

SANIDAD Y DESARROLLO ECONOMICO

Norberto Sanfrutos Velázquez

años de Historia de la Economía de la Salud en España han hecho que cada vez sea más frecuente encontrarse con estos estudios y, hoy, forman un auténtico “fondo de conocimientos” cada vez más útil a los que se ocupan o preocupan de estos temas.

No son tantos, ni con tanta consistencia, sin embargo, los estudios sobre los efectos que la Salud y, sobre todo, los sistemas sanitarios tienen sobre la situación económica concreta de un determinado territorio, y sus posibilidades de Desarrollo, así como los análisis sobre “las consecuencias económicas de los problemas sanitarios” en términos de B.A. Smith (1976); estudios éstos que prácticamente tan sólo se han desarrollado en los países anglosajones y que se pueden contar con los dedos de la mano los existentes en nuestro país y en la literatura en lengua castellana.

1. ECONOMIA, SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS

1.1. El análisis Económico y la Salud

Uno de los efectos que ha tenido la preocupación por la eficiencia en los Servicios Sanitarios y, por tanto, el ocuparse más por la adecuación del gasto sanitario que por su volumen, ha sido el que cada vez sea mayor el uso de instrumentos analíticos de la ciencia económica en el Sector de los Servicios Sanitarios y, más ampliamente, en el Sector de la Salud.

Los aumentos del gasto sanitario, producido en la década de los 70 y 80, como consecuencia del incremento en los costes de producción del Servicio Sanitario, han obligado a políticos y gestores a que uno de los objetivos fundamentales sea, usando las ideas de Fuchs, el conseguir que la cantidad de recursos dedicados a Salud, su combinación y distribución en el territorio así como su asignación entre gasto corriente (gasto presente) y gasto de inversión (gasto futuro) sea la óptima.

Para este objetivo, la economía —como conjunto de técnicas e instrumentos para la toma de decisiones— ha jugado un papel —y lo habrá de jugar aún más en el futuro— esencial.

Se han hecho análisis importantes sobre el bien salud, que, por una parte, goza de las características de un bien público pero también privado; sobre la oferta y demanda, haciendo estudios cada vez más serios tanto de las funciones de producción y coste como de los elementos diferenciadores de las funciones de demanda del bien sanitario. Los últimos diez

1.2. Desarrollo Económico y Salud

Hoy está aceptado por todos que hay tres tipos de variables que determinan el nivel de salud de una población, medida ésta por los patrones de morbi-mortalidad al uso (esperanza de vida, incidencia de diversos tipos de enfermedades, tasas de mortalidad etc...). Estilos de vida, condiciones medioambientales y consumo de bienes y servicios son los nombres genéricos que reciben este triple conjunto de variables y que engloban, dentro de cada uno de ellas, muchos elementos con una incidencia importante sobre la salud de la población.

Los efectos que sobre este triple conjunto tiene el nivel de renta, y por tanto, el nivel de desarrollo de un país ha sido puesto de manifiesto por diversos estudios empíricos y forma parte del acervo analítico de todos los sanitarios (epidemiólogos, administradores sanitarios, economistas y sociólogos de la salud... etc). Este acervo analítico puede concretarse en varias líneas de trabajo.

En primer lugar se sabe que a medida que aumenta el nivel de renta de un país, disminuyen las tasas de mortalidad y aumenta, por tanto, la esperanza de vida de su población, pero esto ocurre hasta un determinado nivel de desarrollo a partir del cual los aumentos de éste no producen prácticamente variaciones en los índices citados. En términos de Fuchs (1974), la relación entre renta per cápita y mortalidad se va haciendo con el tiempo cada vez más débil e inclusive desaparece para ciertos grupos de renta.

Tanto los estilos de vida, manifestados en la alimentación, consumo de determinados bienes perjudiciales para la salud, vivienda e higiene personal, entre otros, como las condiciones medioambientales, se ven favorecidos a medida que aumenta el nivel de renta de un determinado país, pero estas mejoras tienen escasa relevancia cuando se alcanzan determinados niveles de renta. Así pues, en los primeros estadios del desarrollo, los cambios en los estilos de vida así como en las condiciones medioambientales derivadas de las medidas de salud pública, traen consigo unas mejoras manifiestas en el estado de salud de la población, pero estas mejoras no son tan evidentes a partir de un determinado momento, sobre todo si se miden en términos de esperanza de vida y tasas de mortalidad.

¿Es esto consecuencia de la Ley de Rendimientos Decrecientes o es consecuencia de que el desarrollo trae consigo también efectos nocivos para la salud? Porque, así como el desarrollo económico trae consigo la desaparición de ciertas patologías (las enfermedades del subdesarrollo tales como el cólera, la peste, poliomiélitis, paludismo, tifus, infecciones gonocócicas, rabia, etc...), también es cierto que trae consigo otras –las patologías del desarrollo– concretadas en enfermedades cardiovasculares, distintos tipos de tumores, accidentes de trabajo y tráfico... etc; y aunque el diferencial es favorable, lo cierto es que quizás, no permita una mayor esperanza de vida como consecuencia del desarrollo de estas “distintas patologías”.

El segundo conjunto de proposiciones en lo que a relaciones entre desarrollo económico y salud se refiere, tiene una mayor consistencia empírica y se refiere a las relaciones entre crecimiento económico y consumo de bienes y servicios sanitarios.

Así, tanto el volumen de gastos sanitarios como los costes de provisión del servicio son mayores a medida que aumenta el crecimiento económico. Existe una correlación perfecta entre ambas variables expresándose ésta, tanto en la relación entre gasto sanitario y renta per cápita, como en que cuanto mayor es el Producto Nacional de un país, mayor es la parte de éste que se dedica a asistencia sanitaria. Dependiendo de la forma de financiación de los servicios sanitarios, en un país se verá más o menos clara dicha relación, pues si la financiación es pública lo que aumenta es el gasto público y no la parte de renta individual dedicada a salud.

En conclusión, el nivel de gasto sanitario de un determinado país viene determinado por el nivel de desarrollo de éste en base a que el nivel del gasto sanitario depende, por una parte, de la Oferta de Servicios y, por otra, del coste de provisión de esos servicios.

A medida que aumenta el nivel de desarrollo, la sociedad y los individuos demandan mayores servicios cuyos efectos sobre el estado de salud de la población, no son tan evidentes por cuanto que cada aumento adicional se irá dedicando a enfermedades menos graves (aliviar síntomas o eliminar la ansiedad, entre otros) o permitir una mejor toma de decisiones a los profesionales con el apoyo de mejor información diagnóstica. En términos concretos, los beneficios para el estado de salud de una población de un programa de vacunaciones masivo son enormes y los costes son muy reducidos; mientras que un programa de trasplantes tiene unos beneficios escasos y los costes muy altos. A medida que aumenta el nivel económico los individuos demandan este segundo tipo de servicios porque los primeros los tiene ya cubiertos. Así pues, las sociedades desarrolladas demandan cada vez más Servicios cuyas características son más parecidas a las descritas en primer lugar.

Pero el nivel de gasto sanitario aumenta también cuando lo hacen los costes de provisión del servicio. Costes de provisión en cuya estructura, el personal directo supera el 65% y tan sólo un 35% se refiere a bienes y servicios necesarios para el funcionamiento de los centros, incluidos los medios de diagnóstico y las prescripciones farmacológicas de los facultativos.

Así, los cambios en el mercado de trabajo (aumento salarial, inexistencia de profesionales) traerá consigo una reducción del volumen de servicios sanitarios –cuando éstos se pagan privadamente–; o un aumento de los costes de provisión –si su financiación es pública, es decir, hay un tercer pagador–.

Esta característica se acentúa en este sector, intensivo en mano de obra, como lo son todos los servicios personales, donde los aumentos en los costes laborales no pueden compensarse con aumentos del capital productivo y reduciendo personal, es decir, aumentando la productividad. Se da la paradoja, por tanto, de que en este sector las mejoras tecnológicas no traen consigo reducciones de plantilla sino todo lo contrario.

Concluyendo, con palabras de B.A. Smith (1976) el progreso económico varía el carácter y distribución geográfica de las necesidades y de los servicios sanitarios. Como este progreso trae consigo nuevas necesidades sanitarias cuyos costes de provisión son más altos, el aumento del gasto sanitario es un resultado del mismo por mucho que su incidencia en la mejora del estado de salud de la población no sea alta, sobre todo si se expresa en términos de esperanza de vida.

1.3. Salud y Servicios Sanitarios. Sus efectos sobre el desarrollo Económico.

Aunque no sobran los estudios empíricos sobre las relaciones entre salud y situación económica de un determinado país, sobre todo los que se refieren a los efectos económicos de la ausencia de salud o enfermedad en una sociedad, podemos decir que los efectos de la salud sobre la situación económica se manifiestan fundamentalmente en una doble vía.

Por una parte, incrementando el número de horas-hombre disponibles o disminuyendo el número de jornadas de trabajo perdidas, debido a una reducción de la morbilidad y disminución de la incapacidad, así como de las distintas tasas de mortalidad.

Pero también aumentando la calidad y productividad de la fuerza de trabajo. Una clara manifestación de la teoría del capital humano que considera que la productividad de las personas aumenta por medio de inversiones en educación, formación y en salud, con lo que ésta consigue ser no sólo un fin en sí misma, sino un medio para conseguir otras cosas.

En este caso, las inversiones en salud serían las dedicadas a mejoras en la nutrición, en la salud pública o en servicios sanitarios, lo que daría al traste con la consideración de gastos corrientes que tienen los gastos sanitarios.

Consecuencia del aumento del consumo de bienes y servicios sanitarios y, por tanto, del gasto sanitario, es también la influencia que este subsector del Sector Servicios tiene en la economía de un país donde, para el caso de España, llega a representar una cifra cercana al 4% de la población activa total y casi un 7% de la del Sector Servicios. (Ver Cuadro 1).

Cuadro 1

POBLACION OCUPADA EN EL SECTOR SANITARIO

Años	Población ocupada	% Respecto al Sector Servicios	% Respecto al Total
1981	228.000	5,59	2,58
1982	294.400	5,60	2,66
1983	331.500	6,30	3,02
1984	330.800	6,35	3,10
1985	343.000	6,49	3,24
1986	377.100	6,71	3,48
1987	375.700	6,29	3,30
1988	380.400	6,08	3,37
1989	426.600	6,44	3,48

Fuente: Boletín de Estadísticas Laborales. n° 77. M.T. y S.S. Madrid, 1990.

No sólo tiene efectos sobre el nivel de empleo sino sobre otras variables básicas de la economía, afectando a sectores importantes de la alta tecnología y de la producción del sector químico farmacéutico.

En Andalucía, el Sector Sanitario tiene un gran peso económico en toda la región, con más de 24.000 camas disponibles se convierte en un foco de atracción y desarrollo económico debido a los efectos multiplicadores sobre el consumo de bienes y servicios en las localidades donde se ubica un centro sanitario. Además, es un hecho constatado que todas las inversiones industriales y turísticas consideran la existencia de infraestructuras sanitarias como uno de los elementos claves para su ubicación en un determinado territorio. De este modo, la preocupación por el volumen del gasto así como por sus tasas de crecimiento, debería relacionarse con el total de los efectos directos que el Sistema Sanitario tiene sobre la economía (empleo, inversión, etc...), así como con los efectos inducidos sobre el nivel de desarrollo de un país. Es decir, no sólo la situación económica afecta a la salud, sino que, también ésta y, sobre todo, los servicios sanitarios, juegan cada vez más un papel muy relevante para la economía de un determinado territorio.

1.4. Los indicadores de Salud en Andalucía.

La Comunidad Autónoma presenta unos indicadores sanitarios típicos de una región en vías de desarrollo, con una práctica desaparición de la incidencia de enfermedades de declaración obligatoria, sobre todo a partir de 1982, año en que se inició una política muy combativa en el terreno de las vacuna-

Cuadro 2

INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA (CASOS DECLARADOS)				
1988		1982	1985	
TOS FERINA	E	133,38	153,92	35,77
	A	286,19	336,42	68,86
TUBERCULOSIS	E	21,05	27,31	20,95
	A	20,20	18,92	14,89
HEPATITIS	E	60,52	113,47	65,69
VIRICA	A	122,09	140,73	67,30
INFECCIONES	A	27,20	79,41	50,13
GONOCOCICAS	E	29,30	57,94	57,81
SARAMPION	E	421,70	204,97	55,98
	A	612,00	553,69	37,71
PALUDISMO	E	0,17	0,25	0,36
	A	0,15	0,30	0,06
POLIOMIELITIS	E	0,04	0,01	0,01
	A	0,02	0,00	0,04
TETANOS	E	0,12	0,19	0,12
	A	0,17	0,14	0,06

Fuente: Indicadores de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. E= España; A= Andalucía. Tasas por 100.000 habitantes.

ciones obligatorias que ha permitido llegar a los 90 con la práctica desaparición de las enfermedades del Subdesarrollo, si excluimos algunos casos o brotes aislados (Cuadro 2).

Al mismo tiempo, sin embargo, comienza a ser preocupante determinados tipos de patologías relacionadas con el crecimiento económico, como ocurre en el resto del Estado y en el contexto europeo.

La consecuencia es una reducción de las tasas de mortalidad (Cuadro 3) y, por tanto, un aumento de la esperanza de vida, lo que permite decir que nos encontramos con unos indicadores sanitarios comparables a cualquier región del Estado.

En congruencia con los análisis anteriores, el gasto sanitario también ha crecido y a un ritmo superior al del resto del Estado, debido a varias razones. En primer lugar al propio índice de crecimiento económico andaluz, que está creciendo a tasas superiores a las del resto de las regiones. Este crecimiento ha supuesto unas necesidades superiores y con ritmo de crecimiento mayor a la media del Estado.

Pero, en segundo lugar, debido a la propia estructura de producción del servicio andaluz en el que prácticamente la provisión privada no ha tenido papel alguno y el Sector Público soporta la presión no sólo de sus beneficiarios, sino la del Sector de financiación pública y gestión privada (Mutuas de Accidentes de Trabajo, Entidades de previsión obligatorias y empresas colaboradoras en la gestión de la asistencia sanitaria) e incluso del propio sector

Cuadro 3

INDICADORES DE SALUD EN ANDALUCIA							
		1960	1965	1970	1975	1980	1985
MORTALIDAD INFANTIL	E	41,87	35,87	26,31	18,88	12,34	8,92
	A	38,81	37,16	28,70	21,66	13,11	10,18
MORTALIDAD NEONATAL	E	18,42	18,05	15,63	12,57	8,50	5,93
	A	17,15	19,66	18,21	15,29	9,38	6,87
MORTALIDAD POSTNEONATAL	E	23,45	17,83	10,68	6,32	3,84	2,99
	A	21,66	17,50	10,49	6,37	3,73	3,31
MORTALIDAD PERINATAL	E	36,60	30,91	25,48	21,09	14,46	10,96
	A	37,67	36,05	31,33	25,05	17,89	14,13
MORTALIDAD MATERNA	E	6,76	5,33	3,29	2,17	1,10	0,44
	A	6,38	5,35	4,18	3,54	1,21	0,41

Fuente: Indicadores de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1990. E= España; A= Andalucía.

estrictamente privado (sector del seguro de asistencia sanitaria libre) en lo que a asistencia hospitalaria se refiere.

Por último, la extensión territorial y la dispersión de la población ha obligado a un programa de inversiones en centros y servicios que traerán consigo en los próximos años un mayor crecimiento del gasto sanitario en Andalucía.

2. EL SECTOR SANITARIO EN LA ECONOMÍA ANDALUZA

2.1. Una Estimación del gasto Sanitario Total en Andalucía

Para evaluar la dimensión del sector Sanitario y su significación en la economía andaluza, es necesario conocer el volumen total de gasto sanitario, su forma de financiarse (impuestos, primas de seguros o precios), así como de quien depende patrimonialmente los diferentes centros y servicios sanitarios (Estado, CC.AA, Corporaciones Locales, Entes Benéficos, Personas físicas o jurídicas, particulares, etc...). Prácticamente todos estos datos se tienen, aunque referidos a los gastos en asistencia hospitalaria pero son más difusos –y se conocen menos– cuando se trata de los otros tipos de Servicios Sanitarios.

Los estudios sobre el gasto sanitario son recientes en nuestro país y coinciden en el tiempo con el nacimiento del Estado Autonómico. Prácticamente todas las CC.AA. comenzaron su quehacer político en el terreno sanitario con el encargo de un estudio sobre el gasto sanitario como la forma más idónea para conocer el Sector.

El estudio pionero que aparece es el firmado por M. Rodríguez (1984) referido a 1981, que prácticamente fija la metodología que, con muy pocas innovaciones, han seguido el resto de los trabajos que sobre este tema se han realizado.

Si bien las bases para el subsector público son relativamente fiables (lo que presupuestan las distintas administraciones públicas para la función sanidad), no lo es tanto la relativa al subsector privado por cuanto que su base fundamental se encuentra en la Encuesta de Presupuestos Familiares y ésta se hizo para el año 1981. A partir de 1985 lo que hace

el Instituto Nacional de Estadística es una Encuesta Continua de Presupuestos Familiares en la que aparecen los Servicios Médicos y gastos sanitarios clasificados en los subgrupos de la Encuesta de 1981: Productos farmacéuticos, aparatos Terapéuticos y otro material, Servicios de Médicos, A.T.S. y otros, Gastos de hospitalizaciones, Seguros de Accidentes y Enfermedad y Gastos no desglosables.

Andalucía encargó este estudio referido a 1984 (Ver Cuadro 4) a la Cátedra de Econometría de Málaga. En base a este estudio se llega a estimar el gasto total en 196.045 millones en dicho año, siendo su composición en un 81% financiado por el sector público y en un 19% por el sector privado.

Merece destacarse que la significación del gasto privado es importante en el sector de asistencia no hospitalaria y farmacia, que representa cerca de un 30% cada uno del Gasto Total, consecuencia del uso del médico privado para los asuntos menos importantes –que sirvió de base para la reforma de la Atención Primaria– y del ticket moderador en la farmacia, es decir, el 40% de aportación del usuario.

Es prácticamente inexistente el Sector Hospitalario, aunque los datos del citado estudio se refieren al gasto y no a la provisión por lo que se considera público cuando el hospital privado está concertado.

Cuadro 4

EL GASTO SANITARIO EN ANDALUCÍA EN 1984

Concepto	Gasto Público		Gasto Privado		Gasto Total
		%		%	
Asist. no hosp.	36.980	69,24	16.423	30,76	53.403
Farmacia	33.792	69,69	14.696	30,31	48.488
Asist. hospit.	84.203	9,36	540	0,64	84.743
Otros	3.886	41,29	5.525	58,71	9.411
Total	158.861	81,03	37.184	18,97	196.045

Fuente: El Gasto Sanitario en Andalucía 1984. Consejería de Salud. Universidad de Málaga.

En ese mismo estudio se hace una estimación del significado del Sector Sanitario en el PIB llegando al 7,18% superando esta cifra tan sólo las provincias de Córdoba, Granada y Sevilla. De este 7,18%, un 5,82% se debía al Sector Público y tan sólo el 1,36% al Sector Privado.

Si la comparación se hace con respecto al PIB del Sector Servicios, el papel que juega en éste el sector sanitario se acerca al 12% con especial significación en Almería (13,61%), Granada (15,54%) y Jaén (14,56%).

Desde 1984 hasta hoy el crecimiento del gasto sanitario ha sido importante y su significación ha crecido respecto al privado. Podemos decir que en 1988 el Sector Privado ha perdido puntos a favor del público, suponiendo éste el 82,3% y un 17,7% el privado, con lo que en términos de PIB la relación se mantiene en torno al 7,20 por ciento.

La provisión del servicio se realiza esencialmente por el SAS como ente integrador de todos los servicios sanitarios públicos, jugando el resto un papel relativamente marginal. En el cuadro adjunto hemos tratado de describir las características esenciales del Sector Sanitario en Andalucía

2.2. El Sector de Servicios Sanitarios Privados

Aunque no sea el mejor indicador, la oferta sanitaria suele medirse a través del número de camas existentes en un determinado territorio. Se obvia,

por tanto, otro tipo de recursos sanitarios tanto o más importantes en la producción del bien salud pero que no expresan tan gráficamente y con un solo dato la situación sanitaria.

La oferta sanitaria privada en Andalucía está, pues, representada por 5.049 camas de las que un 28% corresponden al Sector Privado sin ánimo de lucro, incluyendo en este subgrupo la Iglesia, la Cruz Roja y las fundaciones benéfico-asistenciales y un 72% corresponden al sector estrictamente privado.

Este 22% de los recursos asistenciales hospitalarios podría abocarnos a falsas conclusiones si no hiciéramos un análisis más pormenorizado del mismo (véase el Cuadro 6). Así, de las 5.049 camas, 739 son psiquiátricas y concentradas en Málaga, 2.868 son generales distribuidas en 20 centros con tamaño medio de 286 camas; un tamaño ideal para la gestión si no fuera por la desigual distribución del mismo. Igual puede decirse respecto a los quirúrgicos cuyo tamaño medio ronda las 75 camas.

De las 5.049 camas, 2.353 están concertadas con el Sistema Público, es decir, están financiadas públicamente, gestionadas privadamente y dedicadas a

Cuadro 5

CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL SECTOR DE SERVICIOS SANITARIOS EN ANDALUCÍA

Proveedor	Financiación	Gestión	Situaciones protegibles	Colectivo protegido	Tipo de servicio	Indicadores de recursos
SAS	Pública	Pública	Todas	6.878.000	Salud Pública Asist. Sanit. Rehabilitación Formación Farmacia	19.936 camas 60 Distritos de AP. 71.500 personas
Mutuas de AT. y EP.	Pública	Privada (Control Público)	Derivadas de AT. y E.P.	1.178.171	Prevención Asistencia Rehabilitación	0 Camas 79 Centros de Rehabilitación 371 personas
Entidades de previsión social oblig.	Pública	Privada	Todas	372.000	Asist. Sanit.	¿?
Privado concertados	Pública	Privada	Todas	—	Asistencia	2.343 camas
Resto privados	Privada	Privada	Volunt.	—	Asistencia	1.706 camas

Cuadro 6

CAMAS PRIVADAS SEGUN FINALIDAD EN ANDALUCIA

Provincia	General		Quirúrgico		Maternal		Psiquiátrico		Total	
	Camas	Nº	Camas	Nº	Camas	Nº	Camas	Nº	Camas	Nº
Almería	142	1	90	3	—	—	—	—	232	4
Cádiz	1.163	6	—	—	12	1	—	—	1.175	7
Córdoba	—	—	226	3	—	—	—	—	226	3
Granada	182	1	280	2	—	—	—	—	462	3
Huelva	160	1	41	2	—	—	—	—	201	3
Jaén	—	—	234	3	—	—	—	—	234	3
Málaga	702	6	121	2	—	—	725	3	1.548	11
Sevilla	519	5	438	4	—	—	14	1	971	10
Total	2.868	20	1.430	19	12	1	739	4	5.049	44

Fuente: Catálogo de Hospitales de Andalucía. Dirección General de A.S. a 31-1-90.

Cuadro 7

NUMERO DE CAMAS Y CENTROS SEGUN PROPIEDAD DISTRIBUIDOS POR PROVINCIAS

Provincia	S.A.S.		Municipales		Privados		Total	
	Camas	Nº	Camas	Nº	Camas	Nº	Camas	Nº
Almería	960	4	0	—	232	4	1.192	8
Cádiz	2.680	6	0	—	1.175	7	3.856	13
Córdoba	1.963	5	47	1	226	3	2.236	9
Granada	3.171	6	0	—	462	3	3.633	9
Huelva	1.111	5	0	—	201	3	1.312	8
Jaén	1.917	6	0	—	234	3	2.151	9
Málaga	3.070	7	52	1	1.548	11	4.670	19
Sevilla	4.063	8	148	3	971	10	5.182	21
Total	18.935	47	247	5	5.049	44	24.232	96

Fuente: Catálogo de Hospitales de Andalucía a 21-11-90. D. Gral. de Asistencia Sanitaria, S.A.S.

Se han considerado crónicos los hospitales psiquiátricos transferidos de las Diputaciones Provinciales y básicamente crónicos las transferencias de AISN.

(El Tomillar, Los Morales, Dr. Sagaz y Alonso Vega).

Cuadro 8

EVOLUCION POR CAPITULOS DE LOS PRESUPUESTOS INICIALES DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
(MILLONES DE PESETAS)

RUBRICAS	Presupuest. Presupuest.					Presupuest. Presupuest. Anteproy.					VARIACION PORCENTUAL				
	Inicial 1985	Inicial 1986	Inicial 1987	Inicial 1988	Inicial 1989	Inicial 1990	Inicial 1991	Presupuesto 86/85	87/86	88/87	89/88	90/89	91/90		
Gastos de personal	93.836	105.934	116.501	150.220	194.358	233.204	263.539	12,89	9,98	28,94	29,38	19,99	13,01		
Gastos Bienes y Servicios	20.393	22.716	25.326	38.513	43.757	45.949	50.151	11,39	11,49	52,07	13,62	5,01	9,14		
Conciertos	10.791	11.130	11.686	10.738	12.301	12.524	15.596	3,14	5,00	-8,11	14,56	1,81	24,53		
Farmacia	31.119	30.504	35.504	37.508	43.390	49.521	57.651	-1,98	16,39	5,64	15,68	14,13	16,42		
Otras transferencias	1.605	1.700	1.802	3.546	5.053	6.198	6.510	5,92	6,00	96,78	42,50	22,66	5,03		
Amortizaciones	1.445	1.445	1.766	2.729	2.876	2.876	2.840	0,00	22,21	54,53	5,39	0,00	-1,25		
TOTAL OPERACIONES CORRIENTES	159.189	173.429	192.585	243.254	301.735	350.272	396.287	8,95	11,05	26,31	24,04	16,09	13,14		
Inversiones reales	6.742	6.821	7.162	12.761	17.568	13.998	15.998	1,17	5,00	78,18	37,67	-20,32	14,29		
Activos financieros	0	0	150	150	150	150	150	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Pasivos financieros	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
TOTAL DE OPERACIONES CAPITAL	6.742	6.821	7.312	12.911	17.718	14.148	16.148	1,17	7,20	76,57	37,23	-20,15	14,14		
TOTAL PRESUPUESTO	165.931	180.250	199.897	256.165	319.453	364.420	412.435	8,63	10,90	28,15	24,71	14,08	13,18		

FUENTE: Dirección General de Programación Económico-Financiera. Consejería de Salud.

atender la población cubierta por la Seguridad Social. Hay, pues, un 46,60% de las camas totales y un 55% de las camas generales y quirúrgicas dedicadas al sector público. Ello significa que para atender al colectivo protegido por Mutuas, Entidades de Previsión Social Obligatoria, empresas colaboradoras y seguros libres de asistencia sanitaria, que puede sumar cerca de 2 millones de personas, tan sólo hay 1.957 camas, una tasa de 0,97% por 1.000, tasa manifiestamente insuficiente.

2.3. El Sector de Servicios Sanitario Públicos

El Sector Sanitario Público en Andalucía está compuesto fundamentalmente por el S.A.S., una vez integrados en el mismo los recursos provenientes de la Administración Educativa (Hospitales Universitarios), Administración Central (AISN y Sanitarios Locales junto con las funciones de Salud Pública) y Administración Local (Hospitales de las Diputaciones, Servicios de Salud Mental, así como los Hospitales Municipales).

Se ha convertido –con los problemas que conlleva, pero también con las ventajas– en el único órgano público para poner en práctica la política sanitaria de la Comunidad Autónoma sin distinguir la situación del sujeto, ni la de las prestaciones, lográndose, por tanto, la universalización subjetiva y objetiva con las restricciones contempladas en la Ley General de Sanidad.

Tanto por el volumen de recursos que administra –412.435 millones– como por el número de personas que dependen del mismo –71.500 directamente y un número mayor si consideramos el empleo indirecto–, el S.A.S. es la mayor empresa de Andalucía. Los efectos de esta macroempresa de servicios sobre la situación económica de Andalucía son evidentes y sus problemas, sobre todo en lo que a financiación se refieren, pueden influir no sólo en el sistema de prestación de servicios sanitarios, sino en el de los servicios públicos, en general, en la coyuntura económica de la región.

Los problemas que el Sector de Provisión de Servicios Sanitarios tiene hoy día, no se reducen sólo al Sector Público, pero son los que más efectos

tienen sobre la situación económica, dado el volumen de gasto público que representa la función de Sanidad en el Estado pero sobre todo en las CC.AA.

A pesar de los crecimientos que éste ha tenido en los últimos siete años –se han multiplicado por 2,5 en términos de presupuesto inicial y mucho más en términos de presupuesto liquidado–, ello no se ha traducido en una mejor respuesta, sino todo lo contrario, ha traído consigo una mayor presión asistencial y un aumento de los tiempos de espera para recibir determinados servicios.

Esta situación está obligando –no sólo en Andalucía, sino en España y en el resto de Europa– a la búsqueda de nuevos modelos de funcionamiento de los servicios sanitarios donde la garantía de la equidad, a la que debe responder el Sector Público, esté basada en la utilización eficiente de los recursos públicos, estén gestionados por el mismo o por otro tipo de proveedores sanitarios.

BIBLIOGRAFIA

ARTELLS, J.J. 1987. *Economía Política., Economía y Salud: sugerencias para una estrategia de Investigación en Sociedades, Saude y Economía.* ENSP, Lisboa.

CIS, 1990. *Estructura Social y Salud. Estudios y Encuestas.* Madrid.

DURAN, M.A. 1983. *Desigualdad Social y Enfermedad.* Tenos. Madrid.

CULLIS Y WEST. 1984. “Introducción a la Economía de Salud”. Desdée de Brouwer. Bilbao.

FUCHS, V.R. “Some economic aspects of Mortality in developed countries”. Mark. Perlwean, ed. *The economics of Health and medical care.* London and Basigstoke. Macmillan. 1974.

GODOY CASTILLO. 1984. “Salud y cambio Social”. Editorial 24X. Madrid.