

FACTORES DETERMINANTES DA DEMANDA DE SAÚDE: EVIDENCIA EMPÍRICA DO GASTO SANITARIO PRIVADO EN GALICIA

BERTA RIVERA CASTIÑEIRA* / LUIS C. CURRAIS NUNES**

*Departamento de Economía Aplicada I / ** Departamento de Análise Económica
Facultade de Ciencias Económicas e Empresariais
Universidade da Coruña

Recibido: 20 outubro 1997

Aceptado: 13 xaneiro 1998

Resumo: Neste traballo expóñense os aspectos básicos do sector sanitario reflectidos na demanda de servizos sanitarios. Para iso describíranse dous modelos de demanda sanitaria que tratarán de explica-la elección de recursos sanitarios dende a perspectiva dun axente representativo. Para o caso de Galicia, tomando como base a EPF, a evidencia empírica demostra un gasto sanitario privado lixeiramente inferior á media nacional, un gran volume destinado a gastos cubertos pola Seguridade Social e unha escasa tradición aseguradora. Así mesmo, próbase a influencia directa e significativa de variables como o nivel de renda, a escolarización e a idade sobre o gasto sanitario privado.

Palabras Clave: Demanda de servizos sanitarios / Mercados médicos / Gasto privado en sanidade / Seguridade Social / Custo da saúde / Demanda inducida.

THE DETERMINATIVE FACTORS OF HEALTH DEMAND: EMPIRICAL EVIDENCE OF PRIVATE HEALTH EXPENDITURE IN GALICIA

Summary: In this paper we examine the fundamental aspects of the health sector reflected in health services demand. We consider two health demand models in order to explain the choice of resources by a representative agent. In the case of Galicia, taking into account the National Household Survey 1990-91, the empirical evidence demonstrates that private health expenditure is slightly lower than national average, a great volume destined to covered spending by the Social Security system and a scanty insurance tradition. Furthermore, we demonstrate the direct and significant influence of some variables such as income level, schooling and age on private health expenditure.

Keywords: Health services demand / Medical markets / Private health expenditure / Social Security System / Health costs / Induced demand.

INTRODUCCIÓN

Coa expansión do estado do benestar nos países desenvolvidos, fíxose patente unha universalización da asistencia sanitaria e un maior crecemento do gasto en saúde, tanto público, derivado dunha maior participación do sector público na sanidade, como privado. A finalidade é conseguir manter e mellora-lo estado de saúde da poboación adquirindo así a sanidade un carácter social.

Sen embargo, este obxectivo entra en conflito cunha demanda crecente de servizos sanitarios por parte dos cidadáns e un volume limitado de recursos econó-

nicos, o cal se complica aínda máis se se intenta tamén a mellora na calidade dos servicios ofrecidos. A resposta neste sentido foi a busca dunha mellora da eficiencia realizada de moi diversas formas segundo os distintos países.

De aí o importante avance da economía nesta área nas dúas vertentes descritas, a provisión e o financiamento de servicios sanitarios ás que engadirémo-la produción, xa que o sector sanitario contribúe de maneira importante á xeración de emprego e de valor engadido xa que forma parte da estrutura productiva dun país.

Neste traballo pretendemos contribuír ó coñecemento de aspectos do sector da saúde reflectidos na demanda de servicios sanitarios. Para iso, en primeiro lugar analizarémo-la demanda de saúde dende unha perspectiva clásica para, a continuación, analiza-lo modelo alternativo de Grossman que difire das aproximacións tradicionais. O obxectivo será mostrar cáles son as razóns que levan ó individuo a consumir servicios de saúde e qué factores poden influír no seu comportamento.

Por último, atópase a parte empírica do traballo, na que se trata de reflectir-la demanda sanitaria no ámbito da Comunidade Autónoma galega. Neste estudo centrarémonos exclusivamente na súa vertente privada; analizarase o gasto sanitario privado que realizan as familias, facendo depende-las súas decisións de diversos factores como o nivel de renda, de estudos, a idade, etc. Ademais, discutirase en qué medida o gasto privado vese influído polas características do sistema sanitario público.

A DEMANDA DE SAÚDE

A continuación analizarémo-la demanda de saúde e de servicios sanitarios dende unha perspectiva individual. Intentaremos mostrar cómo os individuos distribúen os seus recursos e cáles son as causas que inciden en que estes se dirixan cara á demanda de saúde. Para iso realizaremos dúas aproximacións distintas a dous modelos de demanda: por un lado, trataremos un modelo de demanda tradicional no cal consideraremos un consumidor racional que elixe a alternativa que lle proporcione o maior nivel de utilidade de entre as posibles; por outro lado, describiremos brevemente o modelo presentado por Michael Grossman (1972) de formación de capital humano en saúde, baseado en aspectos da demanda de saúde que difiren das aproximacións tradicionais e que determina cómo a demanda de servicios sanitarios deriva da demanda de saúde. Ademais, veremos a un axente que á vez de consumidor será produtor de saúde¹.

UN MODELO TRADICIONAL DE DEMANDA DE SAÚDE

Nas tradicionais aproximacións da economía da saúde á elección do consumidor este tratará de elixir-la mellor combinación de coidado de saúde e outros bens

¹ Grossman (1972) adapta a teoría do capital humano para explica-la demanda de saúde e de coidado de saúde.

de entre o conxunto de posibilidades que teña ó seu alcance. A análise da demanda de saúde trata, polo tanto, de establecer qué factores inflúen á hora de que o consumidor ordene as súas preferencias e cómo cambiarían as súas eleccións se se deran variacións en determinados aspectos económicos, entre os máis inmediatos estarían a renda e os prezos.

Tendo en conta os resultados obtidos por outros estudos empíricos previos, as variacións na demanda de coidado médico están determinadas por un conxunto de factores tanto por parte do paciente como do médico (Acton, 1975; Grossman, 1982; Murillo e González, 1982; Muurinen, 1982). A demanda do paciente de coidado médico é esencialmente a demanda dun tratamento, e as variacións na demanda son variacións no número, tipo ou calidade dos tratamentos demandados. Esta demanda é iniciada polo paciente, pero é o médico o que combina varios inputs para proporcionar un tratamento dunha calidade dada. Os determinantes da demanda do paciente son a súa incidencia da enfermidade ou a necesidade de coidado, un conxunto de factores socioculturais e factores económicos².

Respecto á incidencia da enfermidade, é para a maioría da xente un suceso inesperado. A presenza da enfermidade pode considerarse como un suceso cunha certa probabilidade de ocorrer. Sen embargo, dependendo da idade, por exemplo, a enfermidade terá un maior ou un menor grao de probabilidade de presentarse; así, as enfermidades crónicas chegan a ser un determinante importante da necesidade de coidado médico. Sen embargo, a relación entre uso de servizos médicos e idade non é lineal, nin é a mesma para cada tipo de servizos³. Non cabe dúbida, non obstante, de que a idade é un factor que afecta en gran medida e axuda a explicá-las variacións no uso dos servizos.

O estado civil e o número de persoas na familia tamén afecta á demanda de coidado médico. Normalmente as persoas solteiras usan máis os hospitais que as casadas que teñen unha maior dispoñibilidade de coidados no fogar. O tamaño da familia tamén afecta á demanda, unha familia grande ten menos ingresos per cápita (aínda que non necesariamente proporcionalmente menor) que unha familia con poucos membros.

No tocante á educación, canto mellor sexa o nivel educativo mellor se recoñecen os síntomas dunha enfermidade, co cal se tratará esta nun estado menos avanzado. O mellor nivel educativo tamén repercute no maior uso de servizos preventivos así como de padróns de vida que favorezan unha vida máis sa e saudable. Os anos de educación considéranse como unha proxy, en estudos sobre a demanda, dunha maior conciencia da necesidade de coidados médicos, debido a unha mellor actitude e a unha maior eficiencia á hora de elixir-lo tipo de coidado necesario.

² Seguindo a Feldstein (1988)

³ Por exemplo, o factor idade aféctalle de distinta forma ó uso de servizos dentais ca ó uso de asistencia hospitalaria.

Outro grupo de factores, o que denominamos factores económicos, non son menos significativos; todo o contrario, xa que é neste tipo de factores nos que se pode influír dende o punto de vista político, é dicir, de políticas públicas. Estes factores ós que nos referimos son os seguintes: renda, prezos e o valor do tempo do paciente⁴.

Numerosos traballos empíricos estudaron a relación entre o ingreso familiar e os gastos en coidados médicos, así como o efecto do uso de coidado médico⁵. Na maioría dos casos, e como sería de esperar no ámbito intuitivo, obtense que as familias con maiores ingresos teñen maiores gastos en coidados médicos aínda que as porcentaxes de gastos neses coidados diminúen cos incrementos de ingresos. É dicir, a elasticidade-renda dos gastos médicos é menor ca un, xa que a porcentaxe de incremento en gastos en coidados médicos é menos cá porcentaxe de incremento no nivel de renda.

Se agora pasamos a analiza-la relación entre o prezo dun servizo calquera e o uso dese servizo, abonda con guiarse pola norma máis elemental da teoría económica: cando o prezo se reduce, a compra do servizo incrementa; están inversamente relacionados. Coñece-la elasticidade prezo da demanda de servizos médicos é, polo tanto, relevante; sen embargo, no caso da sanidade existen opinións que defenden a tese de que o prezo non é determinante, derivado sobre todo da existencia de seguros nacionais de saúde os cales actúan como un dos máis importantes reductores de prezo para o paciente. A cobertura do seguro causa un efecto sobre a curva de demanda que orixinará un incremento na cantidade demandada. De tódalas formas e fóra xa desta discusión, as estimacións de prezo foron atopadas xeralmente como non-elásticas respecto á demanda de servizos médicos, estas estimacións varían segundo o tipo de servizo médico e da seriedade da enfermidade.

Cando nos referimos ó custo dos coidados médicos podemos dividir este custo que denominaremos total en dous compoñentes: custo en diñeiro e custo en tempo, representando este último unha parte relativamente importante do custo total. O tempo do consumidor pode considerarse como un input máis que cómpre ter en conta na produción dun ben ou servizo. O tempo ten un custo de oportunidade e, polo tanto, debe considerarse como un dos recursos limitados do consumidor. Referíndonos á demanda de coidados médicos, considéranse fundamentalmente o tempo en desprazamento e o tempo de espera. Os consumidores poden estar dis-

⁴ Podemos considera-los dous primeiros como factores monetarios e o terceiro como non-monetario, pero que non por iso deixa de ter un valor á hora da decisión do consumidor. Existen numerosos estudos que tratan a forma de medi-lo factor "tempo" como condicionante da demanda de coidados médicos, fundamentalmente á hora de compara-lo sector sanitario público co privado.

⁵ Este exercicio será realizado na parte empírica deste traballo, tratando de recoller non só a relación coa renda, senón tamén con tódolos outros factores mencionados. O aspecto diferencial é que só o realizaremos respecto da demanda de servizos sanitarios privados e non da demanda total.

postos a pagar un maior custo en diñeiro se con iso decrecen os seus custos en tempo, por iso ámbolos dous tipos de custo deben ser considerados á hora de estudia-lo comportamento da demanda.

Por último, cómpre salienta-la importancia do médico na demanda de servicios sanitarios ou o que denominaremos como *demanda inducida*. Así, cando un enfermo acode á consulta médica, o enfermo ponse en mans do profesional, o axente decisorio será o médico. Atopámonos ante unha demanda inducida que se produce ó establecerse unha "relación de axencia" entre o médico (axente), que é o que toma as decisións, e o paciente, que delega o seu poder decisorio. Neste caso, o demandante final será o médico produtor, en lugar do paciente consumidor, e a asistencia médica basearíase daquela na noción de "necesidade" e non no concepto de demanda entendido como "disposición para pagar".

O MODELO DE GROSSMAN DE DEMANDA DE SAÚDE

O modelo de Michael Grossman, citado anteriormente, constitúe unha relevante contribución ó campo dos estudos de demanda de saúde, facéndose de obrigada referencia tanto en traballos teóricos como empíricos. Grossman considera como obxectivo último do individuo ou da familia a consecución de tempo con saúde e iso no marco da busca da maximización do seu nivel de utilidade. Derivado diso apuntarémolos trazos básicos que caracterizan o modelo:

- Os consumidores non demandan coidados médicos neles mesmos, senón que estes serán o medio para mellora-lo seu nivel de saúde. Polo tanto, a demanda de coidados médicos é unha demanda derivada dun input que se emprega en producir saúde, obxectivo último.
- O consumidor non se limita simplemente a mercar saúde no mercado, senón que tamén a "produce", gastando tempo en esforzos que a melloren, ademais de comprando inputs médicos.
- Por outra parte, no seu modelo, Grossman trata a saúde baixo unha dobre vertente: como un ben de consumo, que proporciona un maior benestar ó individuo, e como un ben de investimento. A saúde incrementa o número de días saudables dispoñibles para traballar e con iso aumentarán os ingresos individuais.

Grossman, polo tanto, analiza a produción do output (tempo san) en termos dun proceso de investimento no ciclo da vida do individuo, o cal actúa como un axente maximizador da utilidade, que se atopa en ausencia de incerteza. Ademais argumenta que os bens e servicios sanitarios non son os únicos inputs na función de produción, xa que aspectos como a vivenda, o ocio, a dieta, o tabaco e o alcohol, etc. tamén inciden no nivel de saúde⁶. Sen embargo, os factores sanitarios se-

⁶ Serían variables de contorno que lle afectan á eficiencia do proceso productivo; a máis importante delas sería o nivel de educación.

rán o ben de mercado principal á hora de considera-la súa función de investimento.

♦ *O MODELO.* Grossman desenvolve un modelo para analiza-la demanda do que sería a "boa saúde". A proposición central do modelo é que a saúde é un produto duradeiro e ademais os individuos herdan un stock inicial de saúde que se deprecia co tempo e que pode variar segundo o investimento que nel se realice. Unha das características novas do modelo é que os individuos "elixen" a duración da súa vida xa que a morte ocorre cando o stock de saúde que mencionabamos anteriormente cae por debaixo dun nivel considerado mínimo.

Veremos, en primeiro lugar, cómo un consumidor dado selecciona a cantidade de saúde óptima nun período da súa vida; para iso usarase unha función de utilidade individual.

Partindo da función de utilidade intertemporal dun consumidor típico

$$U = U(\phi_0 H_0, \dots, \phi_n H_n, Z_0, \dots, Z_n), \quad (1)$$

onde H_0 é o stock de saúde herdado, H_i é o stock de saúde no i -ésimo período de tempo, ϕ_i é o servico corrente por unidade de stock, $h_i = \phi_i H_i$ é o consumo total de "servicios de saúde" e Z_i é o consumo total doutros produtos no período i -ésimo, así mentres na función de utilidade intertemporal usual, a duración da vida (n) é fixa, no modelo de Grossman é unha variable endóxena⁷. En particular, a morte ocorre cando $H_i = H_{\min}$. Sen embargo, a duración da vida depende das cantidades de H_i que maximizan a utilidade do suxeito para certa produción e recursos escasos.

Por definición, os investimentos netos no stock de saúde iguálanse ó investimento bruto menos a depreciación:

$$H_{i+1} - H_i = I_i - \delta_i H_i, \quad (2)$$

onde I_i é o investimento bruto e δ_i é a taxa de depreciación durante o período i -ésimo. Asíumese que as taxas de depreciación son esóxenas, pero poden variar coa idade do individuo. Os consumidores invisten grandes cantidades en saúde e nos outros produtos na función de utilidade de acordo cun conxunto de funcións de produción:

$$\begin{aligned} I_i &= I_i(M_i, TH_i; E_i) \\ Z_i &= Z_i(X_i, T_i; E_i) \end{aligned} \quad (3)$$

⁷ Ata este momento, a saúde considerábase un factor esóxeno á hora de realizar estudos sobre demanda, o cal imposibilitaba a explicación da formación das preferencias do individuo.

Nestas ecuacións, M_i é o coidado médico, X_i é o input de bens na produción do ben Z_i , T_i e TH_i son inputs de tempo, e E_i é o stock de capital humano⁸.

Seguindo co modelo, dende o punto de vista do individuo os recursos son escasos tanto que nos refiramos ó mercado de bens ou ó de tempo dispoñible. A restricción do orzamento de bens é igual ó valor presente de gastos en bens e ó valor presente das ganancias de ingresos durante o ciclo de vida máis activos iniciais (descontando o ingreso de posesións).

$$\frac{\sum P_i M_i + F_i X_i}{(1+r)^i} = \frac{\sum W_i T W_i}{(1+r)^i + A_0} \quad (4)$$

Aquí P_i e F_i son os prezos de M_i e X_i , W_i é a taxa de salario, $T W_i$ son as horas de traballo, A_0 é o ingreso en propiedade descontado e r é a taxa de interese. A restricción de tempo require que Ω , a cantidade total de tempo dispoñible en calquera período, deba ser esgotada para tódolos usos posibles xa que neste modelo o tempo de enfermidade se engade ó tempo total:

$$T W_i + T H_i + T_i + T L_i = \Omega \quad (5)$$

onde $T L_i$ é o tempo perdido nas actividades de mercado e no mercado debido a enfermidade ou lesión. O modelo asume que $T L_i$ está relacionada inversamente co stock de saúde; isto é, $\partial T L_i / \partial H_i < 0$. Se Ω fora medido en días ($\Omega = 365$ días se o ano é o período considerado) e se Φ_i fora definida como o fluxo de días saudables producidos por unha unidade de H_i , h_i sería igual ó número total de días saudables nun ano dado⁹. Daquela, podería escribirse:

$$T L_i = \Omega - h_i \quad (6)$$

Grossman establece unha distinción entre tempo de enfermidade e o input tempo na función de investimento bruto. Como unha ilustración desta diferenza, o tempo que un consumidor emprega para visita-lo seu médico para revisións periódicas obviamente non é tempo de enfermidade. Pero formalmente, se a taxa de depreciación se mantivera constante, un incremento en $T H_i$ incrementaría I_i e H_{i+1} e reduciría $T L_{i+1}$. Ademais, $T H_i$ e $T L_{i+1}$ estarían correlacionadas negativamente¹⁰.

⁸ En xeral, cando o médico non é o único ben de mercado na función de investimento bruto, pois inputs como vivenda, dieta, recreo, fumar e consumo de alcohol inflúen no nivel de saúde.

⁹ Se o stock de saúde produciu outros servizos ademais de días saudables, Φ sería un vector de fluxos de servizos. Este estudo pon a énfase no fluxo de servizo de días saudables porque este fluxo pode medirse empiricamente.

¹⁰ Para unha discusión das condicións que produciría unha correlación positiva entre $T H$ e $T L$, ver Grossman (1972).

Substituíndo por TW_i da ecuación (5) na ecuación (4), obtémo-la restricción denominada "plena riqueza".

$$\frac{\sum P_i M_i + F_i X_i + W_i (TH_i + T_i + TL_i)}{(1+r)^i} = \frac{\sum W_i}{(1+r)^i} + A_0 = R \quad (7)$$

De acordo coa ecuación (7), a plena riqueza é igual ós bens iniciais máis o valor presente das ganancias que un individuo obtería se pasara toda a súa vida traballando. Parte desta riqueza é gastada no mercado de bens, parte en tempo de produción de non-mercado e parte perdida debido a enfermidade. As cantidades de equilibrio de H_i e Z_i poden atoparse maximizando a función de utilidade dada pola ecuación (1) suxeita ás restriccións dadas polas ecuacións (2), (3) e (7)¹¹. Xa que o stock de saúde herdado e as taxas de depreciación son dadas, as cantidades óptimas de investimento bruto determinan as cantidades óptimas do capital saúde.

Chegados a este punto, Grossman establece as condicións de optimización de primeira orde para o investimento bruto no período $i-1$, co que obtén unha nova ecuación que simplemente afirma que o valor presente do custo marxinal do investimento bruto no período $i-1$ debe ser igual ó valor presente dos beneficios marxinais.

Para examina-las forzas que afectan á demanda de saúde e investimento bruto, e tras unha serie de transformacións, Grossman chega á seguinte ecuación:

$$G_i \left[W_i + (Uh_i / \lambda)(1+r)^i \right] = \Pi_{i-1} (r - \Pi_{i-1}) + \delta_i \quad (8)$$

onde Π_{i-1} é a taxa de porcentaxe de cambio no custo marxinal entre o período $i-1$ e o período i . A ecuación (8) implica que o valor do produto marxinal do stock óptimo de capital en calquera momento do tempo debe ser igual ó prezo da oferta de capital, $\Pi_{i-1} (r - \Pi_{i-1} + \delta_i)$. Esta última contén xuros, depreciación e compoñentes de ganancias de capital e pódese interpretar como o prezo de alugueiro ou uso do capital saúde.

Posteriormente establécese unha ecuación lixeiramente diferente da (8) dividindo ámbolos dous lados polo custo marxinal do investimento bruto:

$$\gamma_i + \vartheta_i = r - \Pi_{i-1} + \delta_i \quad (8')$$

Aquí $\gamma_i = W_i G_i / \Pi_{i-1}$ é a taxa monetaria marxinal de xuro dun investimento en saúde e $\vartheta_i = [(Uh_i / \lambda)(1+r)^i G_i] / \Pi_{i-1}$ é a taxa física de xuro. En equilibrio, a taxa

¹¹ En suma, a restricción impón que $H \leq Hi$.

total de xuro dun investimento en saúde debe ser igual ó custo do usuario do capital saúde en termos de prezo de investimento bruto. A última variable é definida como a suma da taxa real-propia de xuro e a taxa de depreciación.

Avanzando no modelo, a ecuación (8') úsase para traza-la traxectoria do tempo de vida con saúde e investimento bruto, para explora-los efectos de variacións nas taxas de depreciación e examina-lo impacto de cambios no custo marxinal do investimento bruto.

Ata aquí Grossman non se decanta por defini-la saúde como un ben de consumo ($\gamma_i = 0$) ou de investimento ($Uh_i = 0$) xa que ó longo da literatura se atribúen á demanda de saúde en múltiples ocasións ámbolos dous aspectos tanto de investimento como de consumo. Primeiro ofrece unha interpretación da demanda de saúde como investimento onde o tempo san só reporta rendementos monetarios derivados do investimento en saúde, realizando máis adiante unha interpretación da demanda de saúde como ben de consumo onde os rendementos monetarios non se consideran e só se darían incrementos de utilidade¹².

ANÁLISE EMPÍRICA DA DEMANDA SANITARIA PRIVADA. O CASO GALEGO

OBXECTIVOS

A motivación fundamental deste capítulo é realizar unha aproximación empírica á descrición do gasto privado en sanidade na Comunidade Autónoma galega. Partindo da existencia dun sistema sanitario público que prové asistencia á case totalidade da poboación, o noso obxectivo será estima-lo comportamento da demanda sanitaria privada.

Para poder afondar nas decisións de gasto, dividímo-los gastos, seguindo o traballo de Rodríguez (1988), en *gastos non-concorrentes*, entendendo como tales os gastos nos que a súa orixe está no propio réxime vixente da Seguridade Social e que esta os cobre parcialmente, como medicamentos, ou non os cobre, como asistencia psicolóxica, e *gastos concorrentes* ou substitutivos da Seguridade Social, que definiremos como gastos que en última instancia están motivados por unha insatisfacción nos servizos proporcionados por esta¹³.

Estudiaremos, daquela, os padróns de gasto privado en saúde baixo unha dobre vertente. A primeira delas será a análise da influencia da sanidade pública nas decisións de consumo privado. A segunda mostraranos cómo determinadas variables

¹² Para unha revisión do modelo onde se relaciona a idade coa depreciación e posteriormente aspectos de capital humano, ver Grossman (1972).

¹³ Rodríguez (1988) realiza un estudo do gasto sanitario privado en España analizando a súa natureza e o seu efecto sobre a equidade. Para a súa estimación utiliza a *Encuesta de Presupuestos Familiares de 1980-81*.

como a renda, o nivel de estudos, a actividade realizada, etc. afectan ó comportamento decisorio do consumidor e se esta influencia se manifesta por igual nos distintos grupos considerados.

MATERIAL E MÉTODO

Á hora de estima-lo comportamento do gasto sanitario privado, utilizámo-la EPF de 1990-91 realizada polo INE. A través desa enquisa, obteremos información de 21.155 familias tanto de gastos como de ingresos, ademais de relevantes características socioeconómicas delas. A EPF toma como unidade de análise os fogares privados que residen en vivendas familiares principais. O ámbito xeográfico da investigación é todo o territorio español, e o ámbito temporal corresponde ó período abril 1990-marzo1991. O período de mostraxe é dunha semana ó ano xa que é moi difícil mante-la colaboración do fogar durante períodos longos.

A utilización da enquisa xustifícase pola gran cantidade de información que contén e a súa permisividade para o tratamento dos datos, o cal comprobamos en traballos anteriores. Sen embargo, a enquisa non está exenta de problemas e entre eles poderíamos citar que non se especifica o gasto para cada un dos membros da familia, é dicir, non existe información personalizada pois, como xa explicamos, o obxecto do seu estudio é a unidade familiar, e tampouco coñecemos datos sobre o estado de saúde dos informantes o cal influiría de maneira decisiva no seu comportamento á hora de gastar en sanidade. Ademais, parte dos individuos realizan un gasto nulo durante o período de referencia, o cal presenta un problema en canto ás estimacións xa que un número importante de observacións aparece concentrada arredor de cero (esta concentración é máis intensa en determinados gastos como por exemplo a compra de seguro sanitario).

Os gastos en sanidade aparecen no grupo 5 que corresponde a "servicios médicos e gastos sanitarios" que, á súa vez, se divide en subgrupos, e estes en subclases e variedades, dando unha visión máis desagregada do tipo de gasto realizado. Esa desagregación é a que utilizamos, seguindo a clasificación xa mencionada en *gastos non-concorrentes* e *gastos concorrentes*.

Daquela realizámo-la seguinte agrupación¹⁴:

- *Gastos non concorrentes*: medicamentos con subvención; outros produtos farmacéuticos; próteses con subvención; dentista.
- *Gastos concorrentes*: medicamentos sen subvención; próteses sen subvención; servicios extrahospitalarios; servicios hospitalarios; primas de seguro

O método utilizado para a análise é a estatística descritiva. Definiremos unha relación bivariante entre o gasto sanitario e as demais variables consideradas, debido á

¹⁴ Para unha descrición polo miúdo de cada grupo, ver EPF (1990-91). *Fichero para usuarios*.

maior dificultade á hora de aplicar un modelo de regresión múltiple que se está desenvolvendo¹⁵.

ESTRUCTURA E VOLUME DO GASTO SANITARIO PRIVADO

De seguido desenvolveremos unha análise do volume e a composición do gasto sanitario privado na Comunidade Autónoma galega, situándoo dentro do marco do conxunto nacional¹⁶. Se observámo-la táboa 1, vemos que os gastos medios en sanidade por familia en España ascenderon a 56.663 pesetas anuais, o que representa un 3% respecto ó total de gastos privados.

Táboa 1.- Distribución dos gastos sanitarios dos fogares en concorrentes e non-concorrentes

<i>Tipo de gasto</i>	<i>Media (ptas.)</i>	<i>Porcentaxe</i>	<i>Desviación standard</i>
NON-CONCORRENTES	28556,40	50,40%	90582,49
Medicamentos con subvención	3442,62	6,08%	19639,90
Outros produtos farmacéuticos	7781,37	13,73%	25258,01
Próteses con subvención	1098,72	1,94%	6156,41
Dentista	16243,68	28,67%	83636,41
CONCORRENTES	28106,32	49,60%	116677,92
Medicamentos sen subvención	7597,68	13,41%	32374,90
Próteses sen subvención	4638,12	8,19%	14503,84
Servicios extrahospitalarios	8833,52	15,59%	12844,69
Servicios hospitalarios	2138,49	3,77%	33316,70
Primas de seguro	4898,51	8,65%	24327,68
TOTAL GASTO	56662,72	100,00%	192035,43

FONTE: *Encuesta de Presupuestos Familiares 1990-91*. Elaboración propia.

Apréciase unha gran proximidade entre gastos concorrentes, 49,60%, e gastos non-concorrentes cun 50,48%, o cal representa unha variación con respecto ó estudio anteriormente mencionado realizado con datos da enquisa de 1981 no que se daba un predominio dos gastos concorrentes¹⁷. Este tipo de gastos está motivado fundamentalmente por unha insatisfacción cos servizos proporcionados pola Seguridade Social, tendo un carácter substitutivo cos ofrecidos por esta. Os principais factores que inciden neste comportamento do consumidor son fundamentalmente o menor tempo de espera na medicina privada, un trato máis personalizado, que en numerosas ocasións se identifica cunha maior efectividade sanitaria, e unha maior "calidade hoteleira" no caso de ingreso nun hospital. Estas diferencias son suficientes para que o individuo renuncie a parte da súa renda ante o custo que suporía ve-la súa utilidade

¹⁵ Trataríase de estimar un modelo de regresión con variable limitada en rango. O modelo estatístico debería estar baseado nunha distribución composta onde se concentraría unha masa de probabilidade discreta no cero —cando o consumo é nulo— e unha función de densidade continua para os gastos estritamente positivos —existe algún gasto en sanidade—. Daquela xustificárase un modelo tobit censurado ou ben un modelo tobit truncado, segundo sinala González (1992).

¹⁶ O número de fogares entrevistados en Galicia foi de 1.186 ós que non lles realizamos ningún tipo de discriminación inicial.

¹⁷ Esta diferenza tamén se debe á desagregación actual das próteses en subvencionadas e non-subvencionadas, desagregación que non se realizou no traballo de referencia.

reducida ben con dor, imposibilidade de traballar, angustia, etc. Estariámonos referindo neste caso ós custos non-monetarios.

Dentro destes gastos concorrentes, séguese mantendo o hábito da compra de medicamentos sen receita observada xa en 1981 (Rodríguez, 1988)¹⁸. Obsérvase tamén un forte peso dos servicios extrahospitalarios cun 15,59% do gasto o cal se canaliza en maior medida cara ós médicos especialistas¹⁹.

Polo que respecta ós gastos non-concorrentes, a maior parte débense ós servicios de dentista, concretamente un 28,67%. Lembremos que este tipo de gastos son máis ineludibles cós anteriores xa que no caso que nos ocupa a Seguridade Social só cubriría as extraccións dentarias, tendo o consumidor que acudir ó mercado privado en caso de necesitar outro tipo de servicio²⁰. O gasto en dentista tamén foi o de maior crecemento nos últimos anos, pasando de 3.182 pesetas de gasto medio a 16.243 pesetas.

Descendendo xa ó ámbito local, cabe compara-lo gasto sanitario total por comunidades autónomas (táboa 2). Nunha primeira aproximación, atopámonos con que Galicia está por debaixo do gasto privado medio nacional superando só a 3 comunidades que son Ceuta e Melilla, Murcia e Castela-León. En canto a gasto medio por familia, recupérase un pouco, gañando 3 posicións, pero continúa sen alcanza-lo nivel medio respecto ó total autonómico. Este resultado é extensible ó gasto medio por persoa que ascende a 14.388 pesetas, atopándonos con Baleares e Cataluña que duplican esta cantidade.

O índice de gasto e o índice de preferencia mostran, respectivamente, o gasto que supón o gasto medio na Comunidade Autónoma en relación ó conxunto nacional e o cociente en forma de porcentaxe do mesmo ratio.

Consideramos de utilidade proceder á desagregación anterior en gastos concorrentes e gastos non-concorrentes nas catro provincias galegas. Para iso usáremo-la información da táboa 3. No nivel provincial, agás na Coruña, os gastos non-concorrentes son superiores ós gastos concorrentes (aproximadamente en 10 puntos porcentuais), diferenza máis acentuada ca no conxunto español. É dicir, os fogares das tres provincias galegas realizan un maior gasto en servicios que a Seguridade Social non lles ofrece, principalmente en odontoloxía (Lugo 40,22%). Os servicios extrahospitalarios tamén se levan unha parte importante do gasto, superando a media nacional, sobre todo na provincia da Coruña cun 24,48%. Esta provincia achégase ó gasto medio en España en primas de seguro, comportamento que non se dá en abso-

¹⁸ As familias gastaban unha media 11.256 pesetas, un 15,5% do total de gastos sanitarios en 1981. Despois de 10 anos este gasto diminuíu en 2 puntos porcentuais.

¹⁹ O gasto en médicos especialistas é de 5.017 pesetas, o que supón un 56,8% do grupo de gastos extrahospitalarios. Se o comparamos co de médicos de medicina xeral, que sería de 722 pesetas, 8,17% do total, pode apreciarse unha significativa diferenza.

²⁰ As extraccións dentarias só supoñen o 5,3% do gasto en dentista, mentres que o gasto en empastes se sitúa en torno ó 28,21%. Outros servicios que comprenden endodoncias, pontes, próteses dentais, limpeza de boca, etc. alcanzan un 49%.

luto nas outras tres provincias, así Lugo mostra unha cifra nula en aseguranza privada.

Táboa 2.- Gasto en servizos médicos e gastos sanitarios por comunidades autónomas

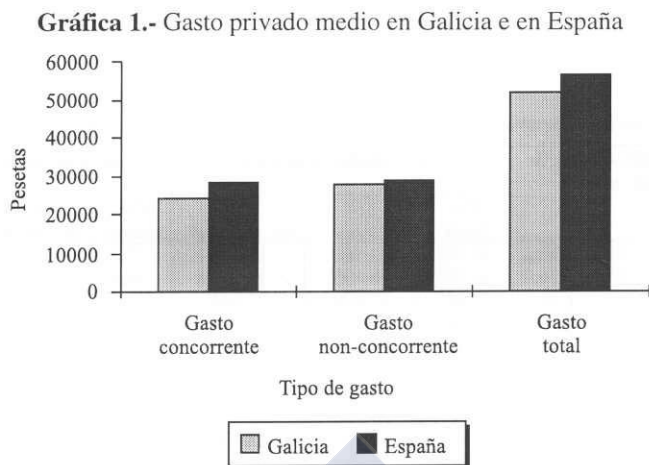
	Gasto total (mill. ptas.)	%	Gasto medio en pesetas			Índice de gasto		Índice de preferencia
			Por fogar	Por persoa	Por un. consumo	Por persoa	Por un. consumo	
			Andalucía	94.397,2	26,3	50.308	13.780	
Aragón	19.303,2	26,7	50.268	16.195	21.112	84,6	83,0	87,7
Asturias	19.605,2	26,1	57.682	17.670	23.143	92,3	90,9	85,9
Baleares	18.513	39,9	87.284	27.717	36.774	144,8	144,5	131,1
Canarias	29.250,6	37,4	74.322	19.933	27.064	104,4	106,4	122,8
Cantabria	9.592,1	29,9	63.395	18.341	24.342	95,8	95,7	98,1
Cast.-León	33.080,4	22,3	41.204	12.844	16.891	67,1	66,4	73,3
Cast.-AM	27.325,1	29,0	53.318	16.162	21.390	84,4	84,1	95,2
Cataluña	167.738,3	36,5	92.869	28.396	37.436	148,3	147,1	119,8
Com.Valenc.	70.578,3	32,3	61.803	18.782	24.910	98,1	97,9	106,0
Extremadura	14.426,2	28,3	43.829	12.946	17.213	67,6	67,6	92,8
Galicia	40.033,0	25,4	51.307	14.388	19.196	75,2	75,4	83,2
Madrid	123.224,7	33,9	85.853	25.442	33.801	132,9	132,8	114,4
Murcia	13.239,7	23,1	46.726	12.961	17.584	67,7	69,1	75,8
Navarra	11.814,1	30,2	80.939	23.109	30.923	120,7	121,5	99,3
País Vasco	39.675,8	27,2	64.959	18.850	24.901	98,5	97,9	89,2
A Rioxa	4.142,6	27,2	54.824	16.279	21.533	85,0	84,6	89,4
Ceuta/Melilla	958,0	16,5	27.191	7.669	10.383	40,1	40,8	54,3

FONTE: Encuesta de Presupuestos Familiares 1990-91. Elaboración propia.

Táboa 3.- Gasto sanitario medio por fogar en Galicia e en España

Tipo de gasto	A Coruña	% total	Lugo	% total	Ourense	% total	Ponteved.	% total
Medicam. sen subv.	4.566,28	8,18	6.665,65	10,66	5.074,85	13,23	5.263,33	1,01
Próteses sen subvención	3.931,21	7,04	3.493,90	5,59	3.308,01	8,62	3.175,39	6,64
Servicios extrahospital.	13.668,57	24,48	10.617,7	16,98	6.491,87	16,92	8.682,95	18,16
Servicios hospitalarios	2.635,38	4,72	7.671,89	12,27	1.260,70	3,29	923,08	1,93
Primas de seguro	4.168,37	7,47	0,00	0,00	102,75	0,27	1.847,52	3,86
Gastos concorrentes	28.969,81	51,89	28.449,14	45,51	16.238,18	42,33	19.892,27	41,61
Medicam. con subv.	4.314,04	7,73	2.386,53	3,82	3.547,45	9,25	1.947,89	4,07
Outros prod. farmacéut.	7.738,90	13,86	6.135,62	9,82	6.026,23	15,71	7.878,84	16,48
Próteses con subvención	4.168,37	7,47	400,47	0,64	1.521,71	3,97	992,31	2,08
Dentista	13.078,37	23,43	25.140,66	40,22	11.027,52	28,75	17.099,36	35,76
Gastos non concorrentes	26.855,38	48,11	34.063,29	54,49	22.122,91	57,67	27.918,39	58,39
Total gastos	55.825,19	100,00	62.512,43	100,00	38.361,09	100,00	47.810,66	100,00
Tipo de gasto	Galicia	% total	España	% total				
Medicam. sen subv.	5.285,31	10,21	7.597,68	13,41				
Próteses sen subvención	3.519,84	6,80	4.638,12	8,19				
Servicios extrahospital.	10.344,00	19,98	8.833,52	15,59				
Servicios hospitalarios	2.961,60	5,72	2.138,49	3,77				
Primas de seguro	1.913,97	3,70	4.898,51	8,65				
Gastos concorrentes	24.024,72	46,40	28.106,32	49,60				
Medicam. con subv.	3.132,98	6,05	3.442,62	6,08				
Outros prod. farmacéut.	7.121,68	13,76	7.781,37	13,73				
Próteses con subvención	1.214,32	2,35	1.098,72	1,94				
Dentista	16.278,88	31,44	16.243,68	28,67				
Gastos non concorrentes	27.747,86	53,60	28.556,40	50,40				
Total gastos	51.772,58	100,00	56.662,72	100,00				

FONTE: Encuesta de Presupuestos Familiares 1990-91. Elaboración propia.



Agregando as catro provincias, a comunidade galega realiza un gasto medio inferior a España (51.773 ante 56.662), ten un peso maior dos gastos non-concorrentes e unha cifra moi inferior á media nacional en canto a compra de seguros sanitarios. En canto a servizos extrahospitalarios atópase catro puntos porcentuais por riba e tamén se observa unha forte compra de medicamentos sen receita, aínda que inferior ó gasto no territorio nacional.

GASTO SANITARIO PRIVADO E NIVEL DE RENDA

A reacción da demanda ante variacións na renda é unha variable economicamente significativa. Daquela estudiarémo-lo comportamento do gasto sanitario privado en relación á renda, pero sinalando que a variable que representará o nivel de ingreso do fogar non será a definida pola EPF, senón o gasto total do fogar, debido ás inconsistencias atopadas entre nivel de renda declarado e gasto total²¹.

A renda per cápita galega sempre foi menor cá estatal en máis dun 20%. Durante a década dos 70 esta diferenza foise reducindo, estabilizándose a partir de 1979 en torno a un 20%; as provincias de Lugo e Ourense son as máis desfavorecidas²². Nunha primeira aproximación atopámonos cun incremento do gasto sanitario privado a medida que aumenta a renda familiar. Así, as familias galegas de renda máis baixa gastan unha media de 10.395 pesetas ó ano, mentres que as de renda máis alta 115.557 pesetas, é dicir, 11 veces máis.

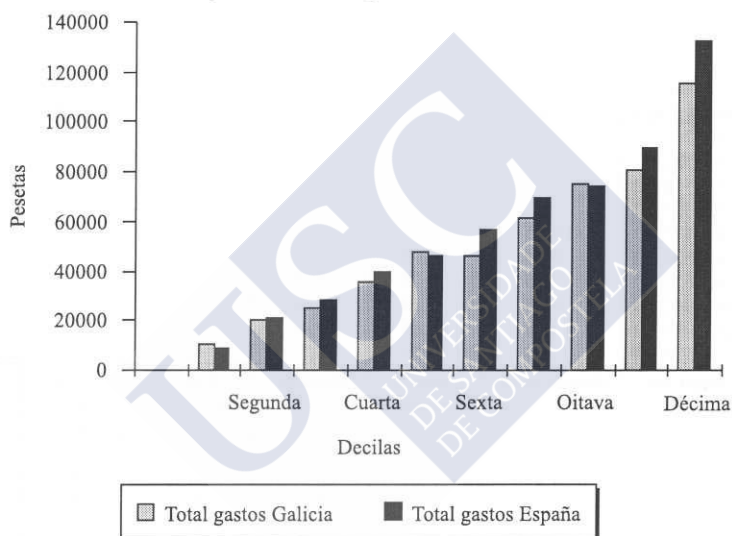
A variación entre decilas é moito maior no caso dos gastos non-concorrentes, fundamentalmente entre a primeira e a última decila, é dicir, as familias con maior renda dedican un maior volume de diñeiro a consumos que non están subministrados

²¹ Existe unha tendencia á ocultación dos ingresos obtidos, polo que estes estarían infravalorados.

²² Os datos referidos ás características socioeconómicas de Galicia obtivéronse a partir das *Bases para a elaboración do Plan de Saúde de Galicia*, publicado pola Xunta de Galicia.

polo sistema de Seguridade Social mentres que as que están situadas na primeira decila optan por gastar máis en gastos concorrentes. Non obstante, para unha visión máis clarificadora observáremo-la táboa 5. É evidente o maior peso dos gastos concorrentes na primeira decila de renda, 83,05% do total, ó que contribúen en gran parte os gastos extrahospitalarios —fundamentalmente en médicos especialistas—. Esta distribución é moito máis forte ca no territorio nacional, aproximándose coas outras decilas de renda. As diferencias máis importantes aprécianse nos servicios extrahospitalarios (61,21% na primeira decila e 17,71% na última) e sobre todo en dentista (2,91% na primeira decila e 42,28% na última)²³.

Gráfica 2.- Gasto sanitario privado medio por decilas de renda en Galicia e en España



Táboa 4.- Gasto sanitario privado medio por decilas de renda en Galicia

Decilas	Renda media grupo	Medicam sen subv.	Próteses sen subv.	Servicios extrahospit.	Servicios hospít.	Primas de seguro	Gastos concorrentes
Primeira	508.261,10	1.118,00	520,60	6.362,79	462,02	169,05	8.632,46
Segunda	957.582,40	1.880,37	1.930,52	6.826,57	0,00	1.109,66	11.747,12
Terceira	1.300.518,30	2.128,71	2.892,09	5.646,78	61,86	2.093,38	12.822,82
Cuarta	1.628.397,00	2.632,28	2.644,31	7.439,54	3.323,29	2.120,62	18.160,04
Quinta	1.943.477,30	7.854,69	2.267,88	10.566,25	137,93	984,34	21.811,09
Sexta	2.328.800,60	3.868,62	2.819,81	9.493,90	1.519,49	1.814,94	19.516,76
Sétima	2.808.672,00	5.445,36	3.861,94	8.454,85	1.293,10	1.330,30	20.385,55
Oitava	3.408.962,50	7.180,18	6.099,22	12.524,64	12.934,72	1.452,28	40.191,04
Novena	4.321.033,30	11.014,14	4.981,81	15.712,14	4.682,67	2.960,92	39.351,68
Décima	6.748.526,70	9.756,46	7.201,34	20.470,75	5.213,87	5.122,68	47.765,10

²³ Sen embargo, este gasto tamén ocupa cada vez unha parte máis importante nas familias con menor renda no territorio nacional, pasando dun 3,5% en 1981 a un 10,1% en 1991.

Táboa 4 (continuación).- Gasto sanitario privado medio por decilas de renda en Galicia

Decilas	Medicam con subv.	Outros prod. farmacéut.	Próteses con subv.	Dentista	Gastos e non-concorr.	Total gastos Galicia
Primeira	1.006,83	257,33	195,40	302,57	1.762,14	10.394,60
Segunda	1.758,74	2.936,02	140,54	3.825,91	8.661,21	20.408,33
Terceira	1.677,15	2.918,30	1.046,86	6.247,22	11.889,53	24.712,35
Cuarta	2.950,55	5.401,56	873,03	7.846,53	17.071,68	35.231,72
Quinta	3.425,43	9.717,45	1.619,54	11.183,15	25.945,56	47.756,65
Sexta	3.690,51	10.438,69	756,55	11.996,97	26.882,71	46.399,47
Sétima	4.240,09	7.911,68	2.052,97	26.874,60	41.079,33	61.464,88
Oitava	4.321,38	9.753,56	2.492,84	18.399,31	34.967,09	75.158,13
Novena	3.309,77	9.448,28	1.571,98	27.327,47	41.657,49	81.009,17
Décima	4.959,84	12.464,67	1.394,53	48.972,97	67.792,01	11.5557,11

Táboa 5.- Gasto sanitario privado medio en porcentaxe sobre o gasto total de cada decila en Galicia

Decilas	Renda media grupo	Medicam. sen subv.	Próteses sen subv.	Servicios extrahospit.	Servicios hospit.	Primas de seguro	Gastos concorrentes
Primeira	508261,10	10,76	5,01	61,21	4,44	1,63	83,05
Segunda	957582,40	9,21	9,46	33,45	0,00	5,44	57,56
Terceira	1300518,30	3,61	11,70	22,85	0,25	3,47	51,89
Cuarta	1628397,00	7,47	7,51	21,12	9,43	6,02	51,54
Quinta	1943477,30	16,45	4,75	22,13	0,29	2,06	45,67
Sexta	2328800,60	8,34	6,08	20,46	3,27	3,91	42,06
Sétima	2808672,00	3,86	6,28	13,76	2,10	2,16	33,17
Oitava	3408962,50	9,55	8,12	16,66	17,21	1,93	53,48
Novena	4321033,30	13,60	6,15	19,40	5,78	3,66	48,58
Décima	6748526,70	3,44	6,23	17,71	4,51	4,43	41,33

Decilas	Medicam. con subv.	Outros prod. farmacéuticos	Próteses con subv.	Dentista	Gastos non-concorr.	Total gastos Galicia
Primeira	9,69	2,48	1,88	2,91	16,95	100,00
Segunda	8,62	14,39	0,69	18,75	42,44	100,00
Terceira	6,79	11,81	4,24	25,28	48,11	100,00
Cuarta	8,37	15,33	2,48	22,27	48,46	100,00
Quinta	7,17	20,35	3,39	23,42	54,33	100,00
Sexta	7,95	22,5	1,63	25,86	57,94	100,00
Sétima	6,90	12,87	3,34	43,72	66,83	100,00
Oitava	5,75	12,98	3,32	24,48	46,52	100,00
Novena	4,09	11,66	1,94	33,73	51,42	100,00
Décima	4,29	10,79	1,21	42,38	58,67	100,00

FONTE: Encuesta de presupuestos familiares 1990-91. Elaboración propia.

GASTO SANITARIO PRIVADO E OUTRAS VARIABLES SOCIOECONÓMICAS**Nivel de estudos do sustentador principal**

Veremos a continuación a influencia que exercen outras variables socioeconómicas sobre o gasto sanitario privado galego, comezando polo nivel de estudos do sustentador principal. Para ese fin, agrupámo-los informantes en 5 grupos que van de menos a máis nivel de instrucción. Seguiremos usando a clasificación anterior de concorrencia ou non-concorrencia.

Ó analiza-lo gasto medio por fogar segundo o nivel de estudos do sustentador principal, apréciase que o gasto medio incrementa a medida que mellora o nivel de estudos, pasando de 37.795 pesetas nas familias cun sustentador principal que non ten estudos a 83.155 pesetas naquelas onde ten unha titulación superior. Esta tendencia maniféstase tanto nos gastos concorrentes como nos non-concorrentes. É significativo o gasto das familias onde o sustentador principal é titulado superior en medicamentos sen subvención 14.105 pesetas fronte a 2.825 de medicamentos subvencionados. Probablemente a causa sexa a menor dispoñibilidade de tempo e o gran custo de oportunidade que suporía ir ó médico xeral para obte-la receita, é dicir, alcanzan unha maior utilidade pagando un custo-prezo ca un custo-tempo²⁴. Esta diferenza redúcese considerablemente en niveis de estudos primarios ou analfabetos. Os titulados superiores son tamén os que teñen unha maior tendencia aseguradora ó contrario que gastos en servicios hospitalarios, sendo unha cifra considerablemente baixa, 574 pesetas. Se cadra, a explicación estea na tendencia expresada anteriormente, a aseguranza privada cubriría o uso de hospitais distintos dos da Seguridade Social, así como os gastos en servicios extrahospitalarios que son tamén dos menores respecto a outros grupos²⁵.

Os diplomados universitarios presentan un gasto moi forte en servicios extrahospitalarios, bastante alto tamén no grupo de estudos primarios, gastando pouco sen embargo en gastos hospitalarios e en primas de seguro. concluiremos daquela que as familias onde o sustentador principal non ten estudos, é diplomado ou titulado superior mostran un maior peso dos gastos concorrentes fronte ós non-concorrentes, mentres que nos outros grupos restantes, sería o contrario²⁶.

Táboa 6.- Gasto medio por fogar segundo o nivel de estudos do sustentador principal en Galicia

Tipo de gasto	Sen estudos	Primarios	BUP,COU,FP2	Diplom. univ.	Titulado sup.
Medicam. sen subvención	3.663,18	5.401,81	5.785,82	6.571,50	14.105,64
Próteses sen subvención	2.876,68	3.216,59	2.722,85	5.845,67	12.223,03
Servicios extrahospitalarios	8.570,69	10.909,01	7.534,18	21.381,59	8.215,48
Servicios hospitalarios	4.871,05	1.623,23	4.746,84	4.146,50	573,77
Primas de seguro	709,61	1.659,40	4.358,94	2.987,50	8.042,95
Gastos concorrentes	20.691,21	22.810,04	25.148,63	40.932,76	43.160,87
Medicam. con subvención	2.002,00	4.260,20	866,56	2.314,00	2.825,05
Outros prod. farmacéuticos	4.544,98	7.224,84	10.896,96	10.082,68	13.318,75
Próteses con subvención	480,81	1.471,97	1.855,22	823,86	2.453,34
Dentista	10.076,26	18.312,20	19.841,97	21538	21.397,31
Gastos non-concorrentes	17.104,06	31.269,21	33.460,71	34.758,91	39.994,46
Total gastos	37.795,27	54.079,25	58.609,34	75.691,67	83.155,33

FONTE: Encuesta de Presupuestos Familiares 1990-91. Elaboración propia.

²⁴ Xeralmente tamén adoitan corresponderse a familias con maiores ingresos, aínda que non podemos estudia-lo efecto de ámbalas dúas variables conxuntamente.

²⁵ O motivo tamén podería ser unha maior confianza nos servicios da Seguridade Social, aínda que esta hipótese se ve contradicida cun maior peso dos gastos concorrentes.

²⁶ Hai que mencionar que os analfabetos son normalmente persoas de idade avanzada que xeralmente viven en zonas rurais.

Tamaño municipal

Outra variable que cómpre tratar é o tamaño municipal. Galicia representa un ruralismo moi superior á media estatal, o 58,5% da súa poboación vive en concellos de menos de 20.000 habitantes, porcentaxe que en España se sitúa en torno ó 36,2%. Practicamente a metade das entidades singulares de poboación de España están en Galicia. A media de habitantes por núcleo de poboación é 7 veces superior en España mentres que o número de núcleos de poboación por cada 100 km² é 9 veces superior en Galicia. Esta realidade galega incide enormemente sobre aspectos tan importantes como a accesibilidade ós servizos e é un obstáculo adicional para a dotación e o funcionamento eficiente dos recursos sanitarios.

Se considerámo-la táboa 7 atopámonos cun incremento do gasto sanitario ó incrementa-lo tamaño do municipio, aínda que os de máis de 100.000 habitantes quedarían superados polos dous grupos inmediatamente anteriores. Os gastos concorrentes son maiores cós non-concorrentes a excepción dos municipios de menos de 100.000 habitantes, debido sobre todo a uns fortes gastos extrahospitalarios.

Táboa 7.- Gasto medio por fogar segundo o tamaño municipal de residencia en Galicia

<i>Tipo de gasto</i>	<i><10.000 hab.</i>	<i>10.000-50.000</i>	<i>50.001-100.000</i>	<i>> 100.000</i>
Medicam. sen subvención	3.620,52	5.117,88	7.828,36	6.377,66
Próteses sen subvención	3.250,51	2.940,99	3.475,06	4.095,30
Servizos extrahospitalarios	11.456,47	10.647,77	11.886,37	9.079,89
Servizos hospitalarios	976,80	2.919,74	5.113,64	4.279,52
Primas de seguro	2.151,09	1.262,51	774,55	2.274,50
<i>Gastos concorrentes</i>	<i>21.455,39</i>	<i>22.888,89</i>	<i>29.077,98</i>	<i>26.106,87</i>
Medicam. con subvención	2.921,59	4.419,88	4.437,73	2.339,09
Outros prod. farmacéuticos	5.862,24	6.491,69	10.092,86	8.124,08
Próteses con subvención	649,82	1.288,18	2.419,32	1.460,21
Dentista	10.936,28	21.773,96	12.364,68	17.613,75
<i>Gastos non-concorrentes</i>	<i>20.369,93</i>	<i>33.973,70</i>	<i>29.314,59</i>	<i>29.537,13</i>
<i>Total gastos</i>	<i>41.825,32</i>	<i>56.862,59</i>	<i>58.392,57</i>	<i>55.644,00</i>

FONTE: *Encuesta de Presupuestos Familiares 1990-91*. Elaboración propia.

Actividade do sustentador principal

A porcentaxe de parados beneficiarios de prestación por desemprego é máis baixa en Galicia (31,5%) ca en España (34,4%). Os beneficiarios de pensións representan un 8,9% do total estatal, porcentaxe alta que pode deberse á súa pirámide de poboación sensiblemente máis avellentada. En Galicia a porcentaxe de prestacións asistenciais é sensiblemente superior ó de contributivas, ó contrario do que ocorre no ámbito estatal. A poboación activa dedicada ó sector agrario representaba en 1989 o 32,7%, sendo en España do 12,3%. Lugo e Ourense son as máis rurais de todo o Estado, cunha porcentaxe de ocupación na agricultura e na pesca do 52 e do 47,8% respectivamente.

Agrupámo-la mostra en ocupados, parados, pensionistas e inactivos²⁷. Os gastos son maiores no grupo de ocupados e só no de pensionistas os gastos concorrentes superan os de non-concorrentes. Os parados teñen cifra nula en hospitais e primas de seguro, onde tampouco realizan gasto ningún os inactivos.

Táboa 8.- Gasto medio por fogar segundo a actividade do sustentador principal en Galicia

<i>Tipo de gasto</i>	<i>Ocupados</i>	<i>Parados</i>	<i>Pensionistas</i>	<i>Inactivos</i>
Medicam. sen subvención	6.645,99	4.756,63	3.122,57	5.261,18
Próteses sen subvención	3.934,43	2.265,95	1.163,39	1.431,37
Servicioextrahospitalarios	10.896,18	7.185,63	10.285,57	5.290,98
Servicios hospitalarios	1.965,60	0,00	5.076,98	1.901,96
Primas de seguro	2.614,38	0,00	1.163,39	0,00
<i>Gastos concorrentes</i>	<i>26.056,58</i>	<i>14.208,21</i>	<i>2.0811,9</i>	<i>13.885,49</i>
Medicam. con subvención	3.651,15	3.598,26	2.122,92	4.393,49
Outros prod. farmacéuticos	8.916,44	8.452,63	4.387,72	2.660,16
Próteses con subvención	1.239,39	1.078,95	1.187,15	1.294,12
Dentista	19.759,97	17.774,37	10.904,24	10.196,08
<i>Gastos non-concorrentes</i>	<i>33.566,94</i>	<i>30.904,21</i>	<i>18.602,03</i>	<i>18.543,84</i>
<i>Total gastos</i>	<i>59.623,52</i>	<i>45.112,42</i>	<i>39.413,93</i>	<i>32.429,33</i>

FONTE: Encuesta de Presupuestos Familiares 1990-91. Elaboración propia.

Sexo e idade do sustentador principal

Os fenómenos demográficos máis significativos en Galicia son o decrecemento vexetativo, o avellentamento da súa poboación e unha continua caída da natalidade. En canto a gasto, é máis elevado nos homes ca nas mulleres e nos grupos de idade de 30 a 44 anos de ámbolos dous sexos, sobre todo en servicios extrahospitalarios e odontolóxicos. Nos homes de 65 e máis anos son maiores os gastos concorrentes que os non-concorrentes, así como nas mulleres de 45 a 64 e 65 e máis.

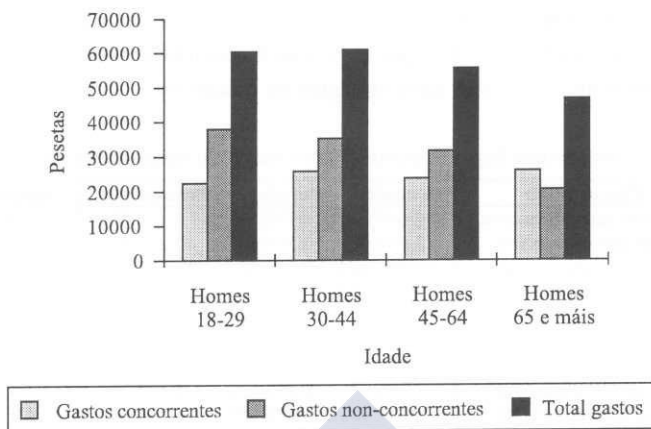
Táboa 9.- Gasto medio por fogar segundo idade e sexo do sustentador principal

<i>Tipo de gasto</i>	<i>Homes 18-29</i>	<i>Homes 30-44</i>	<i>Homes 45-64</i>	<i>Homes 65 e máis</i>	<i>Mulleres 18-29</i>	<i>Mulleres 30-44</i>	<i>Mulleres 45-64</i>	<i>Mulleres 65 e máis</i>
Medicam. sen subvención	11.041,76	6.481,20	4.975,23	5.384,40	4.062,93	6.167,52	3.220,10	1.996,44
Próteses sen subvención	2.680,54	3.375,52	4.468,46	2.381,85	513,33	3.132,83	5.013,33	2.120,01
Servicios extrahospitalar.	6.755,95	10.924,28	10.862,03	8.564,78	10.346,67	14.810,42	6.867,33	18.675,31
Servicios hospitalarios	878,05	1.744,36	2.005,65	7.932,80	0,00	2.013,52	2.934,52	2.603,42
Primas de seguro	1.140,24	3.282,95	1.510,40	1.845,46	0,00	2.248,91	837,50	1.516,46
<i>Gastos concorrentes</i>	<i>22.496,54</i>	<i>25.808,31</i>	<i>23.821,77</i>	<i>26.109,29</i>	<i>14.922,93</i>	<i>28.373,20</i>	<i>18.872,78</i>	<i>26.911,64</i>
Medicam. con subvención	2.672,29	2.479,07	4.915,57	3.009,18	1.386,67	3.060,12	1.349,40	147,88
Outros prod. farmacéut.	16.928,59	11.809,06	5.256,77	4.206,47	17.369,33	7.964,06	7.101,80	2.048,79
Próteses con subvención	1.140,24	3.282,95	1.782,81	1.845,46	1.443,60	2.248,91	497,77	342,77
Dentista	17.230,98	20.175,46	19.751,99	11.820,60	10.133,33	20.716,00	8.672,27	6.160,72
<i>Gastos non-concorrentes</i>	<i>37.918,54</i>	<i>35.199,52</i>	<i>31.707,13</i>	<i>20.617,80</i>	<i>30.332,93</i>	<i>32.643,21</i>	<i>17.621,23</i>	<i>8.700,16</i>
<i>Total gastos</i>	<i>60.415,08</i>	<i>61.007,83</i>	<i>55.528,90</i>	<i>46.727,09</i>	<i>45.255,86</i>	<i>61.016,41</i>	<i>36.494,01</i>	<i>35.611,8</i>

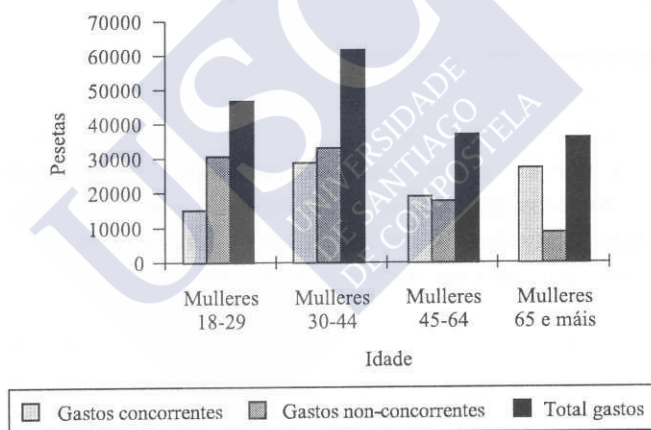
FONTE: Encuesta de Presupuestos Familiares 1990-91. Elaboración propia.

²⁷ Consideramos tamén un grupo de rendistas, aínda que non é significativo. Ese grupo presenta un gasto nulo en tódalas categorías a excepción de próteses con subvención con 4.750 pesetas. O número de informantes nesta situación foi dun único sustentador principal.

Gráfica 3.- Gasto privado medio homes segundo idade



Gráfica 4.- Gasto privado medio mulleres segundo idade



CONCLUSIÓNS

Neste artigo revisáronse as características propias da demanda de saúde, enmarcadas dentro dun conxunto de factores que lle dan identidade ó sector sanitario e o diferencian doutros sectores.

É patente o obxectivo dos países desenvolvidos de garantirlle á maior parte da poboación certos servizos básicos, xa que a saúde se considera un dereito fundamental dos individuos. Sen embargo, a ampliación da cobertura sanitaria non implica que todos debamos consumi-la mesma cantidade de coidados médicos, que virán determinados pola demanda que realicemos destes en cada momento da nosa vida.

Vimos que o obxectivo que se pretende alcanzar é a maximización da saúde, o cal se plasma no consumo ou na compra de servizos sanitarios. Neste traballo intentamos reflectir, nun nivel global primeiro e posteriormente nun máis específico, cales son os factores fundamentais que inflúen na demanda e en qué medida o fai cada un deles.

Atopámonos así con que as variacións na demanda están afectadas por un amplo abano de factores que se distribúen tanto do lado do paciente como por parte do médico. Así, aspectos como a incidencia de enfermidade, a educación, a renda, os prezos, o valor do tempo e o que denominamos demanda inducida serían algúns deles. Eses efectos foron analizados por numerosos estudos empíricos nos últimos anos.

Tamén debemos considerar outro enfoque distinto que nos leva a ver a figura do demandante de servizos sanitarios non só como un consumidor deles, senón como un produtor dun produto chamado saúde. Os axentes poden producir saúde usando o seu tempo en mellorala e non limitándose simplemente a mercar inputs médicos. Neste enfoque, pertencente a Grossman, tamén se considera a saúde baixo unha dobre vertente, como un ben de consumo e como un ben de investimento xa que un individuo san poderá traballar máis e con iso aumenta-lo seu nivel de ingresos. Esta visión ten implicacións tanto no nivel microeconómico como no macroeconómico.

Por último e polo que se refire á análise do gasto sanitario privado na Comunidade Autónoma galega, hai que dicir que este gasto é lixeiramente inferior á media nacional, sendo máis acentuada a diferenza entre gastos concorrentes e non-concorrentes coa Seguridade Social. As familias galegas destinan unha maior porcentaxe da súa renda, 53,6% fronte a 46,4%, a aqueles gastos que a Seguridade Social non cobre ou cobre parcialmente, a excepción da provincia da Coruña. As distintas características socioeconómicas definen un comportamento semellante ó esperado en canto ó consumo en sanidade privada, sendo bastante representativo o volume de gastos concorrentes ó supera-lo efecto renda que puidese ocasionala compra de servizos sanitarios, sobre todo para as familias máis desfavorecidas. Ó realiza-la análise da proporción do gasto sanitario privado en relación á renda, obtemos unha elasticidade positiva, sendo a variación entre decilas moito maior no caso dos gastos non-concorrentes.

BIBLIOGRAFÍA

- ABÁSOLO, I. (1995): "El gasto privado en consumo sanitario en Canarias dentro del marco sanitario público en 1990", *La economía de los servicios. V Congreso Nacional de Economía*. As Palmas de Gran Canaria.
- ACTON, J.P. (1975): "Nonmonetary Factors in the Demand for Medical Care: Some Empirical Evidence", *Journal of Political Economy*, vol. 83, pp. 595-614.
- ÁLVAREZ, R. (1994): *Estadística básica y procesamiento de datos con SPSS aplicado a las ciencias de la salud*. Comunidad de Madrid, Consejería de Salud.

- ARROW, K (1963): "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53, 5, pp. 941-973.
- BAREA, J. (1992): *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo*. Madrid: IEF.
- CAULEY, S.D. (1987): "The Time Price of Medical Care", *The Review of Economics and Statistics*, 69, pp. 59-66.
- CONSELLERÍA DE SANIDADE (1992): *Bases para a elaboración do Plan de Saúde de Galicia*. Xunta de Galicia.
- CULYER, A.J. (1991): *The Economics of Health*. Edward Elgar Publishing.
- INE (1993): *Encuesta de Presupuestos Familiares 1990-91. Metodología*. Madrid.
- INE (1993): *Encuesta de Presupuestos Familiares 1990-91. Primeros Resultados*. Madrid.
- INE (1993): *Encuesta de Presupuestos Familiares 1990-91. Soporte informático*. Madrid.
- INE (1993): *Encuesta de Presupuestos Familiares 1990-91. Fichero para usuarios*. Madrid.
- FELDSTEIN, P.(1988): *Health Care Economics*. New York: Delmar Publishers.
- FOLLAND, S.; GOODMAN, A.; STANO, M. (1993): *The Economics of Health and Health Care*. New York: MacMillan Publishing Co.
- GROSSMAN, M. (1972): "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *Journal of Political Economy*, vol. 80, núm. 2, pp. 223-253.
- GROSSMAN, M. (1982): "The Demand for Health after a Decade", *Journal of Health Economics*, 1, pp. 1-3.
- GALARRAGA J.(1981): *La demanda de cuidados médicos: conceptos básicos y su cálculo empírico para Navarra*. ICE.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. (1989): "Público y privado en sanidad, claves y estrategias de análisis", *Jornadas de Economía de la Salud*. Santiago de Compostela.
- MUURINEN, J.M. (1982): "Demand for Health", *Journal of Health Economics*, 1, pp. 5-28.
- RODRÍGUEZ, M. (1988): "El gasto sanitario privado en España: su naturaleza y su efecto sobre la equidad del sistema", *VIII Jornadas de Economía de la Salud*. As Palmas de Gran Canaria.
- RODRÍGUEZ, M.; MURILLO, C.; CALONGUE, S. (1993): "Evolución de la cuantía y de la naturaleza del gasto sanitario privado en la década dos 80", *Hacienda Pública Española*, 1, pp. 143-153.
- STIGLITZ, J. (1988): *La economía del sector público*. Barcelona: Antoni Bosch.