

Instituto de Ciencias del Seguro

**Características  
sociodemográficas  
de las personas con doble  
cobertura sanitaria.  
Un estudio empírico**

José María Sarabia Alegría  
Marta Pascual Sáez

**FUNDACIÓN MAPFRE**

© FUNDACIÓN MAPFRE

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra sin el permiso escrito del autor o de FUNDACIÓN MAPFRE

FUNDACIÓN MAPFRE no se hace responsable del contenido de esta obra, ni el hecho de publicarla implica conformidad o identificación con la opinión del autor o autores.

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra sin el permiso escrito del autor o del editor.

© 2010, FUNDACIÓN MAPFRE  
Paseo de Recoletos 23  
28004 Madrid (España)

[www.fundacionmapfre.com/cienciasdelseguro](http://www.fundacionmapfre.com/cienciasdelseguro)  
[publicaciones.ics@mapfre.com](mailto:publicaciones.ics@mapfre.com)

ISBN: 978-84-9844-215-1  
Depósito Legal:

## PRESENTACIÓN

FUNDACIÓN MAPFRE desarrolla actividades de interés general para la sociedad en distintos ámbitos profesionales y culturales, así como acciones destinadas a la mejora de las condiciones económicas y sociales de las personas y sectores menos favorecidos de la sociedad. En este marco, el Instituto de Ciencias del Seguro de FUNDACIÓN MAPFRE promueve y desarrolla actividades educativas y de investigación en los campos del seguro y de la gerencia de riesgos.

En el área educativa, su actuación abarca la formación académica de postgrado y especialización, desarrollada en colaboración con la Universidad Pontificia de Salamanca, así como cursos y seminarios para profesionales, impartidos en España e Iberoamérica. Estas tareas se extienden hacia otros ámbitos geográficos mediante la colaboración con instituciones españolas y de otros países, así como a través de un programa de formación a través de Internet.

El Instituto promueve ayudas a la investigación en las áreas científicas del riesgo y del seguro y mantiene un Centro de Documentación especializado en seguros y gerencia de riesgos, que da soporte a sus actividades.

Asimismo, el Instituto también promueve y elabora informes periódicos y monografías sobre el seguro y la gerencia de riesgos, con objeto de contribuir a un mejor conocimiento de dichas materias. En algunos casos estas obras sirven como referencia para quienes se inician en el estudio o la práctica del seguro, y en otros como fuentes de información para profundizar en materias específicas.

Dentro de estas actividades se encuadra la publicación de este cuaderno que recoge el resultado de la Ayuda a la Investigación Riesgo y Seguro que FUNDACIÓN MAPFRE concedió a sus autores en la convocatoria de 2007. El trabajo ha sido tutorizado por Eduardo Sánchez Delgado de MAPFRE FAMILIAR.

Desde hace unos años, Internet es el medio por el que se desarrollan mayoritariamente nuestras actividades ofreciendo a los usuarios de todo el mundo la posibilidad de acceder a las mismas de una manera rápida y eficaz mediante soportes Web de última generación a través de [www.fundacionmapfre.com](http://www.fundacionmapfre.com).

**José María Sarabia Alegría** es Catedrático de Universidad de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa en el Departamento de Economía de la Universidad de Cantabria. A su vez es Catedrático de Estadística e Investigación Operativa por la Universidad Complutense de Madrid, ahora en excedencia. Ha sido profesor visitante del *ICMA Business School for Financial Markets, University of Reading, UK, de la London School of Economics* y del *Imperial College London*. Es autor o coautor de 11 libros, editor de 3 libros y de más de 100 artículos publicados en revistas científicas. Es miembro de la Sociedad Española de Estadística e IO y de la *American Statistical Association* así como editor asociado de las revistas *Journal of Statistical Planning and Inference* (Elsevier), *Statistical Methodology* (Elsevier), *Journal of Probability and Statistics*, *Chilean Journal of Statistics* y miembro del consejo editorial de la revista *Anales del Instituto de Actuarios Españoles*. En el año 2008 obtuvo el Premio Internacional de Investigación en Seguros “Julio Castelo Matrán” (junto con Emilio Gómez), concedido por FUNDACIÓN MAPFRE.

**Marta Pascual Sáez** es Profesora Titular de Universidad en el Área de Economía Aplicada en el Departamento de Economía de la Universidad de Cantabria. Sus líneas de investigación principales se desarrollan en los campos de la economía y econometría de la salud, desigualdades en salud, teoría de la distribución y redistribución de la renta, métodos cuantitativos y modelización regional, campos en los que ha publicado diversos libros y artículos en revistas de reconocido prestigio nacional e internacional, tales como *Applied Economics*, *Applied Economics Letters*, *Economics Letters*, *The Journal of Socio-Economics*, *Atlantic Economic Journal*, *Hacienda Pública Española*, *Estadística Española*, etc. Ha sido investigador visitante en el *Centre for Health Economics* de la Universidad de York y en el *Institute for Social and Economic Research* de la Universidad de Essex (Reino Unido).

Los autores del trabajo agradecen al tutor D. Eduardo Sánchez Delgado y a Fundación MAPFRE la ayuda y atención prestadas para la elaboración de esta memoria.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	17
1. LA SALUD DE LA POBLACIÓN: CONSIDERACIONES GENERALES .....	21
2. LA DOBLE COBERTURA SANITARIA: REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	25
3. FUENTES DE INFORMACIÓN .....	35
4. METODOLOGÍA .....	43
1. Modelos de Regresión con Variable Dependiente Discreta .....	43
2. Análisis Discriminante .....	52
3. Modelos de datos de panel con efectos fijos y aleatorios .....	57
4. Fundamentación teórica: el modelo de Grossman .....	58
5. EVIDENCIA EMPÍRICA .....	59
6. CONCLUSIONES .....	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	109
ANEXO DE TABLAS .....	113
Colección “Cuadernos de la Fundación” Instituto de Ciencias de Seguro .....	153

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Composición de la muestra de hogares e individuos en el PHOGUE (1994-2001). Número de observaciones sin ponderar .....	36
TABLA 2. Primas Seguros de Salud: Volumen y Crecimiento.....	59
TABLA 3. Adultos por tramos de ingresos mensuales del hogar en 2001 y permanencia en el hospital. País: España. Año: 2001 .....	60
TABLA 4. Adultos por nivel de estudios y permanencia en el hospital. País: España. Año: 2001 .....	61
TABLA 5. Adultos por sexo, edad y permanencia en el hospital. País: España. Año: 2001 .....	62
TABLA 6. Adultos por estado civil y permanencia en el hospital. País: España. Año: 2001 .....	63
TABLA 7. Adultos por tramos de ingresos mensuales del hogar en 2001 y número de veces que han ido a consulta de médico l. general País: España. Año: 2001. ....	63
TABLA 8. Adultos por tramos de ingresos mensuales del hogar en 2001 y número de veces que han ido a consulta de médico especialista. País: España. Año: 2001.....	64
TABLA 9. Adultos por tramos de ingresos mensuales del hogar en 2001 y número de veces que han ido a consulta de dentista. País: España. Año: 2001.....	64
TABLA 10. Adultos por sexo, edad y número de veces que han ido a consulta de médico general. País: España. Año: 2001.....	65
TABLA 11. Adultos por sexo, edad y número de veces que han ido a consulta de médico especialista. País: España. Año: 2001.....	66
TABLA 12. Adultos por estado civil y número de veces que han ido a consulta de médico general. País: España. Año: 2001.....	67
TABLA 13. Adultos por estado civil y número de veces que han ido a consulta de médico especialista. País: España. Año: 2001.....	67

TABLA 14. Adultos por estado civil y número de veces que han ido a consulta de dentista. País: España. Año: 2001.....	68
TABLA 15. Adultos por tramos de ingresos mensuales del hogar en 2001 y cobertura sanitaria privada según sean o no titulares. País: España. Año: 2001.....	68
TABLA 16. Adultos por tipo de hogar abreviado (2ª clasificación) y cobertura sanitaria privada según sean o no titulares. País: España. Año: 2001 .....	69
TABLA 17. Adultos por tipo de hogar abreviado (1ª clasificación) y cobertura sanitaria privada según sean o no titulares. País: España. Año: 2001.....	70
TABLA 18. Adultos por sexo, edad y cobertura. País: España. Año: 2001 .....	71
TABLA 19. Adultos por estado civil y cobertura sanitaria privada según sean o no titulares. País: España. Año: 2001 .....	72
TABLA 20. Resultados de la estimación del modelo probit. Variable dependiente: SEGURO MÉDICO PRIVADO. Año 1995.....	76
TABLA 21. Resultados de la estimación del modelo probit. Variable dependiente: SEGURO MÉDICO PRIVADO. Año 1996.....	77
TABLA 22. Resultados de la estimación del modelo probit. Variable dependiente: SEGURO MÉDICO PRIVADO. Año 1997.....	77
TABLA 23. Resultados de la estimación del modelo probit. Variable dependiente: SEGURO MÉDICO PRIVADO. Año 1998.....	78
TABLA 24. Resultados de la estimación del modelo probit. Variable dependiente: SEGURO MÉDICO PRIVADO. Año 1999.....	78
TABLA 25. Resultados de la estimación del modelo probit. Variable dependiente: SEGURO MÉDICO PRIVADO. Año 2000.....	79
TABLA 26. Resultados de la estimación del modelo probit. Variable dependiente: SEGURO MÉDICO PRIVADO Año 2001.....	79
TABLA 27. Modelo para datos de panel con efectos aleatorios. Variable dependiente: SEGPRIVADO. España (1995-2001).....	80
TABLA 28. Estimación del modelo probit: Coeficientes. Variable dependiente: SEGPRIVADO de cada año.. .....	81

TABLA 29 Estimación del modelo probit: Efectos Medios. Variable dependiente: SEGPRIVADO de cada año .....	82
TABLA 30. Matriz de clasificación: Análisis Discriminante Lineal. Año 2001 .....	83
TABLA 31. Matriz de clasificación: Análisis discriminante cuadrático. Año 2001 .....	84
TABLA 32. Matriz de clasificación: Análisis discriminante logístico. Año 2001 .....	84
TABLA 33. Análisis discriminante lineal canónico. Año 2001. ....	84
TABLA 34. Coeficientes de la función discriminante canónica estandarizada (Función 1) y estructura canónica (Función 2). Año 2001.	84
TABLA 35. Matriz de clasificación: Análisis Discriminante Lineal. Año 2000.. ....	85
TABLA 36. Matriz de clasificación: Análisis discriminante cuadrático. Año 2000 .....	85
TABLA 37. Matriz de clasificación: Análisis discriminante logístico. Año 2000 .....	85
TABLA 38. Análisis discriminante lineal canónico. Año 2000.. ....	85
TABLA 39. Coeficientes de la función discriminante canónica estandarizada (Función 1) y estructura canónica (Función 2). Año 2000).	86
TABLA 40. Matriz de clasificación: Análisis Discriminante Lineal. Año 1999... .....	86
TABLA 41. Matriz de clasificación: Análisis discriminante cuadrático. Año 1999 .....	86
TABLA 42. Matriz de clasificación: Análisis discriminante logístico. Año 1999 .....	86
TABLA 43. Análisis discriminante lineal canónico. Año 1999 .....	87
TABLA 44. Coeficientes de la función discriminante canónica estandarizada (Función 1) y estructura canónica (Función 2). Año 1999. ..	87
TABLA 45. Matriz de clasificación: Análisis Discriminante Lineal. Año 1998 .....	87

TABLA 46. Matriz de clasificación: Análisis discriminante cuadrático. Año 1998. ....	87
TABLA 47. Matriz de clasificación: Análisis discriminante logístico. Año 1998. ....	88
TABLA 48. Análisis discriminante lineal canónico. Año 1998. ....	88
TABLA 49. Coeficientes de la función discriminante canónica estandarizada (Función 1) y estructura canónica (Función 2). Año 1998. ....	88
TABLA 50. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al Médico y tramos de ingresos anuales del hogar en 2006 (Número total de adultos en miles y % horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2007.....	90
TABLA 51. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y tramos de ingresos anuales del hogar en 2005 (Número total de adultos en miles y % horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2006 .....	90
TABLA 52. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y tramos de ingresos anuales del hogar en 2004 (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005 ..	91
TABLA 53. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y tramos de ingresos anuales del hogar en 2003 (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. ....	91
TABLA 54. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y relación con la actividad (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2007..	92
TABLA 55. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y relación con la actividad (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2006.....	92
TABLA 56. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y relación con la actividad (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005.....	93

TABLA 57. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y relación con la actividad (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. ....	93
TABLA 58. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y edad y sexo (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2007.....	94
TABLA 59. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y edad y sexo (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2006.....	95
TABLA 60. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y edad y sexo (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005 ....	96
TABLA 61. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y edad y sexo (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004.....	97
TABLA 62. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y estado civil (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2007 .....	98
TABLA 63. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y estado civil (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2006 .....	98
TABLA 64 Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y estado civil (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005 ..	99
TABLA 65. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y estado civil (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004 ..	99

TABLA 66. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y nacionalidad (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2007.....	100
TABLA 67. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y tramos de ingresos anuales del hogar en 2005 (Número total de adultos en miles y % horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2006 .....	100
TABLA 68. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y nacionalidad (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005 .....	101
TABLA 69. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y nacionalidad (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. ....	101
TABLA 70. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y CCAA (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005 .....	102
TABLA 71. Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y CCAA (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004 . ....	103
GRÁFICO 1. Evolución del gasto público en salud per cápita (US\$ PPC) en los países de la OCDE ....	23
GRÁFICO 2. Evolución del gasto privado en salud per cápita (US\$ PPC) en los países de la OCDE .....	23
CUADRO 1. Estudios relativos al efecto del aseguramiento sanitario privado sobre la salud de la población ...	30
CUADRO 2. Información disponible en el PHOGUE de los hogares (7 secciones) .....	38
CUADRO 3. Información disponible en el PHOGUE de las personas adultas (13 secciones) .....	39

CUADRO 4. Variables y definiciones.....	75
FIGURA 1. Funciones de densidad (gráfico superior) y funciones de distribución (gráfico inferior) de las distribuciones normal (línea continua) y logística (línea discontinua. ....	46
FIGURA 2. Colas de las distribuciones normal (línea continua) y logística (línea discontinua).....	47

## INTRODUCCIÓN

El continuo incremento del gasto sanitario en los países desarrollados está planteando graves problemas de financiación que obviamente repercuten en la salud de la población. En este sentido se han planteado dentro de la Unión Europea importantes reformas cuyo objetivo no es sólo garantizar la cobertura universal de los servicios sino también mejorar la calidad y la equidad de los servicios (Blanco, 2007; Urbanos, 2004). Así, se han planteado en algunos países la necesidad de repercutir en los usuarios parte del coste de la atención sanitaria ya sea en forma de pago fijo (Austria, Finlandia, Portugal o Suecia) o como porcentaje del coste total (Luxemburgo).

Por otra parte, en trabajos recientes como el de López-Nicolás (2000) para el caso catalán, se ha puesto de manifiesto el ahorro sanitario y la menor presión asistencial sobre el sistema nacional de salud que se produce cuando se incrementan las situaciones de doble cobertura. Además en Cataluña siempre ha habido una fuerte implantación del aseguramiento privado (Fusté et al., 2005).

En España, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos se reconoce en la Constitución en el artículo 43. Además, la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, regula de manera general las acciones que permiten hacer efectivo este derecho. En su artículo 1 se establece que *“Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y los convenios internacionales establezcan.”*

Por otra parte, en el artículo 6 se detalla explícitamente:

*Las actuaciones de las Administraciones públicas sanitarias estarán orientadas:*

- 1. A la promoción de la salud.*
- 2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.*
- 3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.*
- 4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.*
- 5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.*

*En la ejecución de lo previsto en el apartado anterior, las Administraciones públicas sanitarias asegurarán la integración del principio de igualdad entre hombres y mujeres, garantizando su igual derecho a la salud.”*

Es decir una vez más se pone de manifiesto que el sistema sanitario español está basado en la universalidad y que además se financia vía impuestos generales. Además, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica completa la mencionada Ley General de Sanidad reforzando y dando un trato especial al derecho a la autonomía del paciente.

Por otra parte, todas las Comunidades Autónomas han asumido progresivamente las competencias en sanidad. Este proceso de descentralización se inició en 1981 en Cataluña (R.D. 1517/1981 de 8 de Julio) y culminó en el año 2001 cuando Cantabria (R.D. 1472/2001, de 27 de Diciembre), La Rioja (R.D. 1473/2001, de 27 de Diciembre), Murcia (R.D. 1474/2001, de 27 de Diciembre), Aragón (R.D. 1475/2001, de 27 de Diciembre), Castilla La Mancha (R.D. 1476/2001, de 27 de Diciembre), Extremadura (R.D. 1477/2001, de 27 de Diciembre), Baleares (R.D. 1478/2001, de 27 de Diciembre), Madrid (R.D. 1479/2001, de 27 de Diciembre) y Castilla y León (R.D. 1480/2001, de 27 de Diciembre) asumieron sus respectivas competencias. Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud. En la exposición de motivos de la citada ley se expone:

*La Constitución Española de 1978, en su artículo 41, afirma que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad (...). Igualmente el artículo 38.1.a) de la Ley General de la Seguridad Social incluye dentro de la acción protectora el ámbito de la Seguridad Social la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo.*

Así, el objetivo de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema nacional de Salud busca la colaboración de las Administraciones públicas sanitarias con la finalidad de mejorar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud prestando especial atención a la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud. La ley tiene dos propósitos fundamentales (Bohigas, 2003): garantizar la cohesión entre los Servicios de Salud de un Sistema descentralizado y facilitar su modernización.

Asimismo existen otras normas que regulan el derecho a la atención sanitaria de la población. Entre ellas cabe destacar:

- Ley General de la Seguridad Social (texto refundido aprobado por Real Decreto 1/1994, de 20 de Junio).
- Real Decreto Legislativo 6/2004, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, que regula las mutualidades de previsión social como entidades complementarias a la acción protectora de la Seguridad Social.
- Ley 29/1975, de 27 de junio, modificada por el Real Decreto Legislativo 4/2000, que regula MUFACE, para los funcionarios de la administración civil del Estado; Real Decreto 16/1978, que regula MUGEJU, para los funcionarios de la administración de justicia y Ley 28/1975, que regula ISFAS, para el personal de las Fuerzas Armadas
- Real Decreto 1088/1989, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.
- Ley 24/1997, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social.
- Ley Orgánica 7/2001 y Ley 21/2001, por las que se regula el nuevo modelo de financiación autonómica.
- Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor.
- Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

A nivel europeo, también existen una serie de directivas y recomendaciones que incluyen el reconocimiento a todos los ciudadanos del derecho a la protección de la salud. Entre otras destacamos el Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950, la Carta Social Europea de 1961, el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina de 1997.

Sin embargo, en nuestro país se están planteando importantes problemas relacionados tanto con la financiación como con la eficiencia y la equidad del sistema. En España, la financiación sanitaria se integra dentro de la financiación general de las Comunidades Autónomas. Así, los seguros médicos privados se plantean como alternativa y complemento de nuestro Sistema Nacional de Salud. Por ello, un porcentaje cada vez mayor de la población opta por la doble cobertura sanitaria. Consideraremos que un individuo tiene doble cobertura si puede acceder a los servicios prestados por la Seguridad Social a través del Servicio Nacional de Salud (SNS) y paga adicionalmente por adquirir Sanidad de modo privado. La contratación de seguros privados garantiza una mejor y más rápida atención sanitaria que repercute enormemente en la salud de la población. El conocimiento de las características socioeconómicas de los

individuos que tienen doble cobertura sanitaria se convierte en un aspecto fundamental. Así, la estructura de esta investigación es la siguiente. En la Sección 2 se abordan algunos aspectos generales relacionados con la salud de la población. La Sección 3 se centra en las características de la doble cobertura sanitaria. A continuación, en las Secciones 4 y 5 se describen respectivamente las principales fuentes de información utilizadas así como la metodología empleada. En la Sección 6 se detallan los principales resultados obtenidos, y finalmente, en la Sección 7, se presentan las conclusiones más relevantes de este estudio.

# 1

## LA SALUD DE LA POBLACIÓN: CONSIDERACIONES GENERALES

El estudio de los factores determinantes de la salud ha sido abordado desde diferentes puntos de vista. La salud es uno de los aspectos que más preocupan a los ciudadanos y por ende a todos los poderes públicos.

Definir qué es la salud ha sido y continúa siendo motivo de controversia. En 1946 la Organización Mundial de la Salud definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad. Así, la salud y sus factores determinantes (factores genéticos, estilos de vida, medio ambiente, etc.) deben ser tenidos en cuenta para la elaboración de adecuadas políticas sanitarias fundamentadas en la salud pública.

Sin embargo, uno de los problemas que nos planteamos en este tipo de trabajos se encuentra en la propia medición de la salud. Tradicionalmente, se han utilizado tanto la esperanza de vida al nacer como la mortalidad. No obstante, la mayor proliferación de encuestas sociales ha permitido disponer de otras variables no menos interesantes como son indicadores de morbilidad basados en la incidencia y prevalencia de enfermedades de acuerdo a diagnósticos médicos, satisfacción del paciente, limitaciones en actividades diarias, estilos de vida, autovaloración de salud, etc.

Por tanto, podríamos considerar por una parte como factores determinantes de la mortalidad (y la esperanza de vida) las características socioeconómicas de los individuos (género, edad, tipo de trabajo y el nivel educativo) y por otra parte los patrones de vida, las enfermedades prevalentes o graves, las condiciones de vida y de trabajo, y obviamente las características biológicas de cada individuo. Estos factores nos llevarían a una mayor o menor utilización de servicios sanitarios y/o a un mayor consumo de medicamentos

Aunque existen muchas formas de evaluar el nivel de las desigualdades e inequidades en salud, las mediciones más empleadas se basan en la comparación de distintas tasas o indicadores. En el Anexo de esta investigación (TABLAS desde A1 hasta A18) se incluyen los siguientes datos para los países de la OCDE:

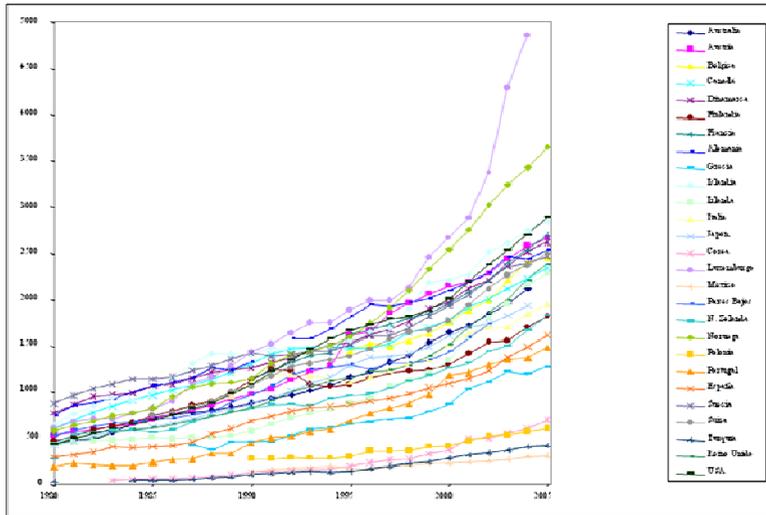
- Esperanza de vida (años) de las mujeres al nacer
- Esperanza de vida (años) de los hombres al nacer
- Gasto total en salud per cápita (en US\$ PPC)
- Gasto público en salud per cápita (en US\$ PPC)

- Gasto privado en salud per cápita (en US\$ PPC)
- Gasto total en salud (% Producto Interior Bruto)
- Gasto público en salud (% producto interior bruto)
- Gasto privado en salud (% Producto Interior Bruto)
- Gasto público en salud per cápita (en US\$ PPC)
- Gasto privado en salud per cápita (en US\$ PPC)
- Gasto público en salud (% gasto total en salud)
- Gasto privado en salud (% gasto total en salud)
- Población total (miles de personas)
- Población total (miles de personas)
- Población de 0 a 14 años (miles de personas)
- Población de 15 a 64 años (miles de personas)
- Población de 65 años o más (miles de personas)
- Población de 80 años o más (miles de personas)

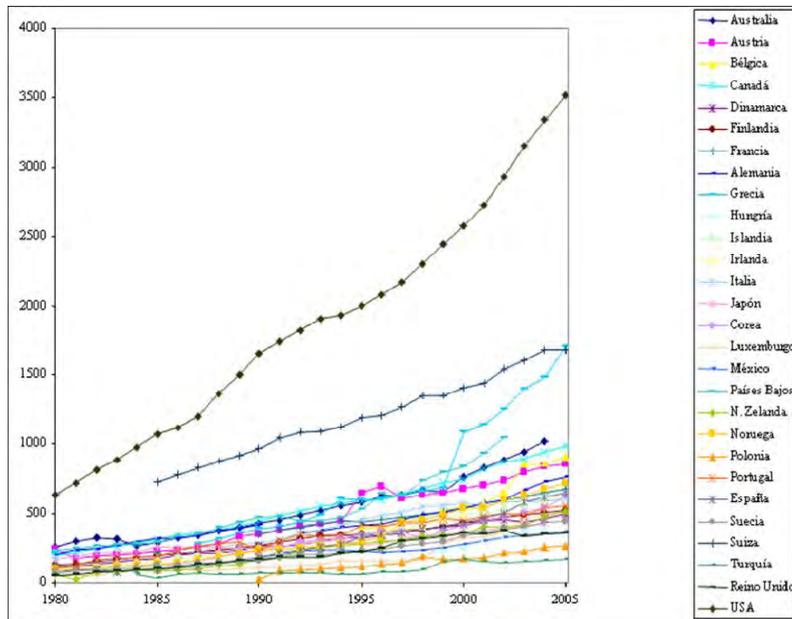
Un primer análisis nos permite extraer las siguientes conclusiones. En primer lugar, durante las últimas décadas se ha incrementado progresivamente la esperanza de vida tanto de los hombres como de las mujeres en todos los países de la OCDE. España es uno de los países con mayor esperanza de vida en el año 2005 (83,9 años para las mujeres y 77,4 años para los hombres). El progresivo envejecimiento de la población es un elemento muy importante en todos los países desarrollados. Con respecto al gasto en salud, se observa también un crecimiento continuado que se hace más patente en algunos países justificado en parte por los diferentes sistemas sanitarios y el grado de desarrollo de los mismos. Si centramos nuestra atención en el gasto total en salud como porcentaje del Producto Interior Bruto, se observa que las mayores tasas se encuentran en el año 2005 en Estados Unidos, Suiza y Francia (con un 15,3%, 11,6% y 11,1%, respectivamente). En el otro extremo nos encontramos con países como Corea y México (6% y 6,4%, respectivamente). España se encuentra en un puesto intermedio con un gasto total en salud del 8,2% del Producto Interior Bruto.

Otro indicador relativamente importante es el gasto en salud per cápita (tanto público como privado). De nuevo, las mayores tasas se encuentran en Estados Unidos, Islandia, Francia, Austria y Dinamarca. En este sentido, un análisis gráfico de los datos nos permite detectar claramente el crecimiento experimentado por estas variables en los últimos años (véanse GRÁFICOS 1 y 2). Países como Estados Unidos y Suiza tienen un gasto sanitario privado per cápita muy superior al resto motivado especialmente por las características de sus sistemas sanitarios. No obstante, y como se ha comentado anteriormente, no siempre mayores niveles de gasto se traducen en mejores indicadores de salud ya sean objetivos o subjetivos.

**GRÁFICO 1**  
Evolución del gasto público en salud per cápita (US\$ PPC)  
en los países de la OCDE



**GRÁFICO 2**  
Evolución del gasto privado en salud per cápita (US\$ PPC)  
en los países de la OCDE



## 2

### LA DOBLE COBERTURA SANITARIA: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Durante los últimos años han sido muchos los cambios que ha experimentado el mundo del seguro. Sin duda, España está experimentando cambios importantes en lo que a su estructura demográfica se refiere. Como aspectos fundamentales destacamos que España es uno de los países de la Unión Europea con mayor esperanza de vida (en 2005, 77,4 años para los hombres y 83,9 años para las mujeres) pero una baja tasa de fertilidad (en 2005 la tasa de fecundidad en España de las mujeres entre 15 y 49 años es de 1,34 niños). Por otra parte, el número de inmigrantes es otro factor a tener en cuenta.

El Seguro de Asistencia Sanitaria se basa en la prestación de la asistencia médica, hospitalaria y quirúrgica en toda clase de enfermedades o lesiones. Su articulación se estructura en dos pilares fundamentales. Por una parte, el asegurado dispone de un cuadro médico del que generalmente puede elegir libremente. En otros casos, cuando la entidad aseguradora no tiene el servicio concertado, el asegurado recibe el reembolso de los gastos médicos u hospitalarios ocasionados. Incluso es posible combinar las dos alternativas.

En conclusión, podemos clasificar de manera general las modalidades de Seguros de Salud en las siguientes (véase Vázquez de Padura, 2006):

1. **Seguros de Libre Elección o Reembolso:** La Compañía de Seguros se compromete a rembolsar al asegurado las facturas por prestaciones sanitarias que haya recibido. El Asegurador cubre hasta un capital anual máximo previsto en póliza.
2. **Seguros de Asistencia Sanitaria:** El Asegurador asume la Cobertura del riesgo de que el Asegurado sufra una enfermedad o accidente que será atendido por los Servicios Sanitarios incluidos en un Cuadro o Guía Médica elaborado por el Asegurador y que se entrega al Asegurado al suscribir el contrato, actualizándose periódicamente (en general de manera anual).
3. **Seguros Mixtos:** Son una combinación de los dos anteriores.

En este trabajo, no consideraremos aquellas modalidades de Seguros de Salud que se limitan a coberturas menores como seguros de viaje o paralelas como por ejemplo los seguros de indemnización diario por días de baja.

Otro aspecto a tener en cuenta es la cobertura garantizada por las pólizas de Asistencia Sanitaria. No obstante, según la entidad aseguradora se incluyen un conjunto de garantías que obviamente no tienen porqué coincidir en todos los casos. De manera general, podríamos clasificar las coberturas en ocho grandes bloques (INESE, 1994):

1. **Medicina Primaria:** Medicina General, Puericultura. Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.)
2. **Especialidades:** Cirugía General y Tratamiento Postoperatorio. Pediatría. Aparato Digestivo. Odeontostomatología. Limpiezas. Prótesis. Ginecología. Tocología. Asistencia al Parto. Neonatología. Planificación Familiar. Epidural. Menopausia y Medicina Preventiva en la Mujer. Oftalmología. Otorrinolaringología. Urología. Psiquiatría. Análisis Clínicos. Anatomía Patológica. Electroencefalografía. Anestología. Radiología. Reumatología. Rehabilitación en especialidades médicas. Podología. Traumatología y Ortopedia. Alergología. Dermovenerología. Endocrinología. Cardiología. Gastroenterología. Geriatria. Hematología. Nefrología. Neumatología. Neurología. Oncología.

## 1. Servicios Especiales

- *Médicos:* Medicina Interna, Neurología, Pediatría de Consulta, Psiquiatría de Consulta, Oftalmología de Consulta, Fisioterapia, Laserterapia, Psicología, Litotricia y Logofoniatría.
- *Cirugía:* Trasplantes, Cardiovascular, Maxilofacial, Ortopedia y Traumatología, Oftalmología especial, Plástica y Reparadora, Trácnica y Neurotrácnica, Láser Oftálmico y Estética.

## 2. Especialistas

- *Técnicas de diagnóstico y terapéuticas :* Scanner, Resonancia Nuclear Magnética, Angiografía Digital, Hemodiálisis, Aerosolterapia, Cobaltoterapia, Electroterapia, Radioterapia, Rehabilitación, Ventiloterapia, Medicina Nuclear y Quimioterapia.

5. **Hospitalización:** Por observación. Habitación individual. Camas acompañante. Curas. Derechos de Quirófano. Productos anestésicos y medicamentos empleados. Reserva de camas. Seguimiento de pacientes. Banco de Sangre. Transfusiones de Sangre. Tratamientos especiales UCI.
6. **Hospitalización a domicilio:** Oxigenoterapia. Fluidoterapia.
7. **Asistencia:** Urgente. Domiciliaria Especialistas. Fuera de la provincia de residencia. En el extranjero.

**8. Varios:** Ambulancias. Tratamiento del dolor. Chequeos Médicos. Medicación fuera de clínica. Contrastes. Prótesis. Transfusiones.

En nuestro país el estudio del impacto de la doble cobertura sanitaria sobre la salud de la población es un fenómeno relativamente reciente. Así, la mayor parte de los estudios se refieren tanto a Estados Unidos como a otros países de la Unión Europea.

El continuo crecimiento del gasto sanitario en todos los países está ocasionando una gran preocupación en todos los Gobiernos planteándose así la necesidad de buscar alternativas que garanticen no sólo la protección de la salud de la población sino también el equilibrio presupuestario. La posibilidad de establecer algún sistema de copago, por ejemplo a través del pago de un euro por cada visita médica, no parece ser aceptable, entre otros argumentos, desde el punto de vista de la justicia redistributiva dado que no todos los ciudadanos tienen la misma capacidad y disposición a pagar. Sin embargo, el incremento de los seguros privados como complemento de la oferta sanitaria es una opción muy atractiva no sólo desde el punto de vista de los ciudadanos sino también para las Autoridades Sanitarias. En España, es en Madrid y en Cataluña donde en mayor medida se está observando este crecimiento de los seguros privados.

En cuanto a la literatura reciente relacionada con la doble cobertura sanitaria detallaremos a continuación algunas de las aportaciones más relevantes (véase CUADRO 1). Grignon et al. (2008) analizan para el caso de Francia el efecto que tiene el hecho de estar asegurado sobre la utilización de los servicios sanitarios prestando especial atención a los más pobres. Es decir, teniendo en cuenta la desigual distribución de la renta. El sistema sanitario francés a pesar de ser considerado uno de los mejores del mundo ha sido ampliamente criticado por la escasa atención que durante años ha prestado a las personas con escasos recursos. Sin embargo, esta situación se ha ido paliando progresivamente con la introducción de la denominada "Cobertura Médico Universal (CMU)". Sin embargo y como muestran los citados autores, los individuos que reciben gratis la asistencia sanitaria tienen mayor probabilidad no sólo de demandar mayor asistencia sanitaria general y especializada sino también un mayor consumo de medicamentos. En Francia, el sistema sanitario es universal pero incompleto. Los pacientes deben abonar directamente la asistencia médica primaria y el precio de los fármacos. Posteriormente, reciben el reembolso total o parcial del gasto producido. Sin embargo, se observa que los individuos con seguro privado complementario utilizan más los servicios sanitarios y acuden con mayor frecuencia tanto al médico de atención primaria como al especialista (Buchmueller et al., 2004).

Por otra parte, la estructura de la población por grupos de edad es un factor relevante para explicar el gasto sanitario. Fukuda (2007) utilizando datos agregados y técnicas Bayesianas compara la situación de Estados Unidos con Japón. A pesar de las diferencias existentes entre ambos sistemas sanitarios se observa que la edad, las diferentes cohortes y el periodo de análisis son

factores a tener en cuenta. Además, se ha observado que la atención sanitaria preventiva tiene una importante incidencia sobre la salud reduciéndose tanto la mortalidad como la morbilidad de la población (Pagán et al., 2007). Otro aspecto que aún no se ha citado pero que tiene gran importancia en relación con el doble aseguramiento de la población es el relacionado con las listas de espera. Aunque existe evidencia empírica a este respecto, resulta bastante intuitivo y evidente que cuanto más largas son las listas de espera en atención sanitaria mayor es la demanda de seguros sanitarios privados (Besley et al., 1998 y 1999).

En otros países asiáticos como en China también se está demandando un mayor aseguramiento sanitario privado por parte de la población. La escasa utilización de los servicios sanitarios en algunas zonas está condicionado por el alto coste que la asistencia sanitaria tiene. Sin embargo, los seguros sanitarios privados se perfilan como una alternativa efectiva y plausible que sin duda mejoraría la salud de esta populosa nación (Yin et al., 2007). En Taiwan, por ejemplo, donde la asistencia sanitaria privada es más reciente se repiten los mismos patrones de comportamiento (Liu y Chen, 2002). El doble aseguramiento privado depende de las características socioeconómicas de los individuos, en especial de la renta y la educación.

El caso de Australia también es significativo. El seguro sanitario público cubre todos los costes asociados con la hospitalización médica necesaria y el 85% de la atención ambulatoria. Los individuos disponen de seguros sanitarios privados que tienen una función doble. Por una parte, duplican la asistencia sanitaria y por otra cubren de manera suplementaria otros aspectos que la sanidad pública no alcanza. En este sentido, Barret y Conlon (2003) señalan que la decisión de los individuos de contratar un seguro sanitario privado depende en gran medida de la salud individual y de la aversión al riesgo. De tal manera que aquellos individuos con peor estado de salud (peor salud percibida), estilos de vida poco aconsejables (consumo de tabaco, alcohol, escaso ejercicio físico, etc.) presentan menor aversión a las situaciones de enfermedad y menor probabilidad de contratar un seguro sanitario privado. Además, la población que se concentra en áreas rurales tienen peor acceso a la sanidad privada lo cual podría justificar la menor contratación de seguros privados (Lokuge et al., 2005). Otros autores como Doiron et al. (2008) destacan que la autovaloración que los individuos hacen de su propia salud se transforma en un comportamiento de aversión al riesgo e incide en el aseguramiento sanitario.

No obstante, también se están planteando duras críticas a los seguros privados en países como Canadá. Así, Dhalla (2007) apunta una serie de detalles importantes. En primer lugar, la remuneración de los profesionales sanitarios del sector privado no debería ser superior al de los del sector público. Además, si pueden trabajar en ambos sectores, deberían recibir incentivos para minimizar las listas de espera del sector público. Asimismo, se presentan situaciones en que los pacientes son atendidos en clínicas privadas pero surgen complicaciones que recomiendan su traslado a un centro público. La pregunta que se plantea es quién debe asumir esos costes.

El sistema de funcionamiento de las entidades de seguro de asistencia sanitaria en los Estados Unidos tiene particularidades muy importantes (para un estudio más detallado véase Martín-Casals, 2006). El modelo del “*managed care*” norteamericano se caracteriza porque las entidades aseguradoras tienen un papel de coordinación, orientación y control de la prestación de servicios. Así por ejemplo, el médico de cabecera asignado por la entidad es el responsable de permitir o denegar el acceso del asegurado al conjunto de prestaciones cubiertas por su póliza. Sin embargo, lo que resulta aún más llamativo es que estas aseguradoras tienen entre otras las siguientes atribuciones: diseñar protocolos de actuación para los facultativos y centros médicos que colaboran con ellos; establecer, generalmente a la baja, los días de hospitalización o la duración de los tratamientos que proponen los facultativos. En definitiva, buscan contener el gasto sanitario. Por otra parte, es importante destacar que el denominado *Medicare* americano que se introdujo en 1965 garantiza el acceso a la mayoría de los servicios sanitarios a los individuos con más de 65 años. La introducción de este programa incrementó considerablemente la factura sanitaria de la nación pero no ha tenido un gran impacto sobre las correspondientes tasas de mortalidad (Finkelstein y McKnight, 2008). Otro aspecto muy importante en Estados Unidos y que merece especial atención es el del grupo de las mujeres. En muchas ocasiones su participación en el mercado de trabajo depende de la necesidad de obtener de la empresa algún seguro sanitario o incluso de si sus cónyuges o parejas disponen de él (Glied et al., 2008).

## CUADRO 1

Estudios relativos al efecto del aseguramiento sanitario privado sobre la salud de la población

Autores	Metodología	Variables	Fuentes de Información	Conclusiones más Relevantes
M.Grignon; M. Perronnin; J.N. Lavis (2008): <i>"Does Free Complementary Health Insurance Help the Poor to Access Health Care? Evidence from France"</i>	Diferentes ratios	Número de visitas al médico general y al especialista y consumo de medicamentos	<i>Registros administrativos: "Echantillon permanent des assures sociaux (EPAS)"</i>	Los individuos que reciben gratis la asistencia sanitaria tienen mayor probabilidad de demandar asistencia sanitaria tanto general como especialista
T.C. Buchmueller; A. Couffinhal ; M. Grignon ; M. Perronnin (2004). <i>"Access to Physician Services: Does Supplemental Insurance Matter? Evidence from France"</i>	Modelos probit (elección discreta)	Número de visitas al médico general y al especialista	Encuestas: <i>Enquête sur la santé et la protection sociale</i>	Los individuos con seguro privado complementario utilizan más los servicios sanitarios
D. Doiron; G. Jones; E. Savage (2008). <i>"Healthy, Wealthy and Insured? The Role of Self-Assessed Health in the Demand for Private Health Insurance"</i> .	Modelos de elección discreta	Estado de salud, características socio-económicas (ingresos, situación laboral), estilos de vida	Encuestas nacionales de salud: <i>Australian Bureau of Statistics (ABS)</i>	La autovaloración que los individuos hacen de su propia salud se transforma en un comportamiento de aversión al riesgo e incide en el aseguramiento sanitario.

### CUADRO 1 (Continuación)

Estudios relativos al efecto del aseguramiento sanitario privado sobre la salud de la población

Autores	Metodología	Variables	Fuentes de Información	Conclusiones más Relevantes
<p>M. Rodríguez; A. Stoyanova (2008).  <i>"Changes in the Demand for Private Medical Insurance Following a Shift in Tax Incentives"</i></p>	<p>Modelos probit</p>	<p>Características sociodemográficas de los individuos (sexo, edad, situación laboral, nivel educativo, lugar de residencia, gasto en salud)</p>	<p>Encuestas Nacionales de Salud de España</p>	<p>En España, la reforma fiscal de 1998 eliminó la deducción por gasto sanitario privado pero esta reforma apenas ha tenido impacto significativo sobre la decisión de los individuos de contratar o no un seguro privado.</p>
<p>K. Fukuda (2007): <i>"An Empirical Analysis of US and Japanese Health Insurance using Age-Period-Cohort Decomposition"</i>.</p>	<p>Modelos Bayesianos</p>	<p>Datos agregados de gasto sanitario según grupos de edad</p>	<p>Encuestas de Presupuestos Familiares y socioeconómicas (<i>US Consumer Expenditure Survey; Japanese Family Income and Expenditure Survey</i>)</p>	<p>La edad de la población es un factor muy relevante para explicar el gasto sanitario</p>
<p>X.H. Ying; T.W. Hu; J. Ren; W. Chen; K. Xu; J.H. Huang (2007).  <i>"Demand for Private Health Insurance in Chinese Urban Areas"</i></p>	<p>Modelos de regresión logística</p>	<p>Precio de los seguros privados, características sociodemográficas de los individuos (estado civil, sexo, edad, situación laboral, estado de salud e ingresos)</p>	<p>Encuestas de hogares</p>	<p>Los seguros sanitarios privados en China son un elemento fundamental para mejorar la salud de la población</p>

### CUADRO 1 (Continuación)

Estudios relativos al efecto del aseguramiento sanitario privado sobre la salud de la población

Autores	Metodología	Variables	Fuentes de Información	Conclusiones más Relevantes
J.A. Pagán; A. Puig; B.J. Soldo (2007). " <i>Health Insurance Coverage and the Use of Preventive Services by Mexican Adults</i> "	Modelos de regresión logística	Características sociodemográficas de los individuos (estado civil, sexo, edad, situación laboral, estado de salud, enfermedades crónicas, lugar de residencia, trayectoria migratoria e ingresos)	Encuestas de hogares: <i>MHAS (Mexican Health and Aging Study)</i>	Los individuos que tienen un seguro sanitario tienen mayor probabilidad de detectar algunas enfermedades crónicas
A.M. Jones; X. Koolman; E. Van Doorslaer (2004). " <i>The Impact of Supplementary Private Health Insurance on the Use of Specialists in European Countries</i> "	Modelos probit y técnicas de <i>matching</i>	Características sociodemográficas de los individuos (sexo, edad, situación laboral, nivel educativo, ingresos del hogar, estado de salud)	Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE)	La probabilidad de tener un seguro privado se incrementa en aquellos individuos con mayores ingresos y mejor estado de salud
G. Barret; R. Conlon (2003). " <i>Adverse Selection and the Decline in Private Health Insurance Coverage in Australia: 1989-95</i> "	Modelos de elección discreta	Características demográficas y socioeconómicas (sexo, edad, estado civil, número de niños, trayectoria migratoria, lugar de residencia, nivel educativo, ingresos, etc.)	Encuestas de hogares: <i>Australian Bureau of Statistics National Health Surveys</i>	Aquellos individuos con peor estado de salud (peor salud percibida), estilos de vida poco aconsejables (consumo de tabaco, alcohol, escaso ejercicio físico, etc.) tienen menor probabilidad de contratar un seguro sanitario privado

### CUADRO 1 (Continuación)

Estudios relativos al efecto del aseguramiento sanitario privado sobre la salud de la población

Autores	Metodología	Variables	Fuentes de Información	Conclusiones más Relevantes
T. Besley; J. Hall; I. Preston (1999). " <i>The Demand for Private Health Insurance: Do Waiting Lists Matter</i> "	Modelos probit (elección discreta)	Listas de espera y características sociodemográficas de los individuos (edad, situación laboral, estado de salud, nivel educativo, tamaño del hogar)	Encuestas de hogares: <i>British Social Attitudes (BSA) Survey</i>	Cuanto mayor son las listas de espera en atención sanitaria mayor es la demanda de seguros sanitarios privados
L.M. Verbrugge (1985): " <i>Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence</i> "	Diferentes ratios	Características socioeconómicas, problemas de salud, autovaloración de salud, consumo de medicamentos	<i>U.S. Vital and Health Statistics</i>	Las diferencias en salud según género se deben fundamentalmente a los diferentes estilos de vida, roles, estrés y prácticas preventivas de salud

Fuente: Elaboración propia.

En el caso español, los antecedentes sobre estudios de doble cobertura se centran principalmente en la comunidad autónoma de Cataluña, debido en buena parte a la disponibilidad de una encuesta propia de salud.

En esta sección reseñamos brevemente el estudio de Fusté et al. (2005) sobre la población con doble cobertura sanitaria. La información del estudio se basa en la Encuesta de Salud de Cataluña de 2002, que dispone de entrevistas a 8.400 individuos.

En términos generales, el estudio concluye que existen perfiles socio-demográficos y de salud diferentes entre las poblaciones con cobertura pública y con doble cobertura. Por otro lado, se observa además un patrón diferente de utilización de servicios.

Más específicamente, las principales conclusiones del estudio son las siguientes:

- Del total de encuestados, el 99,2 por ciento manifiesta que dispone de cobertura pública de salud.
- El 24,7 por ciento de los encuestados dispone de cobertura privada (mutua voluntaria o aseguradora privada).
- La población con doble cobertura viene caracterizada por los siguientes hechos:
  - Es más joven
  - Tiene mayor nivel de estudios
  - Pertenece a clases sociales más favorecidas
  - Declara tener un mayor estado de salud percibido
  - Presenta menos enfermedades crónicas y discapacidades.
- En la población sin doble cobertura la última visita corresponde en el 65 por ciento de los casos a atención primaria, mientras que en el grupo de doble cobertura el 51,1 por ciento corresponde a atención especializada.
- En cuanto al grado de satisfacción, el porcentaje de personas satisfechas o muy satisfechas con la última visita es superior en el grupo con doble cobertura, tanto si nos referimos con el trato profesional, tiempo de espera y trámites burocráticos.

En España, el Sistema Nacional de Salud (SNS) es un sistema sanitario de tipo universal adaptado al Estado de las Autonomías y plenamente descentralizado. El aseguramiento es prácticamente universal aunque alrededor del 5% de los ciudadanos tiene coberturas distintas a la del régimen general y aproximadamente el 0,3% puede carecer legalmente de cobertura pública aunque puede acceder a los servicios públicos por diferentes mecanismos. Además, la financiación de la sanidad se realiza fundamentalmente a partir de impuestos.

El origen del seguro de asistencia sanitaria podemos situarlo a mediados del siglo XIX en las llamadas “iguales”. Los igualatorios se constituyeron como entidades formadas por profesionales sanitarios en las que se prestaban servicios de asistencia sanitaria a cambio de una cuota que se abonaba periódicamente. Posteriormente, el Reglamento de Mutualidades de Previsión de 1943 y la primera Ley de Ordenación de los Seguros Privados de 1954, reconoció que la actividad que realizaban estas entidades era una operación asegurativa. Sin embargo, ¿por qué contratar un seguro sanitario privado? Entre las razones fundamentales se encuentran la reducción de los tiempos de espera, la libre elección de médico y centro así como la posibilidad de disponer de una habitación individual en caso de internamiento. Además, la atención que ofrecen las entidades de seguros sanitarios privados es en muchos casos más directa y personalizada que en los centros de la Seguridad Social.

### 3

## FUENTES DE INFORMACIÓN

En esta parte de la investigación se utilizarán fundamentalmente los microdatos del Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE). La necesidad de disponer a nivel comunitario de información armonizada relativa a rentas, educación, formación, empleo, etc., que permitiera analizar las diferentes políticas sociales en la Unión Europea, motivó la elaboración de una nueva fuente de información estadística: “*El Panel de Hogares de la Unión Europea*”. Esta fuente de datos está armonizada a nivel comunitario y coordinada por la Oficina Estadística de la Unión Europea (EUROSTAT).

El PHOGUE no sólo describe la situación de la población en un momento determinado, sino que además los hogares elegidos en el primer ciclo se mantienen durante los ciclos sucesivos, permitiendo la entrada de nuevos miembros y siguiendo a los miembros que han abandonado el hogar, o al hogar en su conjunto, si ésta ha cambiado de dirección dentro de la Unión Europea. Es importante destacar que nunca se habían dispuesto, para toda la Unión Europea, de un panel fijo y armonizado que permitiera realizar un seguimiento de variables como la renta, el empleo, composición de los hogares, educación, etc., y que permitiera además estudiar la situación socioeconómica de los hogares e individuos dentro de la Unión Europea.

Esta encuesta de panel representativa de hogares de distintos países de la Unión Europea se realizó por primera vez en 1994 y la muestra estaba formada por 60.500 hogares (aproximadamente 170.000 individuos). En el caso de España la primera muestra fue de 7.200 hogares (aproximadamente 18.000 individuos). Cabe así destacar de ella dos características básicas. En primer lugar, su ámbito geográfico, que permite hacer comparaciones a nivel europeo.

En segundo lugar, su diseño de panel, que permite entrevistar a los mismos hogares e individuos a lo largo de varios años, incluso si se cambia de domicilio dentro de la Unión Europea, lo que hace posible estudiar la formación y evolución de nuevos hogares así como los movimientos migratorios internos. El PHOGUE es una encuesta que tiene la doble vertiente de hogares e individuos, existiendo un cuestionario relativo a los hogares y otro a los adultos que viven en dicho hogar. La TABLA 1 incluye información detallada de la composición de la muestra de hogares e individuos del PHOGUE para España y las ocho olas disponibles.

**TABLA 1**

Composición de la muestra de hogares e individuos en el PHOGUE (1994-2001). Número de observaciones sin ponderar

<i>País</i>	<i>Concepto</i>	<i>Ola 1</i> <i>(1994)</i>	<i>Ola 2</i> <i>(1995)</i>	<i>Ola 3</i> <i>(1996)</i>	<i>Ola 4</i> <i>(1997)</i>	<i>Ola 5</i> <i>(1998)</i>	<i>Ola 6</i> <i>(1999)</i>	<i>Ola 7</i> <i>(2000)</i>	<i>Ola 8</i> <i>(2001)</i>
España	Hogares	7206	6522	6267	5794	5485	5418	5132	4966
	Individuos	23025	20708	19712	18167	16728	16222	15048	14320

Fuente: Elaboración propia a partir del PHOGUE.

A continuación, se resumen los principales aspectos del PHOGUE relativos al ámbito poblacional, ámbito geográfico, ámbito temporal y unidades de análisis del panel.

- **Ámbito poblacional:** En cuanto a la población objetivo de investigación en el PHOGUE distinguiremos entre primer ciclo, segundo ciclo y tercer ciclo y sucesivos. La población objeto de investigación en el primer ciclo es el conjunto de hogares privados que residen en viviendas familiares principales y el conjunto de personas que viven en dichos hogares.

La población objeto de investigación en el segundo ciclo son las personas (individuos panel) que formaban parte de la población objetivo en el primer ciclo (población muestral) así como las personas que forman parte de los hogares de los individuos panel. Por tanto, la población objeto de investigación en el segundo ciclo está formada por *Adultos muestrales o adultos panel* (personas incluidas en la muestra del primer ciclo, nacidas en 1978 o con anterioridad), *Niños muestrales o niños panel* (personas incluidas en la muestra del primer ciclo nacidas en 1979 o con posterioridad y los niños nacidos desde la realización de la encuesta anterior, siempre que su madre sea un adulto de la muestra) y *Cohabitantes* (personas no incluidas en la muestra del primer ciclo que en el segundo ciclo forman parte de hogares en los cuales al menos un miembro es una persona muestral).

En el tercer ciclo y sucesivos la población objetivo está formada por los adultos muestrales o adultos panel y por los niños muestrales o panel (personas incluidas en la muestra del primer ciclo y los nacidos de madres panel), excluyéndose los hogares del ciclo anterior que hayan sido considerados como negativa fuerte a colaborar y los hogares que hayan sido durante dos ciclos consecutivos calificados como negativa débil, ausencia o incapacitados para contestar o aquellos de los que no se dispone de su dirección actual o porque debido a situaciones climáticas u otras causas no se ha podido acceder a la vivienda en que reside el hogar. Los cohabitantes (personas no incluidas en la muestra del primer ciclo, y que en el segundo ciclo y sucesivos residen con miembros del panel), seguirán siendo objeto de investigación siempre que sigan formando parte de los hogares de algún miembro panel.

Las entrevistas personales se realizan tanto a los adultos panel, como a los adultos cohabitantes, considerándose adultos a las personas que a 1 de Enero del año en que se realiza la investigación tienen 16 o más años.

- **Ámbito geográfico:** El ámbito geográfico está formado por todo el territorio español (excluyendo Ceuta y Melilla).
- **Ámbito temporal:** El ámbito temporal como periodo de recogida de datos corresponde al cuarto trimestre de cada año, a partir de 1994. No obstante, en el primer ciclo, algunos hogares por problemas de localización han sido investigados en el mes de enero de 1995.
- **Unidades de análisis:** En el PHOGUE se consideran dos unidades básicas de recogida de información: los adultos (miembros del hogar) y los hogares privados que residen en viviendas familiares principales seleccionadas en la muestra.

Es necesario precisar que una vez seleccionada la fuente de información, se tienen que tomar una serie de decisiones relevantes tanto metodológicas como relativas a la elección de la variable objeto de estudio y a la forma en que se ponderan las unidades de análisis. En este sentido, el empleo de microdatos ofrece numerosas ventajas ya que permite tomar una serie de decisiones metodológicas, aplicarlas de forma homogénea y contrastar la sensibilidad y robustez de los resultados frente a diferentes hipótesis. En los CUADROS 2 y 3 se presentan, en líneas generales, las variables de tipo demográfico, económico y social que contiene el PHOGUE en el cuestionario de los hogares y de los individuos, respectivamente

## CUADRO 2

Información disponible en el PHOGUE de los hogares (7 secciones)

INFORMACIÓN RELATIVA A LOS HOGARES
<p><b>Información general</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Ciclo</li><li>➤ País y región en la que reside el hogar</li><li>➤ Información relativa a la cumplimentación del cuestionario por el hogar correspondiente (fecha, tiempo empleado, número de visitas al hogar, etc.)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Información demográfica</b></li><li>➤ Número de miembros del hogar</li><li>➤ Número de miembros adultos del hogar con 16 o más años</li><li>➤ Número de miembros adultos del hogar con 14 o más años</li><li>➤ Composición del hogar (clasificación económica y sociológica)</li></ul>
<p><b>Ingresos del hogar</b></p>
<p><b>Situación económica del hogar</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Vivienda</b></li><li>➤ Fecha desde que reside en su vivienda</li><li>➤ Clase de vivienda, tipo de edificio y características de la vivienda</li><li>➤ <b>Bienes de equipamiento</b></li><li>➤ Posesión de automóvil, televisor, vídeo, microondas, lavavajillas, teléfono, vivienda secundaria u ordenador personal</li></ul>
<p><b>Información sobre niños del hogar</b></p>

FUENTE: Elaboración propia a partir del PHOGUE

### CUADRO 3

Información disponible en el PHOGUE de las personas adultas (13 secciones)

#### INFORMACIÓN RELATIVA A LAS PERSONAS ADULTAS

##### Información general

- Tiempo empleado en la cumplimentación del cuestionario individual
- Fecha en la que se realizó la entrevista personal
- Método utilizado en la entrevista (entrevista personal con el sujeto, autocumplimentado por el sujeto, entrevista telefónica o información facilitada por otro miembro del hogar)

##### Información demográfica

- Fecha de nacimiento, sexo y edad (calculada a 31 de diciembre del año correspondiente)
- Estado civil (casado, separado, divorciado, viudo o soltero)
- Fecha del último cambio en el estado civil

##### Situación actual en la actividad económica

- Situación actual en la actividad principal (asalariado, aprendiz remunerado, trabajador en formación, empresario o trabajador independiente, ayuda familiar, estudiante o escolar, parado, jubilado o retirado, labores del hogar, cuidado de niños u otras personas, cumpliendo el servicio militar o prestación social sustitutoria, otra situación económicamente inactiva)
- Número de horas trabajadas a la semana en el trabajo principal y adicional (si lo hubiera)
- Razón por la que no trabaja a tiempo completo (menos de 30 horas) en el trabajo principal
- Ocupación actual
- Actividad del establecimiento y número de asalariados
- Sector al que pertenece la empresa u organismo
- Fecha en el que comenzó a trabajar con el empleador actual o en el negocio actual
- Tipo de contrato (contrato de duración indefinida, contrato eventual o temporal, sin contrato, otro acuerdo laboral) y duración del contrato
- Grado de satisfacción en el trabajo actual
- Edad en la que el individuo comenzó con su vida laboral

##### Desempleo

##### Búsqueda de trabajo

##### Trabajos anteriores

##### Situación con respecto a la actividad en el año anterior al de la entrevista

### CUADRO 3 (Continuación)

Información disponible en el PHOGUE de las personas adultas (13 secciones)

INFORMACIÓN RELATIVA A LAS PERSONAS ADULTAS
<b>Ingresos individuales</b>
➤ Durante el año anterior a la entrevista Mensuales por cuenta ajena en el periodo de entrevista
<b>Educación y formación</b>
<b>Salud y cobertura sanitaria</b>
<b>Relaciones sociales</b>
<b>Trayectoria migratoria</b>
<b>Satisfacción con diversos aspectos de la vida</b>
➤ Grado de satisfacción con relación a su situación actual, en el trabajo o actividad principal
➤ Grado de satisfacción con relación a su satisfacción económica actual
➤ Grado de satisfacción con relación a su situación actual con respecto a las condiciones de su vivienda
➤ Grado de satisfacción con relación a la cantidad de tiempo que puede dedicar actualmente al ocio

FUENTE: Elaboración propia a partir del PHOGUE.

Así, una de las secciones a la que prestaremos especial atención es la relacionada con la “Salud y la Cobertura Sanitaria”. En particular, podremos clasificar a la población según las siguientes características o cuestiones:

**1) ¿Tiene derecho a disfrutar de tratamiento médico bajo un sistema de atención sanitaria financiado total o parcialmente por la Administración Pública, (Seguridad Social, Mutuality Pública – MUFACE, ISFAS, etc.)?**

- a. Sí.
- b. No.
- c. No consta

**2) ¿Dispone de algún tipo de cobertura o seguro médico privado del que sea titular usted o alguna otra persona?**

- a. Dispone y es titular.
- b. Dispone y el titular es otra persona.
- c. No dispone de cobertura
- d. No consta

**3) ¿Quién efectúa el pago del seguro médico?**

- a. Usted directamente o parcialmente u otra persona.
- b. Su empleador lo deduce del salario.
- c. Su empleador lo paga en concepto de cotización social.
- d. No consta.

**4) Cantidad mensual que paga por este seguro médico**

Por otra parte, la Encuesta de Condiciones de Vida – ECV (*European Statistics on Income and Living Conditions*) es una fuente de información estadística armonizada a nivel europeo cuyo objetivo es la producción sistemática de estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida en la Unión Europea. Esta encuesta sustituye al Panel de Hogares de la Unión Europea que comenzó en 1994 y finalizó en el año 2001. Sin embargo, la necesidad de actualizar el contenido con arreglo a las nuevas demandas motivó la elaboración de esta nueva fuente de información. Así, la ECV nos permite estudiar características sociodemográficas (ingresos, condiciones de vida de los hogares, actividad económica, salud, nivel de estudios, cuidado de los niños, etc.) a nivel europeo. El año 2004, la muestra estaba formada por 15.031 hogares y 31.222 adultos (mayores de 16 años).

En cuanto al ámbito poblacional, geográfico y temporal de esta encuesta, es importante destacar que es muy similar al del PHOGUE. Así, la población objeto de investigación (población objetivo) son las personas miembros de hogares privados que residen en viviendas familiares principales, así como dichos hogares. Aunque las personas de todas las edades forman parte de la población objetivo sólo son estudiadas exhaustivamente aquellas que tienen 16 o más años el 31 de Diciembre del año anterior al de la entrevista. Obviamente, el ámbito geográfico lo constituye todo el territorio español aunque la información también se dispone desagregada por CCAA<sup>1</sup>.

En el caso de la ECV nos centraremos en las siguientes cuestiones:

---

<sup>1</sup> En el PHOGUE sólo se dispone de información desagregada por CCAA a partir de la muestra ampliada correspondiente al año 2000.

**1) ¿Ha tenido usted necesidad, en alguna ocasión durante los últimos 12 meses, de asistir a la consulta de un médico (excepto dentista) o de recibir tratamiento médico y no ha podido?**

- a. Sí.
- b. No

**2) Motivo principal para no poder asistir a consulta médica o no poder recibir tratamiento médico**

- a. No se lo podía permitir económicamente.
- b. Estaba en una lista de espera (o tenía la sensación de que ésta era muy amplia).
- c. No disponía de tiempo por tener que trabajar o tener que cuidar niños u otras personas.
- d. La consulta estaba muy lejos para desplazarse o no había medios de transporte.
- e. Miedo a los médicos, a los hospitales, al tratamiento.
- f. Prefirió esperar y ver si el problema mejoraba por sí mismo.
- g. No conocía ningún médico o especialista competente.
- h. Otros motivos.

**3) ¿Ha tenido usted necesidad, en alguna ocasión durante los últimos 12 meses, de asistir a la consulta de un dentista o de recibir tratamiento médico y no ha podido?**

- a. Sí.
- b. No

**4) Motivo principal para no poder asistir a la consulta del dentista o no poder recibir tratamiento médico**

- a. No se lo podía permitir económicamente.
- b. Estaba en una lista de espera (o tenía la sensación de que ésta era muy amplia).
- c. No disponía de tiempo por tener que trabajar o tener que cuidar niños u otras personas.
- d. La consulta estaba muy lejos para desplazarse o no había medios de transporte.
- e. Miedo a los médicos, a los hospitales, al tratamiento.
- f. Prefirió esperar y ver si el problema mejoraba por sí mismo.
- g. No conocía ningún dentista competente.
- h. Otros motivos.

Aunque en la ECV no disponemos de información detallada sobre aquellos individuos que tienen doble cobertura sanitaria nos permitirá abordar un aspecto muy interesante como es las características de aquellos individuos que declaran haber tenido necesidad de asistir a la consulta de un médico y por diferentes razones no ha podido recibirla.

## 4 METODOLOGÍA

El principal objetivo de esta investigación es estudiar las características sociodemográficas de los individuos que disponen de doble cobertura sanitaria. Además de las características sociodemográficas propiamente dichas (género, edad, tipo de trabajo, nivel de renta, nivel educativo etc.) tendremos en cuenta otro tipo de variables explicativas como son los patrones de vida, enfermedades prevalentes o graves, las condiciones de vida y de trabajo así como ciertas características biológicas de los individuos. La influencia de estas variables sobre el tipo de cobertura tiene implicaciones importantes sobre el grado de utilización de los servicios sanitarios, el consumo de medicamentos, etc.

Por lo anterior, y en la mayoría de los análisis realizados la variable respuesta es de naturaleza cualitativa, y por tanto usaremos modelos que respondan a esta característica. Por tanto, trabajaremos principalmente con las siguientes herramientas:

- Modelos de regresión con variable dependiente discreta,
- Modelos de análisis discriminante,
- Modelos de datos de panel, de efectos fijos y aleatorios.

Pasamos a describir los modelos anteriores.

### 1. Modelos de Regresión con Variable Dependiente Discreta

Los modelos de regresión tradicionales requieren que la variable dependiente se considere una variable de tipo continuo sin ninguna restricción sobre su rango. Sin embargo, resulta bastante común en la práctica que esta restricción no se cumpla, de modo que nos encontremos con una variable de naturaleza no continua o que posiblemente su rango esté limitado.

En este apartado presentaremos diversos modelos en los que la variable dependiente  $y$  es de naturaleza discreta, de modo que únicamente puede tomar dos valores. La variable dependiente  $y$  es por tanto una variable *dummy*, que puede representar la ocurrencia de un suceso (en nuestro caso que el individuo disponga o no de doble cobertura sanitaria), o bien que represente la elección entre dos alternativas. En este caso, y como es obvio, esta variable viene explicada por un conjunto de variables explicativas que serán elegidas convenientemente.

Textos introductorios sobre los modelos que aquí presentamos son Cragg (1971), Greene (2003), Johnston y DiNardo (1997) y Maddala (1983).

Supongamos entonces que disponemos de una variable aleatoria dependiente binaria que toma los valores 0 y 1. Un modelo de regresión lineal simple o múltiple clásico no parece adecuado, puesto que el rango de los valores predichos no se encuentra entre 0 y 1, además de presentar heterocedasticidad, como veremos más adelante.

En términos generales especificamos la variable  $y$  de modo que,

$$\begin{aligned}\Pr(y = 1) &= F(x, \beta) \\ \Pr(y = 0) &= 1 - F(x, \beta),\end{aligned}\tag{1}$$

lo que supone que la variable  $y$  depende de un vector  $x$  de covariables, mientras que el vector de parámetros  $\beta$  refleja el impacto sobre  $x$ . La función  $F$  representa el nexo de unión entre los dos vectores. Una primera posibilidad sería suponer una relación de tipo lineal de modo que,

$$F(x, \beta) = \beta' x.$$

A partir de (1) es fácil probar que  $E[y | x] = F(x, \beta)$  y por tanto podemos construir el modelo de regresión,

$$\begin{aligned}y &= E[y | x] + (y - E[y | x]) \\ &= \beta' x + \varepsilon,\end{aligned}\tag{2}$$

que presenta dos inconvenientes. Por un lado los valores de  $y$  pueden estar fuera del rango (0,1), lo que hace que el modelo no tenga sentido en este contexto. Por otro lado, si vemos (2) como una variable tipo Bernoulli tenemos que,

$$\text{Var}[\varepsilon | x] = \beta' x(1 - \beta' x),$$

que obviamente presenta heterocedasticidad, y se requeriría para la estimación el uso de mínimos cuadrados generalizados.

Los comentarios anteriores nos llevan a considerar un modelo que satisfaga las siguientes condiciones:

1. La especificación para la  $F$  sea tal que  $0 < F < 1$ ,
2. La función  $F$  sea creciente en  $\beta' x$  y
3. Considerar un método de estimación adecuado, que puede ser el de máxima verosimilitud.

A la vista de los requerimientos anteriores, cualquier función de distribución con soporte en toda la recta es válida como elección para la  $F$ . Las principales propuestas para la  $F$  realizadas en la literatura son las siguientes:

- (a) La función de distribución normal estándar, dando lugar al modelo *probit*, propuesto por Finney (1971). Con esta especificación tenemos que,

$$\Pr(y = 1) = \int_{-\infty}^{\beta'x} \frac{1}{\sqrt{2\pi}} \exp(-t^2 / 2) dt = \Phi(\beta'x), \quad (3)$$

donde  $\Phi(\cdot)$  representa la función de distribución de una distribución normal estándar.

- (b) La función de distribución logística definida por:

$$F(x) = \frac{1}{1 + \exp(-x)}, \quad -\infty < x < \infty \quad (4)$$

que da lugar al llamado modelo *logit*. En este caso tenemos que:

$$\Pr(y = 1) = \frac{1}{1 + \exp(-\beta'x)} = \frac{\exp(\beta'x)}{1 + \exp(\beta'x)}. \quad (5)$$

En este caso, si  $f$  y  $F$  representan, respectivamente las funciones de densidad y de distribución de la distribución logística teniendo en cuenta (4) se verifica que,

$$f(x) = F(x)[1 - F(x)]. \quad (6)$$

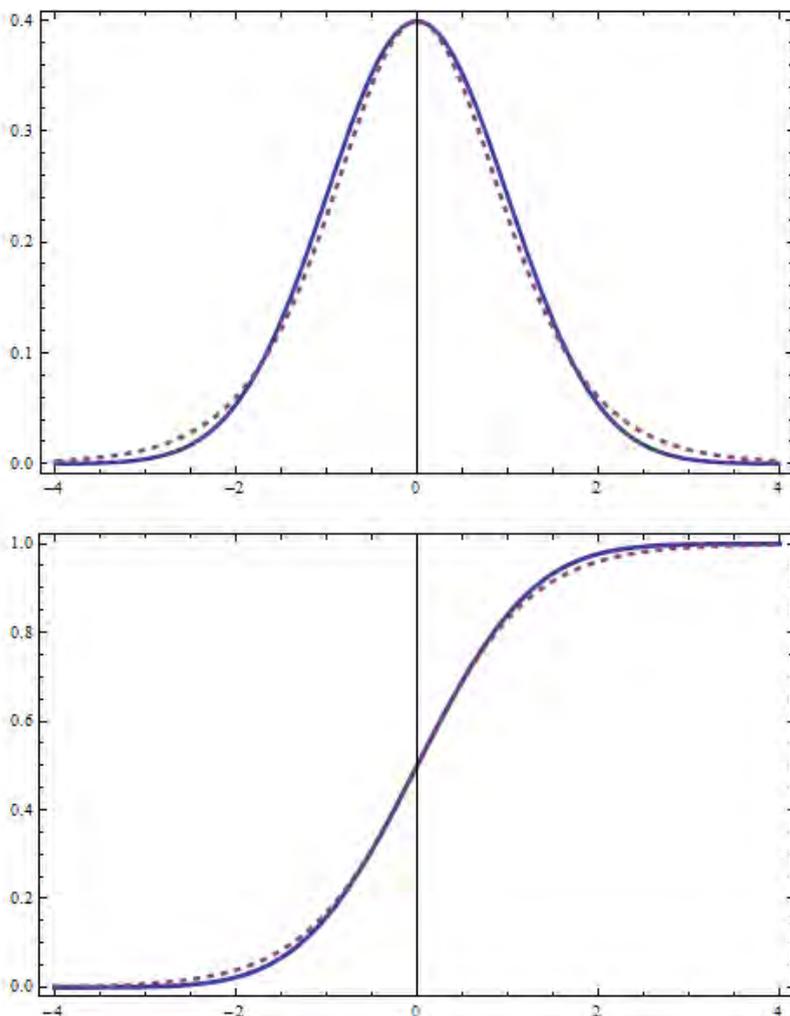
- (c) La función de distribución de extremos, que da lugar al modelo de *gompit*.

Tenemos entonces que,

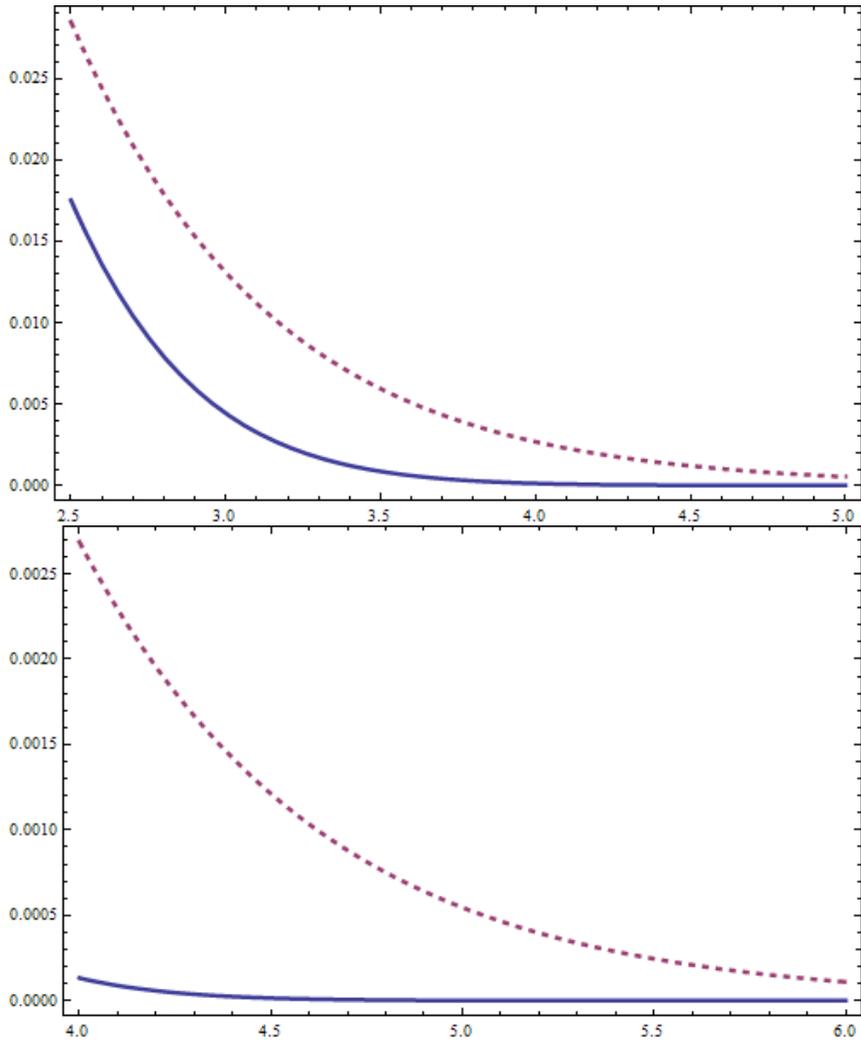
$$\Pr(y = 1) = \exp(-\exp(-\beta'x)).$$

Una vez descritos estos tres modelos parece lógico preguntarse cuál de ellos debería de utilizarse. Nos centraremos en los dos primeros modelos. Desde el punto de vista probabilístico las distribuciones normal y logística son muy similares en la parte central, sin embargo la distribución logística presenta colas más pesadas que la distribución normal (es decir, converge más lentamente a cero), por lo que el modelo logit asigna mayor probabilidad a valores grandes de los datos. Estos dos hechos aparecen ilustrados en las FIGURAS 1 y 2. La FIGURA 1 muestra las funciones de densidad y de distribución de una normal estándar y una distribución logística con la misma moda. Nótese que a simple vista las distribuciones son difíciles de distinguir. Sin embargo, si nos fijamos en las colas de las dos distribuciones (FIGURA 2) las diferencias son claras.

Esto significa que, desde el punto de vista de los regresores, los dos modelos asignan probabilidades muy similares cuando  $\beta'x$  corresponde a un valor intermedio. Sin embargo, el modelo logit asigna probabilidades mayores al suceso  $y = 0$ , cuando  $\beta'x$  es pequeño. Por otro lado, los dos modelos dan lugar a predicciones diferentes en muestras “extremas” con pocas respuestas afirmativas o pocas respuestas negativas. En términos generales y desde el punto de vista teórico, resulta difícil discernir entre ambos modelos. Amemiya (1981) ha estudiado diversos aspectos de esta cuestión. Desde el punto de vista de las aplicaciones, ambos modelos proporcionan resultados similares.



**FIGURA 1:** Funciones de densidad (gráfico superior) y funciones de distribución (gráfico inferior) de las distribuciones normal (línea continua) y logística (línea discontinua).



**FIGURA 2:** Colas de las distribuciones normal (línea continua) y logística (línea discontinua).

- *Interpretación de los parámetros*

El modelo anteriormente descrito es un modelo de regresión, de modo que,

$$\begin{aligned}
 E[y | x] &= 0 \times [1 - F(\beta'x)] + 1 \times [F(\beta'x)] \\
 &= F(\beta'x).
 \end{aligned}$$

La especificación anterior corresponde a un modelo de naturaleza no lineal. En este sentido y a diferencia con el modelo de regresión lineal clásico la interpretación de los coeficientes no es directa. Independientemente de la función  $F(\cdot)$  que elijamos, los parámetros del modelo no corresponden a los efectos marginales sobre la variable dependiente usuales. El efecto de las  $x$  sobre la probabilidad condicionada viene dado por,

$$\frac{\partial E[y | x]}{\partial x_j} = f(\beta' x) \beta_j,$$

donde  $f(\cdot)$  representa la función de densidad asociada a la función de distribución  $F(\cdot)$ . Notar que  $\beta_j$  viene ponderada por un factor  $f$  que depende de todos los valores de los regresores en  $x$ . Notar también, que puesto que una función de densidad es siempre no negativa, la *dirección* de los efectos sobre un cambio en  $x_j$  depende sólo del signo del coeficiente  $\beta_j$ . Valores positivos de implicarán cuando  $x_j$  aumente, aumentará la probabilidad de la respuesta. Valores negativos tendrán el efecto contrario,

Específicamente, en el caso del modelo probit tenemos que,

$$\frac{\partial E[y | x]}{\partial x} = \phi(\beta' x) \beta, \quad (7)$$

donde  $\phi(u)$  representa la función de densidad de una normal estándar. En el caso del modelo logit, haciendo uso de (6) tenemos que (7) se convierte en:

$$\frac{\partial E[y | x]}{\partial x} = F(\beta' x)[1 - F(\beta' x)] \beta,$$

Por tanto, en los dos casos los efectos variarán con los diferentes valores de la  $x$ .

En el caso del modelo logit es bastante habitual realizar una interpretación de los coeficientes en términos de los *odds*. Se verifica que,

$$\frac{\Pr(y_i = 1)}{\Pr(y_i = 0)} = \frac{p_i}{1 - p_i}.$$

Esta cantidad es conocida como riesgo o bien *odds-ratio* de probabilidades. En el caso del modelo logit el cociente de probabilidades da lugar a la expresión,

$$\frac{p_i}{1 - p_i} = \exp(\beta_0 + \beta_1 x_{1i} + \dots + \beta_k x_{ki}),$$

lo que equivale a:

$$\log\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_{1i} + \dots + \beta_k x_{ki}$$

que también se suele representar como,

$$\text{logit}(p_i) = \beta_0 + \beta_1 x_{1i} + \dots + \beta_k x_{ki}$$

Otra expresión usual también denominada odds-ratio recoge el efecto que tiene el incremento de una unidad en una variable explicativa en la probabilidad estimada de elegir una determinada opción. Si al incrementar en una unidad a  $x_j$  estimamos que la probabilidad pasa de  $p_i$  a  $p'_i$  tenemos que,

$$\text{logit}(p'_i) = \beta_j + \text{logit}(p_i)$$

de donde:

$$\frac{p'_i(1-p'_i)}{p_i(1-p_i)} = \exp(\beta_j),$$

Por tanto, la cantidad  $\exp(\beta_j)$  indica el cambio relativo que se produce en el cociente de probabilidades  $p_i/(1-p_i)$  cuando la variable  $x_j$  aumenta en una unidad.

- *Interpretación en términos de un modelo de utilidad aleatoria*

Los modelos de variable dependiente discreta pueden verse como modelos con función índice. De esta forma el modelo se interpreta como el resultado de una elección discreta en un modelo de regresión subyacente.

Para fijar ideas, supongamos que la elección es el resultado de un cálculo beneficio marginal-coste marginal. Puesto que el beneficio marginal no es observable, modelizamos la diferencia entre el beneficio y el coste mediante una variable no observable que verifica:

$$y^* = \beta'x + \varepsilon$$

donde la función de distribución del término de error viene dada por  $\varepsilon \approx F_\varepsilon$ . Se observa el hecho de que la compra se realiza o no y no el beneficio neto de dicha compra. En consecuencia, la observación es:

$$y = \begin{cases} 1 & \text{si } y^* > 0 \\ 0 & \text{si } y^* \leq 0 \end{cases}$$

Con esta construcción el término  $\beta'x$  se denomina función índice. A continuación, la probabilidad del suceso  $y = 1$  es,

$$\begin{aligned} \Pr(y = 1) &= \Pr(y^* > 0) \\ &= \Pr(\beta'x + \varepsilon > 0) \\ &= \Pr(\varepsilon > -\beta'x) \\ &= 1 - F_\varepsilon(-\beta'x) \end{aligned}$$

Si trabajamos con distribuciones simétricas (como es el caso de las distribuciones logística y normal) la expresión anterior se puede escribir como,

$$\begin{aligned} \Pr(y^* > 0) &= 1 - F_\varepsilon(-\beta'x) \\ &= F_\varepsilon(\beta'x), \end{aligned}$$

Y tenemos por tanto un modelo para la probabilidad.

- *Estimación de modelos de elección binaria*

Los modelos de elección binaria logit, probit y gompit se estiman mediante el método de máxima verosimilitud.

Un dato  $z_i$  puede verse como una realización de una variable aleatoria tipo Bernoulli con probabilidad de éxito  $p_i = F(\beta'x_i)$ .

A partir de una muestra de  $n$  observaciones, la función de verosimilitud viene dada por la expresión,

$$L = \Pr(Y_1 = y_1, \dots, Y_n = y_n) = \prod_{i=1}^n [F(\beta'x_i)]^{y_i} [1 - F(\beta'x_i)]^{1-y_i}$$

El logaritmo de la función de verosimilitud es,

$$\log L = \sum_{i=1}^n [y_i \log F(\beta'x_i) + (1 - y_i) \log(1 - F(\beta'x_i))].$$

Para el problema planteado, las condiciones de primer orden son:

$$\frac{\partial \log L}{\partial \beta} = \sum_{i=1}^n \left[ y_i \frac{f(\beta' x_i)}{F(\beta' x_i)} - (1 - y_i) \frac{y_i f(\beta' x_i)}{1 - F(\beta' x_i)} \right] x_i = 0. \quad (8)$$

Las ecuaciones anteriores son no lineales y deben resolverse por medio de algún procedimiento numérico. Las ecuaciones anteriores dependen de la distribución que elijamos para la  $F$ . En el caso del modelo logit, teniendo en cuenta la fórmula (6), la expresión (8) se convierte en:

$$\frac{\partial \log L}{\partial \beta} = \sum_{i=1}^n [y_i - F(\beta' x_i)] x_i = 0.$$

donde en este caso  $F$  representa la función de distribución de la distribución logística definida en (4). Mientras que la matriz de derivadas segundas se puede escribir como:

$$\frac{\partial^2 \log L}{\partial \beta \partial \beta'} = - \sum_{i=1}^n F(\beta' x_i) [1 - F(\beta' x_i)] x_i x_i'$$

A partir de la matriz anterior se puede obtener directamente la matriz de varianzas-covarianzas de los estimadores de los parámetros del modelo logit.

En el caso del modelo del probit, la expresión general se convierte en,

$$\begin{aligned} \frac{\partial \log L}{\partial \beta} &= \sum_{i=1}^n (2y_i - 1) \frac{\phi((2y_i - 1)\beta' x_i)}{\Phi((2y_i - 1)\beta' x_i)} x_i \\ &= \sum_{i=1}^n h_i x_i = 0, \end{aligned}$$

donde,

$$h_i = (2y_i - 1) \frac{\phi((2y_i - 1)\beta' x_i)}{\Phi((2y_i - 1)\beta' x_i)},$$

y donde  $\phi$  y  $\Phi$  representan la función de densidad y la función de distribución de la distribución normal estándar, respectivamente. La matriz de derivadas segundas que permite evaluar la precisión de los estimadores se convierte en:

$$\frac{\partial^2 \log L}{\partial \beta \partial \beta'} = - \sum_{i=1}^n h_i (1 + \beta' x_i) x_i x_i'.$$

Donde las probabilidades predichas y el efecto marginal predicho son obviamente funciones lineales de los parámetros.

- *Medidas de bondad de ajuste en los modelos de elección binaria*

En los modelos de regresión lineal estimados mediante mínimos cuadrados ordinarios, una medida de bondad de ajuste viene dada por el coeficiente de determinación. En el caso de los modelos logit y probit una medida análoga al coeficiente de determinación viene dada por

$$\rho^2 = 1 - \frac{\log L(\hat{\beta}; x_i, y_i)}{\log L_0(\hat{\beta}_0; x_i, y_i)}.$$

En el numerador aparece el logaritmo de la verosimilitud estimada mediante el modelo completo, mientras que en el denominador aparece el logaritmo de la verosimilitud del modelo restringido que no contiene ninguna variable explicativa y únicamente contiene el término independiente.

La interpretación de este coeficiente es similar a la del coeficiente de determinación usual en el modelo de regresión lineal múltiple. Si el coeficiente es próximo a la unidad se trata de un ajuste de calidad, mientras que si el coeficiente se encuentra cerca de cero el ajuste es malo.

Si queremos realizar un contraste de significación global del modelo, es decir contrastar la hipótesis nula de que todos los coeficientes de las variables independientes son iguales e iguales a cero, utilizaremos la región crítica definida mediante la cantidad,

$$2[\log L(\hat{\beta}; x_i, y_i) - \log L_0(\hat{\beta}_0; x_i, y_i)],$$

donde los logaritmos de las verosimilitudes corresponden a los modelos seleccionados. La distribución del estadístico anterior es una chi-cuadrado con k-1 grados de libertad, es decir, la diferencia entre los grados de libertad del modelo inicial y el modelo restringido.

Para evaluar los resultados de los modelos de elección discreta es frecuente construir tablas de clasificación.

## **2. Análisis Discriminante**

Los modelos de análisis discriminante suponen una metodología alternativa para la resolución del problema planteado. El análisis discriminante es una técnica estadística que permite asignar un individuo a un grupo definido a priori

en función de una serie de variables, que corresponden a características del individuo o respuestas a una serie de preguntas.

La base del análisis discriminante consiste en establecer una combinación lineal de variables independientes que permita clasificar a los individuos en los diferentes grupos establecidos a priori. Esta combinación lineal de variables se conoce como *función discriminante de Fisher*.

En nuestro caso, los dos grupos corresponden a los individuos sin y con doble cobertura sanitaria, y queremos obtener la combinación lineal de variables socio-demográficas que mejor discrimine a los dos grupos.

Disponemos entonces de datos correspondientes a  $n$  individuos, clasificados en dos grupos, y para cada individuo se observan  $p$  variables. El problema consiste en encontrar un criterio que permita separar a los dos grupos. Para asignar una unidad a cada grupo consideramos una función discriminadora  $d = d(X_1, \dots, X_p)$  que es una función de las  $p$  variables, y que para cada unidad  $i$  proporciona un valor discriminante  $d_i$ , de modo que dependiendo de su valor asignaremos a cada individuo en uno de los dos grupos. La función  $d$  es habitualmente una función lineal, de acuerdo con el criterio clásico de Fisher, si bien en la actualidad se consideran otras funciones de tipo no-lineal, como por ejemplo el discriminante cuadrático.

La solución consiste entonces en buscar una combinación lineal de las variables predictoras teniendo en cuenta los siguientes dos criterios:

- Separar lo más posible los centros de gravedad de los dos grupos,
- Hacer que los individuos de los dos grupos sean los más homogéneos posible.

Desde el punto de vista matemático, la función discriminadora se determina como el cociente entre la variabilidad entre grupos (VEG) y la variabilidad dentro de los grupos (VDG).

Consideremos el vector  $d = XU$ , donde  $X$  es la matriz de datos en desviaciones respecto la media y  $U$  el vector de ponderaciones que se trata de encontrar. A partir de esta información tenemos que encontrar VEG y VDG. La matriz de varianzas-covarianzas del vector  $d$  o variabilidad total proyectada sobre el eje se puede obtener como,

$$d'd = u'X'Xu . \tag{9}$$

Puesto que  $X$  se escribió en términos de desviaciones, el producto  $T = X'X$  es la matriz de covarianzas, excepto por un factor de escala. La cantidad (9) se puede descomponer como:

$$d'd = u'Fu + u'Wu, \tag{10}$$

que es la parte explicada  $u'Fu$  mientras que  $u'Wu$  es la parte residual. La descomposición anterior es clásica en estadística y las matrices  $F$  y  $W$  se obtienen a partir de los datos. La descomposición anterior permite establecer nuestra función objetivo. La función a maximizar es entonces,

$$\max_u \lambda = \frac{u'Fu}{u'Wu}.$$

En consecuencia,  $\lambda$  es un escalar que tomamos como criterio para cuantificar la discriminación entre grupos a lo largo de la dimensión dada por el vector  $u$ . A continuación, el objetivo será encontrar los coeficientes  $u_1, u_2, \dots, u_p$  que maximicen la cantidad  $\lambda$ .

La condición de primer orden viene dada por,

$$\frac{\partial \lambda}{\partial u} = \frac{2Fu(u'Wu) - (u'Fu)2Wu}{(u'Wu)'u'Wu}.$$

Simplificando la expresión anterior obtenemos,

$$\frac{2(Fu - \lambda Wu)}{u'Wu} = 0.$$

A continuación, si  $W$  es una matriz invertible se obtiene la relación:

$$W^{-1}Fu = \lambda u.$$

A partir de la relación anterior, el eje discriminante es el autovector asociado al máximo autovalor de la matriz  $W^{-1}F$ , que representa el cociente entre la variabilidad entre grupos (o explicada) y la variabilidad dentro de los grupos o residual.

Como resultado del análisis anterior obtendremos  $q$  autovalores distintos de cero, de modo que cada autovalor representa el valor obtenido por el criterio de discriminación de grupos para la combinación lineal de las  $p$  variables utilizadas.

Con esta información y con el autovalor de mayor magnitud tenemos la función,

$$Y_1 = u_{11}X_1 + u_{12}X_2 + \dots + u_{1p}X_p$$

que será la función combinación lineal de las  $p$  variables que de lugar a la mayor discriminación entre los dos grupos.

Con objeto de evaluar la capacidad de discriminación del eje, podemos obtener el valor de la correlación canónica calculada por medio de,

$$\eta = \left( \frac{\lambda}{1 + \lambda} \right)^{1/2}.$$

Esta medida se interpreta como una medida de asociación entre las puntuaciones discriminantes y los grupos.

- *Técnicas de análisis discriminante consideradas*

La principal aplicación del análisis discriminante es la clasificación y predicción de los individuos en cada uno de los grupos. Se han considerado tres técnicas de clasificación discriminante:

- Análisis discriminante lineal
- Análisis discriminante cuadrático y
- Análisis discriminante logístico

En los dos primeros casos partimos de una probabilidad de clasificación a priori  $\pi_k$ , que se estima mediante la proporción de individuos con o sin doble cobertura sanitaria. Supongamos ahora que la función de densidad de  $X$  en la clase  $G=k$  viene dada por  $f_k(x)$ . Si hacemos uso del teorema de Bayes, la probabilidad posterior viene determinada por la fórmula:

$$\Pr(G = k | X = x) = \frac{f_k(x)\pi_k}{\sum_{l=1}^K f_l(x)\pi_l}, \quad k = 1, 2, \dots, K.$$

A continuación, la regla de Bayes con función de pérdida dicotómica 0-1 da lugar al estimador para el individuo  $x$ ,

$$\begin{aligned} \hat{G}(x) &= \arg \max_k \Pr(G = k | X = x) \\ &= \arg \max_k f_k(x)\pi_k, \end{aligned}$$

que nos permite elegir entre una de las dos poblaciones. Bajo este enfoque, necesitamos especificar una función de densidad multivariante para la población, y elegiremos la función de densidad normal multivariante.

En el caso del *análisis discriminante lineal* suponemos que las funciones de densidad de los dos grupos siguen distribuciones normales multivariantes con distintas medias pero con idéntica matriz de covarianzas. Con estas hipótesis, si definimos la función lineal discriminante como,

$$\delta_k(x) = x^T \Sigma^{-1} \mu_k - \frac{1}{2} \mu_k^T \Sigma^{-1} \mu_k + \log(\pi_k),$$

tenemos que

$$\hat{G}(x) = \arg \max_x \delta_k(x).$$

que es la regla de decisión en el caso del análisis discriminante lineal.

En el caso de dos poblaciones las fórmulas anteriores se simplifican notablemente como se muestra a continuación.

Si definimos:

$$a_0 = \log \frac{\pi_1}{\pi_2} - \frac{1}{2} (\mu_1 + \mu_2)^T \Sigma^{-1} (\mu_1 - \mu_2),$$

$$(a_1, a_2, \dots, a_p)^T = \Sigma^{-1} (\mu_1 - \mu_2),$$

la regla es clasificar en el grupo 1 si:

$$a_0 + \sum_{j=1}^p a_j x_j > 0$$

y el grupo 2 en caso contrario, donde se supone que  $\pi_1 = \pi_2 = 0.5$ .

La motivación para utilizar el *análisis discriminante cuadrático* es la siguiente. La hipótesis más arriba señalada relativa a la igualdad de las matrices de covarianzas en las dos poblaciones puede ser difícil de satisfacer. La idea es entonces estimar la matriz de covarianzas en cada uno de los dos grupos.

Definimos la función discriminante cuadrática como:

$$\delta_k(x) = -\frac{1}{2} \log |\Sigma_k| - \frac{1}{2} (x - \mu_k)^T \Sigma_k^{-1} (x - \mu_k) + \log(\pi_k),$$

donde tenemos una matriz de covarianzas  $\Sigma_k$  diferente para cada población. La regla de clasificación consiste en:

$$\hat{G}(x) = \arg \max_x \delta_k(x).$$

En el análisis discriminante cuadrático la función discriminante es de tipo cuadrático según la fórmula antes vista. Diversos estudios de simulación han

probado que bajo la hipótesis de normalidad la discriminación cuadrática funciona mejor que la lineal en muestras de tamaño grande. Sin embargo, en muestras de tamaño pequeño no ocurre lo mismo.

Finalmente, la clasificación mediante *análisis discriminante logístico* es bastante directa. En primer término se seleccionan las variables explicativas adecuadas. En nuestro caso se han elegido el mismo grupo de variables explicativas en los tres tipos de análisis discriminante considerados (lineal, cuadrático y logístico). A continuación se estima el modelo de regresión logística según la metodología desarrollada en la Sección 3.1. Una vez estimado el modelo, un individuo se clasifica en el primer grupo si su probabilidad de tener seguro médico es superior al 50 por ciento, y se clasifica en el segundo grupo en caso contrario.

### 3. Modelos de datos de panel con efectos fijos y aleatorios

Los modelos de datos de panel permiten modelizar conjuntamente la variabilidad transversal y temporal de un conjunto de datos. Con este tipo de modelos es posible combinar los resultados de diferentes encuestas realizadas en distintos años en un único modelo, pudiéndose estudiar diversos efectos.

El modelo probit estructural para un panel de datos es el siguiente,

$$y_{it}^* = \beta' x_{it} + \varepsilon_{it}, \quad \varepsilon_{it} \approx N(0, 1), \quad i = 1, 2, \dots, n; \quad t = 1, 2, \dots, T$$

$$y_{it} = 1 \quad \text{si} \quad y_{it}^* > 0, \quad \text{y} \quad 0 \quad \text{en otro caso.}$$

Si suponemos que las variables aleatorias del término de error son independientes y con distribución normal estándar, la estructura del panel no es importante y podrían aplicarse los resultados antes vistos.

Como primer comentario, el modelo probit no se adecua correctamente a los modelos de efectos fijos puesto que no hay modo de eliminar la heterogeneidad y no es posible estimar los coeficientes en cada sección en cruzada si existe un gran número de observaciones. Por el contrario sí es posible realizar la estimación del modelo con efectos aleatorios.

En el caso del modelo logit es posible una especificación de efectos fijos, pero no una especificación de efectos aleatorios. El modelo logit de efectos fijos que tiene en cuenta la heterogeneidad viene dado por,

$$\Pr(y_{it} = 1) = \frac{\exp(\alpha_i + \beta' x_{it})}{1 + \exp(\alpha_i + \beta' x_{it})}$$

La estimación de este modelo suele realizarse maximizando la función de verosimilitud condicional definida por,

$$lc = \prod_{i=1}^n \Pr(Y_{i1} = y_{i1}, Y_{i2} = y_{i2}, \dots, Y_{iT} = y_{iT} \mid \sum_{i=1}^T Y_{it} = \sum_{i=1}^T y_{it}).$$

#### 4. Fundamentación teórica: el modelo de Grossman

La referencia básica de este modelo se encuentra en el trabajo clásico de Grossman (1972). La principal innovación del modelo de Grossman es que describe la demanda de salud por medio de la teoría del capital humano. La salud puede entonces ser vista como una nueva dimensión del capital humano, similar pero no idéntica a la educación. En este modelo el individuo  $i$  maximiza la función de utilidad  $U$ , que es una función del estado de salud esperado del individuo  $i$  después de recibir cuidados proporcionados por  $j$ ,  $H_{ij}$ , así como los gastos en otros bienes y servicios  $C_i$ . El individuo elige el tipo de sistema de salud  $y_{ij}$  y el consumo en otros bienes y servicios  $C_i$ . Tenemos por tanto que,

$$\max_{C_i, y_{ij}} U(C_i, H_{ij})$$

sujeto a:

$$\left\{ \begin{array}{l} H_{ij} = H(y_{ij} \mid S_i, \eta_i, \varepsilon_i, Z_j) \\ p_3 y_{i3} + p_4 y_{i4} + C_i = Y_i - I_i P_i \\ I_i \in \{0, 1\} \\ y_{ij} \in \{0, 1\} \\ j = 1, 2, 3, 4 \end{array} \right.$$

En este modelo  $S_i$  corresponde a las características observables del individuo mientras que  $\eta_i$  son las características no observables. La variable  $\varepsilon_i$  es la variación aleatoria de salud y  $Z_j$  representa las características del sector en cuanto a salud.

La segunda ecuación corresponde a la restricción presupuestaria. La variable  $Y_i$  representa la renta disponible,  $I_i$  es una variable indicador, dependiendo que el individuo elija o no un sistema privado y  $P_i$  es la prima del seguro.

## 5 EVIDENCIA EMPÍRICA

El continuo crecimiento del sector de seguro sanitario en España se pone de manifiesto al observar la tendencia creciente de su volumen de primas. Según el Informe de ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones) del año 2007, para los Seguros de Salud, el volumen total de primas a septiembre de 2007 se situó en 3943 millones de euros con un crecimiento del 9,35% respecto al año anterior (véase TABLA 2). Por modalidades se observa que el crecimiento de la Asistencia Sanitaria en el año 2007 ha sido del 9,20% siendo del 11,41% en el caso del Reembolso de Gastos y del 9,76% en el caso de los Subsidios e Indemnizaciones.

**TABLA 2**  
Primas Seguros de Salud: Volumen y Crecimiento

Modalidad	Volumen estimado primas para el total del sector		
	Septiembre 2006	Septiembre 2007	% Crecimiento (2006/2007)
Asistencia Sanitaria	3.100 mill. €	3.385 mill. €	9,20
Reembolso de Gastos	322 mill. €	359 mill. €	11,41
Subsidios e Indemnizaciones	181 mill. €	199 mill. €	9,76
<b>TOTAL SALUD</b>	<b>3.606 mill. €</b>	<b>3.943 mill. €</b>	<b>9,35</b>

*Fuente: ICEA (2007)*

Teniendo en cuenta las peculiaridades del Sistema Nacional de Salud español y su carácter universal, la demanda de un seguro sanitario refleja una situación en la que el individuo reparte su utilización sanitaria entre medicina privada y pública.

El primer objetivo que nos planteamos es determinar si existen un conjunto de características socioeconómicas que influyen en la demanda de seguro privado de salud. Los resultados que presentaremos a continuación se basan únicamente en los microdatos contenidos en el Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE).

Comenzaremos con un breve análisis descriptivo. En primer lugar nos centraremos en el grado de permanencia en el hospital (número de noches). Por tramos de ingresos mensuales se observa que en el año 2001, el mayor número de hospitalizaciones se produce en aquellos individuos con renta comprendida entre 398 y 1190 euros. Asimismo, las personas que han sido hospitalizadas un mayor número de noches son aquellos que tienen menor nivel educativo. Por grupos de edad, son las personas de mayor edad (65 años

o más) las que mayor número de noches han sido hospitalizados incluso detectamos pequeñas diferencias según sexo. Los hombres son hospitalizados un mayor número de noches. Como dato curioso queremos destacar que son las personas viudas las que permanecen un mayor número de noches hospitalizados seguidos por los casados y a gran distancia los solteros (véanse TABLAS 3-6). Con respecto al número de veces que los individuos han ido a la consulta del médico general o al médico especialista se observa que los adultos que mayor grado de utilización sanitaria son aquellos con renta comprendida entre 398 y 1190 euros. Sin embargo, los individuos que acuden con mayor frecuencia al médico dentista tienen unos ingresos superiores a 1190 euros. Por género, las mujeres acuden con mayor frecuencia tanto al médico general como al especialista. Asimismo, el estado civil parece tener un impacto considerable sobre la utilización de asistencia sanitaria. Así, los solteros acuden menos tanto al médico general como al médico especialista mientras que en el otro extremo tendríamos a los viudos. Sin embargo, son los solteros los que más acuden al médico dentista (véanse TABLAS 7-14).

Finalmente, nos centraremos en las características de los individuos que tienen cobertura sanitaria privada. Fundamentalmente, se trata de individuos con ingresos altos, con al menos un hijo siendo mayoritariamente los hombres los titulares del seguro privado (véanse TABLAS 15-19).

#### TAMAÑO MUESTRAL DE LAS CELDAS

En relación con la información que se presenta a continuación, es importante tener en cuenta que en algunas tablas aparecen casillas marcadas con un guión (-) y otras en las que el dato ha sido omitido, figurando en su lugar '..'. El guión indica que en la casilla correspondiente el número de observaciones muestrales está comprendido entre 20 y 49, por lo que esa cifra es poco fiable y hay que interpretarla con cautela. Si el número de observaciones muestrales es inferior a 20 no se facilita el dato correspondiente, figurando en ese caso '..'.

**TABLA 3**

Adultos por tramos de ingresos mensuales del hogar en 2001 y permanencia en el hospital. País: España. Año: 2001

	Número de personas (miles)	Personas hospitalizadas (índices)	Hospitalizados de 1 a 9 noches (índices)	Hospitalizados 10 o más noches (índices)
<b>Todos</b>	32.867,00	100	100	100
<b>Hasta 397 €</b>	561,3	-130,5	..	..
<b>De 398 a 793 €</b>	4.040,50	147	118,6	197,5
<b>De 794 a 1.190 €</b>	4.891,40	136,3	115,5	171,5
<b>De 1.191 a 1.587 €</b>	5.199,10	89,5	94,4	81,2
<b>De 1.588 a 2.380 €</b>	7.736,80	85,8	86,6	84,8
<b>Más de 2.380 €</b>	10.438,00	78,9	98,5	-44,5

Fuente: PHOGUE, 2001 (INE).

Notas:

1) Hospitalizados en los doce meses anteriores a la entrevista. Las variables no incluidas en el cuestionario reducido tienen el valor 'no consta'.

**TABLA 4**  
Adultos por nivel de estudios y permanencia en el hospital.  
País: España. Año: 2001

	Número de personas (miles)	Personas hospitalizadas (índices)	Hospitalizados de 1 a 9 noches (índices)	Hospitalizados 10 o más noches (índices)
Todos	32.867,0	100,0	100,0	100,0
Estudios primarios, sin estudios	13.357,4	153,8	136,3	185,3
Primer nivel de enseñanza secundaria	7.426,6	58,6	78,3	-24,2
Formación profesional de primer grado	1.887,3	100,2	-109,2	..
Formación profesional superior	2.003,9	-57,5	-60,4	..
Segundo nivel de enseñanza secundaria	3.186,3	48,0	-58,1	..
Estudios universitarios de ciclo corto	2.059,0	-71,8	-71,2	..
Estudios universitarios de ciclo largo	2.931,3	64,7	-76,0	..
No consta	..	..	..	..

Fuente: PHOGUE, 2001 (INE).

Notas

- 1.- Hospitalizados en los doce meses anteriores a la entrevista. Las variables no incluidas en el cuestionario reducido tienen el valor 'no consta'.
- 2.- "nivel de estudios, Estudios primarios, sin estudios": Incluye analfabetos
- 3.- "nivel de estudios, Primer nivel de enseñanza secundaria": Incluye equivalentes
- 4.- "nivel de estudios, Formación profesional de primer grado": Incluye equivalentes
- 5.- "nivel de estudios, Formación profesional superior": Incluye FP II
- 6.- "nivel de estudios, Segundo nivel de enseñanza secundaria": Incluye equivalentes
- 7.- "nivel de estudios, Estudios universitarios de ciclo corto": Incluye equivalentes y estudios superiores de al menos 2 años de duración no equivalentes a universitarios
- 8.- "nivel de estudios, Estudios universitarios de ciclo largo": Incluye equivalentes

**TABLA 5**

Adultos por sexo, edad y permanencia en el hospital. País: España. Año: 2001

	Número de personas (miles)	Personas Hospitalizadas (índices)	Hospitalizados de 1 a 9 noches (índices)	Hospitalizados 10 o más noches (índices)
Ambos sexos				
Todos	32.867,0	100,0	100,0	100,0
De 16 a 29 años	8.316,6	42,4	52,0	-25,6
De 30 a 44 años	9.163,9	67,2	79,8	-43,8
De 45 a 64 años	8.714,2	97,8	112,6	72,1
65 años o más	6.672,4	219,8	171,0	306,4
Varones				
Todos	15.817,5	100,7	102,4	98,1
De 16 a 29 años	4.205,4	-39,1	-51,6	..
De 30 a 44 años	4.546,4	66,6	79,0	-44,9
De 45 a 64 años	4.254,6	112,6	139,8	-65,2
65 años o más	2.811,0	230,1	159,8	354,5
Mujeres				
Todos	17.049,6	99,4	97,8	101,8
De 16 a 29 años	4.111,1	45,8	-52,5	..
De 30 a 44 años	4.617,4	67,8	80,7	-42,7
De 45 a 64 años	4.459,6	83,7	86,7	-78,7
65 años o más	3.861,4	212,3	179,1	271,3

Fuente: PHOGUE, 2001 (INE).

**Notas**

1.- Hospitalizados en los doce meses anteriores a la entrevista. Las variables no incluidas en el cuestionario reducido tienen el valor 'no consta'.

**TABLA 6**

Adultos por estado civil y permanencia en el hospital. País: España. Año: 2001

	Número de personas (miles)	Personas Hospitalizadas (índices)	Hospitalizados de 1 a 9 noches (índices)	Hospitalizados 10 o más noches (índices)
Todos	32.867,0	100,0	100,0	100,0
Casados	17.962,1	110,4	116,2	100,5
Separados/divorciados	704,9	-132,9	..	..
Viudos	2.522,8	233,1	183,7	320,8
Solteros	11.677,2	53,2	57,4	45,2

Fuente: PHOGUE, 2001 (INE)

Notas:

1.- Hospitalizados en los doce meses anteriores a la entrevista. Las variables no incluidas en el cuestionario reducido tienen el valor 'no consta'.

**TABLA 7**

Adultos por tramos de ingresos mensuales del hogar en 2001 y número de veces que han ido a consulta de médico general.  
País: España. Año: 2001

Euros	Número de personas (miles)	Ninguna	1 o 2 veces	De 3 a 5 veces	De 6 a 9 veces	10 veces o más	No consta
Todos	32.867,0	31,1	29,9	18,4	7,4	12,9	-0,3
Hasta 397	561,3	22,5	24,9	-16,9	-12,9	22,8	..
De 398 a 793	4.040,5	20,1	23,1	21,7	11,3	23,8	..
De 794 a 1.190	4.891,4	27,6	28,6	19,8	7,8	16,1	..
De 1.191 a 1.587	5.199,1	31,1	30,2	18,5	7,3	12,5	..
De 1.588 a 2.380	7.736,8	32,9	30,7	18,3	6,9	10,9	..
Más de 2.380	10.438,0	36,2	32,6	16,6	5,9	8,2	..

Fuente: PHOGUE, 2001 (INE)

Notas

1.- Han ido a consulta en los doce meses anteriores a la entrevista.

**TABLA 8**

Adultos por tramos de ingresos mensuales del hogar en 2001 y número de veces que han ido a consulta de médico especialista. País: España. Año: 2001

Euros	Número de personas (miles)	Ninguna	1 o 2 veces	De 3 a 5 veces	6 veces o más	No consta
Todos	32.867,0	55,3	25,7	11,0	7,8	-0,2
Hasta 397	561,3	47,8	29,7	-14,4	-8,1	..
De 398 a 793	4.040,5	50,3	25,6	13,9	10,1	..
De 794 a 1.190	4.891,4	53,1	25,9	12,0	8,9	..
De 1.191 a 1.587	5.199,1	57,8	24,1	9,8	8,1	..
De 1.588 a 2.380	7.736,8	58,7	24,1	10,0	6,9	..
Más de 2.380	10.438,0	54,9	27,4	10,4	6,9	..

Fuente: PHOGUE, 2001 (INE)

Notas:

1.- Han ido a consulta en los doce meses anteriores a la entrevista.

**TABLA 9**

Adultos por tramos de ingresos mensuales del hogar en 2001 y número de veces que han ido a consulta de dentista.

País: España. Año: 2001

Euros	Número de Personas (miles)	Ninguna	Una o dos veces	Tres o más	No consta
Todos	32.867,0	63,8	25,6	10,3	-0,2
Hasta 397	561,3	78,8	-14,5	..	..
De 398 a 793	4.040,5	77,0	15,7	7,3	..
De 794 a 1.190	4.891,4	69,7	21,2	9,0	..
De 1.191 a 1.587	5.199,1	65,7	23,3	10,7	..
De 1.588 a 2.380	7.736,8	64,2	25,0	10,5	..
Más de 2.380	10.438,0	53,8	33,7	12,1	..

Fuente: PHOGUE, 2001 (INE)

Notas

1.- Han ido a consulta en los doce meses anteriores a la entrevista.

**TABLA 10**  
**Adultos por sexo, edad y número de veces**  
**que han ido a consulta de médico general. País: España. Año: 2001**

	Número de Personas (miles)	Ninguna	1 o 2 veces	De 3 a 5 veces	De 6 a 9 veces	10 veces o más	No consta
<b>Ambos sexos</b>							
Todos	32.867,0	31,1	29,9	18,4	7,4	12,9	-0,3
De 16 a 29 años	8.316,6	40,1	34,5	17,5	3,8	3,1	-0,9
De 30 a 44 años	9.163,9	37,1	33,7	16,3	6,8	6,0	..
De 45 a 64 años	8.714,2	28,8	28,3	20,0	7,7	15,1	..
65 años o más	6.672,4	14,7	20,9	20,3	12,4	31,6	..
<b>Varones</b>							
Todos	15.817,5	36,1	32,7	15,5	5,7	9,7	-0,3
De 16 a 29 años	4.205,4	44,7	35,0	14,5	-2,6	-2,2	..
De 30 a 44 años	4.546,4	42,5	36,7	11,6	4,4	4,7	..
De 45 a 64 años	4.254,6	33,8	30,3	17,8	6,5	11,3	..
65 años o más	2.811,0	16,0	26,4	19,4	11,3	26,8	..
<b>Mujeres</b>							
Todos	17.049,6	26,6	27,2	21,1	9,0	15,8	..
De 16 a 29 años	4.111,1	35,3	34,0	20,6	5,1	4,1	..
De 30 a 44 años	4.617,4	31,8	30,7	20,9	9,1	7,3	..
De 45 a 64 años	4.459,6	24,1	26,3	22,1	8,8	18,7	..
65 años o más	3.861,4	13,8	16,9	20,9	13,3	35,0	..

*Fuente:* PHOGUE, 2001 (INE)

Notas: 1.- Han ido a consulta en los doce meses anteriores a la entrevista.

**TABLA 11**

Adultos por sexo, edad y número de veces que han ido a consulta de médico especialista. País: España. Año: 2001

	Número de personas (miles)	Ninguna	1 o 2 veces	De 3 a 5 veces	6 veces o más	No consta
Ambos sexos						
Todos	32.867,0	55,3	25,7	11,0	7,8	-0,2
De 16 a 29 años	8.316,6	66,7	20,9	6,2	5,4	-0,9
De 30 a 44 años	9.163,9	59,7	25,0	8,4	6,9	..
De 45 a 64 años	8.714,2	49,6	29,0	12,8	8,5	..
65 años o más	6.672,4	42,4	28,3	18,1	11,2	..
Varones						
Todos	15.817,5	63,5	21,3	8,7	6,3	..
De 16 a 29 años	4.205,4	72,4	16,9	4,4	5,4	..
De 30 a 44 años	4.546,4	71,9	18,7	4,9	4,5	..
De 45 a 64 años	4.254,6	57,8	24,5	11,0	6,7	..
65 años o más	2.811,0	45,3	27,2	17,7	9,8	..
Mujeres						
Todos	17.049,6	47,6	29,8	13,1	9,2	..
De 16 a 29 años	4.111,1	60,9	24,9	8,0	5,3	..
De 30 a 44 años	4.617,4	47,7	31,3	11,8	9,2	..
De 45 a 64 años	4.459,6	41,8	33,4	14,5	10,3	..
65 años o más	3.861,4	40,2	29,1	18,4	12,3	..

Fuente: PHOGUE, 2001 (INE).

**Notas:**

1.- Han ido a consulta en los doce meses anteriores a la entrevista.

**TABLA 12**

Adultos por estado civil y número de veces que han ido a consulta de médico general. País: España. Año: 2001

	Número de Personas (miles)	Ninguna	Una o dos veces	De 3 A 5 veces	De 6 a 9 veces	10 veces o más	No consta
Todos	32.867,0	31,1	29,9	18,4	7,4	12,9	-0,3
Casados	17.962,1	27,6	29,8	19,7	7,8	15,0	..
Separados /divorciados	704,9	30,0	27,6	-15,6	-7,6	-18,9	..
Viudos	2.522,8	15,3	18,8	19,8	12,8	33,3	..
Solteros	11.677,2	40,0	32,6	16,3	5,7	4,8	-0,6

Fuente: PHOGUE, 2001 (INE).

*Notas*

1.- Han ido a consulta en los doce meses anteriores a la entrevista.

**TABLA 13**

Adultos por estado civil y número de veces que han ido a consulta de médico especialista. País: España. Año: 2001

	Número de personas (miles)	Ninguna	1 o 2 veces	De 3 a 5 veces	6 veces o más	No consta
Todos	32.867,0	55,3	25,7	11,0	7,8	-0,2
Casados	17.962,1	50,7	28,1	12,7	8,5	..
Separados/divorciados	704,9	47,6	31,6	-11,8	-8,7	..
Viudos	2.522,8	45,3	27,0	15,1	12,6	..
Solteros	11.677,2	65,0	21,4	7,3	5,7	-0,6

Fuente: PHOGUE, 2001 (INE)

*Notas:*

1.- Han ido a consulta en los doce meses anteriores a la entrevista.

**TABLA 14**

Adultos por estado civil y número de veces que han ido a consulta de dentista.  
País: España. Año: 2001

	Número de Personas (miles)	Ninguna	1 o 2 veces	3 o más	No consta
Todos	32.867,0	63,8	25,6	10,3	-0,2
Casados	17.962,1	64,2	25,6	10,2	..
Separados/divorciados	704,9	64,5	19,9	-15,3	..
Viudos	2.522,8	78,9	14,0	6,9	..
Solteros	11.677,2	59,9	28,5	11,0	-0,6

Fuente: PHOGUE, 2001 (INE)

Notas

1.- Han ido a consulta en los doce meses anteriores a la entrevista.

**TABLA 15**

Adultos por tramos de ingresos mensuales del hogar en 2001 y cobertura sanitaria privada según sean o no titulares.  
País: España. Año: 2001

Euros	Número de personas (miles)	Personas con cobertura sanitaria privada (porcentaje)	Personas con cobertura sanitaria privada (miles)	Son titulares	Son beneficiarios
Todos	32.867,0	14,1	4.636,9	56,5	43,5
Hasta 397	561,3	..	..	..	..
De 398 a 793	4.040,5	3,7	150,5	75,9	-24,1
De 794 a 1.190	4.891,4	6,4	314,4	58,3	41,7
De 1.191 a 1.587	5.199,1	8,9	463,2	65,4	34,6
De 1.588 a 2.380	7.736,8	11,2	866,4	58,6	41,4
Más de 2.380	10.438,0	26,9	2.812,4	53,2	46,8

Fuente: PHOGUE, 2001 (INE)

Notas:

1.- Cobertura además de la proporcionada, en su caso, por el Estado. Las variables no incluidas en el cuestionario reducido tienen el valor 'no consta'.

**TABLA 16**

Adultos por tipo de hogar abreviado (2ª clasificación) y cobertura sanitaria privada según sean o no titulares. País: España. Año: 2001.

	Número de personas (miles)	Personas con cobertura sanitaria privada (porcentaje)	Personas con cobertura sanitaria privada (miles)	Son titulares	Son beneficiarios
Todos	32.867,0	14,1	4.636,9	56,5	43,5
Hogar con una persona	2.111,3	13,2	279,7	92,7	..
2 adultos sin hijos dependientes	5.976,5	13,6	811,0	68,7	31,3
Otros hogares sin hijos dependientes	8.576,9	12,8	1.097,8	56,5	43,5
1 adulto con 1+ hijo dependiente	254,9	..	..	..	..
2 adultos con 1+ hijo dependiente	6.973,4	15,5	1.079,2	55,6	44,4
Otros hogares con hijos dependientes	8.968,1	14,9	1.334,8	42,2	57,8
No consta	..	..	..	..	..

Fuente: PHOGUE, 2001 (INE)

#### Notas

1.- Cobertura además de la proporcionada, en su caso, por el Estado. Las variables no incluidas en el cuestionario reducido tienen el valor 'no consta'. Se entiende por hijo dependiente a todos los menores de 16 años y a las personas de 16 a 24 años económicamente inactivos en los que al menos uno de sus padres es miembro del hogar.

**TABLA 17**

Adultos por tipo de hogar abreviado (1ª clasificación) y cobertura sanitaria privada según sean o no titulares. País: España. Año: 2001

	Número de personas (miles)	Personas con cobertura sanitaria privada (porcentaje)	Personas con cobertura sanitaria privada (miles)	Son titulares	Son beneficiarios
Todos	32.867,0	14,1	4.636,9	56,5	43,5
H. con una persona	2.111,3	13,2	279,7	92,7	..
Monoparental con hijos	2.529,6	10,3	259,4	79,1	-20,9
Pareja sin hijos	4.487,7	14,3	642,3	68,7	31,3
Pareja con hijos	17.486,7	14,1	2.466,6	51,6	48,4
Otros hogares	6.244,1	15,8	988,9	44,6	55,4
No consta	..	..	..	..	..

Fuente: PHOGUE, 2001 (INE)

Notas:

1.- Cobertura además de la proporcionada, en su caso, por el Estado. Las variables no incluidas en el cuestionario reducido tienen el valor 'no consta'.

**TABLA 18**

Adultos por sexo, edad y cobertura. País: España. Año: 2001

	Número de personas (miles)	Personas con cobertura sanitaria privada (porcentaje)	Personas con cobertura sanitaria privada (miles)	Son titulares	Son beneficiarios
<b>Ambos sexos</b>					
Todos	32.867,0	14,1	4.636,9	56,5	43,5
De 16 a 29 años	8.316,6	13,6	1.134,6	24,8	75,2
De 30 a 44 años	9.163,9	16,4	1.502,3	67,4	32,6
De 45 a 64 años	8.714,2	16,7	1.458,1	64,1	35,9
65 años o más	6.672,4	8,1	542,0	72,0	28,0
<b>Varones</b>					
Todos	15.817,5	14,8	2.335,5	68,4	31,6
De 16 a 29 años	4.205,4	13,5	567,0	23,0	77,0
De 30 a 44 años	4.546,4	16,8	762,6	72,4	-27,6
De 45 a 64 años	4.254,6	17,3	736,8	90,5	-9,5
65 años o más	2.811,0	9,6	269,1	92,6	..
<b>Mujeres</b>					
Todos	17.049,6	13,5	2.301,5	44,3	55,7
De 16 a 29 años	4.111,1	13,8	567,6	26,6	73,4
De 30 a 44 años	4.617,4	16,0	739,7	62,2	37,8
De 45 a 64 años	4.459,6	16,2	721,4	37,1	62,9
65 años o más	3.861,4	7,1	272,8	51,7	-48,3

Fuente: PHOGUE, 2001 (INE)

**Notas:**

1.- Cobertura además de la proporcionada, en su caso, por el Estado. Las variables no incluidas en el cuestionario reducido tienen el valor 'no consta'.

**TABLA 19**

Adultos por estado civil y cobertura sanitaria privada según sean o no titulares.  
País: España. Año: 2001

	Número de personas (miles)	Personas con cobertura sanitaria privada (porcentaje)	Personas con cobertura sanitaria privada (miles)	Son titulares	Son beneficiarios
Todos	32.867,0	14,1	4.636,9	56,5	43,5
Casados	17.962,1	14,1	2.532,5	63,8	36,2
Separados /divorciados	704,9	-7,3	-51,7	-85,3	..
Viudos	2.522,8	7,3	182,9	-73,7	..
Solteros	11.677,2	16,0	1.869,8	44,1	55,9

Fuente: PHOGUE, 2001 (INE).

#### Notas

1.- Cobertura además de la proporcionada, en su caso, por el Estado. Las variables no incluidas en el cuestionario reducido tienen el valor 'no consta'.

El análisis que vamos a presentar a continuación tiene el objetivo de estudiar la posible relación entre la doble cobertura sanitaria y las características socioeconómicas de los individuos. Para ello, plantearemos un sencillo pero intuitivo análisis basado en los modelos probit. Así, la variable dependiente que se utiliza en el análisis empírico es una variable dicotómica que toma el valor de 1 si el individuo tiene doble cobertura sanitaria y 0 en otro caso. El conjunto de factores de tipo socioeconómico se incluye en un vector  $x$  que se considera en el modelo, y se ajusta un modelo de elección discreta tipo probit, como se ha descrito en la Sección 3.1.

Tal y como se ha comentado anteriormente, el conjunto de parámetros  $\beta$  refleja el impacto de los cambios en  $x$  sobre la correspondiente probabilidad.

La función de regresión empleada en este caso y cuyos resultados se expondrán a continuación incluye dos tipos de variables explicativas. El primer tipo puede ser tratado como si fueran continuas (por ejemplo, la edad del individuo medida en años) y el segundo tipo como variables dummy o binarias (por ejemplo, las referidas al género o al nivel educativo). Dichas variables toman el valor 1 si el individuo tiene la característica particular y 0 en otro caso. De este modo, los efectos marginales nos permiten conocer el impacto de un pequeño cambio en la variable sobre la probabilidad de participación. Así, puede estudiarse el impacto de la edad en la probabilidad de que el individuo disponga de algún tipo de cobertura o seguro médico privado. Por otro lado, para las variables dummy, no tiene sentido pensar en ellas en términos de pequeños cambios (un individuo puede tener la característica particular requerida o no). Por tanto, consideraremos los efectos medios, es decir por

ejemplo, la diferencia en la probabilidad de que el individuo disponga de seguro médico privado si es hombre en comparación con alguien que no lo sea (mujer).

En cuanto a dichas variables explicativas, en primer lugar, con respecto a las características personales se han considerado dos tipos de variables disponibles en el PHOGUE: la edad de los individuos y el género. El género de los individuos (HOMBRE) se ha definido como una variable dicotómica que toma el valor 1 para los hombres, dado que puede determinar parte de las diferencias en la contratación de un seguro privado. Para permitir una relación flexible entre el doble aseguramiento y la edad se ha utilizado una función polinómica cuadrática ( $EDAD$ ,  $EDAD^2$ ).

El segundo grupo de variables se refiere al nivel de educación completado. Se ha incluido una variable dummy que recoge el mayor nivel de estudios del individuo (UNIVERSIT). En este sentido, tal y como se ha comentado anteriormente, la educación es una característica socioeconómica de gran importancia a la hora de contratar un seguro médico privado.

En tercer lugar, en cuanto al estado civil se han considerado cuatro variables dicotómicas (SOLTERO, SEPARADO, DIVORCIADO y VIUDO) con casado como categoría de referencia, intentando reflejar con ello parte del impacto de ciertas variables relacionadas con el comportamiento social del individuo.

Por otro lado, se ha tenido en cuenta la influencia de la renta (INGRESOS) sobre el hecho de disponer de algún tipo de cobertura o seguro médico privado. En realidad, aquellos grupos socioeconómicos de menor renta es de esperar que no dispongan de esta doble cobertura sanitaria.

Para la renta y en el caso del PHOGUE, se ha considerado al logaritmo de los ingresos de los hogares después de impuestos (INGRESOS) utilizando la escala de la OECD modificada<sup>2</sup> para tener en cuenta el tamaño del hogar y su composición. En este sentido, una de las decisiones metodológicas que se han adoptado ha sido la utilización de escalas de equivalencia para tener en cuenta la diferente composición y tamaño del hogar. Para cada persona, la “renta neta total equivalente” es calculada como la renta neta total del hogar dividida por el tamaño equivalente del hogar. En este caso, se ha optado por incluirla definiéndola como el logaritmo de los ingresos de los hogares dada la relación de concavidad entre renta y salud (Gravelle, 1998).

Otras variables incluidas en el análisis se refieren a la situación del individuo en el mercado de trabajo. Así, se ha considerado una variable dicotómica que toma el valor 1 si el individuo está parado (PARADO) y 0 en otro caso.

---

<sup>2</sup> La escala de la OCDE modificada da un peso de 1 al primer adulto, 0.5 a otras personas de 14 o mayor edad y 0.3 a cada niño de edad menor que 14.

También se han considerado otras variables relacionadas con el estado de salud que pueden influir sobre la decisión de contratar un seguro privado. La variable ENFCRONI nos indica si el individuo padece enfermedades crónicas mientras que IMPIDE recoge el hecho de que al individuo le impida alguna enfermedad crónica, física o mental, o alguna incapacidad o deficiencia, desarrollar su actividad diaria. Asimismo, se ha incluido una variable dicotómica (INGRESADO) que toma el valor 1 si el individuo durante los últimos 12 meses naturales ha estado ingresado en un hospital como paciente interno y 0 en otro caso. Por otra parte, se ha definido la variable SALUDBUENA como una variable dicotómica que toma el valor 1 si el individuo declara tener salud buena o muy buena y 0 en otro caso. La variable VISITASGRAL recoge el número de veces que el individuo ha tenido que ir a la consulta de medicina general en los últimos 12 meses. Finalmente, se han tenido en cuenta como variables relativas a estilos de vida si el individuo fuma habitualmente o de manera ocasional (FUMA)

El CUADRO 4 muestra los nombres de las variables explicativas utilizadas y las correspondientes definiciones.

**CUADRO 4**  
Variables y definiciones

<b>Variable : Definición</b>
<p><b>Características Personales</b>  Género (HOMBRE): 1 si hombre, 0 en otro caso  Edad (EDAD) : Edad en años a 31 de Diciembre de la ola actual  Edad cuadrática (EDAD2): Edad<sup>2</sup></p>
<p><b>Nivel Educativo</b>  Estudios superiores (UNIVERSITARIO) 1 si el nivel de estudios del individuo es superior o equivalente, 0 en otro caso</p>
<p><b>Estado civil</b>  Soltero (SOLTERO): 1 si soltero, 0 en otro caso  Separado (SEPARADO): 1 si separado, 0 en otro caso  Divorciado (DIVORCIADO): 1 si divorciado, 0 en otro caso  Viudo (VIUDO): 1 si viudo, 0 en otro caso  Casado (CASADO): 1 si casado, 0 en otro caso</p>
<p><b>Renta</b>  Renta Neta (INGRESOS):  Logaritmo de la renta neta del hogar equivalente (escala modificada OCDE)</p>
<p><b>Ocupación</b>  Situación profesional: Parado (PARADO) 1 si parado, 0 en otro caso</p>
<p><b>Estado de Salud</b>  Enfermedades crónicas (ENFCRONI)  1 si el individuo padece enfermedades crónicas, 0 en otro caso</p> <p>Limitación en actividades diarias (IMPIDE)  1 si al individuo le impide alguna enfermedad crónica física o mental, o alguna incapacidad o deficiencia, desarrollar su actividad diaria, 0 en otro caso</p> <p>INGRESADO  1 si el individuo durante los últimos 12 meses naturales ha estado ingresado en un hospital como paciente interno y 0 en otro caso</p> <p>VISITAS GENERAL  Número de veces que el individuo ha tenido que ir a la consulta de medicina general en los últimos 12 meses</p> <p>Autovaloración de Salud (SALUDBUENA)  1 si el individuo declara que tiene salud buena o muy buena, 0 en otro caso</p>
<p><b>Estilos de vida</b>  Fumador (FUMA) 1 si es fumador, 0 en otro caso</p>

*Fuente:* Elaboración propia a partir del PHOGUE.

Los resultados obtenidos se muestran en las TABLAS 20-26. Así, es importante destacar que la mayoría de coeficientes de las variables explicativas son estadísticamente significativas y, en particular, aquellos relacionados con el nivel de estudios, los ingresos del hogar, estado civil, situación en el mercado laboral y estado de salud.

El signo de los coeficientes nos informa acerca del efecto cualitativo de las variables explicativas. El hecho de tener mayores niveles educativos o renta hace que sea más probable que los individuos dispongan de doble cobertura sanitaria. Por contra, el hecho de estar en paro hace que sea menos probable que los individuos dispongan de un seguro sanitario privado.

Por último, para poder interpretar los efectos cuantitativos de nuestros resultados, se han calculado los efectos marginales (para las variables explicativas continuas) y los efectos medios (para las variables explicativas binarias). Así, por ejemplo, en media la probabilidad de que un individuo disponga de un seguro sanitario privado es mayor que el de una persona sin estudios, siendo el efecto medio de 0,1000 en el año 2001. Es decir, que se incrementa la probabilidad un 10,00%. Este efecto ha sido del 5,61% en 1994; 6,25% en 1995; 5,66% en 1997; 5,93% en 1998; 6,28% en 1999 y 7,29% en 2000. Además las características que se perfilan con mayor importancia relativa a la hora de determinar la doble cobertura sanitaria son la edad, el nivel de estudios, los ingresos del hogar y la situación del individuo en el mercado laboral.

**TABLA 20**

Resultados de la estimación del modelo probit. Variable dependiente: SEGURO MÉDICO PRIVADO. Año 1995.

	<b>Coef.</b>	<b>Std. Err.</b>	<b>z</b>	<b>P&gt;z</b>	<b>dF/dx</b>	<b>Std. Err.</b>
<b>HOMBRE</b>	0,0070	0,0275	0,26	0,7980	0,0012	0,0048
<b>EDAD</b>	-0,0218	0,0048	-4,51	0,0000	-0,0038	0,0009
<b>EDAD2</b>	0,0002	0,0000	3,42	0,0010	0,0000	0,0001
<b>UNIVERSITARIO</b>	0,2776	0,0420	6,60	0,0000	0,0561	0,0096
<b>CASADO</b>	0,0151	0,0351	0,43	0,6660	0,0027	0,0061
<b>INGRESOS</b>	0,3136	0,0163	19,24	0,0000	0,0552	0,0029
<b>PARADO</b>	-0,3520	0,0523	-6,72	0,0000	-0,0516	0,0062
<b>ENFCRONI</b>	0,0083	0,0447	0,19	0,8530	0,0015	0,0079
<b>IMPIDE</b>	-0,2289	0,0771	-2,97	0,0030	-0,0354	0,0103
<b>INGRESADO</b>	0,0190	0,0542	0,35	0,7260	0,0034	0,0097
<b>VISITASGRAL</b>	-0,0015	0,0023	-0,64	0,5230	-0,0003	0,0004
<b>SALUDBUENA</b>	0,1033	0,0388	2,66	0,0080	0,0178	0,0066
<b>FUMA</b>	0,0070	0,0275	0,26	0,7980	0,0012	0,0048

*Fuente:* Elaboración propia a partir del PHOGUE 1995.

Nota: dF/dX es para cambios discretos en la variable dummy desde 0 a 1. z y P>z/ es el test para el coeficiente latente siendo 0.

**TABLA 21**

Resultados de la estimación del modelo probit. Variable dependiente: SEGURO MÉDICO PRIVADO. Año 1996.

	Coef.	Std. Err.	z	P>z	dF/dx	Std. Err.
<b>HOMBRE</b>	-0,0321	0,0291	-1,10	0,2710	-0,0050	0,0045
<b>EDAD</b>	0,0129	0,0053	2,44	0,0150	0,0020	0,0008
<b>EDAD2</b>	-0,0002	0,0001	-2,91	0,0040	0,0000	0,0001
<b>UNIVERSITARIO</b>	0,3362	0,0412	8,16	0,0000	0,0625	0,0089
<b>CASADO</b>	0,0573	0,0369	1,55	0,1210	0,0089	0,0057
<b>INGRESOS</b>	0,2388	0,0136	17,56	0,0000	0,0373	0,0022
<b>PARADO</b>	-0,1983	0,0529	-3,75	0,0000	-0,0278	0,0066
<b>ENFCRONI</b>	-0,0319	0,0448	-0,71	0,4750	-0,0049	0,0068
<b>IMPIDE</b>	-0,1847	0,0863	-2,14	0,0320	-0,0258	0,0106
<b>INGRESADO</b>	0,2156	0,0555	3,88	0,0000	0,0381	0,0110
<b>VISITASGRAL</b>	-0,0067	0,0030	-2,20	0,0280	-0,0010	0,0005
<b>SALUDBUENA</b>	0,1132	0,0415	2,73	0,0060	0,0172	0,0061
<b>FUMA</b>	-0,0321	0,0291	-1,10	0,2710	-0,0050	0,0045

Fuente: Elaboración propia a partir del PHOGUE 1996.

Nota: dF/dX es para cambios discretos en la variable dummy desde 0 a 1. z y P>/z/ es el test para el coeficiente latente siendo 0.

**TABLA 22**

Resultados de la estimación del modelo probit. Variable dependiente: SEGURO MÉDICO PRIVADO. Año 1997.

	Coef.	Std. Err.	z	P>z	dF/dx	Std. Err.
<b>HOMBRE</b>	0,0194	0,0292	0,66	0,5070	0,0033	0,0049
<b>EDAD</b>	0,0162	0,0051	3,16	0,0020	0,0027	0,0009
<b>EDAD2</b>	-0,0002	0,0001	-3,58	0,0000	0,0000	0,0001
<b>UNIVERSITARIO</b>	0,2901	0,0419	6,93	0,0000	0,0566	0,0093
<b>CASADO</b>	0,0188	0,0369	0,51	0,6100	0,0032	0,0062
<b>INGRESOS</b>	0,2796	0,0147	19,01	0,0000	0,0473	0,0025
<b>PARADO</b>	-0,1456	0,0538	-2,71	0,0070	-0,0228	0,0078
<b>ENFCRONI</b>	-0,0732	0,0469	-1,56	0,1180	-0,0121	0,0075
<b>IMPIDE</b>	-0,1236	0,0831	-1,49	0,1370	-0,0195	0,0121
<b>INGRESADO</b>	0,1334	0,0547	2,44	0,0150	0,0243	0,0106
<b>VISITASGRAL</b>	-0,0035	0,0025	-1,42	0,1570	-0,0006	0,0004
<b>SALUDBUENA</b>	0,1028	0,0419	2,45	0,0140	0,0170	0,0068
<b>FUMA</b>	0,0194	0,0292	0,66	0,5070	0,0033	0,0049

Fuente: Elaboración propia a partir del PHOGUE 1997.

Nota: dF/dX es para cambios discretos en la variable dummy desde 0 a 1. z y P>/z/ es el test para el coeficiente latente siendo 0.

**TABLA 23**

Resultados de la estimación del modelo probit. Variable dependiente:  
SEGURO MÉDICO PRIVADO. Año 1998

	Coef.	Std. Err.	z	P>z	dF/dx	Std. Err.
<b>HOMBRE</b>	-0,0343	0,0323	-1,06	0,2880	-0,0053	0,0050
<b>EDAD</b>	0,0223	0,0055	4,02	0,0000	0,0035	0,0009
<b>EDAD2</b>	-0,0002	0,0001	-4,31	0,0000	0,0000	0,0001
<b>UNIVERSITARIO</b>	0,3236	0,0433	7,48	0,0000	0,0593	0,0092
<b>CASADO</b>	-0,0135	0,0389	-0,35	0,7280	-0,0021	0,0061
<b>INGRESOS</b>	0,2995	0,0156	19,20	0,0000	0,0465	0,0025
<b>PARADO</b>	-0,2109	0,0630	-3,34	0,0010	-0,0290	0,0076
<b>ENFCRONI</b>	0,0305	0,0489	0,62	0,5330	0,0048	0,0078
<b>IMPIDE</b>	-0,0690	0,0877	-0,79	0,4310	-0,0103	0,0125
<b>INGRESADO</b>	0,0303	0,0606	0,50	0,6170	0,0048	0,0097
<b>VISITASGRAL</b>	-0,0109	0,0033	-3,27	0,0010	-0,0017	0,0005
<b>SALUDBUENA</b>	0,1359	0,0450	3,02	0,0030	0,0204	0,0065
<b>FUMA</b>	-0,0597	0,0330	-1,81	0,0700	-0,0093	0,0051

*Fuente:* Elaboración propia a partir del PHOGUE 1998.

Nota: dF/dX es para cambios discretos en la variable dummy desde 0 a 1. z y P>|z| es el test para el coeficiente latente siendo 0.

**TABLA 24**

Resultados de la estimación del modelo probit. Variable dependiente:  
SEGURO MÉDICO PRIVADO. Año 1999.

	Coef.	Std. Err.	z	P>z	dF/dx	Std. Err.
<b>HOMBRE</b>	-0,0015	0,0331	-0,05	0,9630	-0,0002	0,0050
<b>EDAD</b>	0,0096	0,0056	1,71	0,0880	0,0015	0,0009
<b>EDAD2</b>	-0,0001	0,0001	-2,11	0,0350	0,0000	0,0001
<b>UNIVERSITARIO</b>	0,3464	0,0434	7,98	0,0000	0,0628	0,0092
<b>CASADO</b>	0,0969	0,0400	2,42	0,0150	0,0146	0,0059
<b>INGRESOS</b>	0,2811	0,0142	19,81	0,0000	0,0427	0,0022
<b>PARADO</b>	-0,2768	0,0753	-3,67	0,0000	-0,0356	0,0080
<b>ENFCRONI</b>	0,0542	0,0515	1,05	0,2920	0,0084	0,0082
<b>IMPIDE</b>	-0,1081	0,0920	-1,17	0,2400	-0,0154	0,0122
<b>INGRESADO</b>	0,2377	0,0588	4,04	0,0000	0,0414	0,0116
<b>VISITASGRAL</b>	-0,0065	0,0034	-1,90	0,0580	-0,0010	0,0005
<b>SALUDBUENA</b>	0,1433	0,0479	2,99	0,0030	0,0210	0,0067
<b>FUMA</b>	0,0118	0,0337	0,35	0,7260	0,0018	0,0051

*Fuente:* Elaboración propia a partir del PHOGUE 1999

Nota: dF/dX es para cambios discretos en la variable dummy desde 0 a 1. z y P>|z| es el test para el coeficiente latente siendo 0.

**TABLA 25**

Resultados de la estimación del modelo probit. Variable dependiente:  
SEGURO MÉDICO PRIVADO. Año 2000

	Coef.	Std. Err.	z	P>z	dF/dx	Std. Err.
HOMBRE	-0,0185	0,0342	-0,54	0,5900	-0,0028	0,0052
EDAD	0,0136	0,0058	2,36	0,0190	0,0021	0,0009
EDAD2	-0,0002	0,0001	-2,71	0,0070	0,0000	0,0001
UNIVERSITARIO	0,3957	0,0439	9,01	0,0000	0,0729	0,0096
CASADO	0,1034	0,0408	2,53	0,0110	0,0154	0,0060
INGRESOS	0,2593	0,0145	17,89	0,0000	0,0392	0,0022
PARADO	-0,2449	0,0790	-3,10	0,0020	-0,0318	0,0087
ENFCRONI	0,0350	0,0534	0,65	0,5120	0,0054	0,0083
IMPIDE	-0,2004	0,0996	-2,01	0,0440	-0,0267	0,0116
INGRESADO	0,1267	0,0630	2,01	0,0440	0,0206	0,0110
VISITASGRAL	-0,0015	0,0034	-0,43	0,6640	-0,0002	0,0005
SALUDBUENA	0,1063	0,0490	2,17	0,0300	0,0156	0,0070
FUMA	-0,0421	0,0346	-1,22	0,2240	-0,0064	0,0053

Fuente: Elaboración propia a partir del PHOGUE 2000.

Nota: dF/dX es para cambios discretos en la variable dummy desde 0 a 1. z y P>/z/ es el test para el coeficiente latente siendo 0.

**TABLA 26**

Resultados de la estimación del modelo probit. Variable dependiente:  
SEGURO MÉDICO PRIVADO. Año 2001

	Coef.	Std. Err.	z	P>z	dF/dx	Std. Err.
HOMBRE	0,0182	0,0329	0,55	0,5800	0,0032	0,0057
EDAD	0,0088	0,0056	1,58	0,1140	0,0015	0,0010
EDAD2	-0,0001	0,0001	-2,30	0,0220	0,0000	0,0001
UNIVERSITARIO	0,4657	0,0418	11,15	0,0000	0,1000	0,0107
CASADO	0,1007	0,0395	2,55	0,0110	0,0174	0,0067
INGRESOS	0,2250	0,0135	16,70	0,0000	0,0392	0,0024
PARADO	-0,3503	0,0820	-4,27	0,0000	-0,0498	0,0092
ENFCRONI	0,0160	0,0514	0,31	0,7560	0,0028	0,0091
IMPIDE	-0,1505	0,0936	-1,61	0,1080	-0,0241	0,0136
INGRESADO	0,1464	0,0601	2,44	0,0150	0,0276	0,0121
VISITASGRAL	-0,0078	0,0032	-2,44	0,0150	-0,0014	0,0006
SALUDBUENA	0,1101	0,0462	2,39	0,0170	0,0187	0,0077
FUMA	-0,0079	0,0334	-0,24	0,8130	0,0014	0,0058

Fuente: Elaboración propia a partir del PHOGUE 2001

Nota: dF/dX es para cambios discretos en la variable dummy desde 0 a 1. z y P>/z/ es el test para el coeficiente latente siendo 0.

Por último complementaremos el análisis utilizando modelos de panel probit. La estructura del PHOGUE permite el seguimiento de los mismos individuos durante los ocho años que dura el panel. No obstante y dado que en el año 1994 la información relacionada con la doble cobertura sanitaria no es comparable a la del resto de años del panel, nos centraremos exclusivamente en la información desde 1995 hasta el año 2001 (siete años) con lo que en total se están considerando 96.210 observaciones. Los resultados de la estimación se presentan en la TABLA 27. Es importante tener en cuenta que en el panel probit con efectos aleatorios asumimos que los efectos individuales se distribuyen normalmente y están incorrelacionados con las variables explicativas. Por ello, los resultados deben interpretarse con las debidas cautelas. El coeficiente de correlación intragrupos es de 0,7449. Esto sugiere que los efectos individuales suponen más del 50 por ciento de la variación aleatoria.

En cuanto a la interpretación cualitativa de los coeficientes se observa que cuanto mayor es el nivel educativo de los individuos, mayor es la probabilidad de que un individuo tenga doble cobertura sanitaria. Por otro lado, y al igual que ocurría en las estimaciones anteriores, la relación entre la participación en el mercado de trabajo de los individuos, y por ende sus ingresos, y la doble cobertura sanitaria tiene un doble sentido. Cuanto mayor son los ingresos de los individuos, mayor es la probabilidad de que pague un seguro sanitario privado mientras que individuos en situación de desempleo sólo en raras ocasiones dispondrán de este tipo de seguro.

**TABLA 27**

Modelo para datos de panel con efectos aleatorios. Variable dependiente: SEGPRIVADO. España (1995-2001)

	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Intervalo Confianza]	
<b>HOMBRE</b>	0,0532	0,0351	1,51	0,13	-0,0156	0,1219
<b>EDAD</b>	-0,0001	0,0054	-0,02	0,99	-0,0107	0,0106
<b>EDAD2</b>	-0,0001	0,0001	-2,16	0,03	-0,0002	0,0000
<b>UNIVERSITARIO</b>	0,5763	0,0408	14,13	0,00	0,4963	0,6562
<b>CASADO</b>	0,1809	0,0376	4,81	0,00	0,1071	0,2546
<b>INGRESOS</b>	0,0000	0,0000	23,60	0,00	0,0000	0,0000
<b>PARADO</b>	-0,3528	0,0411	-8,58	0,00	-0,4335	-0,2722
<b>ENFCRONI</b>	-0,0051	0,0331	-0,16	0,88	-0,0700	0,0597
<b>IMPIDE</b>	-0,1739	0,0608	2,86	0,00	-0,2931	-0,0548
<b>INGRESADO</b>	0,1477	0,0368	4,01	0,00	0,0756	0,2199
<b>VISITASGRAL</b>	-0,0022	0,0019	-1,19	0,23	-0,0059	0,0014
<b>SALUDBUENA</b>	0,0611	0,0289	2,11	0,04	0,0044	0,1178
<b>FUMA</b>	0,0759	0,0227	3,35	0,00	0,0315	0,1204
<b>Nº observaciones</b>	96210					
<b>Wald chi2(13)</b>	1272.73					
<b>Prob &gt; chi2</b>	0,0000					
<b>Log likelihood</b>	-22265,073					

Sin embargo, el hecho de modelizar la probabilidad de que un individuo disponga de doble cobertura sanitaria puede depender también de si ese mismo individuo ya disponía de ella en el año anterior. Es decir, podríamos capturar un cierto grado de fidelización por parte de los individuos. Así, hemos considerado nuevos modelos estadísticos en los que la variable dependiente es una variable dicotómica que toma el valor 1 si el individuo tiene doble cobertura en el año correspondiente y 0 en otro caso (SEGPRIVADO) pero considerando también como variable explicativa una variable dicotómica que toma el valor 1 si el individuo ya tenía esa cobertura en el año anterior, hace dos años, hace tres años, etc. La función de regresión empleada en este caso, y cuyos resultados se muestran en las TABLAS 28 y 29, incluye las mismas variables que hemos utilizado anteriormente pero hemos añadido la situación con respecto al doble aseguramiento en instantes anteriores. Nuestro objetivo ahora es poder analizar de nuevo los efectos cualitativos y cuantitativos. En este sentido es importante destacar que esta relación siempre es positiva. Es decir, si un individuo tiene doble cobertura sanitaria un año es más probable que disponga de la misma en el siguiente año.

**TABLA 28**

Estimación del modelo probit: Coeficientes. Variable dependiente: SEGPRIVADO de cada año.

VARIABLE DEPENDIENTE	COEFICIENTES SEGPRIVADO					
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>SEGPRIVADO EN 1996</b>	1,8721 (36,33)					
<b>SEGPRIVADO EN 1997</b>	1,0251 (17,33)	1,2606 (20,36)				
<b>SEGPRIVADO EN 1998</b>	0,6916 (10,41)	0,9373 (13,53)	1,1285 (18,36)			
<b>SEGPRIVADO EN 1999</b>	0,5934 (8,73)	0,7124 (9,83)	0,6894 (10,27)	0,9389 (13,67)		
<b>SEGPRIVADO EN 2000</b>	0,2962 (4,000)	0,4800 (6,07)	0,3113 (4,13)	0,6073 (7,99)	1,3295 (19,21)	
<b>SEGPRIVADO EN 2001</b>	0,2079 (2,83)	0,3061 (3,83)	0,2032 (2,72)	0,5250 (6,90)	1,066 (14,49)	0,9207 (12,87)

Nota: z-estadístico entre paréntesis

**TABLA 29**

Estimación del modelo probit: Efectos Medios. Variable dependiente: SEGPRIVADO de cada año.

VARIABLE DEPENDIENTE	EFECTO MEDIO SEGPRIVADO					
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>SEGPRIVADO EN 1996</b>	0,4709 (36,33)					
<b>SEGPRIVADO EN 1997</b>	0,2150 (17,33)	0,2967 (20,36)				
<b>SEGPRIVADO EN 1998</b>	0,0948 (10,41)	0,1516 (13,53)	0,1976 (18,36)			
<b>SEGPRIVADO EN 1999</b>	0,0777 (8,73)	0,1023 (9,83)	0,0958 (10,27)	0,1540 (13,67)		
<b>SEGPRIVADO EN 2000</b>	0,0317 (4,00)	0,0586 (6,07)	0,0336 (4,13)	0,0806 (7,99)	0,2646 (19,21)	
<b>SEGPRIVADO EN 2001</b>	0,0264 (2,83)	0,0416 (3,83)	0,0258 (2,72)	0,0813 (6,90)	0,2197 (14,49)	0,1772 (12,87)

Nota: z-estadístico entre paréntesis

El análisis anterior nos ha permitido detectar ciertas variables socioeconómicas que sin duda caracterizan a aquellos individuos que tienen doble cobertura sanitaria. A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis discriminante múltiple y que sin duda, nos permite complementar aún más la evidencia empírica. El objetivo que nos planteamos es determinar si existen diferencias significativas entre los perfiles de las puntuaciones medias sobre un conjunto de variables de dos grupos definidos a priori. En nuestro caso, individuos que tienen o no doble cobertura sanitaria. El análisis discriminante tiene en cuenta no sólo el papel de las variables independientes sino también las combinaciones que se construyen con estas variables que representan a su vez dimensiones de discriminación entre los grupos.

Las TABLAS 30 a 49 incluyen los resultados correspondientes a los cuatro últimos años del PHOGUE utilizando los análisis discriminantes lineal, cuadrático y logístico. Se han incluido las matrices de clasificación, así como los coeficientes de las funciones discriminantes canónicas en los dos grupos para el caso lineal.

La metodología utilizada es la descrita en la Sección 5.2.1. En las tres situaciones se han utilizado las mismas variables, que coinciden con las variables seleccionadas en el modelo de regresión logística explicativo. De este modo existe homogeneidad en las variables de partida y en consecuencia los

resultados obtenidos son comparables. Por otro lado, en los análisis discriminantes lineal y cuadrático se han elegido probabilidades a priori de pertenencia del 50 por ciento para cada uno de los dos grupos.

A continuación nos centraremos en los resultados obtenidos a partir de los microdatos correspondientes a la última ola del PHOGUE (año 2001). En lo relativo al porcentaje global de aciertos (TABLAS 30-32), se observa que el análisis discriminante lineal da lugar al mayor porcentaje de aciertos (77,78 por ciento), seguido del análisis discriminante logístico (72,61 por ciento) y finalmente el discriminante cuadrático (50,66 por ciento). Ahora, si nos fijamos en la predicción de individuos con doble cobertura sanitaria, observamos que la mejor predicción la produce el análisis discriminante cuadrático (con un porcentaje de acierto del 77,28) seguido del discriminante logístico con un 60,93 y finalmente el discriminante lineal con un porcentaje de acierto del 52,62 por ciento. Es decir, que según el análisis discriminante lineal, el porcentaje de individuos correctamente asignados en el grupo 0, es decir individuos que no tienen doble cobertura y que por sus características no deberían tenerla, es del 81,12%, mientras que un 18,88% de individuos no tienen esa doble cobertura sanitaria pero han sido clasificados “incorrectamente” en el grupo 1. Este resultado tiene gran importancia dado que se trata de una cuota de mercado importante que las compañías aseguradoras no han logrado captar. La precisión total de la clasificación (ratio de aciertos) es del 77,78%. Se trata por tanto de un nivel estadísticamente aceptable de la capacidad predictiva de la función discriminante. Hay que señalar que las tendencias anteriores son similares en el resto de las encuestas (véanse TABLAS 35-49).

Por otra parte, las funciones discriminantes nos permiten estudiar el signo y la magnitud de la ponderación discriminante estandarizada asignada a cada variable. Cada ponderación indica la contribución relativa de su variable asociada a esa función. Así, variables independientes con ponderaciones relativamente grandes contribuyen más a la capacidad discriminante de la función que las variables con ponderaciones más pequeñas. Además, el signo nos indica si la contribución es positiva o negativa. No obstante, la interpretación de estas ponderaciones debe hacerse con las debidas cautelas. Una ponderación pequeña puede indicar, bien que la correspondiente variable es casi irrelevante para clasificar a los individuos o bien que tiene un alto grado de multicolinealidad con otras variables. Sin duda tres variables se perfilan como determinantes del doble aseguramiento: la edad, los ingresos y el nivel de estudios, ratificándose así los resultados anteriores.

**TABLA 30**

Matriz de clasificación: Análisis Discriminante Lineal. Año 2001

<b>Seguro Privado</b>	<b>Clasificado 0</b>	<b>Clasificado 1</b>	<b>TOTAL</b>
0	8525 (81,12%)	1984 (18,88%)	10509 (100%)
1	661 (47,38%)	734 (52,62%)	1395 (100%)
<b>TOTAL</b>	<b>9186 (77,17%)</b>	<b>2718 (22,84%)</b>	<b>11904 (100%)</b>

**TABLA 31**

Matriz de clasificación: Análisis discriminante cuadrático. Año 2001

Seguro Privado	Clasificado 0	Clasificado 1	TOTAL
0	4953 (47,13%)	5556 (52,87%)	10509 (100%)
1	317 (22,72%)	1078 (77,28%)	1395 (100%)
TOTAL	5270 (44,27%)	6634 (55,73%)	11904 (100%)

**TABLA 32**

Matriz de clasificación: Análisis discriminante logístico. Año 2001.

Seguro Privado	Clasificado 0	Clasificado 1	TOTAL
0	7793 (74,16%)	2716 (25,84%)	10509 (100%)
1	545 (39,07%)	850 (60,93%)	1395 (100%)
TOTAL	8338 (70,04%)	3566 (29,96%)	11904 (100%)

**TABLA 33**

Análisis discriminante lineal canónico. Año 2001

Fcn	Canon-Corr.	Eigen-value	Variance		Like-lihood Ratio	F	df1	df2	Prob>F
			Prop.	Cumul.					
1	0,2901	0,0919	1,000	1,000	0,9158	9,09	12	1.2e+04	0.0000

**TABLA 34**

Coeficientes de la función discriminante canónica estandarizada (Función 1) y estructura canónica (Función 2). Año 2001

	Función 1	Función 2
HOMBRE	0,0172	0,0582
EDAD	0,2003	-0,2143
EDAD2	-0,3081	-0,2494
UNIVERSITARIO	0,4691	0,6984
CASADO	0,1088	0,0794
INGRESOS	0,6717	0,8418
PARADO	-0,1223	-0,1629
ENFCRONI	0,0181	-0,2048
IMPIDE	-0,0342	-0,1796
INGRESADO	-0,0628	-0,2380
VISITASGRAL	0,0876	0,2918
SALUDBUENA	-0,0068	-0,0788

**TABLA 35**

Matriz de clasificación: Análisis Discriminante Lineal Año 2000.

Seguro Privado	Clasificado 0	Clasificado 1	TOTAL
0	8924 (80.54%)	2156 (19.46%)	11080 (100%)
1	561 (46.95%)	634 (53.05%)	1195 (100%)
TOTAL	9485 (77.27%)	2790 (22.73%)	12275 (100%)

**TABLA 36**

Matriz de clasificación: Análisis discriminante cuadrático Año 2000

Seguro Privado	Clasificado 0	Clasificado 1	TOTAL
0	8014 (72.33%)	3066 (27.67%)	11080 (100%)
1	484 (40.50%)	711 (59.50%)	1195 (100%)
TOTAL	8498 (69.23%)	3777 (30.77%)	12275 (100%)

**TABLA 37**

Matriz de clasificación: Análisis discriminante logístico. Año 2000.

Seguro Privado	Clasificado 0	Clasificado 1	TOTAL
0	8289 (74.81%)	2791 (25.19%)	11080 (100%)
1	479 (40.08%)	716 (59.92%)	1195 (100%)
TOTAL	8768 (71.43%)	3507 (28.57%)	12275 (100%)

**TABLA 38**

Análisis discriminante lineal canónico. Año 2000

Fcn	Canon-Corr.	Eigen-value	Variance		Like-lihood	F	df1	df2	Prob>F
			Prop.	Cumul.	Ratio				
1	0,2817	0,0862	1,000	1,000	0,9206	88.09	12	1.2e+04	0.0000

**TABLA 39**

Coeficientes de la función discriminante canónica estandarizada (Función 1) y estructura canónica (Función 2). Año 2000

	Función 1	Función 2
<b>HOMBRE</b>	-0,0198	0,0306
<b>EDAD</b>	0,4184	-0,1266
<b>EDAD2</b>	-0,4565	-0,1680
<b>UNIVERSITARIO</b>	0,3775	0,6255
<b>CASADO</b>	0,1115	0,1287
<b>INGRESOS</b>	0,7630	0,9037
<b>PARADO</b>	-0,0842	-0,1203
<b>ENFCRONI</b>	0,0334	-0,1431
<b>IMPIDE</b>	-0,0509	-0,1639
<b>INGRESADO</b>	-0,0069	-0,1502
<b>VISITASGRAL</b>	0,0758	0,2337
<b>SALUDBUENA</b>	-0,0439	-0,1027

**TABLA 40**

Matriz de clasificación: Análisis Discriminante Lineal Año 1999

Seguro Privado	Clasificado 0	Clasificado 1	TOTAL
0	9268 (79.02%)	2461 (20.98%)	11729 (100%)
1	550 (43.04%)	728 (56.96%)	1278 (100%)
TOTAL	9818 (75.48%)	3189 (24.52%)	13007 (100%)

**TABLA 41**

Matriz de clasificación: Análisis discriminante cuadrático Año 1999

Seguro Privado	Clasificado 0	Clasificado 1	TOTAL
0	6281 (53.55%)	5448 (46.45%)	11729 (100%)
1	325 (25.43%)	953 (74.57%)	1278 (100%)
TOTAL	6606 (50.79%)	6401 (49.21%)	13007 (100%)

**TABLA 42**

Matriz de clasificación: Análisis discriminante logístico. Año 1999

Seguro Privado	Clasificado 0	Clasificado 1	TOTAL
0	8687 (74.06%)	3042 (25.94%)	11729 (100%)
1	486 (38.03%)	792 (61.97%)	1278 (100%)
TOTAL	9173 (70.52%)	3834 (29.48%)	13007 (100%)

**TABLA 43**  
Análisis discriminante lineal canónico. Año 1999

Fcn	Canon-Corr.	Eigen-value	Variance		Like-lihood	F	df1	df2	Prob>F
			Prop.	Cumul.	Ratio				
1	0,2748	0,0816	1,000	1,000	0,9245	88.44	12	1.3e+04	0.0000

**TABLA 44**  
Coeficientes de la función discriminante canónica estandarizada (Función 1) y estructura canónica (Función 2). Año 1999

	Función 1	Función 2
<b>HOMBRE</b>	-0,0032	0,0317
<b>EDAD</b>	0,2287	-0,1108
<b>EDAD2</b>	-0,2884	-0,1475
<b>UNIVERSITARIO</b>	0,3191	0,6039
<b>CASADO</b>	0,1094	0,1163
<b>INGRESOS</b>	0,7949	0,9259
<b>PARADO</b>	-0,0899	-0,1577
<b>ENFCRONI</b>	0,0536	-0,1418
<b>IMPIDE</b>	-0,0271	-0,1326
<b>INGRESADO</b>	-0,0479	-0,1706
<b>VISITASGRAL</b>	0,1016	0,2357
<b>SALUDBUENA</b>	0,0114	-0,0678

**TABLA 45**  
Matriz de clasificación: Análisis Discriminante Lineal. Año 1998

Seguro Privado	Clasificado 0	Clasificado 1	TOTAL
0	9480 (77.86%)	2695 (22.14%)	12175 (100%)
1	617 (45.47%)	740 (54.53%)	1357 (100%)
TOTAL	10097 (74.62%)	3435 (25,38%)	13532 (100%)

**TABLA 46**  
Matriz de clasificación: Análisis discriminante cuadrático. Año 1998

Seguro Privado	Clasificado 0	Clasificado 1	TOTAL
0	6211 (51.01%)	5964 (48,99%)	12175 (100%)
1	325 (23.95%)	1032 (76.05%)	1357 (100%)
TOTAL	6536 (48.30%)	6996 (51,70%)	13532 (100%)

**TABLA 47**

Matriz de clasificación: Análisis discriminante logístico. Año 1998

Seguro Privado	Clasificado 0	Clasificado 1	TOTAL
0	8877 (72.91%)	3298 (27.09%)	12175 (100%)
1	537 (39.57%)	820 (60.43%)	1357 (100%)
TOTAL	9414 (69.57%)	4118 (30,43%)	13532 (100%)

**TABLA 48**

Análisis discriminante lineal canónico. Año 1998

Fcn	Canon-Corr.	Eigen-value	Variance		Like-lihood	F	df1	df2	Prob>F
			Prop.	Cumul.	Ratio				
1	0,2738	0,0810	1,000	1,000	0,9250	91.30	12	1.4e+04	0.0000

**TABLA 49**

Coeficientes de la función discriminante canónica estandarizada (Función 1) y estructura canónica (Función 2). Año 1998

	Función 1	Función 2
<b>HOMBRE</b>	-0,0400	0,0188
<b>EDAD</b>	0,7328	-0,1280
<b>EDAD2</b>	-0,7713	-0,1703
<b>UNIVERSITARIO</b>	0,3062	0,6011
<b>CASADO</b>	-0,0033	0,0621
<b>INGRESOS</b>	0,7762	0,9124
<b>PARADO</b>	-0,0878	-0,1367
<b>ENFCRONI</b>	0,0256	-0,1725
<b>IMPIDE</b>	-0,0147	-0,1573
<b>INGRESADO</b>	-0,1018	-0,2299
<b>VISITASGRAL</b>	0,1131	0,2631
<b>SALUDBUENA</b>	-0,0641	-0,1265

Una vez detectadas las variables más relevantes profundizaremos aún más en este estudio complementando la información con la contenida en la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Como se ha comentado anteriormente también se trata de información armonizada a nivel europeo y que sustituye al PHOGUE. En la actualidad se dispone de información de cuatro años (desde 2004 hasta 2007). En este sentido trabajaremos con información más actual pero con el inconveniente de que los individuos no proporcionan información sobre su situación con respecto al doble aseguramiento sanitario. No obstante, sí que disponemos información sobre aquellos individuos que han tenido

necesidad de acudir al médico en los últimos doce meses y por uno u otro motivo, no han podido recibir dicha asistencia sanitaria. Además, la ECV nos va permitir también estudiar las características sociodemográficas (ingresos, condiciones de vida de los hogares, actividad económica, salud, nivel de estudios, cuidado de los niños, etc.) de la población.

Fundamentalmente nos vamos a centrar en aquellos individuos que han necesitado recibir asistencia sanitaria pero por estar en lista de espera o no tener tiempo, no han podido acudir al médico (véanse TABLAS 50-71). En el año 2007, se estimaba que 9.760.700 individuos percibieron unos ingresos anuales del hogar superiores a 35.000 euros de los cuales un 2% no pudieron recibir por algún motivo asistencia sanitaria. De ellos, el 13,9% fue por estar en lista de espera y un 30,5% fue por no disponer de tiempo. Estos porcentajes fueron incluso mayores en los años 2006, 2005 y 2004 (véanse TABLAS 50-53).

Con respecto a la situación laboral de las personas se observa un dato curioso. El porcentaje de los asalariados y empresarios en 2007 que no pudieron recibir tratamiento sanitario es el 2,0 y 3,4%, respectivamente. De ellos, el 50,7% y el 63,3% lo justifica por la falta de tiempo. Es decir, que estos individuos necesitan en cierto modo que la oferta de los sistemas sanitarios se adapte a sus características. Obviamente, esta necesidad podría ser cubierta en mayor medida por los sistemas privados que probablemente con mayor flexibilidad en sus horarios lograsen capturar mayores nichos de mercado. Estos patrones se repiten los sucesivos años considerados (TABLAS 54-57).

Por sexo y edad podemos detectar patrones de comportamiento solo ligeramente diferentes (véanse TABLAS 58-61). En 2007, el 2% de los varones no pudieron recibir esa asistencia sanitaria siendo este porcentaje del 1,7% en el caso de las mujeres. De ellos, el 2,9% de los hombres declara que esté en lista de espera frente al 9,0% de las mujeres. En ambos casos, los individuos con edades comprendidas entre 45 y 64 años son los que en mayor medida no han podido recibir esa asistencia.

Con respecto al estado civil, sí parece que existan diferencias (TABLAS 62-65). Así, el grupo de individuos que en mayor porcentaje han necesitado asistencia sanitaria y no la han podido recibir por encontrarse en lista de espera corresponde al grupo de población en situación de viudedad. No obstante, este resultado podemos interpretarle como razonable dado que es también este grupo el de mayor edad y el que demanda una mayor asistencia sanitaria.

Finalmente, destacar que tanto la nacionalidad como la CCAA de residencia de los individuos son elementos a tener en cuenta (TABLAS 66-71). Así, el mayor porcentaje de individuos que no pudieron ir al médico lo encontramos en Canarias (10,6%), Madrid (8,9%), Aragón (8,1%) y La Rioja (8,0)%. De ellos, el 26,1%, el 4,6%, el 22,5% y el 21,2%, respectivamente, se debe a las cada vez más largas listas de espera.

**TABLA 50**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y tramos de ingresos anuales del hogar en 2006 (Número total de adultos en miles y % horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2007

Euros	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
<b>Total</b>	37.428,8	1,8	685,7	5,7	39,1	55,2
<b>Hasta 9.000</b>	3.676,6	2,0	72,9	6,2	22,8	71,0
<b>De 9.000 a 14.000</b>	4.827,2	2,2	105,2	0,0	46,3	53,7
<b>De 14.000 a 19.000</b>	5.110,4	1,8	91,8	0,1	47,0	53,0
<b>De 19.000 a 25.000</b>	6.150,3	1,6	97,7	4,9	43,7	51,5
<b>De 25.000 a 35.000</b>	7.883,2	1,6	125,2	2,8	47,1	50,1
<b>Más de 35.000</b>	9.760,7	2,0	190,6	13,9	30,5	55,7
<b>No consta</b>	20,4	11,4	2,3	0,0	0,0	100,0

Fuente: ECV, 2007 (INE)

**TABLA 51**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y tramos de ingresos anuales del hogar en 2005 (Número total de adultos en miles y % horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2006

Euros	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
<b>Total</b>	36.800,3	6,1	2.263,0	4,1	35,3	60,6
<b>Hasta 9000</b>	4.017,3	6,2	248,7	5,8	30,4	63,8
<b>De 9.000 a 14.000</b>	4.651,4	6,7	312,7	4,6	24,7	70,7
<b>De 14.000 a 19.000</b>	5.463,3	6,6	359,9	5,2	30,9	63,8
<b>De 19.000 a 25.000</b>	6.033,4	6,4	389,1	6,1	38,7	55,2
<b>De 25.000 a 35.000</b>	7.933,2	5,3	420,7	1,3	34,9	63,8
<b>Más de 35.000</b>	8.591,0	6,1	520,5	3,1	44,4	52,6
<b>No consta</b>	110,8	10,4	11,5	0,0	52,3	47,7

Fuente: ECV, 2006 (INE)

**TABLA 52**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y tramos de ingresos anuales del hogar en 2004  
(Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).  
Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005

Euros	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
Total	36.187,6	6,3	2.269,2	9,9	33,9	56,3
Hasta 9.000	4.516,6	7,2	323,4	13,3	21,0	65,7
De 9.000 a 14.000	5.088,5	6,1	310,2	10,1	29,6	60,2
De 14.000 a 19.000	5.234,3	6,4	335,8	9,3	38,4	52,3
De 19.000 a 25.000	6.101,6	6,6	402,5	11,8	30,3	58,0
De 25.000 a 35.000	7.315,6	6,3	457,4	7,8	36,2	55,9
Más de 35.000	7.858,4	5,6	436,7	8,0	43,7	48,3
No consta	72,6	4,3	3,2	0,0	24,4	75,6

Fuente: ECV, 2005 (INE)

**TABLA 53**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y tramos de ingresos anuales del hogar en 2003  
(Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).  
Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004

Euros	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
Total	35.583,4	7,2	2.558,8	30,3	26,1	43,6
Hasta 9.000	4.727,6	8,5	400,5	28,7	19,2	52,1
De 9.000 a 14.000	5.101,8	7,1	362,0	26,4	24,2	49,5
De 14.000 a 19.000	5.582,0	7,5	417,6	39,1	23,7	37,2
De 19.000 a 25.000	5.742,5	8,0	461,7	33,5	25,1	41,4
De 25.000 a 35.000	6.970,9	7,0	488,5	24,9	27,9	47,1
Más de 35.000	6.378,2	5,4	343,8	30,3	35,0	34,8
No consta	1.080,5	7,8	84,7	25,5	36,4	38,0

Fuente: ECV, 2004 (INE)

**TABLA 54**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y relación con la actividad  
(Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).  
Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2007

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
<b>Total</b>	37.428,8	1,8	685,7	5,7	39,1	55,2
<b>Activos</b>	20.527,1	2,2	445,1	1,1	52,3	46,6
<b>Ocupados</b>	18.772,5	2,3	422,8	0,9	53,6	45,5
<b>Asalariados</b>	15.841,3	2,0	324,5	1,1	50,7	48,2
<b>Empresarios</b>	2.931,2	3,4	98,3	0,0	63,3	36,7
<b>Parados</b>	1.754,7	1,3	22,3	5,9	27,4	66,8
<b>Inactivos</b>	16.839,8	1,4	240,6	14,3	14,7	71,0
<b>Jubilados</b>	5.667,0	1,2	66,9	8,5	1,4	90,1
<b>Otros inactivos</b>	11.172,8	1,6	173,8	16,5	19,8	63,7
<b>No consta</b>	61,9	0,0	0,0	..	..	..

Fuente: ECV, 2007 (INE)

**TABLA 55**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y relación con la actividad (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).  
Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2006

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
<b>Total</b>	36.800,3	6,1	2.263,0	4,1	35,3	60,6
<b>Activos</b>	20.509,8	7,7	1.581,3	2,6	44,7	52,7
<b>Ocupados</b>	18.859,2	7,8	1.464,7	2,3	46,5	51,2
<b>Asalariados</b>	15.802,2	7,4	1.171,3	2,6	44,0	53,4
<b>Empresarios</b>	3.057,0	9,6	293,4	1,0	56,4	42,6
<b>Parados</b>	1.650,6	7,1	116,6	6,2	22,1	71,7
<b>Inactivos</b>	16.198,6	4,2	673,6	7,7	13,6	78,7
<b>Jubilados</b>	5.518,6	4,0	218,1	9,5	3,7	86,9
<b>Otros inactivos</b>	10.680,0	4,3	455,6	6,9	18,3	74,8
<b>No consta</b>	92,0	8,8	8,1	0,0	0,0	100,0

Fuente: ECV, 2006 (INE)

**TABLA 56**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y relación con la actividad (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
<b>Total</b>	36.187,6	6,3	2.269,2	9,9	33,9	56,3
<b>Activos</b>	19.067,4	7,5	1.422,1	6,9	45,5	47,6
<b>Ocupados</b>	17.139,3	7,6	1.301,3	6,6	48,4	45,1
<b>Asalariados</b>	14.259,3	6,8	971,5	7,3	44,9	47,8
<b>Empresarios</b>	2.880,0	11,4	329,8	4,5	58,5	37,1
<b>Parados</b>	1.928,0	6,3	120,9	10,3	15,2	74,5
<b>Inactivos</b>	17.051,0	5,0	844,5	14,9	14,3	70,8
<b>Jubilados</b>	5.477,6	4,1	224,0	19,1	5,8	75,1
<b>Otros inactivos</b>	11.573,4	5,4	620,5	13,4	17,3	69,3
<b>No consta</b>	69,2	3,7	2,5	0,0	0,0	100,0

Fuente: ECV, 2005 (INE)

**TABLA 57**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y relación con la actividad (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales). Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
<b>Total</b>	35.583,4	7,2	2.558,8	30,3	26,1	43,6
<b>Activos</b>	19.475,0	7,9	1.538,7	24,2	38,0	37,9
<b>Ocupados</b>	17.107,9	7,8	1.339,1	22,2	41,8	36,0
<b>Asalariados</b>	14.499,1	7,4	1.074,7	23,1	39,7	37,3
<b>Empresarios</b>	2.608,8	10,1	264,4	18,9	50,3	30,8
<b>Parados</b>	2.367,1	8,4	199,6	37,1	12,5	50,4
<b>Inactivos</b>	16.033,3	6,3	1.010,8	39,6	8,1	52,3
<b>Jubilados</b>	5.344,4	6,3	337,3	47,9	3,3	48,9
<b>Otros inactivos</b>	10.688,9	6,3	673,5	35,5	10,5	54,1
<b>No consta</b>	75,0	12,4	9,3	36,1	10,6	53,3

Fuente: ECV, 2004 (INE)

**TABLA 58**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y edad y sexo (Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).

Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2007

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
<b>Ambos sexos</b>						
<b>Total</b>	37.428,8	1,8	685,7	5,7	39,1	55,2
<b>De 16 a 29 años</b>	8.157,6	1,3	104,7	2,0	45,7	52,3
<b>De 30 a 44 años</b>	11.365,6	2,2	253,5	2,8	53,4	43,7
<b>De 45 a 64 años</b>	10.644,9	2,4	251,6	9,2	33,3	57,5
<b>65 años ó más</b>	7.260,8	1,0	76,0	9,1	1,5	89,4
<b>Varones</b>						
<b>Total</b>	18.359,0	2,0	365,3	2,9	38,2	58,9
<b>De 16 a 29 años</b>	4.278,9	0,9	39,3	0,0	31,6	68,4
<b>De 30 a 44 años</b>	5.742,9	2,6	152,2	0,5	48,4	51,1
<b>De 45 a 64 años</b>	5.238,8	2,7	141,3	6,9	37,9	55,2
<b>65 años ó más</b>	3.098,3	1,0	32,5	0,0	0,0	100,0
<b>Mujeres</b>						
<b>Total</b>	19.069,8	1,7	320,4	9,0	40,1	50,9
<b>De 16 a 29 años</b>	3.878,6	1,7	65,4	3,2	54,1	42,7
<b>De 30 a 44 años</b>	5.622,6	1,8	101,3	6,3	60,9	32,7
<b>De 45 a 64 años</b>	5.406,1	2,0	110,2	12,1	27,4	60,4
<b>65 años ó más</b>	4.162,5	1,0	43,5	15,9	2,5	81,5

Fuente: ECV, 2007 (INE)

**TABLA 59**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y edad y sexo  
(Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).

Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2006

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
<b>Ambos sexos</b>						
<b>Total</b>	36.800,3	6,1	2.263,0	4,1	35,3	60,6
<b>De 16 a 29 años</b>	8.157,9	3,9	321,5	3,2	41,9	54,8
<b>De 30 a 44 años</b>	11.152,3	8,5	946,5	2,5	43,9	53,6
<b>De 45 a 64 años</b>	10.331,2	6,9	714,6	4,1	32,2	63,7
<b>65 años ó más</b>	7.158,9	3,9	280,4	10,5	6,3	83,2
<b>Varones</b>						
<b>Total</b>	18.022,3	6,9	1.246,0	4,0	35,4	60,6
<b>De 16 a 29 años</b>	4.168,6	4,1	172,9	3,4	40,2	56,4
<b>De 30 a 44 años</b>	5.720,2	9,5	541,8	2,3	43,4	54,3
<b>De 45 a 64 años</b>	5.083,3	8,1	413,9	4,3	31,7	64,1
<b>65 años ó más</b>	3.050,3	3,9	117,5	11,6	4,8	83,6
<b>Mujeres</b>						
<b>Total</b>	18.778,1	5,4	1.017,0	4,3	35,1	60,6
<b>De 16 a 29 años</b>	3.989,3	3,7	148,6	3,1	44,0	53,0
<b>De 30 a 44 años</b>	5.432,1	7,4	404,7	2,7	44,6	52,7
<b>De 45 a 64 años</b>	5.247,9	5,7	300,7	3,9	33,0	63,1
<b>65 años ó más</b>	4.108,7	4,0	162,9	9,8	7,3	82,9

Fuente: ECV, 2006 (INE)

**TABLA 60**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y edad y sexo  
(Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).

Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
<b>Ambos sexos</b>						
<b>Total</b>	36.187,6	6,3	2.269,2	9,9	33,9	56,3
<b>De 16 a 29 años</b>	8.306,0	5,0	414,2	6,6	36,6	56,8
<b>De 30 a 44 años</b>	10.789,3	8,0	859,0	7,1	42,7	50,2
<b>De 45 a 64 años</b>	10.014,8	6,9	688,1	11,4	34,6	54,0
<b>65 años ó más</b>	7.077,5	4,4	308,0	18,4	3,9	77,7
<b>Varones</b>						
<b>Total</b>	17.689,3	7,0	1.242,5	7,2	38,5	54,3
<b>De 16 a 29 años</b>	4.267,4	5,5	235,7	5,8	37,7	56,5
<b>De 30 a 44 años</b>	5.482,2	9,2	503,3	4,2	45,1	50,7
<b>De 45 a 64 años</b>	4.926,1	7,8	384,2	8,7	41,2	50,1
<b>65 años ó más</b>	3.013,5	4,0	119,3	17,9	3,1	79,0
<b>Mujeres</b>						
<b>Total</b>	18.498,3	5,6	1.026,7	13,1	28,3	58,6
<b>De 16 a 29 años</b>	4.038,5	4,4	178,5	7,7	35,0	57,3
<b>De 30 a 44 años</b>	5.307,1	6,7	355,7	11,3	39,3	49,5
<b>De 45 a 64 años</b>	5.088,7	6,0	303,8	14,9	26,2	58,9
<b>65 años ó más</b>	4.064,0	4,6	188,7	18,7	4,5	76,8

Fuente: ECV, 2005 (INE)

**TABLA 61**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y edad y sexo  
(Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).

Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
<b>Ambos sexos</b>						
Total	35.583,4	7,2	2.558,8	30,3	26,1	43,6
De 16 a 29 años	8.355,6	5,1	429,1	19,7	29,6	50,7
De 30 a 44 años	10.522,8	8,7	913,1	24,4	36,8	38,8
De 45 a 64 años	9.711,9	7,6	737,7	35,2	25,3	39,5
65 años ó más	6.993,1	6,8	478,9	43,5	3,5	52,9
<b>Varones</b>						
Total	17.365,9	6,6	1.149,7	27,8	30,9	41,4
De 16 a 29 años	4.249,5	4,7	198,5	15,0	31,3	53,7
De 30 a 44 años	5.366,9	8,5	458,3	19,2	41,6	39,2
De 45 a 64 años	4.774,9	6,6	313,3	32,7	31,9	35,4
65 años ó más	2.974,5	6,0	179,6	55,1	1,2	43,7
<b>Mujeres</b>						
Total	18.217,5	7,7	1.409,0	32,4	22,1	45,5
De 16 a 29 años	4.106,1	5,6	230,6	23,8	28,1	48,1
De 30 a 44 años	5.155,9	8,8	454,8	29,7	32,0	38,3
De 45 a 64 años	4.937,0	8,6	424,4	37,0	20,5	42,5
65 años ó más	4.018,5	7,4	299,3	36,6	4,9	58,5

Fuente: ECV, 2004 (INE)

**TABLA 62**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y estado civil  
(Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).

Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2007

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
<b>Total</b>	37.428,8	1,8	685,7	5,7	39,1	55,2
<b>Casados</b>	21.588,6	2,1	444,9	4,3	42,0	53,7
<b>Separados /divorciados</b>	1.348,7	1,9	25,7	9,4	38,2	52,4
<b>Viudos</b>	2.773,6	2,0	55,4	27,2	15,4	57,4
<b>Solteros</b>	11.714,4	1,4	159,7	1,9	39,3	58,9
<b>No consta</b>	3,5	0,0	0,0	..	..	..

Fuente: ECV, 2007 (INE)

**TABLA 63**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y estado civil  
(Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).

Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2006

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos	Total
<b>Total</b>	36.800,3	6,1	2.263,0	4,1	35,3	60,6	36.800,3
<b>Casados</b>	21.485,5	6,6	1.426,8	3,7	37,5	58,8	21.485,5
<b>Separados/ divorciados</b>	1.165,5	10,1	117,4	6,0	30,1	63,9	1.165,5
<b>Viudos</b>	2.804,2	5,9	164,9	13,3	19,3	67,4	2.804,2
<b>Solteros</b>	11.321,0	4,9	553,9	2,1	35,4	62,6	11.321,0
<b>No consta</b>	24,1	0,0	0,0	..	..	..	24,1

Fuente: ECV, 2006 (INE)

**TABLA 64**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y estado civil  
(Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).

Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
Total	36.187,6	6,3	2.269,2	9,9	33,9	56,3
Casados	21.061,2	6,7	1.405,3	10,0	36,3	53,7
Separados/ divorciados	1.153,2	8,6	99,2	12,4	31,1	56,4
Viudos	2.777,2	5,1	141,3	16,0	9,9	74,2
Solteros	11.185,5	5,6	623,4	7,9	34,1	58,0
No consta	10,6	0,0	0,0	..	..	..

Fuente: ECV, 2005 (INE)

**TABLA 65**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y estado civil  
(Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).

Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
Total	35.583,4	7,2	2.558,8	30,3	26,1	43,6
Casados	20.878,2	7,6	1.594,1	32,8	26,5	40,7
Separados/ divorciados	1.158,3	12,3	142,8	29,0	41,7	29,3
Viudos	2.742,1	8,3	226,3	33,3	6,5	60,2
Solteros	10.775,8	5,5	592,7	22,9	28,2	48,8
No consta	29,0	10,0	2,9	0,0	100,0	0,0

Fuente: ECV, 2004 (INE)

**TABLA 66**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y nacionalidad  
(Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).

Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2007

	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
Total	1,8	685,7	5,7	39,1	55,2
España	1,8	649,8	5,8	39,5	54,7
Resto de Europa	0,6	3,6	0,0	38,0	62,0
Resto del mundo	3,0	32,4	6,0	30,4	63,6

Fuente: ECV, 2007 (INE)

**TABLA 67**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y nacionalidad  
(Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).

Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2006

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
Total	36.800,3	6,1	2.263,0	4,1	35,3	60,6
España	..	6,2	2.184,6	4,1	34,5	61,4
Resto de Europa	..	8,2	31,6	7,0	58,9	34,1
Resto del mundo	..	4,8	46,8	3,9	53,7	42,4

Fuente: ECV, 2006 (INE)

**TABLA 68**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y nacionalidad  
(Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).

Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
Total	36.187,6	6,3	2.269,2	9,9	33,9	56,3
España	..	6,2	2.178,4	9,7	33,3	57,0
Resto de Europa	..	7,1	31,1	26,5	34,7	38,8
Resto del mundo	..	6,8	59,7	8,2	52,7	39,0

Fuente: ECV, 2005 (INE)

**TABLA 69**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y nacionalidad  
(Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).

Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
Total	35.583,4	7,2	2.558,8	30,3	26,1	43,6
España	..	7,1	2.434,7	31,3	25,8	42,9
Resto de Europa	..	6,3	29,0	13,7	10,9	75,4
Resto del mundo	..	11,7	95,1	10,4	36,9	52,6

Fuente: ECV, 2004 (INE)

**TABLA 70**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y CCAA  
(Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).

Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2005

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
Total	36.187,6	6,3	2.269,2	9,9	33,9	56,3
Andalucía	6.289,7	4,1	260,6	7,4	32,2	60,4
Aragón	1.059,4	8,1	86,0	22,5	33,5	43,9
Asturias Principado de)	941,7	6,3	59,1	8,7	20,0	71,4
Baleares (Illes)	791,1	7,7	61,2	5,5	29,3	65,2
Canarias	1.580,0	10,6	167,4	26,1	24,4	49,5
Cantabria	475,8	2,5	11,9	0,4	22,3	77,2
Castilla y León	2.132,1	7,0	149,3	8,8	36,0	55,2
Castilla - La Mancha	1.543,7	4,1	63,2	0,0	40,0	60,0
Cataluña	5.726,0	6,4	363,8	5,0	33,3	61,7
Comunidad Valenciana	3.801,6	5,6	213,9	16,1	35,2	48,7
Extremadura	882,8	6,1	54,0	0,9	30,2	68,9
Galicia	2.366,6	5,3	124,7	18,1	25,8	56,1
Madrid (Comunidad de)	4.885,9	8,9	435,4	4,6	42,5	52,9
Murcia (Región de)	1.057,9	7,5	79,2	6,3	40,8	52,9
Navarra (Comunidad Foral de)	484,1	5,4	26,0	30,7	18,2	51,1
País Vasco	1.813,5	4,8	87,7	7,5	35,5	57,1
Rioja (La)	250,5	8,0	20,1	21,2	15,8	63,0
Ceuta y Melilla	105,2	5,2	5,5	5,1	31,5	63,4

Fuente: ECV, 2005 (INE)

**TABLA 71**

Adultos por el motivo por el cual no han podido ir al médico y CCAA  
(Número total de adultos en miles y porcentajes horizontales).

Fuente de datos: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004

	Total	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (porcentaje)	Personas que no pudieron recibir tratamiento sanitario (miles)	Lista de espera	No tenía tiempo	Otros motivos
Total	35.583,4	7,2	2.558,8	30,3	26,1	43,6
Andalucía	6.168,4	7,8	478,2	25,3	30,1	44,6
Aragón	1.050,3	9,7	101,9	64,1	15,7	20,2
Asturias (Principado de)	937,9	6,2	58,5	26,2	34,0	39,8
Balears (Illes)	774,1	2,5	19,4	24,9	29,7	45,4
Canarias	1.540,0	9,9	152,1	36,7	30,2	33,2
Cantabria	470,4	4,9	23,2	6,2	33,7	60,1
Castilla y León	2.123,2	5,7	122,0	28,3	11,2	60,4
Castilla - La Mancha	1.510,9	4,0	60,1	13,2	26,6	60,2
Cataluña	5.610,6	8,1	454,5	40,9	14,2	44,9
Comunidad Valenciana	3.699,8	5,8	215,9	20,3	24,4	55,2
Extremadura	879,7	5,2	46,1	38,0	23,0	39,0
Galicia	2.354,0	6,1	143,4	53,6	17,6	28,8
Madrid (Comunidad de)	4.793,3	10,0	480,2	23,7	33,7	42,6
Murcia (Región de)	1.030,7	9,2	94,6	8,9	45,1	46,0
Navarra (Comunidad Foral de)	480,2	4,9	23,4	21,4	23,2	55,4
País Vasco	1.808,8	3,9	70,7	20,4	39,8	39,9
Rioja (La)	245,5	4,3	10,6	31,8	46,3	22,0
Ceuta y Melilla	105,6	3,6	3,8	10,2	37,9	51,9

Fuente: ECV, 2004 (INE)

## 6 CONCLUSIONES

En todos los sistemas sanitarios en general, y en la Unión Europea (UE) en particular, existe una gran preocupación en torno a ciertos pilares fundamentales como son el grado de cobertura sanitaria, la calidad, la eficiencia y la equidad de los sistemas y obviamente la financiación de los mismos. En la UE conviven dos modelos diferentes de sistema sanitario: Seguridad Social (también conocido como modelo Bismarck) y Sistema Nacional de Salud (o modelo Beveridge). El primero de ellos se financia vía cotizaciones sociales obligatorias de empresarios y trabajadores mientras que los Sistemas Nacionales de Salud se financian fundamentalmente por impuestos. Así, en Reino Unido, Italia, España, Grecia, Portugal, Noruega, Finlandia, Suecia y Dinamarca tienen el modelo de Sistema Nacional de Salud mientras que en Alemania, Francia, Suiza, Holanda, Turquía, Austria, Bélgica y Luxemburgo tienen un sistema basado en el modelo de Seguridad Social.

En este sentido, podemos afirmar que existen grandes diferencias en torno a la financiación y la provisión de la sanidad por parte de los diferentes poderes públicos aunque los objetivos son los mismos: mejorar la calidad, eficiencia y equidad de los sistemas sanitarios.

Así por ejemplo en Alemania las competencias sanitarias están repartidas entre el gobierno federal y los Länder. En este país se ofrece un sistema mixto de salud. Por una parte, existe un Sistema Público conocido como “Seguro Obligatorio de Enfermedad (*gesetzliche Krankenversicherung*)” y una serie de “Cajas de Seguros Privadas (*private Krankenversicherung*)”. Sin embargo, alrededor del 90% de la población está afiliada al Seguro Público (Ministerio Federal de la Sanidad, 2006). El sistema funciona de la siguiente manera: Los trabajadores que tienen un cierto nivel de ingresos están obligados a pagar un seguro médico. A partir de enero de 2009, la aportación de la empresa se estableció en un 7,3% del salario bruto y la del empleado en un 8,2%. No obstante, a partir de julio de 2009, estos porcentajes son del 7% y del 7,9%, respectivamente. Así, el seguro médico obligatorio se financia tanto con las contribuciones de los empleados como de los empleadores. Por otra parte, si el salario del trabajador supera un cierto límite (que en 2006 se estableció en 42750 euros anuales) puede elegir entre las diferentes cajas de seguros privados. No obstante, al igual que ha ocurrido en otros países, el sistema alemán ha sufrido continuas reformas cuyo objetivo final no sólo es mejorar la salud de la población sino también garantizar la financiación del gasto sanitario.

En Italia, país con características similares a España y cuyo modelo se basa en el Sistema Nacional de Salud, se reparten las competencias sanitarias entre el gobierno central, las regiones y las unidades sanitarias locales. El Servicio Sanitario Nacional Italiano es un sistema de carácter universal y solidario que garantiza la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos sin distinción. Los ciudadanos tienen la posibilidad de elegir Médico de Familia o de Medicina General además del lugar de atención y de los especialistas aunque con ciertas limitaciones. En Italia la sanidad es pública y “gratuita” (no obstante para las especialidades es necesario pagar un pequeño importe).

Portugal tiene un Sistema Nacional de Salud financiado, fundamentalmente, vía impuestos. Sin embargo, se intentan fomentar la doble cobertura sanitaria de tal manera que gran parte de la población utiliza la sanidad privada para servicios ambulatorios o determinadas cirugías. Uno de los problemas que se plantea en este país es que los servicios sanitarios se concentran en las áreas más pobladas lo que ocasiona importantes desigualdades y problemas a los ciudadanos.

Es decir, cada país tiene sus particularidades y sus problemas no existiendo un modelo que sea perfecto en todos los aspectos. En este sentido nos gustaría destacar algunos elementos importantes que afectan de manera directa a la estimación de la demanda futura de asistencia sanitaria privada no sólo en nuestro país sino también en la Unión Europea. Uno de los factores más relevantes, y que así lo destacan los ciudadanos, se basa en las problemáticas listas de espera. Es importante resaltar que esta información no es totalmente pública y transparente. Así, nos encontramos con países como el Reino Unido donde el *National Health Service* publica datos periódicamente sobre la realidad existente mientras que otros países como Alemania o Francia apenas se menciona esta información. El hecho de que no exista información actualizada de listas de espera, no implica que no existan.

Las fuentes de financiación tradicionales de los sistemas sanitarios europeos son los impuestos, las contribuciones obligatorias al sistema de la seguridad social, los pagos a entidades de seguros privados y los pagos directos que en algunos casos realizan los pacientes. Organizativamente se está realizando en toda Europa un proceso de descentralización de la sanidad para mejorar tanto la eficiencia como la eficacia y la equidad de los sistemas. Sin embargo, el incremento continuado del gasto sanitario y el progresivo envejecimiento de la población están generando importantes problemas de financiación. Para hacer frente a este problema se están planteando diferentes alternativas como son el incremento de la inversión privada, la introducción de copagos, la promoción de seguros privados, etc.

El seguro privado de asistencia sanitaria se perfila como un elemento fundamental en todos los países desarrollados. Aunque compite en el mercado con el Sistema Nacional de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, es cada vez mayor el número de personas que demandan estos productos.

En España, un porcentaje cada vez mayor de asegurados de asistencia sanitaria tienen una doble cobertura asistencial. Por una parte, la que proporciona el Sistema Nacional de Salud Pública y por otra, la que prestan las entidades aseguradoras (a través de los correspondientes cuadros médicos contratados).

Así, existen una serie de características socioeconómicas que podrían determinar de manera general la contratación de un seguro privado de asistencia sanitaria. Entre otros podríamos citar los siguientes: nivel de renta del asegurado, número de hijos, precio del seguro y nivel educativo. Estos potenciales clientes buscan personalización y rapidez en la atención sanitaria. No obstante, aunque estos perfiles pueden parecer bastante intuitivos es necesario profundizar aún más en el análisis no sólo completando el estudio con técnicas estadísticas sino basándonos en un análisis dinámico de la situación. Por otra parte, el hecho de que parte de la población declare que ha tenido necesidad de recibir asistencia sanitaria y por las razones que sean no ha podido obtenerla, exige prestar atención a determinados sectores de la población.

En esta investigación se ha trabajado fundamentalmente con tres tipos de metodologías:

- Modelos de regresión con variable dependiente discreta
- Modelos de análisis discriminante
- Modelos dinámicos y de datos de panel con efectos fijos y aleatorios

Los modelos de regresión con variable dependiente discreta constituyen los modelos naturales con los que trabajar en este contexto, puesto que la variable dependiente únicamente toma dos valores. Se han discutido cuidadosamente las hipótesis y los métodos de estimación de estos modelos así como su cumplimiento en este contexto. De entre los dos modelos de elección discreta (logit y probit) se ha trabajado con el modelo probit, puesto que el primero de los modelos daba lugar a resultados similares.

Por otra parte, los modelos de análisis discriminante permiten asignar (clasificar) a un individuo a un grupo definido a priori en función de una serie de variables explicativas que corresponden a características de un individuo o respuestas a una serie de preguntas. Se han considerado tres técnicas de clasificación discriminante:

- Análisis discriminante lineal
- Análisis discriminante cuadrático y
- Análisis discriminante logístico

Las tres técnicas anteriores han dado lugar a resultados satisfactorios en lo relativo a la predicción de individuos en cada una de las categorías. El análisis discriminante lineal ha dado lugar al mayor porcentaje global de aciertos. Los resultados que se han presentado se basan fundamentalmente en dos potentes fuentes de información: el Panel de Hogares de la Unión Europea (1994-2001) y la Encuesta de Condiciones de Vida (2004-2007).

Las características que se perfilan con mayor importancia relativa a la hora de determinar la doble cobertura sanitaria en España son la edad, el nivel de estudios, los ingresos del hogar y la situación del individuo en el mercado laboral. Así, la probabilidad de que un individuo con estudios superiores disponga de un seguro sanitario privado es mayor que el de una persona sin estudios. En particular, en el año 2001 este porcentaje es del 10%. Sin embargo, el hecho de modelizar la probabilidad de que un individuo disponga de doble cobertura sanitaria puede depender también de si ese mismo individuo ya disponía de ella en el año anterior. Es decir, podríamos capturar un cierto grado de fidelización por parte de los individuos. Así, hemos considerado nuevos modelos estadísticos dinámicos considerando la situación del individuo con respecto a la doble cobertura sanitaria en los años anteriores. En este sentido es importante destacar que esta relación siempre es positiva. Es decir, si un individuo tiene doble cobertura sanitaria un año es más probable que disponga de la misma en años sucesivos.

Por otra parte, el análisis discriminante realizado (lineal, cuadrático y logístico) nos ha permitido detectar potenciales clientes de las compañías aseguradoras que por sus características socioeconómicas podrían ser clasificados como individuos con doble cobertura sanitaria.

Asimismo, se ha observado que existe un volumen importante de la población que aún teniendo necesidad de recibir algún tipo de asistencia sanitaria por diferentes motivos no ha podido obtenerla. Las causas fundamentales son las cada vez más largas listas de espera y la falta de tiempo para acudir al correspondiente profesional médico. Es decir, que existe un grupo cada vez mayor de individuos que necesitan en cierto modo que la oferta de los sistemas sanitarios se adapte a sus características. Obviamente, esta necesidad podría ser cubierta en mayor medida por los sistemas privados que probablemente con mayor flexibilidad en sus horarios lograsen capturar mayores nichos de mercado. Estos patrones se repiten los sucesivos años considerados

Sin duda, la calidad debe ser una seña de identidad de la asistencia sanitaria que prestan las entidades aseguradoras. Para ello, es imprescindible que los asegurados dispongan de un número suficiente de facultativos y centros concertados. La prestación de los servicios sanitarios objeto de cobertura debe realizarse en unos plazos razonables. Asimismo, las compañías deben establecer mecanismos de control para poner a disposición de los asegurados toda la información que necesite en cada momento. Aunque el mercado de salud se encuentra en permanente evolución es necesario que constantemente se vaya adaptando a las nuevas demandas y características de la población. La contratación de seguros privados puede mejorar la salud de la población en general. En particular, puede aliviar los problemas derivados de las listas de espera sobre todo en determinados grupos de la población y que a largo plazo redundará en una mejora de la calidad del sistema. De esta manera, no debería entenderse como un gasto adicional sino como un beneficio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amemiya, T. (1981). Qualitative response models: a survey. *Journal of Economic Literature*, 19, 481-536.
- Barret, G.F.; Conlon, R. (2003). "Adverse Selection and the Decline in Private Health Insurance Coverage in Australia: 1989-95". *The Economic Record*, 79(246), 279-296.
- Besley, T.; Hall, J.; Preston, I. (1998a). "Social Security and Health Care Consumption: A Comparison of Alternative Systems". *European Economic Review*, 42, 491-497.
- Besley, T.; Hall, J.; Preston, I. (1998b). "Private and Public Health Insurance in the UK". *European Economic Review*, 42, 491-497.
- Besley, T.; Hall, J.; Preston, I. (1999). "The Demand for Private Health Insurance: Do Waiting Lists Matter?". *Journal of Public Economics*, 72, 155-181.
- Blanco, A. (2007). "Gasto Sanitario Público Territorializado en España y sus Fuentes de Financiación". *Documentos del Instituto de Estudios Fiscales*, 16/07.
- Bohigas, L. (2003). "La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud". *Gaceta Sanitaria*, 17(4), 316-318.
- Buchmueller, T.C.; Couffinhal, A.; Grignon, M. ; Perronin, M. (2004). "Access to Physician Services: Does Supplemental Insurance Matter? Evidence from France". *Health Economics*, 13, 669-687.
- Cameron, A.C.; Trivedi, P.K. (1991). "The Role of Income and Health Risk in the Choice of Health Insurance. Evidence from Australia". *Journal of Public Economics*, 45, 1-28.
- Colombo, F.; Tapay, N. (2004). "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems". *OECD Health Working Papers*, 15.

- Cragg, J.G. (1971). "Some Statistical Models for Limited Dependent Variables with Application to the Demand for Durable Goods". *Econometrica*, 39(5), 829-844.
- Dhalla, I. (2007). "Private Health Insurance: An International Overview and Considerations for Canada". *Healthcare Quarterly*, 10(4), 89-96.
- Doiron, D.; Jones, G.; Savage, E. (2008). "Healthy, Wealthy and Insured? The Role of Self-Assessed Health in the Demand for Private Health Insurance". *Health Economics*, 17, 317-334.
- Finney, D.J. (1971). *Probit Analysis*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Finkelstein, A.; McKnight, R. (2008). "What Did Medicare Do? The Initial Impact of Medicare on Mortality and Out of Pocket Medical Spending". *Journal of Public Economics*, 92, 1644-1668.
- Fukuda, K. (2007). "An Empirical Analysis of US and Japanese Health Insurance using Age-Period-Cohort Decomposition". *Health Economics*, 16, 475-489.
- Fusté, J., Séculi, E., Brugulat, P., Medina, A., Juncà, S. (2005). Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia? *Gaceta Sanitaria*, 19, 15-21.
- Glied, S.; Jack, K.; Rachlin, J. (2008). "Women's Health Insurance Coverage 1980-2005". *Women's Health Issues*, 18, 7-16.
- González, Y. (1995). "La Demanda de Seguros Sanitarios". *Revista de Economía Aplicada*, 8, 111-142.
- Goodman, J.C.; Musgrave, G.L. (1998). "La Tendencia Internacional hacia la Privatización de la Asistencia Sanitaria". *Alternativas de Reforma para la Sanidad Pública*, Círculo de Empresarios, Boletín 63, 113-148.
- Gravelle, H. (1998). "How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artefact?". *British Medical Journal*, 316, no. 7128: 382-385.
- Greene, W.H. (2003). *Econometric Analysis*. 5th Edition. Prentice Hall.
- Grignon, M.; Perronnin, M.; Lavis, J.N. (2008). "Does Free Complementary Health Insurance Help the Poor to Access Health Care? Evidence from France". *Health Economics*, 17, 203-219.
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80, 223-255.

- INESE (1994). *Los Seguros de Salud. Enfermedad y Asistencia Sanitaria*.
- ICEA (2007). "El Seguro de Salud: Estadística a Septiembre". *Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones* (ICEA). Informe nº 1045.
- Johnston, J., DiNardo, J.E. (1997). *Econometric Methods*. 4th Edition. McGraw-Hill.
- Jones, A.M.; Colman, X.; Van Doorslaer, E. (2004). "The Impact of Supplementary Private Health Insurance on the Use of Specialists in European Countries". *Ecuity II Project*.
- LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE, 15 de noviembre de 2002)
- LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE, 29 de mayo de 2003).
- Liu, T.C.; Chen, C.S. (2002). "An Analysis of Private Health Insurance Purchasing Decisions with National Health Insurance in Taiwan". *Social Science & Medicine*, 55, 755-774.
- Lokuge, B.; Denniss, R.; Faunce, T.A. (2005). "Private Health Insurance and Regional Australia". *MJA*, 182(6), 290-293.
- Long, S.H.; Marquis, M.S.; Rodgers, J. (1998). "Do People Shift their Use of Health Services Over Time to Take Advantage of Insurance?". *Journal of Health Economics*, 17, 105-115.
- López Nicolás, A.; García Villar, J.; López Casasnovas, G.; Puig, J. (2000). "¿Es Posible Reducir el Gasto Sanitario a través del Subsidio a los Seguros Sanitarios Privados? La Doble Cobertura Sanitaria y Catalunya. Estimación de Patrones de Utilización de Servicios Sanitarios y Simulación de Costes Asociados a la Asistencia Sanitaria". *Documento de Trabajo*, Centre de Reserca en Economia I Salut (CRES), Universidad Pompeu Fabra.
- Maddala, G. (1983). *Limited Dependent and Qualitative Variables in Econometrics*. Cambridge University Press, New York.
- Martin-Casals, M. (2006). "Líneas Generales sobre la Responsabilidad de las Entidades de Seguros de Salud en las Reclamaciones por Efectos Adversos, Errores o Negligencias Médicas". *R.E.S.*, 128, 803-837.
- Murillo, C.; Calonge, S.; González, Y. (1996). "La Financiación privada de los Servicios Sanitarios". *Documento de Trabajo FEDEA*, 96-10.

- Núñez, A. (1998). "Sanidad en España: Alternativas de Reforma". *Alternativas de Reforma para la Sanidad Pública*, Círculo de Empresarios, Boletín 63, 413-430.
- Ordaz, J.A.; Guerrero, F.M.; Murillo, C. (2005). "Análisis Empírico de la Demanda de Seguro Privado de Enfermedad en España". *Estudios de Economía Aplicada*, 23 (1), 303-329.
- Pagán, J.A.; Puig, A. ; Soldo, B.J. (2007). "Health Insurance Coverage and the Use of Preventive Services by Mexican Adults". *Health Economics*, 16, 1359-1369.
- Rodríguez, m.; Stoyanova, A. (2008). "Changes in the Demand for Private Medical Insurance Following a Shift in Tax Incentives". *Health Economics*, 17, 185-202.
- Sánchez, G. (1998). "Los Seguros de Asistencia Sanitaria: Opción de Futuro". *Alternativas de Reforma para la Sanidad Pública*, Círculo de Empresarios, Boletín 63, 431-450.
- Urbanos, R. (2004). "Tendencias Internacionales en la Financiación del Gasto Sanitario". *Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales*, 19/04.
- Vázquez de Padura, M. (2006). "La Responsabilidad ante el Paciente de las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria". *R.E.S.*, 128, 845-852.
- Ying, X.H.; Hu, T.W.; Ren, J., Chen, W.; Xu, K.; Huang, J.H. (2007). "Demand for Private Health Insurance in Chinese Urban Areas". *Health Economics*, 16, 1041-1050.
- Verbrugge, L.M. (1985). "Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence". *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 156-182.
- Wagstaff, A. (1993). "The Demand for Health: An Empirical Reformulation of the Grossman Model". *Health Economics*, 2, 189-198.

## ANEXO DE TABLAS

- TABLA A.1 .Esperanza de vida (años) de las mujeres al nacer
- TABLA A.2 . Esperanza de vida (años) de los hombres al nacer
- TABLA A.3. Gasto total en salud per cápita (US\$ PPC)
- TABLA A.4 Gasto público en salud per cápita (US\$ PPC)
- TABLA A.5 Gasto privado en salud per cápita (US\$ PPC)
- TABLA A.6 Gasto total en salud (% Producto Interior Bruto)
- TABLA A.7 Gasto público en salud (% Producto Interior Bruto)
- TABLA A.8 Gasto privado en salud (% Producto Interior Bruto)
- TABLA A.9 Gasto público en salud per cápita (US\$ PPC)
- TABLA A.10 Gasto privado en salud per cápita (US\$ PPC)
- TABLA A.11 Gasto público en salud (% gasto total en salud)
- TABLA A.12 Gasto privado en salud (% gasto total en salud)
- TABLA A.13 Población total (miles de personas)
- TABLA A.14 Población total (miles de personas)
- TABLA A.15 Población de 0 a 14 años (miles de personas)
- TABLA A.16 Población de 15 a 64 años (miles de personas)
- TABLA A.17 Población de 65 años o más (miles de personas)
- TABLA A.18 Población de 80 años o más (miles de personas)

**TABLA A.1**  
Esperanza de vida (años) de las mujeres al nacer

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Australia	78,1	78,4	78,2	78,8	79	78,8	79,2	79,5	79,5	79,6	80,1	80,4	80,4	80,9
Austria	76,1	76,4	76,6	76,6	77,2	77,2	77,6	78	78,4	78,6	78,8	78,9	79,1	79,3
Bélgica	76,8	76,8	76,8	77,3	77,8	78	78,1	78,7	79,1	79	79,4	79,6	79,8	79,9
Canada	78,9	79	79,4	79,7	79,9	79,9	79,9	80,3	80,3	80,6	80,8	80,9	81,2	80,9
Rep. Checa	73,9	74,3	74,4	74,3	74,5	74,7	74,6	75,1	75,3	75,4	75,4	75,7	76,1	76,4
Dinamarca	77,3	77,2	77,4	77,5	77,5	77,5	77,5	77,8	77,6	77,7	77,7	78	78	77,8
Finlandia	77,6	78,1	78,6	78,3	78,8	78,7	78,8	78,7	78,7	78,9	78,9	79,3	79,4	79,5
Francia	78,4	78,5	78,9	78,8	79,3	79,4	79,7	80,3	80,5	80,6	80,9	81,1	81,4	81,4
Alemania	76,1	76,8	77,1	77,3	77,9	78,1	77,7	78,1	78,3	78,5	78,4	78,7	79,2	79,2
Grecia	76,8					78,4	78,7	78,5	79,1	79,4	79,5	79,7	79,6	79,9
Hungría	72,7	72,9	73,2	73	73,2	73,1	73,2	73,7	74	73,8	73,7	73,8	73,7	73,8
Islandia	79,7	79,4	79,4	80,2	80,2	80,3	80,5	79,6	79,8	80,1	80,5	81,1	80,7	80,8
Irlanda	75,6	75,6	75,6			76,7	76,4	77,2	77,2	77,2	77,6	77,8	78,2	78,1
Italia	77,4	77,6	78	78,1	78,2	78,7	79	79,4	79,6	80	80,1	80,2	80,6	80,7
Japón	78,8	79,1	79,7	79,8	80,2	80,5	80,9	81,4	81,3	81,8	81,9	82,1	82,2	82,5
Corea	70	70,5	71	71,5	72,2	72,8	73,4	74	74,6	75,1	75,5	75,9	76,4	76,8
Luxemburgo	75,9	76,7				77,9	78,5	77,8	78,7	78,3	78,5	79,1	78,5	79,4
México	70,2	70,7	71,2	71,6	72	72,4	72,8	73,1	73,5	73,6	74,1	74,6	74,8	75,1
Países Bajos	79,2	79,3	79,4	79,6	79,7	79,6	79,6	80	80,2	79,9	80,1	80,1	80,3	80
N. Zelanda	76,3	76,4	76,9	77,2	77,1	77,3	77,1	77,4	77,6	78	78,3	78,7	78,9	79,1
Noruega	79,2	79,3	79,5	79,6	79,6	79,4	79,7	79,6	79,6	79,8	79,8	80,1	80,3	80,2
Polonia	74,4	75,2	75,2	75,2	75	75,3	75,1	75,2	75,7	75,5	76,3	75,3	75,7	76
Portugal	75,2	76,6	76,1	76,2	76,4	76,4	76,7	77,1	77,2	77,7	77,4	77,4	78,1	77,9
Rep. Eslovaca	74,3	74,7	74,7	74,5	74,9	74,7	75	75,1	75,5	75,4	75,4	75,2	76,2	76,7
España	78,6					79,6	79,8	80,1	80,1	80,3	80,3	80,5	81	81
Suecia	78,8	79,1	79,4	79,6	79,9	79,7	80	80,1	79,9	80,6	80,4	80,5	80,8	80,8
Suiza	79,6	79	79,3	79,5	79,8	80,1	80,3	80,7	80,7	80,9	80,7	81,1	81,3	81,4
Turquía	60,3	60,7	61,1	61,9	63,1	64,3	65,5	66,7	67,5	68	68,3	68,7	69,1	69,4
Reino Unido	76,2	76,8	77	77,3	77,4	77,6	77,7	78	78,1	78,1	78,5	78,7	79	78,8
USA	77,4	77,8	78,1	78,1	78,2	78,2	78,2	78,3	78,3	78,5	78,8	78,9	79,1	78,8

**TABLA A.1 (cont.)**  
Esperanza de vida (años) de las mujeres al nacer

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
80,9	80,8	81,1	81,3	81,5	81,8	82	82,4	82,6	82,8	83	83,3	Australia
79,6	79,9	80,1	80,5	80,8	80,8	81,1	81,5	81,7	81,6	82,1	82,2	Austria
80,1	80,7	81	81,1	81,1	81,4	81,4	81,7	81,7	81,7	82,4		Bélgica
81	81,1	81,2	81,3	81,5	81,7	81,9	82,1	82,1	82,4	82,6		Canada
76,6	76,6	77,3	77,5	78,1	78,2	78,4	78,5	78,7	78,7	79	79,1	Rep. Checa
78,1	77,8	78,2	78,4	78,8	79	79,3	79,3	79,5	79,9	79,9	80,2	Dinamarca
80,1	80,2	80,5	80,5	80,8	81	81	81,5	81,5	81,8	82,3	82,3	Finlandia
81,8	81,8	82	82,3	82,4	82,5	82,7	82,9	83	82,9	83,8	83,8	Francia
79,6	79,7	79,9	80,3	80,6	80,7	81	81,3	81,2	81,4	81,4	81,8	Alemania
80,2	80,3	80,4	80,8	80,4	80,6	80,5	81	81,1	81,3	81,5	81,7	Grecia
74,2	74,5	74,7	75,1	75,2	75,2	75,9	76,4	76,7	76,7	76,9	76,9	Hungría
81,2	80	81,2	81,5	81,5	81,5	81,8	82,2	82,5	82,7	82,7	83,1	Islandia
78,6	78,4	78,7	78,6	79	78,8	79,1	79,6	80,3	80,7		81,8	Irlanda
81	81,3	81,4	81,6	81,8	82,2	82,5	82,8	82,9	82,5		83,2	Italia
83	82,9	83,6	83,8	84	84	84,6	84,9	85,2	85,3	85,6	85,5	Japón
77,1	77,4	77,8	78,1	78,5	79,2	79,6	80	80,5	80,8	81,4	81,9	Corea
79,7	80,2	79,9	79,8	80,5	81,1	81,1	80,7	81,5	81		82,3	Luxemburgo
75,3	75,3	75,4	75,7	75,9	76,1	76,5	76,8	77,1	77,4	77,6	77,9	México
80,3	80,4	80,3	80,5	80,6	80,5	80,5	80,7	80,7	80,9	81,4	81,6	Países Bajos
79,1	79,7	79,7	79,7	80,4	80,9	81,1	81,1	81,1	81,7	81,7	81,7	N. Zelanda
80,6	80,8	81	81	81,3	81,1	81,4	81,5	81,5	82	82,3	82,5	Noruega
76,1	76,4	76,6	77	77,3	77,2	77,9	78,3	78,7	78,8	79,2	79,4	Polonia
78,7	78,7	78,8	79	79,3	79,5	80	80,3	80,5	80,5	81	81,4	Portugal
76,5	76,3	76,8	76,7	76,7	77,2	77,4	77,7	77,7	77,8	77,8	77,9	Rep. Eslovaca
81,4	81,5	81,7	82	82,1	82,1	82,5	82,8	82,9	83,6	83,7	83,9	España
81,4	81,4	81,5	81,8	81,9	81,9	82	82,1	82,1	82,5	82,7	82,8	Suecia
81,7	81,7	82	82,1	82,4	82,5	82,6	83	83	83,1	83,7	83,9	Suiza
69,8	70,2	70,6	70,9	71,3	71,8	72,8	73	73,2	73,4	73,6	73,8	Turquía
79,3	79,2	79,5	79,6	79,7	79,8	80,2	80,4	80,5	80,7	81,1	81,1	Reino Unido
79	78,9	79,1	79,4	79,5	79,4	79,5	79,8	79,9	80,1	80,4		USA

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007

**TABLA A.2**  
Esperanza de vida (años) de los hombres al nacer

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Australia	78,1	78,4	78,2	78,8	79	78,8	79,2	79,5	79,5	79,6	80,1	80,4	80,4	80,9
Austria	76,1	76,4	76,6	76,6	77,2	77,2	77,6	78	78,4	78,6	78,8	78,9	79,1	79,3
Bélgica	76,8	76,8	76,8	77,3	77,8	78	78,1	78,7	79,1	79	79,4	79,6	79,8	79,9
Canada	78,9	79	79,4	79,7	79,9	79,9	79,9	80,3	80,3	80,6	80,8	80,9	81,2	80,9
Rep. Checa	73,9	74,3	74,4	74,3	74,5	74,7	74,6	75,1	75,3	75,4	75,4	75,7	76,1	76,4
Dinamarca	77,3	77,2	77,4	77,5	77,5	77,5	77,5	77,8	77,6	77,7	77,7	78	78	77,8
Finlandia	77,6	78,1	78,6	78,3	78,8	78,7	78,8	78,7	78,7	78,9	78,9	79,3	79,4	79,5
Francia	78,4	78,5	78,9	78,8	79,3	79,4	79,7	80,3	80,5	80,6	80,9	81,1	81,4	81,4
Alemania	76,1	76,8	77,1	77,3	77,9	78,1	77,7	78,1	78,3	78,5	78,4	78,7	79,2	79,2
Grecia	76,8					78,4	78,7	78,5	79,1	79,4	79,5	79,7	79,6	79,9
Hungría	72,7	72,9	73,2	73	73,2	73,1	73,2	73,7	74	73,8	73,7	73,8	73,7	73,8
Islandia	79,7	79,4	79,4	80,2	80,2	80,3	80,5	79,6	79,8	80,1	80,5	81,1	80,7	80,8
Irlanda	75,6	75,6	75,6			76,7	76,4	77,2	77,2	77,2	77,6	77,8	78,2	78,1
Italia	77,4	77,6	78	78,1	78,2	78,7	79	79,4	79,6	80	80,1	80,2	80,6	80,7
Japón	78,8	79,1	79,7	79,8	80,2	80,5	80,9	81,4	81,3	81,8	81,9	82,1	82,2	82,5
Corea	70	70,5	71	71,5	72,2	72,8	73,4	74	74,6	75,1	75,5	75,9	76,4	76,8
Luxemburgo	75,9	76,7				77,9	78,5	77,8	78,7	78,3	78,5	79,1	78,5	79,4
México	70,2	70,7	71,2	71,6	72	72,4	72,8	73,1	73,5	73,6	74,1	74,6	74,8	75,1
Países Bajos	79,2	79,3	79,4	79,6	79,7	79,6	79,6	80	80,2	79,9	80,1	80,1	80,3	80
N. Zelanda	76,3	76,4	76,9	77,2	77,1	77,3	77,1	77,4	77,6	78	78,3	78,7	78,9	79,1
Noruega	79,2	79,3	79,5	79,6	79,6	79,4	79,7	79,6	79,6	79,8	79,8	80,1	80,3	80,2
Polonia	74,4	75,2	75,2	75,2	75	75,3	75,1	75,2	75,7	75,5	76,3	75,3	75,7	76
Portugal	75,2	76,6	76,1	76,2	76,4	76,4	76,7	77,1	77,2	77,7	77,4	77,4	78,1	77,9
Rep. Eslovaca	74,3	74,7	74,7	74,5	74,9	74,7	75	75,1	75,5	75,4	75,4	75,2	76,2	76,7
España	78,6					79,6	79,8	80,1	80,1	80,3	80,3	80,5	81	81
Suecia	78,8	79,1	79,4	79,6	79,9	79,7	80	80,1	79,9	80,6	80,4	80,5	80,8	80,8
Suiza	79,6	79	79,3	79,5	79,8	80,1	80,3	80,7	80,7	80,9	80,7	81,1	81,3	81,4
Turquía	60,3	60,7	61,1	61,9	63,1	64,3	65,5	66,7	67,5	68	68,3	68,7	69,1	69,4
Reino Unido	76,2	76,8	77	77,3	77,4	77,6	77,7	78	78,1	78,1	78,5	78,7	79	78,8
USA	77,4	77,8	78,1	78,1	78,2	78,2	78,2	78,3	78,3	78,5	78,8	78,9	79,1	78,8

**TABLA A.2 (cont.)**  
Esperanza de vida (años) de los hombres al nacer

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
80,9	80,8	81,1	81,3	81,5	81,8	82	82,4	82,6	82,8	83	83,3	Australia
79,6	79,9	80,1	80,5	80,8	80,8	81,1	81,5	81,7	81,6	82,1	82,2	Austria
80,1	80,7	81	81,1	81,1	81,4	81,4	81,7	81,7	81,7	82,4		Bélgica
81	81,1	81,2	81,3	81,5	81,7	81,9	82,1	82,1	82,4	82,6		Canada
76,6	76,6	77,3	77,5	78,1	78,2	78,4	78,5	78,7	78,7	79	79,1	Rep. Checa
78,1	77,8	78,2	78,4	78,8	79	79,3	79,3	79,5	79,9	79,9	80,2	Dinamarca
80,1	80,2	80,5	80,5	80,8	81	81	81,5	81,5	81,8	82,3	82,3	Finlandia
81,8	81,8	82	82,3	82,4	82,5	82,7	82,9	83	82,9	83,8	83,8	Francia
79,6	79,7	79,9	80,3	80,6	80,7	81	81,3	81,2	81,4	81,4	81,8	Alemania
80,2	80,3	80,4	80,8	80,4	80,6	80,5	81	81,1	81,3	81,5	81,7	Grecia
74,2	74,5	74,7	75,1	75,2	75,2	75,9	76,4	76,7	76,7	76,9	76,9	Hungría
81,2	80	81,2	81,5	81,5	81,5	81,8	82,2	82,5	82,7	82,7	83,1	Islandia
78,6	78,4	78,7	78,6	79	78,8	79,1	79,6	80,3	80,7		81,8	Irlanda
81	81,3	81,4	81,6	81,8	82,2	82,5	82,8	82,9	82,5		83,2	Italia
83	82,9	83,6	83,8	84	84	84,6	84,9	85,2	85,3	85,6	85,5	Japón
77,1	77,4	77,8	78,1	78,5	79,2	79,6	80	80,5	80,8	81,4	81,9	Corea
79,7	80,2	79,9	79,8	80,5	81,1	81,1	80,7	81,5	81		82,3	Luxemburgo
75,3	75,3	75,4	75,7	75,9	76,1	76,5	76,8	77,1	77,4	77,6	77,9	México
80,3	80,4	80,3	80,5	80,6	80,5	80,5	80,7	80,7	80,9	81,4	81,6	Países Bajos
79,1	79,7	79,7	79,7	80,4	80,9	81,1	81,1	81,1	81,7	81,7	81,7	N. Zelanda
80,6	80,8	81	81	81,3	81,1	81,4	81,5	81,5	82	82,3	82,5	Noruega
76,1	76,4	76,6	77	77,3	77,2	77,9	78,3	78,7	78,8	79,2	79,4	Polonia
78,7	78,7	78,8	79	79,3	79,5	80	80,3	80,5	80,5	81	81,4	Portugal
76,5	76,3	76,8	76,7	76,7	77,2	77,4	77,7	77,7	77,8	77,8	77,9	Rep. Eslovaca
81,4	81,5	81,7	82	82,1	82,1	82,5	82,8	82,9	83,6	83,7	83,9	España
81,4	81,4	81,5	81,8	81,9	81,9	82	82,1	82,1	82,5	82,7	82,8	Suecia
81,7	81,7	82	82,1	82,4	82,5	82,6	83	83	83,1	83,7	83,9	Suiza
69,8	70,2	70,6	70,9	71,3	71,8	72,8	73	73,2	73,4	73,6	73,8	Turquía
79,3	79,2	79,5	79,6	79,7	79,8	80,2	80,4	80,5	80,7	81,1	81,1	Reino Unido
79	78,9	79,1	79,4	79,5	79,4	79,5	79,8	79,9	80,1	80,4		USA

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007

**TABLA A.3**  
Gasto total en salud per cápita (US\$ PPC)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Australia	697	784	818	872	931	1013	1089	1127	1177	1234	1307	1382	1461	1536
Austria	769	739	787	821	861	922	998	1061	1134	1249	1327	1407	1540	1646
Bélgica	636	740	817	873	907	957	1021	1089	1175	1248	1341	1469	1556	1596
Canadá	780	897	1015	1096	1177	1264	1349	1413	1503	1612	1738	1876	1969	2015
Rep. Checa											570	550	578	781
Dinamarca	883	980	1079	1118	1151	1237	1274	1361	1430	1464	1521	1567	1641	1745
Finlandia	582	659	731	792	845	942	997	1078	1136	1245	1392	1531	1535	1419
Francia	677					1059					1499	1612	1712	1812
Alemania	950	1077	1123	1186	1282	1378	1423	1500	1630	1623	1730		1933b	1949
Grecia	486							706	683	806	843	864	963	1074
Hungría												600	639	652
Islandia	733	855	955	1041	1039	1149	1323	1492	1624	1633	1619	1698	1685	1750
Irlanda	519	555	578	601	619	661	660	683	705	730	796	891	1015	1046
Italia									1149	1230	1380	1494	1546	1557
Japón	583	659	731	779	803	871	906	962	1010	1055	1121	1200	1287	1374
Corea				159	170	187	199	220	260	321	356	384	433	461
Luxemburgo	640	722	755	791	854	921	1006	1169	1243	1368	1532	1630	1757	1870
México											306	347	387	411
Países Bajos	755	831	895	922	953	984	1048	1108	1184	1327	1434	1541	1631	1697
N. Zelanda	509	566	639	656	672	640	682	772	856	912	991	1042	1093	1112
Noruega	676	720	777	860	895	954	1087	1213	1276	1303	1392	1547	1646	1690
Polonia											296	353	373	379
Portugal	292	345	369	360	370	421	495	526	608	621	673	798	852	891
Rep. Eslovaca														
España	363	406	444	476	483	496	518	569	684	765	872	952	1029	1086
Suecia	938	1039	1129	1181	1247	1262	1282	1362	1424	1512	1581	1565	1605	1648
Suiza	1030	1149	1230	1346	1387	1473	1561	1661	1772	1915	2028	2216	2344	2393
Turquía	76	92	82	90	93	74	97	111	125	140	168	182	191	203

**TABLA A.3 (cont.)**  
Gasto total en salud per cápita (US\$ PPC)

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
1631	1738	1841	1947	2063 b	2195	2397	2541	2724	2892	3128		Australia
1717	2250 b	2351	2450	2590	2701	2825	2898	3018	3236	3418	3519	Austria
1633	1830	1908	1936	2032	2133	2301	2452	2631	3080 b	3290 e	3389 e	Bélgica
2055	2057 b	2058	2151	2314	2413	2509	2727	2867	3006	3161	3326	Canadá
832	915	933	928	924	931	971 b	1055	1199	1353 b	1413	1479	Rep. Checa
1829	1843	1951	2029	2142	2297	2381	2561	2656	2793 b	2972 e	3108 e	Dinamarca
1399	1429	1516	1581	1607	1637	1717	1861	2012	2045	2202	2331	Finlandia
1872	2065 b	2130	2202	2285	2358	2487	2649	2795	3011 b	3191	3374	Francia
2082	2225	2355	2373	2443	2518	2634	2754	2886	3129	3169	3287	Alemania
1214	1250	1284	1336	1378	1468b	1950	2178	2364	2616	2669	2981	Grecia
736	685	684	697	777 b	819	857	977	1115	1291e	1337e		Hungría
1793	1853	1967	2058	2340	2630	2697	2775	3036	3161	3331	3443	Islandia
1125	1211	1282	1436	1521	1648	1822	2151	2368	2536	2742	2926	Irlanda
1563	1562	1639	1747	1847	1901	2078	2188	2278	2281	2437	2532	Italia
1473	1546b	1656	1693	1746	1829	1967	2080	2138	2243e	2358e		Japón
493	531	594	622	583	695	780	932	977	1051	1138	1318	Corea
1904	2032b	2134	2144	2292	2727	2984	3270	3729	4727b	5352e		Luxemburgo
429	388	372	407	434 b	469	506	548	578	608	655	675	México
1739	1821	1878	1932	2047b	2134	2258	2525	2775	2910e	3094e		Países Bajos
1189	1244	1269	1354	1450	1522	1605	1709	1850	1911	2148e	2343e	N. Zelanda
1779	1892	2065	2351b	2550	2816	3082	3293	3616	3872	4103	4364	Noruega
381	417	485	499	556	566	590	647	734b	754	814	867 e	Polonia
923	1096b	1176	1253	1299	1426	1625b	1685	1783	1832e	1896e	2033e	Portugal
			543	560	577	595	642	716	798	1061b	1137	Rep. Eslovaca
1114	1193	1246	1279	1356	1450	1520	1617	1723	1954b	2099e	2255e	España
1653	1733	1846	1871	1964	2118	2272	2409	2593	2760	2827	2918	Suecia
2468	2571	2672	2832	2985	3019	3181	3371	3650	3861	4045	4177	Suiza
187	187	233	267	313	392 b	451	461	484	514	562	586	Turquía
1331	1384	1464	1525b	1600	1713	1859	2034	2228	2328b	2560d	2724d	Reino Unido
3500	3656	3803	3951	4114	4317	4569	4917	5306	5684	6037	6401	USA

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007

**TABLA A.4**  
Gasto público en salud per cápita (US\$ PPC)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	2005
Australia	439	487	496	562	666	723	767	785	802	837	877	923	970	1012	
Austria	529	562	593	624	651	702	764	805	857	921	976	1034	1132	1221	2665
Bélgica															2451e
Canadá	590	681	774	840	896	955	1013	1059	1126	1206	1296	1399	1460	1465	2337
Rep. Checa											555	532	552	741	1310
Dinamarca	775	860	945	968	989	1059	1078	1149	1211	1233	1258	1309	1365	1443	2614e
Finlandia	460	525	585	627	663	741	791	858	902	995	1126	1242	1222	1080b	1813
Francia	542					832					1148	1229	1311	1386	2693
Alemania	747	847	878	917	992	1066	1105	1162	1259	1233	1318		1575b	1573	2527
Grecia	270							423	369	450	453	462	526	585	1277
Hungría												534	562	570	
Islandia	647	761	851	932	902	1000	1145	1303	1414	1413	1402	1473	1429	1458	2842
Irlanda	423	453	466	471	480	501	497	498	501	521	571b	650	719	763	2281
Italia									901	954	1097	1185	1192	1176	1938
Japón	416	468	519	567	585	616	656	709	759	809	870	940	1006	1088	
Corea				41	50	56	57	63	80	101	130	132	146	157	698
Luxemburgo	594	671	702	705	760	822	899	1087	1155	1270	1426	1515	1631	1737	
México											124	152	167	178	307
Países Bajos	523	581	627	653	674	697	713	757	789	890	962	1063	1187	1249	
N. Zelanda	448	539	562	581	585	557	588	674	733	783	816	857	864	853	1829e
Noruega	576	633	681	744	774	818	946	1049	1089	1098	1153	1307	1396	1429	3647
Polonia											271	267	285	279	601e
Portugal	188	222	207	189	190	229	260	271	327	330	441	501	508	562	1478e
Rep. Eslovaca															846
España	290	319	352	404	395	403	413	453	542	598	687	738	796	831	1609e
Suecia	868	954	1034	1081	1142	1140	1156	1225	1273	1354	1421	1381	1399	1440b	2469
Suiza						741	781	829	892	995	1062	1170	1261	1300	2493
Turquía	22				39	37	41	44	64	81	102	114	128	135	418
Reino Unido	431	486	506	563	589	610	645	694	738	779	827	899	1000	1056	2371d
USA	439	504	553	603	649	698	757	822	882	972	1080	1214	1341	1457	2884

**TABLA A.4 (cont.)**  
Gasto público en salud per cápita (US\$ PPC)

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
1074	1159	1218	1320	1389 b	1537	1640	1715	1839	1952	2110		Australia
1277	1608 b	1655	1849	1961	2055	2144	2195	2276	2438	2582	2665	Austria
	1437	1516	1487	1550	1623	1750	1878	1979	2205 b	2404 e	2451 e	Bélgica
1480	1468 b	1459	1511	1636	1690	1766	1909	1994	2110	2220	2337	Canadá
781	832	846	837	835	842	877 b	947	1085	1215	1259	1310	Rep. Checa
1504	1521	1608	1670	1756	1888	1963	2117	2203	2353b	2506e	2614e	Dinamarca
1055	1080	1149	1203	1226	1233	1290	1412	1536	1558	1700	1813	Finlandia
1422	1623b	1670	1730	1797	1848	1948	2075	2197	2389b	2534	2693	Francia
1682	1815	1936	1918	1956	2009	2098	2184	2286	2462	2437	2527	Alemania
609	650	680	706	717	784	862	1032	1111	1214	1190	1277	Grecia
643	575	558	566	581 b	593	606	674	783	921 e	942 e		Hungría
1499	1556	1637	1689	1901	2185	2211	2273	2512	2607	2746	2842	Islandia
807	870	913	1059	1118	1199	1329	1584	1791	1945	2143	2281	Irlanda
1149	1105	1157	1238	1300	1345	1507	1633	1697	1703	1847	1938	Italia
1158	1284b	1371	1381	1410	1483	1599	1699	1742	1828e	1927e		Japón
166	190	231	258	272	326	365	494	504	546	598	698	Corea
1747	1878b	1980	1983	2119	2448	2665	2874	3367	4281b	4851e		Luxemburgo
193	164	154	182	200 b	224	235	246	254	268	304	307	México
1267	1293	1243	1310	1313b	1338	1424	1586	1733				Países Bajos
922	960	973	1046	1117	1180	1252	1306	1441	1497	1665e	1829e	N. Zelanda
1505	1593	1738	1912b	2096	2325	2542	2752	3019	3241	3428	3647	Noruega
278	304	356	359	363	402	413	465	522b	527	558	601 e	Polonia
585	686 b	767	823	872	964	1179b	1205	1288	1344e	1358e	1478e	Portugal
			497	513	517	532	574	638	705	782 b	846	Rep. Eslovaca
841	861	902	927	979	1044	1089	1151	1228	1373 b	1487 e	1609 e	España
1439	1502	1605	1606	1685	1816	1929	2045	2207	2357	2391	2469	Suecia
1338	1383	1461	1562	1638	1671	1769	1926	2113	2258	2367	2493	Suiza
129	132	161	191	225	239 b	284	314	341	368	406	418	Turquía
1117	1161	1215	1226 b	1286	1381	1503	1687	1857	1993 b	2209 d	2371 d	Reino Unido
1570	1657	1726	1781	1812	1878	1995	2191	2372	2528	2698	2884	USA

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007

**TABLA A.5**  
Gasto privado en salud per cápita (US\$ PPC)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Australia	258	296	322	311	265	290	323	342	375	397	430	459	490	525
Austria	240	177	193	197	210	221	234	256	277	328	351	374	408	425
Bélgica														
Canadá	190	216	241	256	281	309	336	354	377	407	443	477	510	550
Rep. Checa											15	18	26	40
Dinamarca	108	120	135	150	162	178	196	212	219	231	263	259	275	302
Finlandia	122	134	146	166	182	201	207	220	234	249	266	290	313	340b
Francia	135					227					351	382	401	426
Alemania	202	230	244	269	290	312	318	337	371	390	412		358b	376
Grecia	216							283	313	356	391	402	437	489
Hungría												65	77	82
Islandia	86	95	104	109	137	150	178	189	209	220	217	225	256	291
Irlanda	96	102	112	130	139	161	162	185	204	203	225b	242	295	283
Italia			160	167	181	201	217	220	248	276	283	309	353	381
Japón	167	191	212	212	218	255	250	253	251	246	251	260	282	286
Corea				117	119	131	142	157	180	220	226	252	287	304
Luxemburgo	46	51	53	86	93	99	106	81	88	97	106	115	126	133
México											182	195	220	233
Países Bajos	231	250	267	270	279	287	335	350	395	437	472	478	444	447
N. Zelanda	61	27	76	75	87	83	93	99	123	129	174	185	229	260
Noruega	101	87	96	115	122	136	141	164	188	206	240	241	250	261
Polonia											25	86	88	99
Portugal	104	123	162	172	181	191	235	255	282	291	232	297	344	329
Rep. Eslovaca														
España	73	87	91	72	87	94	104	116	142	167	185	214	233	254
Suecia	70	85	95	100	105	121	126	137	151	158	160	184	206	208
Suiza						732	780	832	880	919	966	1045	1083	1093
Turquía	58				55	36	56	67	61	59	66	67	63	68
Reino Unido	51	61	72	81	89	101	111	129	143	158	163	180	183	184
USA	629	723	812	890	980	1069	1122	1203	1364	1503	1658	1743	1825	1903

**TABLA A.5 (cont.)**  
Gasto privado en salud per cápita (US\$ PPC)

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
557	580	623	627	674 b	658	758	826	885	940	1018		Australia
440	642 b	696	601	629	646	681	703	741	798	835	854	Austria
	393	392	449	482	510	551	574	653	857 b	863 e	914 e	Bélgica
575	589 b	599	640	678	723	743	818	873	896	941	989	Canadá
51	83	87	90	88	89	94 b	108	114	138 b	153	168	Rep. Checa
325	322	343	360	386	409	418	444	453	440 b	466 e	494 e	Dinamarca
343	349	367	378	381	404	427	449	476	487	502	518	Finlandia
450	442 b	459	471	489	510	539	574	598	621 b	657	680	Francia
400	410	420	455	486	509	536	570	600	668	732	760	Alemania
604	599	604	630	660	684 b	1087	1145	1253	1402	1479	1703	Grecia
93	110	126	130	196 b	226	251	303	332	370 e	394 e		Hungría
294	298	329	369	440	445	486	502	524	553	586	602	Islandia
319	340	369	378	403	449	493	567	577	591	599	644	Irlanda
414	456	482	509	548	556	571	555	581	578	590	593	Italia
315	262 b	285	313	336	346	368	381	396	416 e	431 e		Japón
327	341	363	364	311	369	415	438	472	505	539	620	Corea
157	154	154	161	174	278	320	328	362	446 b	501 e		Luxemburgo
236	225	218	225	234 b	245	270	302	324	340	351	368	México
471	527	635	622	734 b	796	834	939	1042				Países Bajos
267	284	296	307	333	343	353	403	409	414	483 e	514 e	N. Zelanda
274	298	327	439 b	454	491	540	542	598	631	675	717	Noruega
104	113	129	140	192	163	177	182	212 b	226	255	265 e	Polonia
338	410 b	409	430	427	463	446 b	480	495	488 e	538 e	556 e	Portugal
			45	47	60	63	69	78	93	278 b	291	Rep. Eslovaca
273	332	345	352	377	406	431	466	495	580 b	611 e	646 e	España
214	231	241	265	279	302	343	364	386	403	436	449	Suecia
1130	1189 b	1211	1270	1347	1348	1412	1445	1537	1603	1678	1684	Suiza
58	56	72	76	88	152 b	167	147	143	146	156	168	Turquía
215	223	250	300 b	314	332	356	346	371	335 b	351 d	352 d	Reino Unido
1930	1998	2077	2170	2302	2439	2574	2726	2934	3156	3339	3517	USA

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007.

**TABLA A.6**  
Gasto total en salud (% Producto Interior Bruto)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Australia	6,8	6,8	7,1	7,1	7,1	7,2	7,4	7,2	7,1	7,1	7,5	7,8	7,9	7,9
Austria	7,5	6,6	6,5	6,3	6,4	6,5	6,7	6,8	6,8	7	7	7	7,4	7,8
Bélgica	6,3	6,7	6,9	7,1	6,9	7	7,1	7,3	7,3	7,2	7,2	7,6	7,7	7,9
Canada	7	7,2	8	8,2	8,1	8,1	8,4	8,3	8,2	8,4	8,9	9,6	9,8	9,7
Rep. Checa											4,7	4,9	5,1	6,7
Dinamarca	8,9	9,2	9,2	8,9	8,5	8,5	8,2	8,5	8,6	8,5	8,3	8,2	8,3	8,6
Finlandia	6,3	6,5	6,6	6,7	6,7	7,1	7,2	7,3	7,1	7,1	7,7	8,8	9	8,2
Francia	7					8					8,4	8,6	8,9	9,3
Alemania	8,4	8,7	8,6	8,6	8,6	8,8	8,7	8,8	8,9	8,3	8,3		9,6	9,6
Grecia	5,1							5,8	5,2	5,7	5,8	5,6	6,1	6,9
Hungría												7	7,5	7,6
Islandia	6,3	6,5	6,8	7,4	6,9	7,2	7,7	7,8	8,4	8,2	7,8	8	8,2	8,3
Irlanda	8,3	7,9	7,7	7,8	7,4	7,5	7,4	7,1	6,7	6,3	6,1	6,5	7	6,9
Italia									7,3	7,3	7,7	7,9	8	7,9
Japón	6,5	6,6	6,8	6,9	6,7	6,7	6,7	6,7	6,4	6,1	6	6	6,3	6,5
Corea				4,1	4	4	3,8	3,7	3,9	4,4	4,3	4,2	4,4	4,4
Luxemburgo	5,2	5,4	5,3	5,2	5,1	5,2	5	5,5	5,3	5,2	5,4	5,1	5,4	5,5
México											4,8	5,2	5,6	5,8
Países Bajos	7,5	7,6	7,9	7,7	7,5	7,3	7,5	7,6	7,6	7,9	8	8,2	8,4	8,5
N. Zelanda	5,9	5,8	6	5,8	5,6	5,1	5,2	5,7	6,3	6,5	6,9	7,3	7,5	7,1
Noruega	7	6,7	6,8	7	6,7	6,6	7	7,5	7,7	7,5	7,6	8	8,1	7,9
Polonia											4,8	6	6,1	5,8
Portugal	5,3	5,6	5,6	5,3	5,4	5,7	6,3	6,2	6,4	5,9	5,9	6,4	6,6	6,9
Rep. Eslovaca														
España	5,3	5,5	5,6	5,7	5,5	5,4	5,3	5,4	6	6,2	6,5	6,7	7,1	7,4
Suecia	9	9,1	9,3	9,1	8,9	8,6	8,3	8,4	8,3	8,3	8,3	8,1	8,3	8,5
Suiza	7,4	7,5	7,7	8,1	7,8	7,8	8	8,3	8,3	8,3	8,3	8,9	9,3	9,4
Turquía	3,3	3,5	3	3	2,9	2,2	2,7	2,8	3,1	3,4	3,6	3,8	3,8	3,7
Reino Unido	5,6	5,9	5,8	6	6	5,9	5,9	6	5,9	5,9	6	6,4	6,9	6,9
USA	8,8	9,1	9,8	9,9	9,8	10	10,2	10,4	10,8	11,2	11,9	12,6	12,9	13,2

**TABLA A.6 (cont.)**  
Gasto total en salud (% Producto Interior Bruto)

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
7,9	8	8,2	8,3	8,3	8,4	8,8	8,9	9,1	9,2	9,5		Australia
7,8	9,8	9,8	10	10,2	10,2	10	10	10,1	10,2	10,3	10,2	Austria
7,7	8,2	8,4	8,3	8,4	8,6	8,6	8,7	9	10,1	10,2	10,3	Bélgica
9,4	9	8,8	8,8	9,1	8,9	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,8	Canada
6,9	7	6,7	6,7	6,6	6,6	6,5	6,7	7,1	7,4	7,3	7,2	Rep. Checa
8,4	8,1	8,2	8,2	8,3	8,5	8,3	8,6	8,8	9,1	9,2	9,1	Dinamarca
7,7	7,5	7,6	7,2	6,9	6,8	6,6	6,7	7	7,3	7,4	7,5	Finlandia
9,3	9,9	9,8	9,7	9,6	9,7	9,6	9,7	10	10,9	11	11,1	Francia
9,8	10,1	10,4	10,2	10,2	10,3	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	Alemania
7,5	7,5	7,4	7,3	7,3	7,5	9,3	9,8	9,7	10	9,6	10,1	Grecia
8,1	7,3	7	6,8	7,1	7,2	6,9	7,2	7,6	8,3	8,1		Hungría
8,1	8,2	8,2	8,1	8,6	9,4	9,3	9,2	10	10,3	10	9,5	Islandia
6,9	6,7	6,5	6,4	6,2	6,3	6,3	7	7,2	7,3	7,5	7,5	Irlanda
7,6	7,3	7,4	7,7	7,7	7,8	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9	Italia
6,8	6,9	7	7	7,3	7,5	7,7	7,9	8	8,1	8		Japón
4,2	4,1	4,3	4,3	4,3	4,6	4,8	5,4	5,3	5,4	5,5	6	Corea
5,3	5,6	5,7	5,6	5,7	5,8	5,8	6,4	6,8	7,8	8,3		Luxemburgo
5,8	5,6	5,1	5,3	5,4	5,6	5,6	6	6,2	6,3	6,5	6,4	México
8,3	8,3	8,2	7,9	8,1	8,1	8	8,3	8,9	9,1	9,2		Países Bajos
7,1	7,2	7,1	7,3	7,8	7,6	7,7	7,8	8,2	8	8,6	9	N. Zelanda
7,9	7,9	7,8	8,4	9,3	9,3	8,4	8,8	9,8	10	9,7	9,1	Noruega
5,5	5,5	5,9	5,6	5,9	5,7	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	Polonia
7	7,8	8	8	8	8,2	8,8	8,8	9	9,7	9,8	10,2	Portugal
			5,7	5,6	5,7	5,5	5,5	5,6	5,9	7,2	7,1	Rep. Eslovaca
7,3	7,4	7,5	7,3	7,3	7,3	7,2	7,2	7,3	7,9	8,1	8,2	España
8,1	8,1	8,3	8,1	8,3	8,4	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1	9,1	Suecia
9,5	9,7	10,1	10,2	10,3	10,5	10,4	10,9	11,1	11,5	11,5	11,6	Suiza
3,6	3,4	3,9	4,2	4,8	6,4	6,6	7,5	7,4	7,6	7,7	7,6	Turquía
7	7	7	6,8	6,9	7,1	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1	8,3	Reino Unido
13,1	13,3	13,2	13,1	13,1	13,1	13,2	13,9	14,7	15,2	15,2	15,3	USA

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007

**TABLA A.7**  
Gasto público en salud (% Producto Interior Bruto)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Australia	4,3	4,2	4,3	4,5	5,1	5,1	5,2	5	4,8	4,8	5,1	5,2	5,3
Austria	5,1	5	4,9	4,8	4,8	4,9	5,1	5,2	5,2	5,2	5,1	5,1	5,4
Bélgica													
Canadá	5,3	5,5	6,1	6,3	6,2	6,1	6,3	6,2	6,2	6,3	6,6	7,1	7,3
Rep. Checa											4,6	4,8	4,9
Dinamarca	7,9	8	8	7,7	7,3	7,3	6,9	7,1	7,3	7,1	6,9	6,9	6,9
Finlandia	5	5,1	5,3	5,3	5,3	5,6	5,7	5,8	5,6	5,7	6,2	7,1	7,2
Francia	5,6					6,3					6,4	6,6	6,8
Alemania	6,6	6,8	6,7	6,6	6,7	6,8	6,7	6,8	6,9	6,3	6,3		7,8 b
Grecia	2,8							3,4	2,8	3,2	3,1	3	3,4
Hungría												6,3	6,6
Islandia	5,5	5,8	6	6,6	6	6,3	6,6	6,9	7,3	7,1	6,8	7	6,9
Irlanda	6,8	6,5	6,2	6,1	5,8	5,7	5,6	5,2	4,8	4,5	4,4 b	4,7	5
Italia									5,7	5,7	6,1	6,3	6,2
Japón	4,7	4,7	4,8	5	4,9	4,8	4,8	4,9	4,8	4,7	4,6	4,7	4,9
Corea				1,1	1,2	1,2	1,1	1,1	1,2	1,4	1,6	1,4	1,5
Luxemburgo	4,8	5	4,9	4,6	4,5	4,6	4,5	5,1	4,9	4,8	5	4,8	5
México											2	2,3	2,4
Países Bajos	5,2	5,3	5,5	5,5	5,3	5,2	5,1	5,2	5,1	5,3	5,4	5,6	6,1
N. Zelanda	5,1	5,5	5,3	5,2	4,8	4,5	4,5	5	5,4	5,6	5,7	6	5,9
Noruega	5,9	5,9	6	6,1	5,8	5,6	6,1	6,5	6,6	6,4	6,3	6,8	6,9
Polonia											4,4	4,5	4,6
Portugal	3,4	3,6	3,1	2,8	2,7	3,1	3,3	3,2	3,4	3,1	3,8	4	3,9
Rep. Eslovaca													
España	4,2	4,3	4,4	4,8	4,5	4,3	4,2	4,3	4,7	4,8	5,1	5,2	5,5
Suecia	8,3	8,4	8,5	8,4	8,2	7,8	7,5	7,5	7,4	7,4	7,5	7,1	7,2
Suiza						3,9	4	4,1	4,2	4,3	4,3	4,7	5
Turquía	1				1,2	1,1	1,1	1,1	1,6	1,9	2,2	2,4	2,5
Reino Unido	5	5,3	5,1	5,3	5,2	5	5	5	4,9	4,9	5	5,4	5,8
USA	3,6	3,7	4	4	3,9	4	4,1	4,2	4,3	4,4	4,7	5,2	5,5

**TABLA A.7 (cont.)**  
Gasto público en salud (% Producto Interior Bruto)

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
5,2	5,2	5,3	5,4	5,6	5,6 b	5,8	6	6	6,2	6,2	6,4		Australia
5,8	5,8	7,0 b	6,9	7,6	7,7	7,7	7,6	7,6	7,6	7,7	7,8	7,7	Austria
		6,5	6,7	6,3	6,4	6,5	6,6	6,7	6,7	7,2 b	7,5 e	7,4 e	Bélgica
7,1	6,7	6,4 b	6,3	6,2	6,4	6,2	6,2	6,5	6,7	6,8	6,8	6,9	Canadá
6,4	6,5	6,4	6,1	6	6	5,9	5,9 b	6	6,4	6,7 b	6,5	6,4	Rep. Checa
7,1	6,9	6,7	6,8	6,7	6,8	7	6,8	7,1	7,3	7,7 b	7,8 e	7,7 e	Dinamarca
6,3 b	5,8	5,6	5,8	5,5	5,2	5,1	4,9	5,1	5,4	5,6	5,7	5,9	Finlandia
7,1	7,1	7,7 b	7,7	7,6	7,6	7,6	7,5	7,6	7,9	8,6 b	8,7	8,9	Francia
7,7	7,9	8,2	8,5	8,3	8,2	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	8,1	8,2	Alemania
3,7	3,8	3,9	3,9	3,9	3,8	4,0 b	4,1	4,7	4,6	4,7	4,3	4,3	Grecia
6,6	7,1	6,1	5,7	5,5	5,3 b	5,2	4,9	4,9	5,3	5,9 e	5,7 e		Hungría
6,9	6,7	6,9	6,8	6,6	7	7,8	7,6	7,5	8,3	8,5	8,3	7,9	Islandia
5	5	4,8	4,6	4,7	4,6	4,6	4,6	5,1	5,4	5,6	5,8	5,8	Irlanda
5,9	5,6	5,1	5,2	5,4	5,4	5,5	5,8	6,1	6,2	6,2	6,6	6,8	Italia
5,2	5,3	5,7 b	5,8	5,7	5,9	6,1	6,2	6,5	6,5	6,6 e	6,6 e		Japón
1,5	1,4	1,5	1,7	1,8	2	2,2	2,2	2,9	2,7	2,8	2,9	3,2	Corea
5,1	4,9	5,1 b	5,2	5,2	5,2	5,2	5,2	5,6	6,1	7,0 b	7,5 e		Luxemburgo
2,5	2,6	2,4	2,1	2,4	2,5 b	2,7	2,6	2,7	2,7	2,8	3	2,9	México
6,2	6,1	5,9	5,4	5,4	5,2 b	5,1	5	5,2	5,5				Países Bajos
5,5	5,5	5,5	5,5	5,7	6	5,9	6	6	6,4	6,3	6,7 e	7,0 e	N. Zelanda
6,7	6,6	6,6	6,6	6,8 b	7,6	7,7	6,9	7,4	8,2	8,4	8,1	7,6	Noruega
4,3	4	4	4,3	4	3,9	4,1	3,9	4,2	4,5 b	4,4	4,3	4,3 e	Polonia
4,4	4,4	4,9 b	5,2	5,3	5,4	5,6	6,4 b	6,3	6,5	7,1 e	7,0 e	7,4 e	Portugal
				5,3	5,2	5,1	4,9	4,9	5	5,2	5,3 b	5,3	Rep. Eslovaca
5,7	5,5	5,4	5,4	5,3	5,3	5,3	5,2	5,2	5,2	5,5 b	5,7 e	5,9 e	España
7,4 b	7,1	7	7,2	7	7,1	7,2	7,1	7,4	7,8	7,9	7,7	7,7	Suecia
5,1	5,1	5,2	5,5	5,6	5,7	5,8	5,8	6,2	6,5	6,7	6,8	6,9	Suiza
2,5	2,5	2,4	2,7	3	3,5	3,9 b	4,2	5,1	5,2	5,4	5,6	5,4	Turquía
5,9	5,9	5,8	5,8	5,5 b	5,5	5,8	5,9	6,2	6,4	6,7 b	6,9 d	7,2 d	Reino Unido
5,7	5,9	6	6	5,9	5,7	5,7	5,8	6,2	6,6	6,7	6,8	6,9	USA

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007

**TABLA A.8**  
Gasto privado en salud (% Producto Interior Bruto)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Australia	2,5	2,6	2,8	2,5	2	2,1	2,2	2,2	2,3	2,3	2,5	2,6	2,7
Austria	2,3	1,6	1,6	1,5	1,6	1,5	1,6	1,6	1,7	1,8	1,8	1,9	1,9
Bélgica													
Canadá	1,7	1,7	1,9	1,9	1,9	2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,3	2,4	2,5
Rep. Checa											0,1	0,2	0,2
Dinamarca	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4
Finlandia	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4	1,5	1,7	1,8
Francia	1,4					1,7					2	2	2,1
Alemania	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	2	1,9	2	2	2	2		1,8 b
Grecia	2,3							2,3	2,4	2,5	2,7	2,6	2,8
Hungría												0,8	0,9
Islandia	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9	1	1	1,1	1,1	1	1,1	1,2
Irlanda	1,5	1,5	1,5	1,7	1,7	1,8	1,8	1,9	1,9	1,7	1,7 b	1,8	2
Italia			1,4	1,4	1,5	1,5	1,6	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,8
Japón	1,9	1,9	2	1,9	1,8	2	1,8	1,8	1,6	1,4	1,3	1,3	1,4
Corea				3,1	2,8	2,8	2,7	2,7	2,7	3	2,8	2,7	2,9
Luxemburgo	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
México											2,9	2,9	3,2
Países Bajos	2,3	2,3	2,4	2,3	2,2	2,1	2,4	2,4	2,5	2,6	2,6	2,5	2,3
N. Zelanda	0,7	0,3	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,9	0,9	1,2	1,3	1,6
Noruega	1	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1	1,1	1,2	1,3	1,2	1,2
Polonia											0,4	1,5	1,4
Portugal	1,9	2	2,5	2,5	2,6	2,6	3	3	3	2,8	2	2,4	2,7
Rep. Eslovaca													
España	1,1	1,2	1,1	0,9	1	1	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6
Suecia	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8	1	1,1
Suiza						3,9	4	4,1	4,1	4	3,9	4,2	4,3
Turquía	2,5				1,7	1,1	1,6	1,7	1,5	1,4	1,4	1,4	1,2
Reino Unido	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	1	1	1	1,1	1,1
USA	5,2	5,3	5,8	5,9	5,9	6,1	6,1	6,2	6,6	6,8	7,2	7,4	7,4

**TABLA A.8 (cont.)**  
Gasto privado en salud (% Producto Interior Bruto)

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
2,7	2,7	2,7	2,8	2,7	2,7 b	2,5	2,8	2,9	3	3	3,1		Australia
2	2,8 b	2,9	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5	2,5	2,5	Austria
		1,8	1,7	1,9	2	2,1	2,1	2	2,2	2,8 b	2,7 e	2,8 e	Bélgica
2,7	2,6	2,6 b	2,6	2,6	2,7	2,7	2,6	2,8	2,9	2,9	2,9	2,9	Canadá
0,3	0,4	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6 b	0,7	0,7	0,8 b	0,8	0,8	Rep. Checa
1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4 b	1,4 e	1,4 e	Dinamarca
2,0 b	1,9	1,8	1,8	1,7	1,6	1,7	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	Finlandia
2,2	2,2	2,1 b	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2 b	2,3	2,2	Francia
1,8	1,9	1,9	1,9	2	2	2,1	2,1	2,2	2,2	2,3	2,4	2,5	Alemania
3,1	3,7	3,6	3,5	3,5	3,5	3,5 b	5,2	5,2	5,2	5,4	5,3	5,8	Grecia
1	1	1,2	1,3	1,3	1,8 b	2	2	2,2	2,3	2,4 e	2,4 e		Hungría
1,4	1,3	1,3	1,4	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,7	Islandia
1,9	2	1,9	1,9	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,6	1,7	Irlanda
1,9	2	2,1	2,2	2,2	2,3	2,3	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	Italia
1,4	1,5	1,2 b	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5 e	1,5 e		Japón
2,9	2,8	2,7	2,6	2,5	2,3	2,5	2,5	2,5	2,6	2,6	2,6	2,8	Corea
0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7 b	0,8 e		Luxemburgo
3,3	3,2	3,3	3	2,9	2,9 b	2,9	3	3,3	3,5	3,5	3,5	3,5	México
2,2	2,3	2,4	2,8	2,6	2,9 b	3	2,9	3,1	3,3				Países Bajos
1,7	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,8	1,8	1,7	1,9 e	2,0 e	N. Zelanda
1,2	1,2	1,2	1,2	1,6 b	1,6	1,6	1,5	1,4	1,6	1,6	1,6	1,5	Noruega
1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	2	1,7	1,7	1,6	1,8 b	1,9	1,9	1,9 e	Polonia
2,6	2,5	2,9 b	2,8	2,8	2,6	2,7	2,4 b	2,5	2,5	2,6 e	2,8 e	2,8 e	Portugal
				0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	1,9 b	1,8	Rep. Eslovaca
1,7	1,8	2,1	2,1	2	2	2	2	2,1	2,1	2,3 b	2,3 e	2,4 e	España
1,1	1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	Suecia
4,3	4,3	4,5 b	4,6	4,6	4,7	4,7	4,6	4,7	4,7	4,8	4,8	4,7	Suiza
1,2	1,1	1	1,2	1,2	1,4	2,5 b	2,5	2,4	2,2	2,2	2,1	2,2	Turquía
1	1,1	1,1	1,2	1,3 b	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,1 b	1,1 d	1,1 d	Reino Unido
7,5	7,2	7,2	7,2	7,2	7,3	7,4	7,4	7,7	8,1	8,4	8,4	8,4	USA

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007

**TABLA A.9**  
Gasto público en salud per cápita (US\$ PPC)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Australia	439	487	496	562	666	723	767	785	802	837	877	923	970
Austria	529	562	593	624	651	702	764	805	857	921	976	1034	1132
Bélgica													
Canadá	590	681	774	840	896	955	1013	1059	1126	1206	1296	1399	1460
Rep. Checa											555	532	552
Dinamarca	775	860	945	968	989	1059	1078	1149	1211	1233	1258	1309	1365
Finlandia	460	525	585	627	663	741	791	858	902	995	1126	1242	1222
Francia	542					832					1148	1229	1311
Alemania	747	847	878	917	992	1066	1105	1162	1259	1233	1318		1575b
Grecia	270							423	369	450	453	462	526
Hungría												534	562
Islandia	647	761	851	932	902	1000	1145	1303	1414	1413	1402	1473	1429
Irlanda	423	453	466	471	480	501	497	498	501	521	571b	650	719
Italia									901	954	1097	1185	1192
Japón	416	468	519	567	585	616	656	709	759	809	870	940	1006
Corea				41	50	56	57	63	80	101	130	132	146
Luxemburgo	594	671	702	705	760	822	899	1087	1155	1270	1426	1515	1631
México											124	152	167
Países Bajos	523	581	627	653	674	697	713	757	789	890	962	1063	1187
N. Zelanda	448	539	562	581	585	557	588	674	733	783	816	857	864
Noruega	576	633	681	744	774	818	946	1049	1089	1098	1153	1307	1396
Polonia											271	267	285
Portugal	188	222	207	189	190	229	260	271	327	330	441	501	508
Rep. Eslovaca													
España	290	319	352	404	395	403	413	453	542	598	687	738	796
Suecia	868	954	1034	1081	1142	1140	1156	1225	1273	1354	1421	1381	1399
Suiza						741	781	829	892	995	1062	1170	1261
Turquía	22				39	37	41	44	64	81	102	114	128
Reino Unido	431	486	506	563	589	610	645	694	738	779	827	899	1000
USA	439	504	553	603	649	698	757	822	882	972	1080	1214	1341

**TABLA A.9 (cont.)**  
Gasto público en salud per cápita (US\$ PPC)

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
1012	1074	1159	1218	1320	1389b	1537	1640	1715	1839	1952	2110		Australia
1221	1277	1608b	1655	1849	1961	2055	2144	2195	2276	2438	2582	2665	Austria
		1437	1516	1487	1550	1623	1750	1878	1979	2205b	2404e	2451e	Bélgica
1465	1480	1468	1459	1511	1636	1690	1766	1909	1994	2110	2220	2337	Canadá
741	781	832	846	837	835	842	877 b	947	1085	1215	1259	1310	Rep. Checa
1443	1504	1521	1608	1670	1756	1888	1963	2117	2203	2353b	2506e	2614e	Dinamarca
1080b	1055	1080	1149	1203	1226	1233	1290	1412	1536	1558	1700	1813	Finlandia
1386	1422	1623b	1670	1730	1797	1848	1948	2075	2197	2389b	2534	2693	Francia
1386	1422	1623b	1670	1730	1797	1848	1948	2075	2197	2389b	2534	2693	Francia
1573	1682	1815	1936	1918	1956	2009	2098	2184	2286	2462	2437	2527	Alemania
585	609	650	680	706	717	784	862 b	1032	1111	1214	1190	1277	Grecia
570	643	575	558	566	581	593	606	674	783	921 e	942 e		Hungría
1458	1499	1556	1637	1689	1901	2185	2211	2273	2512	2607	2746	2842	Islandia
763	807	870	913	1059	1118	1199	1329	1584	1791	1945	2143	2281	Irlanda
1176	1149	1105	1157	1238	1300	1345	1507	1633	1697	1703	1847	1938	Italia
1088	1158	1284	1371	1381	1410	1483	1599	1699	1742	1828e	1927e		Japón
157	166	190	231	258	272	326	365	494	504	546	598	698	Corea
1737	1747	1878 b	1980	1983	2119	2448	2665	2874	3367	4281b	4851e		Luxemburgo
178	193	164	154	182	200	224b	235	246	254	268	304	307	México
1249	1267	1293	1243	1310	1313b	1338	1424	1586	1733				Países Bajos
853	922	960	973	1046	1117	1180	1252	1306	1441	1497	1665e	1829e	N. Zelanda
1429	1505	1593	1738	1912b	2096	2325	2542	2752	3019	3241	3428	3647	Noruega
279	278	304	356	359	363	402	413	465	522b	527	558	601e	Polonia
562	585	686b	767	823	872	964	1179b	1205	1288	1344e	1358e	1478e	Portugal
				497	513	517	532	574	638	705	782 b	846	Rep. Eslovaca
831	841	861	902	927	979	1044	1089	1151	1228	1373e	1487e	1609e	España
1440b	1439	1502	1605	1606	1685	1816	1929	2045	2207	2357	2391	2469	Suecia
1300	1338	1383b	1461	1562	1638	1671	1769	1926	2113	2258	2367	2493	Suiza
135	129	132	161	191	225	239b	284	314	341	368	406	418	Turquía
1056	1117	1161	1215	1226b	1286	1381	1503	1687	1857	1993b	2209d	2371d	Reino Unido
1457	1570	1657	1726	1781	1812	1878	1995	2191	2372	2528	2698	2884	USA

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007.

**TABLA A.10**  
Gasto privado en salud per cápita (US\$ PPC)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Australia	258	296	322	311	265	290	323	342	375	397	430	459	490
Austria	240	177	193	197	210	221	234	256	277	328	351	374	408
Bélgica													
Canadá	190	216	241	256	281	309	336	354	377	407	443	477	510
Rep. Checa											15	18	26
Dinamarca	108	120	135	150	162	178	196	212	219	231	263	259	275
Finlandia	122	134	146	166	182	201	207	220	234	249	266	290	313
Francia	135					227					351	382	401
Alemania	202	230	244	269	290	312	318	337	371	390	412		358b
Grecia	216							283	313	356	391	402	437
Hungría												65	77
Islandia	86	95	104	109	137	150	178	189	209	220	217	225	256
Irlanda	96	102	112	130	139	161	162	185	204	203	225 b	242	295
Italia			160	167	181	201	217	220	248	276	283	309	353
Japón	167	191	212	212	218	255	250	253	251	246	251	260	282
Corea				117	119	131	142	157	180	220	226	252	287
Luxemburgo	46	51	53	86	93	99	106	81	88	97	106	115	126
México											182	195	220
Países Bajos	231	250	267	270	279	287	335	350	395	437	472	478	444
N. Zelanda	61	27	76	75	87	83	93	99	123	129	174	185	229
Noruega	101	87	96	115	122	136	141	164	188	206	240	241	250
Polonia											25	86	88
Portugal	104	123	162	172	181	191	235	255	282	291	232	297	344
Rep. Eslovaca													
España	73	87	91	72	87	94	104	116	142	167	185	214	233
Suecia	70	85	95	100	105	121	126	137	151	158	160	184	206
Suiza						732	780	832	880	919	966	1045	1083
Turquía	58				55	36	56	67	61	59	66	67	63
Reino Unido	51	61	72	81	89	101	111	129	143	158	163	180	183
USA	629	723	812	890	980	1069	1122	1203	1364	1503	1658	1743	1825

**TABLA A.10 (cont.)**  
Gasto privado en salud per cápita (US\$ PPC)

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
525	557	580	623	627	674b	658	758	826	885	940	1018		Australia
425	440	642 b	696	601	629	646	681	703	741	798	835	854	Austria
		393	392	449	482	510	551	574	653	857b	863e	914e	Bélgica
550	575	589	599	640	678	723	743	818	873	896	941	989	Canadá
40	51	83	87	90	88	89	94 b	108	114	138	153	168	Rep. Checa
302	325	322	343	360	386	409	418	444	453	440b	466e	494e	Dinamarca
340b	343	349	367	378	381	404	427	449	476	487	502	518	Finlandia
426	450	442 b	459	471	489	510	539	574	598	621 b	657	680	Francia
376	400	410	420	455	486	509	536	570	600	668	732	760	Alemania
489	604	599	604	630	660	684	1087 b	1145	1253	1402	1479	1703	Grecia
82	93	110	126	130	196	226	251	303	332	370 e	394 e		Hungría
291	294	298	329	369	440	445	486	502	524	553	586	602	Islandia
283	319	340	369	378	403	449	493	567	577	591	599	644	Irlanda
381	414	456	482	509	548	556	571	555	581	578	590	593	Italia
286	315	262	285	313	336	346	368	381	396	416 e	431 e		Japón
304	327	341	363	364	311	369	415	438	472	505	539	620	Corea
133	157	154	154	161	174	278	320	328	362	446 b	501 e		Luxemburgo
233	236	225	218	225	234	245 b	270	302	324	340	351	368	México
447	471	527	635	622	734 b	796	834	939	1042				Países Bajos
260	267	284	296	307	333	343	353	403	409	414	483 e	514 e	N. Zelanda
261	274	298	327	439 b	454	491	540	542	598	631	675	717	Noruega
99	104	113	129	140	192	163	177	182	212 b	226	255	265 e	Polonia
329	338	410 b	409	430	427	463	446 b	480	495	488 e	538 e	556 e	Portugal
			45	47	60	63	69	78	93	278 b	291		Rep. Eslovaca
254	273	332	345	352	377	406	431	466	495	580 b	611 e	646 e	España
208	214	231	241	265	279	302	343	364	386	403	436	449	Suecia
1093	1130	1189 b	1211	1270	1347	1348	1412	1445	1537	1603	1678	1684	Suiza
68	58	56	72	76	88	152 b	167	147	143	146	156	168	Turquía
184	215	223	250	300 b	314	332	356	346	371	335 b	351 d	352 d	Reino Unido
1903	1930	1998	2077	2170	2302	2439	2574	2726	2934	3156	3339	3517	USA

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007

**TABLA A.11**  
Gasto público en salud (% gasto total en salud)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Australia	63	62,2	60,6	64,4	71,6	71,4	70,4	69,7	68,1	67,8	67,1	66,8	66,4
Austria	68,8	76	75,4	76	75,6	76,1	76,5	75,9	75,6	73,7	73,5	73,4	73,5
Bélgica													
Canada	75,6	75,9	76,3	76,6	76,1	75,5	75,1	75	74,9	74,8	74,5	74,6	74,1
Rep. Checa	96,8					92,2				96,4	97,4	96,8	95,5
Dinamarca	87,8	87,7	87,5	86,6	85,9	85,6	84,6	84,4	84,7	84,2	82,7	83,5	83,2
Finlandia	79	79,7	80	79,1	78,5	78,6	79,3	79,6	79,4	80	80,9	81,1	79,6
Francia	80,1					78,5					76,6	76,3	76,6
Alemania	78,7	78,7	78,2	77,3	77,4	77,4	77,6	77,5	77,2	76	76,2		81,5
Grecia	55,6							59,9	54,1	55,9	53,7	53,4	54,6
Hungría												89,1	88
Islandia	88,2	88,9	89,1	89,5	86,8	87	86,5	87,3	87,1	86,5	86,6	86,7	84,8
Irlanda	81,6	81,7	80,5	78,4	77,5	75,7	75,4	72,9	71	71,3	71,7	72,9	70,9
Italia									78,5	77,6	79,5	79,3	77,1
Japón	71,3	71	71	72,8	72,9	70,7	72,4	73,7	75,2	76,6	77,6	78,3	78,1
Corea				26	29,6	30	28,6	28,5	30,8	31,6	36,6	34,4	33,7
Luxemburgo	92,8	92,9	93	89,2	89,1	89,2	89,4	93	92,9	92,9	93,1	93	92,8
México											40,4	43,9	43,1
Países Bajos	69,4	69,9	70,1	70,8	70,8	70,8	68,1	68,4	66,6	67	67,1	69	72,8
N. Zelanda	88	95,2	88	88,6	87	87	86,3	87,2	85,6	85,8	82,4	82,2	79
Noruega	85,1	87,9	87,6	86,6	86,4	85,8	87	86,5	85,3	84,2	82,8	84,5	84,8
Polonia											91,7	75,6	76,4
Portugal	64,3	64,3	56,2	52,4	51,2	54,6	52,6	51,5	53,7	53,1	65,5	62,8	59,6
Rep. Eslovaca													
España	79,9	78,7	79,4	84,9	81,9	81,1	79,9	79,7	79,2	78,2	78,7	77,5	77,4
Suecia	92,5	91,9	91,6	91,5	91,6	90,4	90,2	89,9	89,4	89,6	89,9	88,2	87,2
Suiza						50,3	50	49,9	50,4	52	52,4	52,8	53,8
Turquía	29,4				42,2	50,6	42	39,5	51,1	58,1	61	62,9	67
Reino Unido	89,4	88,9	87,6	87,4	86,9	85,8	85,3	84,3	83,8	83,2	83,6	83,3	84,6
USA	41,1	41,1	40,5	40,4	39,8	39,5	40,3	40,6	39,3	39,3	39,4	41	42,4

**TABLA A.11 (cont.)**  
Gasto público en salud (% gasto total en salud)

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
65,9	65,8	66,7	66,1	67,8	67,3	70	68,4	67,5	67,5	67,5	67,5		Australia
74,2	74,4	71,5	70,4	75,5	75,7	76,1	75,9	75,7	75,4	75,3	75,6	75,7	Austria
		78,5	79,5	76,8	76,3	76,1	76	76,6	75,2	71,6	73,1	72,3	Bélgica
72,7	72	71,4	70,9	70,3	70,7	70	70,4	70	69,6	70,2	70,2	70,3	Canada
94,8	93,9	90,9	90,7	90,3	90,4	90,5	90,3	89,8	90,5	89,8	89,2	88,6	Rep. Checa
82,7	82,2	82,5	82,4	82,3	82	82,2	82,4	82,7	82,9	84,2	84,3	84,1	Dinamarca
76,1	75,5	75,6	75,8	76,1	76,3	75,3	75,1	75,9	76,3	76,2	77,2	77,8	Finlandia
76,5	76	78,6	78,4	78,6	78,6	78,4	78,3	78,3	78,6	79,4	79,4	79,8	Francia
80,7	80,8	81,6	82,2	80,8	80,1	79,8	79,7	79,3	79,2	78,7	76,9	76,9	Alemania
54,5	50,2	52	53	52,8	52,1	53,4	44,2	47,4	47	46,4	44,6	42,8	Grecia
87,4	87,3	84	81,6	81,3	74,8	72,4	70,7	69	70,2	71,3	70,5		Hungría
83,3	83,6	83,9	83,3	82,1	81,2	83,1	82	81,9	82,7	82,5	82,4	82,5	Islandia
73	71,7	71,8	71,2	73,7	73,5	72,7	72,9	73,6	75,6	76,7	78,2	78	Irlanda
75,5	73,5	70,8	70,6	70,8	70,4	70,7	72,5	74,6	74,5	74,7	75,8	76,6	Italia
79,2	78,6	83	82,8	81,5	80,8	81,1	81,3	81,7	81,5	81,5	81,7		Japón
34,1	33,7	35,7	38,9	41,4	46,6	46,9	46,8	53	51,6	51,9	52,6	53	Corea
92,9	91,7	92,4	92,8	92,5	92,4	89,8	89,3	87,9	90,3	90,6	90,6		Luxemburgo
43,2	45	42,1	41,4	44,7	46	47,8	46,6	44,9	43,9	44,1	46,4	45,5	México
73,6	72,9	71	66,2	67,8	64,1	62,7	63,1	62,8	62,5				Países Bajos
76,6	77,5	77,2	76,7	77,3	77	77,5	78	76,4	77,9	78,3	77,5	78,1	N. Zelanda
84,6	84,6	84,2	84,2	81,3	82,2	82,6	82,5	83,6	83,5	83,7	83,6	83,6	Noruega
73,8	72,8	72,9	73,4	72	65,4	71,1	70	71,9	71,2	69,9	68,6	69,3	Polonia
63	63,4	62,6	65,3	65,7	67,1	67,6	72,5	71,5	72,2	73,4	71,6	72,7	Portugal
				91,7	91,6	89,6	89,4	89,3	89,1	88,3	73,8	74,4	Rep. Eslovaca
76,6	75,5	72,2	72,4	72,5	72,2	72	71,6	71,2	71,3	70,3	70,9	71,4	España
87,4	87,1	86,6	86,9	85,8	85,8	85,7	84,9	84,9	85,1	85,4	84,6	84,6	Suecia
54,3	54,2	53,8	54,7	55,2	54,9	55,3	55,6	57,1	57,9	58,5	58,5	59,7	Suiza
66,4	68,9	70,3	69,2	71,6	71,9	61,1	62,9	68,2	70,4	71,6	72,3	71,4	Turquía
85,1	83,9	83,9	82,9	80,4	80,4	80,6	80,9	83	83,4	85,6	86,3	87,1	Reino Unido
43,4	44,9	45,3	45,4	45,1	44	43,5	43,7	44,6	44,7	44,5	44,7	45,1	USA

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007

**TABLA A.12**  
Gasto privado en salud (% gasto total en salud)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Australia	37	37,8	39,4	35,6	28,4	28,6	29,6	30,3	31,9	32,2	32,9	33,2	33,6
Austria	31,2	24	24,6	24	24,4	23,9	23,5	24,1	24,4	26,3	26,5	26,6	26,5
Bélgica													
Canadá	24,4	24,1	23,7	23,4	23,9	24,5	24,9	25	25,1	25,2	25,5	25,4	25,9
Rep. Checa	3,2					7,8				3,6	2,6	3,2	4,5
Dinamarca	12,2	12,3	12,5	13,4	14,1	14,4	15,4	15,6	15,3	15,8	17,3	16,5	16,8
Finlandia	21	20,3	20	20,9	21,5	21,4	20,7	20,4	20,6	20	19,1	18,9	20,4
Francia	19,9					21,5					23,4	23,7	23,4
Alemania	21,3	21,3	21,8	22,7	22,6	22,6	22,4	22,5	22,8	24	23,8		18,5b
Grecia	44,4							40,1	45,9	44,1	46,3	46,6	45,4
Hungría												10,9	12
Islandia	11,8	11,1	10,9	10,5	13,2	13	13,5	12,7	12,9	13,5	13,4	13,3	15,2
Irlanda	18,4	18,3	19,5	21,6	22,5	24,3	24,6	27,1	28,9	27,8	28,3b	27,1	29,1
Italia									21,5	22,4	20,5	20,7	22,9
Japón	28,7	29	29	27,2	27,1	29,3	27,6	26,3	24,8	23,4	22,4	21,7	21,9
Corea				74	70,4	70	71,4	71,5	69,2	68,4	63,4	65,6	66,3
Luxemburgo	7,2	7,1	7	10,8	10,9	10,8	10,6	7	7,1	7,1	6,9	7	7,2
México											59,6	56,1	56,9
Países Bajos	30,7	30,1	29,9	29,2	29,2	29,2	31,9	31,6	33,4	33	32,9	31	27,2
N. Zelanda	12	4,8	12	11,4	13	13	13,7	12,8	14,4	14,2	17,6	17,8	21
Noruega	14,9	12,1	12,4	13,4	13,6	14,2	13	13,5	14,7	15,8	17,2	15,5	15,2
Polonia											8,3	24,4	23,6
Portugal	35,7	35,7	43,8	47,6	48,8	45,4	47,4	48,5	46,3	46,9	34,5	37,2	40,4
Rep. Eslovaca													
España	20,1	21,3	20,6	15,1	18,1	18,9	20,1	20,3	20,8	21,8	21,3	22,5	22,6
Suecia	7,5	8,1	8,4	8,5	8,4	9,6	9,8	10,1	10,6	10,4	10,1	11,8	12,8
Suiza						49,7	50	50,1	49,6	48	47,6	47,2	46,2
Turquía	76,5				59,4	49,4	58	60,5	48,9	41,9	39	37,1	33
Reino Unido	10,6	11,1	12,4	12,6	13,1	14,2	14,7	15,7	16,2	16,8	16,4	16,7	15,4
USA	58,9	58,9	59,5	59,6	60,2	60,5	59,7	59,4	60,7	60,7	60,6	59	57,6

**TABLA A.12 (cont.)**  
Gasto privado en salud (% gasto total en salud)

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
34,1	34,2	33,3	33,9	32,2	32,7b	30	31,6	32,5	32,5	32,5	32,5		Australia
25,8	25,6	28,5b	29,6	24,5	24,3	23,9	24,1	24,3	24,6	24,7	24,4	24,3	Austria
		21,5	20,5	23,2	23,7	23,9	24	23,4	24,8	27,8b	26,2e	27,0e	Bélgica
27,3	28	28,6	29,1	29,7	29,3	30	29,6	30	30,4	29,8	29,8	29,7	Canadá
5,2	6,1	9,1	9,3	9,7	9,6	9,5	9,7 b	10,2	9,5	10,2	10,8	11,4	Rep. Checa
17,3	17,8	17,5	17,6	17,7	18	17,8	17,6	17,3	17,1	15,8b	15,7e	15,9e	Dinamarca
23,9b	24,5	24,4	24,2	23,9	23,7	24,7	24,9	24,1	23,7	23,8	22,8	22,2	Finlandia
23,5	24	21,4b	21,6	21,4	21,4	21,6	21,7	21,7	21,4	20,6b	20,6	20,2	Francia
19,3	19,2	18,4	17,8	19,2	19,9	20,2	20,3	20,7	20,8	21,3	23,1	23,1	Alemania
45,5	49,8	48	47	47,2	47,9	46,6	55,8b	52,6	53	53,6	55,4	57,2	Grecia
12,6	12,7	16	18,4	18,7	25,2	27,6	29,3	31	29,8	28,7e	29,5e		Hungría
16,7	16,4	16,1	16,7	17,9	18,8	16,9	18	18,1	17,3	17,5	17,6	17,5	Islandia
27	28,3	28,1	28,8	26,3	26,5	27,3	27,1	26,4	24,4	23,3	21,8	22	Irlanda
24,5	26,5	29,2	29,4	29,2	29,6	29,3	27,5	25,4	25,5	25,3	24,2	23,4	Italia
20,8	21,4	17	17,2	18,5	19,2	18,9	18,7	18,3	18,5	18,5e	18,3e		Japón
65,9	66,3	64,3	61,1	58,6	53,4	53,1	53,2	47	48,4	48,1	47,4	47	Corea
7,1	8,3	7,6	7,2	7,5	7,6	10,2	10,7	10	9,7	9,4 b	9,4 e		Luxemburgo
56,8	55	57,9	58,6	55,3	54	52,2b	53,4	55,1	56,1	55,9	53,6	54,5	México
26,4	27,1	29	33,8	32,2	35,9b	37,3	36,9	37,2	37,5				Países Bajos
23,4	22,5	22,8	23,3	22,7	23	22,5	22	23,6	22,1	21,7	22,5e	21,9e	N. Zelanda
15,4	15,4	15,8	15,8	18,7b	17,8	17,4	17,5	16,4	16,5	16,3	16,4	16,4	Noruega
26,2	27,2	27,1	26,6	28	34,6	28,9	30	28,1	28,8b	30	31,4	30,6e	Polonia
37	36,6	37,4b	34,7	34,3	32,9	32,4	27,5b	28,5	27,8	26,6e	28,4e	27,3e	Portugal
			8,3	8,4	10,4	10,6	10,7	10,9	11,7	26,2b	25,6		Rep. Eslovaca
23,4	24,5	27,8	27,6	27,5	27,8	28	28,4	28,8	28,7	29,7b	29,1e	28,6e	España
12,6	12,9	13,4	13,1	14,2	14,2	14,3	15,1	15,1	14,9	14,6	15,4	15,4	Suecia
45,7	45,8	46,2b	45,3	44,8	45,1	44,7	44,4	42,9	42,1	41,5	41,5	40,3	Suiza
33,6	31,1	29,7	30,8	28,4	28,1	38,9b	37,1	31,8	29,6	28,4	27,7	28,6	Turquía
14,9	16,1	16,1	17,1	19,6b	19,6	19,4	19,1	17	16,6	14,4b	13,7d	12,9d	Reino Unido
56,6	55,1	54,7	54,6	54,9	56	56,5	56,3	55,4	55,3	55,5	55,3	54,9	USA

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007

**TABLA A.13**  
Población total (miles de personas)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Australia	15788	16018	16264	16532	16814	17065	17284	17495	17667	17855
Austria	7558	7566	7576	7596	7624	7718	7823	7884	7993	8031
Bélgica	9858	9862	9870	9902	9938	9967	10004	10045	10084	10116
Canadá	25843	26101	26449	26795	27282	27698	28031	28367	28682	28999
Rep. Checa	10336	10341	10349	10356	10362	10362	10309	10318	10331	10336
Dinamarca	5114	5121	5127	5130	5133	5141	5154	5171	5189	5206
Finlandia	4902	4918	4932	4947	4964	4986	5014	5042	5066	5088
Francia	55284	55547	55824	56118	56423	56709	56976	57240	57467	57659
Alemania	61024	61066	61077	61450	62063	63254	79984	80595	81179	81422
Grecia	9934	9964	9984	10005	10038	10089	10256	10370	10466	10553
Hungría	10649	10631	10613	10596	10578	10374	10373	10369	10358	10343
Islandia	241	243	246	250	253	255	258	261	264	266
Irlanda	3540	3541	3543	3538	3515	3503	3524	3549	3563	3583
Italia	56498	56576	56664	56763	56837	56737	56760	56859	56442	56623
Japón	121049	121672	122264	122783	123255	123611	124043	124452	124764	125034
Corea	40806	41214	41622	42031	42449	42869	43296	43748	44195	44642
Luxemburgo	367	370	372	376	379	384	390	395	401	407
México						81250	83265	84902	86613	88402
Países Bajos	14491	14572	14665	14760	14849	14951	15070	15184	15290	15383
N. Zelanda	3272	3277	3304	3317	3330	3363	3495	3532	3572	3620
Noruega	4153	4169	4187	4209	4227	4241	4262	4287	4312	4337
Polonia	37203	37456	37664	37862	37963	38119	38245	38365	38459	38544
Portugal	10014	10007	9981	9955	9920	9873	9860	9833	9840	9840
Rep. Eslovaca	5162	5193	5224	5251	5276	5298	5283	5307	5325	5347
España	38420	38537	38632	38717	38792	38851	38940	39069	39190	39296
Suecia	8350	8370	8398	8436	8493	8559	8617	8668	8719	8781
Suiza	6470	6504	6545	6593	6647	6712	6800	6875	6938	6994
Turquía	50307	51433	52561	53715	54894	56156	57271	58392	59515	60635
Reino Unido	56554	56684	56804	56916	57076	57237	57439	57585	57714	57862
USA	237924	240133	242289	244499	246819	249623	252981	256514	259919	263126

**TABLA A.13 (cont.)**  
Población total (miles de personas)

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
18072	18311	18518	18711	18926	19153	19413	19641	19873	20092	20329	Australia
8047	8059	8072	8078	8092	8110	8132	8084	8118	8175	8233	Austria
10137	10157	10181	10203	10226	10251	10287	10333				Bélgica
29302	29611	29907	30157	30404	30689	31021	31373	31669	31974	32271	Canadá
10331	10316	10304	10294	10283	10272	10224	10201	10202	10207	10221	Rep. Checa
5233	5263	5285	5304	5322	5340	5359	5374	5387	5401	5416	Dinamarca
5108	5125	5140	5153	5165	5176	5188	5201	5213	5228	5246	Finlandia
57844	58026	58207	58398	58661	59013	59393	59778	60155	60521	60873	Francia
81661	81895	82052	82029	82024	82160	82277	82456	82502	82491	82466	Alemania
10634	10709	10777	10835	10883	10917	10950	10988	11024			Grecia
10329	10311	10290	10267	10238	10211	10188	10159	10130	10107	10087	Hungría
267	269	271	274	277	281	285	288	289	293	296	Islandia
3601	3626	3664	3703	3742	3790	3847	3917	3979	4044	4131	Irlanda
56745	56826	56941	57040	57078	57189	57348	57474	57478	57553	58135	Italia
125570	125864	126166	126486	126686	126926	127291	127435	127619	127687	127757	Japón
45093	45525	45954	46287	46617	47008	47354	47615	47849	48082	48294	Corea
413	416	421	427	433	436	442	446	450	453	455	Luxemburgo
91234	92788	94305	95786	97199	98658	100051	101398	102708	104000		México
15459	15531	15611	15707	15812	15926	16046	16149	16224			Países Bajos
3673	3732	3781	3815	3835	3858	3881	3939	4009	4061	4099	N. Zelanda
4359	4381	4405	4431	4462	4491	4514	4538	4564	4592	4623	Noruega
38588	38618	38650	38666	38654	38256	38251	38232	38195	38180	38161	Polonia
9847	9866	9878	10129	10171	10229	10305	10380	10449	10509	10563	Portugal
5364	5374	5383	5391	5395	5401	5379	5379	5379	5382	5387	Rep. Eslovaca
39388	39479	39583	39722	39927	40264	40721	41314	42005	42692	43398	España
8827	8841	8846	8851	8858	8872	8896	8925	8958	8994	9030	Suecia
7041	7072	7089	7110	7144	7184	7227	7285	7339	7391		Suiza
61765	62909	64063	65215	66350	67420	68363	69304	70230	71150	72064	Turquía
58025	58164	58314	58475	58684	58886	59114	59322	59554	59834		Reino Unido
266278	269394	272647	275854	279040	282194	285108	287985	290850	293657	296410	USA

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007.

**TABLA A.14**  
Población total (miles de personas)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Australia	15788	16018	16264	16532	16814	17065	17284	17495	17667	17855	18072
Austria	7558	7566	7576	7596	7624	7718	7823	7884	7993	8031	8047
Bélgica	9858	9862	9870	9902	9938	9967	10004	10045	10084	10116	10137
Canadá	25843	26101	26449	26795	27282	27698	28031	28367	28682	28999	29302
República Checa	10336	10341	10349	10356	10362	10362	10309	10318	10331	10336	10331
Dinamarca	5114	5121	5127	5130	5133	5141	5154	5171	5189	5206	5233
Finlandia	4902	4918	4932	4947	4964	4986	5014	5042	5066	5088	5108
Francia	55284	55547	55824	56118	56423	56709	56976	57240	57467	57659	57844
Alemania	61024	61066	61077	61450	62063	63254	79984	80595	81179	81422	81661
Grecia	9934	9964	9984	10005	10038	10089	10256	10370	10466	10553	10634
Hungría	10649	10631	10613	10596	10578	10374	10373	10369	10358	10343	10329
Islandia	241	243	246	250	253	255	258	261	264	266	267
Irlanda	3540	3541	3543	3538	3515	3503	3524	3549	3563	3583	3601
Italia	56498	56576	56664	56763	56837	56737	56760	56859	56442	56623	56745
Japón	121049	121672	122264	122783	123255	123611	124043	124452	124764	125034	125570
Corea	40806	41214	41622	42031	42449	42869	43296	43748	44195	44642	45093
Luxemburgo	367	370	372	376	379	384	390	395	401	407	413
México						81250	83265	84902	86613	88402	91234
Países Bajos	14491	14572	14665	14760	14849	14951	15070	15184	15290	15383	15459
Nueva Zelanda	3272	3277	3304	3317	3330	3363	3495	3532	3572	3620	3673
Noruega	4153	4169	4187	4209	4227	4241	4262	4287	4312	4337	4359
Polonia	37203	37456	37664	37862	37963	38119	38245	38365	38459	38544	38588
Portugal	10014	10007	9981	9955	9920	9873	9860	9833	9840	9840	9847
República Eslovaca	5162	5193	5224	5251	5276	5298	5283	5307	5325	5347	5364
España	38420	38537	38632	38717	38792	38851	38940	39069	39190	39296	39388
Suecia	8350	8370	8398	8436	8493	8559	8617	8668	8719	8781	8827
Suiza	6470	6504	6545	6593	6647	6712	6800	6875	6938	6994	7041
Turquía	50307	51433	52561	53715	54894	56156	57271	58392	59515	60635	61765
Reino Unido	56554	56684	56804	56916	57076	57237	57439	57585	57714	57862	58025
USA	237924	240133	242289	244499	246819	249623	252981	256514	259919	263126	266278

**TABLA A.14 (cont.)**  
Población total (miles de personas)

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2005	
18311	18518	18711	18926	19153	19413	19641	19873	20092	20329	20329	Australia
8059	8072	8078	8092	8110	8132	8084	8118	8175	8233	8233	Austria
10157	10181	10203	10226	10251	10287	10333					Bélgica
29611	29907	30157	30404	30689	31021	31373	31669	31974	32271	32271	Canadá
10316	10304	10294	10283	10272	10224	10201	10202	10207	10221	10221	República Checa
5263	5285	5304	5322	5340	5359	5374	5387	5401	5416	5416	Dinamarca
5125	5140	5153	5165	5176	5188	5201	5213	5228	5246	5246	Finlandia
58026	58207	58398	58661	59013	59393	59778	60155	60521	60873	60873	Francia
81895	82052	82029	82024	82160	82277	82456	82502	82491	82466	82466	Alemania
10709	10777	10835	10883	10917	10950	10988	11024				Grecia
10311	10290	10267	10238	10211	10188	10159	10130	10107	10087	10087	Hungría
269	271	274	277	281	285	288	289	293	296	296	Islandia
3626	3664	3703	3742	3790	3847	3917	3979	4044	4131	4131	Irlanda
56826	56941	57040	57078	57189	57348	57474	57478	57553	58135	58135	Italia
125864	126166	126486	126686	126926	127291	127435	127619	127687	127757	127757	Japón
45525	45954	46287	46617	47008	47354	47615	47849	48082	48294	48294	Corea
416	421	427	433	436	442	446	450	453	455	455	Luxemburgo
92788	94305	95786	97199	98658	100051	101398	102708	104000			México
15531	15611	15707	15812	15926	16046	16149	16224				Países Bajos
3732	3781	3815	3835	3858	3881	3939	4009	4061	4099	4099	Nueva Zelanda
4381	4405	4431	4462	4491	4514	4538	4564	4592	4623	4623	Noruega
38618	38650	38666	38654	38256	38251	38232	38195	38180	38161	38161	Polonia
9866	9878	10129	10171	10229	10305	10380	10449	10509	10563	10563	Portugal
5374	5383	5391	5395	5401	5379	5379	5379	5382	5387	5387	República Eslovaca
39479	39583	39722	39927	40264	40721	41314	42005	42692	43398	43398	España
8841	8846	8851	8858	8872	8896	8925	8958	8994	9030	9030	Suecia
7072	7089	7110	7144	7184	7227	7285	7339	7391			Suiza
62909	64063	65215	66350	67420	68363	69304	70230	71150	72064	72064	Turquía
58164	58314	58475	58684	58886	59114	59322	59554	59834			Reino Unido
269394	272647	275854	279040	282194	285108	287985	290850	293657	296410	296410	USA

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007

**TABLA A.15**  
Población de 0 a 14 años (miles de personas)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Australia	3711	3726	3745	3751	3736	3726	3700	3687	3699	3725
Austria	1541	1510	1477	1439	1405	1378	1357	1339	1331	1329
Bélgica	1982	1956	1932	1907	1880	1849	1823	1807	1802	1801
Canadá	5574	5532	5525	5523	5517	5503	5485	5525	5575	5656
Rep. Checa	2412	2417	2422	2425	2425	2417	2403	2379	2340	2285
Dinamarca	1068	1038	1006	981	960	943	927	910	895	885
Finlandia	972	961	954	951	951	951	952	952	957	961
Francia	12056	11995	11943	11899	11823	11739	11646	11542	11452	11400
Alemania	11186	10803	10392	9957	9564	9251	9092	8903	9029	9260
Grecia	2200	2178	2156	2131	2107	2075	2041	2011	1980	1947
Hungría	2349	2360	2356	2337	2312	2289	2268	2246	2218	2174
Islandia	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
Irlanda	1035	1044	1054	1043	1041	1034	1025	1012	998	977
Italia	11384	11206	10763	10417	10090	9920	9529	9262	8555	8747
Japón	27507	27603	27254	26907	26504	26033	25434	24753	23985	23201
Corea	12951	12925	12887	12801	12592	12305	12030	11746	11487	11261
Luxemburgo	68	67	66	64	64	63	63	63	64	65
México	28726									
Países Bajos	3159	3104	3038	2967	2890	2819	2767	2732	2714	2711
N. Zelanda	855	843	833	826	818	806	794	785	777	775
Noruega	906	892	878	862	845	831	819	808	802	801
Polonia	8639	8790	8958	9150	9343	9499	9611	9656	9667	9649
Portugal	2505	2482	2459	2424	2392	2341	2285	2216	2148	2067
Rep. Eslovaca	1302	1310	1324	1339	1353	1363	1371	1372	1366	1354
España	9729	9603	9455	9293	9116	8927	8720	8492	8250	7991
Suecia	1629	1601	1571	1545	1528	1517	1508	1502	1504	1515
Suiza	1196	1171	1150	1129	1111	1096	1085	1082	1085	1093
Turquía	17424	17715	18019	18328	18640	18956	19147	19292	19435	19577
Reino Unido	11828	11603	11358	11155	10976	10873	10778	10723	10730	10790
USA	51290	51253	51330	51469	51483	51534	51535	51859	52451	53222

**TABLA A.15 (cont.)**  
Población de 0 a 14 años (miles de personas)

1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
3755	3786	3816	3838	3860	3888	3911	3926	3936	Australia
1344	1365	1381	1404	1413	1412	1403	1393	1380	Austria
1806	1816	1825	1830	1829	1822	1814	1809	1806	Bélgica
5732	5790	5868	5923	5958	5973	5986	5978	5958	Canadá
2222	2148	2091	2037	1979	1921	1868	1818	1773	Rep. Checa
877	874	879	886	895	910	928	945	960	Dinamarca
963	965	967	970	971	971	971	964	956	Finlandia
11394	11415	11427	11405	11358	11288	11207	11131	11088	Francia
9318	12995	13027	13015	12982	13025	12989	12866	12736	Alemania
1912	1945	1925	1901	1875	1848	1818	1784	1750	Grecia
2099	2043	1996	1951	1911	1875	1842	1809	1778	Hungría
64	64	65	66	66	65	65	65	65	Islandia
957	943	931	918	901	878	859	846	836	Irlanda
9350	9117	8943	8913	8792	8661	8548	8459	8387	Italia
22486	21904	21364	20841	20415	20014	19686	19366	19059	Japón
10974	10859	10791	10735	10653	10537	10403	10233	10092	Corea
67	69	71	73	75	76	77	79	80	Luxemburgo
31147	31149	31621	32101	32592	32552	32887	32542	32874	México
2727	2751	2778	2803	2827	2843	2855	2872	2899	Países Bajos
780	807	814	825	835	848	860	870	877	N. Zelanda
803	810	820	830	840	849	859	868	878	Noruega
9575	9473	9348	9196	9021	8798	8564	8313	8018	Polonia
1974	1911	1827	1756	1646	1604	1520	1454	1659	Portugal
1338	1310	1256	1232	1241	1211	1181	1150	1118	Rep. Eslovaca
7715	7451	7213	6986	6766	6557	6371	6216	6089	España
1536	1562	1591	1620	1649	1664	1663	1658	1651	Suecia
1110	1128	1154	1176	1192	1202	1209	1209	1208	Suiza
19651	19663	19669	19667	19665	19666	19728	19834	19952	Turquía
10876	11008	11145	11244	11292	11291	11282	11295	11291	Reino Unido
54146	55245	56205	57097	57803	58272	58704	59087	59480	USA

**TABLA A.15 (cont.)**  
Población de 0 a 14 años (miles de personas)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Australia	3951	3966	3987	3984	3982	3979	3978
Austria	1371	1358	1344	1343	1334	1326	1318
Bélgica	1805	1805	1805	1804			
Canadá	5919	5884	5855	5825	5786	5742	5685
Rep. Checa	1729	1685	1643	1605	1571	1539	1527
Dinamarca	974	988	1000	1009	1014	1017	1017
Finlandia	947	940	934	929	924	917	911
Francia	11088	11114	11142	11161	11180	11196	11215
Alemania	12598	12564	12451	12329	12111	11823	11481
Grecia	1713	1673	1638	1618	1605		
Hungría	1746	1711	1676	1647	1620	1593	1566
Islandia	65	66	66	66	66	66	65
Irlanda	831	828	828	827	834	843	853
Italia	8319	8271	8264	8271	8270	8215	8273
Japón	18742	18472	18283	18102	17905	17734	17563
Corea	9973	9911	9849	9726	9573	9417	9240
Luxemburgo	82	83	84	84	85	85	85
México	33212	33238	33459	33083	32961	32931	
Países Bajos	2931	2962	2988	3004	3013		
N. Zelanda	878	879	877	880	885	885	880
Noruega	888	899	904	908	910	910	908
Polonia	7711	7444	7170	6915	6691	6479	6285
Portugal	1637	1637	1650	1662	1674	1646	1651
Rep. Eslovaca	1086	1053	1015	991	960	932	907
España	5999	5952	5950	6005	6100	6196	6291
Suecia	1594	1635	1571	1616	1605	1591	1572
Suiza	1207	1207	1183	1182	1174	1166	
Turquía	20053	20208	20325	20415	20480	20509	20499
Reino Unido	11285	11204	11106	11015	10924	10866	
USA	59955	60284	60474	60621	60738	60806	60700

*Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007*

**TABLA A.16**  
Población de 15 a 64 años (miles de personas)

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Australia	10442	10637	10837	11042	11243	11417	11548	11675	11773	11889
Austria	5099	5113	5123	5132	5145	5206	5272	5302	5395	5411
Bélgica	6647	6650	6654	6666	6675	6674	6675	6682	6694	6703
Canadá	17690	17879	18085	18293	18601	18845	19024	19203	19389	19603
Rep. Checa	6697	6707	6723	6749	6793	6844	6851	6904	6957	7006
Dinamarca	3399	3413	3429	3441	3450	3463	3477	3489	3501	3511
Finlandia	3339	3343	3346	3346	3347	3356	3370	3385	3396	3404
Francia	36405	36589	36805	37027	37227	37297	37439	37527	37617	37695
Alemania	42721	42776	42826	42959	43258	44250	55310	55259	55452	55550
Grecia	6531	6580	6618	6658	6705	6761	6879	6966	7042	7113
Hungría	7044	7027	7010	6998	7007	6890	6925	6953	6972	6983
Islandia	154	155	158	161	163	164	166	168	169	171
Irlanda	2123	2131	2142	2149	2142	2147	2178	2212	2238	2272
Italia	39286	39405	39396	39823	39609	39076	39135	39203	38804	38893
Japón	82506	83368	84189	85013	85745	85904	86557	86845	87023	87034
Corea	26759	27383	27999	28582	29135	29701	30171	30611	31023	31446
Luxemburgo	256	258	260	261	263	266	268	271	273	275
México						46234	48275	49317	50407	51546
Países Bajos	9922	10018	10111	10188	10246	10305	10371	10433	10490	10535
N. Zelanda	2130	2140	2167	2182	2190	2209	2297	2318	2340	2369
Noruega	2669	2685	2705	2725	2738	2746	2758	2771	2786	2801
Polonia	24201	24314	24423	24526	24572	24711	24856	25025	25188	25353
Portugal	6472	6497	6515	6530	6542	6556	6584	6669	6695	6780
Rep. Eslovaca	3311	3325	3341	3360	3385	3413	3426	3459	3492	3532
España	24865	25076	25273	25466	25659	25849	26058	26281	26482	26658
Suecia	5394	5396	5411	5433	5464	5501	5526	5544	5564	5593
Suiza	4432	4461	4492	4524	4556	4593	4650	4689	4718	4745
Turquía	29221	30117	31045	31998	32976	33960	34976	36003	37026	38038
Reino Unido	37103	37199	37264	37297	37322	37358	37371	37337	37334	37416
USA	157974	159590	160803	161924	162916	164230	165924	167953	169920	171992

**TABLA A.16 (cont.)**  
Población de 15 a 64 años (miles de personas)

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2003	
12032	12196	12342	12484	12640	12808	12991	13166	13508	13682	13345	Australia
5417	5427	5440	5451	5470	5495	5524	5490	5562	5577	5527	Austria
6704	6703	6706	6709	6715	6724	6743	6774				Bélgica
19820	20046	20275	20474	20698	20953	21244	21554	22090	22367	21817	Canadá
7044	7066	7090	7113	7138	7165	7168	7180	7240	7259	7211	Rep. Checa
3526	3541	3548	3553	3557	3561	3566	3569	3575	3581	3571	Dinamarca
3410	3417	3427	3442	3455	3464	3472	3478	3489	3499	3483	Finlandia
37784	37884	37988	38085	38221	38421	38655	38908	39416	39656	39169	Francia
55452	55551	55659	55653	55610	55433	55312	55231	54772	55129	55059	Alemania
7179	7241	7299	7351	7394	7429	7450	7462			7469	Grecia
6986	6985	6983	6975	6965	6962	6963	6956	6942	6936	6946	Hungría
172	174	175	178	180	183	186	188	193	196	190	Islandia
2312	2353	2402	2447	2489	2537	2590	2654	2750	2817	2702	Irlanda
38910	38870	38867	38859	38805	38787	38765	38768	38403	38646	38771	Italia
87165	87161	87042	86920	86758	86220	86139	85706	85077	84594	85404	Japón
31900	32327	32791	33126	33420	33702	33923	34111	34483	34671	34300	Corea
278	280	283	286	289	292	297	300	304	305	302	Luxemburgo
54302	55366	56900	57982	58835	60160	60885	62344	64917		63548	México
10569	10604	10642	10687	10740	10801	10872	10935			10975	Países Bajos
2403	2443	2476	2497	2511	2526	2543	2591	2690	2721	2647	N. Zelanda
2815	2829	2844	2864	2889	2911	2933	2955	3006	3035	2980	Noruega
25516	25680	25869	26091	26322	26134	26314	26455	26720	26836	26592	Polonia
6789	6756	6703	6865	6892	6917	6969	7020	7088	7115	7068	Portugal
3569	3601	3632	3664	3696	3730	3753	3772	3827	3850	3800	Rep. Eslovaca
26807	26930	27037	27151	27297	27540	27877	28312	29310	29839	28811	España
5621	5634	5645	5660	5690	5705	5752	5776	5854	5898	5815	Suecia
4769	4782	4787	4797	4817	4843	4886	4934	5025		4982	Suiza
39017	39991	40927	41844	42758	43590	44329	45070	46561	47316	45815	Turquía
37538	37659	37776	37914	38122	38375	38634	38866	39387		39120	Reino Unido
174237	176547	179158	181755	184287	186832	189305	191775	196518	198920	194159	USA

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007

**TABLA A.17**  
Población de 65 años o más (miles de personas)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Australia	1413	1455	1499	1536	1574	1621	1682	1739	1791
Austria	1163	1143	1117	1090	1077	1081	1096	1114	1133
Bélgica	1406	1401	1389	1362	1348	1363	1389	1410	1434
Canadá	2306	2377	2442	2499	2565	2650	2737	2839	2928
Rep. Checa	1390	1349	1305	1258	1226	1222	1231	1247	1267
Dinamarca	738	745	752	758	764	771	781	788	793
Finlandia	572	582	591	600	605	612	623	634	645
Francia	7504	7391	7255	7145	7073	7140	7312	7477	7639
Alemania	9551	9452	9273	9077	8980	9052	9198	9348	9462
Grecia	1267	1284	1297	1307	1316	1328	1343	1355	1366
Hungría	1439	1408	1366	1324	1305	1316	1335	1357	1380
Islandia	23	23	23	24	24	25	25	26	26
Irlanda	365	369	370	377	381	383	384	389	391
Italia	7152	7217	7354	7436	7254	7293	7642	8006	8385
Japón	10647	11009	11350	11672	11956	12468	12870	13322	13785
Corea	1456	1498	1559	1615	1674	1742	1801	1876	1962
Luxemburgo	50	49	49	48	48	48	49	50	50
México	2561								
Países Bajos	1629	1655	1680	1698	1718	1750	1787	1822	1858
N. Zelanda	305	312	319	324	330	336	344	351	358
Noruega	603	612	623	634	643	653	665	674	682
Polonia	3597	3575	3539	3501	3489	3503	3531	3584	3669
Portugal	1124	1141	1156	1162	1175	1201	1225	1250	1277
Rep. Eslovaca	522	512	499	484	480	487	497	511	525
España	4208	4273	4355	4438	4527	4628	4741	4866	5002
Suecia	1354	1370	1386	1403	1417	1439	1466	1485	1499
Suiza	902	909	914	920	926	942	958	971	985
Turquía	2103	2123	2125	2126	2128	2130	2168	2225	2282
Reino Unido	8423	8476	8474	8423	8398	8578	8707	8817	8889
USA	25707	26221	26787	27361	27878	28416	29008	29626	30124

**TABLA A.17 (cont.)**  
Población de 65 años o más (miles de personas)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Australia	1847	1893	1951	2004	2056	2106	2151	2203
Austria	1150	1168	1186	1200	1194	1206	1218	1229
Bélgica	1462	1487	1513	1538	1561	1584	1611	1639
Canadá	3026	3121	3217	3295	3370	3438	3509	3579
Rep. Checa	1284	1296	1310	1323	1337	1351	1366	1382
Dinamarca	798	801	803	804	802	800	797	794
Finlandia	656	667	679	690	701	713	726	738
Francia	7796	8019	8122	8286	8445	8605	8772	8935
Alemania	9545	9686	11679	12309	12712	12890	13184	13355
Grecia	1386	1416	1432	1479	1523	1566	1608	1650
Hungría	1397	1385	1405	1421	1435	1450	1468	1484
Islandia	27	27	28	28	29	29	30	31
Irlanda	396	399	403	406	408	409	411	414
Italia	8481	8311	8507	8712	8725	8938	9173	9409
Japón	14309	14895	15582	16242	16900	17585	18261	19017
Corea	2053	2195	2266	2346	2437	2542	2657	2795
Luxemburgo	51	52	53	54	55	57	58	59
México		3377	3826	3952	4095	4254	4324	4518
Países Bajos	1892	1919	1948	1973	1997	2021	2047	2072
N. Zelanda	365	374	391	400	408	416	423	430
Noruega	688	692	694	696	696	695	695	694
Polonia	3742	3833	3916	3992	4075	4170	4274	4374
Portugal	1311	1344	1364	1337	1389	1413	1454	1590
Rep. Eslovaca	537	546	548	592	601	574	584	592
España	5143	5288	5431	5574	5722	5872	6024	6178
Suecia	1514	1523	1528	1533	1536	1538	1542	1543
Suiza	997	1009	1022	1032	1044	1057	1070	1081
Turquía	2341	2545	2633	2720	2820	2937	3080	3190
Reino Unido	8964	9003	9059	9102	9137	9154	9196	9223
USA	30682	31247	31812	32356	32902	33331	33769	34143

**TABLA A.17 (cont.)**  
Población de 65 años o más (miles de personas)

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
2249	2291	2335	2379	2436	2491	2546	2605	2668	Australia
1240	1247	1251	1256	1264	1252	1257	1287	1338	Austria
1666	1688	1706	1722	1738	1754				Bélgica
3655	3724	3787	3853	3923	3993	4066	4142	4218	Canadá
1396	1408	1416	1422	1413	1416	1420	1428	1435	Rep. Checa
792	791	790	791	793	797	802	809	818	Dinamarca
748	756	763	772	782	793	806	822	836	Finlandia
9088	9225	9352	9477	9596	9709	9807	9909	10002	Francia
13527	13640	13816	14163	14515	14896	15332	15897	15856	Alemania
1693	1734	1775	1816	1861	1908	1950			Grecia
1499	1514	1526	1538	1548	1556	1563	1572	1585	Hungría
31	32	32	33	33	33	34	34	35	Islandia
416	420	422	425	430	436	443	451	461	Irlanda
9615	9794	9953	10130	10319	10435	10437	10935	11216	Italia
19758	20508	21186	22005	22869	23628	24311	24876	25600	Japón
2929	3069	3224	3395	3581	3779	3975	4182	4383	Corea
60	61	62	61	61	62	63	64	65	Luxemburgo
4849	4921	5137	5229	5695	5958	6187	6138		México
2097	2120	2142	2163	2187	2210	2236			Países Bajos
436	442	448	454	461	468	478	486	498	N. Zelanda
693	690	685	681	678	674	674	676	680	Noruega
4468	4557	4621	4678	4767	4862	4912	4981	5040	Polonia
1720	1606	1642	1675	1686	1697	1707	1774	1798	Portugal
602	608	613	618	611	616	619	623	631	Rep. Eslovaca
6331	6482	6631	6772	6895	6997	7094	7186	7268	España
1543	1540	1574	1532	1572	1533	1538	1548	1560	Suecia
1093	1105	1120	1135	1157	1169	1183	1200		Suiza
3304	3419	3540	3621	3711	3815	3938	4080	4251	Turquía
9244	9270	9278	9308	9373	9441	9510	9580		Reino Unido
34402	34619	34798	35078	35330	35589	35952	36333	36790	USA

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007

**TABLA A.18**  
Población de 80 años o más (miles de personas)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Australia	246	257	266	275	287	300	314	328
Austria	202	209	217	224	231	238	245	253
Bélgica	261	271	282	291	302	314	323	328
Canadá	438	454	470	487	507	527	546	570
Rep. Checa	196	198	205	211	216	220	225	231
Dinamarca	144	148	153	158	162	166	171	175
Finlandia	84	89	95	100	106	111	116	123
Francia	1522	1579	1643	1701	1756	1810	1863	1921
Alemania								
Grecia	221	229	240	250	260	268	275	282
Hungría	214	221	227	232	236	239	243	249
Islandia	5	5			6	6	6	6
Irlanda	62	63	63	64	66	70	70	70
Italia	1199	1234	1279	1321	1367	1426	1488	1558
Japón	1624	1737	1862	1986	2089	2219	2314	2478
Corea								
Luxemburgo	8	8	9	9	9	10	10	10
México	516	530	546	564	583	603	623	644
Países Bajos	317	329	340	351	364	377	387	399
N. Zelanda								
Noruega	120	124	128	132	137	140	143	147
Polonia	504	536	565	598	624	642	663	687
Portugal	159	171	177	185	192	198	206	216
Rep. Eslovaca	75	79	82	85	88	91	93	96
España	688	754	794	834	875	916	956	997
Suecia	259	268	278	288	299	309	319	330
Suiza	165	173	181	188	196	205	213	222
Reino Unido	1519	1570	1624	1681	1742	1802	1852	1912
USA	5227	5373	5542	5710	5877	6047	6225	6417

**TABLA A.18 (cont.)**  
Población de 80 años o más (miles de personas)

1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
341	354	367	384	403	424	446	466	Australia
260	267	274	282	290	298	305	306	Austria
334	342	349	357	365	374	382	386	Bélgica
592	618	643	671	697	725	753	781	Canadá
239	247	255	261	268	276	282	281	Rep. Checa
180	186	190	195	198	201	204	205	Dinamarca
129	135	141	146	152	156	159	163	Finlandia
1987	2053	2118	2178	2243	2312	2376	2386	Francia
2255	2343		3046	3131	3222	3298	3314	Alemania
290	296	307	322	335	326	327	330	Grecia
258	268	264	272	281	290	297	297	Hungría
6	6	6	7	7	7	7	7	Islandia
72	74	76	79	82	85	87	89	Irlanda
1641	1736	1838	1941	2035	2135	2229	2312	Italia
2627	2797	2962	3141	3335	3522	3728	3884	Japón
								Corea
11	11	12	12	13	13	13	14	Luxemburgo
666	687	709	731	755	780	806	834	México
412	423	432	441	450	460	470	479	Países Bajos
			79	82	86	90	93	N. Zelanda
151	154	158	161	165	169	172	175	Noruega
716	741	766	785	803	818	827	822	Polonia
226	237	250	260	264	284	294	304	Portugal
100	104	105	105	107	111	114	114	Rep. Eslovaca
1040	1084	1129	1171	1210	1259	1299	1337	España
340	352	364	375	385	394	403	411	Suecia
231	240	247	254	262	269	275	279	Suiza
1973	2037	2080	2126	2178	2270	2314	2349	Reino Unido
6589	6790	6996	7236	7469	7722	7949	8195	USA

**TABLA A.18 (cont.)**  
Población de 80 años o más (miles de personas)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Australia	484	502	518	535	562	595	625	654	685
Austria	297	286	275	271	279	295	312	326	340
Bélgica	382	371	359	355	366	385	404	420	
Canadá	802	824	845	870	903	943	990	1035	1079
Rep. Checa	270	256	241	236	244	255	269	285	301
Dinamarca	205	206	208	209	211	215	217	218	220
Finlandia	165	167	170	171	174	180	186	195	199
Francia	2317	2236	2176	2145	2207	2342	2465	2571	2686
Alemania	3230	3097	2969	2922	3011	3166	3304	3406	3503
Grecia	332	334	336	337	338	340	349		
Hungría	284	270	258	256	269	287	304	320	332
Islandia	7	7	7	7	8	8	8	9	9
Irlanda	91	92	92	94	96	99	102	105	109
Italia	2353	2330	2270	2233	2298	2431	2572	2708	
Japón	4085	4264	4444	4572	4856	5040	5310	5590	
Corea					483	516	553	586	
Luxemburgo	14	14	13	13	13	13	14	14	14
México	865	896	929	963	997	1033	1071	1111	
Países Bajos	484	490	495	498	508	524	538	551	566
N. Zelanda	96	99	101	104	108	112	117	121	125
Noruega	178	182	186	189	193	199	203	207	211
Polonia	798	769	746	741	760	790	832	885	939
Portugal	310	316	321	326	340	356	368	379	393
Rep. Eslovaca	110	104	98	97	100	103	111	118	125
España	1371	1403	1438	1479	1528	1585	1643	1702	1804
Suecia	418	424	430	435	445	458	467	473	479
Suiza	280	281	281	283	287	296	306	316	324
Reino Unido	2364	2353	2287	2272	2362	2456	2524	2573	2612
USA	8415	8619	8821	9036	9273	9577	9881	10130	

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2007

## COLECCIÓN “CUADERNOS DE LA FUNDACIÓN”

Instituto de Ciencias del Seguro

**Para cualquier información o para adquirir nuestras publicaciones puede encontrarnos en:**

FUNDACIÓN MAPFRE

Publicaciones

Paseo de Recoletos 23 – 28004 Madrid – (España)

Tel: + 34 915 818 768 Fax: +34 915 818 409

[www.fundacionmapfre.com/cienciasdelseguro](http://www.fundacionmapfre.com/cienciasdelseguro)

152. Características sociodemográficas de las personas con doble cobertura sanitaria. Un estudio empírico. 2010
151. Solidaridad Impropia y Seguro de Responsabilidad Civil. 2010
150. La prevención del blanqueo de capitales en las entidades aseguradoras, las gestoras y los corredores de seguros 2010
149. Fondos de aseguramiento agropecuario y rural: la experiencia mexicana en el mutualismo agropecuario y sus organizaciones superiores. 2010
148. Avaliação das Provisões de Sinistro sob o Enfoque das Novas Regras de Solvência do Brasil. 2010
147. El principio de igualdad sexual en el Seguro de Salud: análisis actuarial de su impacto y alcance. 2010
146. Investigaciones históricas sobre el Seguro español. 2010
145. Perspectivas y análisis económico de la futura reforma del sistema español de valoración del daño corporal. 2009
144. Contabilidad y Análisis de Cuentas Anuales de Entidades Aseguradoras (Plan contable 24 de julio de 2008). 2009
143. Mudanças Climáticas e Análise de Risco da Indústria de Petróleo no Litoral Brasileiro. 2009
142. Bases técnicas dinámicas del Seguro de Dependencia en España. Una aproximación en campo discreto. 2009

141. Transferencia Alternativa de Riesgos en el Seguro de Vida: Titulización de Riesgos Aseguradores. 2009
140. Riesgo de negocio ante asegurados con múltiples contratos. 2009
139. Optimización económica del Reaseguro cedido: modelos de decisión. 2009
138. Inversiones en el Seguro de Vida en la actualidad y perspectivas de futuro. 2009
137. El Seguro de Vida en España. Factores que influyen en su progreso. 2009
136. Investigaciones en Seguros y Gestión de Riesgos. RIESGO 2009.
135. Análisis e interpretación de la gestión del fondo de maniobra en entidades aseguradoras de incendio y lucro cesante en grandes riesgos industriales. 2009
134. Gestión integral de Riesgos Corporativos como fuente de ventaja competitiva: cultura positiva del riesgo y reorganización estructural. 2009
133. La designación de la pareja de hecho como beneficiaria en los seguros de vida. 2009
132. Aproximación a la Responsabilidad Social de la empresa: reflexiones y propuesta de un modelo. 2009
131. La cobertura pública en el seguro de crédito a la exportación en España: cuestiones prácticas-jurídicas. 2009
130. La mediación en seguros privados: análisis de un complejo proceso de cambio legislativo. 2009
129. Temas relevantes del Derecho de Seguros contemporáneo. 2009
128. Cuestiones sobre la cláusula *cut through*. Transferencia y reconstrucción. 2008
127. La responsabilidad derivada de la utilización de organismos genéticamente modificados y la redistribución del riesgo a través del seguro. 2008
126. Ponencias de las Jornadas Internacionales sobre Catástrofes Naturales. 2008
125. La seguridad jurídica de las tecnologías de la información en el sector asegurador. 2008
124. Las compañías aseguradoras en los procesos penal y contencioso-administrativo. 2008

123. Predicción de tablas de mortalidad dinámicas mediante un procedimiento *bootstrap*. 2008
122. Factores de riesgo y cálculo de primas mediante técnicas de aprendizaje. 2008
121. La solicitud de seguro en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. 2008
120. Propuestas para un sistema de cobertura de enfermedades catastróficas en Argentina. 2008
119. Análisis del riesgo en seguros en el marco de Solvencia II: Técnicas estadísticas avanzadas Monte Carlo y Bootstrapping. 2008
118. Los planes de pensiones y los planes de previsión asegurados: su inclusión en el caudal hereditario. 2007
117. Evolução de resultados técnicos e financeiros no mercado segurador iberoamericano. 2007
116. Análisis de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados. 2007
115. Sistemas de cofinanciación de la dependencia: seguro privado frente a hipoteca inversa. 2007
114. El sector asegurador ante el cambio climático: riesgos y oportunidades. 2007
113. Responsabilidade social empresarial no mercado de seguros brasileiro influências culturais e implicações relacionais. 2007
112. Contabilidad y análisis de cuentas anuales de entidades aseguradoras. 2007
111. Fundamentos actuariales de primas y reservas de fianzas. 2007
110. El *Fair Value* de las provisiones técnicas de los seguros de Vida. 2007
109. El Seguro como instrumento de gestión de los M.E.R. (Materiales Especificados de Riesgo). 2006
108. Mercados de absorción de riesgos. 2006
107. La exteriorización de los compromisos por pensiones en la negociación colectiva. 2006

106. La utilización de datos médicos y genéticos en el ámbito de las compañías aseguradoras. 2006
105. Los seguros contra incendios forestales y su aplicación en Galicia. 2006
104. Fiscalidad del seguro en América Latina. 2006
103. Las NIC y su relación con el Plan Contable de Entidades Aseguradoras. 2006
102. Naturaleza jurídica del Seguro de Asistencia en Viaje. 2006
101. El Seguro de Automóviles en Iberoamérica. 2006
100. El nuevo perfil productivo y los seguros agropecuarios en Argentina. 2006
99. Modelos alternativos de transferencia y financiación de riesgos "ART": situación actual y perspectivas futuras. 2005
98. Disciplina de mercado en la industria de seguros en América Latina. 2005
97. Aplicación de métodos de inteligencia artificial para el análisis de la solvencia en entidades aseguradoras. 2005
96. El Sistema ABC-ABM: su aplicación en las entidades aseguradoras. 2005
95. Papel del docente universitario: ¿enseñar o ayudar a aprender?. 2005
94. La renovación del Pacto de Toledo y la reforma del sistema de pensiones: ¿es suficiente el pacto político?. 2005
92. Medición de la esperanza de vida residual según niveles de dependencia en España y costes de cuidados de larga duración. 2005
91. Problemática de la reforma de la Ley de Contrato de Seguro. 2005
90. Centros de atención telefónica del sector asegurador. 2005
89. Mercados aseguradores en el área mediterránea y cooperación para su desarrollo. 2005
88. Análisis multivariante aplicado a la selección de factores de riesgo en la tarificación. 2004
87. Dependencia en el modelo individual, aplicación al riesgo de crédito. 2004
86. El margen de solvencia de las entidades aseguradoras en Iberoamérica. 2004

85. La matriz valor-fidelidad en el análisis de los asegurados en el ramo del automóvil. 2004
84. Estudio de la estructura de una cartera de pólizas y de la eficacia de un Bonus-Malus. 2004
83. La teoría del valor extremo: fundamentos y aplicación al seguro, ramo de responsabilidad civil autos. 2004
81. El Seguro de Dependencia: una visión general. 2004
80. Los planes y fondos de pensiones en el contexto europeo: la necesidad de una armonización. 2004
79. La actividad de las compañías aseguradoras de vida en el marco de la gestión integral de activos y pasivos. 2003
78. Nuevas perspectivas de la educación universitaria a distancia. 2003
77. El coste de los riesgos en la empresa española: 2001.
76. La incorporación de los sistemas privados de pensiones en las pequeñas y medianas empresas. 2003
75. Incidencia de la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil en los procesos de responsabilidad civil derivada del uso de vehículos a motor. 2002
74. Estructuras de propiedad, organización y canales de distribución de las empresas aseguradoras en el mercado español. 2002
73. Financiación del capital-riesgo mediante el seguro. 2002
72. Análisis del proceso de exteriorización de los compromisos por pensiones. 2002
71. Gestión de activos y pasivos en la cartera de un fondo de pensiones. 2002
70. El cuadro de mando integral para las entidades aseguradoras. 2002
69. Provisiones para prestaciones a la luz del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados; métodos estadísticos de cálculo. 2002
68. Los seguros de crédito y de caución en Iberoamérica. 2001
67. Gestión directiva en la internacionalización de la empresa. 2001
65. Ética empresarial y globalización. 2001

64. Fundamentos técnicos de la regulación del margen de solvencia. 2001
63. Análisis de la repercusión fiscal del seguro de vida y los planes de pensiones. Instrumentos de previsión social individual y empresarial. 2001
62. Seguridad Social: temas generales y régimen de clases pasivas del Estado. 2001
61. Sistemas Bonus-Malus generalizados con inclusión de los costes de los siniestros. 2001
60. Análisis técnico y económico del conjunto de las empresas aseguradoras de la Unión Europea. 2001
59. Estudio sobre el euro y el seguro. 2000
58. Problemática contable de las operaciones de reaseguro. 2000
56. Análisis económico y estadístico de los factores determinantes de la demanda de los seguros privados en España. 2000
54. El corredor de reaseguros y su legislación específica en América y Europa. 2000
53. Habilidades directivas: estudio de sesgo de género en instrumentos de evaluación. 2000
52. La estructura financiera de las entidades de seguros, S.A. 2000
50. Mixturas de distribuciones: aplicación a las variables más relevantes que modelan la siniestralidad en la empresa aseguradora. 1999
49. Solvencia y estabilidad financiera en la empresa de seguros: metodología y evaluación empírica mediante análisis multivariante. 1999
48. Matemática Actuarial no vida con MapleV. 1999
47. El fraude en el Seguro de Automóvil: cómo detectarlo. 1999
46. Evolución y predicción de las tablas de mortalidad dinámicas para la población española. 1999
45. Los Impuestos en una economía global. 1999
42. La Responsabilidad Civil por contaminación del entorno y su aseguramiento. 1998

41. De Maastricht a Amsterdam: un paso más en la integración europea. 1998

Nº Especial Informe sobre el Mercado Español de Seguros 1997

Fundación MAPFRE Estudios

39. Perspectiva histórica de los documentos estadístico-contables del órgano de control: aspectos jurídicos, formalización y explotación. 1997

38. Legislación y estadísticas del mercado de seguros en la comunidad iberoamericana. 1997

37. La responsabilidad civil por accidente de circulación. Puntual comparación de los derechos francés y español. 1997

36. Cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados y cláusulas delimitadoras del riesgo cubierto: las cláusulas de limitación temporal de la cobertura en el Seguro de Responsabilidad Civil. 1997

35. El control de riesgos en fraudes informáticos. 1997

34. El coste de los riesgos en la empresa española: 1995

33. La función del derecho en la economía. 1997

Nº Especial Informe sobre el Mercado Español de Seguros 1996

Fundación MAPFRE Estudios

32. Decisiones racionales en reaseguro. 1996

31. Tipos estratégicos, orientación al mercado y resultados económicos: análisis empírico del sector asegurador español. 1996

30. El tiempo del directivo. 1996

29. Ruina y Seguro de Responsabilidad Civil Decenal. 1996

Nº Especial Informe sobre el Mercado Español de Seguros 1995

Fundación MAPFRE Estudios

28. La naturaleza jurídica del Seguro de Responsabilidad Civil. 1995

27. La calidad total como factor para elevar la cuota de mercado en empresas de seguros. 1995

26. El coste de los riesgos en la empresa española: 1993

25. El reaseguro financiero. 1995

24. El seguro: expresión de solidaridad desde la perspectiva del derecho. 1995
23. Análisis de la demanda del seguro sanitario privado. 1993

Nº Especial Informe sobre el Mercado Español de Seguros 1994  
Fundación MAPFRE Estudios

22. Rentabilidad y productividad de entidades aseguradoras. 1994
21. La nueva regulación de las provisiones técnicas en la Directiva de Cuentas de la C.E.E. 1994
20. El Reaseguro en los procesos de integración económica. 1994
19. Una teoría de la educación. 1994
18. El Seguro de Crédito a la exportación en los países de la OCDE (evaluación de los resultados de los aseguradores públicos). 1994

Nº Especial Informe sobre el mercado español de seguros 1993  
FUNDACION MAPFRE ESTUDIOS

16. La legislación española de seguros y su adaptación a la normativa comunitaria. 1993
15. El coste de los riesgos en la empresa española: 1991
14. El Reaseguro de exceso de pérdidas 1993
12. Los seguros de salud y la sanidad privada. 1993
10. Desarrollo directivo: una inversión estratégica. 1992
9. Técnicas de trabajo intelectual. 1992
8. La implantación de un sistema de *controlling* estratégico en la empresa. 1992
7. Los seguros de responsabilidad civil y su obligatoriedad de aseguramiento. 1992
6. Elementos de dirección estratégica de la empresa. 1992
5. La distribución comercial del seguro: sus estrategias y riesgos. 1991
4. Los seguros en una Europa cambiante: 1990-95. 1991

2. Resultados de la encuesta sobre la formación superior para los profesionales de entidades aseguradoras (A.P.S.). 1991
1. Filosofía empresarial: selección de artículos y ejemplos prácticos. 1991

