



Cambra de Comerç  
de Barcelona



EL SECTOR DE  
LA SALUT A  
CATALUNYA



Cambra de Comerç  
de Barcelona



**EL SECTOR DE  
LA SALUT A  
CATALUNYA**

**El sector de la Salut a Catalunya**

Desembre del 2009

© Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona

**Elaboració de continguts**

Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona

**Supervisió lingüística:**

Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona

**Direcció editorial:**

Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona

**Disseny gràfic:**

Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona

**Autoedició i fotocomposició:**

Anglofort, SA

**Impressió:**

Ingoprint, SA

ISBN: 84-95829-65-7

Dipòsit legal: B-7.013-2010

Imprès en paper ecològic de 115 g/m<sup>2</sup>

# Presentació

*El sector de la salut a Catalunya* és el quart lliurament d'una col·lecció d'estudis que vol aprofundir en el coneixement de la nostra realitat econòmica des d'un punt de vista sectorial i oferir una eina de suport als agents econòmics que han de contribuir a impulsar el desenvolupament del sector.

Dins de l'economia catalana, el sector de la salut té una posició capdavantera en termes de generació de valor afegit i ocupació. Per consolidar aquesta posició, el sector ha de fer front a reptes nous derivats, principalment, de la transició demogràfica, les transformacions socioeconòmiques i l'aparició i l'aplicació de les noves tecnologies. Aquest estudi pretén analitzar la realitat actual del sector amb l'objectiu d'avançar en aquest nou entorn en benefici del progrés econòmic i social.

El sector de la salut està destinat a ser un dels motors econòmics d'un model productiu renovat, centrat en sectors innovadors amb potencial exportador i d'atracció de capital. I això, principalment, és per tres motius: en primer lloc, el dinamisme d'una demanda creixent derivada de l'augment de l'esperança de vida convertirà el sector en una font important d'ocupació qualificada, ara i en el futur; el segon motiu és l'elevada capacitat d'arrossegar d'unes activitats que mobilitzen molts recursos i estan molt externalitzades; la tercera raó és la generació de coneixement pròpia d'un sector que marca estàndards tecnològics i serveix com a plataforma d'internacionalització per a la resta del teixit productiu lligat a les activitats sanitàries.

Aquests tres factors, sumats al fet que el sector de la salut constitueix un pilar fonamental per a l'estat del benestar i la cohesió social, fan que el sector sigui un motor d'innovació i el situen al capdavant d'una transformació que ja està en marxa.

Miquel Valls i Maseda  
*President de la Cambra Oficial de Comerç,  
Indústria i Navegació de Barcelona*



# Índex

<b>1. Introducció i definició del sector</b> .....	15
1.1. Objectiu de l'estudi .....	15
1.2. Model sanitari català .....	15
1.3. Definició i delimitació del sector de la salut .....	19
<b>2. Impacte del sector de la salut en l'economia</b> .....	23
2.1. VAB i ocupació .....	23
2.1.1. VAB .....	23
2.1.2. Ocupació .....	26
2.2. Efectes multiplicadors del sector de la salut sobre el conjunt de l'economia .....	29
2.2.1. La producció i la demanda .....	30
2.2.2. Les relacions intersectorials .....	32
2.2.3. Els efectes multiplicadors sobre la producció, l'ocupació i el valor afegit ..	34
2.3. Finançament i despesa sanitària .....	35
2.3.1. Introducció .....	35
2.3.2. Pressupost públic de salut a Catalunya .....	36
2.3.3. Comparativa internacional de la despesa sanitària .....	40
<b>3. Estructura del sector</b> .....	45
3.1. L'assegurament sanitari .....	45
3.1.1. L'assegurament sanitari públic .....	46
3.1.2. L'assegurament sanitari privat .....	47
3.1.3. L'assegurament sanitari laboral .....	49
3.2. La provisió de serveis assistencials .....	51
3.2.1. L'atenció primària de salut .....	52
3.2.2. L'atenció especialitzada: dependència patrimonial i funcional .....	53
3.2.3. L'atenció especialitzada: l'assistència d'aguts, socio sanitària i a la salut mental .....	55
3.3. Les polítiques de salut pública .....	57
3.3.1. La protecció de la salut .....	59
3.3.2. La salut laboral i la promoció d'estils de vida saludable a l'empresa .....	60
3.4. Les infraestructures i els equipaments públics de salut .....	61
<b>4. Reptes del sector de la salut</b> .....	67
4.1. Internacionalització i capacitat d'atracció de capital .....	67
4.1.1. Les oportunitats d'internacionalització .....	67
4.1.2. L'estratègia d'internacionalització .....	68
4.2. La innovació .....	76
4.2.1. La producció científica i la transferència del coneixement en biomedicina i ciències de la salut .....	76
4.2.2. Les TIC com a motor de la innovació en l'assistència sanitària .....	84

<b>5. Resultats i conclusions principals</b> .....	91
<b>Bibliografia</b> .....	97
<b>Annexos</b>	
Annex 1. Classificació del sector de la salut a la CCAE .....	103
Annex 2. Pressupostos consolidats del CatSalut/ICS per capítols .....	105
Annex 3. Nivells de cobertura sanitària .....	106
Annex 4. Principals sectors arrossegats dels subsectors de la salut .....	107
Annex 5. Comparació de les principals magnituds del sector de la salut. TIOC-2001 i TIOC-2005 a 65 branques i/o productes .....	108

# Relació de gràfics, quadres i mapes

## Gràfics

1. Funcions en el sistema sanitari català . . . . .	16
2. Relacions dels principals agents implicats en el model sanitari català . . . . .	17
3. VAB del sector de la salut, per tipus de serveis . . . . .	24
4. VAB del sector de la salut. Percentatge sobre el total del VAB . . . . .	24
5. VAB de Catalunya. Percentatge sobre el VAB d'Espanya . . . . .	25
6. Estructura del VAB a Catalunya per components . . . . .	26
7. Creixement dels afiliats a la SS a Catalunya . . . . .	28
8. Creixement dels afiliats a la SS del sector de la salut a Catalunya i a Espanya . . . . .	28
9. Ocupats segons el nivell de formació assolit a Espanya . . . . .	29
10. Distribució de valor de la producció del sector de la salut . . . . .	31
11. Destinació de la producció del sector sanitari i de serveis socials . . . . .	31
12. Consum en serveis sanitaris i socials a Catalunya . . . . .	32
13. Sectors econòmics en l'àmbit de la salut . . . . .	34
14. Fluxos financers del sistema sanitari espanyol . . . . .	36
15. Fluxos financers del pressupost del sistema sanitari català . . . . .	37
16. Estructura econòmica dels pressupostos consolidats del CatSalut/ICS . . . . .	37
17. Pressupost consolidat del DS/CatSalut/ICS per habitant protegit . . . . .	38
18. Despesa total en salut als països de l'OCDE . . . . .	40
19. Relació entre la despesa en salut <i>per capita</i> i el PIB <i>per capita</i> . . . . .	41
20. Despesa pública i privada en salut als països de l'OCDE . . . . .	41
21. Despesa pública en salut als països de l'OCDE . . . . .	42
22. Despesa privada en salut als països de l'OCDE . . . . .	42
23. Diagrama d'assegurament sanitari a Catalunya . . . . .	45
24. Creixement de la població protegida per CA . . . . .	46
25. Població assegurada segons el nivell de cobertura . . . . .	47
26. Persones assegurades amb doble cobertura sanitària a Catalunya . . . . .	48
27. Primes recaptades per les EAL . . . . .	48
28. Prima mitjana . . . . .	49
29. Despesa de les MATMPSS . . . . .	50
30. Classificació funcional del pressupost del CatSalut . . . . .	51
31. Hospitals segons la dependència patrimonial . . . . .	53
32. Hospitals segons la dependència funcional . . . . .	54
33. Llits segons la dependència patrimonial . . . . .	54
34. Llits segons la dependència funcional . . . . .	55
35. Estadets segons el tipus d'atenció i concert . . . . .	55
36. Llits en funcionament . . . . .	56
37. Llits en funcionament, segons el tipus d'assistència . . . . .	56
38. Distribució dels llits, en funció del tipus d'assistència . . . . .	57
39. Programa de despesa en salut pública . . . . .	57



40. Despesa total en salut pública a Catalunya, segons la font de finançament . . . . .	58
41. Despesa en polítiques de salut pública . . . . .	58
42. Estoc de capital públic en infraestructures de salut . . . . .	62
43. Operacions de capital per a inversions del Departament de Salut, el CatSalut i l'ICS .	62
44. Pressupost de capital per a inversions del Departament de Salut, el CatSalut i l'ICS .	63
45. Despesa sanitària <i>per capita</i> per regions . . . . .	67
46. Disponibilitat per viatjar dins de la UE per motius mèdics . . . . .	69
47. Motivacions dels turistes mèdics . . . . .	69
48. Organitzacions sanitàries amb acreditacions de la JCI a Europa . . . . .	70
49. Residents a l'estranger atesos en el sistema sanitari català . . . . .	71
50. Prioritats sectorials del Pla director de cooperació al desenvolupament 2007-2010 . . .	73
51. Aportació de Catalunya als fluxos d'entrada i sortida d'IED a Espanya . . . . .	75
52. Aportació de Catalunya a la producció científica d'Espanya . . . . .	78
53. Aportació de Catalunya al creixement de la producció científica d'Espanya . . . . .	78
54. Producció científica en l'àmbit de la biomedicina i les ciències de la salut a Catalunya per sectors institucionals i quinquennis . . . . .	79
55. Visibilitat de la producció científica en l'àmbit de la biomedicina i les ciències de la salut a Catalunya . . . . .	81
56. Biocat: la BioRegió de Catalunya . . . . .	83
57. Inversió i despesa en TIC sanitàries a Catalunya . . . . .	85
58. Dotació d'infraestructures en TIC sanitàries . . . . .	85

## Quadres

1. VAB de Catalunya, a cost dels factors, per sectors . . . . .	23
2. Creixement nominal del VAB . . . . .	25
3. VAB del sector de la salut a Catalunya, per components . . . . .	26
4. Afiliats a la Seguretat Social del sector de la salut . . . . .	27
5. Afiliats a la Seguretat Social a Catalunya, per sectors . . . . .	27
6. Branques/productes inclosos en l'anàlisi desagregada del sector sanitari . . . . .	30
7. Béns i serveis demandats pel sector sanitari i de serveis socials . . . . .	32
8. Pressupost consolidat del Departament de Salut i els seus organismes autònoms . . . .	33
9. Multiplicadors de producció, ocupació i valor afegit . . . . .	34
10. Evolució del pressupost consolidat del DS/CatSalut/ICS en relació amb altres variables econòmiques . . . . .	38
11. Pressupost de salut per persona protegida, per CA . . . . .	39
12. Pressupostos de despesa sanitària pública, per CA . . . . .	39
13. Població protegida pel Servei Català de la Salut . . . . .	47
14. Codi i nom de les MATMPSS amb centre de treball a Catalunya . . . . .	50
15. Organització de l'atenció primària pública a Catalunya . . . . .	52
16. EAP segons l'entitat proveïdora . . . . .	52
17. Establiments catalans autoritzats a exportar a països tercers . . . . .	60
18. Finançament de l'ajut oficial al desenvolupament . . . . .	72
19. Fluxos mundials d'inversió estrangera directa (IED) . . . . .	74
20. Fluxos d'inversió estrangera directa (IED) a Espanya i Catalunya . . . . .	76
21. Distribució de la producció científica de Catalunya segons grans àmbits temàtics . . . .	77
22. Producció científica dels principals hospitals catalans i d'Espanya . . . . .	79
23. Producció científica del sector universitari en l'àmbit de la biomedicina a Catalunya .	80
24. Producció científica al sector dels CPR a Catalunya . . . . .	80

## Mapes

1. Delimitació territorial de Catalunya segons RS i els GTS previstos l'any 2006, i nombre de persones assegurades l'any 2009 .....	18
2. Infraestructura per a la recerca i la transferència biotecnològica a Catalunya .....	81
3. Eurobioclústers .....	84
4. Mapa de centres incorporats a la història clínica compartida a Catalunya (HCCC) ..	87
5. Projectes aprovats de digitalització de la imatge mèdica a Catalunya .....	88



# **Part I**

## **Introducció i definició del sector**



# 1. Introducció i definició del sector

## 1.1. Objectiu de l'estudi

Aquest estudi té com a objectiu principal analitzar la importància econòmica del sector de la salut a Catalunya i donar a conèixer la seva rellevància com a motor econòmic i generador d'ocupació. Per tal d'assolir aquest objectiu, l'estudi s'ha estructurat en cinc capítols:

- El primer delimita la definició del sector i dels subsectors que l'integren, i descriu el model sanitari català i com s'organitza territorialment.
- El segon capítol examina la incidència d'aquest sector en l'economia del país. Primer es quantifica el pes econòmic del sector, a partir de l'estudi de les magnituds macroeconòmiques principals, com ara el VAB i l'ocupació. Seguidament s'analitzen els efectes multiplicadors a l'economia. És a dir, s'avalua com contribueix a l'estímul de l'activitat i l'ocupació d'altres sectors productius i quines són les seves interrelacions. Aquest apartat es complementa amb l'anàlisi del finançament del sector, amb una comparativa autonòmica i internacional.
- El tercer capítol se centra en l'estructura del sector: en primer lloc, en el nucli de les activitats sanitàries —l'assegurament sanitari, la provisió assistencial i la salut pública— i, en segon lloc, en les infraestructures i els equipaments de salut.
- El capítol següent aborda dos reptes de futur del sector de la salut a Catalunya: la internacionalització i la innovació. En primer lloc, s'analitzen les oportunitats de creixement cap a l'exterior del sector de la salut. A continuació, el capítol se centra en dos dels motors de l'activitat innovadora del sector de la salut català: la producció i la transferència de coneixement en l'àmbit de la biomedicina i les ciències de la salut i la incorporació de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) al sector de la salut.
- El cinquè i últim capítol presenta la síntesi de resultats i les conclusions de l'estudi.

## 1.2. Model sanitari català

A Catalunya, el model sanitari es caracteritza per ser mixt, és a dir, per integrar en una xarxa d'utilització pública tots els recursos sanitaris, siguin o no de titularitat pública. El model sanitari català disposa d'un sector privat i concertat important, que aplega tant entitats mercantils com entitats dedicades històricament a l'atenció de la salut.<sup>1</sup> Els principals agents implicats i les seves responsabilitats i funcions es detallen a continuació:

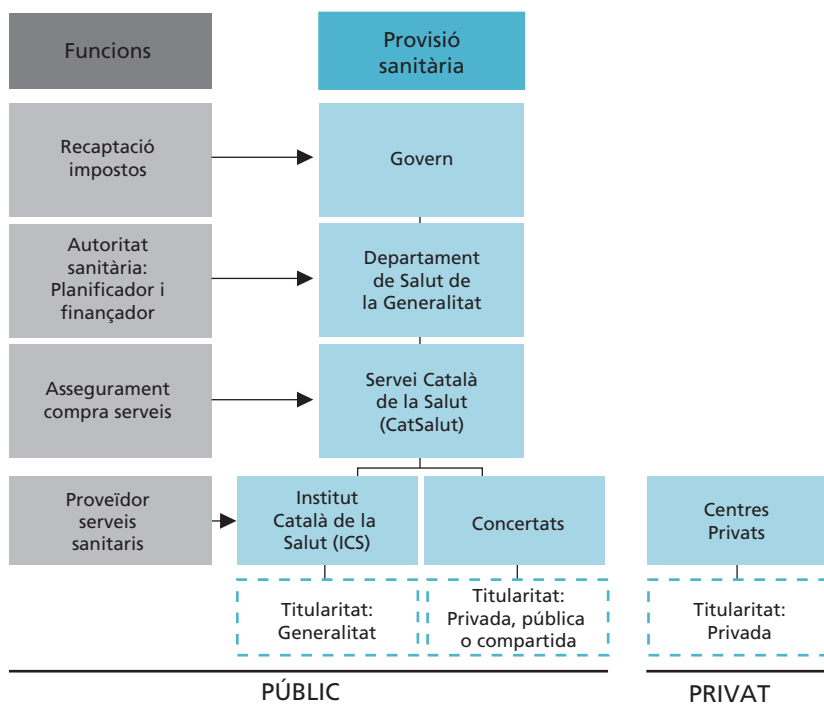
- **Departament de Salut (DS):** autoritat sanitària responsable de la planificació i el finançament. Concretament, té la responsabilitat d'elaborar les polítiques de salut, assegurar la sostenibilitat del sistema, vetllar per la qualitat i avaluar els resultats.

<sup>1</sup> Es tracta de les mútues, les fundacions, els consorcis, els centres de l'Església, etc.

- **Servei Català de la Salut (CatSalut):** entitat asseguradora pública que contracta la prestació de serveis assistencials per tal de garantir la cobertura sanitària a la població.
- **Proveïdors sanitaris:** agents prestadors dels serveis de salut i responsables de la qualitat dels serveis que presten. A Catalunya coexisteixen els tipus següents:
  - L'Institut Català de Salut (ICS), que pertany a l'administració sanitària autonòmica i rep les seves assignacions per la via dels pressupostos públics.
  - Els proveïdors concertats, que tenen acords de finançament amb el sector públic. La titularitat pot ser privada, amb o sense afany de lucre, o mixta, és a dir, amb la participació d'administracions públiques (ajuntaments, consells comarcals, empreses públiques, consorcis, etc).
  - Els proveïdors privats.
- Els **ciutadans empadronats** a Catalunya són els assegurats del CatSalut i els clients dels proveïdors sanitaris. La targeta sanitària individual (TSI) els identifica i acredita com a assegurats i els permet accedir als centres, als serveis i a les prestacions del sistema sanitari de responsabilitat pública.

El gràfic 1 resumeix les funcions de cadascun dels agents implicats. Cal esmentar que els centres privats aglutinen totes les responsabilitats, des del finançament fins a la prestació de serveis.

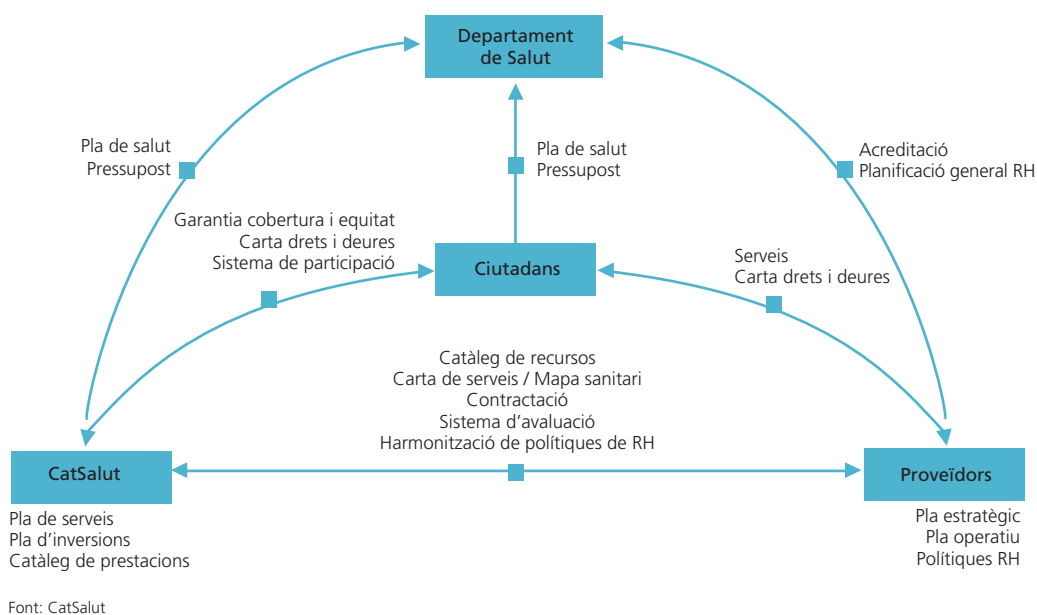
**Gràfic 1. Funcions en el sistema sanitari català**



Font: Informe del Consorci Hospitalari de Catalunya «Posicionament del Consorci Hospitalari de Catalunya en defensa del model sanitari català», de novembre del 2008 i Fundació Unió

El gràfic 2 mostra de manera simplificada com s'estructuren les relacions dels principals agents implicats en el model sanitari català mitjançant l'ús d'eines, d'instruments o d'accions, per tal de donar compliment a les seves responsabilitats.

**Gràfic 2. Relacions dels principals agents implicats en el model sanitari català**



## Organització territorial del sistema sanitari públic

Per tal de poder atendre les necessitats dels ciutadans d'una manera adequada, ràpida i eficaç i establir una relació més propera amb els proveïdors de serveis, el territori català es divideix en set **regions sanitàries (RS)**.<sup>2</sup> Aquestes regions s'han delimitat a partir de factors geogràfics, socioeconòmics i demogràfics. Les RS despleguen la seva activitat en els àmbits de la planificació, la compra de serveis, els sistemes de gestió i l'atenció al client, i tenen una dotació adequada de recursos sanitaris d'atenció primària i d'atenció especialitzada.

Cada regió, a la vegada, s'ordena en **sectors sanitaris**, que són l'àmbit en què es desenvolupen i es coordinen les activitats de promoció de la salut, prevenció de la malaltia, salut pública i assistència socio sanitària en l'àmbit de l'atenció primària i de les especialitats mèdiques. Els sectors sanitaris estan constituïts per l'agrupació d'**àrees bàsiques de salut (ABS)**,<sup>3</sup> que és la unitat territorial elemental mitjançant la qual s'organitzen els serveis d'atenció primària.

Paral·lelament, s'estan creant uns consorcis que s'anomenen **governos territorials de salut (GTS)**<sup>4</sup> amb l'objectiu d'avançar en el procés de descentralització. Amb la descentralització es pretén facilitar la coordinació entre les necessitats dels ciutadans i les iniciatives impulsades per l'administració i, d'aquesta manera, contribuir a adequar l'oferta de serveis i a augmentar-ne la qualitat. En definitiva: apropar el govern de salut a la diversitat del territori.

Aquests governs tenen un abast territorial definit a partir de l'agrupació d'àrees bàsiques de salut i de les comarques. Actualment hi ha 37 GTS, que inclouen els àmbits amb règim propi (la Vall d'Aran i Barcelona). A continuació es detallen els 37 GTS agrupats per RS:

<sup>2</sup> L'ordenació territorial sanitària es va iniciar el 1980 amb la creació del mapa sanitari de Catalunya, que es va desplegar l'any 1983

<sup>3</sup> El 2008, el territori català es dividia en 359 ABS

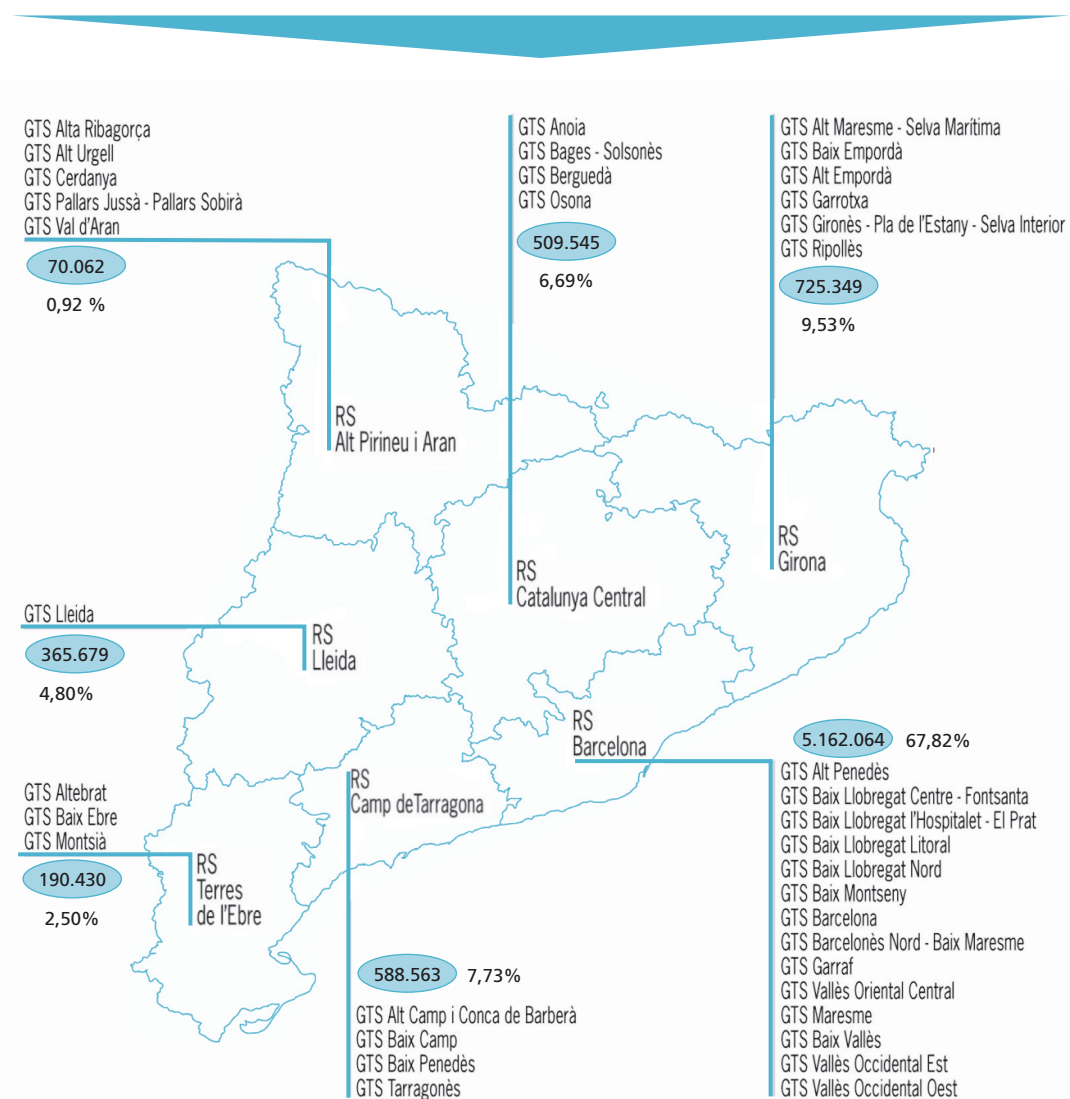
<sup>4</sup> Les funcions bàsiques dels GTS són l'ordenació, la prioritització i la coordinació dels recursos dels seus territoris de referència per garantir la prestació dels serveis públics. Tenen estatuts propis i reglaments interns, i les seves actuacions es regeixen pels principis de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, als quals afegeixen els de subsidiarietat, proximitat, territorialització, coresponsabilització, substitució i participació. La seva dimensió ha d'incloure, com a mínim, l'atenció primària, l'atenció hospitalària i l'atenció socio sanitària.



- La **RS Alt Pirineu i Aran** engloba sis comarques pirinenques, que s'agrupen en cinc GTS (Alt Urgell, Alta Ribagorça, Cerdanya, Pallars Jussà-Pallars Sobirà i Vall d'Aran).
- La **RS Lleida** engloba sis comarques de la província de Lleida, que s'agrupen en sis GTS (Garrigues, Noguera, Pla d'Urgell, Segarra, Segrià i Urgell).
- La **RS Terres de l'Ebre** engloba quatre comarques de la província de Tarragona, que s'agrupen en tres GTS (Baix Ebre, Montsià, Albebrat).
- La **RS Camp de Tarragona** engloba set comarques de la província de Tarragona, que s'agrupen en quatre GTS (Alt Camp - Conca de Barberà, Baix Camp, Baix Penedès i Tarragonès).
- La **RS Girona** engloba set comarques de la província de Girona, que s'agrupen en sis GTS (Alt Empordà, Alt Maresme - Selva marítima, Baix Empordà, Garrotxa, Gironès i Pla de l'Estany - Selva interior i Ripollès).

**Mapa 1. Delimitació territorial de Catalunya segons RS i els GTS previstos l'any 2006, i nombre de persones assegurades l'any 2009**

7.611.692 Persones assegurades amb TSI a Catalunya



Font: CatSalut i Registre central de persones assegurades (RCA) - Dades: 7 de maig de 2009

- La **RS Catalunya Central** engloba cinc de les comarques centrals de Catalunya, que s'agrupen en quatre GTS (Anoia, Bages- Solsonès, Berguedà i Osona).
- La **RS Barcelona** engloba municipis de les comarques metropolitanes i els 10 districtes de la ciutat de Barcelona agrupats en 14 GTS (Alt Penedès, Baix Llobregat centre - Fontsaeta, Baix Llobregat L'Hospitalet - El Prat, Baix Llobregat litoral, Baix Llobregat nord, Baix Montseny, Baix Vallès, Barcelona, Barcelonès nord - Baix Maresme, Garraf, Maresme, Vallès Occidental est, Vallès Occidental oest i Vallès Oriental central).

L'any 2009, el Departament de Salut català té 7.611.692 assegurats, dues tercers parts dels quals es concentren a la RS de Barcelona. La RS de l'Alt Pirineu i la Vall d'Aran és la que presenta un nombre més reduït d'assegurats, amb 70.062 persones (el 0,92 % del total).

El mapa 1 mostra gràficament els límits territorials de les set RS i les 37 GTS de Catalunya i el nombre d'assegurats amb TSI per RS.

### 1.3. Definició i delimitació del sector de la salut

Aquest estudi se centra en l'anàlisi del nucli de les activitats sanitàries a Catalunya: l'assegurament sanitari, la provisió assistencial, les polítiques de salut pública i les infraestructures i els equipaments públics de salut. Val a dir, però, que el sector de la salut es pot definir més àmpliament i pot incloure activitats relacionades estretament amb el sector, com ara la farmàcia, les activitats de suport al diagnòstic —laboratoris— o el transport —sanitari i de mostres—, entre altres.

Tanmateix, per analitzar les principals magnituds macroeconòmiques del sector, que es recullen al capítol 2, és necessari cenyir-se a una definició estadística per mitjà de la Classificació catalana d'activitats econòmiques (CCAIE). La CCAIE-93 engloba tota l'activitat econòmica del sector de la salut a la secció N o divisió 85 «Activitats sanitàries i veterinàries, serveis socials».<sup>5</sup> Aquesta divisió es desglossa en tres grups:

- 851 Activitats sanitàries.
- 852 Activitats veterinàries.
- 853 Activitats de serveis socials.

Cal dir, però, que el 2009 va entrar en vigor una nova classificació, la CCAIE-09, que engloba tota l'activitat econòmica del sector de la salut a la secció Q «Activitats sanitàries i de serveis socials»<sup>6</sup> i, a diferència de la classificació anterior, no inclou les activitats veterinàries. No obstant això, les sèries temporals de les estadístiques oficials consultades encara fan referència a la classificació anterior.

<sup>5</sup> Consulteu l'annex 1 per veure com es desglossa la secció N de la CCAIE-93 en subseccions, divisions, grups i classes.

<sup>6</sup> Consulteu l'annex 1 per veure com es desglossa la secció Q de la CCAIE-09 en divisions, grups i classes.



**Part II**  
**Impacte del sector de la salut**  
**en l'economia**



## 2. Impacte del sector de la salut en l'economia

### 2.1. VAB i ocupació

#### 2.1.1. VAB

El sector de la salut a Catalunya,<sup>7</sup> públic i privat, va generar un valor afegit brut (VAB) a cost dels factors de 8.196 milions d'euros corrents l'any 2006, la qual cosa representa el 17 % del VAB sanitari espanyol i el 5 % del VAB del conjunt de l'economia catalana. Aquest darrer percentatge, situa el sector de la salut com el sisè més important de Catalunya d'un total de 27 sectors. Només va ser superat per cinc sectors tan destacats com els d'immobiliàries i serveis empresarials, comerç i reparació, construcció, hoteleria, i transport i comunicacions, i supera sectors de serveis tan rellevants com el de mediació financera, o industrials, com el químic (quadre 1).

**Quadre 1. VAB de Catalunya, a cost dels factors, per sectors. Any 2006**  
(Percentatge sobre el total)

CCAIE-93	Subsector	% s/total
KK	Activitats immobiliàries i de lloguer; serveis empresarials	17,1
GG	Comerç; reparació de vehicles, i articles personals i d'ús domèstic	11,6
FF	Construcció	10,5
HH	Hoteleria	7,3
II	Transport, emmagatzematge i comunicacions	7,1
<b>NN</b>	<b>Activitats sanitàries i veterinàries, serveis socials</b>	<b>5,0</b>
JJ	Mediació financera	4,9
LL	Administració pública, defensa i Seguretat Social obligatòria	3,9
MM	Educació	3,8
OO	Altres activitats socials i de serveis personals	3,6
DG	Indústries químiques	3,3
DJ	Metal·lúrgia i fabricació de productes metàl·lics	2,8
DA	Indústries de l'alimentació, begudes i tabac	2,3
DM	Fabricació de materials de transport	2,3
DE	Indústries del paper; edició, arts gràfiques i reprod. suports enregistrats	2,2
DK	Indústries de la construcció de maquinària i equips mecànics	1,7
DL	Indústries de materials i equips elèctrics, electrònics i òptics	1,6
AA	Agricultura, ramaderia, caça i silvicultura	1,6
EE	Producció i distribució d'energia elèctrica, gas i aigua	1,5
DB+DC	Indústries tèxtils i de la confecció; Indústries del cuir i del calçat	1,4
DI	Indústries d'altres productes minerals no metàl·lics	1,0
DH	Indústries de la transformació del cautxú i matèries plàstiques	1,0
DN	Indústries manufactureres diverses	0,9
PP	Llars que ocupen personal domèstic	0,7
CA+CB+DF	Extracció de prod. energètics, d'altres minerals, i refinació de petroli i tractament de combustibles nuclears	0,5
DD	Indústries de la fusta i del suro	0,3
BB	Pesca	0,1
	<b>VAB a cost dels factors</b>	<b>100</b>

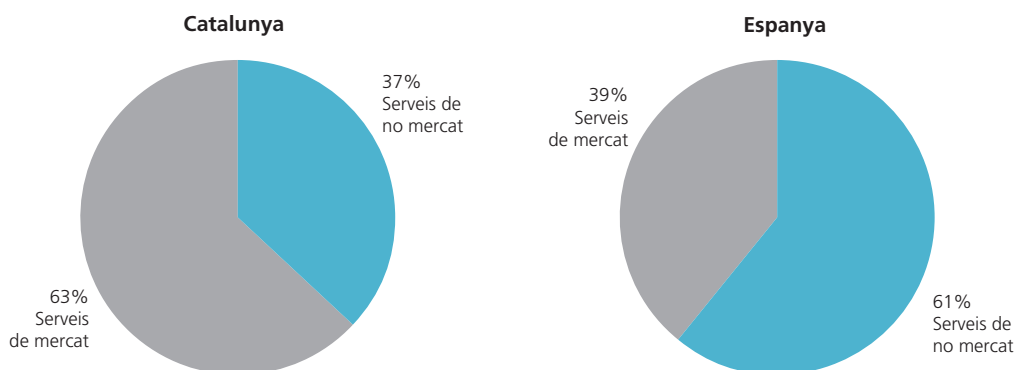
Font: Comptabilitat Regional d'Espanya, INE

<sup>7</sup> Subsecció NN de la CCAIE-93: Activitats sanitàries i veterinàries; serveis socials

L'any 2002<sup>8</sup> el 63 % del VAB del sector provenia dels serveis de mercat, enfront del 37 % dels serveis de no-mercat. Tanmateix, a Espanya el VAB dels serveis de mercat només representava el 39 % del total, enfront del 61 % del VAB dels serveis de no-mercat del sector de la salut (gràfic 3). Aquest fet s'explica perquè a Catalunya el pes dels centres de titularitat privada en el sector de la salut és més elevat que a la resta d'Espanya.

**Gràfic 3. VAB del sector de la salut, per tipus de serveis. Any 2002**

(Percentatge sobre el total)

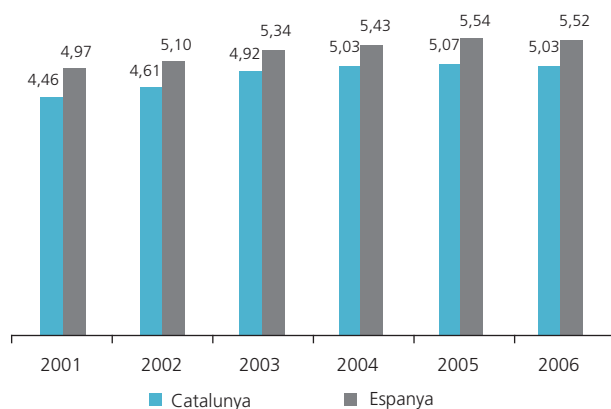


Font: Comptabilitat Regional d'Espanya, 1995, INE

El pes del sector en l'economia catalana ha augmentat sis dècimes entre el 2001 i el 2005, tot i que el 2006, l'últim any amb dades disponibles, el seu pes ha cedit lleugerament fins al 5,03 %. Aquest augment ha estat degut als increments superiors del VAB del sector respecte dels del total de l'economia catalana, a excepció del 2001 i el 2006. El comportament del sector a Espanya ha estat similar, però val a dir que el pes que representa en l'economia és mig punt superior al català, el 5,52 % el 2006 (gràfic 4 i quadre 2).

**Gràfic 4. VAB del sector de la salut**

(Percentatge sobre el total del VAB)



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Comptabilitat Regional d'Espanya, INE

En canvi, el pes del sector de la salut català al conjunt d'Espanya va augmentar cinc dècimes en el període 2001-2004, però a partir del 2004 s'ha reduït quatre dècimes, fins al 17 %

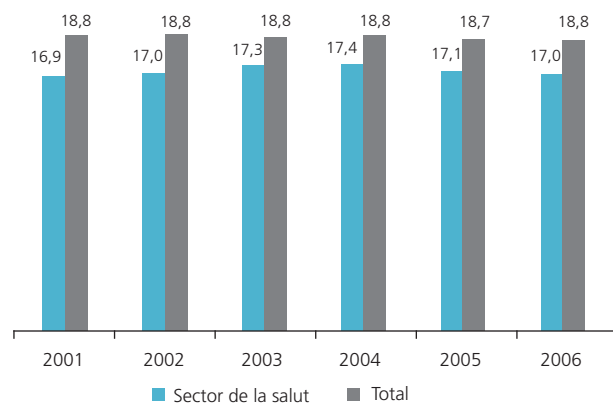
<sup>8</sup> Última dada disponible amb la desagregació del VAB entre serveis de mercat (proveïts de manera privada) i serveis de no-mercat (proveïts per les administracions públiques i per entitats sense ànim de lucre). A l'actual Comptabilitat Regional d'Espanya en base 2000 no es facilita aquesta desagregació.

l'any 2006. Aquest fet és el resultat d'un augment del VAB del sector de la salut català inferior al d'aquest sector a Espanya a partir del 2004. Cal esmentar que el pes del sector de la salut català sobre el del conjunt d'Espanya és gairebé dos punts inferior al pes del total de l'economia (17 % enfront del 18,7 %, respectivament, l'any 2006) (gràfic 5 i quadre 2).

Els components que integren el VAB a cost dels factors, des del punt de vista de la renda, són l'excedent brut d'explotació (EBE) i la remuneració dels assalariats. L'any 2006, el 79,9 % del VAB del sector de la salut català va correspondre a despeses de personal i el 20,1 % restant, a l'EBE.

#### Gràfic 5. VAB de Catalunya

(Percentatge sobre el VAB d'Espanya)



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Comptabilitat Regional d'Espanya, INE

#### Quadre 2. Creixement nominal del VAB

(Taxes de variació interanual, en percentatge)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sector de la salut a Catalunya	4,5	10,2	14,1	9,3	7,9	6,9
Sector de la salut a Espanya	5,7	9,7	12,1	8,8	9,6	7,4
Economia catalana	8,3	6,7	6,9	6,9	7,0	7,6
Economia espanyola	8,4	7,1	7,0	6,9	7,5	7,8

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Comptabilitat Regional d'Espanya, INE

La producció d'aquest sector està fortament determinada pel factor treball. Això es constata si comparem el percentatge que representa la remuneració dels assalariats en el sector sanitari i en la resta de sectors productius, l'any 2006. Mentre que la remuneració dels assalariats va representar el 79,9 % del VAB del sector de la salut, en el conjunt dels sectors només va significar el 53,7 % del VAB total. Tan sols el sector de l'educació (d'un total de 27) va superar aquest percentatge, amb el 84,5 %, seguit pel sector de l'administració pública, amb el 78,9 %. Com a contrapartida, l'EBE del sector sanitari va representar només el 20,1 % del VAB l'any 2006, enfront del 46,3 % que va representar en el conjunt de l'economia (gràfic 6).

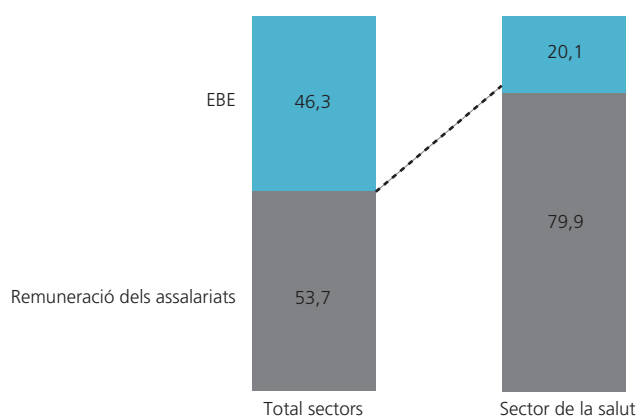
Aquest patró de distribució de la producció —en el qual l'EBE representa una fracció menor de la producció— és habitual en sectors de provisió majoritàriament pública i, per tant, amb treballadors assalariats. Cal aclarir que les rendes mixtes que els autònoms perceben per l'exercici de la seva activitat professional computen dins de l'EBE i, en el sector de la salut, només el 6 % dels ocupats eren afiliats al règim d'autònoms l'any 2008, enfront del 18,2 % que representaven de mitjana en el conjunt de l'economia.

En el període 2001-2006 el pes de la remuneració d'assalariats en el VAB del sector de la salut ha augmentat 4,3 punts percentuals i, per contraposició, el pes de l'EBE ha disminuït. Això és el resultat d'un creixement de la remuneració dels assalariats més gran que el de l'EBE (el 9,6 % i el 6,2 % de mitjana anual en el període esmentat, respectivament) (quadre 3).



### Gràfic 6. Estructura del VAB a Catalunya per components. Any 2006

(Percentatge sobre el total)



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Comptabilitat Regional d'Espanya, INE

El VAB del sector de la salut va aportar el 5,03 % al VAB català l'any 2006; el 4 % va correspondre a la remuneració dels assalariats i l'1 % a l'EBE. Quant a remuneració dels assalariats, tan sols tres sectors (d'un total de 27) van fer una aportació al VAB català superior a la del sector de la salut: el sector d'immobiliàries i serveis personals, el de comerç i reparació, i el de construcció (amb el 6,5 %, el 6,2 % i el 6,2 %, respectivament).

### Quadre 3. VAB del sector de la salut a Catalunya, per components

	Percentatge sobre VAB sanitari		Taxa var. interanual (%)	
	Remuneració assalariats	EBE	Remuneració assalariats	EBE
2001	75,6	24,4	3,1	8,8
2002	74,9	25,1	9,2	13,3
2003	76,8	23,2	16,9	5,6
2004	77,1	22,9	9,8	7,9
2005	78,2	21,8	9,4	2,8
2006	79,9	20,1	9,1	-1,3
<b>Mitjana 01-06</b>	<b>77,1</b>	<b>22,9</b>	<b>9,6</b>	<b>6,2</b>

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Comptabilitat Regional d'Espanya, INE

En definitiva, el sector de la salut ha contribuït de manera destacada al creixement de l'economia catalana, en termes de VAB, i, més concretament, quant a la remuneració dels assalariats. D'això es desprèn la importància que assoleix el sector en termes d'ocupació, tal com es veurà a continuació.

#### 2.1.2. Ocupació

El sector de la salut, considerat tradicionalment des del vessant de la despesa, també és un sector molt important pel que fa a la generació d'ocupació. L'ocupació del sector de la salut s'analitzarà emprant com a font els afiliats a la Seguretat Social (SS),<sup>9</sup> la qual cosa permet quantificar l'ocupació al sector, analitzar-ne l'evolució i fer una comparació amb la resta de l'Estat.

<sup>9</sup> Cal tenir en compte que el nombre d'afiliats no es correspon necessàriament amb el de treballadors, sinó amb el de situacions que generen obligació de cotitzar; és a dir, la mateixa persona es comptabilitza tantes vegades com situacions de cotització tingui, tant si té diverses activitats laborals en un mateix règim com en diferents.

**Quadre 4. Afiliats a la Seguretat Social del sector de la salut**

(Dades de desembre)

	Catalunya			CAT/ESP (%)	
	Nombre	Var. %	% sobre el total de sectors	Sector Salut	Total sectors
2000	132.630	-1,6	4,9	17,7	19,6
2001	140.647	6,0	5,1	17,7	19,3
2002	149.546	6,3	5,3	17,8	19,3
2003	152.602	2,0	5,2	17,8	19,2
2004	160.612	5,2	5,4	17,8	18,9
2005	178.365	11,1	5,7	18,1	18,8
2006	191.867	7,6	5,9	18,2	18,6
2007	222.409	15,9	6,7	17,7	18,5
2008	232.421	4,5	7,3	17,8	18,4

Font: Seguretat Social. Ministeri de Treball i Immigració

El sector de la salut a Catalunya va registrar 232.421 afiliats l'any 2008: el 93,8 % estaven afiliats al regim general de la SS i el 6,2 % restant, al regim d'autònoms. Aquest nombre d'afiliats representa el 17,8 % dels del sector a Espanya i el 7,3 % del total d'afiliats a la SS a Catalunya (quadre 4).

Així mateix, el sector de la salut és el quart d'un total de 60 sectors<sup>10</sup> quant a nombre d'afiliats. Tan sols el superen sectors com el d'altres activitats empresarials,<sup>11</sup> el del comerç al detall i el de la construcció. I supera els altres sectors que també presten serveis públics, totalment o en part, per exemple, el d'administració pública o el d'educació (quadre 5).

**Quadre 5. Afiliats a la Seguretat Social a Catalunya, per sectors. Desembre del 2008**

CCAIE-93	Sector	Total	% s/total
74	Altres activitats empresarials	352.733	11,1
52	Comerç al detall, excepte comerç vehicles motor, motocicletes i ciclomotors...	341.103	10,8
45	Construcció	298.158	9,4
<b>85</b>	<b>Activitats sanitàries i veterinàries, serveis socials</b>	<b>232.421</b>	<b>7,3</b>
51	Comerç a l'engròs i intermediaris del comerç, excepte vehicles motor i motocicletes	211.634	6,7
55	Hoteleria	200.297	6,3
75	Administració pública, defensa i Seguretat Social obligatòria	172.821	5,5
80	Educació	137.370	4,3
60	Transport terrestre transport per canonades	113.123	3,6
15	Indústries de productes alimentaris i begudes	76.861	2,4
28	Fabricació de productes metàl·lics, excepte maquinària i equips	73.048	2,3
92	Activitats recreatives, culturals i esportives	69.366	2,2
50	Venda, manteniment i reparació de vehicles de motor, motocicletes i ciclomotors	64.169	2,0
93	Activitats diverses de serveis personals	57.383	1,8
24	Indústries químiques	55.301	1,7
65	Mediació financera, excepte assegurances i plans de pensions	50.873	1,6
70	Activitats immobiliàries	46.082	1,5
72	Activitats informàtiques	44.383	1,4
34	Fabricació de vehicles de motor, remolcs i semiremolcs	43.158	1,4
63	Activitats afins al transport activitats d'agències de viatges	43.108	1,4
1	Agricultura, ramaderia, caça i activitats dels serveis que s'hi relacionen	42.454	1,3
	Resta sectors	442.234	14,0

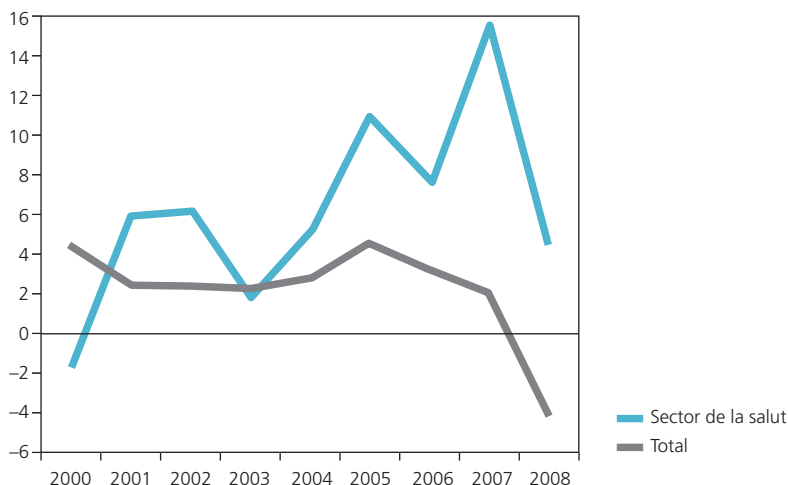
Font: Seguretat Social. Ministeri de Treball i Immigració

<sup>10</sup> Sectors segons les divisions de la CCAE-93<sup>11</sup> Inclou la prestació de serveis professionals, científics i tècnics, les activitats jurídiques i comptables, les relacions amb l'arquitectura i l'enginyeria, les anàlisis i els assajos tècnics, les activitats relacionades amb l'assessorament sobre direcció i gestió empresarial, les dedicades a la recerca i el desenvolupament, i les publicitàries, les de selecció i col·locació de personal, les industrials de neteja i altres activitats empresarials.

Des de l'any 2001, pràcticament tots els anys els afiliats del sector de la salut han crescut per sobre dels afiliats totals de Catalunya (7 % i 2 % de mitjana anual, respectivament). Val a dir que l'any 2008, mentre que els afiliats totals de l'economia van disminuir el 4,1 %, els afiliats del sector van créixer el 4,5 % (gràfic 7). Per aquest motiu, el pes dels afiliats del sector en el conjunt de l'economia ha crescut des del 4,9 % l'any 2000 fins al 7,3 % el 2008.

### Gràfic 7. Creixement dels afiliats a la SS a Catalunya

(Dades de desembre. Taxes de variació interanual, en percentatge)



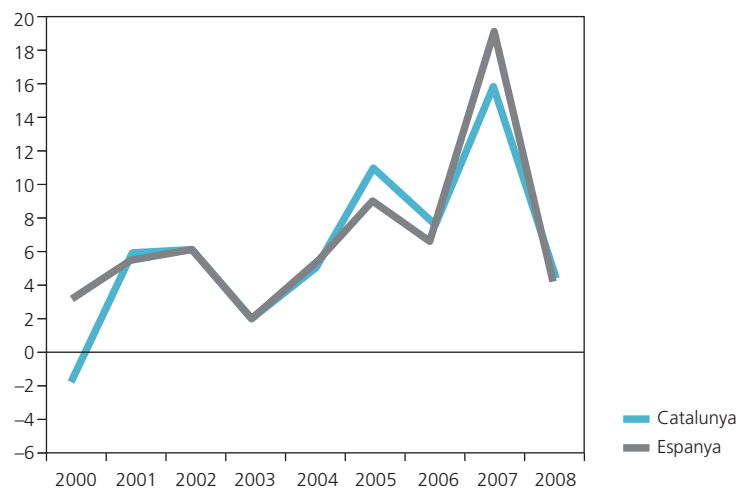
Font: Seguretat Social. Ministeri de Treball i Immigració

Tal com es pot veure al gràfic 8, el comportament dels afiliats del sector de la salut a Catalunya ha estat, en termes generals, molt similar al del conjunt d'Espanya. Com a resultat d'aquesta evolució, el pes dels afiliats del sector a Catalunya sobre el total d'Espanya no ha patit gaires oscil·lacions, i s'ha situat a l'entorn del 17,8 %, si bé el 2005 i el 2006 va arribar a superar el 18 %.

El sector de la salut, a més de ser una font d'ocupació important en termes quantitius, també ho és en termes qualitatius. Els treballadors amb educació superior representaven el 59,1 %

### Gràfic 8. Creixement dels afiliats a la SS del sector de la salut a Catalunya i a Espanya

(Dades de desembre. Taxes de variació interanual, en percentatge)



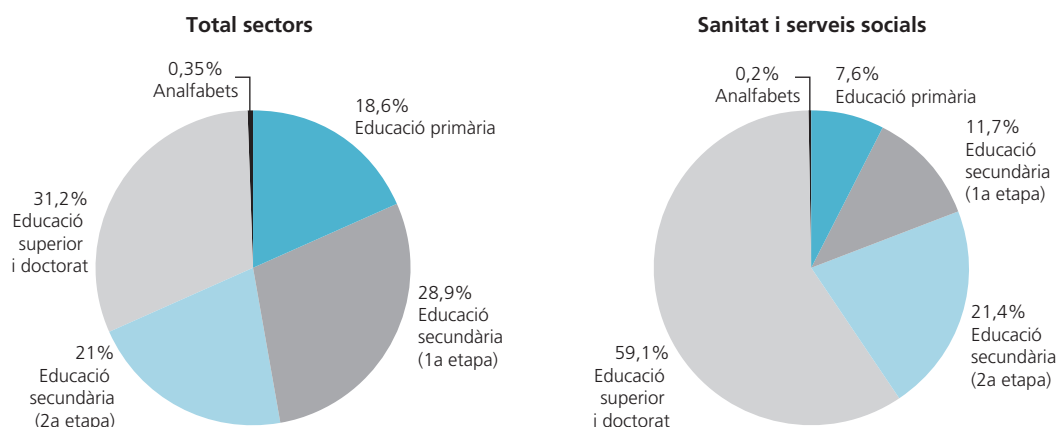
Font: Seguretat Social

del total d'ocupats del sector l'any 2004 (l'últim amb informació disponible). Per al conjunt de l'economia, la proporció d'ocupats amb educació terciària era notablement inferior a la del sector sanitari i de serveis socials.

Aquesta major qualificació relativa es reflecteix en els salaris dels treballadors del sector sanitari. Segons l'Enquesta d'estructura salarial de l'INE, el guany salarial<sup>12</sup> mitjà per treballador del sector sanitari al conjunt d'Espanya va ser de 22.971,16 euros el 2007, el 12,7 % superior al del total de sectors (20.390,35 euros). Això és degut principalment al fet que el sector de la salut concentra un elevat nombre de treballadors qualificats. En el període 2004-2007, els guanys per assalariat del sector sanitari van registrar un creixement anual mitjà del 4,0 %, enfront del 3,7 % del total d'ocupacions.

### Gràfic 9. Ocupats segons el nivell de formació assolit a Espanya. Any 2004

(Percentatge sobre el total)



Font: Enquesta de població activa, INE

Per tant, el sector de la salut és un sector que demanda coneixement, innovació i professionals altament qualificats, que contribueix al canvi de model econòmic i que impulsa la competitivitat de l'economia catalana. En aquest sentit, cal valorar favorablement l'evolució del nombre d'estudiants de l'àmbit de les ciències de la salut matriculats a les universitats públiques catalanes (centres integrats, títols homologats), que el curs 2007-2008 va ser de 37.086 estudiants. Així mateix, durant aquest curs el nombre d'estudiants matriculats en màsters oficials de l'àmbit de les ciències de la salut a Catalunya va ser de 1.205. En el cas dels cicles formatius (CF), el curs 2008-2009 el nombre d'estudiants matriculats al CF de grau mitjà de l'àmbit sanitari va ser de 5.475, i al de CF de grau superior, de 4.641.

## 2.2. Efectes multiplicadors del sector de la salut sobre el conjunt de l'economia

Aquest capítol, desenvolupat en tres apartats, avalua quines són les interrelacions del sector de la salut amb el conjunt de l'economia i com contribueix a l'estímul de l'activitat i l'ocupació

<sup>12</sup> L'Enquesta d'estructura salarial de l'INE defineix guany salarial, o guany, com el guany que inclou el total de les percepcions salarials en diner efectiu i les retribucions en espècie. Es computen les meritacions brutes, és a dir, abans de les deduccions de les aportacions a la Seguretat Social per compte del treballador o les retencions per compte de l'IRPF. En canvi, no s'inclouen els endarreriments que correspondrien a anys anteriors, ni tampoc s'inclouen altres percepcions que no són salarials, com les dietes, les indemnitzacions o les despeses de viatge.

d'altres sectors productius. El primer apartat quantifica el valor de la producció —privada i pública— del sector de la salut i analitza la destinació d'aquesta producció. El segon se centra en l'anàlisi de les relacions intersectorials del sector de la salut. El tercer punt quantifica els efectes multiplicadors que el sector té sobre el conjunt de l'economia. Per dur a terme aquestes anàlisis s'utilitzarà la taula *input-output* que l'IDESCAT va publicar l'any 2007, amb dades corresponents al 2001.

La taula *input-output* de Catalunya en el seu nivell màxim de desagregació<sup>13</sup> permet analitzar els vincles del sector de la salut amb la resta de sectors, així com la contribució específica del sector sanitari i de serveis socials a l'economia, des del vessant de la producció privada i pública de manera separada.<sup>14</sup>

Durant el procés d'edició d'aquest estudi, l'IDESCAT ha fet públiques les noves TIOC, actualitzades amb les dades de l'any 2005. Ara bé, només ha publicat les taules a 14 i a 65 branques o productes, i no al seu màxim nivell de desagregació.

L'anàlisi d'aquest capítol s'ha dut a terme emprant les TIOC-2001 per dos motius. En primer lloc, les TIOC-2005 a 65 branques inclouen dintre del sector de la salut tot el conjunt d'activitats sanitàries, veterinàries i de serveis socials (divisió 85 de la CCAE-93). Per tant, no permet excloure les activitats veterinàries i algunes activitats de serveis socials que no tenen una component sanitària o que es consideren massa genèriques. En segon lloc, la desagregació a 65 branques no permet fer una anàlisi separada dels serveis de mercat i de no-mercat.

Per veure una anàlisi comparada de les principals magnituds del sector d'activitats sanitàries, veterinàries i de serveis socials recollides a les TIOC del 2001 i del 2005, es pot consultar l'annex 5.

Així doncs, quan es parli del sector de la salut, ens referirem a les branques —tant en el vessant de mercat com en el de no-mercat— de «serveis hospitalaris», «serveis de consultes mèdiques, serveis d'odontologia i altres serveis sanitaris» i «serveis socials amb allotjament proporcionat a persones grans» (quadre 6). L'anàlisi no inclourà les branques corresponents a «activitats veterinàries», «llars d'infants» i «altres activitats de serveis socials».

**Quadre 6. Branques/productes inclosos en l'anàlisi desagregada del sector sanitari**

Codi TIOC	Producte
107	Serveis hospitalaris (mercat)
108	Serveis hospitalaris (no mercat)
109	Serveis de consultes mèdiques (mercat), serveis d'odontologia i altres serveis sanitaris
110	Serveis de consultes mèdiques (no mercat)
112	Serveis socials amb allotjament proporcionat a persones grans (mercat)
113	Serveis socials amb allotjament proporcionat a persones grans (no mercat)

Font: TIOC 2001, IDESCAT

### 2.2.1. La producció i la demanda

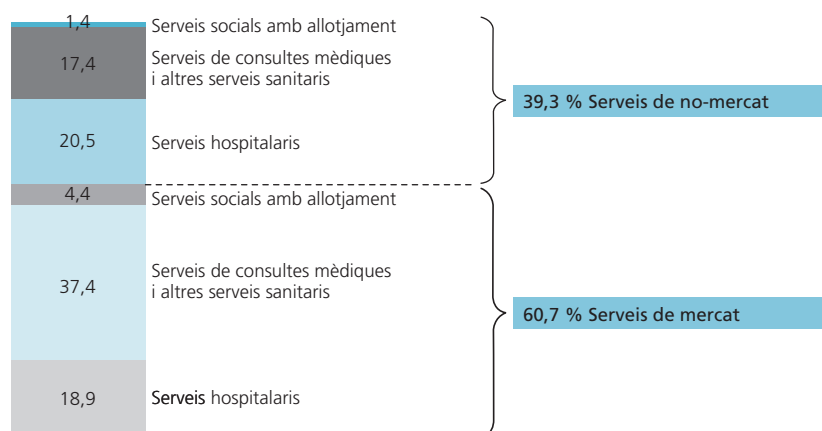
El valor de la producció del sector de la salut va ser de 7.684,5 milions d'euros l'any 2001, cosa que representa el 2,2 % de la producció total de béns i serveis de Catalunya. El 60,7 % de la producció del sector va provenir dels serveis sanitaris de mercat, i el 39,3 % restant, dels serveis sanitaris de no-mercat (gràfic 10). Aquestes dades confirmen la presència destacada que tenen els proveïdors privats de salut en l'economia catalana.

<sup>13</sup> 122 branques d'activitat. TIOC 2001 publicada per IDESCAT l'any 2007

<sup>14</sup> Activitats de mercat i de no-mercat, respectivament

### Gràfic 10. Distribució de valor de la producció del sector de la salut. Any 2001

(Percentatge sobre el total)

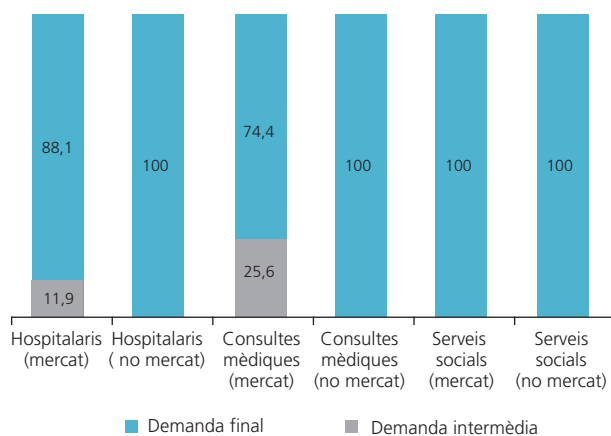


Font: TIOC 2001, IDESCAT

La producció d'un sector es pot destinar a dos usos: demanda intermèdia o demanda final.<sup>15</sup> En el cas dels serveis sanitaris de no-mercat, tota la producció es va destinar a cobrir exclusivament demanda final. En canvi, part de la producció dels serveis sanitaris de mercat es va utilitzar com a input per a altres branques d'activitat. Concretament, en el cas dels serveis de consultes mèdiques, el 26 % de la producció va ser consumida per altres sectors, i en el cas dels serveis hospitalaris, ho va ser l'11,9 % (gràfic 11).

### Gràfic 11. Destinació de la producció del sector sanitari i de serveis socials. Any 2001

(Percentatge sobre el total)



Font: TIOC 2001, IDESCAT

Així, doncs, la demanda final de serveis sanitaris i socials va ser de 6.777,1 milions d'euros l'any 2001, el 7,5 % del consum total de l'economia catalana. D'aquest total, el consum de les famílies —finançat mitjançant la contractació d'assegurances mèdiques privades, visites a metges, etc.— va ser de 2.623,3 milions d'euros (38,7 %).

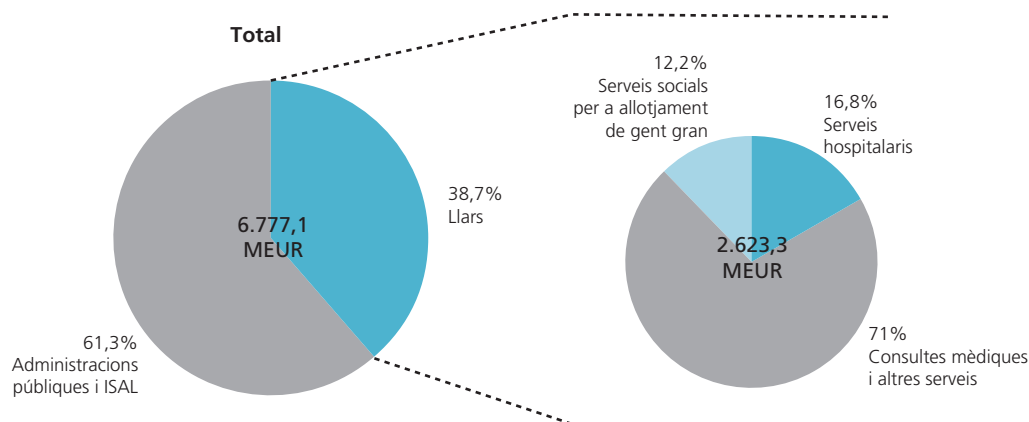
<sup>15</sup> La demanda final del sector sanitari està constituïda exclusivament pel consum de les llars i el consum públic. És a dir, tant la formació bruta de capital fix (FBCF) com les exportacions són nul·les. Això es deu a la definició que les taules input-output fan dels conceptes de FBCF i d'exportació. Per exemple, les taules input-output consideren exportació les transaccions entre empreses exclusivament, per això en el sector sanitari són zero.

El consum de les llars es va concentrar principalment en consultes mèdiques i altres serveis de mercat, seguits dels serveis hospitalaris i, en tercer lloc, dels serveis socials. Una dada més recent, proporcionada per l'Enquesta de pressupostos familiars, assenyala que la despesa en salut de les llars catalanes va ser de 2.931,2 milions d'euros l'any 2007, el 3,2 % de la despesa total —percentatge pràcticament idèntic al de les TIOC 2001.

D'altra banda, el consum de les administracions públiques i les entitats sense afany de lucre va ser de 4.153,8 milions d'euros, el 61,3 % del total del consum en sanitat i serveis socials (gràfic 12).

**Gràfic 12. Consum en serveis sanitaris i socials a Catalunya. Any 2001**

(Percentatge)



Font: TIOC 2001, IDESCAT

## 2.2.2. Les relacions intersectorials

El quadre 7 resumeix quins eren els proveïdors principals del sector de la salut a Catalunya l'any 2001. Un fet destacable que s'observa és que gairebé un terç de la demanda intermèdia del sector de la sanitat i dels serveis socials provenia d'una de les branques del mateix sector. Concretament, el 30,1 % del total de consums intermedis es derivaven de «serveis de consultes mèdiques de

**Quadre 7. Béns i serveis demandats pel sector sanitari i de serveis socials**

Productes	Percentatge
Serveis de consultes mèdiques (mercat), serveis d'odontologia i altres serveis sanitaris	30,1
Equips i instruments medicoquirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	11,8
Productes farmacèutics	9,4
Serveis de comerç a l'engròs i intermediaris (excepte vehicles de motor)	7,4
Serveis industrials de neteja	4,6
Serveis immobiliaris	3,5
Sabons, perfums i productes d'higiene	2,9
Serveis jurídics, de comptabilitat i assessorament a la gestió empresarial	2,7
Serveis de mediació financera (excepte assegurances i plans de pensions)	2,0
Serveis de restaurants, d'establiments de begudes, de menjadors col·lectius i de provisió de menjars preparats	1,7
Serveis de comerç al detall (excepte vehicles de motor) i de reparacions	1,5
Serveis de recerca i desenvolupament	1,5
Serveis de producció i distribució d'energia elèctrica	1,3
Treballs de construcció d'edificis no residencials	1,3
Productes agroquímics, fibres artificials i sintètiques i altres productes químics	1,1
Serveis de telecomunicacions	1,1
Resta de productes	16,1
<b>Total</b>	<b>100</b>

Font: TIOC 2001, IDESCAT

mercat, serveis d'odontologia i altres serveis sanitaris». Aquest fet és conseqüència directa dels concerts que hi ha entre els òrgans finançadors públics i els proveïdors assistencials privats.

Al marge del fet que la meitat de la demanda intermèdia del sector de la salut prové del mateix sector i de branques que li són molt properes (equips i instruments medicoquirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria, i productes farmacèutics<sup>16</sup>), les dades també posen de manifest que els proveïdors i els serveis de suport aliens al sector sanitari tenen un paper essencial en la producció de serveis de salut, ja que representen pràcticament l'altra meitat d'aquesta demanda intermèdia. En aquesta categoria s'englobarien els serveis de comerç a l'engròs, els serveis industrials de neteja o els serveis immobiliaris.

Aquestes dependències intersectorials també es reflecteixen en el pressupost consolidat del Departament de Salut (quadre 8). L'any 2009, la compra de béns i serveis auxiliars va representar

**Quadre 8. Pressupost consolidat del Departament de Salut i els seus organismes autònoms (CatSalut: ICS). Any 2009** (Euros i percentatge sobre el total)

Sous	4.573.785.883	48,5
<b>Farmàcia</b>	<b>2.306.503.173</b>	<b>24,5</b>
Receptes mèdiques	1.700.683.804	18,0
Medicació hospitalària de dispensació ambulatoria (MHDA)	410.580.718	4,4
Medicació hospitalària	138.038.652	1,5
Vacunes	57.200.000	0,6
<b>Serveis auxiliars</b>	<b>1.449.790.734</b>	<b>15,4</b>
<b>Sanitaris</b>	<b>679.060.655</b>	<b>7,2</b>
Transport sanitari i ajuts a desplaçaments	318.411.692	3,4
Laboratoris	268.954.394	2,9
Diagnòstic per la imatge	58.907.972	0,6
Oxigenoteràpia	29.744.436	0,3
Rehabilitació	3.042.162	0,03
<b>No sanitaris</b>	<b>770.730.078</b>	<b>8,2</b>
Neteja i desinfecció	146.088.243	1,5
Reparacions i conservació	119.017.626	1,3
Subministraments	99.970.242	1,1
Restauració	54.578.055	0,6
Serveis informàtics	53.157.569	0,6
Seguretat	22.564.533	0,2
Comunicacions	20.778.973	0,2
Bugaderia	19.967.303	0,2
Serveis de professionals independents	15.036.710	0,2
Gestió d'arxius	3.302.908	0,04
Gestió de residus	1.779.577	0,02
Serveis docents	1.465.200	0,02
Serveis bancaris i similars	622.149	0,01
Altres serveis auxiliars	212.400.991	2,3
<b>Compra de béns al sector privat</b>	<b>649.072.845</b>	<b>6,9</b>
<b>Sanitaris</b>	<b>558.579.519</b>	<b>5,9</b>
Consum en el material sanitari	409.569.593	4,3
Pròtesis	134.360.557	1,4
Maquinària, instal·lacions i utilatge	14.649.368	0,2
<b>No sanitaris</b>	<b>90.493.326</b>	<b>1,0</b>
Material d'oficina i similars	76.376.174	0,8
Equips de processament de dades i telecomunicacions	7.877.645	0,1
Mobiliari i estris	6.239.508	0,1
<b>Obres</b>	<b>360.495.473</b>	<b>3,8</b>
Construccions, lloguers, arrendaments i cànons	101.176.440	1,1
Edificis i terrenys	259.319.033	2,8
<b>Recerca, desenvolupament i innovació</b>	<b>24.674.068</b>	<b>0,3</b>
<b>Altres</b>	<b>62.151.676</b>	<b>0,7</b>
<b>Total</b>	<b>9.426.473.852</b>	<b>100</b>

Font: Departament de Salut de la Generalitat

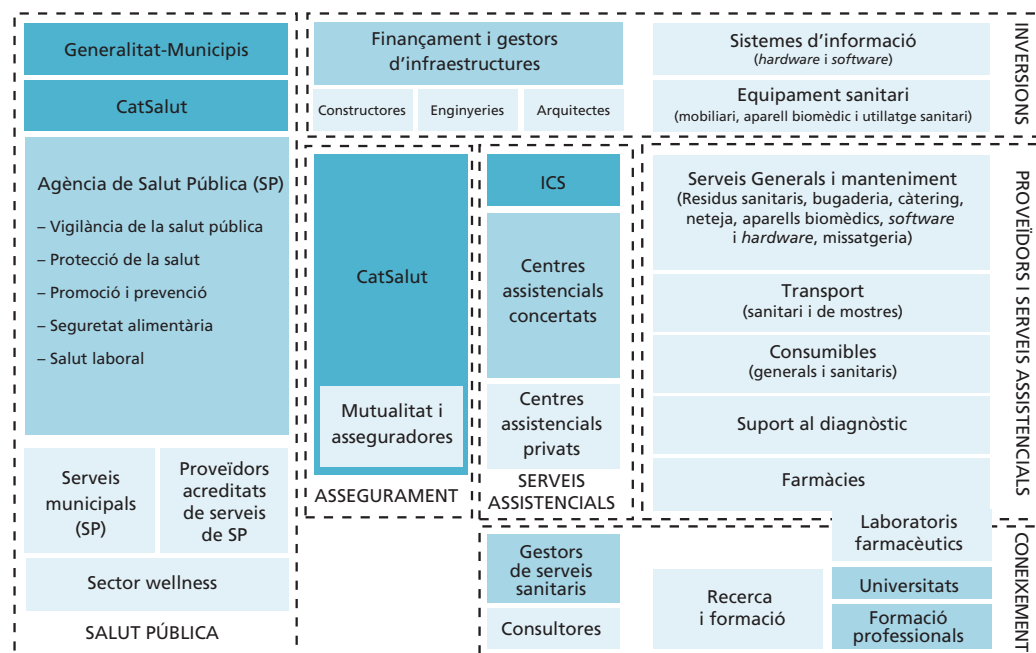
<sup>16</sup> Per a més detall sobre aquest sector, podeu consultar «El sector del medicament a Catalunya», publicat per la Cambra de Comerç de Barcelona l'any 2005 i disponible a [http://www.cambrabcn.org/web/cambra/empreses/estudis/economia/estudis\\_sectorials](http://www.cambrabcn.org/web/cambra/empreses/estudis/economia/estudis_sectorials)



el 51,5 % del pressupost. D'aquesta partida, el 18 % dels béns i serveis adquirits no eren de l'àmbit sanitari, i destaquen especialment els epígrafs de «neteja i desinfecció» i de «reparacions i conservació».

La dimensió del sector de la salut ve donada, doncs, per tot un conjunt de sectors que articulen un mapa important d'activitat econòmica afí (gràfic 13).

**Gràfic 13. Sectors econòmics en l'àmbit de la salut**



Font: Departament de Salut

### 2.2.3. Els efectes multiplicadors sobre la producció, l'ocupació i el valor afegit

Les relacions intersectorials es reflecteixen en la magnitud dels efectes multiplicadors que té una branca d'activitat concreta. Com s'ha vist, per dur a terme la seva activitat, el sector de la salut necessita determinats béns i serveis oferts per altres branques d'activitat. És a dir, per fer front a un augment de la demanda sanitària i de serveis socials, el sector de la salut ha de

**Quadre 9. Multiplicadors de producció, ocupació i valor afegit**

	Producció	Ocupació (per milió d'euros)	Valor afegit
Activitats hospitalàries (mercat)	1,30	23,27	0,84
Activitats hospitalàries (no mercat)	1,26	24,24	0,80
Activitats mèdiques (mercat)	1,31	17,42	0,85
Activitats mèdiques (no mercat)	1,38	25,13	0,88
Serveis socials per a persones grans amb allotjament (mercat)	1,33	48,94	0,88
Serveis socials per a persones grans amb allotjament (no mercat)	1,25	39,41	0,90
<b>Mitjana ponderada del sector sanitari i de serveis socials</b>	<b>1,31</b>	<b>22,95</b>	<b>0,84</b>
<b>Mitjana ponderada del conjunt de l'economia</b>	<b>1,45</b>	<b>15,84</b>	<b>0,66</b>

Ponderació a partir de la participació de cada branca en la producció total

Font: TIOC 2001, IDESCAT

comprar més quantitat d'aquests béns i serveis, la qual cosa genera un efecte multiplicador sobre la resta de l'economia. Per recollir aquests efectes, la taula *input-output* proporciona multiplicadors de producció, d'ocupació i de valor afegit. El sentit d'aquests multiplicadors és comptabilitzar els efectes directes i indirectes que un sector d'activitat determinat produeix sobre el conjunt de l'economia.

Tal com s'observa al quadre 9, davant d'un augment teòric de la demanda final, l'efecte multiplicador del sector sanitari i de serveis socials, tant en termes d'ocupació com de valor afegit, és molt superior a l'obtingut per una branca mitjana de l'economia.

El multiplicador de la producció indica l'impacte sobre la producció total de l'economia d'un augment unitari de la demanda sanitària. En el cas del sector de la salut, el multiplicador mitjà seria equivalent a 1,31. Aquest valor indica que, si la demanda sanitària i de serveis socials augmenta per valor d'un milió d'euros, la producció de totes les branques econòmiques s'haurà d'incrementar per valor d'1,31 milions d'euros. Aquest multiplicador té en compte tots els efectes en cadena que generaria un *shock* inicial d'augment de la demanda. El multiplicador del sector de la salut és inferior al del conjunt de l'economia a causa del poc pes que tenen els consums intermedis sobre els recursos totals i, per tant, la seva menor capacitat d'arrossegament enrere.

El multiplicador del valor afegit assenyalava el VAB que es genera en l'economia quan augmenta la demanda d'un sector concret. En el cas del sector de la salut, per cada milió d'euros d'augment de la demanda sanitària es generarien directament 840.000 euros de VAB, una quantitat considerablement superior a la mitjana de l'economia catalana.

Per últim, el multiplicador de l'ocupació assenyalava que, per fer front a un augment addicional de la demanda final de serveis sanitaris d'un milió d'euros, caldrien 23 llocs de treball al sector, enfront dels 16 de mitjana que es necessitarien al conjunt de l'economia catalana. Això és degut al fet que el sector de la salut és intensiu en capital humà. En el sector de la salut, destaquen els multiplicadors especialment elevats de les branques de serveis socials amb allotjament per a gent gran.

## 2.3. Finançament i despesa sanitària

### 2.3.1. Introducció

L'assistència sanitària pública a Espanya és una prestació no contributiva<sup>17</sup> finançada bàsicament per mitjà dels impostos. El finançament sanitari està inclòs en el pressupost general de cada comunitat autònoma,<sup>18</sup> amb dos fons addicionals (el Fons de Cohesió Sanitària, gestionat pel mateix Ministeri de Sanitat i Política Social, i el Programa d'estalvi en incapacitat temporal).

Al gràfic 14, publicat pel Ministeri de Sanitat i Política Social, es mostren els fluxos financers que es produeixen dins del sistema sanitari espanyol, entès aquest com la suma dels recursos públics i privats en els diversos tipus d'assistència sanitària. L'esquema mostra com es financen els proveïdors de serveis, per mitjà dels pressupostos globals, dels concerts o del pagament de preus per serveis, processos o productes.

Segons dades de l'estudi «Sistema Nacional de Salut, Espanya»,<sup>19</sup> l'any 2005 el 94,07 % dels recursos sanitaris van provenir dels impostos, el 2,53 % de les cotitzacions socials adscrites al finançament d'assistència sanitària,<sup>20</sup> i el 3,40 % restant del règim especial d'assistència sanitària

<sup>17</sup> Les prestacions no contributives són les que no exigeixen que hi hagi una relació laboral prèvia. Aquestes prestacions són establertes i mantingudes pels poders públics amb l'objectiu de protegir les persones sense recursos econòmics propis suficients, que mai hagin cotitzat o que no hagin cotitzat el temps suficient per tenir dret a les prestacions de nivell contributiu.

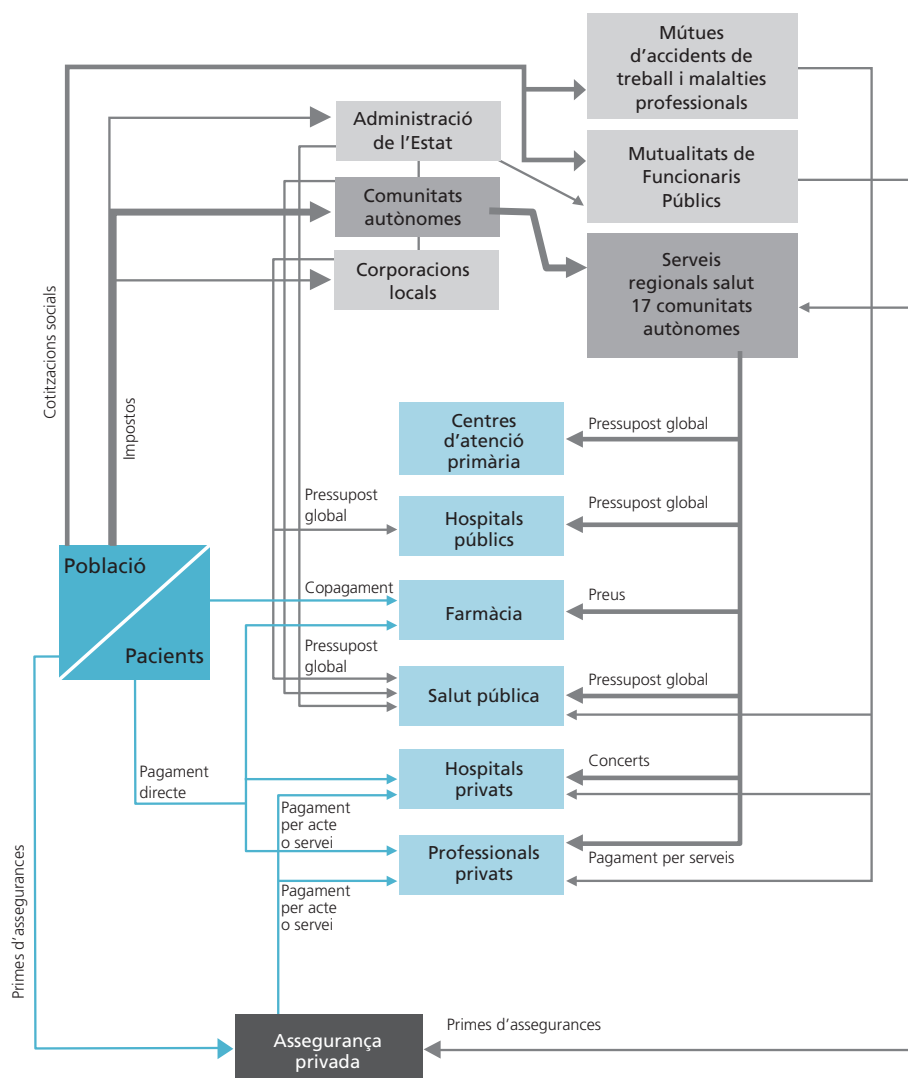
<sup>18</sup> A partir de l'any 1981 s'inicia el procés de transferència de les competències de sanitat a les comunitats autònomes amb Catalunya. Aquest procés culmina a l'any 2001.

<sup>19</sup> Publicat pel Ministeri de Sanitat i Política Social el desembre del 2008.

<sup>20</sup> Recull les dirigides a les mútues d'accidents de treball i malalties professionals i l'Institut Social de la Marina, en la part corresponent a les contingències derivades d'accidents de treball i malalties professionals.

### Gràfic 14. Fluxos financers del sistema sanitari espanyol

(A partir de la reforma de l'any 2002)



Nota: No s'inclou l'Institut Social de la Marina, INGESA (Ceuta i Melilla) i Salut i penitenciària i hospitals militars

Font: Ministeri de Sanitat i Política Social. S. G. d'Anàlisi Econòmica i Fons de Cohesió. D. G. de Cohesió del Sistema Nacional de Salut i Alta Inspecció

dels funcionaris públics (les mutualitats MUFACE, MUGEJU i ISFAS). Els recursos procedents d'impostos es van distribuir entre les comunitats autònomes (89,81 %), l'administració central (3,00 %), les corporacions locals (1,25 %) i les ciutats amb estatut d'autonomia (0,01 %).

### 2.3.2. Pressupost públic de salut a Catalunya

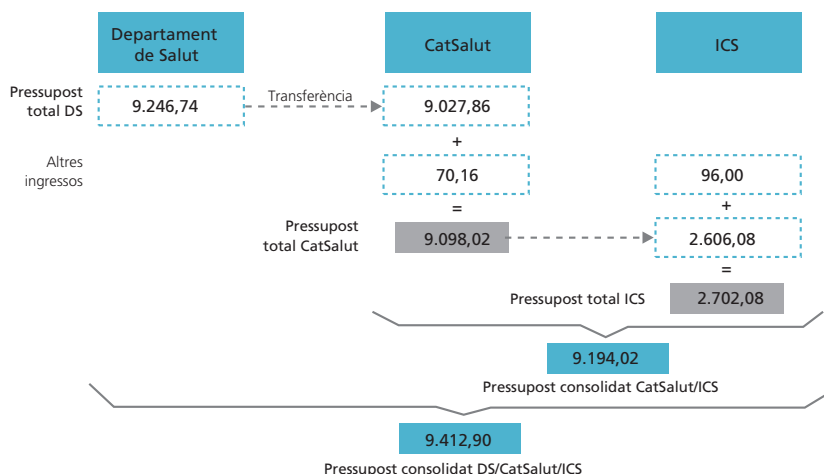
#### Situació i evolució

La Generalitat de Catalunya ha pressupostat 9.412,90 milions d'euros per a sanitat el 2009, el 25,5 % del pressupost total de la Generalitat, la qual cosa suposa un increment del 3,5 % respecte de l'any 2008. Al gràfic 15 es detallen els fluxos financers pressupostaris que hi ha entre

el Departament de Salut, el CatSalut i l'ICS. El pressupost del Departament de Salut una vegada fetes les transferències al CatSalut i a l'ICS és de 218,88 milions d'euros. Mentre que el pressupost consolidat del CatSalut/ICS és de 9.194,02 milions d'euros, un 70,6 % l'absorbeix el CatSalut (6.491,94 milions d'euros) i el 29,4 % restant l'ICS (2.702,08 milions d'euros).

### Gràfic 15. Fluxos financers del pressupost del sistema sanitari català. Any 2009

(Milions d'euros, (MEUR))



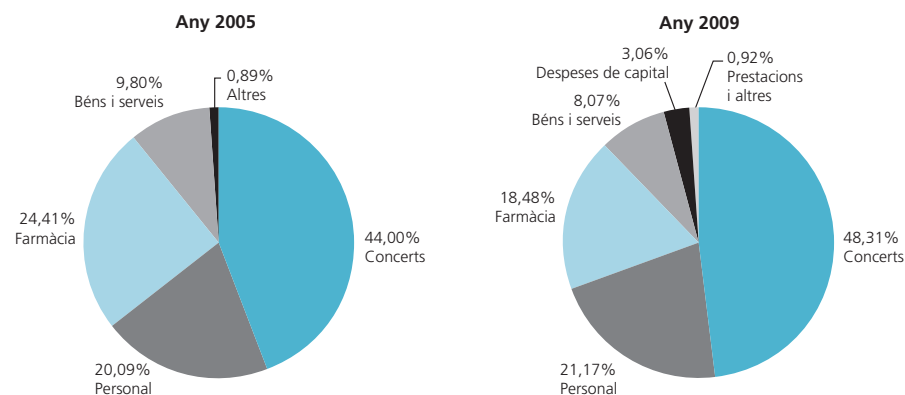
Font: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

Cal assenyalar que la partida de despesa més important del pressupost consolidat del CatSalut/ICS és la destinada a finançar els concerts, que representa el 48,3 % del total (gràfic 16). El pes d'aquesta partida pressupostària ha augmentat en el pressupost de sanitat respecte de l'any 2005. Per contra, la despesa que es destina a farmàcia, la segona més important i que absorbeix el 18,5 % del pressupost sanitari el 2009, ha reduït el pes específic sis punts percentuals respecte de l'any 2005 (per a una anàlisi més detallada del pressupost de despesa, vegeu l'annex 2).

Pel que fa a l'evolució temporal del pressupost consolidat destinat a salut (DS/CatSalut/ICS), cal assenyalar que aquest ha anat perdent pes en el pressupost de la Generalitat al llarg dels darrers tres exercicis (quadre 10). El pressupost de salut ha passat de representar el 33,2 % del total el 2006 al 31,7 % el 2009. Aquesta disminució és el resultat d'un creixement molt important del pressupost de la Generalitat que supera el creixement, també significatiu, del pressupost de salut.

### Gràfic 16. Estructura econòmica dels pressupostos consolidats del CatSalut/ICS

(Percentatge sobre el total)



Font: Departament de Salut i CatSalut

**Quadre 10. Evolució del pressupost consolidat DS/CatSalut/ICS en relació amb altres variables econòmiques**  
(MEUR i creixements en percentatge)

	2006	2007	2008	2009	Mitjana 06-09
PIB Catalunya	195.857	209.204	216.923	208.927	207.728
Creixement PIB Catalunya (nominal)	8,3%	6,8%	3,7%	-3,7%	3,8%
Pressupost Generalitat	23.924	26.685	28.243	29.731	27.146
Creixement anual, en %	11,2%	11,5%	5,8%	5,3%	8,5%
Població en data 1 de gener	7.134.697	7.210.508	7.364.078	7.467.423	7.294.177
Pressupost <i>per càpita</i>	3.353	3.701	3.835	3.981	3.718
% Pressupost Generalitat/PIB	12,2%	12,8%	13,0%	14,2%	13,1%
Pressupost de Salut (DS/CatSalut/ICS)	7.949	8.678	9.159	9.413	8.800
Creixement anual, en %	10,0%	9,2%	5,5%	2,8%	6,9%
Població protegida RCA <sup>1</sup>	7.196.168	7.324.047	7.503.118	7.611.711	7.408.761
Pressupost per persona protegida	1.105	1.185	1.221	1.237	1.187
% Pressupost de Salut/Pressupost Generalitat	33,2%	32,5%	32,4%	31,7%	32,5%
% Pressupost de Salut/PIB	4,1%	4,1%	4,2%	4,5%	4,2%

<sup>1</sup> Registre central de persones assegurades

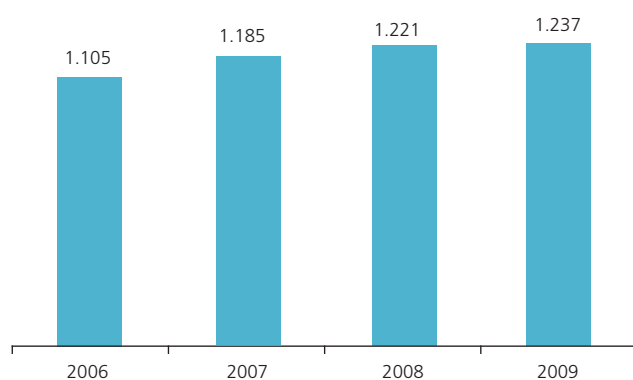
Fonts: PIB Catalunya IDESCAT i per al 2009 dades publicades als pressupostos de la Generalitat 2010; pressupost de la Generalitat i pressupost del DS/CatSalut/ICS: pressupostos de la Generalitat de cada any; població a 1 de gener: padró, INE, i població protegida del RCA del Departament de Salut

En canvi, l'evolució del pressupost de salut, en termes de PIB, ha estat ascendent, i ha passat de representar el 4,1 % del PIB català el 2006 al 4,5 % el 2009.

Així mateix, la despesa pressupostada en sanitat per persona protegida, en valors nominals, ha augmentat progressivament entre el 2006 (1.105 euros per persona) i el 2009 (1.237 euros per persona), tal com es pot veure al gràfic 17.

**Gràfic 17. Pressupost consolidat del DS/CatSalut/ICS per habitant protegit**

(Euros)



Font: Departament de Salut

El projecte de pressupostos de la Generalitat per al 2010, que està en fase d'aprovació parlamentària durant l'elaboració d'aquest estudi, preveu un creixement de la despesa en salut del 5,4 %, inferior al del pressupost total, i com a conseqüència d'això disminuirà el pes d'aquesta política en el conjunt del pressupost del sector públic de la Generalitat fins al 24,9 %.

### Comparativa autonòmica dels pressupostos inicials de sanitat pública

Per fer una comparativa autonòmica de la despesa pública en salut s'ha utilitzat la variable despesa en salut per persona protegida. Tal com es pot veure al quadre 11, l'any 2009 les comunitats que destinen més recursos *per càpita* són, en ordre descendent, el País Basc, Extremadura i Astúries. En l'altre extrem de la taula, les comunitats que gasten menys en salut per habitant són la Comunitat Valenciana, les Balears i Madrid.

**Quadre 11. Pressupost de salut per persona protegida, per CA**

	Euros per persona			Índex Espanya = 100		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Andalusia	1.145,6	1.231,3	1.245,9	94	96	94
Aragó	1.334,8	1.390,7	1.474,4	110	108	112
Astúries (Principat)	1.284,1	1.305,9	1.487,8	106	102	113
Balears (Illes)	1.090,7	1.152,6	1.181,8	90	90	90
Canàries	1.298,8	1.406,6	1.444,7	107	110	109
Cantàbria	1.308,0	1.344,2	1.399,3	108	105	106
Castella i Lleó	1.284,9	1.387,5	1.412,5	106	108	107
Castella-La Manxa	1.272,8	1.346,0	1.423,1	105	105	108
<b>Catalunya</b>	<b>1.232,1</b>	<b>1.272,6</b>	<b>1.295,6</b>	<b>101</b>	<b>99</b>	<b>98</b>
Comunitat Valenciana	1.080,7	1.123,1	1.140,5	89	87	86
Extremadura	1.425,9	1.548,8	1.658,0	117	121	126
Galícia	1.284,6	1.372,5	1.419,6	106	107	108
Madrid (Comunitat de)	1.135,5	1.173,2	1.182,1	93	91	90
Múrcia (Regió de )	1.186,9	1.305,8	1.338,5	98	102	101
Navarra (Comunitat Foral de)	1.362,6	1.438,4	1.473,2	112	112	112
País Basc	1.392,9	1.543,5	1.675,5	115	120	127
Rioja (La)	1.576,6	1.617,3	1.462,3	130	126	111
<b>Total CA</b>	<b>1.215,4</b>	<b>1.284,5</b>	<b>1.320,0</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

NOTA: Les dades de Catalunya no coincideixen amb les del quadre 10 perquè en aquest cas s'utilitzen les dades del Ministeri de Salut i Política Social perquè siguin comparables amb la resta de comunitats autònomes. El Ministeri defineix la població protegida com la població censada al padró menys la població protegida pel mutualisme administratiu (MUFACE, MUGEJU i ISFAS).

Font: Ministeri de Sanitat i Política Social

D'altra banda, el pressupost públic destinat a salut a Catalunya representa el 16 % de la despesa pressupostada en sanitat del conjunt de comunitats autònomes. Tot i que aquest percentatge s'ha reduït lleugerament durant els darrers tres anys, encara se situa, de mitjana, a l'entorn del pes que representa la població protegida de Catalunya sobre el total estatal (16,2 %). Segons això, la despesa pública en sanitat a Catalunya se situa en línia amb el que correspondria per població protegida dins del total estatal (quadre 12).

**Quadre 12. Pressupostos de despesa sanitària pública, per CA**

(Percentatge sobre el total del pressupost de despesa sanitària del conjunt de les CA)

	Total despeses en % s/Espanya			Població protegida en % s/Espanya
	2007	2008	2009	2009
Andalusia	16,7	16,9	16,7	17,6
Aragó	3,1	3,1	3,2	2,8
Astúries	2,6	2,4	2,6	2,3
Balears	2,1	2,1	2,1	2,4
Canàries	4,8	5,0	5,0	4,5
Cantàbria	1,4	1,3	1,3	1,3
Castella i Lleó	5,8	5,9	5,8	5,4
Castella-La Manxa	4,6	4,7	4,8	4,5
<b>Catalunya</b>	<b>16,6</b>	<b>16,2</b>	<b>16,0</b>	<b>16,2</b>
Com. Valenciana	9,7	9,6	9,6	11,1
Extremadura	2,8	2,8	2,9	2,3
Galícia	6,5	6,4	6,4	5,9
Madrid	12,4	12,3	12,1	13,5
Múrcia	3,0	3,1	3,1	3,1
Navarra	1,5	1,5	1,5	1,4
País Basc	5,6	5,8	6,0	4,7
Rioja (La)	0,9	0,9	0,8	0,7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

NOTA: Les dades fan referència als pressupostos sanitaris inicials de les CA. Aquestes dades són les que fan servir per a determinar els seus pressupostos consolidats. A més, per coherència amb la resta de CA, els pressupostos inclouen el que s'ha pressupostat per a l'atenció de drogodependències, en conselleries diferents de la de Sanitat

Font: Ministeri de Sanitat i Política Social

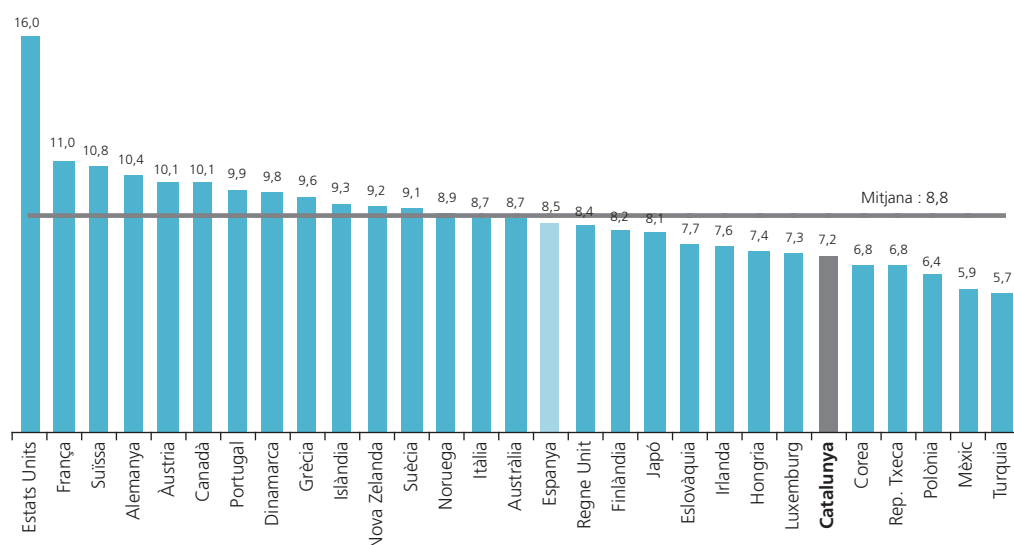
### 2.3.3. Comparativa internacional de la despesa sanitària

Segons dades de l'informe *OECD Health Data 2009*,<sup>21</sup> l'any 2007 la despesa sanitària total (pública i privada) a Espanya va suposar el 8,5 % del PIB, molt a prop de la mitjana de l'OCDE, que era del 8,8 % del PIB. Ara bé, hi ha diferències molt importants entre els països de l'OCDE: els Estats Units són el país que destina el percentatge més elevat del PIB a sanitat (el 16 %), seguits per França, Suïssa i Alemanya (entre el 10-11 %), mentre que Mèxic i Turquia són els països que fan un esforç inferior, que no arriba al 6 % del PIB.

Amb referència a Catalunya, segons dades del CatSalut per a l'any 2006, la despesa sanitària total en termes de PIB va ser del 7,2 %, és a dir, 1,3 punts per sota d'Espanya i 1,6 punts per sota de la mitjana de l'OCDE (gràfic 18).

**Gràfic 18. Despesa total en salut als països de l'OCDE. Any 2007**

(Percentatge sobre el PIB)



Nota: Les dades de Catalunya, Austràlia, Japó, Luxemburg i Portugal són del 2006 i la de Turquia del 2005

Font: CatSalut i *OECD Health Data 2009*, juny del 2009

Tal com es mostra al gràfic 19, hi ha una forta correlació positiva entre el nivell de renda *per capita* d'un país i la seva despesa en sanitat *per capita*, tot i que hi ha algunes excepcions com el cas de Luxemburg, que destaca per l'elevat nivell de renda *per capita*, i els Estats Units, que destaquen per l'elevada despesa en sanitat.

Si s'analitza el percentatge de la despesa sanitària pública i privada, s'observa que a Catalunya el pes de la despesa pública en salut és inferior que al conjunt d'Espanya (65,9 % enfront del 71,8 %) i, en contraposició, el pes de la despesa privada en salut és superior (34,1 % enfront del 28,2 %). Per països, cal destacar el cas de Luxemburg, on el 90,9 % de la despesa en sanitat és pública i, en l'altre extrem, els casos de Mèxic i els Estats Units, on la despesa pública només representa a l'entorn del 45 % (gràfic 20).

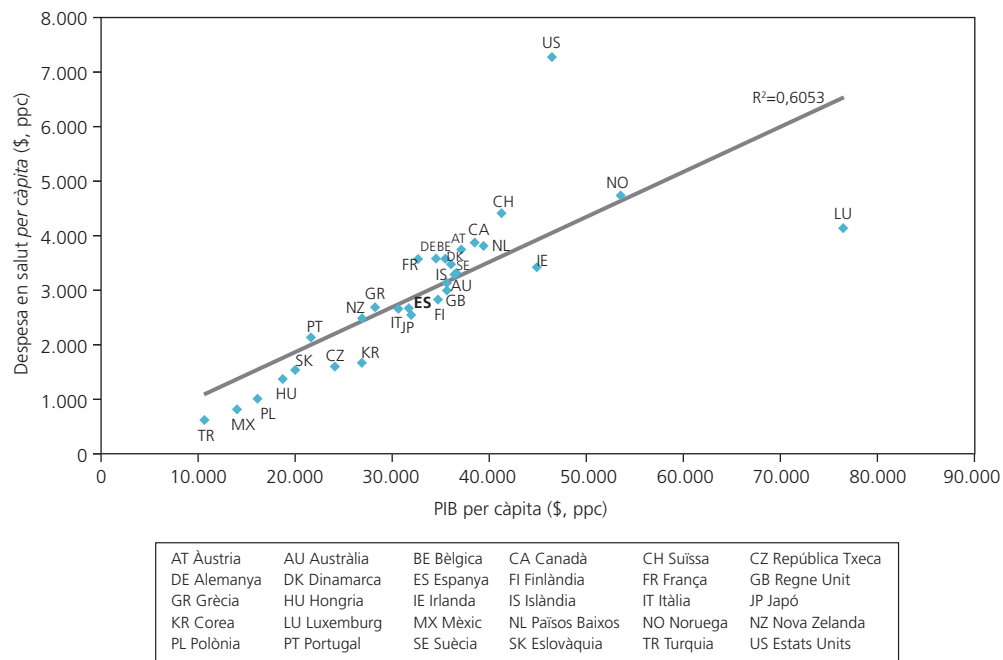
La tendència de la despesa total en salut és creixent com a resultat de factors tant exògens com endògens. Entre els primers destaquen l'envelliment de la població o l'elevada elasticitat-renda dels serveis de salut, que implicarà un creixement de la despesa sanitària pública i privada a mesura que el nivell de renda creixi de manera generalitzada en la població. Els factors endògens estan

<sup>21</sup> Base de dades sobre estadístiques relacionades amb la salut, publicada anualment per l'OCDE (Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic, [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)).

vinculats a la dinàmica del mateix sector i impulsen la demanda com a resultat de la innovació tecnològica i farmacològica creixent dels tractaments.

**Gràfic 19. Relació entre la despesa en salut per càpita i el PIB per càpita. Any 2007**

(\$, ppc)

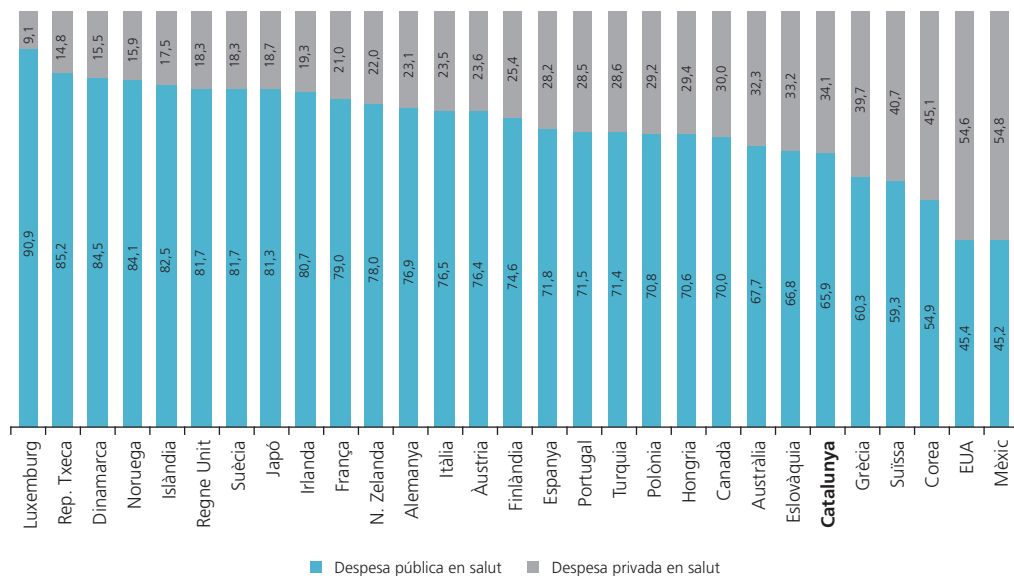


Nota: Les dades de despesa en salut per càpita de Luxemburg, Portugal, el Japó i Austràlia són de l'any 2006 i la de Turquia del 2005

Font: OECD Health Data 2009

**Gràfic 20. Despesa pública i privada en salut als països de l'OCDE. Any 2007**

(Percentatge sobre el total de la despesa en salut)



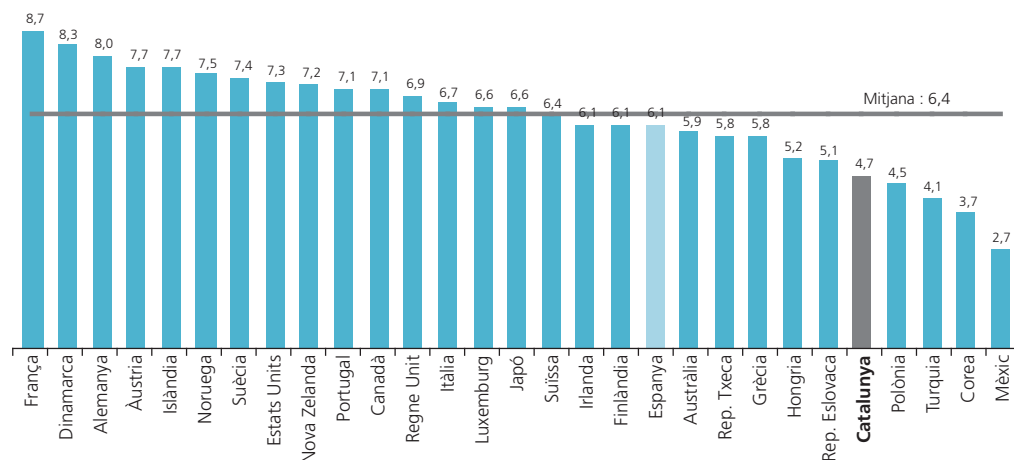
Nota: Les dades de Catalunya, Luxemburg, Portugal, el Japó, Austràlia i Nova Zelanda són del 2006 i la de Turquia del 2005

Font: CatSalut i OECD Health Data 2009, juny 2009



Per tipus de despesa, s'observa que, tant a Espanya com a Catalunya, el percentatge de despesa pública sobre el total del PIB és inferior a la mitjana dels països de l'OCDE (6,4 %). Mentre que Espanya s'aproxima a la mitjana (6,1 %), Catalunya està 1,4 punts per sota d'Espanya i 1,7 punts per sota de la mitjana de l'OCDE. Només països com Polònia, Turquia, Corea o Mèxic tenen un percentatge inferior.

**Gràfic 21. Despesa pública en salut als països de l'OCDE. Any 2007**  
(Percentatge sobre el PIB)

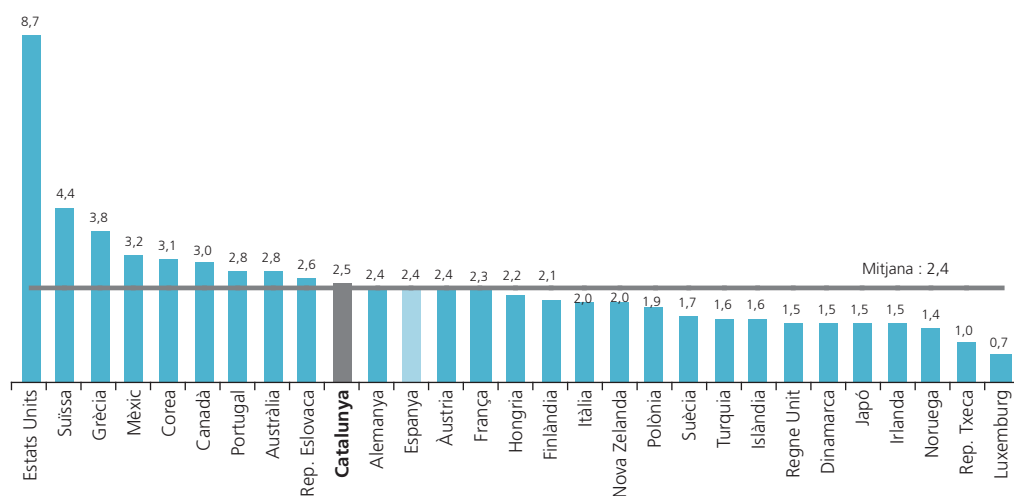


Nota: Les dades de Catalunya, Luxemburg, Portugal, el Japó, Austràlia i Nova Zelanda són del 2006 i la de Turquia del 2005

Font: Càlculs propis a partir de l'informe OECD Health Data 2009, del juny del 2009, i per a Catalunya del CatSalut

En canvi, pel que fa a la despesa privada en salut, Catalunya té un percentatge bastant similar al del conjunt d'Espanya (2,5 % i 2,4 % del PIB, respectivament) i 0,1 punt percentual per sobre de la mitjana dels països de l'OCDE. En aquest cas, al capdavant de la taula se situen els Estats Units, amb un excepcional 8,7 % del PIB, seguits de Suïssa, i a la cua s'hi troba Luxemburg, amb un 0,7 % del PIB.

**Gràfic 22. Despesa privada en salut als països de l'OCDE. Any 2007**  
(Percentatge sobre el PIB)



Nota: Les dades de Catalunya, Luxemburg, Portugal, el Japó, Austràlia i Nova Zelanda són del 2006 i la de Turquia del 2005

Font: Càlculs propis a partir de l'informe OECD Health Data 2009, del juny del 2009, i per a Catalunya del CatSalut

## **Part III**

# **Estructura del sector**



### 3. Estructura del sector

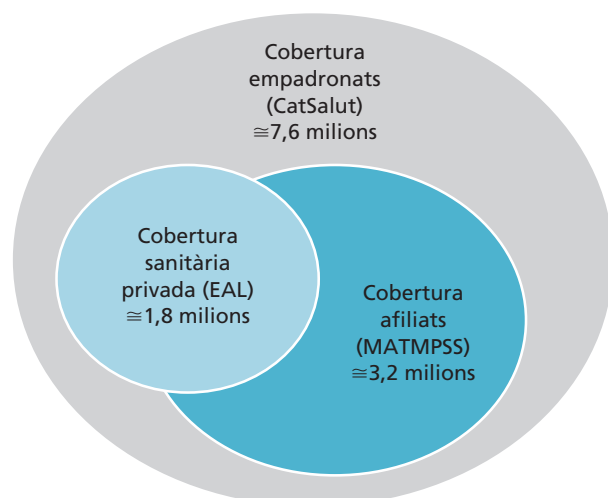
El sector de la salut va més enllà de l'assistència i, per tant, requereix una anàlisi més detallada del que poden captar les estadístiques macroeconòmiques d'activitats sanitàries i de serveis socials. A continuació, l'anàlisi se centra en el nucli de les activitats sanitàries —l'assegurament sanitari, la provisió assistencial i la salut pública— i, d'altra banda, en les infraestructures i els equipaments de salut.

No obstant això, la transcendència del sector de la salut no es limita a aquest nucli d'activitats, sinó que comprèn una complexa xarxa de relacions intersectorials tal com reflecteix el gràfic 13, de sectors econòmics en l'àmbit de la salut. Per tant, es pot concloure que el sector de la salut contribueix de manera decisiva al creixement econòmic i té un efecte d'estímul sobre altres activitats productives. Aquests efectes són difícils de delimitar i van més enllà del marc de referència d'aquest estudi. Una qüestió pendent de cara al futur serà aprofundir en l'anàlisi del sector de la salut amb una perspectiva més global i integradora.

#### 3.1. L'assegurament sanitari

A Catalunya hi ha dues formes d'assegurament sanitari complementàries entre elles: l'assegurança pública universal que proporciona el Servei Català de la Salut a qualsevol resident empadronat a Catalunya i l'assegurança privada de malaltia que es pot contractar amb entitats d'assegurança lliure (EAL) d'assistència sanitària. Addicionalment, les persones ocupades tenen protecció mèdica per mitjà de les mútues d'accidents de treball i malalties professionals (MATMPSS), que són entitats sense ànim de lucre del sector públic estatal que es financen amb les quotes per accidents i malalties professionals i part de les quotes per contingències comunes recaptades per la Tresoreria de la Seguretat Social.

**Gràfic 23. Diagrama d'assegurament sanitari a Catalunya**



Font: Elaboració pròpia.

Així, doncs, a més de la cobertura universal del sistema públic també hi ha un gran nombre d'asseguradores i mútues privades que ofereixen una doble cobertura a la ciutadania. Aquesta doble cobertura permet la utilització dels serveis públics i, a la vegada, els que ofereixen les entitats d'assegurança lliure, segons les preferències i les necessitats dels usuaris en cada moment.

D'altra banda, els funcionaris civils de l'Estat, el personal de Justícia i les Forces Armades pertanyen als col·lectius MUFACE, MUGEJU i ISFAS,<sup>22</sup> respectivament. Els beneficiaris adscrits a aquestes mutualitats de funcionaris poden optar per l'assistència sanitària pública o privada.

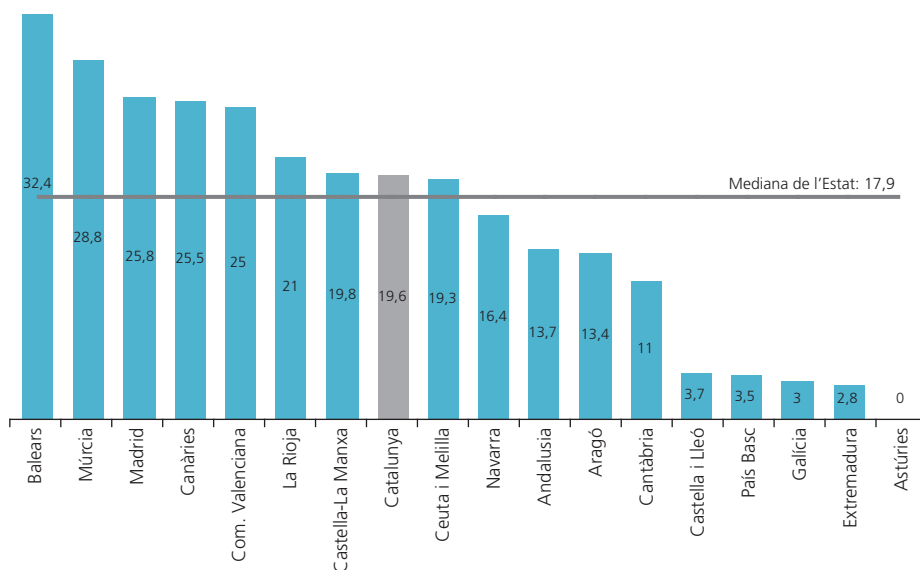
### 3.1.1. L'assegurament sanitari públic

El sistema sanitari català garanteix l'assistència sanitària a totes les persones empadronades a Catalunya.<sup>23</sup> L'organisme que garanteix aquestes prestacions sanitàries públiques és el Servei Català de la Salut.

Entre el 1999 i el 2008, la població protegida<sup>24</sup> ha augmentat el 19,6 % a Catalunya, gairebé quatre punts més que al conjunt de l'Estat (15,8 % de mitjana en el mateix període), tot i que s'observen creixements molt diferenciats per comunitats autònomes. Les Balears i Múrcia, per exemple, han registrat creixements al voltant del 30 %, mentre que la població protegida del País Basc, Extremadura i Galícia ha crescut molt feblement o fins i tot s'ha estancat, com és el cas d'Astúries. Amb valors tan extrems, una mesura més representativa del valor mitjà seria la mediana. Així, Catalunya se situaria en una posició intermèdia respecte de la resta de comunitats autònomes pel que fa al creixement de la població protegida (gràfic 24).

**Gràfic 24. Creixement de la població protegida per CA**

(Variació 1999-2009, en percentatge)



Font: Ministeri de Sanitat i Política Social

En l'actualitat hi ha set nivells diferents de cobertura sanitària pública per als residents a Catalunya, però el 97,6 % s'encabeix en els dos nivells principals: la cobertura sanitària general i la cobertura general amb farmàcia gratuïta (gràfic 25).

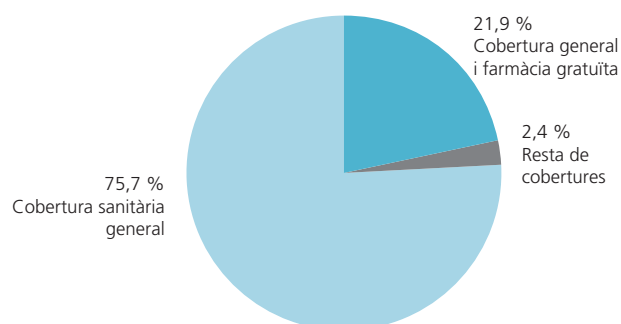
<sup>22</sup> Mutualitat General de Funcionaris Civils de l'Estat (MUFACE), Mutualitat General Judicial (MUGEJU) o Institut Social de les Forces Armades (ISFAS).

<sup>23</sup> Excepte les persones cobertes per MUFACE, MUGEJU i ISFAS. Vegeu l'annex 3.

<sup>24</sup> La població protegida es defineix com la població censada al padró menys la població protegida pel mutualisme administratiu.

## Gràfic 25. Població assegurada segons el nivell de cobertura. Any 2009

(Percentatge)



Font: Departament de Salut de la Generalitat

La **cobertura sanitària general** és el nivell que agrupa més segment de població. Comprèn, a més dels programes d'interès per a la salut pública, l'atenció primària, l'atenció especialitzada, l'atenció a la salut mental, l'atenció sociosanitària, el transport sanitari, les prestacions complementàries,<sup>25</sup> la rehabilitació i els trasplantaments. A més, finança el 60 % dels medicaments prescrits en atenció primària i el 100 % en cas d'ingrés en un centre de la xarxa pública. En són beneficiaris els afiliats en actiu a l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS), els menors residents que no tinguin assignat cap altre nivell de cobertura, i els ciutadans sense cobertura sanitària que han sol·licitat aquest dret.

### Quadre 13. Població protegida pel Servei Català de Salut

	Nombre de persones
1999	6.021.109
2008	7.201.782
<b>Var. 1999-2008 (%)</b>	<b>19,6</b>

Font: Ministeri de Sanitat i Política Social

La **cobertura sanitària general amb farmàcia gratuïta** és el nivell assignat als pensionistes de l'INSS, a les persones de més de 65 anys amb una disminució del 33 % certificada per l'ICASS<sup>26</sup> que no disposen de cobertura sanitària i a alguns casos excepcionals, com ara els refugiats, per exemple. Cobreix les mateixes prestacions que el cas anterior, però a més finança el 100 % dels medicaments prescrits en l'atenció primària.

Els cinc nivells restants de programes de cobertura són molt minoritaris, i només cobreixen el 2,4 % de la població catalana. Per a més detall, es pot consultar l'annex 3.

### 3.1.2. L'assegurament sanitari privat

Com s'ha esmentat a la introducció d'aquest capítol, a Catalunya conviuen, per un fenomen històric, un gran nombre d'asseguradores i mútues que ofereixen assegurances mèdiques privades. L'any 2008 operaven a Catalunya 54 entitats d'assegurança lliure (EAL) d'assistència sanitària. D'aquestes, el 67 % són societats anònimes o mercantils i el 33 % són mutualitats de previsió social.

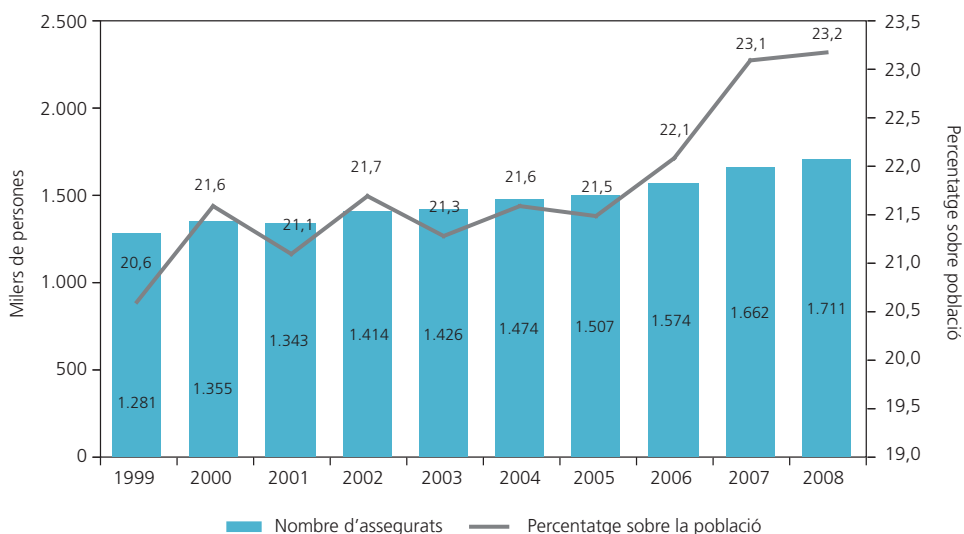
L'any 2008, gairebé un de cada quatre catalans (23,2 %) tenia doble cobertura sanitària, percentatge superior al de la mitjana de l'Estat. Aquesta dada indica que les EAL contribueixen de manera important a l'activitat assistencial del país. A Espanya, el percentatge de població amb doble

<sup>25</sup> Nutrició enteral a domicili, tractaments dietoterapèutics complexos, teràpies respiratòries a domicili i prestacions ortoprotètiques.

<sup>26</sup> Institut Català d'Assistència i Serveis Socials

### Gràfic 26. Persones assegurades amb doble cobertura sanitària a Catalunya

(Milers de persones i percentatge sobre la població)



Font: Memòries d'entitats d'assegurança lliure d'assistència sanitària de diversos anys

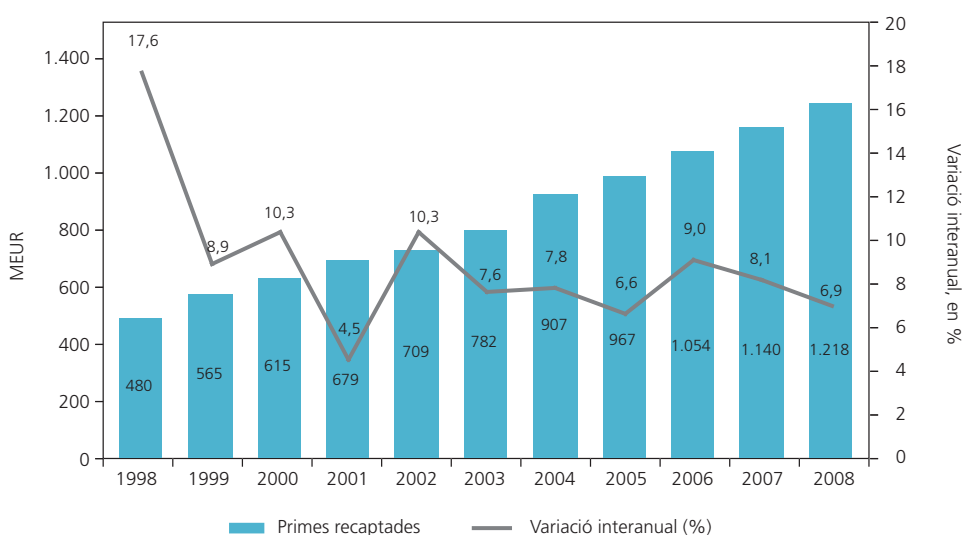
cobertura és significativament més baix. Segons la darrera Enquesta nacional de salut que elabora l'INE, corresponent a l'any 2006, només el 13,1 % en tenia, 10 punts menys que a Catalunya el mateix any.

El gràfic 27 analitza l'evolució de les primes recaptades per les EAL. Destaca el menor creixement que es va registrar l'any 1999 respecte del 1998. Aquest fet el va poder causar la reforma de l'IRPF de l'any 1998, en què es va eliminar la deducció en la quota íntegra del 15 % per despesa privada de malaltia, cosa que reduïa els incentius per contractar assegurances mèdiques privades.

Les dades més recents apunten a una estabilització en el creixement de la recaptació per primes. L'any 2008, l'import recaptat va arribar als 1.218,3 milions d'euros, el 6,9 % més que un any abans. Entre el 2003 i el 2008, el creixement de les primes recaptades en termes nominals s'ha estabilitzat a l'entorn del 7,7 % de mitjana anual.

### Gràfic 27. Primes recaptades per les EAL

(MEUR i variació interanual, en percentatge)

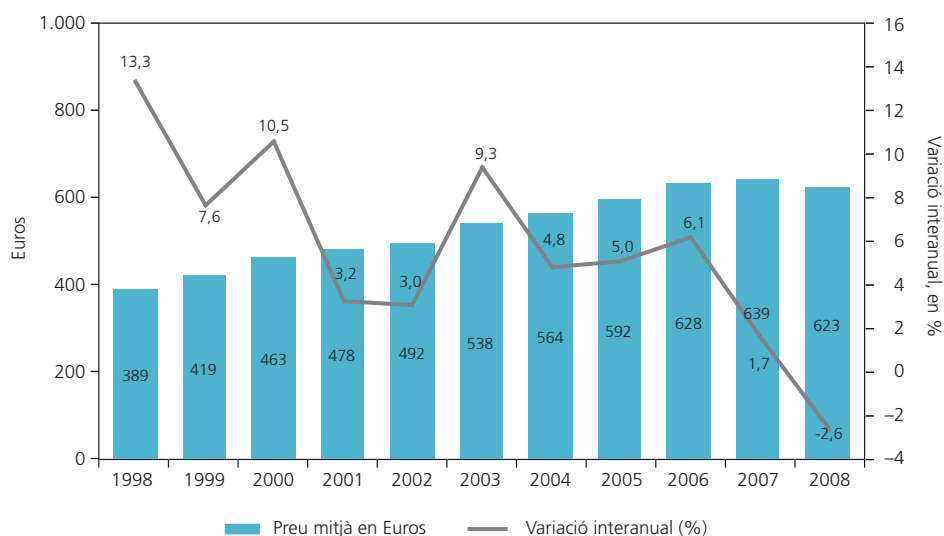


Font: Memòries d'entitats d'assegurança lliure d'assistència sanitària de diversos anys

El preu mitjà d'una prima d'assegurança depèn de múltiples factors: de si proporciona una cobertura sanitària total o parcial, de les característiques personals del subscriptor de l'assegurança, etc. No es disposa de sèries d'estadístiques de preus segons aquests factors, però l'IDESCAT proporciona dades agregades del preu mitjà de les primes recaptades. L'any 2008, el preu de la prima mitjana es va situar en 622,7 euros, un 2,6 % menys que l'any anterior. Cal destacar que aquesta és la primera disminució de la sèrie, que comença l'any 1997 (gràfic 28).

### Gràfic 28. Prima mitjana

(Euros i variació interanual, en percentatge)



Font: IDESCAT, a partir de la Direcció General de Recursos Sanitaris de la Generalitat

### 3.1.3. L'assegurança sanitari laboral

Les mútues d'accidents de treball i malalties professionals (MATMPSS) són associacions empresarials sense ànim de lucre que col·laboren amb la Seguretat Social en la protecció sanitària dels treballadors i en la gestió de la prestació econòmica per incapacitat temporal. Concretament, tenen tres funcions: l'atenció assistencial per contingències professionals, el seguiment i el control de la incapacitat temporal per contingències comunes i la realització d'activitats de prevenció de riscos laborals. Depenen del Ministeri de Treball i Immigració, i des de finals del 2003 estan incloses en el sector públic estatal.<sup>27</sup>

Les MATMPSS disposen d'una infraestructura assistencial —hospitalària i extrahospitalària— disseminada pel territori formada per centres que són patrimoni de la Seguretat Social i són utilitzats per les mútues en règim d'adscripció, per donar compliment a les finalitats de la col·laboració.

Les mútues es financen mitjançant les quotes a càrrec de les empreses en matèria d'accidents i malalties professionals que recapta la Tresoreria General de la Seguretat Social, més un percentatge de la quota per contingències comunes. Si, com a resultat de la seva activitat, tenen superàvit d'ingressos, aquest superàvit es retorna a la Seguretat Social i passa a formar part del seu fons de reserva.

La incorporació de les mútues a la gestió de la prestació econòmica per incapacitat temporal l'any 1996 va ser motivada per la necessitat de racionalitzar el creixement —tradicionalment elevat— de la despesa pròpia d'aquesta prestació. No obstant això, s'observa que la participació de la despesa del sector de les MATMPSS sobre el total del sistema de la Seguretat Social ha registrat una trajectòria ascendent ininterrompuda, cosa que indica que s'han de continuar fent esforços de millora en la gestió.

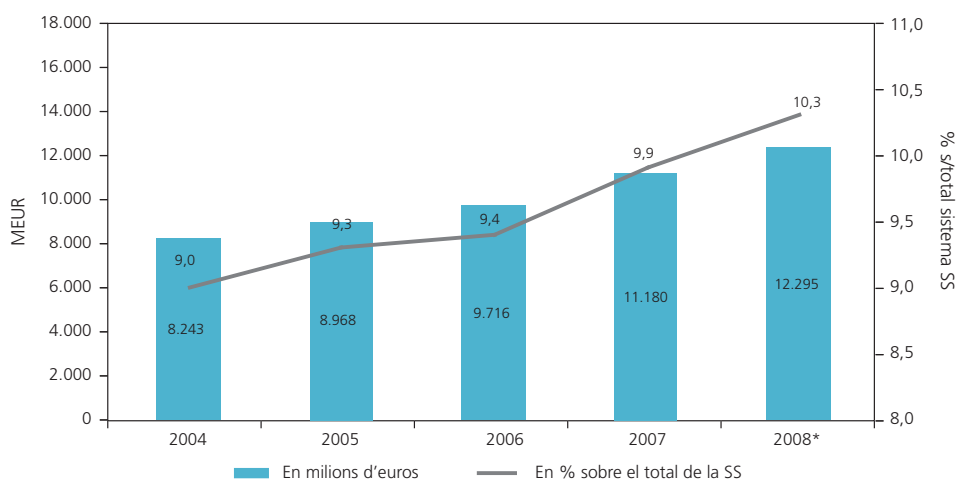
<sup>27</sup> Llei 47/2003, de 26 de novembre.



En aquest sentit, la incidència mitjana mensual<sup>28</sup> d'incapacitat temporal per contingències comunes va créixer el 8,7 % l'any 2007 a Espanya, i la despesa mitjana mensual per treballador protegit va augmentar el 5 %. Fins i tot l'any 2008, en què el nombre d'afiliats va caure el 4,6 % a Espanya, va augmentar el pes de la despesa de les MATMPSS sobre el total del sistema de la Seguretat Social (gràfic 29).

### Gràfic 29. Despesa de les MATMPSS

(MEUR i percentatge sobre el total del sistema de la SS)



\* Dada pressupostada. Del 2004 al 2007, dades liquidades

Font: Informe econòmic i financer del pressupost de la Seguretat Social del 2009

L'any 2008, de les 22 mútues existents, 20 tenien centres de treball a Catalunya. Aquestes 20 mútues que operen a Catalunya cobrien el 99,3 % de les persones afiliades a la Seguretat Social i el 99,2 % de les empreses.<sup>29</sup>

### Quadre 14. Codi i nom de les MATMPSS amb centre de treball a Catalunya. Any 2008

Codi	Nom MATMPSS
001	MCMUTUAL
002	MUTUALIA
003	ACTIVA MUTUA
007	MONTAÑESA
010	UNIVERSAL
011	MAZ
015	UMIVALE
021	NAVARRA
039	INTERCOMARCAL
061	FREMAP
072	SOLIMAT
115	CEUTA-SMAT
151	ASEPEYO
183	BALEAR
201	GALLEGA DE AT
267	UNIÓN DE MUTUAS
272	MAC
274	IBERMUTUAMUR
275	FRATERNIDAD-MUPRESA
276	EGARSAT

Font: Departament de Treball de la Generalitat

<sup>28</sup> Nombre de processos iniciats mensualment per cada 1.000 treballadors protegits.

<sup>29</sup> Anàlisi de la memòria d'activitats preventives de les MATMPSS a Catalunya, 2008. Departament de Treball de la Generalitat.

En l'actualitat, les mútues es troben en un procés de fusions, impulsat pel Ministeri de Treball, amb la idea que hi hagi menys entitats però d'una dimensió superior en què tots els centres estiguin integrats i millori l'eficiència dels recursos gestionats per les MATMPSS. Aquests processos s'han impulsat mitjançant la modificació, el desembre del 2007, del Reial decret que regula la col·laboració entre les mútues i la Seguretat Social. Mitjançant aquestes modificacions es va introduir la figura de «l'agrupació de mútues» per millorar l'eficiència dels recursos gestionats per les MATMPSS. Cal destacar que a Catalunya ja funcionen dues d'aquestes agrupacions: Corporació Mútua, que aplega vuit entitats, i Suma Intermutual, que n'aplega sis.

### 3.2. La provisió de serveis assistencials

Les línies assistencials sanitàries es poden dividir en atenció primària i atenció especialitzada. Al seu torn, la darrera es pot dividir en atenció hospitalària d'aguts, atenció sociosanitària, atenció psiquiàtrica i a la salut mental i altres recursos.<sup>30</sup>

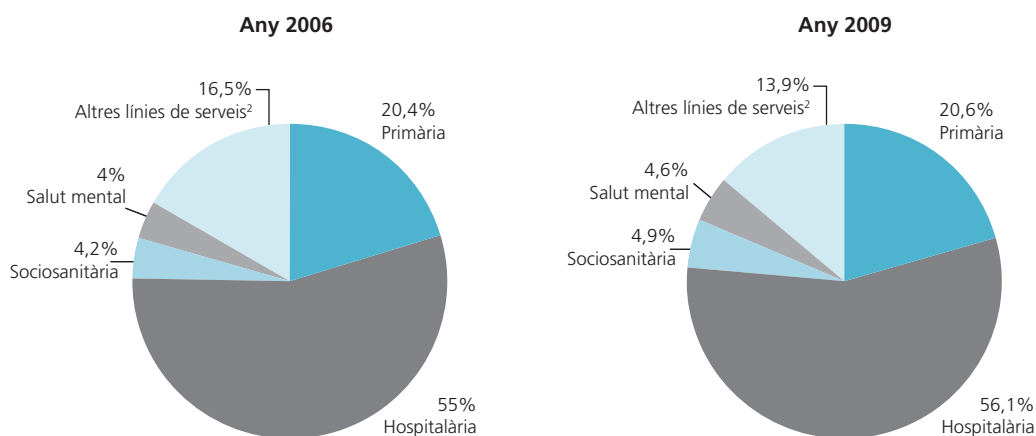
Els centres i serveis d'atenció primària, juntament amb la xarxa sanitària d'utilització pública (centres d'aguts, sociosanitaris i de salut mental), constitueixen el SISCAT (Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya) i actuen de manera coordinada i integrada.

La provisió de serveis assistencials es pot dur a terme públicament o privadament. La provisió pública a Catalunya es caracteritza per la coexistència de proveïdors de propietat o titularitat diversa, que abasta els centres 100 % públics i els centres concertats amb diferents règims de titularitat (participats per la Generalitat, consorcis, entitats privades, etc.).

La xarxa privada d'assistència la integren centres de titularitat privada que no tenen concert amb el SCS i que poden ser propietat d'entitats mercantils, fundacions o mutualitats, per exemple.

El pes de la despesa pública en atenció primària —al voltant del 20 % sobre el total— i en atenció especialitzada —entre el 60 % i el 65 %— s'ha mantingut força estable en el període 2006-2009. Addicionalment, en aquest període s'ha produït un lleuger increment del pes de la despesa d'atenció sociosanitària i de salut mental (gràfic 30). Part de l'augment del pressupost de salut mental s'ha destinat a donar suport als equips d'atenció primària.

**Gràfic 30. Classificació funcional<sup>1</sup> del pressupost del CatSalut**



<sup>1</sup> Inclou només prestació de serveis sanitaris, no inclou farmàcia ni altres prestacions complementàries. El pressupost del CatSalut inclou el pressupost de l'ICS

<sup>2</sup> Inclou transport sanitari i emergències mèdiques, oxigenoteràpia, rehabilitació, MHDA, atenció a la insuficiència renal i altres serveis d'atenció especialitzada

Font: Departament de Salut

<sup>30</sup> Atenció a les drogo dependències, tractament de la insuficiència renal, rehabilitació, etc.

### 3.2.1. L'atenció primària de salut

L'atenció primària és el primer nivell d'accés dels ciutadans a l'atenció sanitària<sup>31</sup>, juntament amb la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, aspectes dels quals també s'encarreguen les polítiques de salut pública.

Tal com s'ha explicat al capítol 1 de l'estudi, Catalunya està dividida en set regions sanitàries. Al seu torn, cadascuna d'aquestes regions sanitàries està dividida en àrees bàsiques de salut (ABS), que constitueixen la divisió territorial mitjançant la qual s'organitza l'atenció primària de la sanitat pública.

#### Quadre 15. Organització de l'atenció primària pública a Catalunya. Any 2008

(Nombre)

Regions sanitàries	ABS (A)	Persones assegurades (B)	(B) / (A)
Lleida	22	365.679	16.622
Camp de Tarragona	34	588.563	17.311
Terres de l'Ebre	11	190.430	17.312
Girona	36	725.349	20.149
Catalunya Central	36	509.545	14.154
Alt Pirineu i Aran	8	70.062	8.758
Barcelona	212	5.162.064	24.349
<b>Total</b>	<b>359</b>	<b>7.611.692</b>	<b>21.202</b>

Font: CatSalut, a partir del Registre central de persones assegurades (RCA)

Cadascuna d'aquestes àrees té assignat un equip d'atenció primària (EAP), que presta l'atenció als centres d'atenció primària o als consultoris municipals, en el cas de les poblacions més petites.

L'any 2008 hi havia 359 equips d'atenció primària (EAP) a Catalunya. L'ICS i altres entitats públiques eren els proveïdors del 90,3 %. Pel que fa als EAP amb participació privada, destaquen les entitats de base associativa (EBA), que es caracteritzen perquè són un model de gestió participativa dels professionals, amb capacitat d'endeutament i entitat jurídica pròpia (societats limitades, anònimes, laborals o cooperatives). Cal esmentar que, a partir del 2008, l'ICS també ha iniciat un model d'autonomia de gestió que es defineix com una fórmula organitzativa sustentada en un contracte o acord de gestió entre els professionals i l'empresa. L'objectiu és que els centres i, més concretament, els EAP assoleixin autonomia en decisions assistencials, organitzatives, econòmiques i de gestió de personal.

#### Quadre 16. EAP segons l'entitat proveïdora. Any 2008

	Nombre	Percentatge
<b>Públiques</b>	<b>324</b>	<b>90,3</b>
ICS	280	78,0
Altres (conveni)	44	12,3
<b>Participació privada</b>	<b>35</b>	<b>9,7</b>
EBA (concurts)	12	3,3
Altres (concurts)	23	6,4
<b>Total</b>	<b>359</b>	<b>100</b>

Font: CatSalut. Memòria 2008

<sup>31</sup> Cal tenir en compte que en moltes ocasions aquest primer contacte es produeix per mitjà dels serveis d'urgències.

### 3.2.2. L'atenció especialitzada: dependència patrimonial i funcional

L'any 2008, la Xarxa Sanitària d'Utilització Pública (XSUP) estava integrada per 204 centres d'atenció especialitzada a Catalunya,<sup>32</sup> el 26 % del total d'Espanya. El Ministeri de Sanitat classifica els centres hospitalaris segons dos criteris: la dependència patrimonial i la dependència funcional. La primera es refereix a l'organisme o l'entitat que és propietari, com a mínim, de l'immoble ocupat pel centre sanitari. La dependència funcional, en canvi, es refereix a l'organisme o l'entitat que exerceix domini o jurisdicció, jeràrquica o funcional, més immediata sobre l'establiment sanitari.

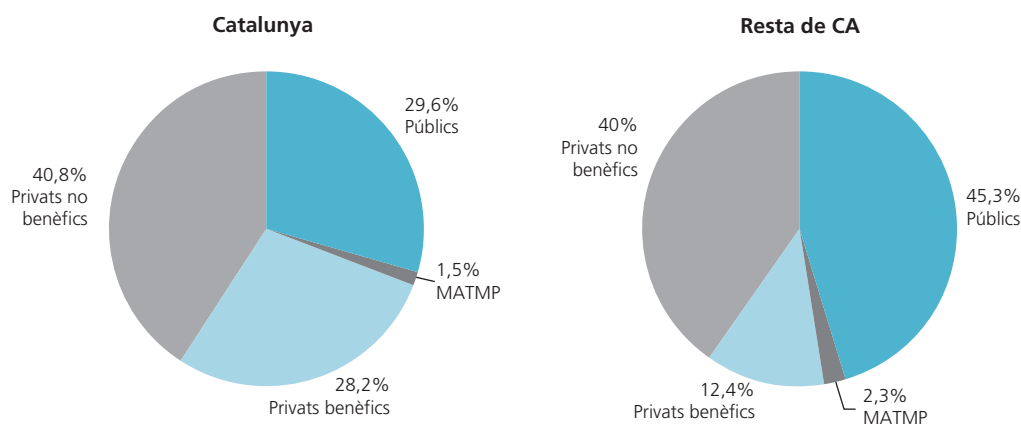
En tots dos casos de dependència, els centres es poden classificar en «públics», «privats benèfics», «privats no benèfics» o pertanyents a les MATMPSS. En aquest últim cas, cal aclarir que la majoria de mútues d'accidents de treball i malalties professionals han acabat el seu procés d'adscripció a la Tresoreria General de la Seguretat Social i, per tant, s'haurien d'incloure entre els centres públics, però s'ha considerat interessant per a l'anàlisi mantenir-les al marge.

Atenent aquesta classificació, tant Catalunya com la resta de comunitats autònomes disposaven d'una majoria de centres privats no benèfics, que en tots dos casos superava el 40 %. Cal aclarir que el fet que un centre es consideri «privat no benèfic» no vol dir que proporcioni atenció sanitària privada exclusivament. Segons estadístiques del Departament de Salut de la Generalitat, només el 23 % dels hospitals catalans eren privats i no tenien cap tipus de concert amb algun òrgan finançador públic l'any 2006 (últimes dades disponibles). De fet, la forma majoritària de provisió assistencial d'hospitalització a Catalunya es duu a terme mitjançant acords entre un finançador públic (el CatSalut, en general) i entitats proveïdores de titularitat diversa.

La diferència principal en l'estructura del sector hospitalari entre Catalunya i la resta de comunitats autònomes és l'elevada proporció de centres privats benèfics que hi ha al Principat. Aquests centres són propietat, majoritàriament, d'entitats religioses, de la Creu Roja o d'altres organismes benèfics. L'any 2008 representaven més d'una quarta part dels hospitals, quan a la resta d'Espanya amb prou feines superaven el 10 %. En canvi, els centres públics a Catalunya representaven poc més del 20 %, quan a la resta de territoris arribaven gairebé al 50 % (gràfic 31 i 32).

**Gràfic 31. Hospitals segons la dependència patrimonial. Any 2008**

(Percentatge sobre el total)



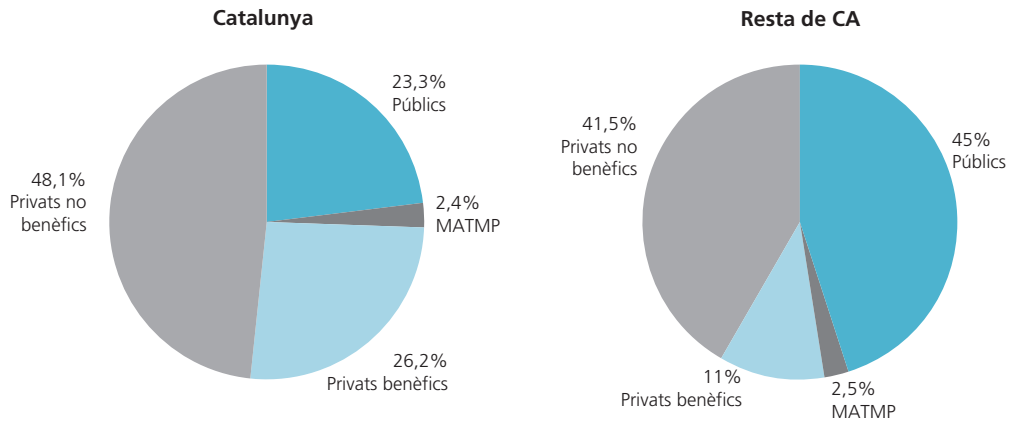
Nota: Les MATMP s'han classificat a part, malgrat que en la majoria de casos ja ha acabat la seva adscripció a la Tresoreria General de la Seguretat Social

Font: Ministeri de Sanitat i Política Social

<sup>32</sup> 68 hospitals d'aguts (10 dels quals de l'ICS), 38 psiquiàtrics i 98 sociosanitaris.

### Gràfic 32. Hospitals segons la dependència funcional. Any 2008

(Percentatge sobre el total)



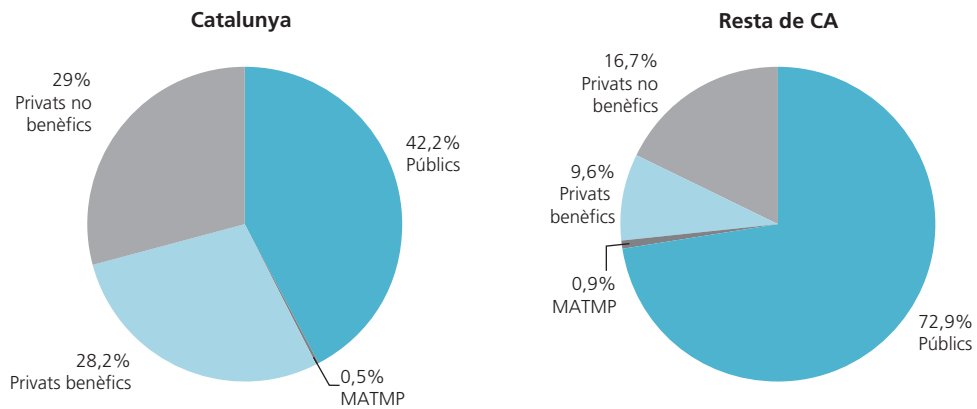
Nota: Les MATMP s'han classificat a part, malgrat que en la majoria de casos ja ha acabat la seva adscripció a la Tresoreria General de la Seguretat Social

Font: Ministeri de Sanitat i Política Social

Cal destacar la major dimensió mitjana relativa dels hospitals públics. A Catalunya, representen el 23,3 % dels centres, però tenen el 38,7 % dels llits instal·lats. Els centres privats no benèfics, en canvi, tot i representar gairebé el 50 % dels centres, tenen el 34,4 % dels llits instal·lats, cosa que assenyalava una menor dimensió mitjana. Aquest fet és encara més accentuat a la resta de comunitats autònomes, on els centres privats no benèfics són el 41 % del total de centres però només tenen el 17,6 % dels llits (gràfic 33 i 34).

### Gràfic 33. Llits segons la dependència patrimonial. Any 2008

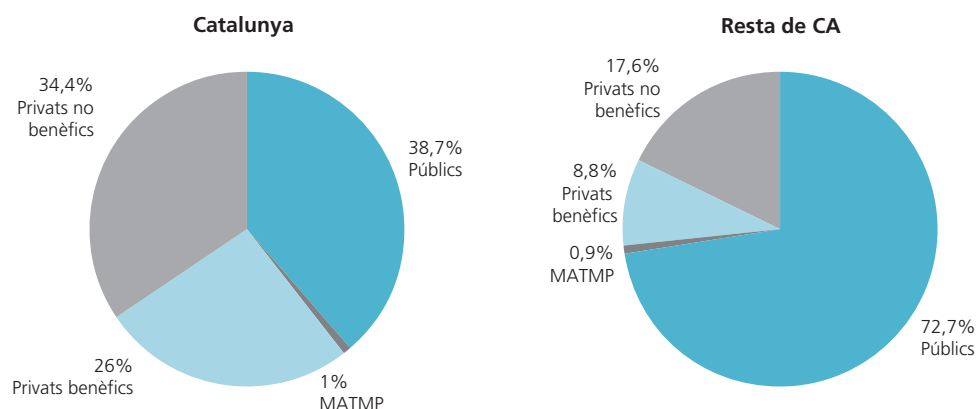
(Percentatge sobre el total)



Font: Ministeri de Sanitat i Política Social

### Gràfic 34. Llits segons la dependència funcional. Any 2008

(Percentatge sobre el total)



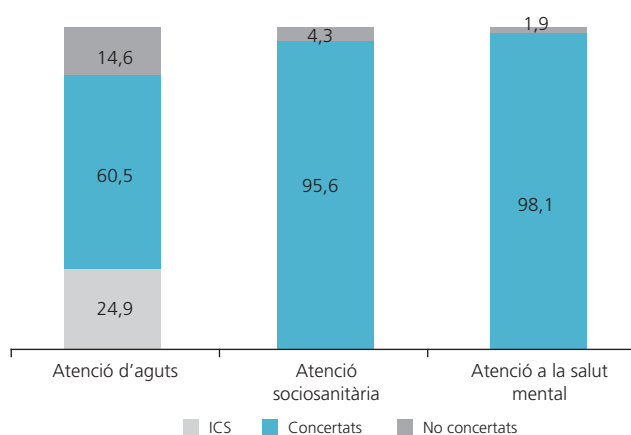
Font: Ministeri de Sanitat i Política Social

### 3.2.3. L'atenció especialitzada: l'assistència d'aguts, sociosanitària i a la salut mental

La xarxa sanitària especialitzada d'utilització pública estava constituïda per 68 hospitals d'aguts, 98 centres d'internament sociosanitari i 38 hospitals psiquiàtrics l'any 2008. L'activitat assistencial concertada és majoritària en aquests tres tipus d'atenció especialitzada a Catalunya. L'any 2006, més del 90 % de les estades d'atenció sociosanitària i a la salut mental es van dur a terme en centres concertats. La divisió hospitalària d'aguts és on el sector privat té més presència: va concentrar el 14,6 % de les estades (gràfic 35).

### Gràfic 35. Estades segons el tipus d'atenció i concert. Any 2006

(Percentatge sobre el total)



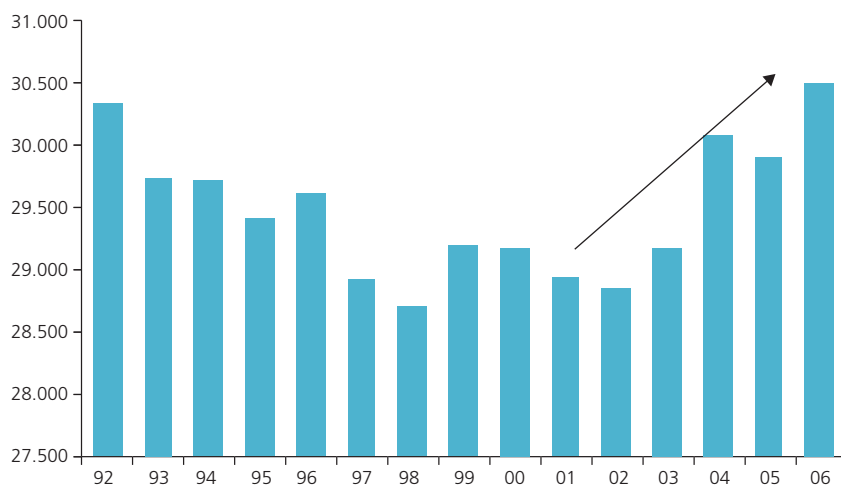
Nota: L'Enquesta d'establiments sanitaris en règim d'internament (EESRI) no recull tots els centres privats de Catalunya

Font: EESRI

Entre el 1992 i el 2006, el nombre de llits en funcionament en centres hospitalaris ha crescut només el 0,6 %. Ara bé, s'observen tres tendències diferenciades en aquest període. Des del 1992 fins al 1998 el nombre de llits disminueix, entre el 1999 i el 2003 creix lleugerament i s'estabilitza, i a partir del 2003 es produeix un augment més destacat.

### Gràfic 36. Llits en funcionament

(Nombre)

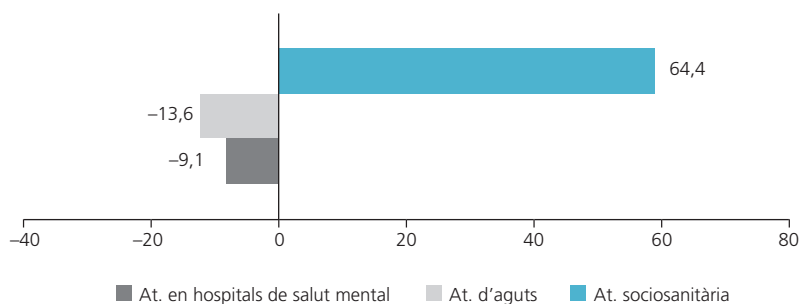


Font: EESRI

L'evolució lleugerament a l'alça del nombre de llits en funcionament durant els darrers anys està motivada per l'oferta més àmplia en atenció socio sanitària, ja que l'oferta en atenció d'aguts i psiquiatria s'ha reduït durant el període analitzat (gràfic 37). En aquest sentit, l'hospitalització d'aguts mostra una lleugera tendència decreixent, en benefici de l'hospitalització del sector socio sanitari de mitjana estada i convalsència. També dins de l'àmbit de l'hospitalització d'aguts s'ha produït un increment de l'ambulatorització —cirurgia major ambulatoria (CMA) i hospitals de dia.

### Gràfic 37. Llits en funcionament, segons el tipus d'assistència

(Variació del període 1992-2006, en percentatge)



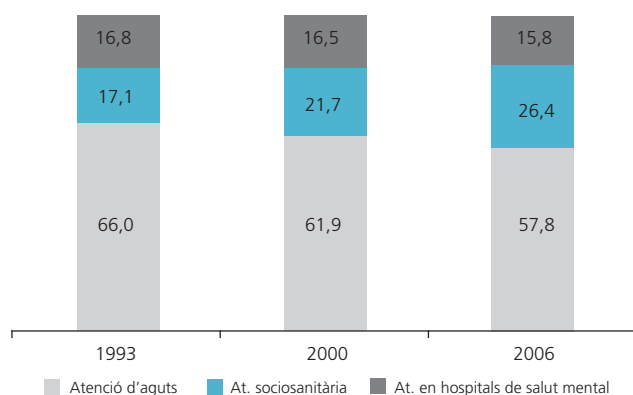
Font: EESRI

Cal recordar que l'atenció socio sanitària s'adreça principalment a persones d'edat avançada, amb malalties cròniques o terminals. De fet, l'envelliment de la població és un dels fenòmens que ha caracteritzat l'evolució demogràfica recent, juntament amb l'arribada de població estrangera. En concret, la població pertanyent als grups d'edat de més de vuitanta anys ha registrat creixements importants els darrers anys, superiors al 100 % en termes acumulats.

Aquesta evolució demogràfica es reflecteix en la distribució dels llits hospitalaris. L'any 1993 només el 17,1 % dels llits eren d'atenció socio sanitària. Tretze anys més tard, aquest percentatge havia augmentat gairebé 10 punts, fins al 26,1 % (gràfic 38). Atès l'increment demogràfic i el canvi de polítiques d'internament, la nova Llei de la dependència reorienta el mòdul d'atenció Socio sanitària i reconverteix alguns llits de llarga estada en places residencials o en mòdul sanitari de suport.

### Gràfic 38. Distribució dels llits, en funció del tipus d'assistència

(Percentatge sobre el total)



Font: EESRI

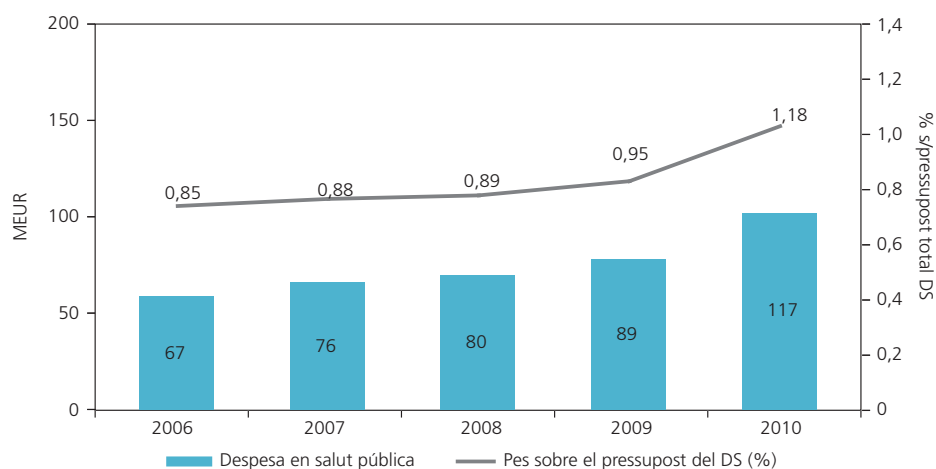
### 3.3. Les polítiques de salut pública

La salut pública es pot definir com un conjunt organitzat d'actuacions dels poders públics i de la societat per protegir i promoure la salut de les persones, prevenir la malaltia i tenir cura de la vigilància de la salut pública. La salut pública també s'ha d'entendre com la salut de la població, i depèn, en gran part, de factors estructurals i ambientals, com ara l'educació o la seguretat, però també de factors lligats als estils de vida, com el consum de tabac, l'activitat física o l'alimentació. Per tant, l'abast de les polítiques de salut pública va més enllà del control epidemiològic i s'ha estès a àmbits vinculats a la protecció de la salut, com ara la seguretat alimentària, la salut ambiental o les infraestructures urbanístiques (xarxes d'aigua potable, clavegueram, etc.).

Entre el 2006 i el 2010, el programa de despesa corresponent a «Salut pública» dels pressupostos de la Generalitat ha passat de representar el 0,85 % a l'1,18 % del pressupost total del Departament de Salut (gràfic 39). Una part molt important d'aquest pressupost es destina a la compra de vacunes, ja que la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia són polítiques primordials. L'increment pressupostari que s'ha registrat el darrer any —superior al 30 %— coincideix amb la posada en marxa de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, que ha d'entrar en funcionament

### Gràfic 39. Programa de despesa en salut pública

(MEUR, i percentatge sobre el pressupost total del DS)



Font: Pressupostos de la Generalitat de diversos anys

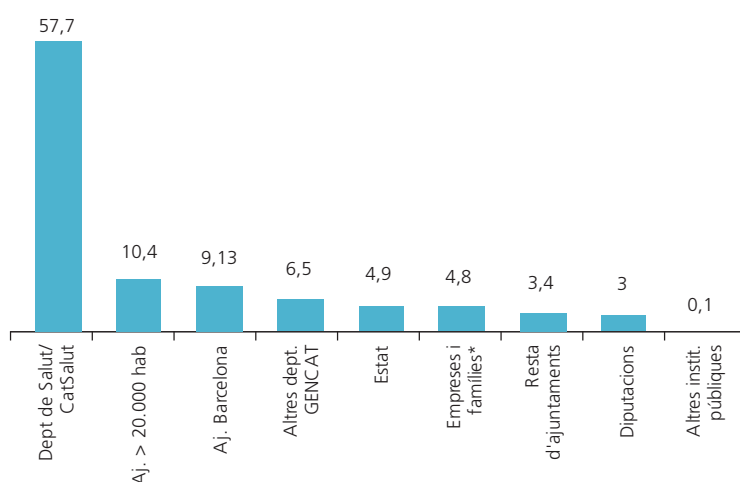


l'any 2010. Cal tenir en compte que les polítiques de salut pública han de competir en un entorn de creixement constant de la despesa en serveis assistencials, però són cabdals perquè augmenten la productivitat del sector sanitari i per les externalitats positives que generen sobre el conjunt de l'economia i el benestar social.<sup>33</sup>

Cal remarcar, però, que el finançament de les polítiques de salut pública no és a càrrec exclusivament del Departament de Salut i dels seus organismes autònoms. Aquests financen aproximadament el 60 % de la despesa (gràfic 40), segons l'únic estudi detallat que s'ha fet fins al moment sobre el volum i les característiques de la despesa en salut pública a Catalunya.<sup>34</sup>

El gràfic 41 reflecteix la posició de Catalunya respecte d'Espanya i de la mitjana de l'OCDE pel que fa a la despesa en salut pública sobre el total de la despesa pública en sanitat. Fer comparacions entre territoris en aquest àmbit és delicat, atès que cada país confecciona els seus

**Gràfic 40. Despesa total en salut pública a Catalunya, segons la font de finançament. Any 2005**  
(Percentatge)

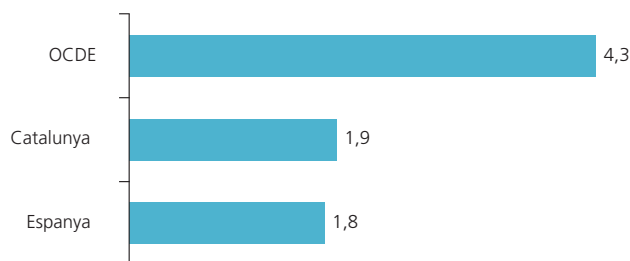


\* Reflecteix les taxes per la prestació de serveis d'inspecció i control als escorxadors, les aigües de consum, les piscines, etc.; així com els projectes de recerca finançats per entitats privades

Font: (2007) Rodríguez, M.; Stoyanova, A. *Els comptes de la salut pública a Catalunya, 2005*

**Gràfic 41. Despesa en polítiques de salut pública**

(Percentatge de la despesa en salut pública sobre la despesa pública en salut)



Nota: La dada de l'OCDE correspon a l'any 2003, la de Catalunya i Espanya, al 2005

Font: (2007) Rodríguez, M.; Stoyanova, A. *Els comptes de la salut pública a Catalunya, 2005*

<sup>33</sup> Wanless, D. *Securing our future health: taking a long term view*. Londres: HM Treasury, 2002.

<sup>34</sup> 2007: Rodríguez, M.; Stoyanova, A. *Els comptes de la salut pública a Catalunya. Descripció, anàlisi i metodologia de càlcul de la despesa en salut pública a Catalunya, 2005*. Universitat de Barcelona i Centre de Recerca en Economia del Benestar del Parc Científic de Barcelona.

catàlegs de serveis de salut pública en funció de criteris diferents, que poden ser de naturalesa mèdica, econòmica, política, etc. A més, cal remarcar que en l'àmbit de la salut pública no hi ha un sistema de demanda i oferta com en el sector assistencial. Malgrat aquestes reserves, tant Catalunya com Espanya se situaven força per sota de la mitjana dels països de l'OCDE.

L'aprovació l'any 2009 de la Llei de salut pública confirma la importància d'abordar la salut no només des de l'atenció a la malaltia, sinó de manera integral, incloent-hi la protecció de la salut, la seguretat alimentària, la vigilància de la salut pública, la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut, la salut laboral i la salut mediambiental, per donar respostes adequades a les necessitats de la nova societat.

La reforma de la salut pública a Catalunya pot ser una bona ocasió per demostrar més flexibilitat en la reordenació dels recursos econòmics del sistema sanitari vers aquest àmbit, una de les claus per millorar la sostenibilitat futura del sistema sanitari.

El desenvolupament de les polítiques de salut pública ha impulsat un sector empresarial creixent vinculat a l'assessorament en higiene i seguretat en el treball i al control en salut alimentària i ambiental. En aquest sentit, també cal destacar el paper rellevant de les consultories ambientals i de les entitats col·laboradores de l'Administració (ECA).

### **3.3.1. La protecció de la salut**

La protecció de la salut comprèn el conjunt d'actuacions de les administracions sanitàries, en coordinació amb la resta d'agents, destinades a protegir la població dels factors ambientals i alimentaris que poden tenir un efecte negatiu en la seva salut.

Dins de la protecció de la salut es distingeixen dos àmbits: la salut alimentària, que coordina actuacions per garantir la innocuïtat i la salubritat dels productes alimentaris, i la salut ambiental, que coordina la protecció davant d'agents nocius presents en el medi proper a les persones.

#### **Actuacions de protecció de la salut**

L'autoritat sanitària té constància de tota activitat econòmica i industrial de què es desprengui una necessitat de control des del punt de vista de la salut. D'aquesta manera, el Departament de Salut disposa d'una sèrie de registres i censos dels objectes sobre els quals s'apliquen les actuacions de control: Registre Sanitari d'Indústries i Productes Alimentaris de Catalunya (RSIPAC), Registre d'Establiments i Serveis Plaguicides (ROESP) i notificacions de productes dietètics, aigües envasades i complements alimentosos.

L'any 2008 hi havia 17.691 establiments inscrits al RSIPAC, els quals van ser sotmesos a 127.612 inspeccions. Així mateix, es van fer 25.266 inspeccions a establiments no inscrits en aquest registre (establiments de restauració col·lectiva i minoristes).

A Catalunya, les vendes de productes provinents d'indústries alimentàries sotmeses a control van sumar 18.110 milions d'euros l'any 2007, la qual cosa va suposar el 22,1 % del total de les vendes de l'Estat espanyol.

En l'àmbit de la salut alimentària es porten a terme actuacions de control oficial sobre els establiments alimentaris i els seus sistemes d'autocontrol o sobre el sacrifici d'animals destinats al consum humà. En aquest sentit, hi ha un sistema de vigilància sanitària dels aliments a Catalunya (SIVAC) i un pla d'investigació de residus en aliments d'origen animal (PIRACC).

També es fan actuacions de control sanitari oficial en salut ambiental sobre l'aigua de consum humà i els sistemes de subministrament, la legionel·losi, les plagues i l'ús de plaguicides i les condicions sanitàries d'assentaments humans (càmpings, allotjaments infantils i juvenils).

Aquestes actuacions de l'àmbit de la protecció de la salut es complementen amb una gestió d'alertes i brots d'origen ambiental i alimentari i amb el manteniment d'una estructura analítica al servei de les intervencions de salut (xarxa de laboratoris).

## El sector agroalimentari i la protecció de la salut

La signatura d'acords bilaterals entre l'Estat i determinats països ha afavorit les exportacions de productes agropecuaris i pesquers. Entre el 1995 i el 2008, les exportacions d'aquests productes han crescut el 10,3 % de mitjana anual a Catalunya, enfront del 9,5 % del conjunt de béns.

Les autoritats de salut han d'aplicar els controls oficials pertinents sobre les mercaderies importades i exportades a fi que els productes que es comercialitzen a Catalunya compleixin els mateixos requisits de seguretat alimentària que els produïts al país mateix. D'altra banda, els aliments produïts al Principat han de ser sotmesos a un control oficial, en compliment de la reglamentació comunitària, amb independència de si seran comercialitzats en l'àmbit més proper o si es destinaran a l'exportació.

De la mateixa manera, la globalització ha suposat que a Catalunya es pugui trobar una àmplia varietat de productes alimentaris procedents de mercats d'arreu del món. Entre el 1995 i el 2008, les importacions de productes agropecuaris i pesquers han augmentat el 9,6 % de mitjana anual a Catalunya, un creixement lleugerament superior al de les importacions totals de béns (9,5 % de mitjana anual).

Les exportacions de carns i productes carnis suposen poc més del 50 % del total de les exportacions de productes alimentaris a l'Estat espanyol i entre el 25 % i el 30 % de la producció dels establiments catalans que exporten. Cal destacar que els establiments que exporten han d'estar autoritzats específicament. L'any 2008, el cens d'establiments autoritzats per exportar tenia 270 unitats (quadre 17). A més, els certificats sanitaris emesos per l'Agència de Protecció de la Salut que asseguren que les mercaderies s'ajusten a les disposicions aplicables van arribar a 10.642 l'any 2008.

**Quadre 17. Establiments catalans autoritzats a exportar a països tercers. Any 2008**

Països	Nombre
Brasil	34
Corea del Sud	41
Japó	66
Mèxic	9
Argentina	21
Rússia	69
Xina	2
Sudàfrica	22
Panamà	6
<b>Total</b>	<b>270</b>

Font: Agència de Protecció de la Salut

En síntesi, la globalització té com a avantatge un augment de l'oferta d'aliments posats a disposició del consumidor final, però també comporta la introducció de nous perills que s'han de controlar, atesa la multitud de procedències dels aliments i la breu vida útil que tenen aquests béns per a la comercialització. Actualment, l'organització dels controls oficials que garanteixen la innocuïtat dels aliments té en compte aquests requisits, sorgits de la globalització del mercat dels aliments.

### 3.3.2. La salut laboral i la promoció d'estils de vida saludable a l'empresa

La salut laboral figura com una àrea específica a la Llei de salut pública, que la defineix com el conjunt d'actuacions, prestacions i serveis de salut o sanitaris destinats a vigilar, promoure i protegir la salut individual i col·lectiva dels treballadors.

Es reconeix així el treball com una activitat objecte d'atenció especial per part de la salut pública, atès el cercle virtuós que es genera amb la introducció de la seguretat i la salut al treball. Les societats més sanes són més productives i gaudeixen de nivells més elevats de riquesa i benestar global. Per tant, cal fer del treball un espai segur per protegir els treballadors dels riscos d'accidents i lesions i prevenir malalties professionals i altres relacionades amb el treball.

En aquest sentit, la implantació d'un pla per a la promoció de la salut fomenta les empreses saludables mitjançant una millora d'hàbits com ara l'alimentació i l'activitat física. La promoció dels estils de vida saludables ofereix a les empreses oportunitats de diferenciació i afavoreix millores tant en la gestió interna com en la projecció de l'empresa al mercat i la seva imatge davant de la competència. Aquests objectius es preveuen en l'Estratègia catalana de seguretat i salut laboral 2009-2012, que estableix les línies d'acció transversals als diversos departaments i organismes de la Generalitat amb competències en aquesta matèria.

La prevenció ocupa un lloc prioritari en el desenvolupament de la salut laboral. En aquest àmbit, les unitats de salut laboral del Departament de Salut articulen la coordinació entre el Sistema Nacional de Salut, el de prevenció de riscos laborals i els sistemes de previsió de la Seguretat Social. Les actuacions en aquest àmbit es dirigeixen a fer més eficaç la medicina del treball que desenvolupen els serveis de prevenció, i, amb aquest objectiu, es desenvolupen tres línies d'actuació. En primer lloc, es procura que els serveis de prevenció es dirigeixin als riscos laborals que hi ha a les empreses. En segon lloc, que vigilin els problemes de salut relacionats amb la feina i que ampliïn la visió que proporcionen les contingències professionals. I, finalment, que donin suport a la xarxa assistencial del sistema de salut, tant d'atenció primària com especialitzada.

L'objectiu final és la identificació adequada de les contingències professionals, que han de permetre millorar l'eficiència del sistema de salut. Així, més enllà de buscar la ubicació eficient dels recursos assistencials per atendre cada tipus de contingència, la salut laboral ha d'identificar els riscos i fomentar les activitats preventives per a la salut als llocs de treball.

### **3.4. Les infraestructures i els equipaments públics de salut**

La inversió en infraestructures de salut és clau per modernitzar els equipaments existents i incrementar la capacitat de resolució de problemes i la qualitat assistencial. Aquesta necessitat es palesa encara més en un entorn de creixement demogràfic i d'augment del nombre de persones amb algun tipus de dependència.

L'estoc de capital públic o la dotació d'infraestructures públiques d'un país es pot classificar, des del punt de vista funcional, en vuit categories principals:<sup>35</sup> carreteres, infraestructures hidràuliques, estructures urbanes, ports, aeroports, ferrocarrils, educació i sanitat.

L'estoc de capital net en sanitat reflecteix el valor dels actius productius del sector de la salut disponibles en un territori, una vegada descomptada la depreciació, és a dir, corregits per la reducció en el seu valor originada per l'ús, l'obsolescència o l'envelliment.

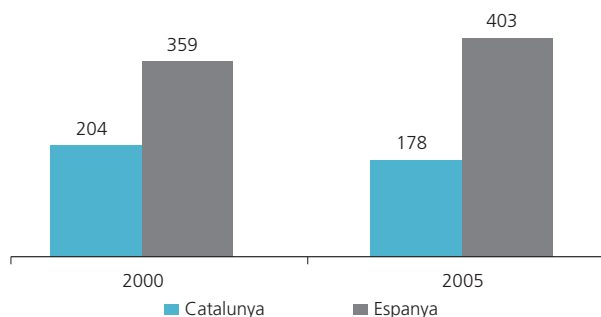
L'any 2000, l'estoc de capital públic de sanitat a Catalunya era de 204,4 euros per habitant, el 43 % menys que al conjunt de l'Estat. L'any 2005 (última dada disponible), la dotació havia disminuït en termes reals: 178,1 euros per habitant, enfront dels 402,7 del conjunt d'Espanya, cosa que representava un 55,8 % menys (gràfic 42). Aquestes dades s'han d'analitzar amb cautela, ja que es refereixen exclusivament a l'estoc de capital públic. Aquestes dades reflecteixen el fet que el model català contempla la provisió sanitària pública aprofitant infraestructures sanitàries privades.

Cal destacar que, entre el 2005 i el 2009, l'esforç inversor de la Generalitat per mitjà del Pla d'inversions en equipaments de salut ha estat considerable. En aquest sentit, la inversió en infraestructures sanitàries per habitant ha augmentat el 76 % en aquest període, i ha passat de 21 euros per habitant a 37.

<sup>35</sup> Fundació BBVA i IVIE (2005). El stock de capital en España y su distribución territorial 1964-2002.

#### Gràfic 42. Estoc de capital públic en infraestructures de salut. Anys 2000 i 2005

(Euros constants, any 2000, per habitant)



Font: Fundació BBVA i IVE

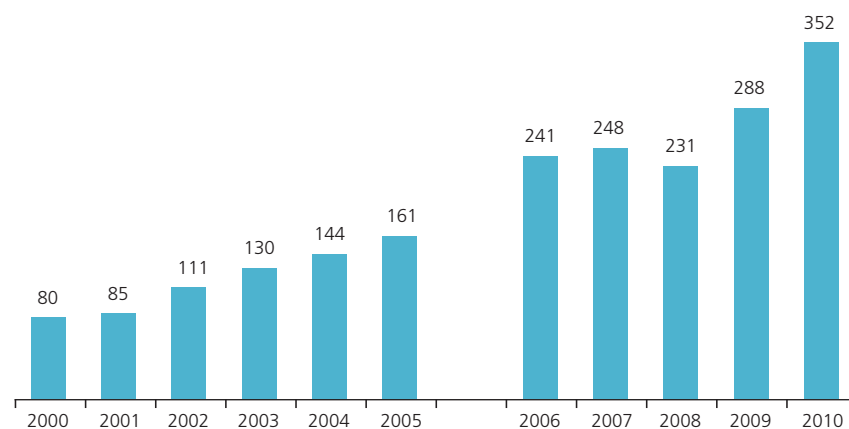
Cal analitzar el pressupost de capital de la Generalitat de Catalunya<sup>36</sup> per al finançament d'inversions en salut distingint dos períodes diferenciats, ja que el 2006 es van implantar les normes SEC-95 i va canviar l'àmbit institucional de referència: es van incorporar a l'Administració pública de la Generalitat una sèrie d'entitats que fins aleshores no estaven incloses en aquest àmbit.

Entre el 2000 i el 2005, és a dir, en el període previ a l'aplicació de les normes del Sistema Europeu de Comptes, la inversió pressupostada en salut va créixer el 85 % en termes nominals, per sota del 126 % registrat pel conjunt d'inversió del sector públic de la Generalitat.

En canvi, entre el 2006 i el 2010, la inversió pressupostada del Departament de Salut, el CatSalut i l'ICS va créixer el 45 % en termes nominals, sis vegades més que la inversió total. Aquesta evolució favorable és el resultat de l'entrada en funcionament del Pla d'equipaments sanitaris, que preveu una inversió de 5.300 milions d'euros per al període 2004-2015. Com a resultat d'aquesta evolució, la salut ha guanyat pes com a destinació del finançament d'inversions: l'any 2006 representava el 3,9 %, i el 2010 el 5,2 % (gràfic 44).

#### Gràfic 43. Operacions de capital per a inversions del Departament de Salut, el CatSalut i l'ICS\*

(MEUR nominals)

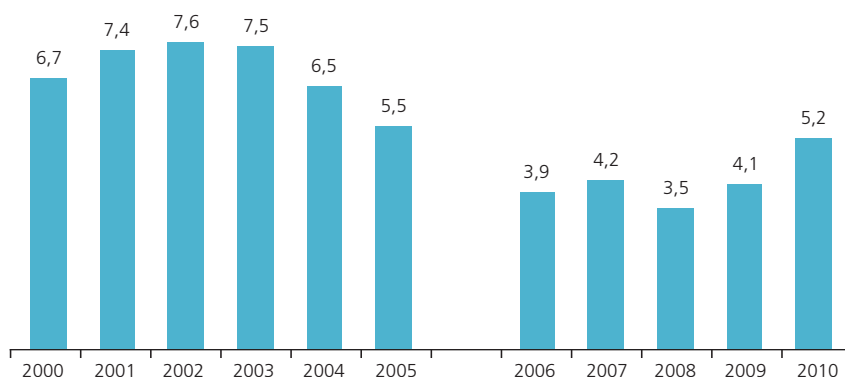


\* Inclou els capítols VI, VII i VIII dels pressupostos de la Generalitat. La sèrie no és homogènia, ja que el 2006 comença l'aplicació de les normes SEC-95, fet que suposa la incorporació d'entitats del sector públic al sector de l'Administració pública de la Generalitat

Font: Pressupostos de la Generalitat de diversos anys

<sup>36</sup> El pressupost de capital recull la inversió real i les transferències de capital (capítols 6 i 7 dels pressupostos de la Generalitat, respectivament).

**Gràfic 44. Pressupost de capital per a inversions del Departament de Salut, el CatSalut i l'ICS\***  
(Percentatge sobre el pressupost de capital del sector públic de la Generalitat)



\*Inclou els capítols VI i VII dels pressupostos de la Generalitat

Font: Pressupostos de la Generalitat de diversos anys

Val a dir que, tot i que el Departament de Salut és l'agent encarregat de planificar les inversions en infraestructures i equipaments sanitaris, l'execució d'aquestes inversions és duta a terme o gestionada pel Servei Català de la Salut mitjançant diferents modalitats de finançament.

De fet, coexisteixen diverses modalitats de finançament de les infraestructures sanitàries alternatives a la pressupostària.<sup>37</sup> Cadascuna d'aquestes fórmules té avantatges i inconvenients. Amb la inversió directa, els recursos estan limitats al capítol d'inversions del pressupost anual, però permet un seguiment directe de l'Administració.

En canvi, les fórmules concessionals i de col·laboració amb altres agents públics o privats més recents,<sup>38</sup> tot i ser més complexes de gestionar, permeten incrementar el ritme inversor del Departament de Salut, atès que asseguren un finançament a llarg termini, no vinculat directament al pressupost anual d'inversió, ja que el retorn de la inversió feta s'inicia a partir del moment en què l'equipament es posa a disposició del CatSalut.

<sup>37</sup> Inversió directa executada pel SCS mateix, executada per mitjà de l'empresa pública GISA, adquisició d'equipaments acabats a través de cens emfitèutic, inversió executada mitjançant consorcis i empreses públiques, convenis de subvenció a proveïdors sanitaris concertats, convenis amb ens locals i concessió administrativa.

<sup>38</sup> ICF equipaments i altres fórmules de col·laboració publico-privada.



# **Part IV**

## **Reptes del sector de la salut**





## 4. Reptes del sector de la salut

### 4.1. Internacionalització i capacitat d'atracció de capital

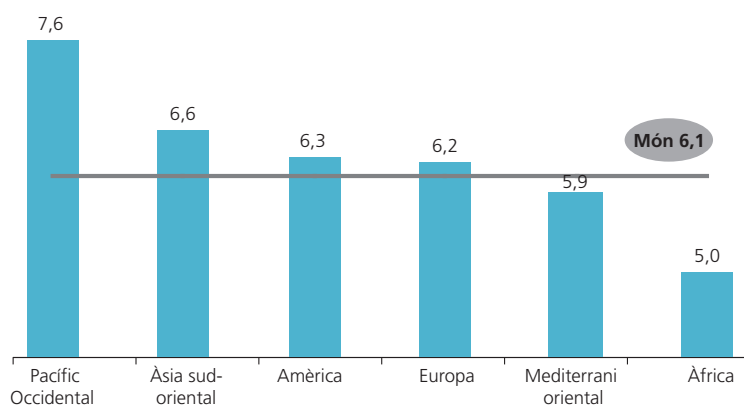
#### 4.1.1. Les oportunitats d'internacionalització

La importància del sector de la salut i el seu caràcter estratègic en l'economia catalana no es deriven tan sols de la seva dimensió i la seva capacitat d'arrossegament actuals, sinó també del fet que es tracta d'un sector amb un potencial de creixement significatiu. Els factors estructurals que han servit de motor del creixement de la demanda sanitària durant els darrers anys continuaran actuant a curt i mitjà termini, fins i tot amb més força. L'augment de l'esperança de vida i l'envelliment de la població<sup>39</sup> exerciran una pressió creixent sobre la despesa sanitària. També tindran, però, una actuació rellevant les dinàmiques socials que exigeixen una millora contínua dels nivells de benestar dels ciutadans, i que es tradueixen en un rang més ampli de les prestacions i els serveis sanitaris disponibles i en una sofisticació creixent dels procediments de diagnosi i dels tractaments i les teràpies. Cal tenir en compte que la salut és un indicador de referència del grau de desenvolupament de la societat i del grau de cohesió social i, per tant, l'accés equitatiu a l'assistència sanitària de qualitat serà clau en la valoració que fan els ciutadans de l'actuació dels governs.

Les perspectives de creixement del sector sanitari i els factors de fons que expliquen l'expansió de la demanda d'aquest tipus de serveis no són un fenomen exclusiu de Catalunya, sinó que, en més o menys mesura, es donen en totes les economies del nostre entorn. Des d'una perspectiva global, les dades de l'Organització Mundial de la Salut (OMS)<sup>40</sup> demostren que la despesa sanitària mundial està creixent per sobre de l'avenç del PIB i de la població i que, els darrers anys, aquest avenç s'ha accelerat. El ritme de creixement de la despesa sanitària per habitant està a l'actualitat per sobre del 5 % a tot el món (gràfic 45).

#### Gràfic 45. Despesa sanitària *per capita* per regions

(Taxes de creixement anual mitjà del període 2002-2006, en percentatge)



Font: Organització Mundial de la Salut

<sup>39</sup> Segons els escenaris mitjans de les projeccions de població de l'IDESCAT, a Catalunya la població de 65 anys i més representarà a l'entorn del 21-22 % el 2030. L'octubre del 2009 aquest percentatge és del 16,8 %.

<sup>40</sup> The World Health Report 2008, <http://www.who.int/whr/en/index.html>.

Com que és un sector en expansió mundial, la sanitat ofereix oportunitats interessants de posicionament internacional i de creixement cap a l'exterior a les empreses catalanes. El potencial del sector sanitari resulta especialment significatiu si s'enllaça amb la necessitat de l'economia catalana de reorientar-se cap a sectors amb potencial exportador elevat, fet que podria portar a la sanitat a ser un dels actors del procés de transició cap a un nou model de creixement.

Cal esmentar que, de la mateixa manera que a la resta de sectors econòmics, l'evolució recent del sector sanitari ha estat simultània a l'aprofundiment del fenomen de la globalització i a la interrelació creixent entre països i regions. El procés d'internacionalització del sector sanitari presenta característiques especials, com a resultat de l'elevada presència del sector públic, que implica considerar dins de les estratègies d'internacionalització canals diferents dels mecanismes de mercat tradicionals. Així, més enllà de la iniciativa privada necessària, l'estratègia de creixement exterior del sector sanitari també requerirà actuacions institucionals per impulsar la participació de Catalunya en les contractacions públiques de projectes internacionals. També cal destacar les possibilitats que ofereix la col·laboració entre el sector públic i el sector privat com a mecanisme d'impuls de la internacionalització, i que, en l'àmbit de la salut, es concreta principalment en projectes d'inversió en infraestructures sanitàries.

#### **4.1.2. L'estratègia d'internacionalització**

La internacionalització del sector sanitari a Catalunya gira a l'entorn de tres grans eixos:

- a) L'atracció de pacients a Catalunya
- b) La contractació pública internacional i la venda de béns i serveis al sector públic
- c) La inversió estrangera directa (IED)

##### **a) L'atracció de pacients a Catalunya**

El «turisme mèdic», o la pràctica de viatjar a un altre país per rebre tractament mèdic, és un fenomen en expansió en l'àmbit mundial i és un dels eixos de creixement internacional del sector sanitari català. Estimacions recents<sup>41</sup> xifren el volum actual del mercat mundial de turisme mèdic a l'entorn dels 60.000 milions de dòlars. Les previsions consideren que el volum d'aquest mercat podria arribar als 100.000 milions de dòlars el 2010, xifra equivalent al 10 % dels ingressos per turisme internacional en aquest període.<sup>42</sup>

Una particularitat rellevant d'aquest tipus de turisme és que els principals països emissors són economies avançades. Els països d'origen dels turistes mèdics més importants són els Estats Units i el Regne Unit, seguits de Canadà, Austràlia, el Japó i l'Europa continental. Tan sols als Estats Units 750.000 ciutadans han viatjat el 2007 per motius mèdics, i les perspectives per als propers anys són d'un creixement exponencial, fins als 7,5 milions el 2011 i fins als 15,7 milions el 2017. És a dir, mentre que el 2007 el 0,2 % de la població dels Estats Units viatjava per motius mèdics, el 2011 el percentatge augmentaria fins al 2,4 %, i el 2017 fins al 4,7 %.<sup>43</sup> En el cas de la Unió Europea (UE-27), en una enquesta<sup>44</sup> duta a terme el 2007, un 4 % de ciutadans declarava haver rebut tractament mèdic en un altre país de la UE, mentre que un 53 % es mostrava disposat a viatjar a un altre país de la Unió per aquest motiu (gràfic 46).

<sup>41</sup> Medical Tourism, Consumers in Search of Value. Deloitte Center for Health Solutions, 2008

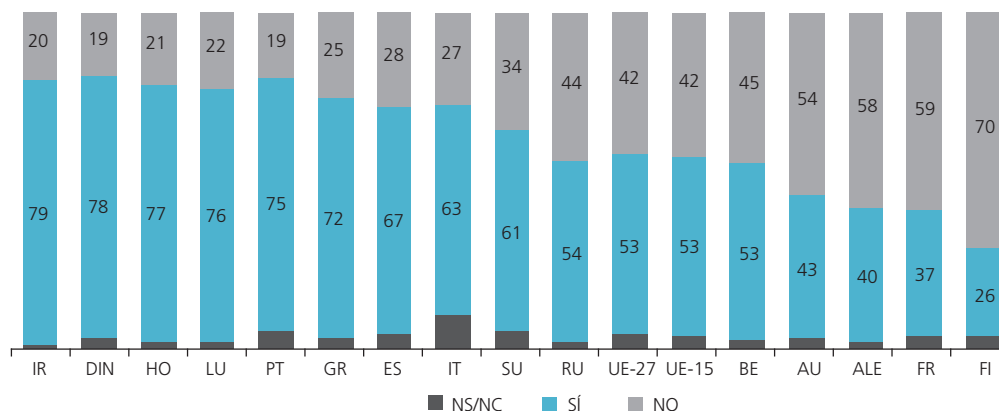
<sup>42</sup> Segons les previsions de l'Organització Mundial de Turisme a Tourism 2020 Vision, <http://www.unwto.org/facts/eng/vision.htm>.

<sup>43</sup> Càlcul a partir de les estimacions de població de l'Oficina del Cens (Census Bureau) dels EUA, <http://www.census.gov/>

<sup>44</sup> Cross Border health services in the EU, Flash Eurobarometer, Comissió Europea, juny del 2007

### Gràfic 46. Disponibilitat per viatjar dins de la UE per motius mèdics<sup>1</sup>

(Percentatge de respostes)



<sup>1</sup> Percentatge de respostes per país a la pregunta: "Estaria vostè disposat a viatjar a un altre país de la UE per rebre tractament mèdic?"

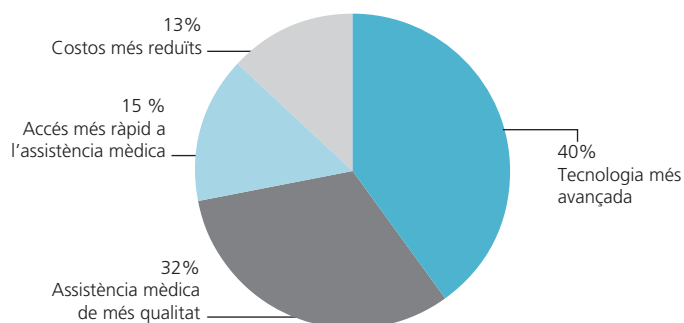
Font: Comissió Europea, *Cross Border health services in the EU*, Flash Eurobarometer

Malgrat que es tracta d'un mercat encara jove, actualment al voltant de cinquanta països al món identifiquen el turisme mèdic com una indústria nacional.<sup>45</sup> Les economies emergents han estat molt actives en la potenciació del turisme mèdic com a via de creixement del sector sanitari, i actualment ocupen les primeres posicions en el rànquing de receptors de pacients estrangers. Tailàndia, amb 1,2 milions de pacients, l'Índia, amb 450.000, Singapur, amb 410.000, i Malàisia, amb 300.000,<sup>46</sup> destaquen pel seu fort creixement com a destinacions mundials de turistes mèdics.

La clau de l'èxit del turisme mèdic es troba en el fet que permet als pacients accedir a una oferta sanitària més àmplia i/o amb condicions més favorables que al seu país. Els pacients viatgen per gaudir de serveis sanitaris més assequibles, evitar les llistes d'espera del sistema sanitari nacional, beneficiar-se de tractaments o tecnologies que no existeixen al seu lloc de residència, o aconseguir consultes amb especialistes o centres de prestigi reconegut. Diversos estudis destaquen que els factors de tipus qualitatiu són els que més influeixen en la decisió de viatjar dels pacients. Així, una enquesta a turistes mèdics realitzada per McKinsey el maig del 2008<sup>47</sup> revela que el 40 % dels pacients busquen tecnologies més avançades i el 32 % assistència i tractaments de més qualitat (gràfic 47).

### Gràfic 47. Motivacions dels turistes mèdics

(Percentatge de respostes)



Font: McKinsey&Company, *Mapping the market for medical travel*

<sup>45</sup> L'octubre del 2009 es va celebrar la segona edició del World Medical Tourism & Global Health Congress, amb la participació de més de 50 països (<http://www.medicaltourismcongress.com>)

<sup>46</sup> Dades del 2007 per a l'Índia i del 2006 per a la resta de països

<sup>47</sup> Mapping the market for medical travel, The McKinsey Quarterly, maig del 2008

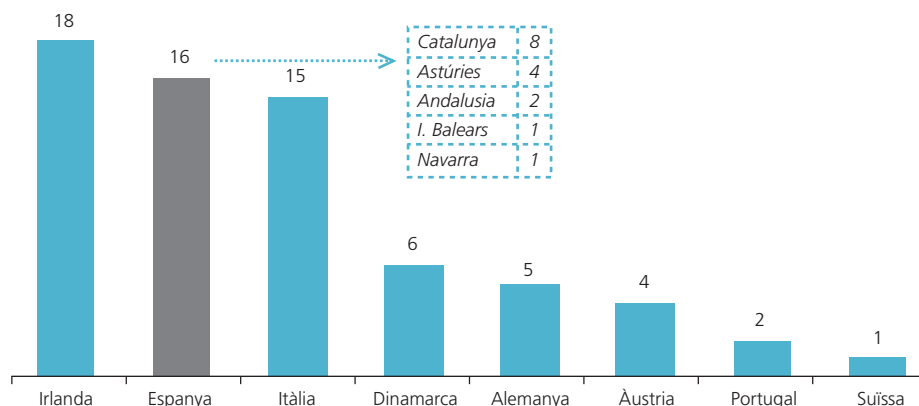
La competència internacional de l'assistència sanitària s'ha desenvolupat especialment en els serveis més complexos i de cost més elevat, perquè són els que donen més oportunitats per a l'especialització i més marge per establir una competència pel que fa al preu. Tanmateix, encara que el preu és un factor que influeix a l'hora d'atraure pacients, cal subratllar que la reputació és el factor més determinant en la decisió final de viatjar a un altre país per motius mèdics. Per això, els països que aspirin a ocupar una posició de lideratge en el mercat mundial de turisme mèdic han de ser capaços d'oferir serveis sanitaris especialitzats i d'alta qualitat a preus més reduïts que els seus competidors. Els factors legals també poden contribuir a l'atracció de pacients estrangers, en el cas de països amb legislacions més laxes que ofereixin intervencions o tractaments restringits en altres parts del món.

Malgrat l'evolució favorable i les bones perspectives del turisme mèdic, el sector sanitari també ha de superar una sèrie de factors limitadors de l'expansió del turisme mèdic, com són la preocupació dels pacients per la qualitat del servei, les barreres culturals i idiomàtiques i, en alguns casos, els costos. Els esforços de la indústria mèdica mundial per superar aquestes barreres s'han orientat especialment a l'adopció de mesures destinades a donar confiança i seguretat als pacients que viatgen a un altre país, fet que ha afavorit el desenvolupament de diversos sistemes d'acreditació de la qualitat per a organitzacions sanitàries. Tot i que no és l'única, l'acreditació que atorga la Joint Commission International (JCI) és una de les referències mundials principals en l'àmbit de l'avaluació de les organitzacions per a l'atenció de la salut.

La JCI utilitza un sistema de mesurament de la qualitat que permet fer comparacions internacionals i que funciona com a índex de referència mundial de la qualitat de l'atenció sanitària. Actualment (novembre del 2009), gairebé 270 organitzacions de 38 països han obtingut l'acreditació de la JCI. A Europa, els països amb més centres sanitaris acreditats per la JCI són Irlanda i Espanya, on han obtingut aquesta certificació 18 i 16 institucions mèdiques, respectivament. La meitat dels centres certificats a Espanya (és a dir, 8) són a Catalunya, que és la comunitat que encapçala aquest rànquing, seguida per Astúries (4), Andalusia (2), Navarra (1) i les Illes Balears (1) (gràfic 48).

#### Gràfic 48. Organitzacions sanitàries amb acreditacions de la JCI a Europa<sup>1</sup>

(Nombre d'acreditacions per país)



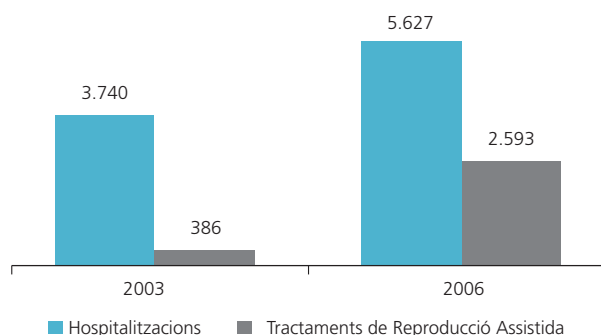
<sup>1</sup> Dades de novembre del 2009

Font: Joint Commission International

Catalunya presenta un gran potencial per convertir-se en una destinació del turisme mèdic líder a Europa, ateses les importants sinergies generades pel seu atractiu turístic i una extensa oferta mèdica d'alta qualitat i condicions molt competitives. Cal tenir en compte que els preus de la medicina privada a Catalunya són fins a un 30 % inferiors als de la mitjana europea i que estan fins a un 46 % per sota de les tarifes dels Estats Units. Durant els darrers anys, el nombre de pacients

#### Gràfic 49. Residents a l'estranger atesos en el sistema sanitari català<sup>1</sup>

(Nombre de persones)



<sup>1</sup> Les hospitalitzacions inclouen hospitalitzacions convencionals, cirurgia major ambulatoria (CMA) i mentals

Font: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

estrangers atesos en el sistema sanitari català ha mantingut una evolució alcista que justifica l'aposta pel turisme mèdic com a via de creixement quantitatiu i qualitatiu del sector sanitari a Catalunya.

En aquest context, Barcelona està destinada a ser la capital del turisme mèdic a Catalunya. Les característiques de Barcelona la situen en una posició immillorable per competir en el mercat internacional del turisme mèdic. Al seu lideratge turístic com a destí urbà s'afegeix l'oferta mèdica privada urbana més important del sud d'Europa (35 centres mèdics) i una activitat destacada de congressos mèdics i científics. En concret l'any 2008 el sector mèdic sanitari va ocupar la primera posició en celebració de congressos a Barcelona (el 35,1 % del total) i, pel que fa a les convencions empresarials, destaca el lideratge del sector farmacèutic (el 19,6 % del total).

L'atracció de pacients estrangers a Catalunya està liderada per Barcelona Centre Mèdic (BCM), un consorci que agrupa 22 institucions sanitàries privades amb l'objectiu d'impulsar la imatge de Barcelona com a referent mèdic internacional. BCM facilita l'accés de pacients estrangers a assistència sanitària en centres de prestigi reconegut, per mitjà d'una gestió integral que inclou des de la consulta i l'ingrés a la clínica fins a l'obtenció de reserves d'hotel en condicions favorables. Actualment, el 13 % dels pacients dels centres integrats a BCM són estrangers, i les perspectives són creixents. Segons les estimacions del consorci mateix, l'any 2008 els hospitals i els centres mèdics de Barcelona van atendre gairebé 10.000 pacients estrangers, i les previsions per al 2009 són d'un creixement d'entre el 5 % i el 10 % del nombre de turistes mèdics a la ciutat.

#### b) La contractació pública internacional i la venda de béns i serveis al sector públic

La contractació de productes i serveis per part dels organismes públics representa una part molt important de la demanda d'un país, amb un volum que està al voltant del 15-20 % del PIB en la majoria dels països. A més a més, el pes de la contractació pública sobre el PIB presenta una tendència creixent, cosa que reflecteix el paper cada vegada més important de les infraestructures públiques en les polítiques d'estímul econòmic i de desenvolupament. Atesa la seva importància, la contractació pública pot representar una oportunitat interessant des del punt de vista del comerç exterior. Segons estimacions de l'OCDE, un volum al voltant del 5-7 % del PIB de la contractació pública dels països és susceptible d'obrir-se al comerç internacional.

Tanmateix, tradicionalment, la contractació pública bilateral s'ha vist restringida per pràctiques nacionals que protegien els productes o els proveïdors nacionals. De fet, fins ara, la contractació pública ha quedat al marge dels acords de comerç multilateral principals. En tot cas, hi ha hagut avanços significatius els darrers anys gràcies a un nombre creixent de països compromesos amb l'obertura de l'accés dels mercats als sectors claus de la contractació pública. Actualment, hi

ha un acord sobre contractació pública de l'Organització Mundial del Comerç (OMC), de caràcter plurilateral,<sup>48</sup> que inclou prop de quaranta països membres de l'OMC<sup>49</sup> i abasta una proporció significativa del mercat mundial de contractació pública. Dins de la Unió Europea, la legislació comunitària ha treballat per l'obertura de la contractació pública, per mitjà de la creació de nous instruments que han reforçat la transparència i l'equitat dels processos d'adjudicació de contractes. Aquest és el cas de la base de dades TED (*Tenders Electronic Daily*, diari electrònic de licitacions) i el Sistema d'Informació sobre Contractes Públics Europeus (SIMAP).

Malgrat aquests avanços, els obstacles nacionals per obrir els contractes públics als proveïdors estrangers expliquen que actualment el volum més significatiu de la contractació pública internacional estigui associat a l'ajut oficial al desenvolupament (AOD). En aquest àmbit, a més del finançament bilateral, destaca l'activitat d'organismes multilaterals com el Banc Mundial, els bancs regionals de desenvolupament i la Comissió Europea.

La salut i el sector sanitari ocupen un lloc molt destacat dins dels recursos financers que els països i els organismes multilaterals destinen a l'AOD. La salut és l'objectiu prioritari del finançament d'infraestructures en salut i població (que inclou la salut reproductiva), i figura com a objectiu transversal del finançament d'altres infraestructures socials, com les d'aigua potable i sanejament.

Els recursos mundials destinats a la salut<sup>50</sup> han mostrat els darrers anys un dinamisme més elevat que el finançament total de l'AOD, amb un ritme de creixement anual del 16,7 % enfront de l'avanç de l'11,1 % de l'AOD total en el període 1997-2007. Com a resultat d'això, la salut ha anat guanyant terreny dins dels fluxos mundials de finançament de l'AOD, amb un pes en el total que ha augmentat del 7,5 % del 1997 al 12,2 % del 2007. Val a dir que el finançament bilateral, que actualment representa el 70,9 % dels recursos mundials de l'AOD destinats a la salut, ha estat el segment més dinàmic en aquests anys, amb un ritme de creixement anual que ha assolit el 17,1 % enfront del 15,6 % del finançament multilateral (quadre 18).

**Quadre 18. Finançament de l'ajut oficial al desenvolupament**

	1997					
	Volum en milions de dòlars			En percentatge del total		
	Total	Bilateral	Multilateral	Total	Bilateral	Multilateral
Finançament total AOD	43.900	31.461	12.439	100,0	100,0	100,0
Infraestructura social i administrativa	13.633	9.411	4.222	31,1	29,9	33,9
<b>Salut i Població</b>	<b>3.285</b>	<b>2.235</b>	<b>1.050</b>	<b>7,5</b>	<b>7,1</b>	<b>8,4</b>
	2007					
	Volum en milions de dòlars			En percentatge del total		
	Total	Bilateral	Multilateral	Total	Bilateral	Multilateral
Finançament total AOD	125.286	89.945	35.341	100,0	100,0	100,0
Infraestructura social i administrativa	53.378	38.136	15.242	42,6	42,4	43,1
<b>Salut i Població</b>	<b>15.341</b>	<b>10.879</b>	<b>4.463</b>	<b>12,2</b>	<b>12,1</b>	<b>12,6</b>
	1997-2007					
	Variació anual en %			Variació en punts percentuals		
	Total	Bilateral	Multilateral	Total	Bilateral	Multilateral
Finançament total AOD	11,1	11,1	11,0	–	–	–
Infraestructura social i administrativa	14,6	15,0	13,7	11,6	12,5	9,2
<b>Salut i Població</b>	<b>16,7</b>	<b>17,1</b>	<b>15,6</b>	<b>4,8</b>	<b>5,0</b>	<b>4,2</b>

Font: OCDE

<sup>48</sup> Tan sols s'aplica als països que han acordat quedar vinculats

<sup>49</sup> Canadà, UE-27, Corea, EUA, Hong Kong, Xina, Islàndia, Israel, Japó, Liechtenstein, Noruega, Singapur i Suïssa

<sup>50</sup> Recursos amb la salut com a objectiu prioritari. Inclou els capítols de salut i població i salut reproductiva

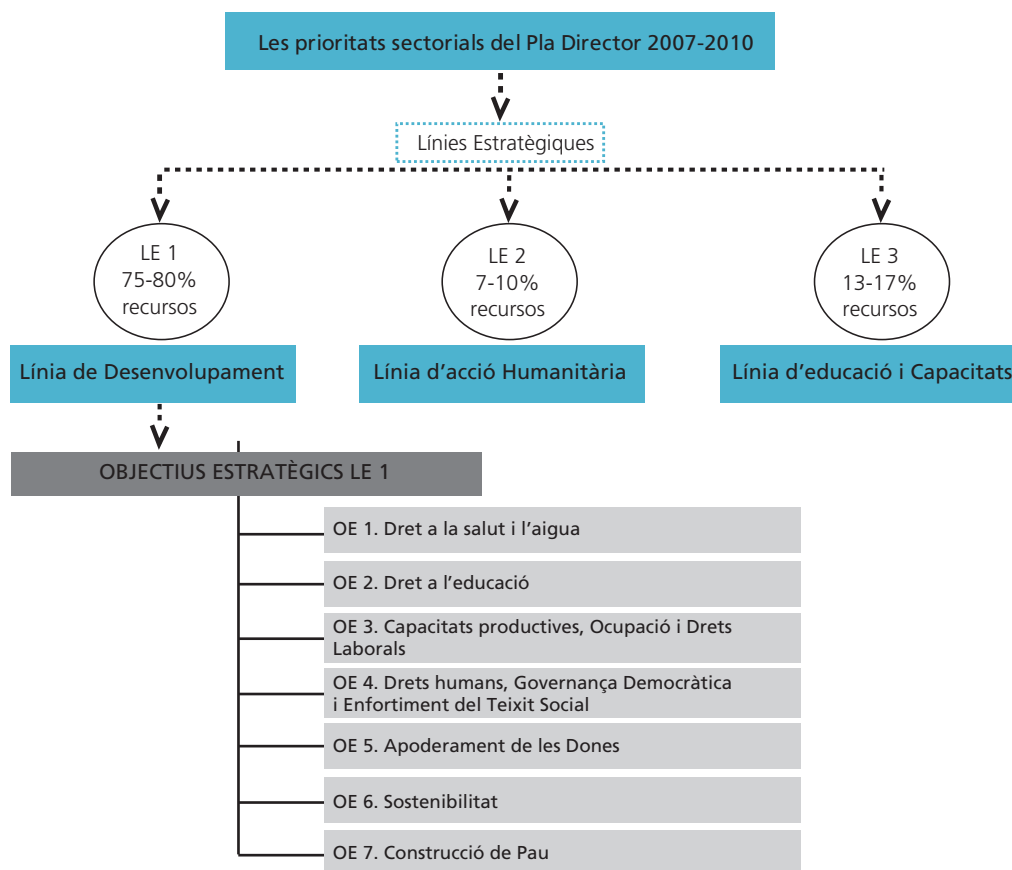
La importància creixent del finançament bilateral posa de manifest que, cada vegada més, l'adjudicació de projectes internacionals en l'àmbit de la salut és duta a terme directament pels estats i les regions. El foment del finançament bilateral a l'AOD és una de les vies principals per promoure la participació del sector de la salut en la contractació pública internacional, perquè, en general, aquest tipus de finançament està restringit a l'adjudicació de contractes a les empreses del país donant i/o receptor de les donacions.

L'auge dels projectes internacionals de desenvolupament en l'àmbit de la salut ofereix oportunitats interessants d'internacionalització al sector sanitari català. Catalunya té un gran potencial per contribuir a la millora dels sistemes sanitaris dels països receptors de l'AOD, gràcies al seu sistema sanitari singular i a l'experiència demostrada en certs sectors, i molt en particular el de gestió dels serveis de salut i desenvolupament de l'atenció primària, formació, i recerca i desenvolupament (R+D) aplicada.

Cal destacar l'actuació de les consultores catalanes, que tradicionalment han desenvolupat una gran part de la seva activitat en l'àmbit internacional. Per proximitat lingüística i cultural, la major part de les seves activitats s'ha desenvolupat a l'Amèrica Llatina. Els projectes en què han participat les consultores catalanes han estat finançats majoritàriament per la banca multilateral i la Unió Europea, encara que també han estat adjudicatariis d'altres tipus de finançament, com pot ser directament contractats per ministeris o institucions de seguretat social, institucions privades, ONG i altres.

L'organització del sistema sanitari, amb la separació de les funcions de compra i provisió, i la introducció de conceptes i eines empresarials en la gestió de serveis sanitaris han estat tradicionalment dos dels àmbits en què les consultores catalanes han desenvolupat gran part dels seus serveis.

**Gràfic 50. Prioritats sectorials del Pla director de cooperació al desenvolupament 2007-2010**



Font: Generalitat de Catalunya



L'estratègia de cooperació catalana està definida actualment al Pla director de cooperació al desenvolupament 2007-2010, que fixa com un dels objectius principals de l'estratègia catalana de cooperació el dret a la salut i l'aigua.<sup>51</sup> Els plans anuals de cooperació, dissenyats a partir del Pla director, han destinat a l'objectiu del dret a la salut i l'aigua entre el 17 % i el 20 % del pressupost assignat a la línia de desenvolupament,<sup>52</sup> xifra molt per sobre del mínim del 7 % definit pel Pla director (gràfic 50).

El compromís amb el sector sanitari de l'estratègia de cooperació de Catalunya és clau en un àmbit en què el suport institucional per part dels poders públics i la possibilitat de desenvolupar acords i convenis en el marc de la cooperació internacional són elements decisius per a la internacionalització del sector sanitari català.

### c) La inversió estrangera directa (IED)

Al sector de serveis, la inversió estrangera directa (IED) és una de les principals estratègies d'internacionalització, perquè molts serveis no poden ser comercialitzats internacionalment i han de ser produïts al lloc on es consumeixen. En aquests casos, la principal manera de portar els serveis als mercats estrangers és entrar als mercats objectiu. El canvi en l'estructura de la IED mundial a favor dels serveis durant les darreres dècades reflecteix aquesta relació entre internacionalització i inversió estrangera al sector terciari. Els serveis representaven menys de la meitat de l'estoc acumulat de les entrades d'IED al món el 1990, mentre que el 2007 el seu pes havia augmentat fins al 64 %.

El sector de la salut<sup>53</sup> ha estat un actor de l'augment de la presència del sector terciari a la IED mundial, amb un creixement com a destí de l'estoc de les entrades d'inversió estrangera del 22 % anual en el període 1990-2007, superior a l'avanç del 15 % de la IED al conjunt del sector de serveis. Encara que la salut és un sector amb una participació reduïda en la IED mundial, la tendència és clarament creixent. En el període 1989-1991 els fluxos d'entrada d'IED al sector de la salut representaven el 0,1 % de les entrades totals al sector de serveis, mentre que en el període 2005-2007 el seu pes havia augmentat fins al 0,7 % (quadre 19).

**Quadre 19. Fluxos mundials d'inversió estrangera directa (IED)**

	Volum en milions de dòlars					
	1989-1991			2005-2007		
	ED	EVD	Total Món	ED	EVDT	Total Món
IED total	151.998	34.551	186.549	1.060.084	411.180	1.471.264
IED en serveis	83.477	10.634	94.111	636.238	231.111	867.349
<b>IED en salut i serveis socials</b>	<b>67</b>	<b>23</b>	<b>89</b>	<b>6.193</b>	<b>288</b>	<b>6.481</b>
<b>% IED en serveis</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>1,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,7</b>

	Distribució entre ED i EVD <sup>1</sup> en percentatge					
	1989-1991			2005-2007		
	ED	EVD	Total Món	ED	EVDT	Total Món
IED total	81,5	18,5	100,0	72,1	27,9	100,0
IED en serveis	88,7	11,3	100,0	73,4	26,6	100,0
<b>IED en salut i serveis socials</b>	<b>75,3</b>	<b>25,8</b>	<b>100,0</b>	<b>95,6</b>	<b>4,4</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> ED: economies desenvolupades; EVD: economies en vies de desenvolupament; EVDT: economies en vies de desenvolupament i en transició

Font: UNCTAD

<sup>51</sup> Millorar la cobertura, la qualitat i l'ús dels sistemes de salut públics o amb vocació de servei públic, especialment en atenció primària, afavorint l'accés dels sectors de la població amb menys oportunitats

<sup>52</sup> El Pla director de cooperació al desenvolupament 2007-2010 defineix tres línies estratègiques: línia de desenvolupament, línia d'acció humanitària i línia d'educació i capacitats

<sup>53</sup> Inclou salut i serveis socials

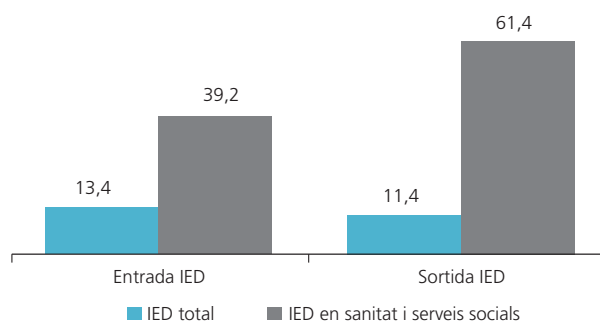
Una particularitat de la inversió estrangera en el sector de la salut és que el creixement de la IED ha tingut com a destinació prioritària els països desenvolupats, al contrari del que ha passat amb la IED total. En el període 2005-2007, els països en vies de desenvolupament rebien el 28 % del volum mundial d'IED, però tan sols el 4 % de les inversions estrangeres anaven al sector de la salut. Això és resultat del fet que la major part de les inversions en el sector de la salut als països en vies de desenvolupament s'instrumenta per mitjà de l'AOD. L'atracció d'inversió estrangera del sector de la salut dels països desenvolupats ha estat impulsada per la tendència a l'alça de la participació de la despesa sanitària privada sobre el total en aquestes economies. Un altre factor d'atracció de capital estranger és el fet que les perspectives de creixement del sector sanitari als països desenvolupats estan molt lligades a factors qualitius i a l'esforç inversor en modernització i innovació.

El sector sanitari català ha demostrat una capacitat d'atracció de capital estranger superior a la mitjana de l'economia catalana. El sector de la salut<sup>54</sup> a Catalunya va ser receptor de l'1 % del volum mundial d'IED en el sector durant el període 2005-2007, mentre que la participació de Catalunya en el total d'inversió estrangera mundial va ser del 0,3 % en el mateix període.

De la mateixa manera, el sector sanitari català destaca com a receptor d'IED dins del conjunt d'Espanya. En el període 2000-2008, Catalunya va atraure el 13,4 % del conjunt de la inversió estrangera<sup>55</sup> a Espanya. Els mateixos anys, la participació de Catalunya en el volum d'IED en el sector sanitari del conjunt d'Espanya és del 39 %, fet que evidencia la capacitat de la sanitat catalana de captar capital estranger (gràfic 51).

**Gràfic 51. Aportació de Catalunya als fluxos d'entrada i sortida d'IED a Espanya. Acumulat 2000-2008**

(Percentatge)



Font: MITYC

Per subsectors, el destinatari principal de les inversions estrangeres en el sector sanitari a Catalunya va ser el d'activitats de medicina general, receptor del 91 % de la inversió estrangera durant aquests anys. Com a resultat d'això, en el període 2000-2008, la inversió estrangera en el sector sanitari català va representar l'1,1 % dels fluxos totals d'IED, xifra molt superior al pes del 0,4 % assolit al conjunt d'Espanya (quadre 20).

<sup>54</sup> Inclou activitats sanitàries i serveis socials (CNAE-09, 86, 87 i 88)

<sup>55</sup> Inversió bruta sense considerar les entitats de tinença de valors estrangers (ETVE)

**Quadre 20. Fluxos d'inversió estrangera directa<sup>1</sup> (IED) a Espanya i Catalunya**  
(Milions d'euros)

	IED ESPANYA				IED CATALUNYA			
	Entrades		Sortides		Entrades		Sortides	
	Total	Sanitat <sup>2</sup>	Total	Sanitat <sup>2</sup>	Total	Sanitat <sup>2</sup>	Total	Sanitat <sup>2</sup>
2000	25.918	41	49.600	7	2.676	0,4	6.233	0,0
2001	15.492	65	26.996	3	3.317	0,3	2.248	2,8
2002	11.774	19	25.989	190	2.141	0,6	2.624	166,1
2003	9.721	21	19.676	8	1.305	1,2	4.637	5,8
2004	8.902	102	37.442	6	1.545	2,0	5.134	0,8
2005	13.760	23	30.073	89	2.263	2,0	2.836	50,3
2006	9.931	172	60.841	61	2.663	150,2	6.228	55,2
2007	29.437	30	94.946	61	2.568	20,8	7.094	0,0
2008	29.008	129	29.696	31	2.135	59,0	5.815	0,0
<b>2000-2008</b>	<b>153.943</b>	<b>603</b>	<b>375.260</b>	<b>458</b>	<b>20.614</b>	<b>236</b>	<b>42.850</b>	<b>281</b>
<b>% IED Total</b>		<b>0,4</b>		<b>0,1</b>		<b>1,1</b>		<b>0,7</b>

<sup>1</sup> Inversió bruta sense considerar les entitats de tinença de valors estrangers (ETVE)

<sup>2</sup> Activitats sanitàries i serveis socials (CNAE-09 86, 87 i 88)

Font: MITYC

D'altra banda, les empreses catalanes també han destacat per tenir més vocació inversora a l'exterior en l'àmbit de la salut. Així, pel que fa a la posició emissora d'IED, les inversions estrangeres des de Catalunya destinades al sector sanitari han representat el 61,4 % del total de la IED d'Espanya en el sector durant el període 2000-2008. En aquest període, la inversió estrangera en el sector sanitari va representar el 0,7 % dels fluxos totals d'IED originada a Catalunya, enfront del 0,1 % del conjunt d'Espanya.

La posició destacada del sector sanitari català com a emissor i receptor dels fluxos mundials d'inversió estrangera és el resultat d'una combinació de factors que reforcen la posició competitiva i la vocació d'internacionalització del sector sanitari català. Entre altres, destaquen la important base científica instal·lada a Catalunya, la presència de grups de recerca en hospitals i universitats amb prestigi internacional i una completa dotació d'infraestructures científiques i industrials.

## 4.2. La innovació

De la mateixa manera que succeeix en altres sectors productius, l'activitat innovadora en l'àmbit de la salut és essencial per garantir la competitivitat del sector. A continuació es desenvolupen dos dels motors de la innovació en el sector de la salut: la producció i la transferència de coneixement en l'àmbit de la biomedicina i les ciències de la salut i la incorporació de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) sanitàries.

### 4.2.1. La producció científica i la transferència del coneixement en biomedicina i ciències de la salut

Les ciències de la salut són un camp de la recerca que presenta una trajectòria perllongada i consolidada a Catalunya, com demostra la seva contribució decisiva a la producció científica catalana. El major pes de la recerca en l'àmbit biomèdic i de la salut és el tret més singular del patró investigador català en relació amb el conjunt d'Espanya, i és una característica present tant en l'àmbit de la recerca bàsica dels centres universitaris com en el de la recerca clínica dels hospitals.

**Quadre 21. Distribució de la producció científica de Catalunya segons grans àmbits temàtics<sup>1</sup>. Acumulat 1996-2006**

Àmbits	Docs. <sup>2</sup>	% Docs.	Cites <sup>3</sup>	% Cites	C/D <sup>4</sup>	% Int. <sup>5</sup>
<b>Biomedicina i Ciències de la Salut</b>	<b>30.221</b>	<b>47,6</b>	<b>380.365</b>	<b>60,9</b>	<b>12,6</b>	<b>32,0</b>
Medicina Clínica	17.881		221.916		12,4	27,8
Ciències de la Vida	15.949		198.898		12,5	35,7
C. Socials, Infermeria i Psicologia	981		5.993		6,1	32,8
<b>Ciències</b>	<b>29.667</b>	<b>46,7</b>	<b>256.478</b>	<b>41,0</b>	<b>8,7</b>	<b>46,1</b>
Física i Ciències de l'Espai	13.135		128.860		9,8	53,8
Agricultura, Biologia i Medi Ambient	10.906		86.189		7,9	42,4
Química	9.682		93.998		9,7	38,1
Matemàtiques	2.931		12.016		4,1	44,2
<b>Enginyeria, Computació i Tecnologia</b>	<b>10.069</b>	<b>15,9</b>	<b>49.527</b>	<b>7,9</b>	<b>4,9</b>	<b>42,7</b>
Informàtica	3.258		10.659		3,3	39,2
Resta d'Enginyeria i Tecnologia	7.637		42.355		5,6	43,8
<b>C. Socials i Ciències de la Conducta</b>	<b>3.409</b>	<b>5,4</b>	<b>21.674</b>	<b>3,5</b>	<b>6,4</b>	<b>43,2</b>
Psicologia	561		3.516		6,3	33,5
Ciències Econòmiques	887		4.768		5,4	51,1
Resta de Ciències Socials	2.398		15.418		6,4	42,7
<b>Humanitats i Arts</b>	<b>835</b>	<b>1,3</b>	<b>896</b>	<b>0,1</b>	<b>1,1</b>	<b>12,8</b>
<b>Ciències Multidisciplinàries</b>	<b>263</b>	<b>0,4</b>	<b>1.444</b>	<b>0,2</b>	<b>5,5</b>	<b>43,3</b>
<b>Total Catalunya</b>	<b>63.517</b>		<b>624.910</b>		<b>9,8</b>	<b>38,9</b>

<sup>1</sup> El 17,2 % dels documents i el 13,7 % de les cites s'assignen simultàniament a més d'un àmbit

<sup>2</sup> Docs: documents citables publicats a Catalunya (1996-2006)

<sup>3</sup> Cites: total de cites rebudes per aquests documents

<sup>4</sup> C/D: mitjana de cites per document

<sup>5</sup> % Int: percentatge de documents publicats amb col·laboració internacional

Font: Caracterització bibliomètrica de la producció científica a Catalunya, 1996-2006. Informe AGAUR-PRBB

La biomedicina i les ciències de la salut constitueixen l'àmbit temàtic més dinàmic de l'activitat científica catalana al llarg de la darrera dècada,<sup>56</sup> amb una producció bibliomètrica<sup>57</sup> al voltant dels 3.000 documents per any, que han generat una mitjana de més de 12 cites per document. La medicina clínica i les ciències de la vida han estat els principals generadors de producció científica en l'àmbit de la salut. Cal esmentar, però, que malgrat el bon ritme d'activitat científica, la producció biomèdica i de ciències de la salut presenta un grau d'internacionalització inferior a la mitjana de disciplines, amb un 32 % dels documents publicats en col·laboració internacional, enfront del 38,9 % mitjà i del 46,1 % assolit per l'àmbit de les ciències.

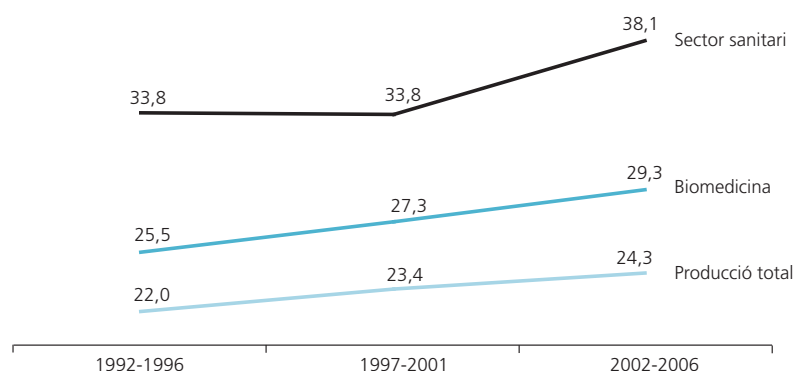
Catalunya fa una aportació molt significativa a l'activitat de recerca en biomedicina i salut d'Espanya, contribució que, a més, ha anat creixent amb el temps. Al quinquenni 2002-2006, el 29,3 % de la producció científica de l'àmbit de la biomedicina<sup>58</sup> d'Espanya es feia a Catalunya, mentre que en el període 1992-1996 aquest percentatge era del 25,5 %. La posició investigadora de Catalunya resulta especialment destacable en el cas de la recerca del sector sanitari, en què la producció científica catalana representava el 38,1 % de la generada en el conjunt d'Espanya durant els anys 2002-2006. També en aquest cas la presència de Catalunya en la producció total d'Espanya ha augmentat els darrers anys, des d'una contribució del 33,8 % al quinquenni 1992-1996 (gràfic 52).

<sup>56</sup> Les darreres dades disponibles són del període 1996-2006

<sup>57</sup> La producció es mesura a partir dels indicadors bibliomètrics simples i compostos sobre la base de documents citables (articles, resums, proceedings) i publicats a Catalunya. Font: Rovira, L.; Méndez-Vásquez, R.; Suñén-Pinyol, E.; Camí, J. Caracterització bibliomètrica de la producció científica a Catalunya, 1996-2006. Informe AGAUR-PRBB. Barcelona, 2007. Disponible a: <http://bibliometria.prbb.org/nrcat06>

<sup>58</sup> Recerca en l'àmbit de la biomedicina de tots els sectors institucionals: sector universitari, sector sanitari i centres públics de recerca (CPR). La informació sobre la producció científica del sector sanitari no està desglossada per àmbits temàtics, motiu pel qual, al llarg d'aquest document, es considera que tota la producció científica del sector sanitari pertany a l'àrea de la biomedicina i les ciències de la salut.

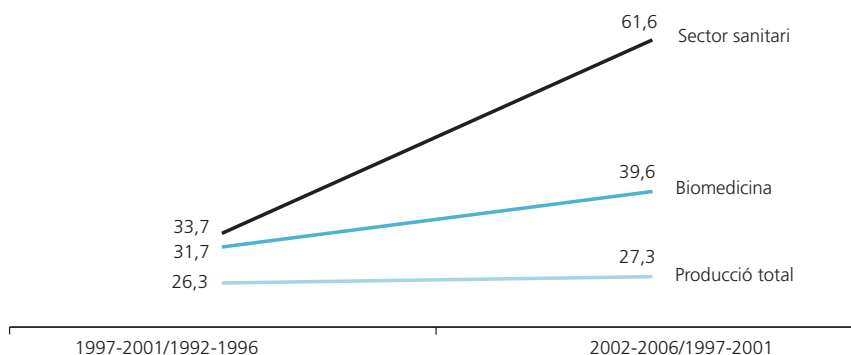
**Gràfic 52. Aportació de Catalunya a la producció científica d'Espanya**  
(Percentatge)



Font: Elaboració pròpia i «Caracterització bibliomètrica de la producció de les principals institucions i centres de Catalunya: anàlisi de tendències dins del període 1992-2006»

Aquest fet reflecteix el dinamisme de la recerca en biomedicina i salut a Catalunya, que ha mostrat un creixement per sobre de la mitjana espanyola entre els quinquennis 1992-1996 i 2002-2006. Entre tots dos períodes, la producció bibliomètrica en l'àmbit de la biomedicina ha crescut a Catalunya el 92,7 % enfront del 67,9 % al conjunt d'Espanya. Pel que fa al sector sanitari, la producció científica a Catalunya ha augmentat el 101,3 %, novament per sobre de l'augment d'Espanya del 78,8 %. L'anàlisi de l'evolució de l'aportació catalana al creixement de la producció científica del conjunt d'Espanya confirma l'enfortiment progressiu de la recerca en l'àmbit biomèdic i de la salut a Catalunya, que els anys més recents<sup>59</sup> és responsable del 39,6 % del creixement de la producció científica biomèdica a Espanya i del 61,6 % de la producció bibliomètrica del sector sanitari (gràfic 53).

**Gràfic 53. Aportació de Catalunya al creixement<sup>1</sup> de la producció científica d'Espanya**  
(Percentatge)



<sup>1</sup> Els indicadors bibliomètrics tan sols estan disponibles per quinquennis, des del 1992-1996 fins al 2002-2006. El càlcul del creixement es fa sobre aquesta base temporal, i, per tant, recull el creixement registrat en un quinquenni respecte de l'anterior

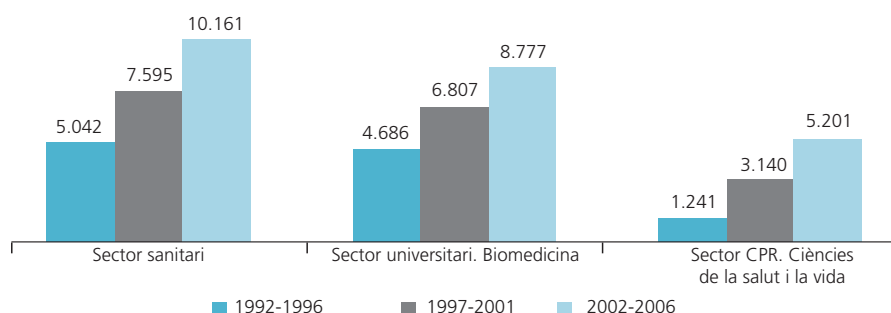
Font: Elaboració pròpia i «Caracterització bibliomètrica de la producció de les principals institucions i centres de Catalunya: anàlisi de tendències dins del període 1992-2006»

Els actors de la recerca en biomedicina i ciències de la salut a Catalunya són el sector universitari, el sector sanitari i els centres públics de recerca (CPR). En termes absoluts, el sector sanitari és el productor principal de documents científics en aquest àmbit temàtic, amb més de 10.000 documents publicats en el període 2002-2006, enfront dels 8.700 del sector universitari i els 5.200 del sector dels CPR (gràfic 54).

<sup>59</sup> Creixement entre els quinquennis 1997-2001 i 2002-2006

**Gràfic 54. Producció científica en l'àmbit de la biomedicina i les ciències de la salut a Catalunya per sectors institucionals i quinquennis**

(Nombre de documents)



Font: Elaboració pròpia i «Caracterització bibliomètrica de la producció de les principals institucions i centres de Catalunya: anàlisi de tendències dins del període 1992-2006».

Els hospitals catalans són els més actius d'Espanya en el camp de la recerca biomèdica i de les ciències de la salut. En el període 2002-2006 l'activitat dels principals centres sanitaris catalans se situava per sobre de la d'altres centres de referència de la resta d'Espanya. A més de la intensa producció científica, el lideratge dels hospitals de Catalunya també es confirma quant a la visibilitat, és a dir, el nombre de cites per document, i a la internacionalització, que reflecteix el percentatge de documents publicats amb col·laboració internacional.

D'altra banda, la recerca biomèdica en l'àmbit universitari també té una tradició extensa a Catalunya, on la Universitat de Barcelona, la Universitat Autònoma de Barcelona i la Universitat Pompeu Fabra encapçalen la producció científica de les universitats catalanes. A més de l'elevat nivell assolit en termes quantitius, cal destacar que els indicadors qualitius situen els resultats dels principals centres de recerca biomèdica del sector universitari per damunt de la mitjana espanyola. Les principals universitats catalanes mostren resultats molt favorables pel que fa a la visibilitat de la seva producció biomèdica (cites per document), la internacionalització (percentatge de publicacions elaborades amb col·laboració internacional) i la competitivitat (percentatge de documents publicats en revistes científiques de primer nivell).

**Quadre 22. Producció científica dels principals hospitals catalans i d'Espanya. Acumulat 2002-2006**

Rànq.	Nombre de documents	02-06	Cites per document	02-06
1	Hosp. Clínic i Provincial de Barcelona	3.589	Hosp. Univ. Germans Trias i Pujol, Badalona	9,5
2	Hosp. Vall d'Hebron, Barcelona	1.630	IMIM-Hosp. del Mar, Barcelona	9,3
3	Hosp. de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona	1.272	Hosp. Vall d'Hebron, Barcelona	7,8
4	IDIBELL-Hosp. Univ. de Bellvitge, L'Hosp. Llob.	1.139	Hosp. Clínic i Provincial de Barcelona	7,5
5	Hosp. 12 de Octubre, Madrid	1.130	Hosp. Univ. de la Princesa, Madrid	7,0
6	Hosp. Ramón y Cajal, Madrid	1.103	Fundación Jiménez Díaz, Madrid	6,5
7	Hosp. La Paz, Madrid	1.054	IDIBELL-Hosp. Univ. de Bellvitge, L'Hosp. Llob.	6,4
8	IMIM-Hosp. del Mar, Barcelona	994	Hosp. Ramón y Cajal, Madrid	6,3
9	Hosp. General Univ. Gregorio Marañón, Madrid	904	Hosp. Univ. Marqués de Valdecilla, Santander	5,9
10	Hosp. Clínico de San Carlos, Madrid	834	Hosp. La Paz, Madrid	5,9

Rànq.	Creixement nombre documents en %	Δ 92-06	Col·laboracions internacionals en (%)	02-06
1	IMIM-Hosp. del Mar, Barcelona	138,9	IMIM-Hosp. del Mar, Barcelona	33,6
2	Hosp. General Univ. Gregorio Marañón, Madrid	133,6	Hosp. Clínic i Provincial de Barcelona	30,2
3	Hosp. Vall d'Hebron, Barcelona	131,5	Hosp. Vall d'Hebron, Barcelona	30,2
4	Hosp. Clínic i Provincial de Barcelona	113,5	Hosp. de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona	29,9
5	Hosp. Univ. de la Princesa, Madrid	85,7	Fundación Jiménez Díaz, Madrid	28,8
6	Hosp. 12 de Octubre, Madrid	85,3	Hosp. Univ. Germans Trias i Pujol, Badalona	27,2
7	Hosp. de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona	75,5	IDIBELL-Hosp. Univ. de Bellvitge, L'Hosp. Llob.	25,1
8	Hosp. Univ. Germans Trias i Pujol, Badalona	73,4	Hosp. Ramón y Cajal, Madrid	24,4
9	Hosp. Univ. la Fe, Valencia	71,2	Hosp. General Univ. Gregorio Marañón, Madrid	23,9
10	Hosp. Univ. Marqués de Valdecilla, Santander	61,9	Hosp. Clínico de San Carlos, Madrid	22,9

Font: AGAUR-PRBB, 2007. «Caracterització bibliomètrica de la producció de les principals institucions i centres de Catalunya: anàlisi de tendències dins del període 1992-2006»

**Quadre 23. Producció científica del sector universitari en l'àmbit de la biomedicina a Catalunya. Acumulat 2002-2006**

Nombre de documents	02-06	Competitivitat <sup>1</sup> (%)	02-06
UB. Universitat de Barcelona	4.533	UPF. Univ. Pompeu Fabra, Barcelona	65,6
UAB. Univ. Autònoma de Barcelona	2.645	UdL. Universitat de Lleida	56,9
UPF. Univ. Pompeu Fabra, Barcelona	688	UB. Universitat de Barcelona	52,1
URV. Univ. Rovira i Virgili, Tarragona	495	UdG. Universitat de Girona	49,0
UdL. Universitat de Lleida	299	UAB. Univ. Autònoma de Barcelona	49,0
UPC. Univ. Politècnica de Catalunya	297	URV. Univ. Rovira i Virgili, Tarragona	46,9
UdG. Universitat de Girona	241	Mitjana S. Universitari ESP	46,8
		UPC. Univ. Politècnica de Catalunya	45,1

Cites per document	02-06	Col·laboracions internacionals en %	02-06
UPF. Univ. Pompeu Fabra, Barcelona	12,4	UPF. Univ. Pompeu Fabra, Barcelona	54,2
UB. Universitat de Barcelona	7,0	UPC. Univ. Politècnica de Catalunya	46,8
UdL. Universitat de Lleida	5,9	UdG. Universitat de Girona	33,2
URV. Univ. Rovira i Virgili, Tarragona	5,7	UB. Universitat de Barcelona	33,1
Mitjana S. Universitari ESP	5,7	Mitjana S. Universitari ESP	32,6
UdG. Universitat de Girona	5,4	UAB. Univ. Autònoma de Barcelona	31,2
UAB. Univ. Autònoma de Barcelona	5,3	URV. Univ. Rovira i Virgili, Tarragona	28,1
UPC. Univ. Politècnica de Catalunya	5,0	UdL. Universitat de Lleida	25,8

<sup>1</sup> Percentatge de documents publicats en revistes del primer quartil de la distribució del factor d'impacte de l'any de publicació

Font: AGAUR-PRBB, 2007. «Caracterització bibliomètrica de la producció de les principals institucions i centres de Catalunya: anàlisi de tendències dins del període 1992-2006»

Malgrat tenir un pes relativament reduït, el sector més dinàmic en termes de creixement de la producció científica en l'àmbit de les ciències de la salut ha estat el dels CPR, que han quadruplicat la seva activitat entre els quinquennis 1992-1996 i 2002-2006. L'expansió de la producció científica dels CPR ha estat un factor molt rellevant per explicar els bons resultats de l'activitat de recerca de Catalunya en l'àmbit biomèdic i de la salut. El protagonisme creixent del sector dels CPR en la recerca en ciències de la salut i de la vida ha estat afavorit per la creació per part de la Generalitat de nous centres públics que han expandit visiblement l'activitat de recerca del sector dels CPR, desenvolupada tradicionalment pels centres del CSIC a Catalunya.

Cal esmentar que alguns centres públics de recerca de creació relativament recent ocupen una posició molt prominent dins de la producció científica en l'àmbit biomèdic i de les ciències de la salut del sector dels CPR a Catalunya. Aquest és el cas de l'Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, que ha estat el CPR amb més documents publicats a Catalunya al quinquenni 2002-2006, o de l'Institut de Recerca Biomèdica de Barcelona, que malgrat la seva curta història (va ser creat l'any 2005) ha assolit un nivell molt elevat de producció científica en el període

**Quadre 24. Producció científica<sup>1</sup> al sector dels CPR a Catalunya. Ciències de la salut i de la vida**

	1992-1996	1997-2001	2002-2006	Nova creació
IDIBAPS. Inst. d'Inv. Biom. August Pi i Sunyer, BCN	9	947	1.913	Any 1993
CID, CSIC. C. d'Invest. i Desenv., BCN	835	1.095	1.042	
IRTA. Inst. Rec. i Desenv. Tecnol. Agroalimentari	247	412	567	
IRB. Inst. de Rec. Biomèdica de Barcelona	nd	nd	280	Any 2005
IBMB, CSIC. Inst. de Biol. Molecular de Barcelona	nd	79	242	
IIBB, CSIC. Inst. Inv. Biom. de Barcelona	28	234	234	
CRG. Centre de Regulació Genòmica, BCN	nd	2	161	Any 2000
IBEC, CREBEC. Inst. Bioeng. de Catalunya, BCN	nd	16	124	Any 2003
IRSICAixa. Fund. Inst. Rec. de la Sida-Caixa, Badalona	4	80	122	Any 1995
IBC. Institut de Bioquímica Clínica, Barcelona	38	68	68	
ICCC, CSIC Inst. Català de Cièn. Cardiovasculars, BCN	9	35	52	
CMRB, C. de Med. Regenerativa de Barcelona	nd	nd	6	Any 2004
CREAL, C. de Rec. en Epidemiologia Ambiental, BCN	nd	nd	4	Any 2005

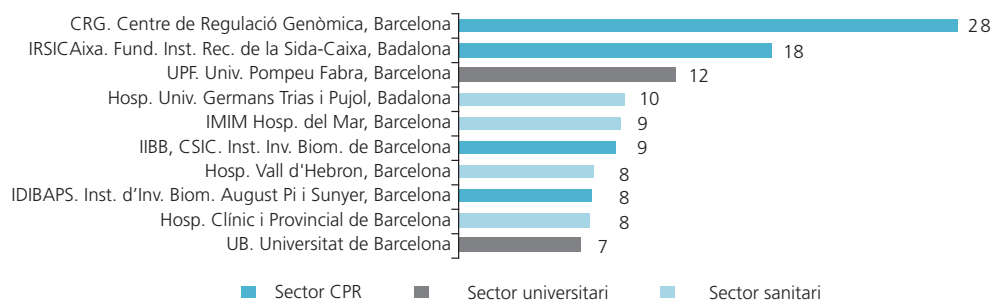
<sup>1</sup> Nombre de documents citables publicats a Catalunya

Font: Elaboració pròpia i «Caracterització bibliomètrica de la producció de les principals institucions i centres de Catalunya: anàlisi de tendències dins del període 1992-2006»

2002-2006. Cal assenyalar que l'activitat investigadora en l'àmbit de la salut del sector dels CPR no ha destacat tan sols pel creixement de la producció, sinó que també ho ha fet per l'alta qualitat de la recerca desenvolupada. Això es reflecteix en la visibilitat elevada que han assolit entre la comunitat investigadora les publicacions biomèdiques dels centres públics de recerca catalans, de manera que, en el període 2002-2006, són dos CPR (CGR i IRSICAixa) els que lideren el rànquing de cites per document publicat (gràfic 55).

**Gràfic 55. Visibilitat de la producció científica en l'àmbit de la biomedicina i les ciències de la salut a Catalunya per sectors institucionals i centres investigadors principals.**

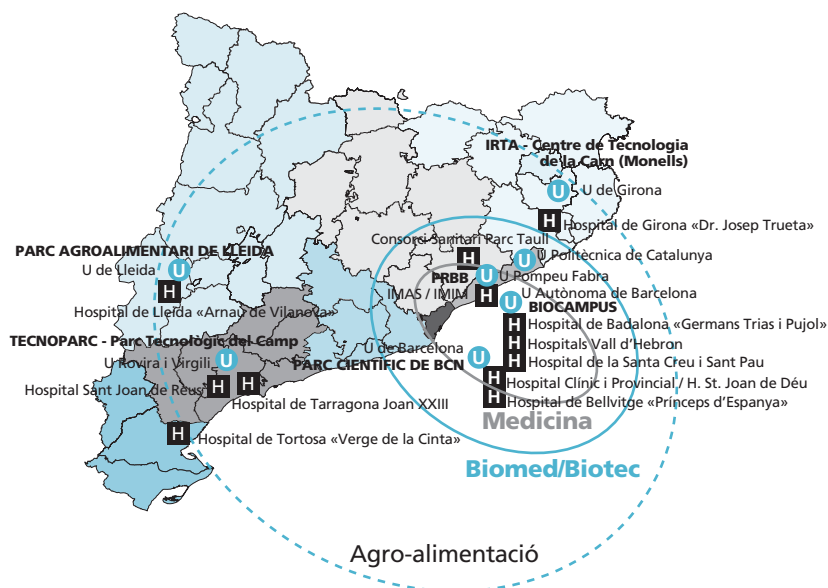
**Acumulat 2002-2006**  
(Nombre de cites per document)



Font: Elaboració pròpia i «Caracterització bibliomètrica de la producció de les principals institucions i centres de Catalunya: anàlisi de tendències dins del període 1992-2006»

En definitiva, Catalunya disposa d'institucions de recerca de primer nivell que expliquen l'alt grau assolit en termes de productivitat i competitivitat de la producció científica en l'àmbit de la biomedicina i les ciències de la salut. Aquesta sòlida base científica implica que les institucions de recerca biomèdica de Catalunya tenen una capacitat important per generar coneixements i idees que poden oferir per a la seva transferència al mercat. Catalunya compleix, per tant, la primera condició per a la transferència de coneixement, que és la capacitat de generar-ne.

**Mapa 2. Infraestructura per a la recerca i la transferència biotecnològica a Catalunya**



Font: Generalitat de Catalunya.



El potencial de la producció científica biomèdica a Catalunya es complementa amb una xarxa d'infraestructures de parcs científics i tecnològics, bioincubadores i plataformes tecnològiques que ofereixen una base per transferir a l'esfera productiva els coneixements generats a l'esfera científica. Dels 17 parcs tecnològics i científics que hi ha a Catalunya, sis estan dedicats de manera específica a activitats d'R+D de l'àmbit de la biotecnologia.<sup>60</sup>

A més dels actors anteriors, el sector empresarial és una figura clau per a l'èxit del procés de transferència i la generació d'una «bioeconomia» a Catalunya, gràcies a la seva capacitat per aprofitar els avenços científics i tecnològics, buscar noves oportunitats i innovar en la introducció de nous productes i processos. El sector disposa a Catalunya d'un teixit empresarial dinàmic, constituït per unes 250 empreses relacionades amb el sector biotecnològic i biomèdic. Catalunya constitueix un pol fonamental del sector biotecnològic d'Espanya, com demostra el fet que acull el 23,8 % de les empreses usuàries de biotecnologia i el 21,4 % de les empreses estrictament biotecnològiques<sup>61</sup> del conjunt d'Espanya.

La transformació de Catalunya en un clúster competitiu en l'àmbit de la biotecnologia va començar amb la integració de la xarxa de centres de recerca, infraestructura tecnològica i empreses en biomedicina i biotecnologia dins d'un pla estratègic comú. El primer pas per a l'estructuració del sector es va produir l'any 2003, amb la formació de l'Aliança Biomèdica de Barcelona (ABB), integrada per la comunitat científica,<sup>62</sup> amb l'objectiu de potenciar la col·laboració dels principals centres d'investigació biomèdica de Catalunya sobre la base de la competitivitat i la cooperació.

Posteriorment, l'any 2004, es va fer un pas decisiu amb la creació de la BioRegió de Catalunya (Biocat), un projecte inspirat en els models europeus de bioclústers. Els bioclústers són estructures de transferència del coneixement i la tecnologia a escala regional, que tenen com a objectiu l'atracció d'inversors i el desenvolupament d'una cultura emprenedora i innovadora.

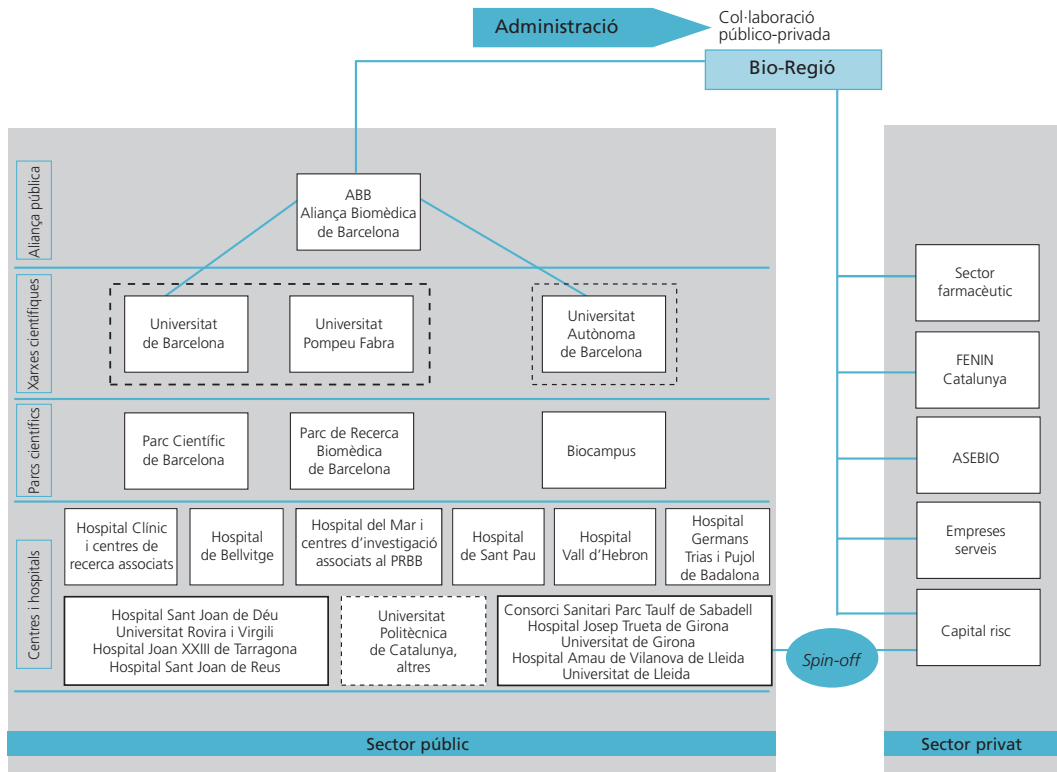
La BioRegió de Catalunya busca coordinar l'activitat d'investigació bàsica i clínica, d'emprenedors i d'empreses que treballen en l'àmbit de la biomedicina i la biotecnologia. Biocat integra tots els actors implicats: universitats, centres d'investigació, empreses farmacèutiques, empreses del sector de les tecnologies sanitàries i de l'equipament mèdic (FENIN Catalunya), empreses del sector biotecnològic (ASEBIO), consultories, empreses de capital risc i organismes públics (Ajuntament de Barcelona i Generalitat de Catalunya). La BioRegió pretén ser el motor per assolir a mitjà termini una activitat empresarial dinàmica, competitiva i innovadora en sectors de la biomedicina i la biotecnologia i que tingui una incidència clara en la generació de valor afegit i benestar (gràfic 56).

<sup>60</sup> La biotecnologia és l'aplicació de la ciència i l'enginyeria utilitzant directament o indirectament organismes vius, o parts o productes d'aquests, en la seva forma natural o modificada. Actualment, aquest conjunt de tecnologies és aplicable a sectors diversos, que van del químic o el mèdic a l'agroalimentari o l'ambiental. La biomedicina pot ser entesa com l'aplicació de la biotecnologia a la pràctica clínica en el seu sentit més ampli, inclosa la prevenció, el diagnòstic, la terapèutica i la rehabilitació.

<sup>61</sup> Empreses en les quals la biotecnologia és l'activitat principal i/o exclusiva

<sup>62</sup> Va tenir la participació de l'Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi Sunyer (IDIBAPS), el Parc Científic de Barcelona (PCB) i el Parc de Recerca Biomèdica (PRBB)

**Gràfic 56. Biocat: la BioRegió de Catalunya**



Font: Generalitat de Catalunya

L'aposta estratègica de Catalunya pel sector biotecnològic s'emmarca dins del reconeixement a escala europea de la «bioeconomia» com a mitjà per promoure el creixement, l'ocupació i la competitivitat de la UE. L'any 2002, la Comissió Europea va adoptar un pla d'acció en l'àmbit de les ciències de la vida i de la biotecnologia que es fixava com a reptes, entre altres, aprofitar el potencial del sector biotecnològic i garantir la coherència de les actuacions polítiques en aquest àmbit. Una línia principal d'acció europea va ser el foment de la coordinació interregional per assolir projectes amb suficient massa crítica per competir a escala internacional amb els Estats Units o els països asiàtics. Els avanços en la col·laboració entre regions van donar com a resultat l'aparició dels denominats «metaclústers» europeus o Eurobioclústers, consistents en associacions estratègiques transnacionals entre bioclústers regionals.

La participació de la BioRegió de Catalunya en les iniciatives europees de col·laboració interregional va culminar l'any 2005 en la formació de l'Eurobioclúster del Sud d'Europa, format per una xarxa de regions i ciutats de l'eix Barcelona-Heidelberg. Integren aquest Eurobioclúster la regió de Roine-Alps de França, l'entorn de les ciutats suïsses de Zuric-Ginebra-Basilea, Piemont-Llombardia d'Itàlia, la ciutat alemanya de Heidelberg i Catalunya. El potencial científic i industrial de l'Eurobioclúster del Sud inclou 24 universitats amb 30.000 investigadors i més de 300 empreses amb 20.000 treballadors, que representen el 50 % de la biotecnologia clínica desenvolupada a Europa. L'associació dels principals bioclústers del sud d'Europa aspira a ser un instrument que faciliti la creació de sinergies, la potenciació de plataformes tecnològiques conjuntes i l'aparició d'una dinàmica supraregional de creixement científic i tecnològic. La incorporació de la BioRegió de Catalunya en aquest metaclúster europeu implica un nou pas endavant en el procés de transformació de Catalunya en una bioeconomia competitiva, innovadora i de projecció internacional.

Mapa 3. Eurobioclusters



Font: Generalitat de Catalunya

#### 4.2.2. Les TIC com a motor de la innovació en l'assistència sanitària

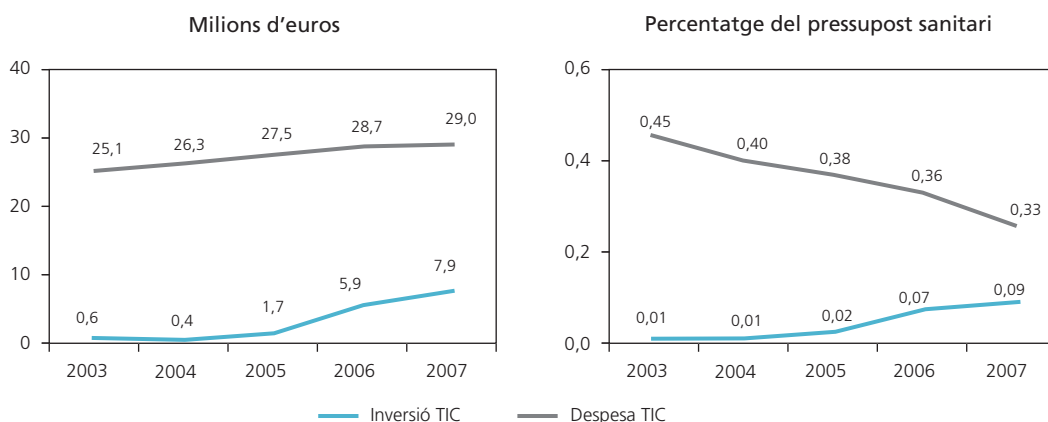
Un dels principals motors de la innovació en l'àmbit dels serveis sanitaris és l'aplicació de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC), que han esdevingut uns dels eixos de la millora de la qualitat en la prestació d'assistència als ciutadans. La implantació de les TIC en el sector sanitari va començar a la dècada dels noranta i, des d'aleshores, el desenvolupament de les seves aplicacions en l'àmbit de la salut no ha deixat de créixer. L'expansió de l'ús de les noves tecnologies ha estat simultània a la configuració d'un nou model d'assistència sanitària, definit per una atenció més personalitzada, més accessible, de més qualitat i més eficient, i que dona el protagonisme als mateixos ciutadans destinataris dels serveis. Les solucions aportades per l'aplicació de les TIC a l'àmbit de la salut donen resposta a les necessitats d'uns ciutadans més informats i més participatius en la presa de decisions sobre la seva salut, fet que està provocant una autèntica «revolució silenciosa» en les relacions dels usuaris amb el sistema sanitari.

A Catalunya, el ritme d'incorporació de les TIC a l'àmbit de la salut ha estat condicionat per les particularitats del seu model sanitari, que integra un sector divers i heterogeni, caracteritzat per múltiples proveïdors, organitzacions i estratègies de desenvolupament tecnològic. La complexitat de l'estructura del sistema sanitari català ha fet més difícil l'intercanvi d'informació i coneixement, i ajuda a explicar la lentitud en el procés d'introducció de les tecnologies de la informació i la comunicació.

Els recursos econòmics<sup>63</sup> destinats pel Departament de Salut a les TIC sanitàries han augmentat notablement els darrers anys a Catalunya. Entre el 2003 i el 2007 (darrer any disponible) el creixement dels recursos totals ha estat del 44 %, avanç que és degut principalment al fort augment de la inversió en TIC, enfront del creixement més discret de la despesa. La inversió en TIC va passar de representar el 2 % dels recursos totals el 2003 al 21 % el 2007, gràcies a les noves inversions que es van fer en desenvolupaments a mida i en llicències de programari. Tanmateix, el creixement dels recursos de TIC va ser inferior al creixement del pressupost sanitari (del 55 % entre el 2003 i el 2007), fet que explica la lleugera disminució del volum de recursos sobre el pressupost total, del 0,5 % el 2003 al 0,4 % el 2007 (gràfic 57).

<sup>63</sup> Despesa i inversió en TIC del Departament de Salut de la Generalitat. La inversió en TIC inclou l'adquisició d'equipament informàtic, la posada en marxa dels centres de processament de dades (CPD), el desplegament i la gestió de l'electrònica de xarxa del servei de salut, la compra de llicències estàndard i la contractació de projectes de desenvolupament a mida. La despesa en TIC inclou assistències tècniques, manteniment del maquinari i costos de personal de TIC propi que desenvolupa labors associades a la implantació, el manteniment o la gestió de TIC.

**Gràfic 57. Inversió i despesa en TIC sanitàries<sup>1</sup> a Catalunya**

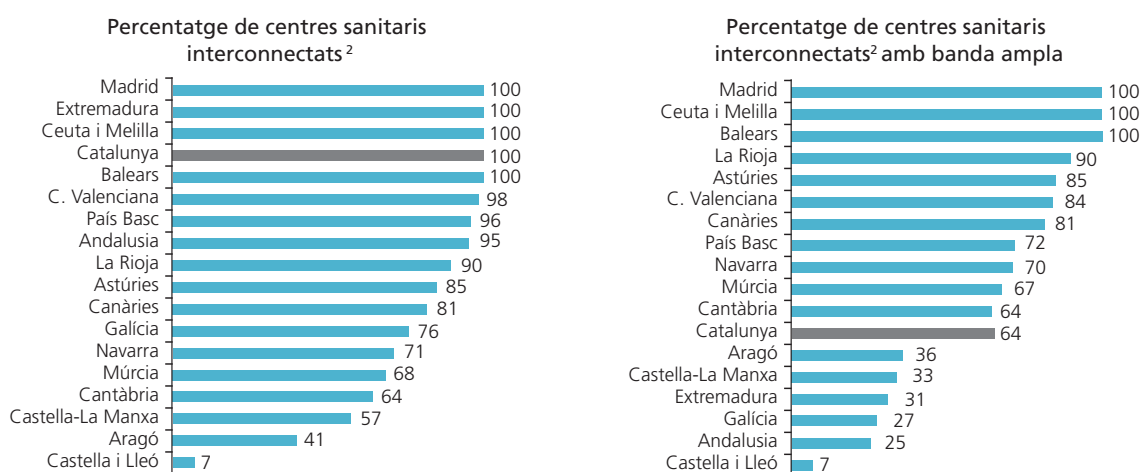


<sup>1</sup> Inversió i despesa del Departament de Salut en tecnologies de la informació i la comunicació sanitàries

Font: Red.es a partir de dades del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

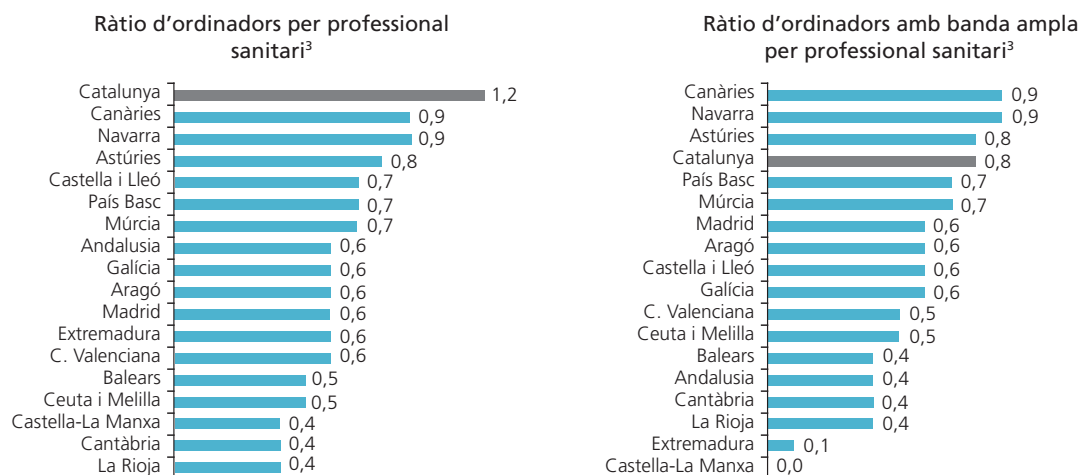
Catalunya ocupa una bona posició quant a la dotació d'infraestructures de TIC al sistema sanitari en relació amb la resta de comunitats autònomes. El desplegament de la xarxa de comunicacions per interconnectar els centres<sup>64</sup> amb la intranet sanitària inclou actualment la totalitat dels centres d'atenció primària i els hospitals. No obstant això, cal esmentar que el percentatge de centres sanitaris intercomunicats per mitjà de connexions de banda ampla és relativament baix (64,1 % el 2007). Catalunya també ocupa una posició favorable quant a la dotació d'ordinadors, amb una ràtio d'1,2 PC per professional sanitari i de 0,8 PC amb connexió de banda ampla per professional el 2007 (gràfic 58).

**Gràfic 58. Dotació d'infraestructures en TIC sanitàries<sup>1</sup>. Any 2007**



<sup>64</sup> Centres d'atenció primària i hospitals del CatSalut

**Gràfic 58. Dotació d'infraestructures en TIC sanitàries<sup>1</sup> Any 2007 (Continuació)**



<sup>1</sup> Les dades de Catalunya es refereixen als centres de l'ICS

<sup>2</sup> Centres connectats a la intranet sanitària o a la xarxa corporativa de l'administració autonòmica

<sup>3</sup> Inclou personal clínic i administratiu

Font: Red.es a partir de dades dels serveis de salut o les conselleries de sanitat de les comunitats autònomes

Actualment, la incorporació de les TIC al sistema sanitari català és una prioritat de tots els serveis assistencials. L'any 2006 es va constituir la Fundació TicSalut amb l'objectiu d'impulsar el desenvolupament i la utilització de les TIC en l'àmbit de la salut. Així mateix, el Pla estratègic SITIC<sup>65</sup> per a l'àmbit de la salut a Catalunya 2008-2011 del Departament de Salut atorga un paper central a les noves tecnologies com a instrument per assolir els objectius estratègics en l'àmbit sanitari. L'aplicació de les TIC és clau per garantir el dret del ciutadà a l'accés a la informació i facilitar la tasca dels professionals per millorar la qualitat de l'assistència.

Les actuacions en aquest àmbit estan guiades per les sis línies estratègiques per a la potenciació de les TIC en l'àmbit de la salut, definides al Pla SITIC 2008-2011:

1. Fer dels SITIC un element estratègic en la salut
2. Facilitar i orientar l'accés del ciutadà a la informació i els serveis per tenir cura de la seva salut
3. Dotar d'eines SITIC els professionals per proporcionar una assistència de qualitat
4. Respondre amb eficiència a les necessitats d'informació, gestió i seguretat del sector i del Departament
5. Dotar d'infraestructures i garantir la interoperabilitat entre agents
6. Impulsar i projectar Catalunya com un territori innovador en SITIC de la salut

En aquest escenari, a Catalunya s'estan desenvolupant diversos projectes derivats de la incorporació i la potenciació de l'ús de les TIC en l'àmbit de la salut. Aquestes són algunes de les innovacions en curs més significatives:

- a) La història clínica compartida a Catalunya (HCCC o HC<sup>3</sup>)
- b) La recepta electrònica
- c) Radiologia/imatge digital

#### a) Història clínica compartida a Catalunya (HCCC/HC<sup>3</sup>)

L'objectiu de la HCCC és que qualsevol professional sanitari, identificat i autoritzat adequadament, pugui accedir a tota la informació disponible d'un pacient rellevant. Per això, l'estratègia

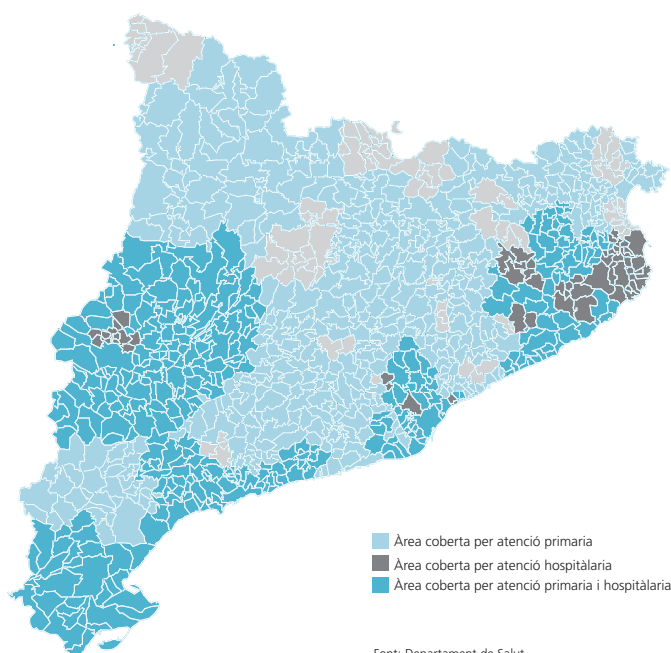
<sup>65</sup> Sistemes d'informació i tecnologies de la informació i les comunicacions

és crear un sistema que permeti l'ús compartit de la informació disponible sobre els pacients dels centres assistencials de Catalunya. La HCCC facilita i potencia la continuïtat assistencial, millora l'ús dels recursos informatius i possibilita que els pacients atesos en diversos centres no s'hagin de sotmetre a exploracions i procediments repetits.

El projecte ja ha superat la fase pilot i la plataforma tècnica està consolidada i provada, per la qual cosa, actualment, està en marxa el procés d'incorporació dels centres sanitaris a la HCCC. L'objectiu era que a finals del 2009 tots els centres d'atenció primària i el 90 % dels centres d'atenció hospitalària publicuessin dades a la HCCC<sup>66</sup> (al mapa adjunt es pot apreciar l'àrea coberta per la HCCC el setembre del 2009). El novembre del 2009, el nombre de documents clínics indexats a la HCCC era de 12,9 milions, dels quals 8,8 eren de centres de l'ICS. Els serveis informatius disponibles inclouen atenció primària (diagnòstics, prescripcions, immunitzacions), atenció especialitzada (informes d'alta, d'urgències), procediments diagnòstics i terapèutics, resum de la història clínica, personalitzacions per perfils professionals i missatgeria vinculada a processos compartits.

Cal esmentar que Catalunya participa en el projecte pilot d'història clínica electrònica espanyola del Sistema Nacional de Salut (SNS), que actualment se centra en la validació del model d'interoperabilitat entre les diferents històries electròniques de les comunitats autònomes. Així mateix, Catalunya col·labora activament en el Projecte EPSOS (*European Patients Smart Open Services*) de la UE, orientat a desenvolupar un marc de salut electrònica que permeti l'accés a la informació sanitària del pacient, en especial a l'historial mèdic i la recepta electrònica, entre els sistemes sanitaris europeus.

**Mapa 4. Mapa de centres incorporats a la història clínica compartida a Catalunya (HCCC). Any 2009**



#### b) Recepta electrònica

L'objectiu és crear un sistema telemàtic que integri els processos de prescripció i dispensació de la prestació de fàrmacs finançats per la sanitat pública. Això implica que la prescripció dels medicaments per part dels metges dels centres d'atenció primària és automatitzada i que el pacient pot accedir a les receptes des de qualsevol oficina de farmàcia o punt de dispensació.

<sup>66</sup> En el moment d'elaboració d'aquest estudi encara no hi ha dades disponibles de la consecució d'aquest objectiu

Els beneficis de la recepta electrònica són diversos. D'una banda, millora l'accessibilitat del pacient als seus tractaments i la coordinació entre metges i farmacèutics respecte de la medicació d'un usuari. Això permet més seguretat en l'ús del medicament i una qualitat assistencial més elevada. D'altra banda, des del punt de vista de la gestió sanitària, la recepta electrònica permet reorientar l'activitat dels professionals a tasques assistencials en comptes de burocràtiques (renovació de receptes). Finalment, també afavoreix l'ús més racional dels medicaments i en millora la informació sobre el consum.

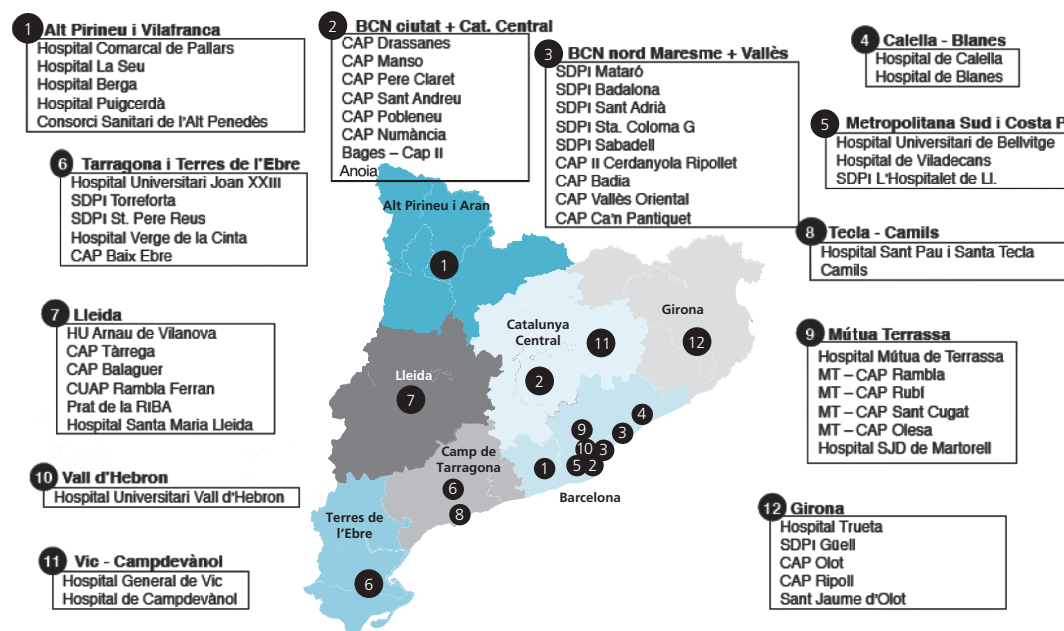
L'any 2005 va començar a Catalunya el desenvolupament del sistema i el 2006 la fase pilot en àrees petites. El desplegament a tot el territori català de la recepta electrònica va començar el maig del 2008 i es preveia que al final del 2009 s'hauria implantat a tot Catalunya.<sup>67</sup>

### c) Radiologia i imatge digital

L'objectiu és tenir tota la imatge radiològica de Catalunya digitalitzada el 2010 i establir les bases de digitalització de la resta d'imatge mèdica. El Pla per a la digitalització de la imatge mèdica estableix ajuts als centres sanitaris per a la inversió inicial en *hardware* i *software*. D'altra banda, els centres es comprometen a presentar projectes conjunts de digitalització que impliquin la compartició dels recursos, el cofinançament de la inversió inicial, el compromís de digitalització de tota la imatge radiològica a curt termini i la seva integració en la HCCC. Aquest compromís implica la digitalització, com a mínim, del 80 % de la imatge al llarg del 2009 i del 20 % restant durant el primer semestre del 2010.

Els beneficis seran la millora de l'accés als sistemes d'imatge mèdica i al conjunt d'informació disponible sobre un pacient, fet que permetrà una qualitat assistencial més bona i més eficiència i agilitat en la gestió. Actualment, s'han identificat i definit 12 projectes per a la digitalització radiològica completa, que representen més del 50 % de la imatge radiològica que es fa a Catalunya (mapa 5).

**Mapa 5. Projectes aprovats de digitalització de la imatge mèdica a Catalunya**



Font: Departament de Salut

<sup>67</sup> En el moment d'elaboració d'aquest estudi encara no hi ha dades disponibles de la consecució d'aquest objectiu

# **Part V**

## **Resultats i conclusions principals**





## 5. Resultats i conclusions principals

Aquest estudi analitza el nucli de les activitats sanitàries a Catalunya: l'assegurament sanitari, la provisió assistencial, les polítiques de salut pública i les infraestructures i els equipaments de salut. Val a dir, però, que el sector de la salut es pot definir més àmpliament i pot incloure activitats relacionades estretament amb el sector, com ara la farmàcia, les activitats de suport al diagnòstic —laboratoris— o el transport —sanitari i de mostres—, entre altres.

El sector de la salut<sup>68</sup> genera el 5 % del VAB total de Catalunya i ocupa 232.421 persones, el 7,3 % dels afiliats a la Seguretat Social. En termes de VAB, ocupa el sisè lloc per darrere d'immobiliàries i serveis empresarials, comerç, construcció, hoteleria i transport i comunicacions. En termes d'ocupació, el sector de la salut és el quart més important, per darrere dels d'altres activitats empresarials, comerç i construcció.

El sector de la salut, a més de ser una font d'ocupació important en termes quantitativus, també ho és en termes qualitativus. Els treballadors amb educació superior representaven el 59,1 % del total d'ocupats del sector. Per al conjunt de l'economia, aquesta proporció era del 31,2 %, notablement inferior a la del sector de la salut. Per tant, el sector de la salut és un sector que exigeix coneixement, innovació i professionals altament qualificats, que contribueix al canvi de model econòmic i que impulsa la competitivitat de l'economia catalana. En aquest sentit, cal valorar favorablement l'evolució del nombre d'estudiants de l'àmbit de les ciències de la salut matriculats a les universitats públiques catalanes (centres integrats, títols homologats).

El model sanitari català es caracteritza per l'existència d'un important sector concertat, amb la participació d'administracions públiques, consorcis o entitats privades amb afany de lucre o sense:

- Els serveis sanitaris de mercat van generar el 63 % del VAB del sector a Catalunya, enfront del 39 % que van generar al conjunt de l'Estat.
- El pes de la despesa sanitària privada sobre la despesa sanitària total va ser del 34,1 % a Catalunya l'any 2006, enfront del 28,2 % del conjunt d'Espanya. En aquest sentit, les famílies catalanes van destinar el 3,2 % del seu pressupost als serveis de salut<sup>69</sup> l'any 2007. Al conjunt d'Espanya, el percentatge va ser lleugerament inferior (2,9 %).
- Catalunya concentrava el 26 % dels centres hospitalaris de l'Estat l'any 2008, vuit punts més del que representa Catalunya en el PIB d'Espanya. En canvi, la dotació d'infraestructures sanitàries públiques a Catalunya és, comparativament, inferior a la de la resta de l'Estat. Això reflecteix el fet que el model català contempla la provisió sanitària pública que aprofita infraestructures sanitàries privades. No obstant això, entre el 2005 i el 2009 el pressupost de la Generalitat de Catalunya ha augmentat la inversió en infraestructura sanitària per habitant el 76 %, en passar de 21 euros per habitant a 37.

El dinamisme de la demanda privada de serveis de salut es reflecteix en la contractació d'assegurances mèdiques privades. L'any 2008 gairebé un de cada quatre catalans tenia doble cobertura sanitària. Aquesta dada indica que les entitats d'assegurança lliure contribueixen de manera important

<sup>68</sup> Segons la definició de la CCAE-93, que inclou activitats sanitàries, veterinàries i serveis socials

<sup>69</sup> Productes, aparells i equips mèdics, serveis mèdics, serveis d'odontologia, serveis paramèdics extrahospitalaris i serveis hospitalaris. Enquesta de pressupostos familiars, INE

a l'activitat assistencial del Principat. A Espanya, el percentatge de població amb doble cobertura era significativament més baix. Segons la darrera Enquesta nacional de salut que elabora l'INE, corresponent a l'any 2006, només el 13,1 % en tenia, 10 punts menys que a Catalunya el mateix any.

El dinamisme del sector de les assegurances mèdiques privades s'ha reflectit en el creixement de les primes recaptades. Entre el 2003 i el 2008, el creixement de l'import recaptat en termes nominals s'ha estabilitzat a l'entorn del 7,7 % de mitjana anual.

La línia assistencial que concentra una part més gran del pressupost públic de salut a Catalunya, més del 50 %, és l'atenció hospitalària d'aguts. El pes del pressupost d'atenció primària, al voltant del 20 %, s'ha mantingut força estable els darrers anys. Addicionalment, s'ha produït un lleuger increment del pes de la despesa en atenció sociosanitària i de salut mental, i part d'aquest últim s'ha destinat a donar suport als equips d'atenció primària.

L'estructura del sector hospitalari que presta atenció especialitzada és significativament diferent a Catalunya i a la resta d'Espanya. A Catalunya hi ha una proporció elevada de centres privats benèfics —propietat d'entitats eclesiaístiques i altres organismes sense afany de lucre—, que l'any 2008 representaven més d'una quarta part dels hospitals, quan a la resta d'Espanya amb prou feines superaven el 10 %. Els centres hospitalaris privats no benèfics, en canvi, tenen una presència destacada tant a Catalunya com a Espanya. En totes dues zones representen més del 40 % dels centres, però tenen una dimensió mitjana més petita que els centres públics: a Catalunya tenien el 34,4 % dels llits i a Espanya només el 17,6 %. Cal destacar que la forma majoritària de provisió assistencial d'hospitalització a Catalunya es duu a terme mitjançant acords entre un finançador públic (principalment, el CatSalut) i entitats proveïdores de titularitat diversa (empreses participades, consorcis, empreses privades amb afany de lucre o sense, etc.).

Entre el 1999 i el 2008, la població protegida per l'assegurança sanitària pública ha augmentat el 19,6 % a Catalunya. A aquest augment demogràfic, propiciat en gran mesura per la immigració, s'ha sumat el fet que la població pertanyent als grups d'edat de més de vuitanta anys ha registrat creixements importants els darrers anys, superiors al 100 % en termes acumulats.

Aquesta evolució demogràfica ha condicionat l'atenció especialitzada. L'any 1993, només el 17,1 % dels llits hospitalaris eren d'atenció especialitzada sociosanitària —adreçats principalment a persones d'edat avançada, amb malalties cròniques o terminals. Tretze anys més tard, aquest percentatge havia augmentat nou punts, fins al 26,1 %.

La demanda del sector de la salut creix impulsada per factors exògens, com ara l'envelliment de la població o les dinàmiques socials, que es tradueixen en serveis sanitaris més sofisticats a mesura que augmenta el nivell de renda i d'educació<sup>70</sup>. L'elevada elasticitat-renda d'aquests serveis implicarà un creixement de la sanitat, segurament privada, a mesura que aquests nivells creixin de manera generalitzada entre la població. També els factors endògens, vinculats a la dinàmica del sector mateix, impulsen la demanda com a resultat de la innovació tecnològica i farmacològica creixent dels tractaments.

Aquests factors exerciran una pressió sobre la demanda assistencial i la despesa sanitària que exigiran que el sector de la salut reaccionï amb una gestió més eficient i una oferta més adaptada a les necessitats de la demanda. Per això, cal que el sector privat assumeixi com a propis els reptes a què s'enfronta la sanitat pública. A Catalunya, la participació del sector privat en l'àmbit de la salut és molt destacada. Per això, caldria aprofundir en la col·laboració publicoprivada ja existent en la provisió de serveis, en la gestió de centres o en l'impuls de les assegurances privades com a complement del sistema públic de salut.

La sostenibilitat de la despesa sanitària dependrà, entre altres factors, de les polítiques de salut pública centrades en l'educació, la protecció de la salut i la prevenció de malalties, d'una organització eficient dels serveis sanitaris, de la manera com es gestionin els tractaments mèdics que apareguin en el futur i del seu finançament.

<sup>70</sup> Ahn, N.; Meseguer, J. A.; Herce San Miguel, J. A. Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España. Fundación BBVA, Documentos de Trabajo 7 (2003)

La reforma de la salut pública pot ser una bona ocasió per demostrar més flexibilitat en la reordenació dels recursos econòmics del sistema sanitari vers aquest àmbit, una de les claus per millorar la sostenibilitat futura del sistema sanitari. L'aprovació a Catalunya de la Llei de salut pública l'any 2009 confirma la importància d'abordar la salut no només des de l'atenció a la malaltia, sinó de manera integral, incloent-hi la protecció de la salut, la seguretat alimentària, la vigilància de la salut pública, la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut, la salut laboral i la salut mediambiental.

El desenvolupament de les polítiques de salut pública ha impulsat un sector empresarial creixent vinculat a l'assessorament sobre higiene i seguretat en el treball, al control de qualitat de la salut alimentària i a l'assessorament i el control de la salut ambiental, i destaca, entre altres, el pes rellevant de les consultories ambientals i de les entitats col·laboradores de l'Administració. De cara a la capacitat exportadora del sector primari i secundari català, les accions de control de l'Administració pel que fa a la protecció de la salut són de gran transcendència, ja que garanteixen la qualitat i la seguretat sanitària dels productes. També en termes de competitivitat i productivitat són essencials les intervencions en salut laboral i la promoció d'hàbits saludables a les empreses, tant per a la seva gestió interna com per a la seva imatge i la seva projecció en el mercat.

Una altra eina per assolir aquests objectius és la incorporació de les TIC al sistema sanitari, que actualment es considera un assumpte prioritari, per tal de millorar la qualitat de l'assistència i augmentar l'eficiència de la gestió. L'expansió de l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) està contribuint a configurar un nou model d'assistència sanitària, definit per una atenció més personalitzada, més accessible, de més qualitat i més eficient, i que dona el protagonisme als mateixos ciutadans destinataris dels serveis. A Catalunya, les innovacions en curs més significatives derivades de l'ús de les TIC en l'àmbit de la salut són la història clínica compartida (HCCC), la recepta electrònica i la digitalització de la imatge mèdica. L'estratègia catalana en aquest àmbit té l'objectiu d'impulsar i projectar Catalunya com un territori innovador en TIC Salut.

Tanmateix, la inquietud que pot despertar l'augment de la despesa sanitària es redueix si s'analitzen els efectes positius que la despesa ben gestionada en salut pot exercir sobre el conjunt de l'economia i sobre el territori, o bé per mitjà dels efectes multiplicadors sobre altres sectors productius o bé actuant com a motor per a la creació d'ocupació qualificada i estable. En aquest sentit, també s'han de destacar els efectes de dinamització territorial de la implantació d'infraestructures sanitàries que pot tenir efectes significatius sobre l'economia local i comarcal.

Aproximadament la meitat de la demanda intermèdia del sector de la salut prové del sector mateix —com a conseqüència directa dels concerts que hi ha entre els òrgans finançadors públics i els proveïdors assistencials privats— i de branques que li són molt properes, com ara la farmacèutica. No obstant això, els proveïdors i els serveis de suport aliens al sector sanitari tenen un paper essencial en la producció de serveis de salut, ja que representen pràcticament l'altra meitat de la demanda intermèdia. Dins d'aquesta categoria s'englobarien els serveis de comerç a l'engròs, els serveis industrials de neteja o els serveis immobiliaris, per exemple.

Aquestes relacions intersectorials es reflecteixen en la magnitud dels efectes multiplicadors que té la branca d'activitats sanitàries i de serveis socials sobre el conjunt de l'economia.<sup>71</sup> Segons les taules *input-output* de Catalunya, davant d'un augment teòric de la demanda final del sector sanitari i de serveis socials, l'efecte multiplicador, tant en termes d'ocupació com de valor afegit, és molt superior a l'obtingut per una branca mitjana de l'economia.

La importància del sector de la salut en l'economia catalana no es deriva tan sols de la seva dimensió i capacitat d'arrossegament, sinó també del seu caràcter estratègic per al futur de l'economia catalana, que necessita reorientar-se cap a sectors innovadors, generadors de coneixement i amb potencial exportador i d'atracció de capital.

El sector de la salut està en expansió mundial i ofereix oportunitats de creixement internacional a les empreses catalanes. L'estratègia d'internacionalització del sector de la salut requereix la iniciativa

<sup>71</sup> L'annex 4 recull els principals sectors arrossegats per les branques sanitàries

privada, l'activitat institucional del sector públic i la col·laboració entre el sector públic i el privat. Els factors qualitatius són els determinants principals de la competitivitat internacional del sector, que augmentarà amb la intensitat del capital tecnològic, el capital humà i l'activitat innovadora.

La internacionalització del sector de la salut català avança per diversos vessants i la presència exterior és cada vegada més visible. L'augment del nombre de pacients estrangers atesos a Catalunya, el lideratge del sector biomèdic i farmacèutic en la celebració de congressos i convencions, la posició destacada com a emissor i receptor de fluxos d'inversió estrangera o la participació en projectes internacionals de cooperació al desenvolupament demostren que es tracta d'un sector competitiu, proactiu i obert als nous canals de creixement que ofereix el mercat mundial.

Les oportunitats existeixen, però també els reptes. El comerç mundial d'assistència mèdica avança cap a serveis sanitaris més especialitzats i complexos. Els turistes mèdics es mouen per factors qualitatius i demanen lideratge tecnològic, capital humà altament qualificat i un servei assistencial ràpid i de qualitat. Els fluxos de capital estranger es desplacen cap a sectors sanitaris de països desenvolupats, molt intensius en capital humà i tecnològic i amb una demanda guiada per estàndards elevats de benestar. L'adjudicació dels contractes públics internacionals requereix una elevada visibilitat i reputació exterior, i una activitat institucional orientada a crear vincles i desenvolupar acords de cooperació que donin suport a l'estratègia d'internacionalització del sector de la salut.

Enfront d'aquest escenari, Catalunya ha intensificat les actuacions per reforçar la posició internacional del sector de la salut. La importància del factor de la reputació per al creixement del mercat exigeix promocionar la imatge de marca i acreditar la qualitat dels serveis. Aquest és l'objectiu del consorci Barcelona Centre Mèdic (BCM), que té la missió d'impulsar la imatge de Barcelona com a referent mèdic internacional i convertir la ciutat en capital del turisme mèdic, aprofitant les importants sinergies que genera el seu atractiu turístic i una extensa oferta mèdica d'alta qualitat i condicions molt competitives. D'altra banda, el suport institucional a la internacionalització del sector de la salut s'ha enfortit amb la decisió de situar la salut com a objectiu clau de l'estratègia catalana de cooperació al desenvolupament. I les consultores catalanes han destacat en la seva actuació en l'àmbit internacional vinculada a la cooperació al desenvolupament.

Un sector de la salut amb capacitat d'innovació elevada serà un sector més competitiu i amb més potencial de creixement internacional. Catalunya disposa de bases per consolidar un sector dinàmic, competitiu i innovador. En primer lloc, destaca la capacitat de generació de coneixement en l'àmbit de la salut, amb una xarxa d'universitats, hospitals i centres de recerca que duen a terme una producció científica de primer nivell. A més a més, la xarxa d'infraestructures de parcs científics i tecnològics afavoreix la transferència de coneixements, mentre que el teixit empresarial en l'àmbit biomèdic i biotecnològic garanteix la capacitat per aprofitar els avenços científics i innovar en productes i processos.

La creació de la BioRegió de Catalunya (Biocat) ha estat el resultat dels esforços per coordinar el conjunt d'activitats científiques i empresarials dins d'una estratègia comuna. La BioRegió és un instrument per promoure el creixement científic i tecnològic i el potencial innovador del sector de la salut. Al mateix temps, la BioRegió de Catalunya, com a partícip del bioclúster del sud d'Europa, es presenta com un element estratègic per a l'activitat d'internacionalització del sector, ja que permet la participació del conjunt del sector biomèdic català en les dinàmiques europees d'integració supraregional.

Es pot concloure que el sector de la salut té les condicions per convertir-se en un motor de la transició cap a un nou model productiu basat en el coneixement, gràcies a tres vectors. En primer lloc, la demanda sanitària creixent reforçarà la funció del sector de la salut com a font d'ocupació qualificada en l'economia catalana. En segon lloc, el sector de la salut representarà una plataforma d'internacionalització del conjunt de l'economia, per la seva interrelació amb la resta de sectors. I, finalment, el sector de la salut serà un dels motors de la innovació per la seva capacitat de generació de coneixement.

## **Bibliografia**



## Bibliografia

- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya:  
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/index.html>
- Servei Català de la Salut:  
<http://www10.gencat.net/catsalut/cat/index.htm>
- Ministeri de Sanitat i Política Social:  
<http://www.msps.es/va/home.htm>
- Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT):  
<http://www.idescat.cat/>
- Institut Nacional d'Estadística (INE):  
<http://www.ine.es/>
- Seguretat Social, Ministeri de Treball i Immigració:  
[http://www.seg-social.es/Internet\\_2/index.htm?ssUserText](http://www.seg-social.es/Internet_2/index.htm?ssUserText)
- Joint Commission International (JCI):  
<http://www.jointcommissioninternational.org/>
- Barcelona Centre Mèdic (BCM):  
<http://www.bcm.es/>
- Organització Mundial del Comerç:  
<http://www.wto.org/index.htm>
- Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament (ACCD):  
<http://www.gencat.cat/cooperacioexterior/cooperacio/>
- Conferència de les Nacions Unides sobre Comerç i Desenvolupament (UNCTAD):  
<http://www.unctad.org/>
- BioRegió de Catalunya (Biocat):  
<http://www.biocat.cat/>
- Associació Espanyola de Bioempreses (ASEBIO):  
<http://www.asebio.com/>
- Departament d'Innovació, Universitats i Empresa (DIUE):  
<http://www.gencat.cat/diue/index.html>
- OCDE, Creditor Reporting System Statistics:  
<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=CRSNEW>
- DataInvex. Estadístiques d'inversions exteriors. Ministeri d'Indústria, Turisme i Comerç:  
<http://datainvex.comercio.es/>
- *Pressupostos de la Generalitat de Catalunya* [en línia]. Barcelona: Departament d'Economia i Finances de la Generalitat de Catalunya. <<http://www.gencat.cat/economia/ambits/finances/pressupost/pressupostos/index.html>> [Consulta: novembre del 2009]
- *OECD Health Data* [en línia]. OCDE. <[http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html)> [Consulta: novembre del 2009]
- FUSTÉ, Josep [*et al.*]. «Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia?» [en línia]. *Gaceta Sanitaria*, vol. 19, núm. 1 (gen.-febr. 2005), p. 15-21. <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112005000100005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000100005&lng=es&nrm=iso)> [Consulta: setembre del 2009]
- *Enquesta d'establiments en règim d'internament (EESRI)* [en línia]. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/professionals/doc10882.html>> [Consulta: setembre del 2009]



- *Entitats d'assegurança lliure. Memòries* [en línia]. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, diversos anys. <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1821/index.html>> [Consulta: setembre del 2009]
- RODRÍGUEZ, M.; STOYANOVA, A. *Els comptes de la salut pública a Catalunya. Descripció, anàlisi i metodologia de càlcul de la despesa en salut pública a Catalunya, 2005* [en línia]. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2007. <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/comptllibrecatcat.pdf>> [Consulta: octubre del 2009]
- VILLALBÍ, J. R.; COMITÉ CIENTÍFIC PER A LA REFORMA DE LA SALUT PÚBLICA A CATALUNYA [et al.]. «Propuestas de reforma de los servicios de salud pública en Cataluña» [en línia]. *Revista Española de Salud Pública* [Madrid], vol. 80, núm. 5 (set.-oct. 2006), p. 567-583. <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272006000500012&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272006000500012&lng=es&nrm=iso)> [Consulta: octubre del 2009]
- *Horitzó 2012. Inversions en equipaments de salut. Informe de situació (juny 2009)* [en línia]. Barcelona: CatSalut, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, setembre del 2009. <[http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/horitzo2012/horitzo\\_2012\\_informe\\_situacio\\_juny\\_2009.pdf](http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/horitzo2012/horitzo_2012_informe_situacio_juny_2009.pdf)> [Consulta: octubre del 2009]
- *Presupuestos de la Seguridad Social, ejercicio 2009. Agregado de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social* [en línia]. Secretaria d'Estat de la Seguretat Social, Ministeri de Treball i Immigració, 2009. <<http://www.seg-social.es/stpri00/groups/public/documents/binario/113701.pdf>> [Consulta: octubre del 2009]
- *Anàlisi de la memòria d'activitats preventives de les MATMPSS a Catalunya* [en línia]. Versió definitiva. Direcció General de Relacions Laborals, Departament de Treball de la Generalitat de Catalunya, 5 de maig del 2009. <[http://www20.gencat.cat/docs/treball/03%20-%20Centre%20de%20documentacio/Documents/01%20-%20Publicacions/06%20-%20Seguretat%20i%20salut%20laboral/Arxius/MEM\\_MATMPSS\\_2008\\_VD\\_CL.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/treball/03%20-%20Centre%20de%20documentacio/Documents/01%20-%20Publicacions/06%20-%20Seguretat%20i%20salut%20laboral/Arxius/MEM_MATMPSS_2008_VD_CL.pdf)> [Consulta: octubre del 2009]
- *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca* [en línia]. Suïssa: Organització Mundial de la Salut (OMS), octubre del 2008. <<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>> [Consulta: octubre del 2009]
- *Medical Tourism: Consumers in Search of Value* [en línia]. Deloitte Center for Health Solutions, 2008. <[http://www2.deloitte.com/assets/Dcom-UnitedStates/Local%20Assets/Documents/us\\_chs\\_MedicalTourismStudy\(1\).pdf](http://www2.deloitte.com/assets/Dcom-UnitedStates/Local%20Assets/Documents/us_chs_MedicalTourismStudy(1).pdf)> [Consulta: octubre del 2009]
- *Cross Border Health Services in the EU. Analytical Report* [en línia]. Flash Eurobarometer, Comissió Europea, juny del 2007. <[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl\\_210\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_210_en.pdf)> [Consulta: octubre del 2009].
- *Mapping the market for medical travel* [en línia]. The McKinsey Quarterly. McKinsey & Company, maig del 2008. <[http://www.lindsayresnick.com/Resource\\_Links/MedicalTravel.pdf](http://www.lindsayresnick.com/Resource_Links/MedicalTravel.pdf)> [Consulta: octubre del 2009].
- CENTRAL DE RESULTATS I D'ANÀLISI ECONÒMICA. *Impacte del pressupost de salut en l'economia catalana. Pressupost de salut de l'any 2009*. Barcelona: CatSalut, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, juliol del 2009.
- *Taules Input-Output de Catalunya 2001* [en línia]. Barcelona: IDESCAT, 2007 <<http://www.idescat.cat/es/economia/tioc/>> [Consulta: novembre del 2009].
- *Taules Input-Output de Catalunya 2005* [en línia]. Barcelona: IDESCAT, 2009 <<http://www.idescat.cat/es/economia/tioc/>> [Consulta: desembre del 2009].
- *Estratègies i instruments per sortir reforçats de la crisi* [en línia]. Fulls econòmics del sistema sanitari, núm. 38. Departament de Salut i CatSalut, Generalitat de Catalunya, octubre del 2009. <[http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/econo\\_sanitaria/efulls\\_38.pdf](http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/econo_sanitaria/efulls_38.pdf)> [Consulta: novembre del 2009].
- *Series històriques de capital públic en Espanya y su distribución territorial (1900-2005)* [en línia]. Fundació BBVA i IVIE, 2009. <[http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/areas/econosoc/bbdd/Capital\\_Publico.jsp](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/areas/econosoc/bbdd/Capital_Publico.jsp)> [Consulta: novembre del 2009].

- ARTÍS ORTUÑO, M.; SURINACH CARALT, J.; ROYUELA MORA, V.; VAYÁ VALCARCE, E. *Laportació del sector sanitari a l'economia catalana* [en línia]. Estudis Caixa Catalunya, núm. 005. Barcelona: Caixa Catalunya, novembre del 2007. <<http://www.caixacatalunya.com/caixacat/cat/ccpublic/particulars/publica/pdf/estudi05.pdf>> [Consulta: novembre del 2009].
- *Posicionament del Consorci Hospitalari de Catalunya en defensa del model sanitari català* [en línia]. Consorci Hospitalari de Catalunya, novembre del 2008. <[http://www.chc.es/pdf/publicacio\\_definitiu\\_coberta.pdf](http://www.chc.es/pdf/publicacio_definitiu_coberta.pdf)> [Consulta: novembre del 2009].
- *El sector hospitalari i la XHUP com a sector econòmic* [en línia]. Barcelona: Fundació Unió, abril del 2007. <<http://www.uch.cat/index.php?md=documents&id=1968&lg=cat>> [Consulta: novembre del 2009].
- *Sistema Nacional de Salud. España* [en línia]. Madrid: Institut d'Informació Sanitària. Ministeri de Sanitat i Política Social, 2008. <<http://www.msps.es/organizacion/sns/docs/SNS08.pdf>> [Consulta: novembre del 2009].
- RIVERA, M.; CURRAIS, L. «La inversión en salud como gasto público productivo: un análisis de su contribución al crecimiento económico». A: *Presupuesto y Gasto Público* 39/2005 [en línia]. Secretaria General de Pressupostos i Despeses: Institut d'Estudis Fiscals, 2005. <[http://www.ief.es/Publicaciones/Revistas/PGP/39\\_InversionSalud.pdf](http://www.ief.es/Publicaciones/Revistas/PGP/39_InversionSalud.pdf)> [Consulta: novembre del 2009].
- AUDET, D. «Government Procurement: A Synthesis Report» [en línia]. A: *OECD Journal on Budgeting*, vol. 2, núm. 3. OCDE, 2002. <<http://www.oecd.org/dataoecd/1/21/43506020.pdf>> [Consulta: novembre del 2009].
- ROVIRA, L.; MÉNDEZ-VÁSQUEZ, R. I.; SUÑÉN-PINYOL, E.; CAMÍ, J. *Caracterització bibliomètrica de la producció científica a Catalunya, 1996-2006* [en línia]. Barcelona: AGAUR-PRBB, 2007. <<http://bibliometria.prbb.org/ncrcat06>> [Consulta: novembre del 2009].
- MÉNDEZ-VÁSQUEZ, R. I.; SUÑÉN-PINYOL, E.; CAMÍ J. *Caracterització bibliomètrica de la producció de les principals institucions i centres de Catalunya: anàlisi de tendències dins del període 1992-2006* [en línia]. Barcelona: AGAUR-PRBB, 2007. <<http://bibliometria.prbb.org/tendenciascat06>> [Consulta: novembre del 2009].
- *Las TIC en el sistema nacional de salud. El programa Sanidad en Línea* [en línia]. Observatori Nacional de les Telecomunicacions i de la Societat de la Informació (ONTSI), Ministeri d'Indústria, Turisme i Comerç, 2008. <<http://www.ontsi.red.es/sanidad/articulos/id/3032/las-tic-el-sistema-nacional-salud.html>> [Consulta: novembre del 2009].
- Departament d'Agricultura, Alimentació i Acció Rural (DAR):  
[www.gencat.cat/dar](http://www.gencat.cat/dar)
- Estadístiques i observatoris del DAR. Gencat [en línia].  
<<http://www20.gencat.cat/portal/site/DAR/menuitem.aeeb7bee2285e53053b88e10b031e1a0/?vgnnextoid=e123361d78b24110VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=e123361d78b24110VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>> [Consulta: desembre del 2009].
- Ministeri de Medi Ambient i Medi Rural i Marí (MARM):  
[www.marm.es](http://www.marm.es)
- Informació econòmica sobre la cadena alimentària. Ministeri de Medi Ambient i Medi Rural i Marí [en línia] <[http://www.mapa.es/es/alimentacion/pags/Industria/informacion\\_economica/informacion\\_economica.htm](http://www.mapa.es/es/alimentacion/pags/Industria/informacion_economica/informacion_economica.htm)> [Consulta: desembre del 2009].



# Annexos



# Annex 1.

## Classificació del sector de la salut a la CCAE

### CCAIE-93: secció N «Activitats sanitàries i veterinàries, serveis socials»

Aquesta secció es desagrega en les subseccions, divisions, grups, classes i subclasses següents:

#### NN Activitats sanitàries i veterinàries, serveis socials

#### 85 Activitats sanitàries i veterinàries, serveis socials

- 851 Activitats sanitàries
  - 8511 Activitats hospitalàries
    - 85110 Activitats hospitalàries
  - 8512 Activitats mèdiques
    - 85120 Activitats mèdiques
  - 8513 Activitats odontològiques
    - 85130 Activitats odontològiques
  - 8514 Altres activitats sanitàries
    - 85141 Act. sanitàries de professionals independents (excepte metges)
    - 85142 Activitats de serveis d'ambulància
    - 85143 Laboratoris d'anàlisis clíniques d'anatomia patològica i similars
    - 85144 Altres activitats sanitàries
- 852 Activitats veterinàries
  - 8520 Activitats veterinàries
    - 85200 Activitats veterinàries
- 853 Activitats de serveis socials
  - 8531 Activitats de prestació de serveis socials amb allotjament
    - 85311 Acolliment de persones grans amb allotjament
    - 85312 Acolliment de persones amb discapacitat amb allotjament
    - 85313 Acolliment de menors amb allotjament
    - 85314 Acolliment de dones víctimes de violència domèstica
    - 85315 Altre acolliment amb allotjament
  - 8532 Activitats de prestació de serveis socials sense allotjament
    - 85321 Activitats de serveis socials a persones amb discapacitat
    - 85323 Activitats de serveis socials a domicili
    - 85326 Activitats d'atenció social primària
    - 85327 Activitats de serveis socials per a persones grans
    - 85329 Altres activitats de serveis socials sense allotjament

## CCAE-09: secció Q «Activitats sanitàries i de serveis socials»

Aquesta secció es desglossa en les divisions, grups i classes següents:

- 86 Activitats sanitàries
  - 861 Activitats hospitalàries
  - 862 Activitats mèdiques i odontològiques
    - 8621 Activitats de medicina general
    - 8622 Activitats de medicina especialitzada
    - 8623 Activitats odontològiques
  - 869 Altres activitats sanitàries
- 87 Activitats de serveis socials amb allotjament
  - 871 Activitats de serveis socials amb allotjament i cures d'infermeria
  - 872 Activitats de serveis socials amb allotjament a persones amb discapacitat psíquica, malalts mentals i drogodependents
  - 873 Activitats de serveis socials amb allotjament a persones grans i persones amb discapacitat física
    - 8731 Activitats de serveis socials amb allotjament a persones grans
    - 8732 Activitats de serveis socials amb allotjament a persones amb discapacitat física
  - 879 Altres tipus d'activitats de serveis socials amb allotjament
- 88 Activitats de serveis socials sense allotjament
  - 881 Activitats de serveis socials sense allotjament a persones grans i persones amb discapacitat
    - 8811 Activitats de serveis socials sense allotjament a persones grans
    - 8812 Activitats de serveis socials sense allotjament a persones amb discapacitat
  - 889 Altres tipus d'activitats de serveis socials sense allotjament
    - 8891 Activitats d'atenció diürna d'infants
    - 8899 Altres tipus d'activitats de serveis socials sense allotjament ncaa<sup>72</sup>

---

<sup>72</sup> ncaa: No comprès en altres apartats

## Annex 2.

### Pressupostos consolidats del CatSalut/ICS per capítols. Any 2009

Capítols de despesa	Pressupost del CatSalut*	% s/ total	Pressupost de l'ICS*	% s/ total	Pressupost consolidat*	% s/ total
Sous	21.881.000	0,2	1.610.668.625	59,6	1.632.549.625	17,76
Quotes	5.135.000	0,1	308.270.000	11,4	313.405.000	3,4
<b>I Remuneracions de personal</b>	<b>27.016.000</b>	<b>0,3</b>	<b>1.918.938.624</b>	<b>71,0</b>	<b>1.945.954.624</b>	<b>21,2</b>
Béns i serveis	36.077.480	0,4	539.486.566	20,0	575.564.046	6,3
MHDA de l'ICS			166.000.000	6,1	166.000.000	1,8
<b>Subtotal de béns i serveis</b>	<b>36.077.480</b>	<b>0,4</b>	<b>705.486.566</b>	<b>26,1</b>	<b>741.564.046</b>	<b>8,1</b>
Concerts	4.076.250.541	44,8	50.370.000	1,9	4.126.620.541	44,9
MHDA de concerts	314.888.500	3,5			314.888.500	3,4
<b>Subtotal de concerts</b>	<b>4.391.139.040</b>	<b>48,3</b>	<b>50.370.000</b>	<b>1,9</b>	<b>4.441.509.040</b>	<b>48,3</b>
<b>II Compra de béns i serveis</b>	<b>4.427.216.521</b>	<b>48,7</b>	<b>755.856.566</b>	<b>28,0</b>	<b>5.183.073.087</b>	<b>56,4</b>
Desplaçaments	16.705.955	0,2			16.705.955	0,2
Pròtesis	22.838.645	0,3			22.838.645	0,2
Farmàcia	1.698.880.138	18,7			1.698.880.138	18,5
Medicació Especial	1.803.666	0,0			1.803.666	0,02
Transferències a l'ICS	2.580.084.190					
Altres transferències	41.932.747	0,5	186.000	0,01	42.118.747	0,5
<b>IV Transferències corrents</b>	<b>4.362.245.342</b>	<b>47,9</b>	<b>186.000</b>	<b>0,01</b>	<b>1.782.347.152</b>	<b>19,4</b>
<b>Operacions corrents</b>	<b>8.816.477.863</b>	<b>96,9</b>	<b>2.674.981.190</b>	<b>99,0</b>	<b>8.911.374.863</b>	<b>96,9</b>
<b>VI Inversions reals</b>	<b>166.218.616</b>	<b>1,8</b>	<b>26.000.000</b>	<b>1,0</b>	<b>192.218.616</b>	<b>2,1</b>
Transferències a l'ICS	26.000.000	0,3				
Altres	24.034.577	0,3			24.034.577	0,3
<b>VII Transferències de capital</b>	<b>50.034.577</b>	<b>0,5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>24.034.577</b>	<b>0,3</b>
<b>Operacions de capital</b>	<b>216.253.193</b>	<b>2,4</b>	<b>26.000.000</b>	<b>1,0</b>	<b>216.253.193</b>	<b>2,4</b>
Aportacions de capital	65.146.792	0,7			65.146.792	0,7
Bestretes al personal	141.780	0,0	1.103.000	0,04	1.244.780	0,01
<b>VIII Actius financers</b>	<b>65.288.572</b>	<b>0,7</b>	<b>1.103.000</b>	<b>0,04</b>	<b>66.391.572</b>	<b>0,7</b>
<b>Operacions financeres</b>	<b>65.288.572</b>	<b>0,7</b>	<b>1.103.000</b>	<b>0,04</b>	<b>66.391.572</b>	<b>0,7</b>
<b>Total</b>	<b>9.098.019.628</b>	<b>100,0</b>	<b>2.702.084.190</b>	<b>100,0</b>	<b>9.194.019.628</b>	<b>100,0</b>

\*Xifres en euros

Font: CatSalut



## Annex 3.

# Nivells de cobertura sanitària

Els **programes d'interès sanitari del Departament de Salut** són el nivell mínim de cobertura que s'aplica per defecte a tota persona adulta empadronada a Catalunya. Cobreix només els programes sanitaris d'interès per a la salut pública.<sup>73</sup> En són beneficiaris:

- Els ciutadans que no estan afiliats a l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS).
- Els majors de 18 anys que no han sol·licitat assistència sanitària al CatSalut per cap de les dues possibles vies (manca de recursos econòmics o amb recursos econòmics però necessitats no cobertes).
- Les persones afiliades a mutualitats de funcionaris que trien rebre l'atenció sanitària en centres sanitaris privats.

La **cobertura sanitària general excepte farmàcia** és el nivell assignat a la població afiliada (activa i pensionista) a MUFACE, MUGEJU i ISFAS, i que trien rebre l'atenció sanitària en centres de la xarxa pública. Cobreix les mateixes prestacions que el nivell general, però no finança els medicaments prescrits en atenció primària.

El nivell corresponent a **empreses col·laboradores amb cobertura comuna** abasta un segment petit de treballadors actius de determinades empreses<sup>74</sup> que van subscriure convenis amb l'INSS i la Tresoreria de la Seguretat Social per ser empreses col·laboradores de la Seguretat Social. Garanteix els programes sanitaris d'interès per a la salut pública, les prestacions ortoprotètiques, la rehabilitació i el finançament del 60 % dels medicaments prescrits en atenció primària. La resta de prestacions les ha de finançar l'empresa.

Pel que fa a les **empreses col·laboradores amb cobertura comuna i farmàcia gratuïta** és un nivell de cobertura molt similar a l'anterior. Es diferencia bàsicament en el fet que cobreix el finançament del 100 % dels medicaments prescrits en atenció primària.

Per últim, el nivell de cobertura de **farmàcia parcial i programes d'interès sanitari del Departament de Salut** és el que s'aplica als treballadors en actiu de l'Ajuntament de Barcelona que són atesos per l'Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal (PAMEM) i als afiliats a l'extingida Mutualitat Nacional de Previsió de l'Administració local.

### Quadre. Assegurats del CatSalut, segons el nivell de cobertura. Any 2009

	Nombre assegurats (NIA)	%
Cobertura sanitària general farmàcia gratuïta	1.669.297	21,9
Cobertura sanitària general	5.758.198	75,6
Cobertura sanitària general excepte farmàcia	25.142	0,3
Empreses col·laboradores amb cobertura comuna	465	0,0
Empreses col·laboradores amb cobertura comuna i farmàcia gratuïta	1	0,0
Cobertura sanitària PAMEM	13.527	0,2
Programes d'interès sanitari Departament de Salut	145.081	1,9
<b>Total</b>	<b>7.611.711</b>	<b>100,0</b>

Font: Departament de Salut de la Generalitat. Dades de novembre del 2009

<sup>73</sup> Atenció a les drogodependències, atenció a la SIDA, vacunacions, etc.

<sup>74</sup> Per exemple, l'Autoritat Portuària de Barcelona

## Annex 4.

# Principals sectors arrossegats dels subsectors de la salut

Rànquing	Activitats hospitalàries (mercat)	Activitats hospitalàries (no mercat)	Activitats mèdiques (mercat), activitats odontològiques i altres activitats sanitàries	Activitats mèdiques (no mercat)	Activitats de serveis socials per a persones grans amb allotjament (mercat)	Activitats de serveis socials per a persones grans amb allotjament (no mercat)
1	Serveis hospitalaris (mercat)	Serveis hospitalaris (no mercat)	Serveis de consultes mèdiques (mercat), serveis d'odontologia i altres serveis sanitaris	Serveis de consultes mèdiques (no mercat)	Serveis socials amb allotjament proporcionat a persones grans (mercat)	Serveis socials amb allotjament proporcionat a persones grans (no mercat)
2	Serveis de consultes mèdiques (mercat), serveis d'odontologia i altres serveis sanitaris	Serveis de consultes mèdiques (mercat), serveis d'odontologia i altres serveis sanitaris	Serveis immobiliaris	Serveis de consultes mèdiques (mercat), serveis d'odontologia i altres serveis sanitaris	Serveis immobiliaris	Serveis de comerç a l'engròs i intermediaris (excepte vehicles de motor)
3	Serveis de comerç a l'engròs i intermediaris (excepte vehicles de motor)	Serveis de comerç a l'engròs i intermediaris (excepte vehicles de motor)	Serveis de comerç a l'engròs i intermediaris (excepte vehicles de motor)	Serveis de comerç a l'engròs i intermediaris (excepte vehicles de motor)	Serveis de comerç a l'engròs i intermediaris (excepte vehicles de motor)	Serveis de restaurants, d'establiments de begudes, de menjadors col·lectius i provisió de menjars preparats
4	Serveis industrials de neteja	Serveis industrials de neteja	Serveis jurídics, de comptabilitat i assessorament a la gestió empresarial	Serveis industrials de neteja	Serveis de restaurants, d'establiments de begudes, de menjadors col·lectius i provisió de menjars preparats	Serveis industrials de neteja
5	Serveis jurídics, de comptabilitat i assessorament a la gestió empresarial	Serveis de recerca i desenvolupament	Serveis de telecomunicacions	Serveis de mediació financera (excepte assegurances i plans de pensions)	Treballs de construcció d'edificis residencials	Treballs de construcció d'edificis residencials
6	Serveis de restaurants, d'establiments de begudes, de menjadors col·lectius i provisió de menjars preparats	Serveis de mediació financera (excepte assegurances i plans de pensions)	Serveis de mediació financera (excepte assegurances i plans de pensions)	Serveis immobiliaris	Serveis hospitalaris (mercat)	Serveis de producció i distribució d'energia elèctrica
7	Serveis immobiliaris	Serveis jurídics, de comptabilitat i assessorament a la gestió empresarial	Productes farmacèutics	Serveis de telecomunicacions	Gas manufacturat i serveis de distribució de combustibles gasosos, vapor i aigua calenta	Gas manufacturat i serveis de distribució de combustibles gasosos, vapor i aigua calenta
8	Productes farmacèutics	Serveis de restaurants, d'establiments de begudes, de menjadors col·lectius i provisió de menjars preparats	Treballs de construcció d'edificis no residencials	Serveis jurídics, de comptabilitat i assessorament a la gestió empresarial	Serveis industrials de neteja	Serveis hospitalaris (mercat)
9	Treballs de construcció d'edificis no residencials	Serveis de comerç al detall (excepte vehicles de motor) i de reparacions	Serveis de publicitat	Treballs de construcció d'edificis no residencials	Serveis jurídics, de comptabilitat i assessorament a la gestió empresarial	Serveis jurídics, de comptabilitat i assessorament a la gestió empresarial
10	Serveis de recerca i desenvolupament	Equips i instruments medicoquirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	Serveis industrials de neteja	Productes farmacèutics	Serveis de producció i distribució d'energia elèctrica	Serveis de telecomunicacions

Font: TIOC 2001, IDESCAT

## Annex 5.

### Comparació de les principals magnituds del sector de la salut. TIOC-2001 i TIOC-2005 a 65 branques i/o productes

Les taules input-output a 65 branques i/o productes defineixen el sector de la salut com el conjunt de les activitats sanitàries, les veterinàries i els serveis socials (Divisió 85 de la CCAE-93).

#### Coefficients multiplicadors

	Producció	Ocupació (per milió d'euros)	Valor afegit
Sector de la salut 2001	1,30	24,70	0,79
Sector de la salut 2005	1,32	19,06	0,85
Conjunt de l'economia 2001	1,45	15,73	0,64
Conjunt de l'economia 2005	1,46	12,66	0,65

#### Valor de la producció del sector de la salut

	MEUR corrents	% sobre el total
Any 2001	8.441,5	2,4
Any 2005	11.886,9	2,6

#### Demanda final del sector de la salut (consum de les llars i consum públic)

	MEUR	% sobre el total
Any 2001	7.512,8	8,3
Any 2005	10.720,4	9,0

	Consum públic (%)	Consum llars (%)	Total (%)
Any 2001	63,1	36,9	100,0
Any 2005	71,0	29,0	100,0

### Principals béns i serveis demandats pel sector de la salut

Any 2001	Any 2005
1 Serveis sanitaris i veterinaris i serveis socials	Serveis sanitaris i veterinaris i serveis socials
2 Productes químics	Productes químics
3 Equips i instruments medicoquirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria	Altres serveis empresarials
4 Altres serveis empresarials	Equips i instruments medicoquirúrgics, de precisió, òptica i rellotgeria
5 Serveis de comerç a l'engròs i intermediaris (excepte vehicles de motor)	Serveis de comerç a l'engròs i intermediaris (excepte vehicles de motor)
6 Serveis immobiliaris	Serveis immobiliaris
7 Serveis de restaurants, d'establiments de begudes, de menjadors col·lectius i provisió de menjars preparats	Serveis de comerç al detall (excepte vehicles de motor) i de reparacions
8 Serveis de mediació financera (excepte assegurances i plans de pensions)	Serveis de recerca i desenvolupament
9 Serveis de correus i telecomunicacions	Serveis de restaurants, d'establiments de begudes, de menjadors col·lectius i provisió de menjars preparats
10 Serveis de producció i distribució d'energia elèctrica	Serveis de correus i telecomunicacions
11 Treballs de construcció	Serveis de mediació financera (excepte assegurances i plans de pensions)
12 Serveis de recerca i desenvolupament	Treballs de construcció
13 Maquinària i equips mecànics	Serveis de producció i distribució d'energia elèctrica
14 Gas manufacturat i serveis de distribució de combustibles gasosos, vapor i aigua calenta	Gas manufacturat i serveis de distribució de combustibles gasosos, vapor i aigua calenta
15 Serveis de comerç al detall (excepte vehicles de motor) i de reparacions	Maquinària i equips mecànics





Cambra de Comerç  
de Barcelona

*Oficines i serveis:*

av. Diagonal, 452 | 08006 Barcelona

tel. 902 448 448

[www.cambrabcn.org](http://www.cambrabcn.org)

[cambra@cambrabcn.org](mailto:cambra@cambrabcn.org)

*Seu Corporativa:*

Casa Llotja de Mar

passeig d'Isabel II, 1 | 08003 Barcelona

---