

Disposición a pagar por seguros de salud: ¿existe una demanda potencial en el Perú?¹

Midori de Habich y Miguel Madueño – UPCH



Foto CIES

Es menos costoso. Existiría una preferencia por que sea el MINSA el principal prestador de servicios de aseguramiento.

La estructura del mercado laboral peruano y sus relaciones contractuales reflejan una reducida protección social de los trabajadores. Así, por ejemplo, un 72% de ellos no tiene acceso a los beneficios sociales de los regímenes de seguro de salud ni de pensiones, entre otros. Esta situación se explica, fundamentalmente, por la escasa capacidad del aseguramiento tradicional (basado en contribuciones sobre la planilla) para lograr una cobertura universal, así como por la existencia de condiciones de “asalariamiento informal” dentro del segmento dependiente.

Los bajos niveles de aseguramiento son aun más acentuados en el segmento de dependientes sin contrato y en el de independientes (véase el cuadro 1). Este hecho resulta preocupante, ya que diversos estudios han demostrado que la carencia de cobertura de seguros de salud tiene implicancias negativas sobre la percepción de enfermedad y sobre los patrones de utilización de los servicios de salud. Precisamente,

este contexto constituye la principal motivación para diseñar políticas orientadas a elevar la cobertura de aseguramiento en el Perú.

Evidentemente, las soluciones tradicionales para la problemática descrita están estrechamente relacionadas con el aseguramiento universal, el incremento de la cobertura de los sistemas públicos de seguridad social y una efectiva supervisión de normas por parte de la autoridad de trabajo. No obstante, el presente estudio busca explorar la viabilidad de recursos adicionales mediante el aseguramiento voluntario, de manera que sea posible conocer si existe una demanda por seguros desatendida. Para ello, se evalúa la disposición y la capacidad de pago por seguros de salud de los individuos (u hogares) que conforman el segmento laboral independiente de ingresos medios y altos y que carecen de cobertura de aseguramiento.

Voluntad de pago por seguros potestativos de salud

Los eventos de enfermedades, principalmente catastróficas, tienden a generar efectos significativos e impredecibles en las condiciones económicas de los individuos o familias que carecen de una cobertura de seguros. La razón es que imponen severos costos asociados con los gastos en servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de dichas enfermedades

Cuadro 1

Condición de no aseguramiento por categoría ocupacional

Área	Dependiente		Independiente
	Con contrato	Sin contrato	
Lima Metropolitana	36%	81%	75%
Resto urbano	26%	81%	79%
Rural	45%	93%	90%
Perú	33%	85%	84%

Fuente: ENNIV 2000
Elaboración propia

1/ Resumen del documento titulado “Disposición a pagar por seguros de salud en los segmentos no asalariados de medianos y altos ingresos: ¿existe una demanda potencial en el Perú?”, desarrollado en el marco del concurso de investigación ACIDI-IDRC 2002. Podrá descargar la versión completa desde <http://www.consortio.org/programa2002.asp>

«...un 72% de ellos [los trabajadores] no tiene acceso a los beneficios sociales de los regímenes de seguro de salud ni de pensiones...»

(costos directos), así como los costos de oportunidad en caso de padecer una enfermedad.

Como consecuencia, los segmentos no asegurados se hallan expuestos a severos riesgos financieros, lo que genera volatilidad en los ingresos disponibles y reduce la capacidad de consumo familiar durante los períodos de enfermedad. Lo anterior implica que los no asegurados pierden capacidad de suavizar su consumo intertemporal y, por tanto, alcanzan un nivel de bienestar inferior que aquellos que cuentan con una protección financiera para eventos de enfermedad.

En tal sentido, los seguros potestativos de salud adquieren un importante valor, en tanto constituyen un mecanismo de protección del consumo ante probables eventos de enfermedad, valor que se refleja en el incremento de bienestar producido por acceder a una cobertura de seguro. Mientras mayor bienestar genere el seguro, mayor será el incentivo para que el individuo se asegure, existiendo un umbral de bienestar sobre el cual los individuos se asegurarán con certeza, dada sus restricciones presupuestarias.

Foto CIES



Seguro implícito. La actual política del MINSA desincentiva el aseguramiento potestativo.

De acuerdo con el modelo de voluntad de pago de seguros potestativos², las tarifas subsidiadas a los servicios públicos de salud y el estado de salud de las personas son factores fundamentales en la determinación de la demanda por servicios de salud. Precisamente, la función del primer factor parece ser de suma relevancia para el caso peruano, aunque también se debe considerar que existen otros factores no contemplados en el modelo desarrollado, como por ejemplo: a) la mala percepción del riesgo de enfrentar una enfermedad crónica, b) el sesgo de status quo, según el cual los agentes pueden decidir no modificar su situación actual, a pesar de existir beneficios en caso de hacerlo, c) la ausencia de comportamientos preventivos, d) la baja capacidad de compra y e) los problemas de información que dificultan un *pricing* más fino de las empresas de seguros.

Metodología de medición de la voluntad de pagos por seguros potestativos

La valorización de la disposición a pagar por seguros potestativos requiere el empleo de técnicas especiales, que no dependan exclusivamente de información de mercado relacionada con las decisiones de consumo de los individuos³.

Ante las limitaciones que evidencia la utilización de información de mercado como *proxy* de las preferencias reveladas de los consumidores, se han desarrollado técnicas alternativas para inferir preferencias y/o valorizar bienes y servicios (voluntad de pago). Estas se basan en información de las preferencias

«...los segmentos no asegurados se hallan expuestos a severos riesgos financieros, lo que genera volatilidad en los ingresos disponibles y reduce la capacidad de consumo familiar durante los períodos de enfermedad»

2/ Para mayores detalles al respecto, revisar la versión completa del documento.

3/ Esto se debe a que, en muchos casos, esta información se encuentra distorsionada, es escasa o inexistente. Asimismo, la existencia de incertidumbre y asimetrías de información pueden generar problemas de principal-agente e influenciar las decisiones de los consumidores.

declaradas, las cuales se recogen a través de encuestas ad hoc que facilitan la simulación del comportamiento de los agentes en un mercado hipotético. Luego, dichas encuestas permiten estimar la disposición a pagar utilizando métodos de inferencia de la voluntad de pago, como el de valuación contingente.

El análisis realizado también emplea modelos de selección discreta para aproximar las preferencias de los consumidores, las que son identificadas mediante el desarrollo de un experimento controlado, que consiste en simular un mercado hipotético y solicitar a los encuestados que elijan una alternativa entre un conjunto de opciones que son presentadas en la encuesta. Cada opción es diseñada sobre un conjunto de atributos que caracterizan el producto o servicio que se desea evaluar, incluyendo el precio, diferenciándose entre ellas por los valores consignados en cada atributo. Precisamente, los siete atributos consignados en este trabajo son: el tipo de asegurador, el valor de la cobertura del seguro, el valor de la prima, el nivel de copago ambulatorio, el copago por servicios de hospitalización, el período de carencia y la cobertura por servicios odontológicos.

La información empleada para la estimación de la voluntad de pago por seguros potestativos de salud se obtuvo mediante la aplicación de una encuesta ad hoc sobre seguros y calidad de vida a 480 trabajadores independientes, de medianos y altos ingresos en Lima Metropolitana. Dicha encuesta fue ejecutada por la empresa Cuanto S.A., durante el IV trimestre del 2003, que recopiló la información mediante entrevista directa. La encuesta tuvo como objetivo generar información relevante sobre las condiciones socioeconómicas de los trabajadores independientes, las percepciones del estado de salud de los individuos pertenecientes a este segmento laboral, medido a través de

«El análisis de la encuesta de seguros y bienestar sugiere que existe un importante margen para profundizar el mercado de seguros en los segmentos independientes de medianos y altos ingresos en Lima Metropolitana»

indicadores de la calidad de vida, y las preferencias declaradas de los trabajadores independientes respecto de los seguros potestativos de salud.

Principales resultados

El análisis de la encuesta de seguros y bienestar sugiere que existe un importante margen para profundizar el mercado de seguros en los segmentos independientes de medianos y altos ingresos en Lima Metropolitana. Así, el 98% de los trabajadores independientes sin seguro estaría dispuesto a adquirir una cobertura de seguros. Por otro lado, el 96% de los trabajadores independientes que cuenta con un seguro estaría dispuesto a adquirir una cobertura adicional. Cabe señalar que ambas fuentes de demanda concentran al 85% de la población encuestada. Adicionalmente, con respecto al esquema de aseguramiento, los encuestados declaran preferir el seguro de tipo familiar al individual, con proporciones de 65% y 35%, respectivamente.

A pesar de lo alentador de estos resultados, en la medida que muestran una demanda potencial bastante amplia, es importante mencionar que estos valores se hallan sobreestimados debido al sesgo de respuesta afirmativa inherente en este tipo de encuestas, por lo que son solo un punto de partida para el análisis de la disposición a pagar por un seguro.

Al ser consultados sobre el tipo de plan que elegirían (i.e. básico, intermedio o catastrófico), sin revelar el valor de la prima correspondiente, solo un 34% de los encuestados seleccionó un seguro catastrófico. Este resultado sugiere algunas hipótesis de interés que serán contrastadas, posteriormente, con la medición de la disposición a pagar y el análisis de sus determinantes.

En primer lugar, sugiere que existen barreras de entradas de carácter económico que limitan el acceso al mercado de seguros catastróficos. Cabe resaltar que el porcentaje que seleccionaría este tipo de seguros



Foto: CIES

Es significativa. La demanda por seguros de salud en Lima Metropolitana ascendería a US\$ 25-35 millones.



Desprotegidos. Más de 70% de la población no tiene acceso a los beneficios sociales de los seguros de salud.

disminuye a 19% para el caso de los trabajadores independientes que pertenecen al cuartil inferior de gasto, lo cual contrasta con el 45% de preferencias registradas en el cuartil superior. Asimismo, el porcentaje de individuos que estarían dispuestos a adquirir un seguro catastrófico es mayor en el caso de los solteros (44%), en comparación con un 33% del grupo de casados.

En segundo lugar, los bajos niveles de demanda por seguros catastróficos podrían estar evidenciando la existencia de una percepción de que los seguros catastróficos son costosos, lo cual estaría autolimitando el acceso a este tipo de mercado y favoreciendo el desarrollo de seguros con baja cobertura. Este resultado es consistente con los bajos porcentajes relativos registrados en los grupos poblacionales que tienen menor información sobre este mercado, ya sea por carecer de cobertura de seguro o por tener menor nivel educativo (entre 20% y 22%).

En tercer lugar, los bajos niveles de demanda por seguros catastróficos podrían también estar asociados con la existencia de una baja percepción de necesidad por este tipo de seguros. Ello se refleja en el por-

«Se estima que el valor de la demanda potencial para Lima Metropolitana ascendería a US\$ 25-35 millones»

centaje significativo de individuos pertenecientes al cuartil superior que seleccionaron planes de beneficios básicos o intermedios.

Con respecto al análisis de la disposición a pagar por primas de seguros, se encontró que la media de esta variable fluctúa entre US\$ 106 y US\$ 152 anuales, de acuerdo con los diferentes métodos de estimación aplicados. Si se consideran las ventajas que presenta el modelo de selección discreta —menor riesgo de sesgos de desconocimiento de mercado y de unidimensionalidad—, se recomienda tomar como valor referencial US\$ 143. Esto implicaría un cobro mensual de US\$ 12. Adicionalmente, los encuestados señalaron su disposición a pagar un copago de US\$ 3 por consulta externa en todos los planes.

La voluntad de pago y la probabilidad de seleccionar cada plan varían según el nivel de ingresos del titular. Así, los planes básicos e intermedios se comportan como bienes inferiores, mientras que el plan catastrófico actúa como un bien normal. Es decir, a medida que las familias incrementen sus ingresos, tenderán a demandar proporcionalmente planes de mayor cobertura, lo que muestra un comportamiento procíclico. De esta manera, la expansión del mercado de planes catastróficos se ve favorecida por el crecimiento económico. Por el contrario, la demanda por planes básicos e intermedios actuaría en forma anticíclica, anticipándose una mayor demanda por estos en situaciones de recesión.

Se estima que el valor de la demanda potencial para Lima Metropolitana ascendería a US\$ 25-35 millones. Debido a que la demanda insatisfecha se encuentra segmentada, se recomienda el empleo de una estrategia de discriminación de mercados, que permita una mayor extracción del excedente del consumidor.

Determinantes de la voluntad de pago por seguros potestativos de salud

El modelo de regresión logística empleado en esta etapa del estudio permite cuantificar los factores más importantes en la decisión de aseguramiento y la voluntad de pago expresada por los individuos encuestados. Los atributos con mayor influencia en las decisiones de aseguramiento y selección de plan son los referidos al tipo de prestador, la provisión de servicios de odontología y el nivel del copago hospitalario. Con relación al tipo de prestador, existiría una mayor preferencia relativa por el prestador Ministerio de Salud (MINSA), aunque las probabilidades de los otros prestadores son significativas. Ello apuntaría a que los planes de seguros sean ofrecidos con una amplia gama

de prestadores, integrando al MINSA, a EsSalud y a los privados.

Respecto de las condiciones socioeconómicas de los individuos, se observa que la probabilidad de demandar un plan catastrófico está influida significativamente por el nivel de conocimiento del mercado de seguros. Esto implica que la oferta de seguros debe ser acompañada de una campaña informativa de sensibilización extensa, lo cual tendrá el efecto de ampliar significativamente la demanda.

Asimismo, la evidencia muestra que ante una mejora en el estado de salud, se produce un efecto sustitutorio entre el plan básico y el intermedio. Así, es válida la hipótesis de que las personas con peor estado de salud están dispuestas a tomar mayor cobertura de riesgo financiero, mientras que las personas con mejor estado de salud son más propensas al seguro

«...las personas con peor estado de salud están dispuestas a tomar mayor cobertura de riesgo financiero, mientras que las personas con mejor estado de salud son más propensas al seguro básico»

Foto CIES



Poca planificación. La ausencia de un comportamiento preventivo es un determinante importante de la demanda por servicios de salud.

básico. Finalmente, los resultados de la estimación del modelo muestran que los subsidios públicos impactan negativamente en la demanda de seguros catastróficos. Ello evidenciaría un cierto efecto de desplazamiento (*crowding-out*), como consecuencia de la actual política tarifaria del MINSA, lo cual estaría contribuyendo con restringir el tamaño del mercado.

Recomendaciones de política y beneficios de satisfacer la demanda potencial

La actual política tarifaria del MINSA desincentiva el aseguramiento potestativo, al actuar como un “seguro implícito”, y, por lo tanto, limita la profundidad del mercado de seguros. En tal sentido, existen indicios de que, en ausencia de una redefinición de la política de otorgamiento de subsidios públicos a los independientes no pobres que carecen de seguro, la posibilidad de efectivizar la demanda potencial por seguros será limitada.

La existencia de una demanda potencial por seguros entre trabajadores independientes, de medianos y altos ingresos, constituye un punto de partida para lograr extender la cobertura de aseguramiento en un mercado tan reducido como el de seguros. No obstante, no se debe dejar de lado la necesidad de que la mayor oferta debe estar acompañada de campañas de difusión y promoción de las ventajas del aseguramiento.

La adopción de arreglos institucionales que permitan la profundización del mercado de seguros en Lima Metropolitana acarrea beneficios, tanto para el funcionamiento del sistema de salud como para los diversos agentes del mercado de seguros. De esta manera, en el nivel sistémico se logra ampliar el acceso y alcanzar una mayor eficiencia y competencia en el aseguramiento. Asimismo, la ampliación del mercado permitiría liberar recursos públicos y aumentar la participación de mercado de las aseguradoras privadas. Finalmente, la ampliación de la cobertura de servicios contribuiría con el logro de un aumento en el bienestar de los usuarios de estos productos.

Este estudio ha explorado las condiciones de demanda por seguros, siendo necesario investigar la estructura y capacidad de los ofertantes de los mismos, principalmente en términos de los costos actuariales de los planes, de los mecanismos de formación de precios y de los arreglos organizacionales (*marketing* de nuevos productos en nuevos segmentos de mercado) para cubrir esta demanda no atendida.