividad de la Sanidad y Servicios Sociales en Cataluña entre 1995 y 2004 se debería al hecho de que el crecimiento global del VAB en esta rama, a pesar de ser positivo a lo largo de este periodo (38,7%)³², ha sido inferior al crecimiento de los puestos de trabajo (49,8%). Este menor crecimiento del VAB en comparación con los puestos de trabajo reflejaría fundamentalmente un menor crecimiento relativo de la Remuneración de asalariados, puesto que el Excedente bruto de explotación ha crecido por encima de lo que lo ha hecho la ocupación.

³² Este crecimiento del VAB del 38,7% también estaría considerando el crecimiento ponderado del componente de Otros impuestos netos sobre la producción y la importación.

Gráfico 4.20. Productividad aparente de la rama Sanidad y Servicios Sociales y del total de la economía. España. Base 2000



Fuente: Elaboración propia a partir de CRE (INE) y TIOE 2000.

Cuando se comparan estas cifras con las observadas para el total de la economía catalana (gráfico 4.19), se concluye que la productividad de la rama de Sanidad y Servicios Sociales es inferior a la productividad media de Cataluña (37.332 euros de VAB generados por puesto de trabajo equivalente en el año 2004). Además, es preciso destacar que, a diferencia de lo que ocurre con la Sanidad y Servicios Sociales, la productividad global de la economía catalana ha aumentado a lo largo del periodo analizado, cosa que ha propiciado que el diferencial entre ambas productividades detectado el año 1995 haya aumentado con el paso del tiempo.

Del gráfico 4.20 se deduce que, en el caso español, a pesar de que la productividad de la Sanidad y Servicios Sociales también es inferior a la del conjunto de la economía (tal y como sucede en Cataluña), esta ha aumentado ligeramente entre los años 1995 y 2002, para a continuación descender ligeramente hasta 2004.

Finalmente, es preciso decir que si bien en el año 1995 la productividad de la Sanidad y Servicios Sociales en

BOX 4.4. Productividad del sector sanitario (datos de la CRE 1995-2004)

- La productividad aparente de la rama de Sanidad y Servicios Sociales de Cataluña en el año 2004 (31.230 euros en base 2000 de VAB generado por cada puesto de trabajo equivalente a tiempo completo) fue inferior a la observada en 1995 (33.725 euros). Esta disminución en la productividad del sector, de aproximadamente un 7,4%, se explicaría porque el crecimiento del VAB de la Sanidad y Servicios Sociales a lo largo de este periodo fue comparativamente inferior al crecimiento experimentado por el número de puestos de trabajo en el sector.
- La productividad de la Sanidad y Servicios Sociales ha sido inferior a lo largo del periodo 1995-2004 a la productividad del conjunto de la economía catalana. Además, esta brecha entre ambas ha aumentado con el paso del tiempo, reflejando que, si bien el crecimiento del número de puestos de trabajo en la Sanidad y Servicios Sociales ha sido muy superior al crecimiento del número de puestos de trabajo totales en Cataluña (49,8%, ante el 28,9%), el VAB sanitario (38,7%) no ha crecido mucho más que el VAB total (30,5%)
- Si bien en 1995 la productividad de la Sanidad y Servicios Sociales en Cataluña fue superior a la observada en España para el mismo sector, en 2004 la situación se habría invertido. Este hecho se explicaría por la conjunción tanto de un menor crecimiento del VAB de la Sanidad y Servicios Sociales en Cataluña en comparación con el crecimiento registrado en España (38,7% en Cataluña, ante el 42,6% de España) como de un mayor crecimiento de los puestos de trabajo a la Sanidad y Servicios Sociales en Cataluña que en España (49,8% en Cataluña y 43,1% en España).

Cataluña (33.725 euros) era superior a la española (32.110), la diferente evolución temporal registrada por ambas ha logrado que en el año 2004 la situación fuera la contraria (31.230 euros en Cataluña, frente a 31.991 euros en España).

Este hecho se explicaría tanto por un menor crecimiento del VAB de la Sanidad y Servicios Sociales en Cataluña en comparación con el crecimiento registrado en España (38,7% en Cataluña, ante el 42,6% de España) como por un mayor crecimiento de los puestos de trabajo en la Sanidad y Servicios Sociales en Cataluña que en España (49,8% en Cataluña y 43,1% en España).

4.5. Detalle del gasto sanitario privado y público en Cataluña

¿Cuál es el peso del gasto privado en sanidad?

La tabla 4.3 presenta el detalle del gasto sanitario privado en Cataluña y España del año 2002, a partir de estimaciones de ACES y PIMEC, mostrando tanto el valor de cada gasto como su peso en porcentaje del PIB. La tabla 4.4 relativiza este mismo gasto sanitario por el número de habitantes³³.

Tal y como se puede apreciar en las tablas 4.3 y 4.4, el peso de la sanidad privada respecto al PIB en Cataluña es ligeramente más elevado que en España (2,4%, frente al 2,3%). Dentro de la sanidad privada, una de las partidas más importantes es el gasto en servicios de odontología, que supone un 29% del total del gasto privado en Cataluña (32,8% en España). Este hecho se explica fácilmente si se recuerda que este gasto no tiene cobertura universal por parte del sistema público de salud. Por orden de importancia, la seguirían en Cataluña los gastos en productos farmacéuticos, aparatos y equipos médicos (23%, ante el 28,4% en España), seguros ligados a la sanidad (17,3%, ante el 8,7% en España), servicios hospitalarios (16,4%, ante el 13,3% en España), servicios médicos (9,4%, delante el 11,1% en España) y, finalmente, servicios paramédicos extrahospitalarios (4,8%, ante el 5,7% en España).

A la vez, cuando las partidas de Cataluña se relativizan en el total del Estado, se observa que el 19% de todo el gasto privado en sanidad de España se realiza en Cataluña, porcentaje, por otra parte, superior al peso de Cataluña en términos poblacionales (Cataluña representaba el 15,6% de toda la población española en el año 2002). De esta forma, se observa que el gasto privado en sanidad por habitante es superior en Cataluña que en España (472,9 euros por persona el año 2002 en Cataluña, frente a 382,9 euros en España). Así, por cada euro que gasta un residente en España, un residente en

³³ Recordamos la nota al pie 12 sobre la mayor población sujeta a asistencia sanitaria en Cataluña respecto a la población "oficial", cosa que haría reducir en cierta manera las ratios per cápita asociadas en Cataluña.

Tabla 4.3. Detalle del gasto sanitario privado. Cataluña y España. 2002.

	Cataluña		España		Peso de Cataluña dentro gasto privado en España
	Valor	% PIB	Valor	% PIB	%
Productos, aparatos y equipos médicos	710	0,6%	4552	0,7%	16%
Servicios y seguros	2380	1,8%	11469	1,6%	21%
Servicios hospitalarios	507	0,4%	2124	0,3%	24%
Servicios médicos	290	0,2%	1781	0,3%	16%
Servicios de odontólogos	898	0,7%	5267	0,8%	17%
Servicios paramédicos extrahospitalarios	150	0,1%	909	0,1%	17%
Seguros ligados a la sanidad	535	0,4%	1388	0,2%	39%
Total gasto sanitario privado	3090	2,4%	16021	2,3%	19%

Nota: Los datos de valor están en millones de euros corrientes.

Fuente: "Sostenibilitat financera i equilibri territorial del sistema sanitari espanyol en l'horitzó 2015. El pes de la sanitat privada a Catalunya", de 2005. ACES.

Cataluña se gasta 1,24 euros. Cuando se examinan las diferentes partidas, no se aprecian diferencias notables entre Cataluña y el total del Estado en términos de gasto por habitante en productos farmacéuticos, aparatos y equipos médicos (109,1 euros por habitante en Cataluña y 108,8 en España), ni en servicios médicos (44,6 y 42,6, respectivamente), ni en servicios paramédicos extrahospitalarios (23,1 y 21,7). Por el contrario, cada residente en Cataluña tiene un gasto significativamente superior a cualquier ciudadano del resto del Estado en términos de servicios hospitalarios (77,9 euros por habitante en Cataluña y 50,8 en España), de servicios de odontólogos (138 y 125,9 respectivamente) y, muy especialmente, de seguros ligados a la sanidad (82,2 en Cataluña, frente a 33,2 en España). Así pues, se observa una mayor tendencia a suscribir seguros privados en Cataluña que en España, cosa que se evidencia en el hecho de que el 39% del gasto privado total español en seguros ligados a la sanidad se realiza en Cataluña.

¿Cuál es el peso del gasto sanitario público en Cataluña?

En cuanto al gasto público, las "Estadísticas del Gasto Sanitario Público", elaboradas desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, ofrecen información sobre el detalle del gasto

Tabla 4.4. Detalle del gasto sanitario privado por habitante. Cataluña y España. 2002.

	Cataluña Euros por habitante	España Euros por habitante
Productos, aparatos y equipos médicos	109,1	108,8
Servicios y seguros	365,8	274,1
Servicios hospitalarios	77,9	50,8
Servicios médicos	44,6	42,6
Servicios de odontólogos	138,0	125,9
Servicios paramédicos extrahospitalarios	23,1	21,7
Seguros ligados a la sanidad	82,2	33,2
Total gasto sanitario privado	474,9	382,9

Nota: Los datos de valor están en euros corrientes.

Fuente: Elaboración propia a partir de "Sostenibilitat financera i equilibri territorial del sistema sanitari espanyol en l'horitzó 2015. El pes de la sanitat privada a Catalunya" (ACES, 2005) y cifras de población del INE.

sanitario público según diferentes clasificaciones³⁴. Como se puede observar a partir de las cuentas satélite³⁵ (tabla 4.5), el gasto sanitario público en el año 2003 en Cataluña (último dato disponible) fue de 5.854,5 millones de euros. Si esta situación se compara con la existente diez años atrás, se observa que en el año 1993 el gasto público sanitario fue de 3.161,9

³⁴ En concreto, ofrece información por conceptos económico – presupuestarios; funcional por actividades; por agregados de la contabilidad nacional, y por aportaciones de sectores y subsectores al gasto total consolidada.

³⁵ Las cuentas satélite son estudios profundizados de diversos sectores económicos sobre la base del marco central de la contabilidad económica y las TIO. Por esta razón, habitualmente estos estudios son conocidos como extensiones del marco central de la contabilidad (A. Costa, J. Galter, J. Muñoz y P. Orriols, 2007. Nota d'economia, número 87 (11-28)).

Tabla 4.5. Detalle del gasto sanitario público desagregado según los conceptos de las cuentas satélite (unidades: miles de euros corrientes). Cataluña y España. 1993 y 2003.

	CATALUÑA		ESPAÑA	
	1993	2003	1993	2003
1. CONSUMO COLECTIVO	116.308	237.051	651.559	1.160.441
	3,66%	4,00%	2,94%	2,81%
1.1 – Investigación y formación	3.010	5.551	83.200	177.477
	0,09%	0,09%	0,38%	0,43%
Remuneración del personal	1.413	2.526	43.843	54.347
Consumo intermedio	1.597	3.006	38.956	122.292
Consumo de capital fijo	—	20	401	837
1.2 – Gastos de administración general	113.298	231.499	568.358	982.963
	3,56%	3,91%	2,57%	2,38%
Remuneración del personal	46.397	88.559	392.178	558.525
Consumo intermedio	66.874	142.941	173.362	414.980
Consumo de capital fijo	27	—	2.818	9.459
2. GASTO EN CONSUMO INDIVIDUAL TRANSFERENCIAS SOCIALES EN ESPECIE	2.907.237	5.434.421	20.597.144	38.223.252
	91,48%	91,81%	92,98%	92,62%
2.1 PRODUCCIÓN NO DE MERCADO	1.215.447	2.108.034	14.045.263	23.983.287
	38,24%	35,61%	63,40%	58,12%
2.1.1 - Servicios hospitalarios y especializados	646.448	1.219.452	10.200.389	17.096.638
	20,34%	20,60%	46,05%	41,43%
Remuneración del personal	446.285	727.231	6.968.697	11.482.395
Consumo intermedio	194.450	486.913	3.160.279	5.485.708
Consumo de capital fijo	5.713	5.308	71.413	128.535
2.1.2 - Servicios primarios de salud	512.307	834.326	3.298.573	5.883.208
	16,12%	14,09%	14,89%	14,26%
Remuneración del personal	465.947	692.397	2.884.495	4.939.757
Consumo intermedio	45.246	141.645	380.748	922.450
Consumo de capital fijo	1.114	283	33.329	21.001
2.1.3 - Docencia MIR	28.727	46.627	298.713	495.556
	0,90%	0,79%	1,35%	1,20%
Remuneración del personal	28.727	46.627	292.681	483.061
Consumo intermedio	—	—	6.002	12.495
Consumo de capital fijo	—	—	30	—
2.1.4 - Servicios de salud pública	27.965	7.630	247.589	507.885
	0,88%	0,13%	1,12%	1,23%
Remuneración del personal	22.506	5.623	170.089	338.585
Consumo intermedio	5.459	2.007	77.500	168.296
Consumo de capital fijo	—	—	—	1.004
2.2 PRODUCCIÓN DE MERCADO	1.691.790	3.326.388	6.551.880	14.239.965
	53,23%	56,19%	29,58%	34,51%
2.2.1.1 – Servicios hospitalarios	955.975	1.601.185	1.737.611	3.181.461
2.2.1.2 – Servicios especializados	123.773	88.253	480.818	783.689
2.2.2 - Servicios primarios de salud	11.267	92.358	223.180	403.038
2.2.3 – Farmacia	551.444	1.454.890	3.744.374	9.191.524
2.2.4 - Traslado de enfermos	37.050	60.052	220.662	494.814
2.2.5 – Prótesis y aparatos terapéuticos	12.281	29.649	145.236	185.440

(Continúa)

3. TRANSFERENCIAS CORRIENTES	14.282	83.919	117.010	298.090
	0,45%	1,42%	0,53%	0,72%
3.1 - Entre AAPP. Por servicios concertados	7.013	55.208	—	—
3.2 - Entre AAPP. Por gastos de funcionamiento	425	4.114	—	—
3.3 - A entes privados	6.844	9.436	47.658	165.043
3.4 - A entes públicos no agentes	—	15.161	69.352	133.047
4. GASTOS DE CONSUMO FINAL (1+2+3)	3.037.827	5.755.391	21.365.713	39.681.783
	95,59%	97,23%	96,45%	96,16%
5. GASTOS DE CAPITAL	140.301	164.039	787.343	1.587.941
	4,41%	2,77%	3,55%	3,85%
5.1 - Formación bruta de capital fijo	99.589	151.922	750.214	1.563.368
5.2 - Transferencias de capital entre AAPP.	8.803	5.617	—	—
5.3 - Transferencias de capital a entes privados	31.909	6.501	37.129	24.574
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD GASTO CONSOLIDADO DEL SUBSECTOR	3.178.129	5.919.430	22.153.056	41.267.022
	100%	100%	100,0%	100,0%
(-) TRANSFERENCIAS INTERSECTORIALES	16.241	64.939		
APORTACIÓN AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	3.161.887	5.854.491		

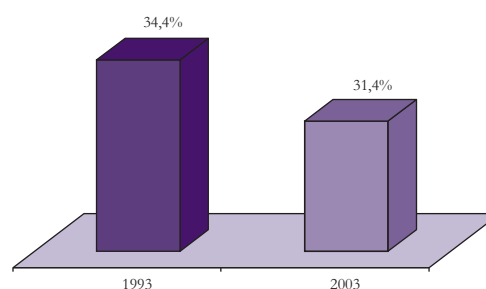
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, "Estadísticas del Gasto Sanitario Público".

millones de euros (creciendo, por tanto, un 85% nominal a lo largo de este periodo, o un 32% en términos reales). El gasto por habitante fue de 883 euros en el año 2003 y de 526 euros en el año 1993 (725 euros una vez descontado el efecto de la inflación), cifras que suponen alrededor de un 10% menos que el dato por habitante en el conjunto de España (966 euros por habitante en el año 2003 y 768 el año 1993). Es decir, entre 1993 y 2003, en Cataluña, el gasto por habitante en términos reales ha crecido un 22%, y en España un 26%.

El gráfico 4.21 ofrece información de la importancia relativa del gasto sanitario dentro del conjunto del gasto público consolidado. Así, mientras que en el año 1993 el 34,4% del gasto público se destinó a sanidad, en el año 2003 este gasto suponía un 31,4%. Esta cifra se tiene que interpretar como la importancia *política* de la sanidad dentro del presupuesto público, de manera que el descenso en el peso del gasto público total se debe a un mayor aumento de otras partidas, fruto de la consecución de más competencias por parte de la Generalitat de Cataluña y, por tanto, de un aumento del

presupuesto total. Este hecho se ha producido de manera generalizada en el conjunto de comunidades autónomas en España, donde la distribución del gasto público por niveles de gobierno ha pasado del 25,1% en el año 1998 al 32,4% en el año 2004.³⁶ En este sentido, esta tendencia aumentará en los próximos años en la medida en que se desarrollen los estatutos de autonomía recientemente reformados.

Gráfico 4.21. Peso del gasto sanitario público dentro del gasto público total consolidado. Cataluña. 1993 y 2003.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Departamento de Economía y Finanzas de la Generalitat.

³⁶ Estos datos provienen del Informe *económico financiero de las Administraciones territoriales*, elaborado por el Ministerio de Administraciones Públicas (diversos años).

¿Qué partidas de gasto público son más importantes?

Prestando atención ahora a las diferentes partidas de estas cuentas satélite³⁷, se puede observar en primer lugar que, tal y como ya se ha comentado, el peso del gasto sanitario público de mercado (producción de mercado financiada públicamente) en Cataluña es mucho más elevado que en España (en el año 2003, 56,2%, frente a 34,5%, respectivamente). La diferencia fundamental se explica por los servicios hospitalarios y los servicios especializados, que suponen un 28,9% del gasto público sanitaria total en Cataluña, frente al 9,6% en España. Estos porcentajes se invierten cuando se habla de gasto público de no mercado en servicios hospitalarios y especializados: un 20,6% en Cataluña, frente a un 41,4% en el conjunto de España. El peso del gasto farmacéutico es ligeramente superior en Cataluña (24,9%) que en España (22,3%).

Adicionalmente, se puede observar que el gasto en Investigación y Desarrollo (partida 1.1) supone una proporción menor en Cataluña (0,1%) que en el conjunto de España (0,4%)³⁸. En cambio, los gastos de administración general son proporcionalmente más elevadas en Cataluña (3,9%) que en España (2,4%).

La tabla 4.5 también muestra información del gasto por partidas del año 1993. Tanto en Cataluña como en España se aprecia un aumento muy considerable del gasto público en producción de mercado (en Cataluña, un 96,6% de crecimiento en términos corrientes y un 40% en términos reales, y en España, un 117,3% en términos corrientes y un 57% en términos reales), frente a un incremento bastante más moderado de la producción de no mercado (73,4% nominal y 23% real en Cataluña y 70,8% nominal y 24% real en España). Estos mayores aumentos del gasto en producción de mercado se deben fundamentalmente al incremento de la partida de gasto en farmacia. Así, el gasto en farmacia representaba en el año

1993, tanto en España como en Cataluña, un 17% del gasto público sanitario total. Diez años después, este porcentaje ha ascendido al 25% en Cataluña y al 22% en España. De hecho, del aumento absoluto en términos corrientes del gasto público en sanidad entre 1993 y 2003, la partida farmacéutica explica un 33% de la misma en Cataluña y un 29% en España. Como es normal, esta subida ha motivado amplios debates, estudios y políticas públicas alrededor del control de esta partida³⁹.

¿Cuál es el peso de los conciertos en la sanidad?

La tabla 4.6 muestra el gasto clasificado según conceptos económico-presupuestarios. La principal diferencia que se puede apreciar es el mayor peso de los conciertos⁴⁰ en Cataluña (32% en el año 2003) que en España (11,8%), donde las partidas son más elevadas tanto en la remuneración del personal (26,4% en Cataluña y 43,3% en España) como en consumos intermedios (13,1% en Cataluña y 17,3% en España)⁴¹. La explicación se puede encontrar en el mayor peso de los servicios de mercado en Cataluña, como ya se ha visto en la tabla anterior.

Como apunte de la evolución temporal entre 1993 y 2003, es preciso señalar el descenso que ha supuesto el peso de la remuneración de personal y el aumento del peso de las transferencias corrientes, tanto en Cataluña como en España. Por otra parte, es preciso señalar que el peso de Cataluña en el gasto total en España en conciertos fue del 43% en el año 1993 y del 39% en el año 2003. Eso refuerza la importancia del sector sanitario de titularidad privada en Cataluña. Como contrapartida se encuentra el escaso peso de las partidas de remuneración del personal (9% de media), consumo intermedio (9%) y consumo de capital fijo (cerca del 5%).

La tabla 4.7 presenta el gasto en sanidad según la clasificación funcional. El detalle no permite apuntar gran-

³⁷ El Ministerio de Sanidad y Consumo publica *Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público*, de acuerdo con los principios y reglas del marco de la Contabilidad Nacional. Estas proporcionan información sobre la estructura y costes de la producción pública sanitaria (remuneración del personal, consumo intermedio y consumo de capital fijo), sobre el balance provisión pública y provisión privada, sobre los flujos de financiación entre sectores y sobre la aportación de cada uno de los agentes sanitarios públicos al gasto total. De hecho, se elabora una cuenta satélite por cada uno de los agentes que intervienen en el sistema sanitario, y posteriormente, mediante un proceso piramidal, se consolida en una cuenta global que refleja el gasto sanitario público total.

³⁸ Hay que remarcar el hecho de que los gastos de formación e investigación reciben un tratamiento especial dentro del sistema de Cuentas de la Salud, tal y como se detalla en el

capítulo metodológico de la Estadística *del Gasto Sanitario Público* (EGSP), elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. De hecho, parte del sistema contable aplica al sistema de salud sólo la investigación directamente considerada como consumo final del sistema sanitario, y no la investigación básica, la cual, según la Clasificación de las Funciones de las Administraciones Públicas (COFOG, *Classification of Functions of Government*), quedará recogida en una cuenta satélite diferente.

³⁹ Dada la importancia de la temática, y puesto que no es el objetivo fundamental de este estudio, se sugiere la lectura de "Análisis económico de la financiación pública de medicamentos", de J. Puig Junoy (2002), Barcelona: Ed. Masson, y a "Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos", de J. Puig Junoy y J. Llop, Documento de trabajo 50/2004, Fundación Alternativas.

Tabla 4.6. Detalle del gasto sanitario público desagregado según la clasificación económico- presupuestaria (unidades: miles de euros corrientes). Cataluña y España. 1993 y 2003.

	CATALUÑA		ESPAÑA	
	1993	2003	1993	2003
Remuneración del personal	1.011.275	1.562.962	10.751.983	17.856.671
	31,8%	26,4%	48,5%	43,3%
Consumo intermedio	313.626	776.511	3.836.848	7.126.220
	9,9%	13,1%	17,3%	17,3%
Consumo de capital fijo	6.854	5.611	107.992	160.837
	0,2%	0,1%	0,5%	0,4%
Conciertos	1.135.079	1.897.056	2.662.271	4.863.002
	35,7%	32,0%	12,0%	11,8%
Transferencias corrientes	570.993	1.513.251	4.006.620	9.675.053
	18,0%	25,6%	18,1%	23,4%
Gasto de capital	140.301	164.039	787.343	1.587.941
	4,4%	2,8%	3,6%	3,8%
GASTO PÚBLICO EN SANIDAD GASTO CONSOLIDADO DEL SUBSECTOR	3.178.129	5.919.430	22.153.056	41.267.022
(-) TRANSFERENCIAS INTERSECTORIALES	16.241	64.939		
APORTACIÓN AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	3.161.887	5.854.491		

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tabla 4.7. Detalle del gasto sanitario público desagregado según la clasificación funcional (unidades: miles de euros corrientes). Cataluña y España. 1993 y 2003

	CATALUÑA		ESPAÑA	
	1993	2003	1993	2003
Servicios hospitalarios y especializados	1.754.923	2.946.116	12.744.397	21.416.751
	55,5%	50,3%	57,5%	51,9%
Servicios primarios de salud	530.418	960.681	3.552.068	6.610.841
	16,8%	16,4%	16,0%	16,0%
Servicios de salud pública	27.965	7.630	262.783	530.821
	0,9%	0,1%	1,2%	1,3%
Servicios colectivos de salud	116.308	237.051	696.193	1.251.592
	3,7%	4,0%	3,1%	3,0%
Farmacia	551.444	1.454.890	3.744.374	9.191.524
	17,4%	24,9%	16,9%	22,3%
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	49.331	89.701	365.898	680.254
	1,6%	1,5%	1,7%	1,6%
Gasto de capital	131.498	158.422	787.343	1.587.941
	4,2%	2,7%	3,6%	3,8%
APORTACIÓN AL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD TOTAL CONSOLIDADO	3.161.887	5.854.491	22.153.056	41.267.022

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

40 Los conciertos sanitarios se entienden como una modalidad de contratos de gestión de servicios públicos sanitarios. Estos conciertos se establecen entre las comunidades autónomas, que son los niveles de gobierno que gozan de las competencias, y los prestadores de servicios, como por ejemplo los proveedores de atención primaria (Centros de Atención Primaria –CAP– no gestionados por el Instituto Catalán de la Salud) o los proveedores de atención especializada y otros servicios (que incluyen la atención hospitalaria, socio-sanitaria, la salud mental, drogodependencias, atención farmacéutica, etc.).

41 Como señala Jaume Puig-Junoy (2003), la política de conciertos con entidades privadas no es ninguna cuestión reciente: "La política de concertación o contratación de hospitales no pertenecientes a la Seguridad Social ya fue iniciada por el Instituto Nacional de Previsión" (J. Puig-Junoy, "La sanitat a Catalunya avui: entre l'incrementalisme i la prioritizació", capítulo 15 de Catalunya, societat massa limitada, Angle Editorial, Barcelona, 2003).

BOX 4.5. Detalle del gasto sanitario público y privado

- El peso del gasto sanitario privado sobre el PIB en el año 2002 era del 2,4% en Cataluña y del 2,3% en España. Eso suponía 474,90 euros por habitante y año en Cataluña y 382,90 euros en España, cosa que representa que por cada euro gastado en sanidad privada en España, en Cataluña se gastan 1,24 euros. Este gasto se distribuyó de la siguiente manera: 29% en odontología; 23% en productos farmacéuticos, aparatos y equipos médicos; 17,3% en seguros ligados a la sanidad; 16,4% en servicios hospitalarios; 9,4% en servicios médicos, y 4,8% en servicios paramédicos extrahospitalarios.
- En Cataluña, el gasto privado en servicios hospitalarios, servicios de odontología y, muy especialmente, en seguros ligados a la sanidad, es significativamente más elevado que el observado en España. Así, el 39% del total de seguros de España son contratados en Cataluña, hecho que muestra una mayor tendencia a suscribir seguros privados en Cataluña que en el resto del Estado.
- La cifra de gasto sanitario público en Cataluña en el año 2003 fue de 5.854,5 millones de euros, cosa que supone 883 euros por habitante, cifra inferior a la española (966 euros por habitante). En términos reales, desde 1993, el gasto por habitante en Cataluña ha crecido un 22%, ante el 26% en España.
- En Cataluña, el peso de la producción de mercado en el total del gasto público sanitario es mucho más elevado que en España (56,2%, ante el 34,5% el año 2003). La diferencia fundamental se explica por los servicios hospitalarios y los servicios especializados, los cuales suponen el 28,9% en Cataluña y el 9,6% en el conjunto del Estado. Estos porcentajes se invierten en el caso del gasto público de no mercado en servicios hospitalarios y especializados (20,6% en Cataluña y 41,4% en España).
- En comparación con 1993, el gasto público de producción de mercado ha aumentado mucho más que el de no mercado, tanto en Cataluña como en España, especialmente por el muy notable incremento de la partida de gasto en farmacia. Así, el 33% del aumento del gasto sanitario público total de Cataluña en términos corrientes se explicaría por el incremento del gasto en productos farmacéuticos (el año 1993, en Cataluña, esta partida representaba el 17% del gasto sanitario público total, frente al 25% del año 2003).
- En Cataluña, el peso de los conciertos es bastante más elevado que en España (32% en Cataluña el año 2003, frente al 11,8% en España), mientras que sucede lo contrario en la partida de remuneraciones de personal (26,4% en Cataluña y 43,3% en España). Este resultado estaría reflejando claramente el mayor peso de los servicios de mercado en Cataluña que en España.

des diferencias entre lo que se observa en Cataluña respecto al conjunto de España. Únicamente habría necesidad de destacar, como ya se ha comentado, el mayor peso del

gasto en farmacia en Cataluña en comparación con el que se observa en España, y su importancia creciente en el tiempo.

5.

Impacto total del sector sanitario en la economía catalana: efectos multiplicadores

En la sección anterior se ha analizado cuál es la contribución directa de la rama de Sanidad y Servicios Sociales a la economía catalana, a partir del estudio de su peso en términos de VAB y sus componentes en términos de renta, de puestos de trabajo y de productividad. A pesar de ello, este estudio no es completo en la medida en la que no tiene en cuenta los vínculos intersectoriales del sector sanitario con otros sectores, como por ejemplo el sector farmacéutico o el sector de instrumentos médico-quirúrgicos. Son precisamente estos vínculos con otros sectores el origen de una serie de efectos multiplicadores que hacen que un posible aumento de la demanda sanitaria no tenga efectos únicamente sobre el propio sector, sino que estos se extiendan a toda la economía en su conjunto.

De esta forma, la contribución del sector sanitario no debe limitarse al análisis de su peso en términos de VAB o de empleo, sino que asimismo tiene que considerar su capacidad de arrastre (definida como la capacidad de un sector de inducir un aumento de la producción en el resto de sectores). En este sentido, únicamente las tablas input-output ofrecen información detallada sobre cuáles son estas relaciones intersectoriales y, por lo tanto, qué otros sectores podrían verse beneficiados por un potencial aumento de la demanda sanitaria.

En consecuencia, en esta sección se logrará alcanzar de forma definitiva el objetivo básico de la monografía, que es determinar el peso del sector sanitario en la economía catalana. Teniendo esto en cuenta, en esta sección se lleva a cabo, en primer lugar, una pequeña revisión de la información recogida en las tablas input-output. En segundo lugar, se analizan los sectores con mayor relación con el sector sanitario y, finalmente, se miden los efectos multiplicadores de este sector sobre la economía catalana. Además, es preciso comentar que, a diferencia de lo que ha sucedido en la sección 4 y gracias a la reciente disponibilidad de las Tablas Input-Output de Cataluña (TIOC) a 122 ramas, se analiza exclusivamente el sector sanitario, sin considerar, por lo tanto, ni las actividades veterinarias ni los servicios sociales.

5.1. Utilidad de las tablas input-output

Las tablas input-output (TIO) registran el conjunto de flujos de bienes y servicios de la economía en un territorio y de esta manera constituyen la representación cuantitativa más completa, coherente y detallada desde un punto de vista sectorial de una economía. Así, las tablas input-output se revelan como uno de los instrumentos más importantes para el análisis de la actividad económica de un territorio, ya que permiten conocer con detalle sectorial el valor de la producción y de las importaciones de una economía, las rentas generadas por la actividad económica (Remuneración de asalariados y Excedente bruto de explotación), y la demanda agregada de la economía (demanda intermedia efectuada por las diferentes ramas de actividad, consumo de los hogares, consumo público, inversión y exportaciones).

En este sentido, es preciso remarcar que las tablas input-output se fundamentan en el principio de equilibrio, de manera que el total de *recursos* de cada rama o sector (constituídos por todos los bienes y servicios que usa a lo largo de su proceso productivo, más los factores productivos trabajo y capital) tienen que coincidir con el total de *usos* de los bienes o servicios que esta rama o sector ofrezca al sistema. Es decir, la cantidad que percibe una rama después de vender su producción a otras ramas o a otros agentes económicos de su territorio o de fuera de él tiene que coincidir necesariamente con la cantidad que destina a pagar sus consumos intermedios (provenientes de otras ramas) y sus *inputs* primarios (trabajo y capital).

Cataluña fue una de las primeras regiones españolas donde se elaboraron tablas input-output regionales. Así, la primera Tabla Input-Output de Cataluña (TIOC) se refirió al año 1967 y la publicó en 1972 la Cámara Oficial de Comercio, Industria y Navegación de Cataluña. Contaba con 40 ramas de actividad. La segunda TIOC, esta vez con

información desagregada a 73 ramas, se refirió al año 1987 y la publicaron en 1992 la Cámara Oficial de Comercio, Industria y Navegación y el Departamento de Comercio, Consumo y Turismo de la Generalitat. La última tabla input-output para Cataluña, referida al año 2001 y con una desagregación de hasta 122 ramas, se publicó a finales del año 2006, se enmarca dentro del Sistema Europeo de Cuentas SEC-95 y ha sido promovida por el Parlamento de Cataluña y elaborada por el Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat). A diferencia de la TIOC de 2001, las dos tablas previas de 1967 y 1987 no se encontraban enmarcadas en un sistema de estadística oficial, hecho que condicionó la utilización analítica que pudiera hacerse de ellas.

El marco metodológico general de las TIO, definido por el SEC-95, propone la construcción de tres tablas para cada economía: las tablas de origen (TO), de destino (TD) y simétrica (TS). Las dos primeras son tablas complementarias, en el sentido de que de la primera podemos conocer las características de la oferta, con la producción interior y las importaciones, mientras que de la segunda podemos extraer información sobre el destino de los recursos (destinados a demanda intermedia, final o exportaciones) y sobre la distribución del valor añadido como remuneración de los factores productivos primarios (trabajo o capital). La tabla simétrica se construye a partir de las dos tablas anteriores, y proporciona una información básica para desarrollar los análisis económicos que posibilita la metodología input-output. En el caso de las TIOC-2001 de Cataluña, las tres tablas del marco input-output se presentan mediante la Tabla de destino ampliada (TDA), que constituye una alternativa práctica a haber desarrollado simultáneamente la TD, TO y TS. Con la TDA, que es una tabla de doble entrada simétrica, se recoge el equilibrio entre los usos y los recursos de la economía (requisito que no se da en las TD y TO), con lo cual se per-

mite la aplicación del modelo input-output sobre una única tabla de datos. Entre las ventajas de la TDA sobre la TS, Idescat destaca dos: en primer lugar, elimina la necesidad de cargar la presentación de resultados (puesto que con la TS hay que presentar conjuntamente la TO y TD); en segundo lugar, su obtención directa elimina el arrastre de potenciales errores en las informaciones de base, en especial a la hora de realizar determinados ajustes⁴².

La figura 5.1 presenta una visión esquemática de la información recogida en la Tabla de destino ampliada de Cataluña.

Como se puede observar, esta tabla muestra por columnas los recursos de una economía y, por filas, los usos que la economía da a estos recursos. Concretamente, por columnas, muestra, para cada rama de actividad considerada, tanto el *consumo intermedio* que hace de bienes y servicios suministrados por otras ramas (producidos tanto en el interior del territorio como importados de fuera) como el *valor añadido* que genera (integrado por los salarios, los beneficios empresariales y los impuestos), además de las *importaciones* de productos equivalentes. En cambio, por filas se muestra el destino de cada producto, es decir, en qué se utilizan los bienes o servicios disponibles, ya sea

Figura 5.1. Esquema de la Tabla de destino ampliada de Cataluña (TDA-65). 2001

		Usos →		Demanda Intermedia		+ Demanda Final			=	Total usos	
Recursos	↓	Ramas	TIOC 1	...	TIOC 65	Total consumos intermedios	C ⁽¹⁾	FBC ⁽²⁾	X ⁽³⁾	Total demanda final	TOTAL USOS
		Productos									
Consumo intermedio	}	TIOC 1									
		...									
		TIOC 65									
		Impuestos netos sobre productos									
	+	Consumo Intermedio a precios de adquisición									
VAB	}	Remuneración de asalariados									
		Otros impuestos netos sobre la producción									
		Excedente Bruto Explotación									
		VAB a precios básicos									
	=	Producción total interior									
		+ Producción a precios básicos									
		+ Importaciones									
	=	TOTAL RECURSOS									

(1) Consumo de los hogares y Consumo de las Administraciones Públicas y Entidades sin ánimo de lucro; (2) Formación Bruta de Capital Fijo; (3) Exportaciones

Fuente: Elaboración propia.

⁴² Por ejemplo, a la hora de ajustar la matriz de demanda intermedia para pasar de la tecnología de la industria a la del producto para estimar los coeficientes de producción de las ramas homogéneas. Para más información sobre estas cuestiones, véase <http://www.idescat.net> y Nota d'economia, número 87, primer cuatrimestre, 2007.

como bienes intermedios utilizados por las diferentes ramas para la elaboración de sus productos (*demanda intermedia*) o como bien o servicio para satisfacer la *demanda final* (consumo privado de los hogares, consumo público de las administraciones públicas, formación bruta de capital y exportaciones).

La TIOC 2001 se puede consultar *on line* mediante el servidor de Idescat (<http://www.idescat.net/cat/economia/tioc/>), en sus versiones según grado de sectorización a 14, 65 ó 122 ramas de actividad. En este sentido, hay una clara correspondencia entre las 14/65/122 ramas de la TIOC de 2001 y la clasificación de actividades económicas CCAE-93.

En cuanto al sector sanitario, la rama 85 de la CCAE-93 referida a *Actividades Sanitarias y Veterinarias, Servicios Sociales* (utilizada en el estudio de la sección anterior) tiene una correspondencia directa tanto en términos de ramas homogéneas

TIOC-65 (rama número 60 que recibe el mismo nombre) como con su homólogo en términos de productos de la TIOC-65 llamado *Servicios Sanitarios y Veterinarios y Servicios Sociales*.

A la vez, tal y como se muestra en la tabla 5.1, la TIOC a 122 ramas permite desagregar la rama de *Actividades Sanitarias y Veterinarias, Servicios Sociales* en nueve ramas, de las cuales cuatro están exclusivamente relacionadas con el sector sanitario: *Actividades hospitalarias (mercado)*; *Actividades hospitalarias (no mercado)*; *Actividades médicas (mercado)*, *actividades odontológicas y otras actividades sanitarias*, y *Actividades médicas (no mercado)*. Sus homólogos en términos de productos serían: *Servicios hospitalarios (mercado)*; *Servicios hospitalarios (no mercado)*; *Servicios de consultas médicas (mercado)*, *servicios de odontología y otros servicios sanitarios* y *Servicios de consultas médicas (no mercado)*.

Tabla 5.1. Desagregación sectorial de la rama *Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales* a la TIOC. 2001

CCAIE-93 rev.1	Código TIOC 65	Ramas TIOC 65	Ramas TIOC 122
85	60	Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales	Actividades hospitalarias (mercado) Actividades hospitalarias (no mercado) Actividades médicas (mercado), actividades odontológicas y otras actividades sanitarias Actividades médicas (no mercado) Actividades veterinarias Actividades de servicios sociales para ancianos con alojamiento (mercado) Actividades de servicios sociales para ancianos con alojamiento (no mercado) Otras actividades de servicios sociales Guarderías
CCAIE-93 rev.1	Código TIOC 65	Productos TIOC 65	Productos TIOC 122
85	60	Servicios sanitarios y veterinarios y servicios sociales	Servicios hospitalarios (mercado) Servicios hospitalarios (no mercado) Servicios de consultas médicas (mercado), servicios de odontología y otros servicios sanitarios Servicios de consultas médicas (no mercado) Servicios veterinarios Servicios sociales con alojamiento proporcionado a ancianos (mercado) Servicios sociales con alojamiento proporcionado a ancianos (no mercado) Otros servicios sociales Servicios de guarderías

Esta desagregación a 122 ramas (publicada por Idescat en el primer trimestre de 2007) permite superar la limitación existente en la sección anterior de esta monografía y analizar así la contribución específica del sector sanitario a la economía, pudiendo considerarlo independientemente de las actividades veterinarias y los servicios sociales. Además, posibilita detallar la contribución de la sanidad de producción privada (actividades sanitarias de mercado) y de la sanidad de producción pública (actividades sanitarias de no mercado) de manera separada.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, y a partir de la información suministrada por la TIOC-2001, en esta sección se dará respuesta a las siguientes cuestiones:

- Cuál es la contribución del sector sanitario en Cataluña en términos de producción, de VAB o de ocupación.
- Qué proporción de la producción total del sector sanitario va destinada a cubrir demanda final y qué proporción cubre la demanda que hacen el resto de sectores de la economía de estos servicios sanitarios.
- Qué parte de la demanda final del sector sanitario es pública y cuál es privada.
- Qué bienes y servicios demanda el sector sanitario para poder llevar a cabo su actividad.
- Cuál es la capacidad de arrastre del sector sanitario.

5.2. Relaciones intersectoriales del sector sanitario en Cataluña

En este apartado se analiza cómo se relaciona el sector sanitario con el resto de sectores de la economía catalana. Así, se revisan qué bienes y servicios demanda el sector sanitario para llevar a cabo su producción (principales proveedores del sector sanitario), así como los sectores que demandan servicios sanitarios (principales clientes del sector sanitario).

5.2.1. Los principales clientes del sector sanitario

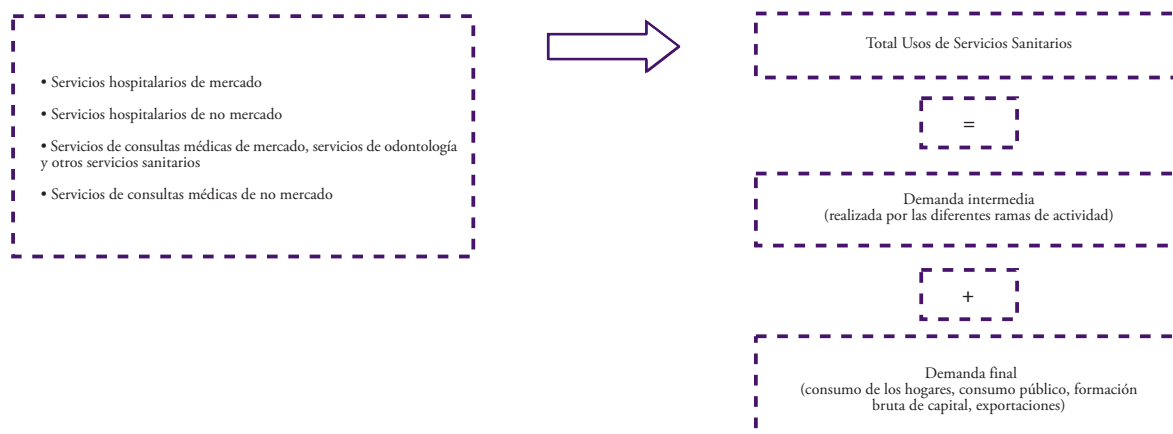
Tal y como se ha comentado, la TDA muestra, por filas, cuál es el destino o usos de los diferentes bienes y servicios de la economía, es decir, qué proporción de cada producto va destinada a cubrir *demanda intermedia* (demanda del mencionado producto por parte de las diferentes ramas de actividad con el fin de utilizarlo a lo largo de su proceso productivo como *input* intermedio) y qué parte va destinada a cubrir la *demanda final* (comprendida por el consumo privado de los hogares, consumo público de las administraciones públicas, formación bruta de capital y exportaciones). De esta forma, las filas asociadas a los servicios sanitarios (concretamente a los *Servicios hospitalarios de mercado; Servicios hospitalarios de no mercado; Servicios de consultas médicas de mercado, servicios de odontología y otros servicios sanitarios, y Servicios de consultas médicas de no mercado*) informan tanto de la producción total del sector sanitario como de su destino concreto.

¿Qué peso tiene el sector sanitario en la producción total de Cataluña?

A partir de la información por filas de la TDA se obtiene que el valor de la producción total del sector sanitario fue, en el año 2001, de 7.241,5 millones de euros, cifra que supone un 2,7% de la producción total de bienes y servicios de Cataluña de ese año. Esta producción comprendería tanto la de servicios hospitalarios de mercado y de no mercado como la de servicios de consultas médicas de mercado y de no mercado.

Distinguiendo ahora entre los diferentes servicios sanitarios (gráfico 5.1), se observa que el 39,7% de la producción total del sector sanitario proviene de los *Servicios de consultas médicas de mercado, servicios de odontología y otros servicios sanitarios*, el 21,8% de los *Servicios hospitalarios de no merca-*

Figura 5.2. Esquema de los usos o destinos de la producción del sector sanitario.



do, el 20,0% de los *Servicios hospitalarios de mercado* y el 18,5% de los *Servicios de consultas médicas de no mercado*. Es decir, se concluye que un 59,7% de la producción total del sector sanitario proviene de los servicios sanitarios de mercado, frente al 40,3% de los servicios de no mercado, hecho que revelaría una muy notable presencia en Cataluña de la producción sanitaria privada respecto a la pública (ya detectada en la sección 4).

¿Dónde se destina la producción del sector sanitario?

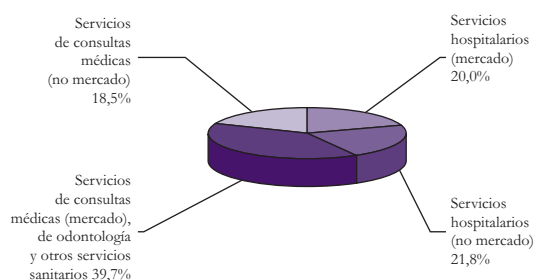
Atendiendo al destino de la producción del sector sanitario, tal y como se muestra en el gráfico 5.2, el 87,5% de los servicios sanitarios fue destinado a satisfacer demanda final, mientras que el 12,5% restante fue demandado por las diferentes ramas de actividad para utilizarlo como *input* intermedio a lo largo de su proceso productivo (gráfico 5.2). Distinguiendo

Tabla 5.2. Cuantificación de la producción del sector sanitario*. Cataluña. 2001

	Millones de euros	Peso sobre total
Producción interior a precios básicos	7.241,5	2,7%
Importaciones del resto de España y del extranjero	—	—
Total producción	7.241,5	2,0%

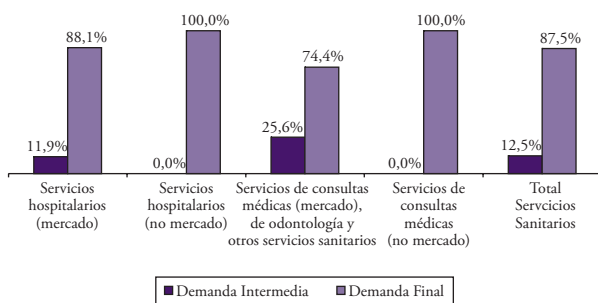
Nota: *Sector sanitario agrega los resultados de los servicios hospitalarios (mercado), servicios hospitalarios (no mercado), servicios de consultas médicas (mercado), servicios de odontología y otros servicios sanitarios, y servicios de consultas médicas (no mercado).
Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

Gráfico 5.1. Distribución de la producción del sector sanitario entre Servicios sanitarios de mercado y Servicios sanitarios de no mercado. Cataluña. 2001



Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

Gráfico 5.2. Destino de la producción del sector sanitario. Cataluña. 2001



Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOOC 2001 (Idescat).

entre los diferentes servicios sanitarios considerados, se observa que la totalidad de los servicios de no mercado (*Servicios hospitalarios de no mercado* y *Servicios de consultas médicas de no mercado*) fueron destinados a cubrir únicamente demanda final. En cambio, cerca del 12% de los *servicios hospitalarios de mercado* y del 26% de los *Servicios de consultas médicas de mercado* fueron directamente consumidos por otras ramas de actividad.

¿Qué parte de la demanda final del sector sanitario es pública y qué parte es privada?

Centrando el análisis, en primer lugar, en la demanda final del sector sanitario, es preciso decir que esta supuso un

3% de toda la demanda final de productos efectuada en la economía catalana en el año 2001 (incluyendo, dentro de esta demanda final, el consumo privado y público, la formación bruta de capital fijo y las exportaciones). Descomponiendo esta demanda final, se observa que el 36,4% de los servicios sanitarios fueron adquiridos por los hogares catalanes, financiándolos mediante pagos a mutuas, visitas privadas a médicos, etc., mientras que el 63,6% restante fue destinado a cubrir la demanda de las administraciones públicas y las entidades sin fines de lucro (tabla 5.3)⁴³. De esta forma, dadas las características de esta clase de servicios sanitarios, tanto la formación bruta de capital fijo como las exportaciones⁴⁴ fueron nulas, y el consumo de los hogares⁴⁵ y el consumo de las administraciones públicas y entidades sin fines de lucro constituyeron los únicos componentes de su demanda final.

Distinguiendo entre servicios sanitarios de mercado y de no mercado, se observa que, como era de esperar, la totalidad de la demanda final de los *Servicios hospitalarios de no mercado* y de los *Servicios de consultas médicas de no mercado* proviene de las administraciones públicas. A la vez, un 65,5% de la demanda final de *Servicios hospitalarios de mercado* es adquirido por las administraciones públicas, mientras

Tabla 5.3. Demanda final del sector sanitario *. Cataluña. 2001

Código TIOOC	Productos	Consumo de los hogares	Consumo de las administraciones públicas y entidades sin fines de lucro	Demanda final
107	Servicios hospitalarios (mercado)	34,5%	65,5%	100%
108	Servicios hospitalarios (no mercado)	0,0%	100,0%	100%
109	Servicios de consultas médicas (mercado), servicios de odontología y otros servicios sanitarios	87,0%	13,0%	100%
110	Servicios de consultas médicas (no mercado)	0,0%	100,0%	100%
	<i>Sector sanitario*</i>	<i>36,4%</i>	<i>63,6%</i>	<i>100%</i>

Nota: *Sector sanitario agrega los resultados de los servicios hospitalarios (mercado), servicios hospitalarios (no mercado), servicios de consultas médicas (mercado), servicios de odontología y otros servicios sanitarios, y servicios de consultas médicas (no mercado).
Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOOC 2001 (Idescat).

⁴³ Estas cifras son muy parecidas a las estimadas a partir de los datos de ACES y PIMEC, que situaban el peso del gasto público en sanidad respecto del total de gasto sanitario en el 66% (véase apartados 3.5 y 4.4).

⁴⁴ Dentro de la metodología contable de las tablas input-output, tanto las exportaciones como las importaciones recogen exclusivamente transacciones entre empresas. En el caso concreto de la TIOOC-2001, siguiendo el mismo criterio que el establecido en la TIO española, las exportaciones asociadas a servicios sanitarios son nulas.

⁴⁵ Dentro del concepto de consumo de los hogares de servicios sanitarios se incluye tanto el consumo de esta clase de servicios que hacen los residentes en Cataluña como el consumo realizado en Cataluña por no residentes. No se considera el consumo de servicios sanitarios que puedan hacer los residentes fuera de Cataluña.

que este porcentaje es del 13% en el caso de los *Servicios de consultas médicas de mercado, de servicios de odontología y otros servicios sanitarios*⁴⁶.

Si ahora se relativizan estas cifras a los datos de consumo total de los hogares y de las administraciones públicas (tabla 5.4), se obtiene que un 3,1% del gasto total de los hogares en el año 2001 fue destinado a servicios sanitarios, mientras que este porcentaje fue del 24,2% en el caso de las administraciones públicas y entidades sin fines de lucro⁴⁷.

¿Quiénes son los principales clientes del sector sanitario?

Centrando el análisis en esta ocasión en la demanda intermedia del sector sanitario, es decir, en el 12,5% del valor de la producción total de los servicios sanitarios destinada a ser consumida por las diferentes ramas de actividad a lo largo de su proceso productivo, la tabla 5.5 y la figura 5.3 muestran las principales ramas demandantes de estos servicios, por orden de importancia.

Tabla 5.4. Cuantificación del consumo de los hogares y de las administraciones públicas y entidades sin fines de lucro de servicios sanitarios* y peso sobre el total de Cataluña. 2001.

	Consumo de servicios sanitarios (millones de euros)	Peso del consumo de servicios sanitarios respecto el total
Consumo de los hogares	2.304,6	3,1%
Consumo de las administraciones públicas y entidades sin fines de lucro	4.029,5	24,2%
Demanda final (consumo de los hogares más consumo de las administraciones públicas y entidades sin fines de lucro)	6.334,1	3,0%

Nota: *Los servicios sanitarios incluyen servicios hospitalarios (mercado), servicios hospitalarios (no mercado), servicios de consultas médicas (mercado), servicios de odontología y otros servicios sanitarios, y servicios de consultas médicas (no mercado). Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

⁴⁶ Estos porcentajes se corresponderían con servicios hospitalarios y servicios de consultas médicas provistos de manera privada pero financiados de manera pública.

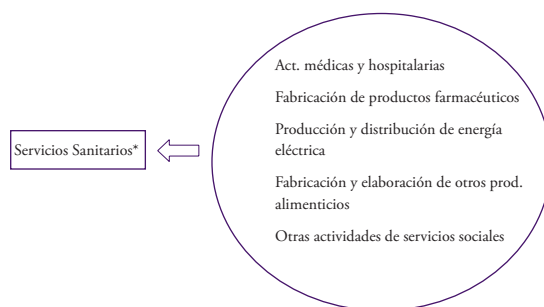
⁴⁷ Estos porcentajes difieren ligeramente de los pesos mostrados en la sección 4, donde se concluía que la sanidad suponía un 4,4% del consumo total de los hogares el año 2002 y el 31,4% del gasto total consolidado del gobierno en el año 2003. La razón de estas diferencias se encuentra, además de en la no-coincidencia estricta del año de referencia, en el hecho de que en el apartado anterior se consideraban todas las partidas de gasto sanitario (que abarcarían servicios médicos, productos farmacéuticos, aparatos médicos, etc.).

Tabla 5.5. Principales ramas clientes del sector sanitario*. Cataluña. 2001.

Ramas de actividad	Código TIOC	Peso sobre el total de demanda intermedia
Act. médicas (mercado), odontológicas y otras act. sanitarias	109	37,8%
Actividades médicas (no mercado)	110	21,5%
Actividades hospitalarias (mercado)	107	13,7%
Actividades hospitalarias (no mercado)	108	6,8%
Fabricación de productos farmacéuticos	037	1,7%
Producción y distribución de energía eléctrica	066	1,4%
Fabricación y elaboración de otros productos alimenticios	014	1,0%
Otras actividades de servicios sociales	114	1,0%
Resto de ramas de actividad	-	13,0%
Total demanda intermedia del Sector Sanitario	-	100,0%

Nota: *Sector sanitario agrega los resultados de los servicios hospitalarios (mercado), servicios hospitalarios (no mercado), servicios de consultas médicas (mercado), servicios de odontología y otros servicios sanitarios, y servicios de consultas médicas (no mercado). Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

Figura 5.3 Principales ramas clientes del sector sanitario. Cataluña. 2001.



Nota: *Servicios sanitarios agrega los resultados de los servicios hospitalarios (mercado), servicios hospitalarios (no mercado), servicios de consultas médicas (mercado), servicios de odontología y otros servicios sanitarios, y servicios de consultas médicas (no mercado). Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

Así, se puede observar cómo cerca del 80% del total de demanda intermedia de los servicios sanitarios proviene de actividades sanitarias propiamente⁴⁸, seguidas a gran distancia por las actividades de *Fabricación de productos farmacéuticos*⁴⁹, *Producción y distribución de energía eléctrica*, *Fabricación y elaboración de otros productos alimenticios* y *Otras actividades de servicios sociales*. De esta manera se observa que la práctica totalidad de la demanda intermedia de servicios sanitarios proviene de su rama de actividad análoga, resultado que refleja cómo este tipo de servicios son, como cabía esperar dadas sus características, escasamente utilizados por el resto de ramas a lo largo de su proceso productivo.

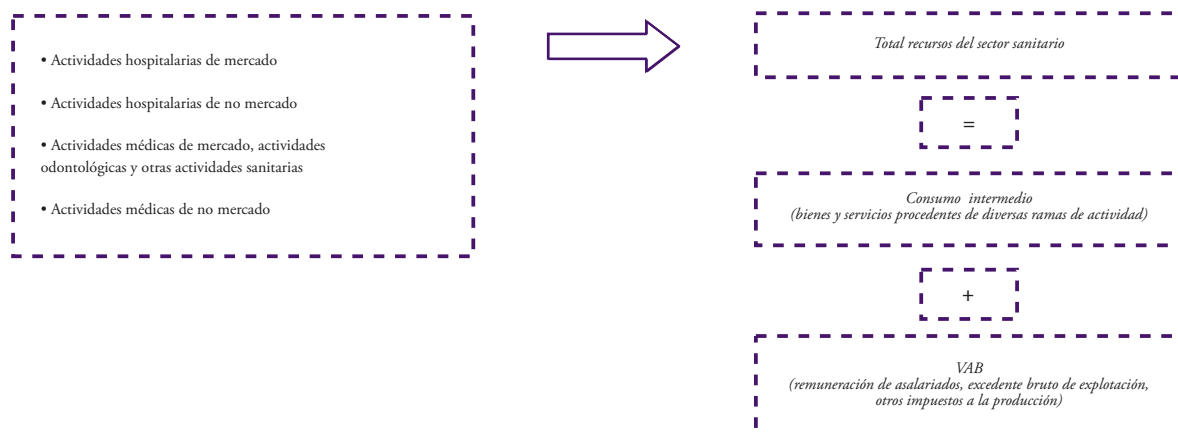
5.2.2. Los principales proveedores del sector sanitario

Tal y como se ha comentado, la TDA muestra, por columnas y para cada rama de actividad, tanto el *consumo inter-*

medio que hace de bienes y servicios suministrados por otras ramas y que utiliza como *inputs* a lo largo de su proceso productivo, como el *valor añadido* que genera (integrado por los costes salariales, los beneficios empresariales y los impuestos), además de las *importaciones* de productos equivalentes.

De esta forma, las columnas asociadas a las ramas de actividades sanitarias (concretamente las *Actividades hospitalarias de mercado*, las *Actividades hospitalarias de no mercado*, las *Actividades médicas de mercado*, *odontológicas y otras actividades sanitarias* y, finalmente, las *Actividades médicas de no mercado*) informan de todos los recursos que utilizan a lo largo de su proceso productivo, ya sean *inputs* intermedios (consumo de productos), *inputs* primarios como el trabajo o el capital (con la consiguiente correspondencia en términos de remuneración de asalariados, excedente bruto de explotación u otros impuestos netos sobre la producción) o importaciones de servicios sanitarios procedentes del resto del Estado o del extranjero⁵⁰.

Figura 5.4. Esquema de los recursos utilizados por el sector sanitario.



⁴⁸ Aquí estarían incorporadas las compras que hace la sanidad pública a la sanidad privada en concepto de conciertos.

⁴⁹ Es preciso recordar que, por ejemplo, dentro de las actividades sanitarias se incluyen también las actividades de laboratorios médicos (servicios demandados de manera habitual por las empresas farmacéuticas).

⁵⁰ Es preciso recordar que la suma de las Remuneraciones de asalariados, el Excedente bruto de explotación y Otros impuestos netos sobre la producción y la importación componen el VAB a precios de mercado.

¿Qué peso tiene el sector sanitario en el VAB total catalán?

A partir de la información por columnas proporcionada por la TDA se puede observar que, tal y como se aprecia en el gráfico 5.3, el sector sanitario destinó un 34,3% del valor de su producción total a financiar su consumo intermedio (bienes y servicios que necesita para llevar a cabo la actividad), mientras que el 65,7% restante fue destinado a adquirir *inputs* primarios, básicamente trabajo y capital. Dadas las características del sector sanitario, las importaciones de servicios sanitarios fueron nulas⁵¹, y, por lo tanto, la cifra de producción total coincidió con la de los recursos totales disponibles en Cataluña.

Centrando inicialmente el análisis en el VAB, se observa que el sector sanitario generó el 3,8% del VAB total de Cataluña en el año 2001⁵². A la vez, como se muestra en el gráfico 5.4, la aportación al VAB de las actividades hospitalarias (49,2%) es prácticamente idéntica a la del resto de actividades no hospitalarias (50,8%). Concretamente, las *Actividades médicas de mercado, odontológicas y otras actividades sanitarias* generaron el 36,6% del VAB total del sector, seguidas de las *Actividades hospitalarias de no mercado* (27%), las *Actividades hospitalarias de mercado* (22,2%) y, finalmente, las *Actividades médicas de no mercado* (14,2%).

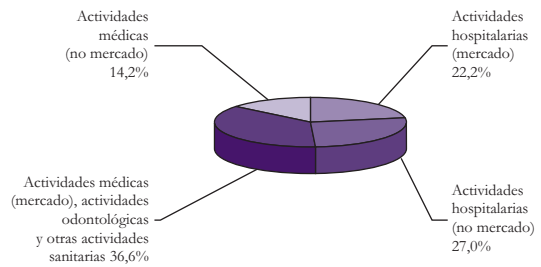
Gráfico 5.3. Distribución de los recursos utilizados por el sector sanitario*. Cataluña. 2001.



Nota: *Sector sanitario agrega los resultados de las Actividades hospitalarias (mercado); Actividades hospitalarias (no mercado); Actividades médicas (mercado), actividades odontológicas y otras actividades sanitarias y Actividades médicas (no mercado). Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

⁵¹ Como se ha comentado, dentro de la metodología contable de las tablas input-output, tanto las exportaciones como las importaciones recogen exclusivamente transacciones entre empresas. En el caso concreto de la TIOC-2001, y siguiendo el mismo criterio que el establecido en la TIO española, las importaciones asociadas a servicios sanitarios son nulas.

Gráfico 5.4. Distribución del VAB del sector sanitario entre las diferentes actividades sanitarias que lo integran. Cataluña. 2001

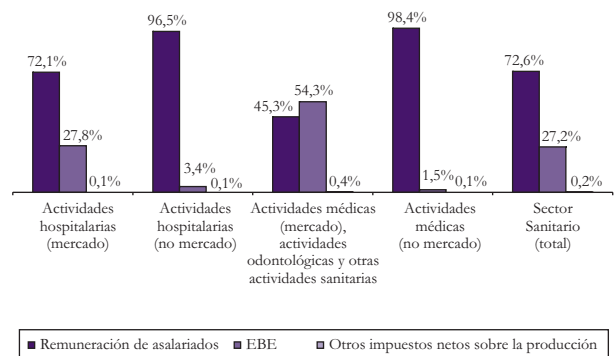


Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

De esta forma, las actividades sanitarias de mercado contribuirían en casi en 60% al VAB total del sector sanitario.

Respecto a la distribución del VAB del sector sanitario (gráfico 5.5), el 72,6% proviene de la Remuneración de asalariados, el 27,2% del Excedente bruto de explotación y el 0,2% restante de Otros impuestos netos sobre la producción. Sin embargo si se desagrega el sector, se observan diferencias muy notables entre las actividades sanitarias de mercado y de

Gráfico 5.5. Distribución por componentes del VAB del sector sanitario*. Cataluña. 2001.



Nota: *Actividades sanitarias (total) es la agregación de los resultados de las Actividades hospitalarias (mercado); Actividades hospitalarias (no mercado); Actividades médicas (mercado), actividades odontológicas y otras actividades sanitarias, y Actividades médicas (no mercado). Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

⁵² Es preciso destacar que esta cifra del 3,8% no es comparable con el 5% que aparecía en la sección 4 como contribución del sector sanitario al VAB (gráfico 4.1). Así, mientras que en esta sección se analiza exclusivamente la aportación de las actividades sanitarias, en la sección 4 se consideraban conjuntamente las actividades sanitarias, veterinarias y servicios sociales. Además, es preciso remarcar que las fuentes también son diferentes: en la sección 4 se consideraba la CRE, mientras que en esta sección se analizan los resultados de la TIOC de 2001.

Impacto total del sector sanitario en la economía catalana: efectos multiplicadores

no mercado. Así, en el caso de las *Actividades hospitalarias de no mercado* y de las *Actividades médicas de no mercado*, la práctica totalidad de su VAB viene determinado por costes laborales⁵². En cambio, en el caso de las *Actividades hospitalarias de mercado*, el Excedente bruto de explotación supone el 27,8% de su VAB, mientras que este porcentaje se incrementa hasta el 54,3% en el caso de las *Actividades médicas de mercado, odontológicas y otras actividades sanitarias*.

¿Quiénes son los principales proveedores del sector sanitario?

A continuación, y centrando el análisis en los consumos intermedios realizados por el sector sanitario, la tabla 5.6 y la figura 5.5 recogen los principales bienes y servicios consumidos a lo largo de su proceso productivo por las diferentes actividades sanitarias consideradas, indicando a la vez su proce-

Tabla 5.6. Principales bienes y servicios demandados por el sector sanitario*. Cataluña. 2001.

CÓDIGO TIOC	Grupo de Productos	Peso respecto total consumos intermedios del sector sanitario	Procedencia de los productos		
			Interior	Resto de España	Extranjero
109	Servicios de consultas médicas (mercado), de odontología y otros servicios sanitarios	31,7%	100,0%	0,0%	0,0%
059	Equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, de precisión, óptica y relojería	12,4%	7,5%	5,6%	86,9%
037	Productos farmacéuticos	9,9%	15,0%	29,4%	55,6%
073	Servicios de comercio al por mayor e intermediarios (excepto vehículos de motor)	7,8%	100,0%	0,0%	0,0%
097	Servicios industriales de limpieza	4,8%	100,0%	0,0%	0,0%
088	Servicios inmobiliarios	3,7%	100,0%	0,0%	0,0%
035	Jabones, perfumes y productos de higiene	3,1%	26,7%	13,8%	59,4%
093	Servicios jurídicos, de contabilidad y asesoramiento a la gestión empresarial	2,9%	82,4%	10,8%	6,8%
085	Servicios de mediación financiera (excepto seguros y planes de pensiones)	2,0%	94,2%	2,3%	3,5%
076	Servicios de restaurantes, de establecimientos de bebidas, de comedores colectivos y provisión de comidas preparadas	1,7%	87,4%	12,5%	0,0%
092	Servicios de investigación y desarrollo	1,6%	97,6%	2,4%	0,0%
066	Servicios de producción y distribución de energía eléctrica	1,4%	61,1%	38,9%	0,0%
084	Servicios de telecomunicaciones	1,1%	100,0%	0,0%	0,0%
036	Productos agroquímicos, fibras artificiales y sintéticas y otros productos químicos	1,1%	20,6%	17,5%	61,9%
051	Otra maquinaria y equipos mecánicos, maquinaria agraria y máquinas herramienta	1,1%	60,8%	19,0%	20,3%
070	Trabajos de construcción de edificios no residenciales	1,1%	100,0%	0,0%	0,0%
074	Servicios de comercio al por menor (excepto vehículos de motor) y de reparaciones	1,1%	88,5%	11,5%	0,0%
023	Piezas de cuero, ropa de trabajo y piezas y complementos de vestir	0,9%	44,2%	55,8%	0,0%
	<i>Resto de productos</i>	<i>10,7%</i>	-	-	-
	TOTAL	100,0%	71,5%	7,5%	21,0%

Nota: Las Actividades sanitarias agregan los resultados de las Actividades hospitalarias (mercado); Actividades hospitalarias (no mercado); Actividades médicas (mercado), actividades odontológicas y otras actividades sanitarias, y Actividades médicas (no mercado).
Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

⁵³ En el caso de la sanidad pública (de no mercado), se considera que el excedente neto es cero y sólo se tienen en cuenta las amortizaciones. En el caso de la sanidad privada (de mercado), el excedente incluye conceptos muy diversos, como son los beneficios empresariales, las amortizaciones, los gastos financieros o los ingresos de los profesionales autónomos.

Figura 5.5. Principales bienes y servicios demandados por el sector sanitario*. Cataluña. 2001.



Nota: *Sector sanitario agrega los resultados de las Actividades hospitalarias (mercado); Actividades hospitalarias (no mercado); Actividades médicas (mercado), actividades odontológicas y otras actividades sanitarias, y Actividades médicas (no mercado). Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

dencia geográfica (producidos en el interior de Cataluña, importados del resto de España o importados del extranjero).

Como se puede observar, el 31,7% del total de consumos intermedios del sector sanitario fueron de sus propios servicios, en concreto de los *Servicios de consultas médicas de mercado, servicios de odontología y otros servicios sanitarios*, todos provistos desde Cataluña. Seguidamente, destacarían también los *Equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, de precisión, óptica y relojería* (12,4%), importados en la práctica totalidad del extranjero; *Productos farmacéuticos* (9,9%), importados en buena parte del extranjero y del resto del Estado; *Servicios de comercio al por mayor e intermediarios* (7,8%); *Servicios industriales de limpieza* (4,8%), y *Servicios inmobiliarios* (3,7%), procedentes en un 100% de Cataluña, y *Jabones, perfumes y productos de higiene* (3,1%), importados en un 60% del extranjero.

Considerando el total de bienes y servicios demandados por el sector sanitario, se concluye que el 71,5% son producidos en Cataluña y el 28,5% importados de fuera (el 7,5% importados del resto de España y el 21% del extranjero). Estas cifras muestran una dependencia relativamente escasa de proveedores de fuera de Cataluña, notablemente inferior a la media de todas las ramas (39% de importaciones de fuera de Cataluña), si bien es superior a la observada en otras

clases de servicios (22% en mediación financiera, 15% en educación, 7% en actividades inmobiliarias, etc.).

La tabla 5.7 muestra los principales bienes y servicios demandados por el sector sanitario, distinguiendo según hayan sido producidos en Cataluña, importados del resto de España o importados del extranjero. Así, se observa que un 44,4% del consumo intermedio total de los productos producidos en Cataluña se corresponden a *Servicios de consultas médicas de mercado*, un 11% a *Servicios de comercio al por mayor e intermediarios*, un 6,7% a *Servicios industriales de limpieza* y un 5,2% a *Servicios inmobiliarios*.

Respecto a los bienes y servicios demandados por el sector sanitario y que han sido importados del resto de España, se destacarían, por orden de importancia, los *Productos farmacéuticos* (suponiendo un 38,6% del consumo intermedio total de productos importados por esta rama del resto de España), *Equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, de precisión, óptica y relojería* (9,2%), *Servicios de producción y distribución de energía eléctrica* (7%), y *Prendas de cuero, ropa de trabajo y prendas y complementos de vestir* (6,7%).

Finalmente, en relación a los bienes y servicios demandados por el sector sanitario y que han sido importados del extranjero, se destacarían básicamente dos: *Equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, de precisión, óptica y relojería* (51,4% del consumo intermedio total de productos importados del extranjero) y *Productos farmacéuticos* (26,4%), además de *Jabón, perfumes y productos de higiene* (8,7%).

Por último, la tabla 5.8 recoge la importancia relativa que tiene la demanda que hace el sector sanitario a sus principales proveedores. Concretamente, se muestra qué peso tiene su demanda tanto respecto a la demanda intermedia total que tienen estos bienes y servicios como respecto a su producción total. Así, por ejemplo, en la primera fila de esta tabla se observaría que la demanda realizada por el sector sani-

Impacto total del sector sanitario en la economía catalana: efectos multiplicadores

Tabla 5.7. Principales bienes y servicios demandados por el sector sanitario* según la procedencia geográfica. Cataluña. 2001.

Producción realizada en Cataluña	Peso	Producción importada del resto del Estado	Peso	Producción importada del extranjero	Peso
Servicios de consultas médicas (mercado), etc.	44,4%	Productos farmacéuticos	38,6%	Equipos e instrumentos médico-quirúrgicos etc.	51,4%
Servicios de comercio al por mayor e intermediarios	11,0%	Equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, etc.	9,2%	Productos farmacéuticos	26,4%
Servicios industriales de limpieza	6,7%	Servicios de prod. y dist. de energía eléctrica	7,0%	Jabón, perfumes y productos de higiene	8,7%
Servicios inmobiliarios y complementos de vestir, etc.	5,2%	Prendas de cuero, ropa de trabajo y prendas	6,7%	Productos agroquímicos, fibras artificiales y sintéticas y otros productos químicos	3,2%
Servicios jurídicos, de contabilidad y asesoramiento a la gestión empresarial	3,3%	Jabón perfumes y productos de higiene	5,6%	Vidrio y productos de vidrio	1,9%
Servicios de mediación financiera (excepto seguros y planes de pensiones)	2,6%	Servicios jurídicos, de contabilidad y asesoramiento a la gestión empresarial	4,1%	Máquinas de oficina y equipos informáticos	1,3%
Servicios de investigación y desarrollo	2,1%	Servicios de restaurantes, bebidas, de comedores colectivos y provisión de comidas preparadas	2,9%	Productos químicos orgánicos básicos, adobos y compuestos nitrogenados, etc.	1,2%
Servicios de restaurantes, de bebidas, de comedores colectivos y provisión de comidas preparada	2,1%	Otra maquinaria y equipos mecánicos, maquinaria agraria y máquinas herramienta	2,7%	Gases industriales, colorantes y pigmentos y productos químicos inorgánicos básicos	1,1%
Productos farmacéuticos	2,1%	Productos agroquímicos, fibras artificiales y sintéticas y otros productos químicos	2,5%	Otra maquinaria y equipos mecánicos, maquinaria agraria y máquinas herramienta	1,0%
Servicios de telecomunicaciones	1,6%	Artículos de papel y cartón	1,7%	Servicios jurídicos, de contabilidad y asesoramiento a la gestión empresarial	0,9%
Trabajos de construcción de edificios no residenciales	1,5%	Vidrio y productos de vidrio	1,7%	Motores eléctricos y transformadores, aparatos de dist. eléctricos, etc.	0,4%
Servicios de comercio al por menor (excepto vehículos de motor) y de reparaciones	1,3%	Servicios de comercio al por menor (excepto vehículos de motor) y de reparaciones	1,6%	Productos de la pesca, la acuicultura y servicios relacionados	0,4%
Equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, de precisión, óptica y relojería	1,3%	Productos de la edición	1,5%	Servicios de acabado de textil y artículos confeccionados con textiles	0,4%
Servicios de producción y distribución de energía eléctrica	1,2%	Servicios de otras clases de transporte terrestre y de transporte por cañería	1,5%	Servicios de mediación financiera (excepto seguros y planes de pensiones)	0,3%
<i>Resto de productos</i>	<i>12,5%</i>	<i>Resto de productos</i>	<i>11,7%</i>	<i>Resto de productos</i>	<i>1,2%</i>
TOTAL	100%	TOTAL	100%	TOTAL	100%

Nota: *Sector sanitario agrega los resultados de las Actividades hospitalarias (mercado); Actividades hospitalarias (no mercado); Actividades médicas (mercado), actividades odontológicas y otras actividades sanitarias, y Actividades médicas (no mercado).
Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

tario supondría el 34,9% del total de la demanda intermedia efectuada de *Equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, de precisión, óptica y relojería* y el 12,6% del total de su producción.

Entre los principales resultados obtenidos destacaría que la demanda procedente del sector sanitario es más importante en términos comparativos para los *Equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, de precisión, óptica y relojería* ya mencionados, para los *Productos farmacéuticos* (suponiendo el 15,8% de toda la

demanda intermedia de esta clase de productos y el 3,4% de toda la producción de éstos), para los *Jabones, perfumes y productos de higiene* (10,2 y 2,1%, respectivamente) o para los *Servicios industriales de limpieza* (7,6 y 6,8%). Adicionalmente, se observa que, si bien en el caso de los *Servicios de restaurantes, de establecimientos de bebidas, de comedores colectivos y provisión de comidas preparadas* la demanda procedente de las actividades sanitarias supone un 7,6% del total de la demanda intermedia

Tabla 5.8. Importancia relativa de la demanda realizada por el sector sanitario para sus principales proveedores. Cataluña. 2001.

CÓDIGO TIOC	Producto	Peso de la demanda realizada por el sector sanitario respecto de la demanda intermedia total de cada producto	Peso de la demanda realizada por el sector sanitario respecto a la producción total de cada producto
059	Equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, de precisión, óptica y relojería	34,9%	12,6%
037	Productos farmacéuticos	15,8%	3,4%
035	Jabones, perfumes y productos de higiene	10,2%	2,1%
097	Servicios industriales de limpieza	7,6%	6,8%
076	Servicios de restaurantes, de establecimientos de bebidas, de comedores colectivos y provisión de comidas preparadas	7,6%	0,3%
023	Prendas de cuero, ropa de trabajo y Prendas y complementos de vestir; pieles y artículos de peletería	6,1%	1,5%
074	Servicios de comercio al por menor (excepto vehículos de motor) y de reparaciones	4,8%	0,3%
092	Servicios de investigación y desarrollo	4,7%	2,6%
121	Otros servicios personales	3,9%	0,7%
089	Servicios en alquiler de automóviles	3,6%	2,3%

Nota: Se han excluido de la tabla los servicios de consultas médicas de mercado, principal servicio demandado por el sector sanitario. *Sector sanitario agrega los resultados de las Actividades hospitalarias de mercado; Actividades hospitalarias de no mercado; Actividades médicas de mercado, odontológicas y otras actividades sanitarias, y Actividades médicas de no mercado.
Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

que tienen estos servicios, el peso que tiene sobre su producción total es muy pequeño (0,3%). Este resultado se explicaría por el hecho que los principales clientes de esta clase de *Servicios de restaurantes* son los hogares (96,7%), mientras que es muy baja la proporción que destinan de su producción a satisfacer demanda procedente de otras ramas de actividad (3,6%). Una situación similar sucede en el caso de las *Prendas de cuero, ropa de trabajo y prendas y complementos de vestir* o de los *Servicios de comercio al por menor* (véase Box 5.1 y Box 5.2).

5.3 El sector sanitario y sus efectos multiplicadores sobre la economía catalana

Dentro de la literatura de las tablas input-output es habitual clasificar las diferentes ramas de actividad según su capacidad de *arrastré*, entendiendo este concepto como la calidad de un sector de inducir un aumento de la producción en el resto de sectores. En este sentido, se suelen definir como *sectores con*

efectos arrastre hacia atrás a aquellos que, para poder producir una unidad de su producción, requieren en una proporción comparativamente superior de otros *inputs* intermedios provenientes de distintos sectores. Así, puede decirse que esta clase de sectores pueden favorecer más el crecimiento económico de una área, puesto que, fruto de sus efectos multiplicadores, “arrastran” fuertemente al resto de sectores para satisfacer su demanda final. Adicionalmente, se definen como *sectores con efectos arrastre hacia delante* aquellos que, para satisfacer un incremento de la demanda final del resto de sectores, requieren una cantidad de su producción comparativamente superior al del resto.

¿Cuál es la capacidad de arrastre del sector sanitario?

Llegados a este punto, y conforme a los resultados de los dos apartados anteriores, parece que el sector sanitario no se destaca especialmente por presentar ninguno de los dos efectos arrastre mencionados. Así, no se caracteriza por requerir

BOX 5.1. Peso del sector sanitario en la economía catalana. 2001.

Ramas de actividad	Producción	VAB ⁽¹⁾	RA ⁽¹⁾	EBE ⁽¹⁾	Puestos de trabajo ⁽²⁾	Prod. ap. ⁽³⁾
Actividades hospitalarias de mercado	0,5%	0,8%	1,1%	0,5%	0,9%	96,0
Actividades hospitalarias de no mercado	0,6%	1,0%	1,9%	0,1%	1,2%	89,2
Act. médicas de mercado, odontológicas y otras act. sanitarias	1,1%	1,4%	1,2%	1,7%	1,3%	108,2
Actividades médicas de no mercado	0,5%	0,5%	1,0%	0,0%	0,6%	88,0
Sector sanitario	2,7%	3,8%	5,2%	2,3%	4,0%	96,7

(1) VAB: Valor añadido bruto. RA: Remuneración de asalariados. EBE: Excedente bruto de explotación. (2) Puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo. (3) Productividad aparente (valor 100 para el total de economía).

- Según la TIOC 2001, el sector sanitario generó en el año 2001 el 2,7% de la producción total en Cataluña (el 1,1% procedente de actividades hospitalarias y el 1,6% restante de actividades médicas) y el 3,8% del VAB (generando las actividades hospitalarias un 1,8% y las actividades médicas el 1,9% restante). Las actividades sanitarias de producción privada (tanto hospitalarias como médicas) explicarían cerca del 60% tanto de la producción total del sector como del VAB total generado por este, mientras que las actividades sanitarias de producción pública explicarían el 40% restante.
- El sector sanitario generó en el año 2001 el 5,2% del total de las remuneraciones de asalariados de Cataluña (el 3% generadas por actividades hospitalarias y el 2,2% restante por actividades médicas) y 2,3% del excedente bruto de explotación total (0,6 y 1,7%, respectivamente). Mientras que el 44% de las remuneraciones de asalariados del sector sanitario provino de actividades sanitarias de producción privada, este porcentaje fue del 96% en el caso del excedente bruto de explotación.
- El sector sanitario concentró el 4% del total de puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo de Cataluña (el 2,1% en actividades hospitalarias y el 1,9% restante en actividades médicas).
- El sector sanitario (en conjunto) tuvo el año 2001 una productividad aparente inferior a la productividad total de Cataluña. Considerando de manera separada las diferentes actividades sanitarias que lo integran, se observa que únicamente la rama de Actividades médicas de mercado, odontológicas y otras actividades sanitarias fue claramente más productiva que el total. En general, las actividades sanitarias mostraron una mayor productividad que otras actividades terciarias como por ejemplo el comercio al detalle, la enseñanza (exceptuando la enseñanza superior de mercado) o los servicios sociales.

una cantidad elevada de bienes y servicios procedentes de otras ramas para llevar a cabo su actividad, ya que sólo destina un 34,3% de sus recursos a consumos intermedios (o un 21,5% si se excluyen los consumos intermedios que hace de servicios de consultas médicas de mercado)⁵⁴. A su vez, el resto de ramas tampoco demandan de una manera significativa servicios sanitarios para hacer frente a su actividad, ya que el sector sanitario únicamente destina un 12,5% de su producción a cubrir demanda intermedia procedente de otras ramas (o un 1,6% si se excluye la demanda procedente del mismo sector sanitario). En este sentido, es preciso recordar que, además, tal

como se ha mostrado en el apartado anterior, tanto los *Servicios hospitalarios de no mercado* como los *Servicios de consultas médicas de no mercado* no destinan ninguna proporción de su producción a cubrir demanda intermedia y no muestran, por lo tanto, ningún arrastre hacia delante.

Esta intuición parece constatarse tanto cuando se calculan los coeficientes de Chenery y Watanabe (a partir de los que se concluye que el sector sanitario es un sector no manufacturero destinado a cubrir básicamente demanda final y sin vínculos hacia delante ni hacia atrás) como a partir de los índices de Rasmussen^{55,56}.

⁵⁴ No obstante, una progresiva tecnificación del sector sanitario haría incrementar los requerimientos de *inputs* intermedios y, por lo tanto, incrementar su capacidad de arrastre hacia atrás.

⁵⁵ Únicamente la rama de *Actividades médicas de mercado, odontológicas y otras actividades sanitarias* parecería mostrar *arrastrés* hacia delante a partir de los índices de Rasmussen (véase apéndice 4). En este sentido, sin embargo, es preciso recordar que una parte muy importante de la demanda intermedia de esta rama proviene del propio sector sanitario, derivado, en el caso de las actividades hospitalarias y médicas de mercado, de los concertos existentes entre la sanidad pública y la privada.

⁵⁶ Para un análisis de los coeficientes de Chenery y Watanabe y de los índices de Rasmussen, véase el apéndice 4. Para un mayor detalle consúltese, entre otros, los trabajos de Muñoz Cid (1988), "Elaboración y utilización de las tablas input-output regionales", *Papeles de Economía Española*, 35, 457-469, y Cañada Martínez (1994), "Las Tablas Input-Output como sistema de información de la actividad industrial", *Economía Industrial*, siete/octubre 94, 15-33.

BOX 5.2. Relaciones intersectoriales del sector sanitario

- Según la Tabla Input-Output de Cataluña del año 2001, el 12,5% de la producción del sector sanitario fue dirigida a satisfacer la demanda intermedia proveniente de las diferentes ramas de actividad, el 31,8% fue destinada a cubrir la demanda final de los hogares y el 55,6% la demanda final de las administraciones públicas y entidades sin fines de lucro.
- Las principales ramas demandantes de servicios sanitarios fueron las mismas actividades sanitarias (concentrando el 80% del total de demanda intermedia del sector sanitario). Del resto, se destacarían únicamente la Fabricación de productos farmacéuticos (1,7%), la Producción y distribución de energía eléctrica (1,4%), la Fabricación y elaboración de otros productos alimenticios (1%) y Otras actividades de servicios sociales (1%).
- El sector sanitario destinó el 34,3% del valor de la producción total a financiar su consumo intermedio (bienes y servicios que necesita para llevar a cabo su actividad), mientras que el 65,7% restante fue destinado a financiar sus requerimientos de factores trabajo y capital. El VAB generado por el sector sanitario se distribuyó entre Remuneración de asalariados (72,6% del VAB total), Excedente bruto de explotación y rentas mixtas (27,2%) y Otros impuestos netos sobre la producción (0,2%).
- Los principales bienes y servicios demandados por el sector sanitario para utilizarlos a lo largo de su proceso productivo fueron, por orden de importancia: Servicios de consultas médicas de mercado, servicios de odontología y otros servicios sanitarios (31,7% del total de sus consumos intermedios), Equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, de precisión, óptica y relojería (12,4%), Productos farmacéuticos (9,9%), Servicios de comercio al por mayor (7,8%), Servicios industriales de limpieza (4,8%), Servicios inmobiliarios (3,7%) y Jabón, perfumes y productos de higiene (3,1%).
- El 71,5% de su consumo intermedio de bienes y servicios fue producido en Cataluña, el 7,5% importado del resto de España y el 21% importado del extranjero. Hay una fuerte dependencia del extranjero en Equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, de precisión, óptica y relojería (el 86,9% del total de equipamientos requeridos son importados del extranjero), Productos farmacéuticos (el 55,6% del total de productos farmacéuticos requeridos) y Jabón, perfumes y productos de higiene (59,4%). La dependencia respecto de productos procedentes del resto de España es notable en el caso de Servicios de producción y distribución de energía eléctrica (38,9% del total de estos servicios son importados del resto del estado) y Productos farmacéuticos (29,4%).

No obstante, con independencia de no revelarse, en términos generales, como un sector con notables efectos arrastre, es evidente que, tal y como se ha constatado, para realizar su actividad el sector sanitario requiere de determinados bienes y servicios que son ofrecidos por otras ramas, como por ejemplo productos farmacéuticos, equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, servicios industriales de limpieza, jabón y productos de higiene, etc. De esta forma, para hacer frente a un incremento de la demanda sanitaria por parte de los hogares o de las administraciones públicas, el sector sanitario tiene que comprar más cantidad de los mencionados bienes y servicios. Este hecho requeriría, por tanto, un incremento de la producción de estos productos, cosa que generaría una serie de efectos multiplicadores sobre todo el sistema como consecuencia del incremento de la demanda final de servicios sanitarios.

Es, precisamente, la presencia de estos efectos multiplicadores lo que hace que, cuando se analiza la contribución a la economía catalana de un sector como el sanitario, no sea correcto analizar únicamente sus efectos directos (rentas gene-

radas directamente por el sector en términos de remuneración de asalariados o excedente bruto de explotación, número de puestos de trabajo, etc.), sino que sea necesario contabilizar también todos los efectos indirectos que produce sobre el resto de ramas del sistema (puestos de trabajo de otras ramas que son necesarios para satisfacer la demanda intermedia del sector sanitario, remuneración de asalariados que trabajan indirectamente para estas, etc.). En este sentido, la disponibilidad de la TIOO 2001 posibilita cuantificar estos efectos multiplicadores de manera que se pueda medir la contribución total (directa e indirecta) del sector sanitario sobre la economía catalana.

¿Cuál sería el efecto total sobre la economía catalana de un incremento de la demanda sanitaria por parte de los hogares o de las administraciones públicas?

El primer multiplicador que se puede calcular recibe el nombre de multiplicador de la producción⁵⁷ e indica cuánto tendría que aumentar la producción de todas las ramas de la economía para satisfacer un incremento de la demanda final

⁵⁷ Este multiplicador se obtiene como la suma por columnas de los elementos de la matriz inversa de Leontief interior (véase apéndice 4). Para un análisis más detallado del cálculo de este multiplicador, véase Cañada Martínez (1994), "Las Tablas Input-Output como sistema de información de la actividad industrial", *Economía Industrial*, siete/octubre 94, 15-33.

de una rama concreta. Tal y como se muestra en la tabla 5.9, se puede obtener un multiplicador de la producción para cada una de las cuatro ramas que conforman el sector sanitario. Así, este multiplicador sería de 1,30 para las *Actividades hospitalarias de mercado*, de 1,26 para las *Actividades hospitalarias de no mercado*, de 1,31 para las *Actividades médicas de mercado, odontológicas y otras actividades sanitarias* y de 1,38 para las *Actividades médicas de no mercado*. De esta forma, el multiplicador medio del sector sanitario sería de 1,31, valor que indicaría que un incremento de la demanda final (privada o pública) de servicios sanitarios por un valor de un millón de euros generaría un incremento medio de la producción global de todas las ramas de la economía (y no únicamente del sector sanitario) de un millón trescientos diez mil euros. De esta forma, además del incremento directo de la producción de servicios sanitarios de un millón de euros, se generaría un incremento adicional de la producción del resto de ramas por un valor de trescientos diez mil euros. Dentro de estos se esta-

Tabla 5.9. Multiplicador de la producción del sector sanitario. Cataluña. 2001

Código TIOC	Ramas	Multiplicador de la producción
107	Actividades hospitalarias (mercado)	1,30
108	Actividades hospitalarias (no mercado)	1,26
109	Actividades médicas (mercado), odontológicas y otras act. sanitarias	1,31
110	Actividades médicas (no mercado)	1,38
<i>Media ponderada del sector sanitario⁽¹⁾</i>		<i>1,31</i>
<i>Media ponderada⁽²⁾ de las 122 ramas (Cataluña)</i>		<i>1,45</i>

Nota: ⁽¹⁾ El promedio del sector sanitario se calcula como un promedio ponderado de los multiplicadores de la producción de las Actividades hospitalarias de mercado; Actividades hospitalarias de no mercado; Actividades médicas de mercado, odontológicas y otras act. sanitarias, y Actividades médicas de no mercado. La ponderación se basa en la participación de cada rama en la producción total del sector sanitario.

⁽²⁾ La ponderación se basa en la participación de cada rama en la producción total.
Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

ría considerando, por lo tanto, el incremento que tendría que generarse también de productos farmacéuticos, de servicios de restaurantes, de equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, de jabón y productos de higiene, etc., es decir, de todos los bienes y servicios requeridos por el sector sanitario para desarrollar su actividad. Además, se estarían considerando también todos los incrementos de producción de otros bienes o servicios que demandarían las empresas fabricantes de productos farmacéuticos, de equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, etc., para poder llevar a cabo su producción.

Si se compara este valor medio del multiplicador de la producción del sector sanitario con el valor medio de todas las ramas del sistema, se observa que el primero es inferior a la media ponderada (1,31, frente al 1,45). Este menor valor se explicaría porque, tal y como se ha comentado, el sector sanitario no se caracteriza por mostrar unos efectos de arrastre hacia atrás notables (fruto del relativamente bajo peso de su consumo intermedio respecto a sus recursos totales).

Si se comparan a la vez los multiplicadores de la producción de las actividades sanitarias con el resto de ramas de una manera individual, se obtiene que los efectos de arrastre de estas son inferiores a los de otras actividades terciarias, como por ejemplo actividades afines a los transportes, comercio al por mayor, comercio al por menor, restaurantes u hostelería. A pesar de ello, muestran una capacidad de arrastre mayor que otras actividades relacionadas con la enseñanza (a excepción de la enseñanza superior), servicios sociales, actividades inmobiliarias o mediación financiera.

¿Qué efecto tendría sobre el empleo un incremento de la demanda sanitaria por parte de los hogares o de las administraciones públicas?

Si el mismo razonamiento seguido en el caso del multiplicador de la producción se aplica al caso del empleo (tablas

5.10 y 5.11), se observa que será necesario contabilizar no únicamente los puestos de trabajo directos del sector sanitario, sino también todos los puestos de trabajo de otras ramas cuyos productos sean indirectamente requeridos para hacer frente a un aumento de la demanda sanitaria. Tal y como se muestra en la tabla 5.10, los requerimientos directos de puestos de trabajo de las *Actividades hospitalarias de mercado* fueron en el año 2001 de 20,6 puestos de trabajo por cada millón de euros de producción, cifra obtenida dividiendo el valor de su producción por el número de puestos de trabajo en estas actividades. En cambio, si se consideran todos los efectos multiplicadores de la producción anteriormente mencionados, se observa que para hacer frente a un incremento adicional de un millón de euros de la demanda final de actividades hospitalarias de mercado por parte de los hogares o de las administraciones públicas se requeriría un total de 25,1 puestos de trabajo (24,1 asalariados y 1 autónomo)⁵⁸. Estos 25,1 puestos de trabajo necesarios para satisfacer el incremento de demanda de estas actividades incluirían

Tabla 5.10. Requerimientos directos y totales de puestos de trabajo del sector sanitario. Cataluña. 2001.

	Requerimientos directos ⁽¹⁾	Requerimientos totales ⁽¹⁾
Actividades hospitalarias (mercado)	20,6	25,1
Actividades hospitalarias (no mercado)	24,8	29,1
Act. médicas (mercado), odontológicas y otras act. sanitarias	12,7	16,1
Actividades médicas (no mercado)	15,6	21,0
<i>Media ponderada sector sanitario</i> ⁽²⁾	17,4	21,6
<i>Media ponderada de las 122 ramas de actividad</i> ⁽³⁾	11,9	16,4

NNota: ⁽¹⁾Los requerimientos directos hacen referencia al número de trabajadores por millón de euros de producción de cada servicio, mientras que los requerimientos totales son el número de trabajadores por millón de euros de demanda final de cada servicio.

⁽²⁾La ponderación se basa en la participación de cada rama en la producción total del sector sanitario.

⁽³⁾La ponderación se basa en la participación de cada rama en la producción total.

Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

⁵⁸ Estos requerimientos totales se calculan a partir de los requerimientos directos de puestos de trabajo y de la inversa de la matriz de Leontief interior. Para un análisis más detallado del cálculo, véase Cañada Martínez (1994), "Las Tablas Input-Output como sistema de información de la actividad industrial", *Economía Industrial*, siete/octubre 94, 15-33.

Tabla 5.11. Requerimientos directos y totales de puestos de trabajo asalariados del sector sanitario. Cataluña. 2001.

	Requerimientos directos ⁽¹⁾	Requerimientos totales ⁽¹⁾
Actividades hospitalarias (mercado)	20,6	24,1
Actividades hospitalarias (no mercado)	24,8	28,0
Act. médicas (mercado), odontológicas y otras act. sanitarias	9,4	12,1
Actividades médicas (no mercado)	15,6	20,0
<i>Media ponderada sector sanitario</i> ⁽²⁾	16,2	19,4
<i>Media ponderada de las 122 ramas de actividad</i> ⁽³⁾	10,3	14

NNota: ⁽¹⁾Los requerimientos directos hacen referencia al número de trabajadores por millón de euros de producción de cada servicio, mientras que los requerimientos totales son el número de trabajadores por millón de euros de demanda final de cada servicio.

⁽²⁾La ponderación se basa en la participación de cada rama en la producción total del sector sanitario.

⁽³⁾La ponderación se basa en la participación de cada rama en la producción total.

Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

tanto trabajadores en la rama de *Actividades hospitalarias de mercado* como en las otras ramas relacionadas indirectamente con ella. En el caso de las *Actividades hospitalarias de no mercado*, tanto la cifra de requerimientos directos como indirectos son ligeramente superiores (24,8 y 29,1, respectivamente), mientras que ocurre lo contrario en el caso de las *Actividades médicas de mercado, odontológicas y otras actividades sanitarias* (12,7 y 16,1, respectivamente) y de las *Actividades médicas de no mercado* (15,6 y 21).

A partir de estos datos se podrían obtener los requerimientos directos e indirectos medios del sector sanitario. Así, por cada millón de euros de producción del sector sanitario se necesitarían de una manera directa 17,4 puestos de trabajo, mientras que para hacer frente a un incremento adicional de un millón de euros de la demanda final del sector por parte de los hogares o de las administraciones públicas se requeriría un total de 21,6 (considerando conjuntamente todo el sistema). Si esta cifra media de requerimientos totales (21,6) se compara con el promedio de todas las ramas de la economía (16,4), se podría concluir que el impacto de un incremento de la demanda final del sector sanitario tendría

un efecto global sobre la ocupación de Cataluña claramente superior al impacto promedio de las 122 ramas consideradas. Este fuerte impacto en términos de puestos de trabajo se explicaría porque especialmente las *Actividades hospitalarias de mercado* y las *Actividades hospitalarias de no mercado* son notablemente intensivas en mano de obra.

¿Qué efecto tendría sobre las rentas del trabajo y del capital un incremento de la demanda sanitaria por parte de los hogares o de las administraciones públicas?

De forma similar, se pueden computar las rentas generadas directa e indirectamente por el sector sanitario. Tal y

como se muestra en la tabla 5.12, por cada millón de euros de producción de *Actividades hospitalarias de mercado* se generan directamente 520 miles de euros de remuneración de asalariados (rentas del trabajo) y 200 miles de euros de excedente bruto de explotación (rentas del capital). En cambio, si se tienen en cuenta todos los efectos multiplicadores, se obtiene que, para hacer frente a un incremento adicional de un millón de euros de su demanda final por parte de los hogares o de las administraciones públicas, se acabaría generando un total, para toda la economía, de 600 mil euros de remuneraciones de asalariados (frente a los 520 del efecto directo) y 280 mil euros de excedente bruto de explotación (frente a los 200 del efecto directo).

Tabla 5.12. Rentas directas y totales generadas por las actividades sanitarias. Cataluña. 2001.

Componentes del VAB	Rentas directas generadas (miles de euros) por millón de euros de producción	Rentas totales generadas (miles de euros) por millón de euros de demanda final
Remuneración de asalariados		
Actividades hospitalarias (mercado)	520	600
Actividades hospitalarias (no mercado)	780	850
Actividades médicas (mercado), actividades odontológicas y otras actividades sanitarias	270	350
Actividades médicas (no mercado)	500	600
Excedente bruto de explotación		
Actividades hospitalarias (mercado)	200	280
Actividades hospitalarias (no mercado)	30	90
Actividades médicas (mercado), actividades odontológicas y otras actividades sanitarias	330	430
Actividades médicas (no mercado)	10	120
Valor Añadido Bruto*		
Actividades hospitalarias (mercado)	730	880
Actividades hospitalarias (no mercado)	810	940
Actividades médicas (mercado), actividades odontológicas y otras actividades sanitarias	600	780
Actividades médicas (no mercado)	510	730

Nota: *El VAB se obtiene como resultado de sumar la remuneración de asalariados, el excedente bruto de explotación y otros impuestos netos sobre la producción.
Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

Si se consideran conjuntamente la remuneración de asalariados y el excedente bruto de explotación (junto con otros impuestos sobre la producción), se obtiene que, en resumen, por cada millón de euros de producción de Actividades hospitalarias de mercado se generan directamente 730 mil euros de VAB, mientras que esta cifra ascendería a 880 si se tuviesen en cuenta todos los efectos directos e indirectos.

En cuanto a las *Actividades hospitalarias de no mercado*, se puede observar que estas generan una mayor cantidad total de remuneración de asalariados (850 mil euros por millón de demanda final adicional) que el resto de ramas que configuran el sector sanitario⁵⁹, mientras que se deviene lo contrario con las *Actividades médicas de mercado, odontológicas y otras actividades sanitarias* (350).

En términos de excedente bruto de explotación, son las *Actividades hospitalarias de no mercado* las que generan menos rentas⁶⁰ (90), justo al contrario de lo que sucede con las *Actividades médicas de mercado, odontológicas y otras actividades sanitarias* (430)⁶¹.

Finalmente, son las *Actividades hospitalarias de no mercado* las que generan un mayor VAB total (940 mil euros por millón de demanda final adicional), mientras sucede lo contrario con las *Actividades médicas de no mercado* (730).

En la tabla 5.13 se muestran las rentas medias generadas por el sector sanitario en términos agregados, comparándolas con las rentas medias generadas por las 122 ramas consideradas. Como se puede observar, por cada millón de euros de producción del sector sanitario se generan directamente (en términos medios) 480 mil euros de remuneración de asalariados y 180 mil de excedente bruto de explotación. Cuando se tienen en cuenta, en cambio, todos los efectos multiplicadores, se obtiene que, para hacer frente a un incremento adicional de un millón de euros de su demanda final

Tabla 5.13. Comparación entre las rentas generadas directamente y totales por la media del sector sanitario y por la media de todas las ramas de la economía. Cataluña. 2001.

	Rentas directas generadas (miles de euros) por millón de euros de producción	Rentas totales generadas (miles de euros) por millón de euros de demanda final
Remuneración de asalariados		
Media ponderada sector sanitario ⁽¹⁾	480	560
Media ponderada 122 ramas de actividades	250	340
Excedente bruto de explotación		
Media ponderada sector sanitario ⁽¹⁾	180	270
Media ponderada 122 ramas de actividades	210	320
Valor Añadido Bruto		
Media ponderada sector sanitario ⁽¹⁾	660	830
Media ponderada 122 ramas de actividades	460	660

Nota: ⁽¹⁾Media ponderada de los resultados obtenidos en la tabla 5.12 para las Actividades hospitalarias (mercado), Actividades hospitalarias (no mercado), Actividades médicas (mercado), actividades odontológicas y otras actividades sanitarias y Actividades médicas (no mercado). La ponderación se basa en la participación de cada rama en la producción total del sector sanitario. Fuente: Elaboración propia a partir de la TIOC 2001 (Idescat).

por parte de los hogares o de las administraciones públicas, se acabaría generando un total, para toda la economía, de 560 mil euros de remuneraciones de asalariados (ante los 480 del efecto directo) y 270 mil euros de excedente bruto de explotación (ante los 180 del efecto directo). Adicionalmente, se observa que por cada millón de euros de producción del sector sanitario se generan directamente 660 mil euros de VAB, mientras que esta cifra incrementa hasta el 830 si se tienen en cuenta también los efectos multiplicadores sobre todo el sistema (véase figura 5.6).

En este sentido, es importante tener en cuenta que estas rentas generadas totales, tanto del trabajo como del capital, volverán a revertir en la economía en la medida en que los trabajadores que directa e indirectamente hayan trabajado para satisfacer la demanda de servicios sanitarios se vayan convirtiendo en consumidores y utilicen parte del su sueldo o salario para adquirir una cesta diversa de bienes y servicios. De manera similar, parte del excedente bruto de explotación percibido

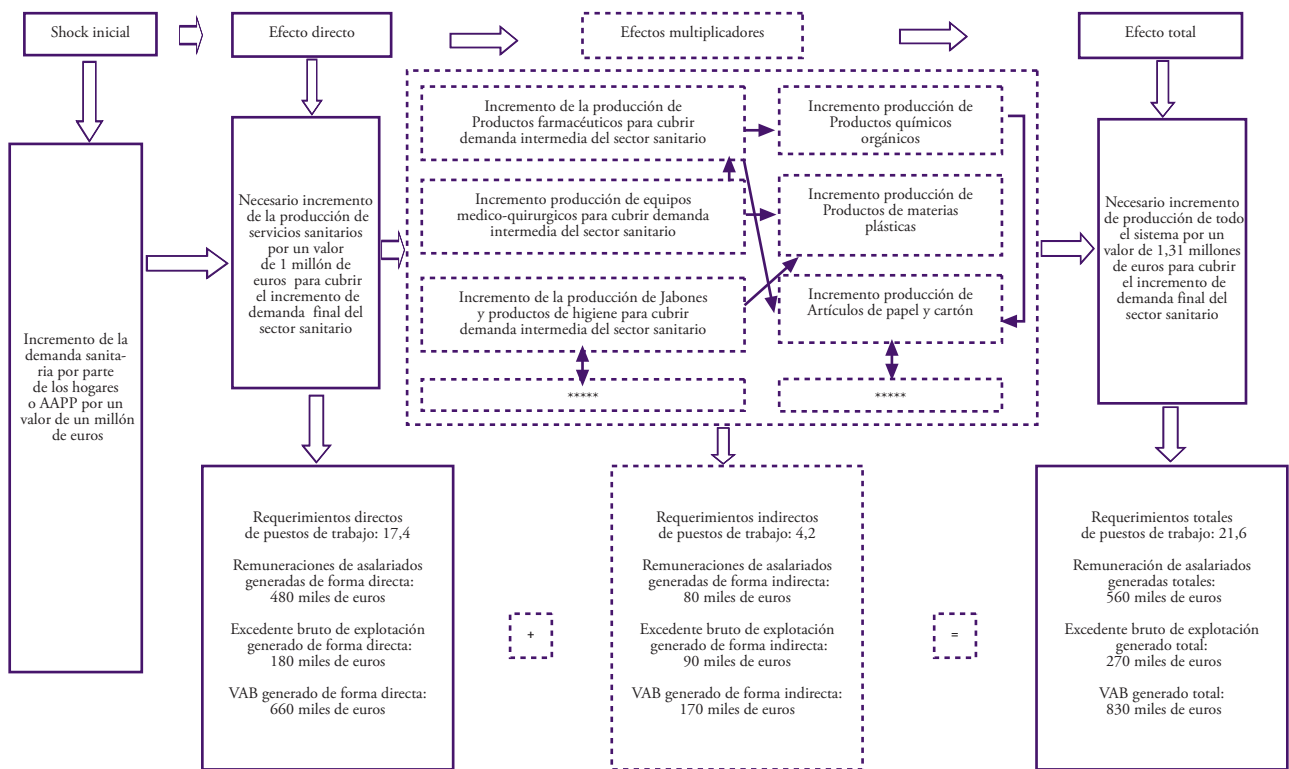
⁵⁹ Este resultado se debería al hecho de ser la rama más intensiva en mano de obra dentro del sector sanitario.

⁶⁰ Es preciso recordar que, en el caso de la sanidad pública (de no mercado), el excedente neto es cero y sólo se tienen en cuenta las amortizaciones.

⁶¹ En el caso de la sanidad privada (de mercado), es preciso destacar que el excedente incluye el beneficio empresarial, las amortizaciones, los gastos financieros o los ingresos de los profesionales autónomos.

Impacto total del sector sanitario en la economía catalana: efectos multiplicadores

Figura 5.6. Esquema de los efectos multiplicadores derivados de un incremento de la demanda final del sector sanitario.



por los empresarios se transformará en demanda futura de otros bienes y servicios. Así, el conjunto de estas rentas generadas podrían ser consideradas como efectos inducidos derivados de la misma actividad desarrollada por el sector sanitario.

Finalmente, es preciso decir que, en comparación con el promedio obtenido para todas las ramas, se concluye que, ante un aumento teórico de un millón de euros de demanda final, el sector sanitario, considerando sus efectos multiplicadores, sería capaz de generar tanto unas rentas del trabajo muy superiores a las obtenidas por una rama media (560, delante 340

mil euros) como una cantidad de VAB también superior (830, delante 660 mil euros). Lo contrario sucedería, sin embargo, en el caso del excedente bruto de explotación (270 miles del sector sanitario, frente a unos 320 del promedio de todas las ramas). Dos hechos explicarían estos resultados: primero, el perfil más *trabajo intensivo* del sector sanitario, y, segundo, la inclusión de actividades de no mercado dentro de este sector (tanto actividades hospitalarias como actividades médicas), cuyo VAB se encuentra prácticamente integrado por remuneraciones de asalariados en su totalidad.

BOX 5.3. Efectos multiplicadores del sector sanitario sobre la producción

- Puesto que el sector sanitario requiere diversos bienes y servicios para llevar a cabo la actividad, un incremento de la demanda final de servicios sanitarios por parte de los hogares o de las administraciones públicas generará una serie de efectos multiplicadores sobre todo el sistema como consecuencia de la mayor producción que tendrán que hacer el resto de ramas para satisfacer esta demanda intermedia del sector sanitario.
- La presencia de estos efectos multiplicadores hace que, para computar la contribución en la economía catalana del sector sanitario, no se tengan que contabilizar únicamente sus efectos directos (puestos de trabajo, remuneración de asalariados y excedente bruto de explotación generados, etc.), sino también todos los efectos indirectos que producen sobre el resto de ramas.
- El multiplicador de la producción medio del sector sanitario toma un valor de 1,31 (inferior al multiplicador medio de todas las ramas de la economía, 1,45). Así, un incremento de la demanda final de servicios sanitarios por parte de los hogares o de las administraciones públicas por un valor de un millón de euros generaría un incremento medio de la producción global de todas las ramas de la economía de un millón trescientos diez mil euros. Dentro de este incremento adicional de trescientos diez mil euros, se incluiría el incremento de producción que tendría que producirse también de productos farmacéuticos, de equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, de jabón y productos de higiene, etc., en definidas cuentas, de todos los bienes y servicios demandados por el sector sanitario para desarrollar su actividad (además de los incrementos de producción de otros bienes o servicios que demandarían las empresas fabricantes de productos farmacéuticos, de equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, etc., para llevar a cabo su producción). Dentro de este multiplicador también se considerarían las compras que hace el mismo sector sanitario de servicios sanitarios, de manera que se incorporarían las compras que hace la sanidad pública a la sanidad privada en concepto de conciertos.
- Este multiplicador sería de 1,38 para las Actividades médicas de no mercado, de 1,31 las Actividades médicas de mercado, odontológicas y otras actividades sanitarias, de 1,30 las Actividades hospitalarias de mercado y de 1,26 las Actividades hospitalarias de no mercado.

BOX 5.4. Efectos multiplicadores del sector sanitario sobre los puestos de trabajo

- Por cada millón de euros de producción del sector sanitario se requieren de forma directa 17,4 puestos de trabajo. Teniendo en cuenta, no obstante, sus efectos multiplicadores, para hacer frente a un incremento adicional de un millón de euros de la demanda final de servicios sanitarios por parte de los hogares o de las administraciones públicas, se requeriría un total de 21,6 puestos de trabajo (19,4 asalariados y 2,2 autónomos). De esta forma, y por razón de los consumos intermedios que realizaría el sector sanitario, se generarían 4,2 puestos de trabajo de forma indirecta (distribuidos entre el resto de ramas del sistema). Las Actividades hospitalarias de mercado y de no mercado muestran unos requerimientos de puestos de trabajo comparativamente superiores a los de las Actividades médicas de mercado y de no mercado.
- Este impacto es superior a la media de todas las ramas. Así, el promedio de estos requerimientos totales para las 122 ramas de actividad sería de 16,4, cifra inferior a la de 21,6 obtenida por el sector sanitario.

BOX 5.5. Efectos multiplicadores del sector sanitario sobre las rentas generadas

- Por cada millón de euros de producción del sector se generan de forma directa 480 mil euros de remuneración de asalariados y 180 mil euros de excedente bruto de explotación. En cambio, teniendo en cuenta los efectos multiplicadores, un incremento adicional de un millón de euros de la demanda final de servicios sanitarios por parte de los hogares o de las administraciones públicas acabaría generando un total de 560 mil euros de remuneraciones de asalariados (efecto indirecto de 80 mil euros) y 270 mil euros de excedente bruto de explotación (efecto indirecto de 90 mil euros).
- En resumen, por cada millón de euros de producción del sector sanitario se generan directamente 660 mil euros de VAB, mientras que esta cifra ascendería a 830 si se tuviesen en cuenta la totalidad de efectos directos e indirectos. De esta forma, y por razón de los consumos intermedios que haría el sector sanitario, se generarían 170 mil euros adicionales de VAB de forma indirecta (distribuidos entre el resto de ramas del sistema).
- Este impacto del sector sanitario en términos de VAB derivado de los efectos multiplicadores es superior a la media de todas las ramas. Así, el promedio del VAB total generado por las 122 ramas de actividad sería de 660 mil euros, cifra inferior a los 830 mil euros del sector sanitario.

6. Conclusiones

En esta monografía se ha pretendido cuantificar de la manera más fidedigna posible el peso que el sector sanitario tiene en la economía catalana. Para conseguir este objetivo, fundamentalmente logrado en la sección 5, ha sido necesario complementar la información con anterioridad con otras secciones que permitiesen contextualizar los resultados obtenidos y, además, llegar a otras conclusiones relevantes sobre el sector sanitario en Cataluña.

Es necesario decir, inicialmente, que el sector sanitario se corresponde con la actividad 851 de la Clasificación Catalana de Actividades Económicas (CCAIE-93), que engloba las actividades hospitalarias, médicas, odontológicas y también otras actividades sanitarias (laboratorios de análisis clínicos de anatomía patológica y similares, actividades sanitarias de profesionales independientes, a excepción de los médicos, actividades de servicios de ambulancia, etc.). Pese a todo, a veces, para poder tener una visión dinámica y para poder disponer de información sobre otras variables de interés, ha habido que ampliar el sector de análisis al conjunto de la actividad 85 de la CCAIE-93, en la que, adicionalmente a las sanitarias (que son las mayoritarias), se consideran también las actividades veterinarias y de servicios sociales.

En cuanto al objetivo principal de la monografía, en la sección 5, a partir de las tablas input-output de Cataluña (TIOIC), se ha estimado la aportación que el sector sanitario realiza al conjunto de la economía catalana. Esta fuente permite calcular esta contribución, tanto de una manera directa como indirecta (es decir, considerando los efectos derivados de las relaciones intersectoriales que existen en toda economía). Esta estimación se obtiene a partir de las tablas input-output, pero puesto que estas son de 2001, los resultados obtenidos hacen referencia únicamente a ese año.

Para tener una dinámica temporal, y, por lo tanto, poder analizar la evolución del sector, se ha recurrido a otras fuentes (básicamente la Contabilidad Regional de España, INE). Este ha sido el objetivo de la sección 4, la cual, además, ha permitido comparar los datos de Cataluña con los del conjunto de España y también conocer detalles sobre otras variables (nivel salarial, gasto sanitario público versus privado y productividad). El problema ha sido que, mayoritariamente, las fuentes estadísticas sólo permiten analizar el sector sanitario conjuntamente con el veterinario y de servicios sociales. De todas formas, la TIOC confirma que el peso del sector sanitario en el total de este sector mayor es mayoritario (85% de la producción y 73,3% de los puestos de trabajo), por lo que las conclusiones obtenidas en la sección 4 son fundamentalmente asignables al sector sanitario.

Probablemente, una manera adecuada de iniciar la caracterización de un sector sea conocer algunas de las variables básicas de oferta, de demanda y de su interacción, lo que, para el presente estudio, quiere decir el análisis del uso de los recursos sanitarios. Así, en la sección 3, se ha comparado la posición relativa de la sanidad catalana respecto a un conjunto de países de la OCDE. Los resultados más destacados son que el sector sanitario en Cataluña se comporta, a grandes rasgos, según lo que cabría esperar a partir de su nivel de desarrollo. El nivel de gasto sanitario y de recursos destinados a la sanidad y la percepción sobre el estado de salud de la población se corresponden con lo que sería esperable según el nivel de PIB de Cataluña, es decir, ocupando posiciones ligeramente por debajo del promedio de los países de la OCDE. En cambio, algunos datos que rompen ligeramente con esta posición intermedia-baja de Cataluña en cuanto a la sanidad se relacionan con algunos indicadores que se suelen utilizar para sintetizar el estado de salud (como es la esperanza de vida al nacer o la tasa de mortalidad por

1.000 habitantes) y que sitúan Cataluña en las primeras posiciones de los países de la OCDE.

Si alguna conclusión adicional se puede extraer de todo el análisis efectuado es que el sistema sanitario catalán parece ser ligeramente más eficiente que el promedio de países, puesto que, dado el conjunto de gasto sanitario de Cataluña, y dados los recursos que se destinan (número de ocupados per cápita), la percepción sobre el estado de salud es superior a la media. En parte, estos resultados son debidos a un uso de los servicios sanitarios (medido a través de indicadores como número de consultas médicas por habitante, duración media de estancias hospitalarias, intervenciones quirúrgicas por habitante) bastante intensivo respecto a los recursos disponibles. En este mismo sentido, dado el nivel de desarrollo del que dispone Cataluña, parece que el nivel de gasto sanitario per cápita es menor de lo que correspondería.

El sector sanitario en Cataluña, a partir del trabajo, se configura como un sector importante de la economía catalana, con un crecimiento superior al del promedio de la economía, más intensivo en trabajo, con no demasiadas relaciones intersectoriales con otros sectores y con peculiaridades respecto a su homólogo español (básicamente asociadas al mayor peso del sector privado al nivel de producción y de financiación de la sanidad).

Como sector económico, el sector sanitario genera un 3,8% del PIB de Cataluña y un 2,7% de la producción total en el año 2001.

Del trabajo se deriva que el sector sanitario, desde una óptica estrictamente de sector económico, no es un sector con elevados niveles de arrastre hacia atrás ni hacia delante. En cuanto a los primeros, el mismo sector concentra el 80% de sus consumos intermedios, mientras que el 20% restante se asocia a los sectores de Fabricación de productos farmacéuticos, Producción y distribución de energía eléctrica, Fabricación y

Conclusiones

elaboración de otros productos alimenticios y Otras actividades de servicios sociales. Tampoco es un sector con importantes efectos hacia delante, puesto que el 87,5% de la producción del sector sanitario va destinado a la demanda final (consumo público y privado) y sólo el 12,5% a la demanda intermedia. De todas formas, su efecto multiplicador no es negligible: el sector sanitario tiene un coeficiente multiplicador de la producción de 1,31 (la producción de un millón de euros en el sector acaba suponiendo un efecto global en producción generada de un millón trescientos mil euros), por encima de otros sectores, como el educativo, los servicios sociales, las actividades inmobiliarias o la intermediación financiera, aunque inferior a otros sectores terciarios, como transporte, comercio al por mayor, comercio al por menor, restaurantes u hostelería⁶². Asimismo, en términos de VAB, los resultados indican que por cada incremento de un millón de euros de la demanda sanitaria del sector sanitario se generan 830 miles de euros de VAB, mientras que esta cifra sería únicamente de 660 miles si se estuviese hablando de un sector equivalente al promedio de la economía.

También se ha estudiado hasta qué punto la producción, y, por lo tanto, el crecimiento del sector sanitario en el futuro, puede estar condicionada por las demandas de productos intermedios de fuera de Cataluña (importaciones). La situación parece bastante aceptable, puesto que el 71,5% de su consumo intermedio de bienes y servicios son producidos en Cataluña, el 7,5% importados del resto de España y el 21% importados del extranjero. Hay una fuerte dependencia del extranjero en Equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, de precisión, óptica y relojería (el 86,9% del total de equipamientos requeridos son importados del extranjero), Productos farmacéuticos (el 55,6% del total de productos farmacéuticos requeridos) y Jabón, perfumes y productos de higiene (59,4%). La dependencia respecto de productos procedentes del resto de España es notable en el caso de

Servicios de producción y distribución de energía eléctrica (el 38,9% del total de estos servicios es importado del resto del Estado) y Productos farmacéuticos (29,4%).

Como se ha dicho, uno de los hechos clave que a lo largo de la monografía define un cierto comportamiento diferencial de Cataluña respecto del conjunto de España, e incluso del resto de países de la OCDE, es la importancia de la sanidad privada. Esta importancia ha quedado reflejada en términos de producción, de servicios, o en términos de financiación. Cataluña se destaca por ser una de las zonas donde el peso del sector privado es superior. Este hecho se observó en la sección 3, cuando se presentó la información de que en Cataluña el gasto privado oscilaba alrededor del 33% del total, y era el séptimo territorio con un mayor porcentaje entre los 31 analizados. Algunas cifras adicionales, de la sección 4, confirman esta característica diferencial. Por ejemplo, por cada euro gastado en sanidad y servicios sociales por un residente en España, en Cataluña se gastan 1,24 (o lo que es lo mismo, un 25% más). Este mayor gasto privado se concentra en servicios hospitalarios, servicios de odontología y, muy especialmente, en seguros ligados a la sanidad⁶³. Este mayor gasto privado por habitante en Cataluña se puede explicar por la confluencia de dos factores: un menor peso del gasto público en comparación con el conjunto del Estado (lo cual derivaría en una mayor congestión presente en la sanidad pública en Cataluña) y una mayor renta per cápita en Cataluña en comparación con el total del Estado (la cual aumenta la posibilidad de destinar una parte de esta a seguros privados, etc.).

De la misma manera, en la sección 5 se obtenía que, para el año 2001, el 58,8% de la producción del sector se correspondía a servicios sanitarios de producción privada y el 41,2% restante a servicios sanitarios de producción pública. Este resultado se añadía a otras muchas cifras obtenidas en el estudio, en el cual se denota también la notable importancia de la producción

⁶² Este coeficiente está por debajo del promedio del conjunto de la economía (multiplicador de 1,45).

⁶³ Un dato relevante es que el 39% del total de seguros ligados a la sanidad de España son contratados en Cataluña, que concentra el 16% de la población del Estado.

privada ante la pública, y que marca una de las mencionadas diferencias básicas de Cataluña con respecto al conjunto del Estado. La producción de los servicios de mercado es mayoritaria en Cataluña, pero no en España, donde predominan los servicios de no mercado (los de mercado están alrededor del 40%)⁶⁴. También se observaba en la sección 4, en referencia a los servicios sanitarios, veterinarios y sociales, que el crecimiento de los servicios de mercado (entre 1995 y 2002), proporcionalmente mayor al crecimiento de los de no mercado, es mayor en Cataluña que en España. Eso ha provocado que el diferencial entre los dos territorios haya ido aumentando. Este mayor peso del sector privado se da en producción, como se ha señalado, en VAB⁶⁵, en ocupados⁶⁶ y en el componente básico del VAB en términos de rentas del trabajo, es decir, en la remuneración de asalariados⁶⁷. En Cataluña, el porcentaje de remuneración de asalariados de mercado en 2002 era del 52% (y, por lo tanto, la mayor remuneración que proviene del sector privado que del público), frente a tan sólo el 23% en España.

Este mayor peso del sector privado en Cataluña explica parte de las diferencias en otras muchas variables que caracterizan el sector sanitario en Cataluña respecto al español. Así, por ejemplo, el menor peso del sector sanitario y servicios sociales respecto al total del VAB en Cataluña que en España es debido, en parte, al menor peso de las remuneraciones de asalariados en Cataluña (respecto al total de remuneraciones en Cataluña), a la vez originado porque los sueldos medios en el sector privado son menores que en el sector público (y el sector privado es mayoritario en Cataluña). Asimismo, el crecimiento del sector (en términos de VAB y de remuneración de asalariados) ha sido menor en Cataluña que en España, resultado que también se puede explicar por el mayor peso de los servicios de mercado en Cataluña.

Para finalizar estas reflexiones sobre la dualidad mercado-no mercado, privado-público, cabe destacar que este elemento

diferencial también se ha dado en el campo de la financiación. Aunque en párrafos anteriores se señalaba que el 58,8% de la producción era privada, sólo el 36,4% de la demanda final fue financiada de manera privada mientras que en el 63,6% restante la financiación provenía de las administraciones públicas. El elevado peso de la financiación pública explica que el consumo de servicios sanitarios suponga el 25,2% del consumo total de las administraciones públicas y entidades sin fines de lucro⁶⁸. Asimismo, el 4% del consumo total de los hogares se destina a consumo de servicios sanitarios.

Una nueva característica del sector sanitario es el elevado peso de las rentas del factor trabajo (recogidas a través de la remuneración de asalariados) respecto a las rentas del factor capital (recogidas a través del excedente bruto de explotación). En 2001, el 4% de los puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo en Cataluña se asocian directamente al sector sanitario⁶⁹. Adicionalmente, en términos de distribución de rentas del VAB del sector sanitario, el 72,6% proviene de la Remuneración de asalariados (factor trabajo), ante el 27,2% del Excedente bruto de explotación (factor capital) y el 0,2% restante de Otros impuestos netos sobre la producción. En términos comparativos, es preciso señalar que, para el conjunto de la economía, la distribución entre ambas rentas es de un 50% en cada caso. La tendencia a lo largo de los últimos quince años en el sector sanitario denota una ligera reducción del peso de las rentas del trabajo, seguramente relacionada con el crecimiento de los servicios de mercado (en los cuales el EBE es más relevante que en los de no mercado).

Un ejemplo de la importancia que el mercado de trabajo tiene en el sector sanitario es que para hacer frente a un incremento adicional de un millón de euros de la demanda sanitaria es preciso un total de 21,6 nuevos puestos de trabajo (directos e indirectos). Este efecto total del sector sanitario es bastante superior al que se obtendría si se incrementase la demanda de un sec-

⁶⁴ Cabe destacar dentro de los servicios de mercado los servicios hospitalarios y el gasto farmacéutico.

⁶⁵ El año 2002, el 63% del VAB generado por el sector sanitario, veterinario y servicios sociales se correspondió a servicios de mercado (proveídos de forma privada), ante el 37% de los servicios de no mercado (proveídos de forma pública). En España los porcentajes son el 39 y el 61%, respectivamente.

⁶⁶ El año 2002, el 59% de los puestos de trabajo se corresponden con servicios de mercado, ante el 41% de no mercado (37 y 63% en España, respectivamente).

⁶⁷ Obviamente no sucede lo mismo con el otro gran componente, el excedente bruto de explotación, ligado a las rentas del capital, ya que aquí los servicios de mercado son mayoritarios, el año 2002, tanto en Cataluña (92%) como en España (87%).

⁶⁸ Todos los datos vienen referidos al año 2001.

⁶⁹ Esta cifra proviene de la TIOC, de manera que, dado el aumento que (en la sección 4) se ha visto que experimentaba la población ocupada del sector entre el 2001 y el 2004, es preciso esperar que actualmente sea más elevada.

Conclusiones

tor promedio (16,4 nuevos puestos de trabajo) en un millón de euros. Además, un incremento adicional de la demanda sanitaria de un millón de euros acabaría generando 560 mil euros de remuneraciones de asalariados y 270 mil de excedente bruto (los valores para la media de la economía catalana son de 340 y 320 miles de euros, respectivamente).

Un último punto sobre el mercado de trabajo hace referencia a su evolución. Los datos recogidos en la monografía muestran que el crecimiento del número de ocupados en el sector sanitario y servicios sociales ha sido muy elevado, sobre todo entre 2001 y 2004. Entre 1995 y 2004, la población ocupada creció un 50% (pensemos que el crecimiento medio en la economía catalana ha sido del 29%), mientras que sólo entre 2001 y 2004, el aumento fue ya del 27%. Este aumento, que, además, ha sido superior al fuerte aumento de población habido en los últimos años, justifica parte del aumento del gasto sanitario. No obstante, es preciso advertir que el aumento de las remuneraciones de asalariados ha sido claramente menor al crecimiento de la población ocupada. Eso configura un sector en que la remuneración de los asalariados media ha disminuido, tal y como a continuación se explica, y que, sin duda, ha puesto en tensión al sector⁷⁰.

A continuación, hablando de los salarios señalamos que, pese a que la participación de la remuneración de asalariados del sector servicios sanitarios, veterinarios y sociales en el total de rentas del trabajo de la economía ha crecido a lo largo del periodo analizado, el aumento se ha debido básicamente al importante aumento de puestos de trabajo habido, ya que los salarios, en términos relativos, han bajado. En concreto, la remuneración media de los trabajadores⁷¹ entre 1995 y 2004 ha disminuido un 6,7% en términos reales⁷² (cuando para el conjunto de la economía catalana el descenso ha sido del 3,5%, y el descenso en el sector sanitario y servicios sociales en España ha sido de un imperceptible -0,8%). Este resultado puede ser

debido tanto a un menor sueldo de la nueva población incorporada al sector sanitario y servicios sociales como a una pérdida de poder adquisitivo de los trabajadores ya existentes en el sector, ante incrementos salariales inferiores a los de la inflación.

Asimismo, cabe destacar que los salarios por puesto de trabajo equivalente son menores en Cataluña que en España. Este resultado se debe al menor sueldo medio pagado en el sector privado que en el público, y al hecho de que en Cataluña el sector privado tiene más peso que en el conjunto de España.

Así, (a) el aumento de la población ocupada en el sector sanitario, veterinario y servicios sociales por encima del incremento de población (con un aumento superior de los afiliados a tiempo completo en Cataluña respecto a España), junto con (b) un menor crecimiento de las remuneraciones de asalariados en Cataluña (respecto a España), (c) un descenso de la remuneración media de los asalariados en el sector (sobre todo en la sanidad pública) y (d) una menor gasto público en el sector respecto a España, (e) conjuntamente con la mayor utilización de los recursos sanitarios (que se apuntaba en la sección 3) sobre el nivel de PIB per cápita que se hace en Cataluña respecto a la media de países de la OCDE, configura una realidad que indica que parte del menor gasto sanitario no la sufre sólo la población en Cataluña, en términos generales, sino que también la sufren los profesionales de la sanidad, específicamente, en términos de menores remuneraciones.

En todo caso, ya para ir finalizando, el estudio demuestra que el sector sanitario (en esta ocasión, abarcando también el veterinario y servicios sociales) ha tenido un crecimiento notable, básicamente centrado en el periodo final, es decir, entre 2001 y 2004. Este crecimiento ha sido superior al experimentado por la media de la economía catalana, lo que ha provocado que el peso del sector en el PIB pasara del 4,4 al 5,0% en estos cuatro años. Hay un dato, sin embargo, que matiza estos buenos resultados del sector, y es que, pese

⁷⁰ En la monografía también se ha señalado el mayor peso que tiene la población inmigrante en el sector en Cataluña (5,4% el 2007) respecto a España (3,5%), hecho que continúa actualmente. Recordamos que, durante el año 2006, uno de cada cinco ocupados en el sector en Cataluña era inmigrante, mientras que en el conjunto de España esta proporción era de 1 a 10. Adicionalmente, es preciso advertir que estamos ante un sector en que la proporción de ocupados que son mujeres es muy elevada y esta se encuentra en crecimiento: en 2001 estaba cerca del 70% y en 2004 se sitúa en torno al 75%.

⁷¹ Aproximada por el cociente entre la remuneración de asalariados y los puestos de trabajo asalariados equivalentes a tiempo completo.

⁷² Este descenso ha sido particularmente intenso en la sanidad pública, puesto que ha llegado al 12,5% entre el 1995 y el 2004.

a todo, el crecimiento del sector sanitario en Cataluña ha sido inferior al crecimiento experimentado en España.

Algunos datos que explican el crecimiento del peso del sector son tanto el fuerte crecimiento de la población ocupada en el sector como el incremento de la provisión de mercado con respecto a la de no mercado. Así, el excedente bruto de explotación del sector ha crecido un 52% en el periodo 1995-2004 y la remuneración de asalariados ha aumentado un 37,3% (pese al descenso de la remuneración media por ocupado a tiempo completo).

Para acabar, realizamos una reflexión que enlaza con el objetivo de la monografía y que ayuda a enmarcar correctamente la contribución del sector sanitario. Se refiere a su importancia vital, más allá de su valoración como sector económico llevada a cabo en esta monografía. El sector sanitario tiene una importancia económica clave, indirectamente, porque “asegura el nivel de salud” de la población en general (consumidores) y de la población ocupada en particular (ocupados), que posibilita el desarrollo global de la economía tanto en el ámbito de la producción en el conjunto de sectores como de consumo. Adicionalmente, la sanidad tiene una

Tabla 6.2. Financiación de la sanidad, pública y privada

	CATALUÑA		ESPAÑA	
	1993	2003	1993	2003
Sanidad pública ⁽¹⁾				
<i>Provisión sanitaria pública</i>				
Producción de no mercado	41,82%	38,79%	68,17%	62,75%
Producción de mercado	58,18%	61,21%	31,83%	37,25%
Gasto sanitario público por habitante (euros constantes base 2002)	725 €	883 €	768 €	966 €
Sanidad privada ⁽²⁾				
Gasto privado en sanidad: peso sobre total de PIB		2,4%		2,3%
Gasto sanitario privado por habitante		475 €		383 €

(1) Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, “Estadísticas del Gasto Sanitario Público”. (2) Fuente: Estudio ACES, datos referidos a 2002.

dimensión social, no considerada en la presente monografía, ligada al nivel de bienestar y de calidad de vida que genera el hecho de tener un buen nivel de salud⁷³.

Finalmente, se presentan algunas tablas-resumen con algunas de las principales cifras mostradas en la monografía, y que ayudan a concretar algunas de las reflexiones presentadas a lo largo del estudio.

Tabla 6.1. Peso del sector sanitario en la economía catalana. Año 2001.

	Producción	VAB ⁽¹⁾	RA ⁽¹⁾	EBE ⁽¹⁾	Puestos de trabajo ⁽²⁾	Prod. Ap. ⁽³⁾
Actividades hospitalarias de mercado	0,50%	0,80%	1,10%	0,50%	0,90%	96
Act. médicas de mercado, odontológicas y otras act. sanitarias	1,10%	1,40%	1,20%	1,70%	1,30%	108,2
Total mercado	1,60%	2,20%	2,30%	2,20%	2,20%	103,2
Actividades hospitalarias de no mercado	0,60%	1,00%	1,90%	0,10%	1,20%	89,2
Actividades médicas de no mercado	0,50%	0,50%	1,00%	0,00%	0,60%	88
Total no mercado	1,10%	1,50%	2,90%	0,10%	1,80%	88,8
<i>Sector sanitario</i>	<i>2,70%</i>	<i>3,80%</i>	<i>5,20%</i>	<i>2,30%</i>	<i>4,00%</i>	<i>96,7</i>

⁽¹⁾ VAB: Valor Añadido Bruto. RA: Remuneración de asalariados. EBE: Excedente bruto de explotación. ⁽²⁾ Puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo. ⁽³⁾ Productividad aparente (valor 100 para el total de economía). Fuente: Tabla Input-Output de Cataluña, año 2001.

⁷³ Juan Oliva, en “Pérdidas de producción laboral ocasionadas por las enfermedades en Cataluña en el año 2004” (Documento de Trabajo FEDEA, mimeo), estima la pérdida de producción o costes indirectos que provocaron en Cataluña los problemas de salud a lo largo del año 2004. El análisis se centra en las partidas de las cuales se dispone de información fiable para realizar una aproximación ajustada al impacto económico, aparte del gasto sanitario: los costes indirectos asociados a la mortalidad prematura y los costes indirectos asociados a la morbilidad (incapacitación permanente e incapacitación temporal). El autor estima que estos costes indirectos asociados a problemas de salud supusieron, en el año 2004, el 4,7% del PIB catalán.

Conclusiones

Tabla 6.3. Efectos multiplicadores del sector sanitario en la economía catalana. Año 2001.

	Media actividades del sector sanitario	Media de todas las ramas de actividad
Multiplicador de la producción	1,31	1,45
Requerimientos de trabajo (número de trabajadores)		
Directos (por millón de euros de producción del sector sanitario)	17,4	11,9
Totales (por millón de euros de demanda final de servicios sanitarios)	21,6	16,4
Remuneración de asalariados (miles de euros)		
Rentas generadas directas (por millón de euros de producción del sector sanitario)	480	250
Rentas generadas totales (por millón de euros de demanda final de servicios sanitarios)	560	340
Excedente bruto de explotación (miles de euros)		
Rentas generadas directas (por millón de euros de producción del sector sanitario)	180	210
Rentas generadas totales (por millón de euros de demanda final de servicios sanitarios)	270	320
Valor Añadido Bruto (miles de euros)		
Rentas generadas directas (por millón de euros de producción del sector sanitario)	660	460
Rentas generadas totales (por millón de euros de demanda final de servicios sanitarios)	830	660

Fuente: Tablas Input Output de Cataluña, año 2001.

Tabla 6.4. Peso del sector de la sanidad y los servicios sociales

	Cataluña			España		
	1995	2000	2004	1995	2000	2004
Peso del sector de sanidad y servicios sociales						
VAB ⁽¹⁾	4,5%	4,6%	5,0%	5,1%	5,1%	5,4%
RA ⁽¹⁾	6,5%	6,3%	7,1%	7,8%	7,5%	8,3%
EBE ⁽¹⁾	2,1%	2,5%	2,5%	2,0%	2,2%	2,2%
Puestos de trabajo ⁽²⁾	5,2%	5,2%	6,0%	5,4%	5,4%	5,9%
Puestos de trabajo por mil habitantes	22,71	25,89	30,26	20,25	23,00	26,55
Peso de los servicios de mercado ⁽³⁾						
VAB ⁽¹⁾	56%	61%	63%	35%	39%	39%
RA ⁽¹⁾	46%	49%	52%	20%	23%	23%
EBE ⁽¹⁾	90%	93%	92%	86%	88%	87%
Puestos de trabajo ⁽²⁾	54%	58%	59%	32%	37%	37%
Remuneración de asalariados media, a precios constantes en base 2000 ⁽³⁾						
Sanidad y servicios sociales	27.056 €	26.569 €	25.252 €	27.565 €	27.767 €	27.351 €
Servicios de mercado	24.459 €	23.005 €	23.100 €	20.860 €	21.079 €	20.859 €
Servicios de no mercado	29.687 €	27.468 €	25.993 €	30.043 €	30.638 €	30.443 €
Conjunto de la economía	23.933 €	24.262 €	23.107 €	22.086 €	22.733 €	21.760 €
Productividad aparente del trabajo ⁽⁴⁾						
Sanidad y servicios sociales	99,7	96,9	92,3	94,9	95,8	94,6
Conjunto de la economía	109,0	109,7	110,4	100,0	103,0	103,1

(1) VAB: Valor Añadido Bruto. RA: Remuneración de asalariados. EBE: Excedente bruto de explotación. (2) Total ocupación de la CRE. (3) La columna 2004 presenta los últimos datos disponibles, correspondientes a 2002 (estas cifras se muestran en cursiva). (4) Media de la economía española en el año 1995=100. La cifra base se muestra en negrita.
Fuente: Contabilidad Regional de España, base 2000.

Apéndice 1.

Detalle de las actividades incluidas dentro del subepígrafe de la CCAE-93 relativas a las actividades sanitarias

La rama 85 de la CCAE-93 “Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales” se puede desagregar entre:

85 Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales

- 851 Actividades sanitarias
- 852 Actividades veterinarias
- 853 Actividades de servicios sociales

Y la primera se puede desagregar en los subepígrafe siguientes:

851 Actividades sanitarias

- 8511 Actividades hospitalarias
 - 85110 Actividades hospitalarias
- 8512 Actividades médicas
 - 85120 Actividades médicas
- 8513 Actividades odontológicas
 - 85130 Actividades odontológicas
- 8514 Otras actividades sanitarias
 - 85141 Actividades sanitarias de profesionales independientes (excepto médicos)
 - 85142 Actividades de servicios de ambulancia
 - 85143 Laboratorios de análisis clínicos de anatomía patológica y similares
 - 85144 Otras actividades sanitarias

Las actividades incluidas en cada subepígrafe serían las siguientes:

85110 Actividades hospitalarias

Esta subclase comprende:

- Los servicios de hospitalización prestados principalmente a pacientes internos.

- Las actividades de las UVI móviles.

Aclaración: estas actividades hospitalarias se realizan en los hospitales generales y especializados, sanatorios, centros de medicina preventiva, hospitales geriátricos, hospitales psiquiátricos, centros de rehabilitación, lazaretos y otras instituciones sanitarias que provean alojamiento, incluidos los hospitales de bases militares y centros penitenciarios.

Esta subclase no comprende:

- La asistencia sanitaria al personal militar en campaña.
- La asistencia en consultas privadas (véase 85.120).
- La asistencia odontológica sin alojamiento (véase 85.130).
- Los servicios de ambulancias (véase 85.142).

85120 Actividades médicas

Esta subclase comprende:

- Las consultas y tratamientos realizados por médicos de medicina general, especialistas y cirujanos, prestados principalmente a pacientes externos.

Aclaración: estas actividades pueden realizarse de manera privada o en ambulatorios. Se incluyen las consultas privadas en hospitales, así como las actividades llevadas a cabo en clínicas de empresas, colegios, centros geriátricos, organizaciones sindicales, y también en casa de los pacientes.

Esta subclase no comprende:

- Las actividades sanitarias realizadas por personal auxiliar, como por ejemplo comadronas, enfermeras y fisioterapeutas de manera independiente (véase 85.141).

85130 Actividades odontológicas

Esta subclase comprende:

- Las actividades odontológicas de naturaleza general o especializada.

Aclaración: estas actividades pueden realizarse en consultas privadas o en ambulatorios, clínicas de empresas, colegios, etc., así como en salas de operaciones en régimen externo.

Esta subclase no comprende:

- La producción por laboratorios dentales de piezas dentales, dentaduras y prótesis.

85141 Actividades sanitarias de profesionales independientes (excepto médicos)

Esta subclase comprende:

- Todas las actividades relacionadas con la salud humana no realizadas en hospitales o por doctores en medicina, sino por otro personal sanitario legalmente habilitado para tratar pacientes:
- Las actividades de enfermeras, comadronas, fisioterapeutas u otros facultativos en el ámbito de la optometría, hidroterapia, ergoterapia, logopedia, podología, homeopatía, naturopatía, acupuntura, etc.

Aclaración: estas actividades pueden realizarse en clínicas de empresas, colegios, centros geriátricos, organizaciones sindicales, en consultas privadas, en el domicilio del paciente o en otros lugares.

85142 Actividades de servicios de ambulancia

85143 Laboratorios de análisis clínicos de anatomía patológica y similares

Esta subclase comprende:

- Las actividades de los laboratorios médicos.
- Las actividades de bancos de sangre, bancos de espermatozoides y de órganos para trasplante, etc.

Esta subclase no comprende:

- Los ensayos bromatológicos.

85144 Otras actividades sanitarias

Esta subclase comprende:

- Las actividades no clasificadas en rúbricas anteriores y ejercidas fuera del marco sanitario reglamentario; como por ejemplo curanderos, etc.

Esta subclase no comprende:

- Las actividades termales y los balnearios.
- Las actividades de los salones de adelgazamiento y de masaje.

Apéndice 2.

Otras clasificaciones de la sanidad

Además de la delimitación de la sanidad mediante la clasificación de actividades económicas, la sanidad se puede caracterizar desde otros puntos de vista utilizando otras clasificaciones existentes.

- Para comenzar, el Sistema Europeo de Cuentas Nacionales y Regionales (SEC 95) define seis sectores institucionales: sociedades no financieras, instituciones financieras, administraciones públicas, hogares, instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares y resto del mundo. Incluso asumiendo que hay una parte muy importante del sector sanitario completamente privada, cuya financiación corresponde mayoritariamente a las aportaciones de las familias, el gran peso de la financiación sanitaria dentro del sistema (cerca del 75%) recae sobre el sector público. De acuerdo con ello, es preciso prestar una especial atención a las clasificaciones de la sanidad pública, que se corresponden con el sector institucional de las administraciones públicas. La sanidad pública incluye todas las unidades institucionales que son productoras de no mercado, la producción de las cuales se destina bien al consumo colectivo, bien al consumo individual y que se financian, principalmente, con pagos obligatorios efectuados por unidades que pertenecen al resto de sectores institucionales.
- Dentro de la Clasificación de las Funciones de las Administraciones Públicas (CFAP, más conocida por sus iniciales inglesas: COFOG, *Classification of Functions of Government*), encontramos hasta diez funciones, de las que la 07 es la relativa a la salud, que queda definida de la manera siguiente: “Los gastos públicos en salud comprenden los gastos efectuados al suministrar servicios tanto a particulares (servicios individuales) como a título colectivo (servicios colectivos). Los gastos en servicios individuales se clasifican en los grupos

(07.1) a (07.4); los gastos en servicios colectivos se clasifican en los grupos (07.5) y (07.6)”. Este nuevo enfoque de la clasificación –diferencia entre servicios individuales y colectivos aplicada a todas las funciones–, junto con la inclusión en todas de la investigación aplicada y del desarrollo experimental, sitúa la COFOG en la línea de los enfoques del SEC 95 (Sistema Europeo de Cuentas Nacionales y Regionales).

El esquema de la COFOG para la función de salud es el siguiente:

07. Salud

- 07.1. Productos, aparatos y material médico
 - 07.1.1 Productos farmacéuticos
 - 07.1.2 Otros productos médicos
 - 07.1.3 Material y aparatos terapéuticos
- 07.2. Servicios ambulatorios
 - 07.2.1 Servicios de medicina general
 - 07.2.2 Servicios de medicina especializada
 - 07.2.3 Servicios dentales
 - 07.2.4 Servicios paramédicos
- 07.3. Servicios hospitalarios
 - 07.3.1 Servicios hospitales generales
 - 07.3.2 Servicios hospitales especializados
 - 07.3.3 Servicios de larga estancia y convalecencia
- 07.4. Servicios de salud pública
- 07.5. I+D en el campo de la salud
- 07.6. Salud: no clasificado en otra parte

- Dentro del sistema SEC95, se impulsó el desarrollo de las llamadas cuentas satélite ligadas a la contabilidad nacional. Este sistema aplicado al sector sanitario trata

de responder a tres preguntas básicas: ¿cuáles son los diferentes tipos de servicios sanitarios que se ofrecen por parte del conjunto del sistema sanitario?; ¿cuáles son las fuentes de financiación del gasto en salud?; y ¿cuál es el destino específico de la financiación de la sanidad?

Estas preguntas han coincidido con el hecho de que a nivel internacional existe una creciente inquietud por la falta de comparación del modo de recopilación de datos. Eso ha conducido a un esfuerzo conjunto de la OECD, la Comisión Europea, la OMS y los Estados Miembros para mejorar la comparación de datos, consensuando los límites y las categorías de desglose: el resultado ha sido el manual de la OCDE “A System of Health Accounts” (SHA) (Sistema de Cuentas de Salud).

El SHA establece la referencia obligada para la construcción de las cuentas satélite dentro del marco de una intención declarada de comparación regional e internacional en el tiempo de la producción estadística sectorial. Esta publicación establece las bases conceptuales para la aplicación de procedimientos aplicables a los informes estadísticos que quieren ser compatibles con otras informaciones estadísticas del tipo económico y social. Propone también una **nueva clasificación internacional de cuentas de salud (CICS)**, que engloba tres dimensiones diferentes: la atención de la salud por funciones, los proveedores de servicios sanitarios y las fuentes de financiación del gasto. El SHA, por tanto, es una herramienta internacionalmente aceptada para describir, resumir y analizar el gasto sanitario y su financiación. Así, da respuestas clave a preguntas como por ejemplo: ¿cuánto se está gastando en actividades de asistencia sanitaria?, ¿quién financia estas actividades?, ¿quién las ofrece?, ¿qué clase de actividades se incluyen?, etc.

• La OCDE define el gasto sanitario total como el conjunto de gasto en actividades que, mediante la aplicación de conocimientos y tecnologías en los ámbitos médicos, paramédicos y de enfermería, persiguen:

1. Promover la salud y prevenir las enfermedades.
2. Curar enfermedades y reducir la mortalidad prematura.
3. Atender a los enfermos crónicos que requieren atención de enfermería.
4. Atender a las personas con deficiencias.
5. Asistir a los pacientes para que mueran con dignidad.
6. Velar por la salud pública y su administración.
7. Ofrecer y administrar programas de salud, de seguro médico y otras modalidades de financiación.

Según esta definición, las medidas generales de seguridad pública, como el seguimiento de normas técnicas o la seguridad vial, no se consideran parte del gasto sanitario total. Los gastos por estos conceptos se incluyen por separado en el capítulo sobre las funciones relacionadas con la salud.

• La clasificación internacional para las cuentas de salud, “International Classification Health Accounts” (ICHA), se define de la manera siguiente:

- Clasificación de asistencia sanitaria por funciones: **ICHA-HC.**
- Clasificación de las industrias proveedoras de los servicios de asistencia sanitaria: **ICHA-HP.**
- Clasificación según las fuentes de financiación: **ICHA-HF.**

La salud se puede dividir en los componentes funcionales de asistencia sanitaria (HC) y conceptos relacionados

con la asistencia sanitaria (HC.R) según la clasificación internacional para las cuentas de salud (ICHA) que se presenta en el manual de la OECD.

<p>Clasificación funcional de asistencia sanitaria ICHA-HC</p> <p>H.C.1 - Servicios de atención médica H.C.2 - Servicios de rehabilitación H.C.3 - Servicios de atención de larga duración H.C.4 - Servicios auxiliares de atención a la salud H.C.5 - Productos farmacéuticos y terapéuticos H.C.6 - Medicina preventiva y salud pública H.C.7 - Programas de administración y gestión de los seguros de enfermedad</p>
<p>2.1. Conceptos relacionados con la asistencia sanitaria</p> <p>H.CR.1 - Inversiones o gastos de capital H.CR.2 - Educación y formación del personal sanitario H.CR.3 - Investigación y desarrollo en salud H.CR.4 - Higiene de los alimentos y agua potable H.CR.5 - Salud medioambiental H.CR.6 - Administración y prestación de servicios sociales en especie para personas enfermas y con discapacidad H.CR.7 - Administración y suministro de prestaciones monetarias relacionadas con la salud</p>
<p>2.1.1. Clasificación de las industrias proveedoras de los servicios de asistencia sanitaria: ICHA-HP</p> <p>HP.1 - Hospitales HP.2 - Centros socio-sanitarios</p>

<p>HP.3 - Atención primaria HP.4 - Atención extrahospitalaria HP.5 - Provisión y gestión de programas de salud pública HP.6 - Administración general de la salud por las administraciones públicas HP.7 - Otras ramas de actividad (resto de la economía) HP.9 - Resto del mundo</p>
<p>2.1.2. Clasificación para las fuentes de financiación: ICHA-HF</p> <p>HF.1 - Sector público HF.2 - Sector privado HF.3 - Resto del mundo</p>

A continuación se presenta el detalle de estas cuatro clasificaciones:

FUNCIONES DE ATENCIÓN DE LA SALUD

HC.1 – Servicios de atención médica

- HC.1.1 – Hospitalización de agudos
- HC.1.2 – Hospitalización de día
- HC.1.3 – Atención ambulatoria
 - HC.1.3.1 – Servicios médicos y diagnósticos básicos
 - HC.1.3.2 – Atención odontológica ambulatoria
 - HC.1.3.3 – Otras atenciones especializadas
 - HC.1.3.9 – Otras atenciones ambulatorias
- HC.1.4 – Servicios de atención domiciliaria

HC.2 – Servicios de rehabilitación

- HC.2.1 – Rehabilitación hospitalaria
- HC.2.2 – Rehabilitación en hospitalización de día
- HC.2.3 – Rehabilitación ambulatoria especializada
- HC.2.4 – Rehabilitación domiciliaria

HC.3 – Servicios de atención de larga duración

HC.3.1 – Hospitalización de larga duración

HC.3.2 – Hospitalización de día

HC.3.3 – Servicios de atención domiciliaria

HC.4 – Servicios auxiliares de atención a la salud

HC.4.1 – Laboratorios clínicos

HC.4.2 – Diagnóstico por la imagen

HC.4.3 – Transporte de pacientes y rescate de emergencias

HC.4.9 – Otros servicios auxiliares

HC.5 Productos farmacéuticos y terapéuticos

HC.5.1 – Farmacia

HC.5.1.1 – Medicamentos de prescripción facultativa

HC.5.1.2 – Medicamentos de venta libre

HC.5.1.3 – Otros bienes fungibles de uso médico

HC.5.2 – Otros aparatos terapéuticos y productos duraderos de uso médico

HC.5.2.1 – Gafas y otros productos de óptica

HC.5.2.2 – Aparatos ortopédicos

HC.5.2.3 – Audífonos

HC.5.2.4 – Aparatos médicos - técnicos, incluyendo sillas de ruedas

HC.5.2.9 – Otros productos duraderos de uso médico

HC.6 – Medicina preventiva y salud pública

HC.6.1 – Salud materno-infantil y planificación familiar

HC.6.2 – Servicios de salud escolar

HC.6.3 – Prevención de enfermedades contagiosas

HC.6.4 – Prevención de enfermedades no contagiosas

HC.6.5 – Salud laboral

HC.6.9 – Otros servicios de salud pública

HC.7 – Programas de administración y gestión de seguros de enfermedad

HC.7.1 – Administración y gestión del seguro médico por parte de la administración

HC.7.1.1 – Administración y gestión de los seguros públicos (excepto los fondos de la SS)

HC.7.1.2 – Administración y gestión de los seguros públicos con los fondos de la SS

HC.7.2 – Administración y gestión del seguro médico por parte de las entidades privadas

HC.7.2.1 – Administración y gestión de los seguros privados: planos sociales

HC.7.2.2 – Administración y gestión de los seguros privados: otras entidades privadas

FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

HC.R.1 – Inversiones o gastos de capital

HC.R.2 – Educación y formación del personal sanitario

HC.R.3 – Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud

HC.R.4 – Higiene de los alimentos y agua potable

HC.R.5 – Salud medioambiental

HC.R.6 – Administración y prestación de servicios sociales en especie para personas enfermas y con discapacidad

HC.R.7 – Administración y suministro de prestaciones monetarias relacionadas con la salud

INDUSTRIA PROVEEDORA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA

HP.1. – Hospitales

HP.1.1 – Hospitales generales

HP.1.2 – Centros hospitalarios especializados (diferentes de los centros de atención psiquiátrica y de salud mental)

HP.2 – Centros socio-sanitarios

HP.2.1 – Centros de convalecencia

HP.2.2 – Centros de atención psiquiátrica, salud mental y drogodependencia

HP.2.3 – Residencias para la tercera edad

HP.2.9 – Otros centros de asistencia socio-sanitaria

HP.3 – Atención primaria

HP.3.1 – Consultorios médicos

HP.3.2 – Clínicas odontológicas

HP.3.3 – Consultorios de otros profesionales sanitarios

HP.3.4 – Centros de asistencia sanitaria ambulatoria

HP.3.4.1 – Centros de planificación familiar

HP.3.4.2 – Centros de salud mental y tratamiento de drogodependencias en atención primaria

HP.3.4.3 – Centros autónomos de cirugía ambulatoria

HP.3.4.4 – Centros de diálisis

HP.3.4.5 – Centro de atención primaria

HP.3.5 – Laboratorios médicos y de diagnóstico

HP.3.6 – Proveedores de servicios de asistencia sanitaria a domicilio

HP.3.9 – Otros proveedores de servicios de asistencia sanitaria ambulatoria

HP.3.9.1 – Transporte sanitario

HP.3.9.2 – Bancos de sangre

HP.3.9.9 – Otros proveedores de servicios de atención primaria

HP.4 – Atención extrahospitalaria

HP.4.1 – Farmacias

HP.4.2 – Minoristas y otros proveedores de gafas y otros productos de óptica

HP.4.3 – Minoristas y otros proveedores de aparatos auditivos

HP.4.4 – Venta de aparatos terapéuticos

HP.4.9 – Otras formas de venta y otros proveedores de productos farmacéuticos y terapéuticos

HP.5 – Provisión y gestión de programas de salud pública

HP.6 – Administración general de la salud por las administraciones públicas

HP.6.1 – Administración general de la salud y de los seguros médicos

HP.6.2 – Seguridad Social

HP.6.3 – Otros seguros sociales

HP.6.4 – Otros seguros (privados)

HP.6.9 – Otros proveedores de salud

HP.7 – Otras ramas de actividad (resto de la economía)

HP.7.1 – Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo

HP.7.2 – Unidades familiares proveedoras de atención primaria

HP.7.9 – Otros sectores productores secundarios de atención a la salud

HP.9 – Resto del mundo

FUENTES DE FINANCIACIÓN

HF.1 – Sector público

HF.1.1 – Administraciones públicas, la Seguridad Social excluida

HF.1.1.1 – Administración central

HF.1.1.2 – Administraciones regionales/provinciales

HF.1.1.3 – Administraciones locales/municipales

HF.1.2 – Seguridad Social

HF.2 – Sector privado

HF.2.1 – Seguros sociales privadas

HF.2.2 – Empresas de seguros médicos privadas (diferentes de los seguros sociales)

HF.2.3 – Pagos directos de las unidades familiares

HF.2.3.1 – Pagos directos de las unidades familiares

HF.2.3.2 – Gastos compartidos: administración central

HF.2.3.3 – Gastos compartidos: administraciones regionales/provinciales

HF.2.3.4 – Gastos compartidos: administraciones locales/municipales

HF.2.3.5 – Gastos compartidos: fondos de la Seguridad Social

HF.2.3.6 – Gastos compartidos: seguros sociales privadas

HF.2.3.7 – Gastos compartidos: otros seguros privados

HF.2.3.9 – Otros gastos compartidos

HF.2.4 – Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (diferentes de los seguros sociales)

HF.2.5 – Empresas (diferentes de los seguros sociales)

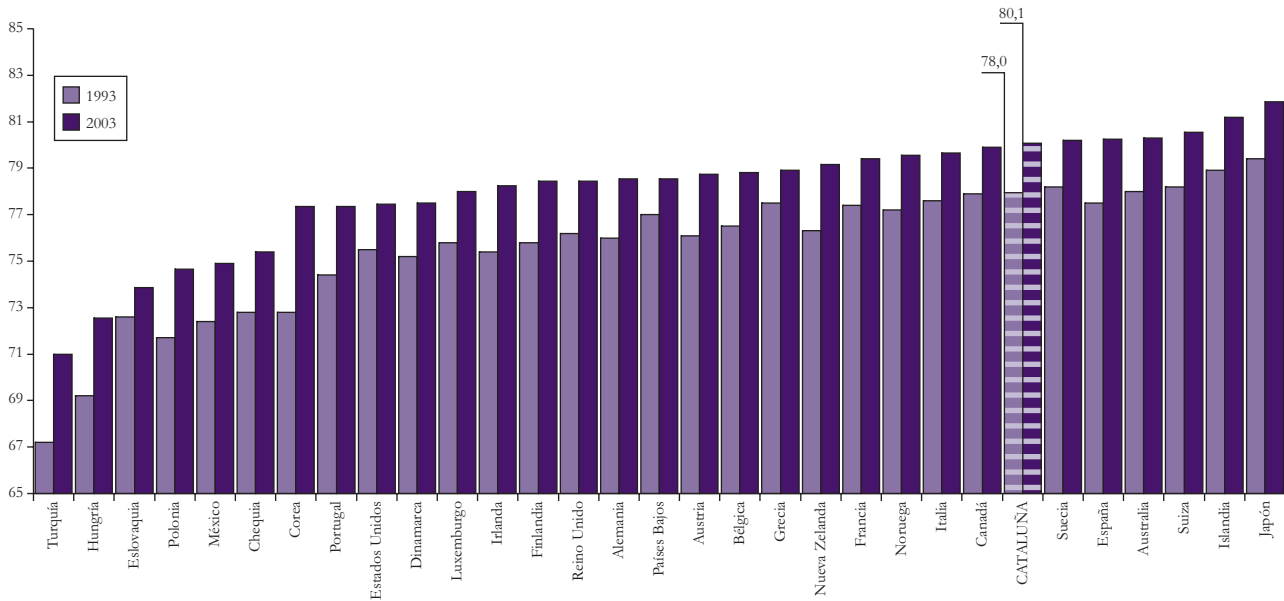
HF.3 – Resto del mundo

Apéndice 3.

Sobre las características del sistema sanitario.

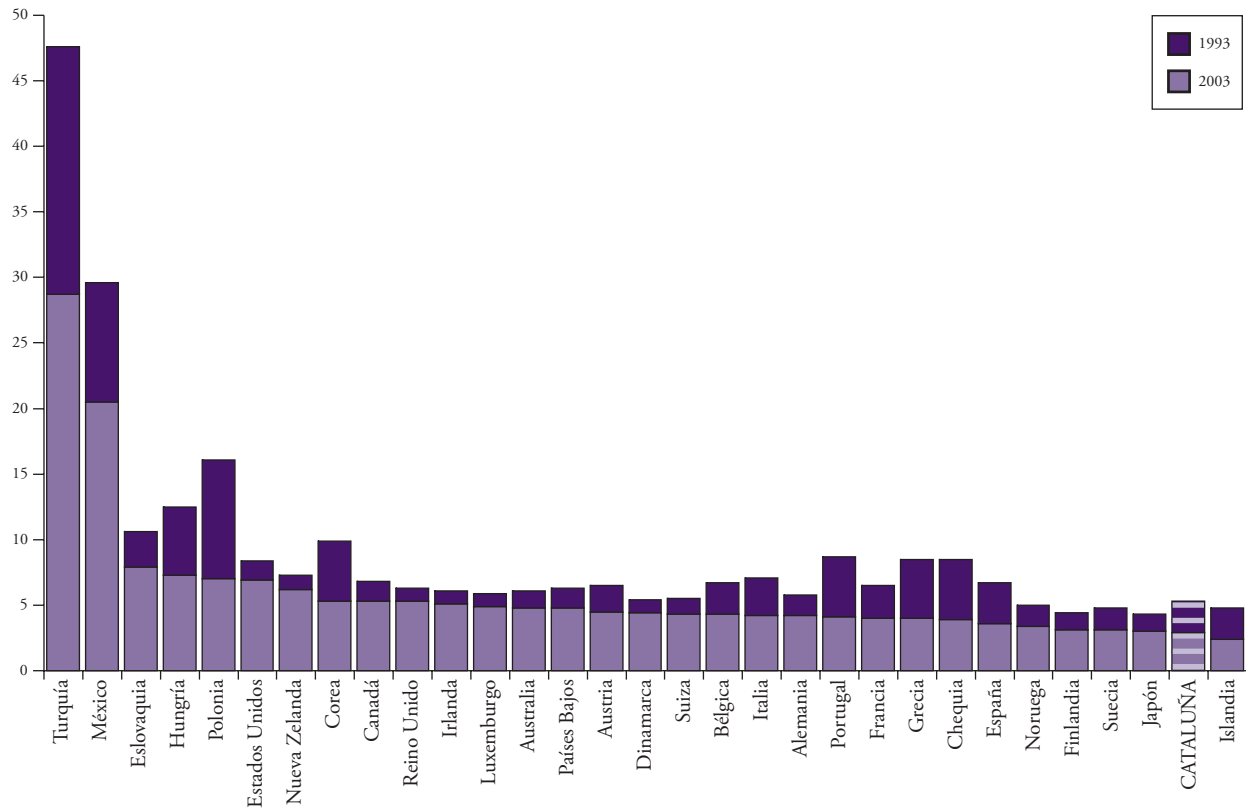
Comparación internacional

Gráfico A. 3.1. Esperanza de vida al nacer. OCDE y Cataluña. 1993 y 2003



Nota: Los datos están medidos en años esperados de vida al nacer. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE e Idescat.

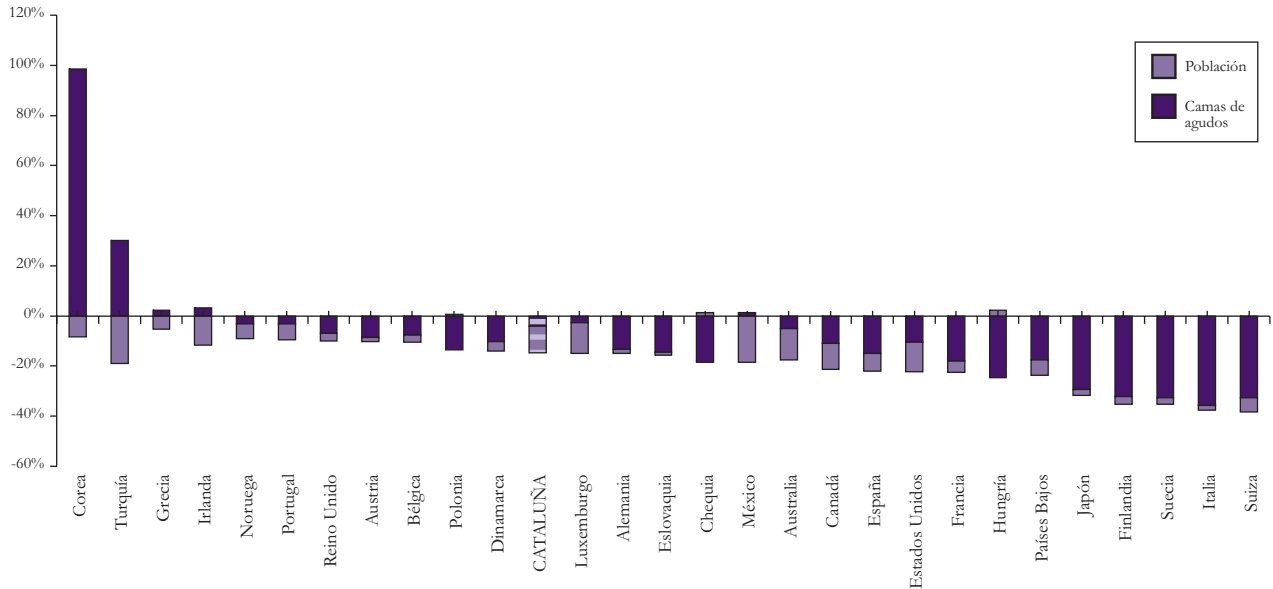
Gráfico A.3.2. Tasas de mortalidad infantil (por 1.000 nacimientos). OCDE y Cataluña. 1993 y 2003



Nota: Los datos de mortalidad de México y de mortalidad infantil de Corea y Nueva Zelanda de 2003 son del año 2002. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE e Idescat.

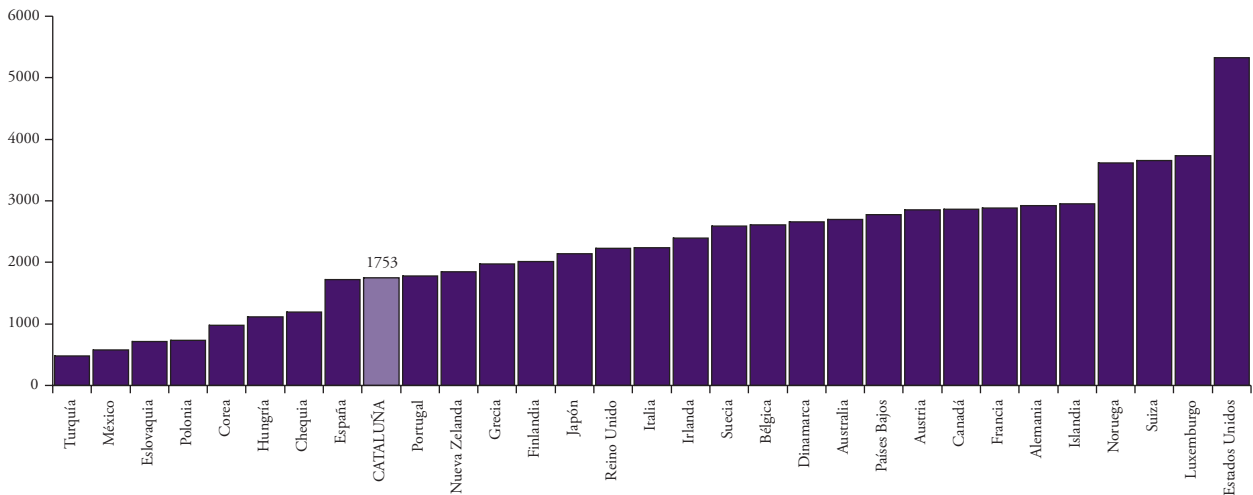
Apéndice 3

Gráfico A.3.3. Variación en la ratio de camas hospitalarias de agudos por mil habitantes: aportación de las componentes a la variación total. OCDE y Cataluña. 1993-2003.



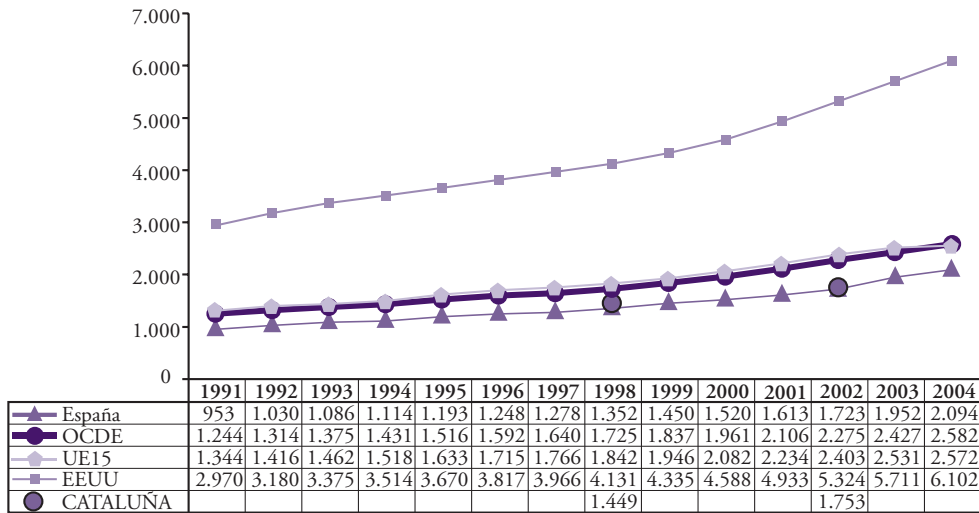
Nota: Los datos de Grecia son de 1994 y de 2002; los de Hungría de 1994; los del Reino Unido de 1995; los de Eslovaquia de 1996, y los de Cataluña de 2004. Datos no disponibles para Islandia y Nueva Zelanda. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE e Idescat.

Gráfico A.3.4. Gasto total per cápita en sanidad. OCDE y Cataluña. 2002



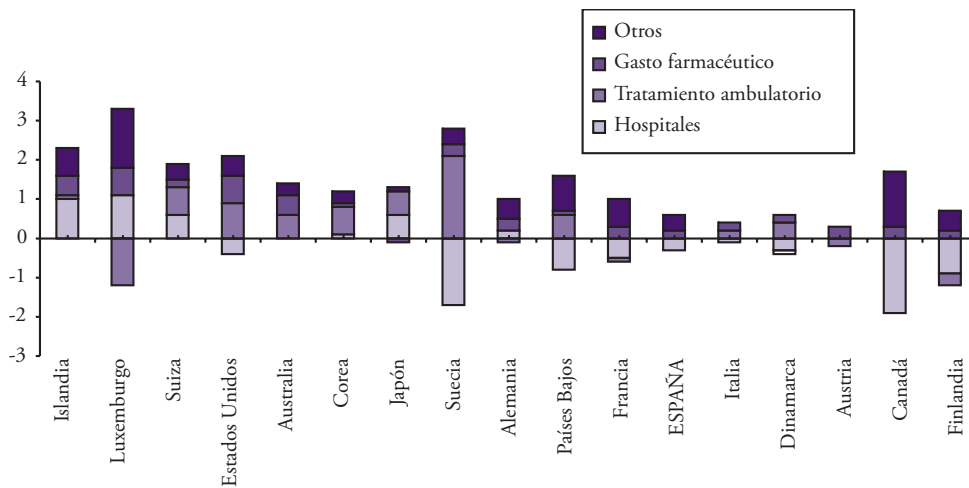
Nota: Los datos de PIB per cápita están expresados en dólares EE. UU. y corregidos por paridad de poder de compra. El dato de Cataluña está corregido respecto del dato español en términos de poder de compra del año 2002 (INE: Datos de PIB en PPS). Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE, INE y ACES.

Gráfico A.3.5. Gasto total per cápita en sanidad. OCDE, EE. UU., España y Cataluña. 1991-2004



Nota: Los datos de PIB per cápita están expresados en dólares EE. UU. y corregidos por paridad de poder de compra. El dato de Cataluña está corregido respecto del dato español en términos de poder de compra del año 2002 (INE: Datos de PIB en PPS). Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE, INE y ACES.

Gráfico A.3.6. Evolución del gasto sanitario por categorías. Incremento del gasto de cada categoría como proporción del PIB. OCDE. 1993-2002



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE.

Apéndice 3

Tabla A.3.1. Gasto en sanidad por partidas, como proporción del PIB. OCDE. 1993 y 2002

	1993					2002				
	Hospitales	Tratamiento ambulatorio	Gasto farmacéutico	Otros	Total	Hospitales	Tratamiento ambulatorio	Gasto farmacéutico	Otros	Total
Alemania	3,6%	2,3%	1,3%	1,4%	8,6%	3,8%	2,2%	1,6%	1,9%	9,5%
Australia	3,4%	2,2%	0,8%	0,7%	7,1%	3,4%	2,8%	1,3%	1%	8,5%
Austria	4%	2,4%	0,9%	1,3%	8,6%	4%	2,2%	1,2%	1,3%	8,7%
Canadá	4,7%	2,5%	1,3%	0%	8,5%	2,8%	2,5%	1,6%	1,4%	8,3%
Corea	1%	1,3%	1,4%	0%	3,7%	1,1%	2%	1,5%	0,3%	4,9%
Dinamarca	4,8%	2%	0,7%	0,6%	8,1%	4,5%	2,4%	0,9%	0,5%	8,3%
España	2,3%	2,9%	1,4%	0,4%	7%	2%	2,9%	1,6%	0,8%	7,3%
Estados Unidos	4,5%	5,5%	1,1%	0,4%	11,5%	4,1%	6,4%	1,8%	0,9%	13,2%
Finlandia	3,6%	2,6%	1%	0%	7,2%	2,7%	2,3%	1,2%	0,5%	6,7%
Francia	4%	2,2%	1,6%	0,8%	8,6%	3,5%	2,1%	1,9%	1,5%	9%
Islandia	4,5%	2,1%	1%	0,1%	7,7%	5,5%	2,2%	1,5%	0,8%	10%
Italia	3,5%	2,3%	1,6%	0%	7,4%	3,4%	2,5%	1,8%	0%	7,7%
Japón	2,5%	1,9%	1,5%	0,3%	6,2%	3,1%	2,5%	1,4%	0,4%	7,4%
Luxemburgo	1,5%	2,8%	0%	0,3%	4,6%	2,6%	1,6%	0,7%	1,8%	6,7%
México						2%	2%	1,3%	0,1%	5,4%
Noruega						4,1%	1,8%	0,9%	2,4%	9,2%
Países Bajos	4,1%	1,3%	0,9%	0,7%	7%	3,3%	1,9%	1%	1,6%	7,8%
Polonia						1,9%	1,6%	1,9%	0,5%	5,9%
Portugal						0%	0%	2,2%	6,8%	9%
Chequia						2,6%	2%	1,6%	0,6%	6,8%
Eslovaquia						2%	0,9%	2,1%	0,5%	5,5%
Suecia	4,5%	2,3%	0,9%	0%	7,7%	2,8%	4,4%	1,2%	0,4%	8,8%
Suiza	4,7%	2,4%	0,9%	0,8%	8,8%	5,3%	3,1%	1,1%	1,2%	10,7%
Turquía						1,4%	1,9%	1,6%	0,4%	5,3%

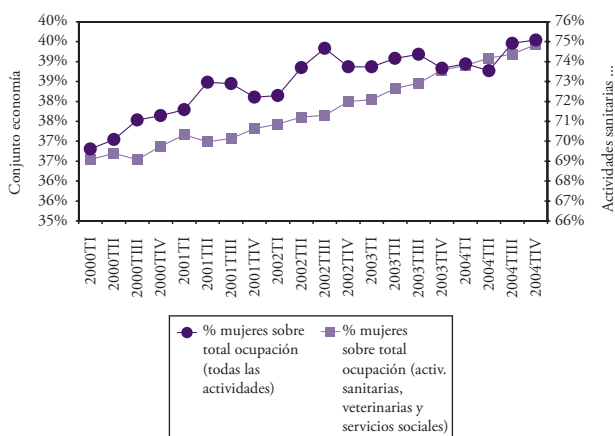
Nota: Los datos de Austria y España de 1993 se refieren a 1995. El dato de Turquía es de 1999. No hay datos disponibles de Grecia, Hungría, Irlanda, Nueva Zelanda y Reino Unido.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE.

Apéndice 4.

Sobre las características del empleo en el sistema sanitario

Aunque es suficientemente conocido el elevado peso de la ocupación femenina en el sector sanitario, este aspecto merece un análisis más detallado. Así, el gráfico A.4.1 muestra el peso de las mujeres trabajadoras en la rama de Sanidad y Servicios Sociales (rama 85) para el conjunto estatal, con datos provenientes de la Encuesta de Población Activa (EPA). El gráfico permite ver que el peso de la ocupación femenina es muy elevado y que, además, ha continuado incrementándose. Así, si en el conjunto de la economía la ocupación femenina ha pasado entre 2000 y 2004 de un 37 a un 40%, en el sector sanitario su peso ha pasado de un 70 a un 75%. Los datos de la EPA con metodología 2005 no ofrecen información específica del sector de la Sanidad y los Servicios Sociales. Por ello, y para ser coherentes con el resto del documento, sólo se presentan los datos hasta el último trimestre de 2004. Consecuentemente, para disponer de más detalle, hay que trabajar con fuentes estadísticas alternativas.

Gráfico A.4.1. Peso de la ocupación femenina. Sanidad y de Servicios Sociales y total. España. 2000-2004



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa (INE).

Para poder describir de una manera detallada la ocupación en la Sanidad y Servicios Sociales, la información adecuada se encuentra en el Censo de Población de 2001, el cual permite disponer de una imagen fiel de qué características tienen los ocupados de esta rama. Además, es preciso resaltar que, a diferencia de lo que sucedía en el caso de los datos provenientes de la CRE y de la Seguridad Social, en que las actividades sanitarias estaban integradas con las actividades veterinarias y los servicios sociales, el Censo posibilita hacer un tratamiento individualizado de los ocupados exclusivamente a las actividades sanitarias.

La tabla A.4.1 resume la información relativa al número de ocupados en actividades sanitarias en Cataluña y en España, así como diversas características de los mismos, como la edad media, el nivel de estudios medio o el número de horas trabajadas por semana. Adicionalmente, se muestra esta misma información para grandes sectores de actividad (agricultura, industria, construcción y servicios) y para la rama agregada de Sanidad y Servicios Sociales (la cual incorpora, tal y como se ha mencionado, las actividades sanitarias, veterinarias y servicios sociales).

Como se puede observar, en el año 2001 había un total de 127.226 ocupados en actividades sanitarias, cifra que representaba un 4,5% del total de ocupados en Cataluña (y un 76,4% del número de ocupados en la rama Sanidad y Servicios Sociales antes considerada). Este porcentaje es prácticamente idéntico al correspondiente en España (4,6%).

Un análisis más detallado de las características de los ocupados en esta actividad en Cataluña muestra que estos tienen una edad media superior a la del resto de sectores (excepto en el de la agricultura) y un nivel de estudios también superior al del resto de sectores (considerablemente superior al observado en el total de la economía), y que, de media, trabajan menos horas que los ocupados en el resto de

Tabla A.4.1. Características de la ocupación en el sector sanitario en comparación con el resto de sectores económicos. Cataluña y España. 2001

	Ocupados	Edad media	Nivel de estudios medio	Número de horas trabajadas por semana
CATALUÑA				
Agricultura	69.287 (2,5%)	42,26	2,37	42,93
Industria	708.921 (25,2%)	38,25	2,68	39,73
Construcción	291.482 (10,4%)	37,77	2,42	40,56
Servicios	1.745.436 (62%)	38,26	2,91	38,47
Total	2.815.126 (100%)	38,31	2,79	39,11
85 - Actividades sanitarias y veterinarias; servicios sociales	166.455 (5,9%)	38,84	3,22	37,43
851 - Actividades sanitarias	127.226 (4,5%)	39,09	3,32	37,79
ESPAÑA				
Agricultura	1.034.784 (6,3%)	41,49	2,13	43,22
Industria	2.998.658 (18,4%)	37,76	2,67	40,07
Construcción	1.916.693 (11,7%)	37,18	2,40	40,82
Servicios	10.379.578 (63,6%)	38,23	2,92	38,69
Total	16.329.713 (100%)	38,22	2,76	39,48
85 - Actividades sanitarias y veterinarias; servicios sociales	970.466 (5,9%)	39,50	3,24	37,73
851 - Actividades sanitarias	752.856 (4,6%)	40,01	3,32	38,11

Nota: El nivel de estudios medio se calcula a partir de la escala siguiente: Analfabetos=1; Sin estudios=2; Primer grado=3; ESO, EGB, Bachillerato elemental=4; Bachillerato superior, BUP, Bachiller LOGSE, CUECE, PRECIO=5; FP grado medio, FPI, oficial industrial=6; FP grado superior, FPII, maestría industrial =7; Diplomatura, arquitectura o ingeniería técnica =8; Ingeniería superior, Licenciatura=9; Doctorado=10.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE, Censo de población de 2001.

sectores (37,8 horas la semana, frente a las 39,1 del total de la economía). En comparación con los datos para España, se obtiene que, en Cataluña, la edad media de los ocupados en las actividades sanitarias es algo inferior a la del Estado, el nivel de estudios es igual y que el número de horas trabajadas es ligeramente inferior en Cataluña que en España.

Para tratar de explicar estas diferencias entre las características de los ocupados en actividades sanitarias y las del resto de sectores, la tabla A.4.2 muestra la composición de la ocupación por epígrafes de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO). Los datos permiten explicar por qué en el sector sanitario hay un mayor nivel educativo. La razón está en la composición de la ocupación: tanto en Cataluña como en España, el 38% de los ocupados tienen un puesto

de trabajo catalogado como “Técnicos y profesionales científicos e intelectuales”, caracterizado por una elevada formación académica (la más alta de todas las consideradas). Esta proporción supone más de tres veces la que se observa en el conjunto de la economía. Además, se observa que, en general, en la mayoría de categorías, la formación de los ocupados en el sector sanitario es superior a la de los ocupados en el sector servicios y en el total de la economía (analizando cada categoría aisladamente). Comparando el nivel formativo del sector, por categorías, entre Cataluña y España, se observan unos resultados muy similares.

En cuanto al número de horas trabajadas, en la categoría de “Técnicos y profesionales científicos e intelectuales” (que ocupa el 43% de los ocupados del sector, tanto en Cataluña

Apéndice 4

Tabla A.4.2. Características de la ocupación en el sector sanitario comparado con otros sectores. Cataluña y España. 2001

CATALUÑA	Ocupados			Nivel medio de estudios			Número de horas trabajadas		
	Total	Servicios	851 - Actividades sanitarias	Total	Servicios	851 - Actividades sanitarias	Total	Servicios	851 - Actividades sanitarias
0. Fuerzas armadas	0,1%	0,2%	0,1%	3,02	3,02	3,17	38,9	38,9	37,0
1. Personal directivo de las empresas y de las administraciones públicas	8,7%	10,0%	2,1%	3,01	2,98	3,49	42,9	43,2	40,6
2. Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	11,8%	16,6%	42,8%	3,75	3,75	3,82	37,1	36,7	38,8
3. Técnicos y profesionales de soporte	13,2%	15,1%	13,0%	3,13	3,13	3,28	38,7	38,4	36,8
4. Empleados administrativos	10,7%	13,6%	8,7%	2,94	2,96	3,02	37,7	37,5	36,1
5. Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercios	14,6%	21,7%	26,1%	2,59	2,59	2,86	38,7	38,6	36,9
6. Trabajadores cualificados en actividades agrarias y pesqueras	1,8%	0,2%	0,1%	2,36	2,35	2,26	43,4	38,2	42,1
7. Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción y la minería, excepto de los operadores de instalaciones a y maquinari	17,1%	5,5%	1,3%	2,43	2,52	2,49	40,1	39,7	38,6
8. Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	12,5%	7,0%	1,8%	2,43	2,44	2,59	40,3	41,5	41,5
9. Trabajadores no cualificados	9,5%	10,1%	4,0%	2,24	2,26	2,19	36,7	35,1	36,1
TOTAL	2.815.126	1.745.436	127.226	2,79	2,91	3,32	39,1	38,5	37,8
ESPAÑA									
0. Fuerzas armadas	0,7%	1,0%	0,1%	3,02	3,02	3,28	39,7	39,7	38,0
1. Personal directivo de las empresas y de las administraciones públicas	8,1%	9,6%	1,6%	2,94	2,93	3,48	43,5	43,7	40,2
2. Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	12,2%	17,3%	43,6%	3,76	3,77	3,82	37,0	36,6	38,9
3. Técnicos y profesionales de soporte	10,8%	13,3%	10,7%	3,14	3,14	3,30	38,9	38,6	37,4
4. Empleados administrativos	9,7%	12,8%	7,2%	2,99	3,01	3,07	37,8	37,7	36,7
5. Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercios	14,9%	22,0%	29,0%	2,61	2,61	2,89	39,4	39,3	37,5
6. Trabajadores cualificados en actividades agrarias y pesqueras	3,7%	0,3%	0,1%	2,14	2,30	2,28	45,1	38,6	38,7
7. Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción y la minería, levadura de los operadores de instalaciones y maquinaria	17,1%	5,4%	1,5%	2,42	2,53	2,60	40,4	40,0	38,6
8. Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	10,7%	6,9%	1,7%	2,45	2,44	2,58	40,9	41,9	42,3
9. Trabajadores no cualificados	12,2%	11,3%	4,6%	2,24	2,31	2,31	37,1	35,1	36,1
TOTAL	16.329.713	10.379.578	752.856	2,76	2,92	3,32	39,5	38,7	38,1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Censo de población 2001, INE.

como en España) y en la de “Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores” (alrededor del 1,8% del total) se trabajan más horas que en el resto de sectores (estos últimos al igual que en el resto del sector servicios). La elevada dedicación en términos de horas trabajadas del personal más cualificado puede asociarse tanto al hecho de que algunos de ellos tengan más de una ocupación como al número de guardias que tienen que efectuar. Por otra parte, se observa que en prácticamente todo el resto de categorías de ocupación con menos cualificación se trabaja menos que en el resto de sectores. Uno de los motivos para explicar la menor cantidad de horas trabajadas puede radicar en que un volumen importante de los ocupados en sanidad trabajan en hospitales, donde es preciso trabajar por turnos e incluso los fines de semana. Estas condiciones de obligatoriedad en la prestación de servicios incluso en festivos se acostumbran a compensar con menos horas de trabajo. Considerando en conjunto todas las categorías, se encuentra un resultado global de menos horas trabajadas en actividades sanitarias que en el conjunto de sectores. La tabla A.4.3 presenta los datos del Censo de 2001 relativos al sector sanitario, al sector servicios y al total de la economía, diferenciando por

género. El dato más importante es el volumen que supone la ocupación femenina en el sector: un 70,7% en Cataluña, que contrasta con el 51,3% del sector servicios y el 41,1% del total de los sectores. En Cataluña, las proporciones de ocupación femenina son más elevadas que en España. También se aprecia que el nivel de estudios de las mujeres ocupadas en el sector sanitario es ligeramente inferior al de los hombres. Este dato contrasta con el conjunto de los sectores y, en menor grado, con el sector servicios, en que las mujeres presentan un nivel de formación superior al de los hombres.

La tabla A.4.4 presenta datos del sector sanitario, del sector servicios y del total de la economía, por grupos de ocupación, relativos al peso de la ocupación femenina y a las diferencias en términos de horas trabajadas entre géneros (ratio del tiempo medio trabajado por las mujeres entre el tiempo medio trabajado por los hombres). La conclusión básica es que las mujeres trabajan menos horas que los hombres independientemente del sector o de la ocupación⁷⁴, y la diferencia fundamental del sector de servicios sanitarios respecto al resto de la economía es el mayor peso de la ocupación femenina.

Tabla A.4.3. Características de la ocupación en el sector sanitario comparado con otros sectores. Cataluña y España. 2001

	% ocupaciones más cualificadas* dentro de total de empleos							
	% mujeres dentro total ocupación		Nivel estudios mujeres / nivel estudios hombres		Hombres		Mujeres	
	Cataluña	España	Cataluña	España	Cataluña	España	Cataluña	España
Total	41,1%	38,2%	1,05	1,07	31,1%	28,7%	37,3%	34,9%
Sector Servicios	51,3%	48,5%	1,01	1,02	42,7%	42,1%	39,9%	38,2%
Sector Sanitario	70,7%	68,9%	0,98	0,99	65,2%	65,7%	54,8%	51,4%

*: Las ocupaciones más cualificadas son las correspondientes a las ocupaciones siguientes: 1. Personal directivo de las empresas y de las administraciones públicas. 2. Técnicos y profesionales científicos e intelectuales. 3. Técnicos y profesionales de soporte.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Censo de Población 2001, INE.

⁷⁴ Esta información no diferencia entre ocupados a jornada completa que trabajan menos horas y ocupados a media jornada o jornada parcial.

Apéndice 4

Tabla A.4.4. Peso de la ocupación femenina y diferencias de género en términos de horas trabajadas, por sectores y grupos de ocupación. Cataluña y España. 2001

CATALUÑA	TOTAL		Servicios		851 - Actividades sanitarias	
	% mujeres	Tiempo mujer / tiempo hombre	% mujeres	Tiempo mujer / tiempo hombre	% mujeres	Tiempo mujer / tiempo hombre
0. Fuerzas armadas	31,7%	93,0%	31,7%	95,1%	77,3%	93,6%
1. Personal directivo de las empresas y de las administraciones públicas	32,8%	94,9%	37,9%	96,6%	45,3%	93,1%
2. Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	52,9%	90,4%	56,6%	95,8%	67,2%	89,9%
3. Técnicos y profesionales de apoyo	47,5%	93,2%	48,2%	96,1%	70,1%	92,3%
4. Empleados administrativos	60,7%	94,3%	62,1%	97,8%	79,4%	93,9%
5. Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercios	61,6%	91,1%	63,7%	96,5%	79,5%	95,1%
6. Trabajadores cualificados en actividades agrarias y pesqueras	16,3%	90,1%	25,7%	94,8%	46,3%	88,5%
7. Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria	13,4%	93,7%	17,8%	93,0%	28,5%	92,2%
8. Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	25,2%	93,6%	15,5%	89,5%	30,8%	89,6%
9. Trabajadores no cualificados	47,7%	83,6%	63,7%	93,2%	81,1%	91,4%
TOTAL	41,1%	90,8%	51,3%	94,8%	70,7%	90,9%
ESPAÑA						
0. Fuerzas armadas	13,2%	97,7%	13,2%	97,7%	55,0%	96,6%
1. Personal directivo de las empresas y de las administraciones públicas	31,6%	95,2%	36,0%	94,9%	44,1%	93,4%
2. Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	51,3%	91,4%	54,1%	91,9%	63,1%	92,9%
3. Técnicos y profesionales de apoyo	42,1%	93,3%	42,8%	93,2%	67,4%	92,9%
4. Empleados administrativos	58,5%	94,3%	59,7%	94,5%	79,6%	94,9%
5. Trabajadores de servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercios	57,9%	90,3%	59,5%	90,2%	79,4%	96,0%
6. Trabajadores cualificados en actividades agrarias y pesqueras	21,9%	96,3%	23,6%	94,7%	46,3%	92,9%
7. Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria	11,1%	94,2%	15,0%	92,0%	22,5%	96,2%
8. Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	20,0%	93,3%	13,7%	88,6%	26,9%	88,2%
9. Trabajadores no cualificados	46,2%	84,2%	64,1%	83,6%	83,2%	92,3%
TOTAL	38,2%	90,4%	48,5%	89,8%	68,9%	92,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Censo de Población 2001, INE.

Si a esta realidad de menor número de horas trabajadas por parte las mujeres se le añade el aumento de la ocupación femenina en el sector⁷⁵, encontramos que tiene que aumentar el número de personas ocupadas para cubrir un volumen total de horas de trabajo. Eso implica, por ejemplo, una subida del número de médicos/médicas necesarios para poder atender las necesidades sanitarias del país.

Finalmente, en el sector sanitario, la proporción de ocupación en las categorías de mayor nivel (“Personal directivo

de las empresas y de las administraciones públicas”, “Técnicos y profesionales científicos e intelectuales” y “Técnicos y profesionales de apoyo”) presenta en Cataluña un peso del 65,2% los hombres y de uno 54,8% las mujeres (65,7 y 51,4%, respectivamente, en España). Eso pone de manifiesto que, en el sector sanitario, las mujeres son mayoría en todos los estratos de ocupación, pero que a la vez son proporcionalmente más numerosas en las ocupaciones de menor categoría.

⁷⁵ En los últimos años se ha observado una mayor presencia de médicas. Así, según datos del Ministerio de Educación y Ciencia, el año 2004, un 70% de los alumnos matriculados en titulaciones universitarias relacionadas con ciencias de la Salud eran mujeres, y según datos del Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer, el 85% de los nuevos colegiados en España y el 88% en Cataluña son mujeres, sólo entre 2000 y 2003.

Apéndice 5.

Las tablas input-output y el sector sanitario

El modelo básico input-output subyacente al análisis de las tablas input-output es el conocido con el nombre de modelo de Leontief o modelo estático de cantidades o modelo de demanda:

Modelo (1)

$$X_i = x_{i1} + x_{i2} + \dots + x_{in} + y_i \quad i = 1, 2, \dots, n$$

donde X_i es la producción efectiva de la rama i , X_{ij} son los consumos que hace la rama j de los productos de la rama i , e Y_i es la demanda final de la rama i (formada por consumo privado y público, inversiones y exportaciones). A partir de este modelo, se puede definir el llamado *coeficiente técnico* a_{ij} :

$$a_{ij} = \frac{x_{ij}}{X_j}$$

el cual muestra la proporción de lo que compra la rama j a la rama i respecto a la producción total de la rama j , es decir, el número de unidades de productos producidos por la rama i que necesita comprar la rama j para poder producir una unidad del *output*. Utilizando el concepto de coeficientes técnicos, el modelo (1) se puede reescribir de la forma siguiente:

$$X_i = x_{i1} + x_{i2} + \dots + x_{in} + y_i \quad i = 1, 2, \dots, n$$

$$X_i = a_{i1} X_1 + a_{i2} X_2 + \dots + a_{in} X_n + y_i \quad i = 1, 2, \dots, n$$

hasta llegar a la expresión siguiente:

Modelo (2) $X = AX + Y$

donde X es el vector de producción (de dimensión $n \times 1$), A es la matriz de coeficientes técnicos (de dimensión $n \times n$)

$$A = \begin{bmatrix} a_{11} & a_{12} & \dots & a_{1n} \\ a_{21} & a_{22} & \dots & a_{2n} \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ a_{n1} & a_{n2} & \dots & a_{nn} \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} \frac{X_{11}}{X_1} & \frac{X_{12}}{X_2} & \dots & \frac{X_{1n}}{X_n} \\ \frac{X_{21}}{X_1} & \frac{X_{22}}{X_2} & \dots & \frac{X_{2n}}{X_n} \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ \frac{X_{n1}}{X_1} & \frac{X_{n2}}{X_2} & \dots & \frac{X_{nn}}{X_n} \end{bmatrix}$$

y donde Y es el vector de demanda final (de dimensión $n \times 1$).

A partir de la matriz A de coeficientes técnicos, se puede observar que la suma de los elementos de una columna cualquiera, por ejemplo la correspondiente a la rama j , indicaría la cantidad adicional de producción que tendrían que producir todas las ramas de la economía para poder incrementar en una unidad la producción de la rama j . Esta suma de coeficientes técnicos por columnas recibe el nombre de Coeficiente de Chenery y muestra cuál es el efecto directo de arrastre hacia atrás que tiene cada rama.

$$\mu_j = \sum_{i=1}^n \frac{X_{ij}}{X_i} = \sum_{i=1}^n a_{ij}$$

Por otra parte, la suma de los coeficientes técnicos de cada fila de la matriz A , por ejemplo los asociados a la fila i , indica cuanto tendría que incrementar la producción de la rama i si todas las ramas de la economía incrementasen su producción en una unidad. Esta suma por filas recibe el

nombre de Coeficiente de Watanabe y muestra cuál es el efecto directo de arrastre hacia delante que tiene cada rama.

$$\omega_j = \sum_{i=1}^n \frac{X_{ij}}{X_i} = \sum_{j=1}^n s_{ij}$$

Sin embargo, a partir de la matriz A de coeficientes técnicos y del coeficiente de Chenery únicamente se consideran los efectos directos que sobre el resto de ramas tendría el aumento unitario de la producción de una rama (ocurre lo mismo con el coeficiente de Watanabe). Así, no se estarían teniendo en cuenta todos los efectos indirectos que también se producirían por el hecho de que, para que la rama *i* incremente su producción y se cubra la demanda realizada por la rama *j*, necesitará bienes producidos por las ramas *m*, *l*, ..., y a la vez estas ramas necesitarán bienes producidos por otras ramas, y así sucesivamente. Para poder contabilizar todos los efectos de arrastre (tanto directos como indirectos), el modelo (2) se reescribiría de la manera siguiente:

Modelo (3)

$$(I - A) X = Y$$

$$X = (I - A)^{-1} Y = BY \rightarrow \begin{bmatrix} X_1 \\ X_2 \\ \dots \\ X_n \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} b_{11} & b_{12} & \dots & b_{1n} \\ b_{21} & b_{22} & \dots & b_{2n} \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ b_{n1} & b_{n2} & \dots & b_{nn} \end{bmatrix} \begin{bmatrix} Y_1 \\ Y_2 \\ \dots \\ Y_n \end{bmatrix}$$

donde la matriz resultante $(Y-A)^{-1}$ se denomina Matriz inversa de Leontief:

$$B = (I - A)^{-1} = \begin{bmatrix} b_{11} & b_{12} & \dots & b_{1n} \\ b_{21} & b_{22} & \dots & b_{2n} \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ b_{n1} & b_{n2} & \dots & b_{nn} \end{bmatrix}$$

La suma por columnas de los elementos de la matriz inversa de Leontief, por ejemplo los asociados a la columna *j*, indicaría cuánto se tendría que incrementar la producción de todas las ramas de la economía (en total, considerando los efectos directos e indirectos) para cubrir un incremento unitario de la demanda final de la rama *j*. Esta suma recibe el nombre de Multiplicador de la producción.

A partir de los elementos de matriz inversa de Leontief, se pueden calcular los llamados Índices de Rasmussen:

Índice de poder de dispersión:

$$U_{.j} = \frac{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n b_{ij}}{\frac{1}{n^2} \sum_{j=1}^n \sum_{i=1}^n b_{ij}}$$

Índice de sensibilidad de dispersión:

$$U_{.i} = \frac{\frac{1}{n} \sum_{j=1}^n b_{ij}}{\frac{1}{n^2} \sum_{j=1}^n \sum_{i=1}^n b_{ij}}$$

Apéndice 5

Si U_j es superior a 1, querrá decir que un incremento unitario de demanda final de rama j genera un incremento de producción de todo el sistema mayor que cualquiera otra rama escogida al azar, mientras que si U_i es superior a 1, querrá decir que para cubrir un incremento de la demanda final del resto de las ramas se requiere una cantidad de producción de la rama i superior a la media.

A partir de estos Índices de Rasmussen, los sectores se pueden clasificar de la manera siguiente:

	$U_i > 1$	$U_i < 1$
$U_j > 1$	Sectores Clave	Sectores con efectos arrastre hacia atrás
$U_j < 1$	Sectores con efectos arrastre hacia delante	Sectores sin efectos arrastre

Tabla A.5.1. Valores para las ramas integrantes del sector sanitario

CÓDIGO TIOC	Nombre	Coefficiente de Chenery	Coefficiente de Watanabe	Índice de poder de dispersión	Índice de sensibilidad de dispersión
107	Actividades hospitalarias de mercado	0,30	0,12	0,90	0,80
108	Actividades hospitalarias de no mercado	0,31	0,00	0,88	0,70
109	Act. médicas de mercado, act. odontológicas y otras act. sanitarias	0,32	0,26	0,91	1,06
110	Actividades médicas de no mercado	0,34	0,00	0,96	0,70

Bibliografía

- ACES - PIMEC (2004) “El sector privat de prestació de serveis de salut a Catalunya”.
- ACES (2005) “Sostenibilitat financera i equilibri territorial del sistema sanitari espanyol en l’horitzó 2015. El pes de la sanitat privada a Catalunya”.
- Barea, J. (dir.) (1992) “Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo”, Instituto de Estudios Fiscales.
- Cañada Martínez (1994) “Las Tablas Input-Output como sistema de información de la actividad industrial”, *Economía Industrial*, Set/Octubre 94.
- Costa, A., J. Galter, J. Muñoz y P. Orriols (2007) “El projecte de taules input-output de Catalunya 2001 i la seva rellevància en el sistema estadístic”, *Nota d’Economia*, n. 87.
- Herce, J.A., J. Cabasés y G. López Casanovas (1995) “Los problemas de la sanidad pública en España: una encuesta rápida entre los expertos en economía de la salud”, FEDEA.
- Hidalgo, A., Corugedo, I. y del Llano, J. (2000) *Economía de la salud*, Madrid: Pirámide.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, “Estadísticas del Gasto Sanitario Público”, varios años.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, “Encuesta Nacional de Salud”, varios años.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, “Catálogo Nacional de Hospitales”, varios años.
- Ministerio de Administraciones Públicas, “Informe económico-financiero de las Administraciones territoriales”, varios años.
- Muñoz Ciudad (1988) “Elaboración y utilización de las tablas input-output regionales”, *Papeles de Economía Española*, 35.
- OECD (2000) *A System of health accounts : version 1.0*, Paris: OECD Publications.
- OECD (2006) *OECD Health Data 2006: Statistics and Indicators*, Paris: OECD Publications.
- Oliva, J. (2006), “Pérdidas de producción laboral ocasionadas por las enfermedades en Cataluña en el año 2004”, mimeo.
- OMS (1948) *Official records of the World Health Organization*, num. 2, United Nations, Geneva Interim Commission.
- Parsons T. (1958) “Definition of health and illness in the light of American values and social structure”, en Gartly GE, ed., *Patients, Physicians and Illness: A Sourcebook in Behavioural Science and Health*. New York: Free Press.
- Puig Junoy, J. (2002) “Análisis económico de la financiación pública de medicamentos”, Ed. Masson Barcelona.
- Puig-Junoy, J. (2003) “La sanitat a Catalunya avui: entre l’incrementalisme i la prioritizació”, capítol 15 de *Catalunya, societat massa limitada*, Angle Editorial, Barcelona.
- Puig Junoy, J. y J. Llop (2004) “Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos”, Documento de trabajo 50/2004, Fundación Alternativas.
- Servei Català de la Salut (2005) “Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya”.