Consorcio de Investigación Económica y Social
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Informe final

Disposición a pagar por seguros de salud en los segmentos no asalariados de medianos y altos ingresos ¿existe una demanda potencial en el Lima Metropolitana?

Miguel Madueño
Midori de Habich
Manuel Jumpa

Abstract

El presente estudio tiene como finalidad estimar el mercado potencial por seguros potestativos en el segmento independientes no asegurados de ingresos medios y altos en Lima Metropolitana. Para ello se ha especificado un modelo ampliado de demanda de seguros potestativos de salud en un mercado dual, en el cual las dimensiones financieras y de salud son componentes fundamentales en la formación de la aversión al riesgo de los individuos y de las familias. Sobre la base de este se aplicó dos métodos de inferencia de la voluntad de pago por seguros potestativos: (i) Valuación de contingencia; (ii) Modelo de selección discreta.

Los principales resultados apuntan a que existe el mercado de seguros de salud se halla sub-explotado, al estimarse una demanda potencial adicional de US$ 25-35 millones en Lima Metropolitana. Desde el lado de la demanda, la poca profundidad del mercado se debería principalmente al insuficiente conocimiento de este segmento laboral sobre el funcionamiento de los seguros y sus beneficios. Adicionalmente, se ha identificado que la política de subsidios públicos de salud genera una distorsión en el mercado al desincentivar el aseguramiento en población con capacidad y voluntad de pago.

Índice

I. Introducción.....4

II. La voluntad de pago por seguros potestativos de salud.....9

II. 1 Aspectos conceptuales.....9

II.2 Determinantes de la voluntad de pago por seguros potestativos de salud.....13

II.2.1 Modelo de formación de la voluntad de pago por seguros potestativos.....13

II.2.2 Posibles desviaciones respecto al modelo normativo de voluntad de pago de seguros.....22

III. Metodología de medición de la voluntad de pagos por seguros potestativos...28

III.1 Preferencias reveladas vs. preferencias declaradas.....28

III.2 Métodos de inferencias de la voluntad de pago.....29

III.2.1 *Valuación de contingencia: Oferta de precios 29*

III.2.2 *Valuación de contingencia: Umbrales múltiples.....30*

III.2.3 *Modelos de selección discreta 35*

III.3 Fuentes de información.....39

III.4 Definición de variables.....43

III.4.1 *Atributos de los planes de seguros..... .....43*

III.4.2 *Características de los individuos.....45*

IV. Análisis de resultados.....47

IV.1. *Medición de la voluntad de pago por seguros potestativos de salud y demanda potencial..... .....53*

IV.2 *Determinantes de la voluntad de pago por seguros potestativos de salud..... .....58*

V. Consideraciones finales.....63

Bibliografía.....66

Anexo I: Anexo estadístico.....

Anexo II: Cédula de la Encuesta de bienestar y preferencias por seguros de hogares independientes (EBSI).....

Anexo III: Guía de grupo focal.....

I. Introducción

El mercado laboral peruano muestra que la población económicamente activa (PEA) está constituida principalmente por trabajadores independientes, es decir, sin vínculo laboral con un empleador. Por su parte, dentro del segmento dependiente destaca que apenas un 18% reporta tener un vínculo contractual, mientras que el 21% carece de una relación formal de trabajo.

Esta estructura del mercado laboral y sus relaciones contractuales reflejan una reducida protección social, en tanto 72% de los trabajadores no acceden a los beneficios sociales de los regímenes de seguro de salud ni de pensiones, entre otros.

Cuadro 1: Distribución de la PEA según categoría ocupacional y área geográfica

Area	Dependiente		Independiente	Desempleada	Total	Estructura
	Con contrato	Sin contrato				
Lima Metropolitana	29%	25%	33%	14%	100%	30%
Resto Urbano	20%	20%	46%	14%	100%	36%
Rural	6%	18%	73%	3%	100%	34%
Perú	18%	21%	51%	10%	100%	100%

Fuente: ENNIV 2000
Elaboración: Propia

Esta escasa protección social respondería fundamentalmente a dos factores:

a) el modelo tradicional de seguridad social financiado por contribuciones sobre la planilla tiene reducidos alcances para lograr una cobertura universal de aseguramiento, en tanto más de la mitad de los trabajadores no se encuentran asalariados en el Perú.

b) la actual coyuntura económica y la falta de una real fiscalización del cumplimiento de las normas laborales genera condiciones para un “asalariamiento informal”, aun dentro del segmento dependiente.

En consecuencia, no sorprenden los bajos niveles de aseguramiento que se observan en los segmentos dependiente e independiente del mercado laboral (Cuadro 2), registrándose, aun en las áreas urbanas, un déficit mayor al 75%.

Cuadro 2: Condición de no aseguramiento por categoria ocupacional

Area	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

Diversos estudios han demostrado que la carencia de cobertura de seguros de salud tienen implicancias negativas sobre la percepción de enfermedad y sobre los patrones de utilización de los servicios de salud, postergando decisiones de acceso, todo lo cual atenta contra el estado de salud de la población no asegurada (Madueño 2002).

En este contexto, se requiere diseñar políticas orientadas a elevar la cobertura de aseguramiento en el Perú, de modo de garantizar el derecho al acceso universal a los servicios de salud. Sin embargo, las restricciones presupuestarias actuales hacen poco factible un aseguramiento universal, haciéndose necesario explorar mecanismos alternativos de financiamiento[1]. Este estudio busca explorar la viabilidad de recursos adicionales mediante el aseguramiento voluntario, con base en un análisis de las condiciones laborales y económicas de la población no asegurada.

[1] Dentro de la diversas fuentes, se viene explorando los mecanismos de canje de deuda y de destino de los impuestos selectivos.

En este sentido, en el cuadro 3 se muestra la distribución de la población no asegurada según categoría ocupacional y nivel económico, cuyos resultados estarían sugiriendo tres tipos de estrategias diferenciadas:

1. Establecimiento de incentivos para la formalización del empleo dependiente y su consiguiente inclusión en el régimen de seguridad social, para el caso de los trabajadores dependientes actualmente sin contrato laboral. Para ello es indispensable contar con una efectiva supervisión de las normas por parte de la autoridad de trabajo.

Cuadro 3: Distribución de la PEA no asegurada

Area	Dependiente	Independiente
	Sin contrato	
Lima Metropolitana	100%	100%
I	21%	24%
II	25%	24%
III	26%	19%
IV	20%	23%
V	8%	11%
Resto Urbano	100%	100%
I	28%	21%
II	28%	20%
III	17%	22%
IV	17%	21%
V	10%	16%
Rural	100%	100%
I	19%	18%
II	21%	17%
III	20%	22%
IV	22%	20%
V	18%	23%
Perú	100%	100%
I	23%	20%
II	25%	19%
III	21%	21%
IV	20%	21%
V	12%	19%

Fuente: ENNIV 2000
Elaboración: Propia

2. Ampliación de la cobertura del subsidio público de salud a la totalidad de la población no asegurada independiente que pertenece a los segmentos en situación de pobreza (quintiles de gasto I, II y III), los cuales enfrentan severas barreras de entradas de carácter económico al acceso de los servicios de salud. Cabe señalar que este grupo poblacional representan aproximadamente un 60% de esta población.

3. Establecimiento de seguros de salud, total o parcialmente, auto – financiados para la población no asegurada independiente que pertenece a los segmentos de mayores recursos relativos (quintiles de gasto IV y V) y que representan aproximadamente un 40% de esta población. Cabe señalar que actualmente este grupo cuenta con un "seguro implícito", vía atenciones subsidiadas en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), originado por la política tarifaria vigente, la cual no discrimina según nivel socioeconómico. Ello, distorsiona los precios relativos y desincentiva el aseguramiento en este segmento de medianos y altos ingresos. Por lo tanto, para que la estrategia planteada sea efectiva deberá ser complementada con una revisión de la política tarifaria del MINSA para este segmento.

En este sentido, el objetivo de la presente investigación es evaluar la disposición y capacidad de pago por seguro de salud de los individuos (u hogares) que conforman el segmento laboral independiente de ingresos medios y altos que carecen de cobertura de aseguramiento (estrategia 3). Para este efecto, se presenta en el capítulo II el marco teórico para el análisis de la demanda de seguros potestativos, teniendo en consideración los diferentes riesgos de enfermedad de la población (catastróficos y no catastróficos). En el capítulo III se presenta la diversas metodologías empleadas para la medición de la disposición a pagar y de la demanda potencial por seguros potestativos de salud y cuyos principales resultados se discuten en el capítulo IV. Cabe señalar, que el ámbito de análisis del presente estudio se circunscribe al área de Lima Metropolitana, el cual concentra el 50% de los trabajadores independientes.

Finalmente en capítulo final se plantean, desde la perspectiva de la demanda, implicancias de política para el establecimiento de esquemas de aseguramiento para esta población, con el fin hacer efectiva esta demanda potencial y obtener "ahorros netos" del

sector público, con el fin de reorientar recursos a la población pobre. Las recomendaciones estarán orientadas a dar pautas respecto de:

- Primas máximas y mecanismos de recaudación
- Características de los planes de beneficios
- Líneas de investigación futuras

Capítulo II
La voluntad de pago por seguros potestativos de salud

II. 1 Aspectos conceptuales

Los eventos de enfermedades, principalmente catastróficas, tienden a generar efectos significativos e impredecibles sobre las condiciones económicas de los individuos o familias que carecen de una cobertura de seguros, ya que imponen severos costos asociados a los gastos de bolsillo en servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de dichas enfermedades (costos directos), así como por los ingresos que se estarían dejando de percibir durante el periodo de tratamiento (coste de oportunidad), en caso de ser independiente.

Como consecuencia, los segmentos no asegurados se hallan expuestos a severos riesgos financieros, generando volatilidad en los ingresos disponibles y reduciendo la capacidad de consumo familiar durante los periodos de enfermedad[2]. Lo anterior implica, que los no asegurados pierden capacidad de suavizar su consumo intertemporal (*full consumption smoothing*) y por lo tanto, tienen un nivel de bienestar inferior que aquellos que cuentan con una protección financiera para eventos de enfermedad[3], tal como se muestra en el gráfico 1.

En el gráfico se muestran los consumos en bienes y servicios (excluyendo los gastos sanitarios) en cada uno de los estados de salud (supra-índice S = sano o E = enfermo) que realizaría un individuo con una restricción presupuestaria dada (FF'), bajo diferentes escenarios de aseguramiento (subíndice S = sin seguro, C = con seguro.) Por su parte, la

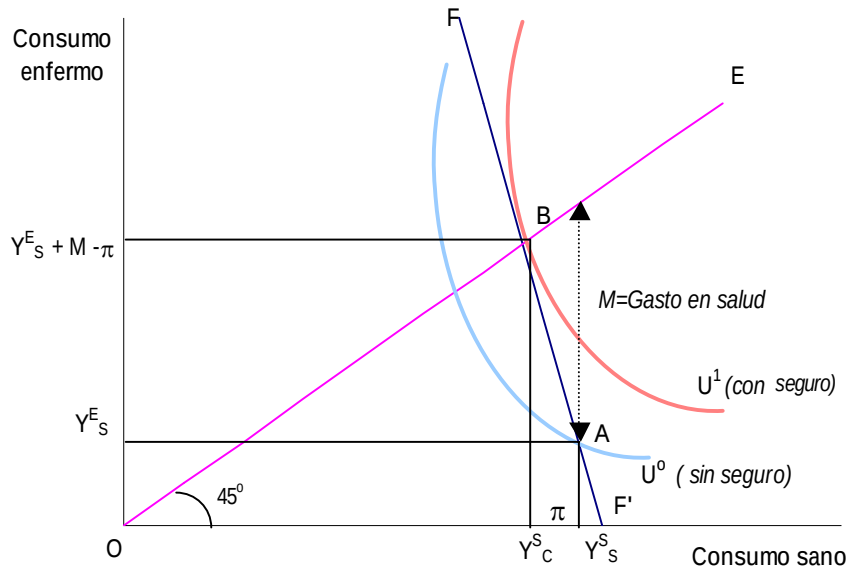
[2] De acuerdo a la conceptualización de los eventos de salud definidas en Aedo y Sapelli (1999), los eventos de enfermedad de carácter aleatorio (i.e. eventos hospitalarios frente a un accidente o atención cardiológica frente a un infarto) o las enfermedades crónicas son susceptibles de ser asegurables para prevenir los riesgos financieros. De igual manera, constituyen eventos asegurables las acciones de protección y fomento adoptadas para reducir las probabilidades de ocurrencia de enfermedades. En contraste, los eventos de salud derivados de algunos bienes públicos (medio ambiente) o bienes privados con externalidades (vacunas, saneamiento básico) requieren de elevadas inversiones para prevenir los riesgos de salud en la población, requiriendo mecanismos alternativos de financiamiento, principalmente de carácter público.

[3] El uso de mecanismos alternativos de financiamiento, tales como la utilización de ahorros, ventas de activos, endeudamiento, transferencias de recursos por parte de familiares o de la red social, si bien, disminuyen parcialmente la volatilidad en los ingresos, erosionan el patrimonio de las familias y por lo tanto, no contribuyen a equilibrar el nivel de bienestar entre asegurados y no asegurados.

línea diagonal 0E representa el locus de puntos de consumo suavizado para cada nivel de ingreso.

Gráfico I

Nivel de bienestar según condición de aseguramiento



En ausencia de seguro, las decisiones intertemporales de consumo estarán directamente vinculadas a la percepción individual respecto a la probabilidad de ocurrencia de un evento de enfermedad. Si la percepción fuera baja, los agentes económicos tenderían a valorar más su consumo presente y por lo tanto estarían menos dispuestos a sacrificar recursos en los periodos saludables para financiar el consumo en los periodos de enfermedad. Lo anterior implicaría que, ex-ante, mientras menor sea la probabilidad de enfermarse de una persona no asegurada mayor sería el consumo deseado para los periodos saludables (Y^S_S) que para los periodos de enfermedad ($Y^E_{S.}$) Dada la restricción presupuestaria y de concretarse un evento de enfermedad, el consumo para la persona enferma no asegurada sería efectivamente inferior en el monto de los gastos en salud (M) que tuviera que efectuar, por lo tanto su nivel de gasto efectivo sería $Y^E_S = Y^S_S - M$. Esta situación de equilibrio (no óptimo) está representada por el punto A en el gráfico 1.

Con un mercado de seguros, los individuos tienen la posibilidad de disminuir o eliminar la carga monetaria por enfermedad mediante el pago de una prima (π) que les permita cubrir total o parcialmente los gastos de salud (αM, $0 \leq \alpha \leq 1$) ante un evento de enfermedad.

De existir voluntad de pago por un seguro de salud, los individuos quisieran sacrificar, ex ante a la ocurrencia de un evento de enfermedad, parte de los recursos destinados al consumo en los periodos saludables ($\pi \leq Y^S_S - Y^S_C$), lo cual permitiría atenuar la potencial contracción del consumo durante los periodos de enfermedad.

Por lo tanto, al acceder al mercado de seguros de salud, los individuos obtendrían un perfil de consumo intertemporal más equilibrado, con un consumo en los periodos saludables equivalente a $Y^S_S - \pi$ y de $Y^E_S + \alpha M - \pi$, en los periodos de enfermedad. Como resultado, los individuos elevarían su nivel de bienestar, debido a que se estarían desplazando hacia curvas de indiferencia superiores a la que tendría un no asegurado (U^o), alcanzando un máximo nivel de bienestar en el caso que se obtenga una cobertura total (α=1.) Esta solución, representada por el punto B sobre la curva de indiferencia U^1, permite un completo suavizamiento del consumo, equiparando los gastos en bienes y servicios en ambos estados de salud.

En este sentido, los seguros potestativos de salud adquieren un 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.

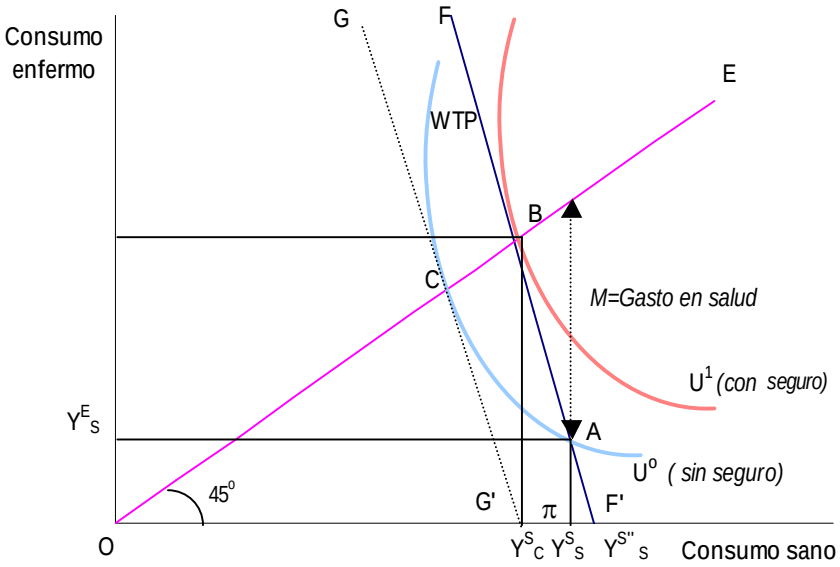
De esta forma, dicho umbral, expresado en valores monetarios, actúa como un precio de reserva, a partir del cual los agentes realizan sus decisiones de aseguramiento (análisis coste-beneficio). Así, primas de seguros superiores (inferiores) a este precio de reserva des(incentivarían) el acceso al mercado de seguro; mientras que si fueran iguales los consumidores se hallarían indiferentes entre adquirir una póliza o postergar la decisión de compra para el futuro.

En consecuencia, el precio de reserva (λ*) estaría reflejando la máxima voluntad de pago por un seguro (WTP), es decir, el monto máximo de recursos que cada individuo estaría

dispuesto a sacrificar por un seguro sin afectar sus niveles de bienestar (medido por Y_S^S-Y_C^S., en el gráfico II)[4]

Gráfico II

Disposición a pagar por seguros potestativos de salud



Formalmente, λ* se determina de la siguiente manera:

$$U^S(\theta,Y) = U^C(\theta,\lambda Y) \ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots (1)$$

$$\lambda * = \frac{V^C - V^S}{U'_y} \ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots (2)$$

donde V^C y V^S representa los niveles de utilidad indirecta con y sin seguro, respectivamente, Y es el nivel de ingresos y U'_P representa la utilidad marginal del ingreso, escalar que permite expresar en valores monetarios los niveles de utilidad.

[4] Este es un concepto similar al de la variación equivalente o compensada desarrollada por Hicks (1939) en la teoría del bienestar.

II.2 Determinantes de la voluntad de pago por seguros potestativos de salud

La valorización que le asigna cada persona al seguro no es homogénea ni constante en el tiempo. Por el contrario, existen diferencias en los estados de salud de la población así como en las percepciones individuales respecto a los riesgos de salud, lo cual hace que hayan diferencias en la percepción sobre los riesgos financieros y por lo tanto en el beneficio esperado por el uso del seguro. De otro lado, al ser las condiciones de riesgos y las necesidades de salud dinámicas, es decir crecientes con el avance de la edad, se crean divergencias temporales en la WTP asociadas a un problema de selección adversa. Ello es así, debido a que las personas de menor edad suelen ser compensadas por las aseguradoras con primas más bajas para evitar postergaciones en la decisión de aseguramiento y promover la afiliación en edades de bajo nivel de riesgo. Asimismo, los factores culturales o de información sobre el mercado de seguros pueden influir sobre la WTP, entre otros factores.

Con el propósito de dar luces acerca de los principales determinantes de la disposición a pagar por un seguro potestativo, se presentará a continuación un modelo de demanda de seguros, el cual permitirá dar elementos de análisis para entender los bajos niveles de aseguramiento en el segmento independiente de medianos y altos ingresos en el Perú.

II.2.1 Modelo de formación de la voluntad de pago por seguros potestativos

De manera tradicional, los estudios de demanda de seguros se han concentrado en los riesgos financieros que origina un evento de enfermedad y el grado de aversión a ella como elementos fundamentales en las decisiones de aseguramiento de los individuos o de las familias. Sin embargo, se abstrae del análisis los efectos que tienen un evento de enfermedad sobre el estado de salud, asumiéndose que ésta es perfectamente recuperable a través del tratamiento. Dado que el estado de la salud no es asegurable, el efecto riqueza (i.e. utilidad marginal del ingreso) no es neutral a los riesgos de salud y por lo tanto, influyen de manera diferenciada sobre el grado de aversión al riesgo financiero (Viscusi y Evans, 1990.) En consecuencia, al no estarse incorporando los efectos cruzados entre los riesgos financieros y los riesgos de salud, los estudios tradicionales sesgan la magnitud de la voluntad de pago.

Por otro lado, los modelos tradicionales asumen que los individuos no asegurados se hallan completamente expuestos al riesgo financiero. Este supuesto no es necesariamente válido en un mercado de salud dual, en el cual coexiste un sector privado que cobra tarifas de mercados en sus establecimientos de salud con un sector público que cobra tarifas subsidiadas. En este contexto, el subsidio actúa como un *"seguro implícito"* que reduce los beneficios relativos del aseguramiento y por lo tanto puede ser un factor importante de desplazamiento de la demanda (crowding-out) fuera del mercado de seguros potestativos (Herring, 2001.)

Por ello, para el presente análisis de la voluntad de pago y sus determinantes se va a emplear el siguiente modelo ampliado de demanda de seguros potestativos de salud en un mercado dual, basado en los estudios desarrollados por Kimball (1990), Courbage (2001), Eeckhoudt (2002), Flochel (2001) y Bien (2002), en el cual, las dimensiones financieras y del estado de salud son componentes fundamentales en la formación de la aversión al riesgo de los individuos y de las familias[5].

La característica principal de este modelo es que se utilizan funciones de utilidades bivariadas con el propósito de distinguir los problemas de elección del tratamiento y su impacto sobre el estado de salud, así como el problema de decisión de aseguramiento. En el primer caso, la elección del tratamiento se determina ex post a la realización del riesgo de salud y depende de la tasa marginal de sustitución entre salud e ingreso. En contraste, la decisión de aseguramiento se determina ex-ante a la realización del riesgo de salud y depende fundamentalmente del grado de aversión al riesgo, tanto financiero como de salud.

El modelo

Considérese un individuo no asegurado que enfrenta ex-ante incertidumbre respecto a la ocurrencia de un evento de enfermedad y por lo tanto, tiene una probabilidad p_i de estar

[5] Con el fin de incorporar la medición del estado de salud como factor explicativo de la voluntad de pago, se estimará el Índice de Bienestar (QWBS) Este índice ha sido desarrollado para operacionalizar el concepto de "bienestar" y para proporcionar una alternativa para el análisis de costo-beneficio ((Bowling 1997).Este instrumento combina indicadores de mortalidad con la calidad de vida para proporcionar un indicador agregado del estado de salud: años de vida ajustados por calidad (ver Módulo de Bienestar de la encuesta (EBSI) que se presenta en el anexo 2. El índice está compuesto de tres dimensiones de la actividad diaria: la movilidad, la actividad física y la actividad social. Este instrumento utilizar un sistema de ponderaciones que construir un índice agregado, que tiene un rango de 0 a 1 (de la muerte a la salud perfecta).

enfermo. Ante la ocurrencia de este evento, el estado inicial de salud (H_i^0) del individuo puede deteriorarse, la cual, mediante un tratamiento que requiere un gasto g_i puede restaurarse o no. En este sentido, el individuo enfrenta dos tipos de riesgos de salud:

i. Riesgo de salud leve, cuando el estado de salud post tratamiento $H_i^1 = H_i^0$ y
ii. Riesgo de salud severo, cuando el estado de salud post tratamiento $H_i^1 < H_i^0$

En este contexto, se asume que el estado de salud está condicionado al tipo de tratamiento que utilice m (g_i) y por las características propias de cada individuo (Z_i), la cual se representa, por la siguiente función convexa:

$$H_i = H_i((1-\phi)\, g_i, Z_i) \qquad (1)$$

donde ϕ representa el porcentaje del gasto en salud que es subsidiado, tomando un valor nulo en caso que el individuo se atienda en el sector privado y valores positivos, de atenderse en el sector público.

Por otro lado, se asume que la utilidad del individuo no asegurado se deriva de su estado de salud (H_i) y del consumo de bienes y servicios (q_i) y que éste enfrenta una restricción presupuestaria determinada por $W_i=(1-\phi)\, g_i + q_i$. Por lo tanto, la función de utilidad esperada de un individuo no asegurado estaría representada por:

$$\begin{aligned} V_i &= (1-p)U(W_i\,,\ H^0((1-\phi)g_i\,, Z_i\,)) \\ &\quad + pU(W_i - (1-\phi)\, g_i,\ H^1((1-\phi)g_i\,, Z_i\,)) \qquad (2) \end{aligned}$$

Asimismo, se asume que U cumple las siguientes propiedades:

i. U es estrictamente creciente con cada de los componentes de la función de utilidad, es decir que U'_W y $U'_H > 0$.
ii. $U'_{W,W}$, $U'_{H,H} < 0$.

iii. No se imponen restricciones al signo de $U'_{W,\,H,}$ (utilidad marginal del ingreso respecto al estado de la salud) pudiendo tomar valores positivo o negativo[6].

iv. De (i) y (ii) se infiere que los individuos son adversos a los riesgos financieros (ρ_W) y de salud (ρ_S), ya que:

$$\rho_W = -\frac{U'_{WW}}{U'_W} > 0 \qquad y \qquad \rho_H = -\frac{U'_{HH}}{U_H} > 0$$

v. Se asume que la aversión al riesgo financiero es decreciente con la mejora en el estado de la salud, es decir que:

$$\frac{\partial \rho_W}{\partial H} = -\frac{U'_W\, U'_{WWH} - U'_{WW}\, U_{WH}}{(U'_W)^2} < 0$$

Este supuesto se cumple si U'_{WWH} es positivo, independiente del valor que adopte la utilidad marginal del ingreso respecto a la salud ($U'_{WH.}$) Si bien, no hay evidencia empírica que muestre una asociación inversa entre la percepción del riesgo financiero y el estado de la salud, la concentración relativa de la población asegurada en segmentos poblacionales de mayor edad (mayor riesgo de enfermedad) es un indicio que da validez a priori al supuesto realizado.

vi. Se asume que la aversión al riesgo de salud es creciente con el nivel de ingreso, es decir que:

$$\frac{\partial \rho_H}{\partial W} = -\frac{U'_H\, U'_{HHW} - U'_{HH}\, U_{WH}}{(U'_H)^2} > 0$$

Al igual que el caso anterior, este supuesto se cumple si U'_{HHW} es negativo, independiente del valor que adopte la utilidad marginal del ingreso respecto a la salud ($U'_{WH.}$) Este supuesto se sustenta en la evidencia que la población de mayores recursos al tener mejores condiciones de acceso a los servicios de salud, son más intensivos en el uso de estos servicios ya sea con fines curativos o preventivos que el resto de la población.

[6] De acuerdo a las evidencias empíricas halladas por Viscusi y Evans (1991), $U'_{q,\,H} < 0$ para el caso de individuos con enfermedades o lesiones menores y positivo para el caso de individuos con enfermedades o lesiones severas.

En el modelo se asume que la prima del seguro (π_i) se determina de acuerdo a los costos actuariales, es decir, cubriendo el flujo de gastos esperados en salud que podría incurrir un individuo ante probables eventos de enfermedad (π_i = pg_i.) Si los individuos pagasen de acuerdo a los costos actuariales, estarían aportando sólo el monto que hubieran necesitado ahorrar para autoasegurarse para obtener este beneficio. En este caso, el seguro estaría actuando como un mecanismo de contingencia y no como un instrumento de protección financiera. El seguro actuará como tal, si los individuos pagasen adicionalmente una prima de riesgo (δ_i) para eliminar la incertidumbre, es decir, que le compense cualquier desviación significativa respecto a las expectativas de gastos de salud.

Por ello, el precio que un individuo estaría dispuesto a pagar por un seguro (WTP) está compuesto por la suma de ambas primas (WTP= π +δ;), sin embargo, sólo la prima de riesgo será la relevante para las decisiones de aseguramiento y el tipo de cobertura que estaría dispuesto a tomar. Para analizar los determinantes de la prima de riesgo, se evaluará las decisiones de aseguramiento en dos escenarios de riesgos de salud:

a. ***Caso de riesgos de salud leve***: En este escenario los individuos tienen certeza que ante un evento de enfermedad, el tratamiento que reciban permitirá recuperar el estado de salud inicial (H^0_i = H^1_i.) En este contexto, los individuos serán indiferentes a tomar una cobertura de seguros si la utilidad esperada que genera este pago ante un evento de enfermedad es similar a la utilidad esperada que resultaría en caso de no tenerla, situación que se representa por la siguiente expresión:

.

$$(1-p)\,U_i\,(W_i \quad H_i^0) + pU_i\,(W-(1-\phi)g_{ii}\,H_i^1) = U_i\,(W_i - WTP_i\,, H_I^1)\ldots\ldots\ldots\ldots(3)$$

o

$$(1-p)\,U_i\,(W_i \quad H_i^0) + pU_i\,(W-(1-\phi)g_{ii}\,H_i^1) = U_i\,(W_i - (\pi_i+\delta)_i, H_I^1)\ldots\ldots\ldots\ldots(3')$$

donde π_i representa el valor de la prima de seguro a costos actuariales y δ_i representan el valor de la prima de riesgo que un individuo estaría dispuesto a pagar. Aplicando series de Taylor de U sobre el ingreso neto se obtiene la siguiente solución

de equilibrio para la prima de riesgo en un escenario con riesgos moderados de salud (δ^L_i):

$$\delta_i^L = -\frac{1}{2}\frac{U'_{WW}(W-\pi, H_i^1)}{U'_W(W-\pi, H_i^1)}\ (\pi((1-\phi)g-\pi))$$
$$= \frac{1}{2}\ \rho_W^M\ (\pi((1-\phi)g-\pi)) \ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots (4)$$

Así, δ^L_i representa el precio máximo que se estaría dispuesto a pagar por una prima de riesgo por un individuo con riesgo de salud leve y expresa el beneficio monetario para el individuo de eliminar la incertidumbre o riesgo financiero. De acuerdo a este resultado, el nivel de la prima de riesgo dependerá positivamente de dos factores, principalmente: (a) el grado de aversión al riesgo financiero (ρ_W) y (b) el costo relativo de no estar asegurado, definido a partir del diferencial entre el gasto de salud en condiciones de no aseguramiento y el valor de la prima de seguro ($\pi((1-\phi)g-\pi)$)[7], el cual mide la disminución del ingreso o del consumo de un individuo no asegurado que se produciría en un evento de enfermedad (riesgo financiero)

De la expresión (4) se pueden inferir los siguientes resultados de interés:

1. Dado que los individuos son adversos al riesgo (ρ_W>0, supuesto iv), existirá disposición a pagar una prima de riesgo, es decir, $\delta>0$, sólo si la tasa de subsidio a los servicios públicos de salud no compensa los cambios no anticipados en el ingreso originados por eventos de enfermedad ($\phi < (g-\pi)/g$.) En este caso, los costos de asegurarse serán inferiores al costo de no aseguramiento y por lo tanto, los consumidores estarían incentivados a asegurarse y dispuestos a pagar una prima de riesgo que excede a los costos actuariales para obtener mayores coberturas. Por lo tanto, la voluntad de pago por un seguro será equivalente a $\pi + \delta$

[7]En el supuesto que las primas de seguros sean fijadas de acuerdos a los costos actuariales, el coste relativo de aseguramiento estaría reflejando la parte de los ingresos de un individuo no asegurado que se hallaría al descubierto ante un evento de enfermedad.

2. El coste relativo de asegurarse se eleva ante aumentos en los niveles de subsidios a los servicios públicos de salud (ϕ), disminuyendo la voluntad de pago por una prima de riesgo. Se producirá un desplazamiento de la demanda fuera de los mercados potestativos (*crowding out*) cuando ($\phi > (g-\pi)/g$.) En este contexto, $\delta<0$, con lo cual, los individuos no estarían dispuestos a tomar coberturas de acuerdo a las primas de seguros de mercado. Por lo tanto, la voluntad de pago será igual a π - δ

3. Dado que la aversión al riesgo es decreciente con el estado de la salud (supuesto v), entonces la población con mejor estado de salud relativa tendría una menor disposición a pagar por una prima de riesgo que aquellos con una situación de salud más deteriorada.

b. ***Caso de riesgos catastróficos de salud:***: En este escenario los individuos pueden no recibir el tratamiento adecuado, ya sea por factores voluntarios o tecnológicos, y por lo tanto, el estado de salud podría deteriorarse de manera irreversible, es decir, $H^0_i \geq H^1_i$. Este puede ser el caso de enfermedades o accidentes que producen invalidez o de personas que adquieren una enfermedad crónica. Por lo tanto, la situación de indiferencia entre estar asegurado o no, se halla determinado en este escenario por la siguiente expresión:

$$(1-p)\,U_i(W_i \quad H_i^0) + pU_i\,(W-(1-\phi)g_{ii}\,H_i^1) = (1.p)U_i(W_i-(\pi_i+\delta)_i, H_I^0) + pU_i(W_i-(\pi_i+\delta)_i, H_I^1)\ldots\ldots\ldots\ldots(5)$$

Aplicando series de Taylor a la expresión (5), se obtiene la siguiente especificación para el precio máximo que un individuo con riesgo de salud severa estaría dispuesta a pagar por una prima de riesgo:

$$\delta_i^S = -\frac{1}{2}\frac{U'_{WW}(W-\pi, E(H_i^1))}{U'_W(W-\pi, E(H_i^1))}[(\pi((1-\phi)g-\pi)) + \Psi_i(H^0-H^1)\frac{U'_{WH}(W-\pi, E(H_i^1))}{U'_{WW}(W-\pi, E(H_i^1))}]$$

$$= \frac{1}{2}\rho^S{}_W[\pi((1-\phi)g-\pi)) + \Psi(H^0 - H^1)\frac{U'_{WH}(W-\pi, E(H_i^1))}{U'_{WW}(W-\pi, E(H_i^1))}]\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots(6)$$

donde $E(H)= (1-p)\ H^0 + (p)H^1$, representa la expectativa respecto al estado de salud del individuo y $\Psi = (1-p)\ p\ g_i > 0$.

La expresión (6) muestra que la prima de riesgo para un individuo con riesgos de salud severa dependerá, a diferencia del caso anterior, tanto de los riesgos financiero como de los riesgos de salud. Así, en este escenario el nivel de la prima de riesgo se haya influido no sólo por (a) el costo relativo de no estar asegurado o riesgo financiero y (b) el grado de aversión al riesgo financiero, sino también por (c) el estado de salud de la persona y (d) la valorización al dinero que le asigna cada individuo según su estado de salud esperado (utilidad marginal del ingreso respecto al estado de la salud.)

La racionalidad de este resultado se sustenta en la conjunción de dos factores. El primero se refiere al hecho que el estado de salud no es asegurable técnicamente y por lo tanto, los agentes económicos podrían estar dispuestos a pagar una mayor prima de salud con el objetivo de reducir los riesgos de salud. Por otro lado, el estado de salud al no ser recuperable provoca que la utilidad marginal del ingreso no sea neutral a los cambios en el estado de salud del individuo, lo cual, posibilita que se generen efectos cruzados que afectan el grado de aversión al riesgo.

De acuerdo a la expresión (6) el valor y signo de la prima de riesgo se encuentra condicionado a la valorización marginal del ingreso asignado por el individuo, la cual varía de acuerdo al estado de salud y al tipo de enfermedad de las personas. En el caso que la $U'_{W\ H} <0$, la existencia de riesgos de enfermedad implicará que los individuos valorizan más el dinero y por lo tanto sean más adversos al riesgo. Dado que los seguros actúan sólo sobre los efectos financieros de la enfermedad, los individuos tendrán disposición a pagar por mayores primas de riesgo para eliminar los riesgos potenciales de pérdida de salud que podría originar un evento de enfermedad. Este análisis se verifica en la expresión (6.). Así, para individuos con $U'_{W\ H} <0$ y con bajos costos relativos de aseguramiento, la prima de riesgo será positiva ($\delta^S >0$), dado que $U'_{W\ W} < 0$ (supuesto ii) y $\Psi>0$. Lo opuesto *puede* ocurrir en el caso que la $U'_{W\ H} >0$. En esta situación habrían individuos con poco incentivo a adquirir primas de

riesgos, es decir con δ^S <0, con lo cual estarían dispuestos a tomar coberturas de seguros potestativos por debajo de las primas de seguro de mercado.

De acuerdo a las evidencias empíricas halladas por Viscusi y Evans (1991), el primer caso ($U'_{q,\ H}$ <0) caracteriza la situación de los individuos que tienen o enfrentan enfermedades de menor grado (i.e. enfermedades crónicas, dolencias coronarias, entre otras) mientras que, el segundo caso ($U'_{q,\ H}$ >0) caracteriza la situación de los individuos que padecen enfermedades de mayor grado (i.e. cáncer, invalidez por accidente.) De acuerdo a los autores, este grupo tendrían una menor valorización del dinero orientándolo al gasto de otros bienes y servicios. *De lo anterior, se infiere que, independientemente del nivel de subsidios, la disposición a pagar por una prima de riesgo por individuos que enfrentan riesgo de salud severa de grado mayor (es decir menor recuperación del estado de salud original) será inferior a los que enfrentan riesgos de salud severa de menor grado (es decir mayor recuperación del estado de salud); por lo tanto,* $\delta^{S\ (mayor)} < \delta^{S\ (menor)}$

Un resultado importante que se obtiene del análisis diferenciado de la voluntad de pago por seguros según riesgos de salud, es que cuando la aversión al riesgo es creciente con mejoras en el estado de salud, no necesariamente la prima de riesgo que estaría dispuesto a pagar un agente con riesgo de salud severa es mayor que la de un agente con riesgo de salud leve. En efecto, si $U'_{q,\ H}$ >0, entonces $\delta^{S\ (mayor)}$ podrá ser en algunos casos, negativo, con lo cual: $\delta^{S\ (mayor)} < \delta^{L} < \delta^{S\ (menor)}$ Este resultado implica que los individuos que enfrentan riesgos de salud severa de grado menor estarán dispuestos a pagar más para evitar los riesgos de salud que los individuos con riesgos de salud leve. En contraste, los individuos con riesgos de salud severa de mayor grado, podrían rechazar los seguros potestativos a las primas de mercados.

Lo anterior se verifica de la siguiente manera:

- De lo expuesto anteriormente, se sabe que $\delta^{S\ (mayor)} < \delta^{S\ (menor)}$, debido a que la utilidad marginal de los agentes con riesgos de salud severa de mayor grado es positiva, mientras que para los que enfrentan riesgos de salud severa de menor grado es negativa.

- Dado que E[H] < H_i^1, entonces la aversión al riesgo financiero es mayor en el caso de riesgo de salud severo que en el caso de riesgo de salud leve ($\rho^S_W > \rho^L_W$) Por lo tanto, si $U'_{WH} < 0$, entonces se cumple que $\delta^L < \delta^{S\ (menor)}$, debido que $(H^0-H^1) > 0$ y $U'_{W\,w} < 0$.

- Por otro lado, si $U'_{W\,H} > 0$ (caso de los individuos con enfermedades de mayor grado), entonces $\delta^{S\ (mayor)} < 0$, si y sólo si:

$$\pi((1-\phi)g-\pi)) < \Psi(H^0 - H^1)\frac{U'_{W\,H}(W-\pi, E(H_i^1))}{U'_{WW}(W-\pi, E(H_i^1))}$$

Dado que $\delta^L > 0$, lo anterior implicaría que $\delta^{S\ (mayor)} < \delta^L$. Ello, significa que si el efecto riqueza prevalece sobre la percepción del riesgo financiero, entonces los individuos con mayor riesgo de enfermedad no estarían incentivados a tomar coberturas de seguros de acuerdo a las primas de mercado. Si ocurriese el caso contrario, entonces $\delta^{S\ (mayor)} > 0$ y por lo tanto, $\delta^L < \delta^{S\ (mayor)} < \delta^{S\ (menor)}$

En consecuencia, la inclusión de los riesgos de salud en el análisis tiene serias implicancias sobre las decisiones de aseguramiento al quebrar la relación positiva entre nivel de riesgo y grado de cobertura de seguro. Así se evidencia que existirán casos en que agentes con mayor aversión al riesgo tengan menor disposición a pagar por una prima de riesgo que agentes menos adversos al riesgo.

II.2.2 Posibles desviaciones respecto al modelo normativo de voluntad de pago de seguros

De acuerdo al modelo de voluntad de pago de seguros potestativos desarrollado en el acápite anterior, los subsidios al acceso a los servicios público de salud y el estado de salud de las personas son factores que pueden determinar, en algunas ocasiones, soluciones de esquinas en la demanda por servicios de salud. Si bien el primer factor, podría ser un elemento fundamental en explicar los bajos niveles de aseguramiento en los segmentos independientes de medianos y altos ingresos en el Perú, la literatura económica recoge otros elementos adicionales que no están siendo capturados por los

modelos normativos y que merecen explorarse (Kunreuther y Pauly, 2000.) Entre ellas se puede mencionar:

1. **Mala percepción del riesgo:** Tal como se expusiera anteriormente, los seguros potestativos de salud adquieren un valor en tanto constituyen un mecanismo de protección del consumo ante probables eventos de enfermedad, principalmente de enfermedades crónicas. Por lo tanto, el incentivo a adquirir un seguro será mayor cuánto mayor sea la probabilidad o riesgo que un individuo enfrente un evento de enfermedad crónica. Sin embargo, el riesgo real (p) no es conocido con certeza por los individuos, por lo que sus decisiones de aseguramiento se basan en percepciones del riego (p*), las cuales se hayan influidas por la calidad de vida, el ciclo de vida, entre otros factores.

   En este contexto, los riegos y las percepciones no necesariamente son coincidentes, con lo cual, toda subestimación de los riesgos de enfermedad del individuo podría conllevar a decisiones no óptimas. Así, en un escenario de subestimación de los riesgos, los individuos percibirían que la utilidad esperada de no estar asegurada sería mayor que la de estar asegurada, por lo que no hallarían incentivos para tomar algún tipo de cobertura. Este es el caso de la población joven o de aquellos que no han padecido directa o indirectamente de una enfermedad severa, y por lo tanto, perciben una baja probabilidad de ocurrencia de un evento de enfermedad crónica. Dada estas percepciones, estos segmentos tienden a considerar a los seguros como una inversión de bajo retorno y por lo tanto, optan por no adquirirla.

   Lo anterior se demuestra a continuación. Asúmase por simplicidad, que si hubiera información completa la población estaría en una situación de indiferencia entre adquirir un seguro o no, tal como se describe en (3'):

$$(1-p)\,U_i\,(W_i \quad H_i^0) + pU_i\,(W-(1-\phi)g_{i_i}\,H_i^1) = U_i\,(W_i-(\pi_i+\delta)_i, H_I^1)\ldots\ldots\ldots\ldots(3')$$

   Sin embargo, dado que la población basa sus decisiones de aseguramiento sobre sus percepciones sobre el riesgo de enfermedad (p*), la utilidad esperada de no estar asegurado estaría definido por:

$$(1-p^*)\,U_i\,(W_i \quad H_i^0) + p^*U_i\,(W-(1-\phi)g_{ii}\,H_i^1) = V \ldots\ldots\ldots\ldots(3'')$$

En este contexto, los individuos adquirirán seguros sí y sólo sí,

$$V < U_i\,(W_i - (\pi_i + \delta)_i, H_I^1) \ldots\ldots\ldots\ldots(3''')$$

o

$$(1-p^*)U_i\,(W_i \quad H_i^0) + p^*U_i\,(W-(1-\phi)g_{ii}\,H_i^1) - (1-p)\,U_i\,(W_i \quad H_i^0) - pU_i\,(W-(1-\phi)g_{ii}\,H_i^1) < 0$$

Reordenando términos, se obtiene que:

$$(p-p^*)U_i\,(W_i \quad H_i^0) + (\,p-p^*)U_i\,(W-(1-\phi)g_{ii}\,H_i^1) < 0$$

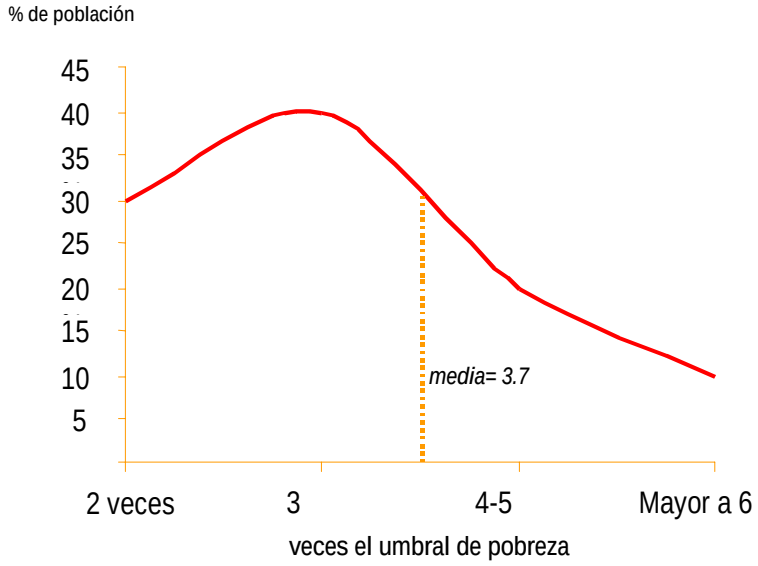
Dado que U >0, los individuos decidirán por tomar una cobertura de seguros sólo en que los casos en que se anticipe correctamente los riesgos de enfermedad (p=p*) o se sobrestime dichos riesgos (p*>p), en caso contrario, de existir una subestimación de los riesgos (p*<p) los individuos optarían por estar desprotegidos.

2. **Sesgo de status quo:** Existe evidencia empírica que muestra que los individuos son reacios a modificar su status quo, a pesar que pueda existir beneficios, en términos de bienestar, que promuevan hacerlo (Samuelson y Zeckhauser, 1988) Una explicación de este comportamiento radica en ***la aversión a la pérdida monetaria***. Al respecto, Tversky y Kahnemam (1991) manifiestan que los individuos ponderan en sus decisiones de consumo (i.e. adquirir un seguro o no) los cambios que implica dicha decisión sobre su posición financiera, más que en los cambios en el bienestar derivado de una función de utilidad. En este contexto, para los individuos relativamente jóvenes o con baja percepción del riesgo, adquirir un seguro implicaría un costo que no le retribuiría un beneficio monetario en el corto plazo. Por lo tanto, no tendrían incentivos económicos para adquirir una cobertura de seguro, más aún si se tiene en consideración que *los individuos son tomadores de riesgos cuando tienen que asumir un costo* y adversos al riesgo cuando realizan algún tipo de ganancia.

3. **Comportamiento reactivo:** Para los individuos jóvenes o de bajo riesgo de salud la enfermedad es un evento lejano o poco probable y por lo tanto, suelen no tener una actitud preventiva frente a los riesgos financieros que pudiera originar un episodio de enfermedad severa. Generalmente se toma conciencia de este problema sólo cuando la enfermedad los afecta directa o indirectamente (a través de un familiar.) Ello, introduce un elemento dinámico y de discontinuidad en las decisiones de aseguramiento, la cual podrá modificarse por la ocurrencia previa de un evento de enfermedad.

4. **Baja capacidad de compra:** El segmento no asalariado de medianos y altos ingresos es bastante amplio, existiendo una alta dispersión en los niveles de ingresos. Si bien, las personas pertenecientes a este segmento tienen un nivel de ingreso o gasto que le permite satisfacer las necesidades básicas de alimentación, salud y educación, para un 70% de la población independiente perteneciente a este estrato socioeconómico el nivel de gasto es inferior o igual a 3 veces el umbral de pobreza[8] (ver gráfico III.)

Gráfico III
Perú: Distribución de la población independiente urbana no pobre según niveles de gastos



Fuente: ENNIV, 2002

[8] El umbral de pobreza representa un nivel de gasto per cápita de US$ 375

La concentración del gasto en niveles cercanos al umbral de pobreza estaría sugiriendo que para parte de esta población existe poco margen disponible para sacrificar el consumo de otros bienes y servicios para adquirir una póliza de seguro a los valores de las primas de mercado. Caso contrario, de existir margen, éste sólo se podría orientar a adquirir seguros con baja cobertura y bajos niveles de copagos o deducibles. Esta limitante se agravaría si se tiene en consideración que por la naturaleza de las actividades de los independientes, los ingresos que perciben no son regulares ni constantes.

5. **"Community Rating" y el descreme del mercado:** La información respecto a los riesgos de enfermarse no es distribuida de manera simétrica entre la población y las empresas de seguros, la cual es fundamentalmente de dominio privado. En este contexto, las empresas de seguro se hallan expuestas al problema de *selección adversa*, es decir, a la concentración en la cartera de clientes de las aseguradoras de un porcentaje significativo de población de alto riesgo, lo cual generaría severos problemas financieros.

   Por otro lado, las empresas de seguros de salud se hallan imposibilitadas de discriminar primas de acuerdo a los niveles de riesgo ("risk rating"), sino al cobro de una prima única ("community rating"), o diferenciando sólo por grupos de edad u otras características semejantes ("community rating by groups".)[9] Este esquema de regulación en un escenario con asimetría de la información tiende a generar efectos perversos sobre el acceso a los mercados de seguros de salud.

   En primer lugar, obliga a las empresas de seguros a cobrar primas de seguro potestativo más altas en todos sus planes de beneficios para cubrir el mayor gasto esperado de las personas más riesgosas que tengan en su cartera. [10] Esto niveles de primas podrían desincentivar la adquisición de coberturas de seguros potestativos de

[9] Esta forma de regulación se sustenta en un principio de justicia: no se considera justo que las personas con peor estado de salud, además de sufrir por ella, paguen primas más altas

[10] Las empresas de seguros tienden a ofrecer planes de beneficios diferenciados con el propósito de inducir a la población a auto-seleccionarse en cada uno de estos planes según sus condiciones o percepciones de riesgos. Así, coexisten en el mercado planes de aseguramiento con bajos niveles relativos de cobertura y primas orientados a atender las necesidades de atención de baja complejidad con planes de aseguramiento con mayor nivel de cobertura y un mayor valor de la prima, los cuales están dirigidos a atender las necesidades de atención de mayor complejidad y menor probabilidad de ocurrencia.

salud si es que estos niveles no guardan consistencia con los patrones de gastos esperados en salud, principalmente de la población de bajo riesgo no asegurada. Al respecto, cabe precisar que de acuerdo a la ENNIV 2001, el gasto de bolsillo en salud de la población no asegurada e independiente de medianos y altos ingresos en el Perú que se declaró enferma ascendió en promedio a US$ 50 anuales y a US$ 100 anuales para el caso de la atención en enfermedades crónicas, niveles que se encuentran muy por debajo de las primas de seguros de mercado (ver cuadro I.)

Cuadro I

Gasto de bolsillo en salud en los segmentos de medianos y altos ingresos en las áreas urbanas

Indicadores	No asegurado	Con seguro potestativo
Gasto percápita (US$)	1,198	2,318
Gasto de bolsillo en salud		
% del gasto percápita población enferma	4.1%	1.4%
% del gasto percápita población con enfermad crónica	10.0%	3.5%
Gasto de bolsillo en salud		
Población enferma (US$ anuales)	49	32
Población con enfermad crónica (US$ anuales)	120	81
Primas de mercado seguros potestativos en salud		
Capa simple (US$ anual)		
Capa compleja (US$ anual)		

Fuente:ENNIV 2000

En segundo lugar, la forma de regular la fijación de primas, que no permite el “risk rating”, favorece el “descreme del mercado” como una estrategia de las aseguradoras para reducir los riesgos de selección adversa. Ello consiste en atraer a los consumidores de bajo riesgo y de evitar a la población de mayor riesgos, mediante mecanismos y discriminaciones poco transparentes.

Capítulo III

Metodología de medición de la voluntad de pagos por seguros potestativos

III.1 Preferencias reveladas vs. preferencias declaradas

Las técnicas para valorizar bienes y servicios se basan tradicionalmente en la utilización de información de mercado respecto a las decisiones de consumos de los individuos, la cual revela en cierta forma las preferencias de los consumidores. Sin embargo, en diversos casos esta información se halla distorsionada, es escasa o inexistente. Este es el caso de aquellos bienes o servicios que no se transan en el mercado (i.e. bienes públicos) en caso contrario, de existir mercado, estos bienes o servicios no se comercializan aún, se hallan fuertemente subsidiado (servicios de salud), o la demanda se halla concentrada en determinados segmentos poblacionales (i.e. seguros potestativos de salud.)

Asimismo, la existencia de incertidumbre respecto a algunos eventos o la existencia de asimetría de información en algunos mercados, tales como el de salud o de seguros, pueden dar origen a problemas de agente principal influenciando las decisiones de los consumidores. Por lo tanto, no toda la información de mercado que se recoja reflejará exclusivamente las preferencias de los consumidores.

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) basadas en información de las **preferencias declaradas**, la cual es recogida a través de encuestas ad-hoc que permiten simular el comportamiento de los agentes en un mercado hipotético. Las técnicas existentes se suelen diferenciar en el diseño de los escenarios hipotéticos, el cual influye en el procedimiento de recolección de información y en los métodos de valorización de las preferencias.

Entre las técnicas utilizadas para inferir preferencias y valorizar bienes se pueden identificar a aquellos relacionados con la familia de métodos de Valuación de Contingencia (*Contingent valuation method*) y aquellos basados en el Análisis Conjunto (Conjoint Analysis), los cuales han sido ampliamente utilizados en las áreas de salud

pública (Viscusi, et al 1991), medio ambiente (Hanley, 1998) y transporte (Henscher, 1994.)

III.2 Métodos de inferencias de la voluntad de pago

III.2.1 *Valuación de contingencia: Oferta de precios (bids)*

El método de Valuación de Contingencia permite inferir la máxima voluntad de pago por un bien o servicio, de manera similar a un proceso de licitación donde los interesados en participar presentan sus ofertas de precio (*bids.*) En el caso de los seguros potestativos, se les podría estar preguntando a la población independiente de mediano y altos ingresos *¿cuánto estarían dispuestos a pagar por un seguro médico en general? o ¿cuánto estarían dispuestos a pagar por un seguro médico con las siguientes características... ?* Si bien este método de inferencia permite conocer de manera directa la máxima voluntad de pago de cada individuo, al ser la evaluación unidimensional (un sólo escenario) y las respuestas abiertas, se estarían generando múltiples sesgos de medición, entre los cuales se puede mencionar:

1. *Sesgos por desconocimiento del mercado*: Un porcentaje significativo de la población a ser entrevistadas no participa del mercado de seguros, por lo que muchos de ellos pueden desconocer las características y funcionamiento de este mecanismo de cobertura. La desinformación puede generar dificultades para responder la pregunta, lo cual puede inducir a que se produzca una tasa elevada de no respuesta o que se respondan valores poco confiables.

2. *Sesgo hipotético*: Al ser las preguntas de carácter hipotético, es posible que los encuestados tiendan a dar respuestas poco precisas respecto a su disposición a pagar.

3. *Sesgo de unidimensionalidad*:: En los métodos de Valuación de Contingencia se suele evaluar un sólo escenario (i.e. un sólo plan de beneficios de seguros catastróficos), lo cual tiende a que los encuestados sobreestimen la disposición a pagar por una prima de seguros, ya que en la valorización no se toman en consideración la información de las características o atributos de otros planes de seguros competitivos en el mercado.

4. *Sesgo de comportamiento estratégico (o de free-rider)*: Existe el riesgo que se reproduzca el problema de comportamiento estratégico que existe en el mercado de seguros asociado al problema de información asimétrica. En este sentido, es posible que al evaluar un solo plan, los agentes de mayor riesgos de salud tiendan a sub valuar la voluntad de pago con el propósito de acceder a planes generosos que pudieran ser subsidiados por los de menor riesgo de salud.

5. *Sesgos por modalidad de pago*: Uno de los problemas presentes en la discusión sobre el aseguramiento voluntario de los independientes es el de la modalidad de cobro, ya que no existe una instancia centralizada que actúe como un agente retenedor de pagos, como en el caso de la seguridad social. Frente a ello, existen diversas propuestas (i.e. cobranza a través de los recibos de los servicios públicos) que no necesariamente tengan respaldo poblacional, porque ello implicaría una disminución del control de sus ingresos. En este contexto, es posible que el valor proporcionado por las encuestas pudiera estar distorsionado por la disconformidad en el procedimiento del pago.

De acuerdo a esta técnica, la voluntad de pago agregada se calcula directamente, a partir de la media o mediana de los valores consignados por cada uno de los individuos. A su vez, mediante el uso de técnicas econométricas tradicionales, se puede identificar la sensibilidad de la disposición a pagar ante cambios en las condiciones socioeconómicas o de riesgos de la población.

III.2.2 *Valuación de contingencia: Umbrales múltiples (Payment Card)*

Este procedimiento busca corregir los sesgos de desconocimiento del mercado e hipotéticos presentes en la versión no acotada, mediante la presentación a los encuestados de una secuencia ordenada de primas hipotéticas. Con esta información, los encuestados tendrán que declarar si para un determinado plan de beneficio a valorizar, existe disposición a pagar o no en cada uno de los niveles de primas establecidos por el encuestador (ver tabla I.)

Tabla I

Cartilla de primas (payment card) de la encuesta sobre disposición a pagar por un seguro potestativo de salud

1 ¿Esta dispuesto a adquirir un seguro de salud?

Si ☐ No ☐ ☐

2 Para lo que respondieron afirmativo, indicar ¿Cuál de los planes indicados en la cartilla seleccionaría?

Plan A ☐ Plan B ☐ Plan C ☐

3 Para el plan seleccionado, indicar si estaría dispuesto a pagar una una prima de:

US$ 40	Si ☐	No ☐	
US$ 60	Si ☐	No ☐	
US$ 80	Si ☐	No ☐	
US$ 100	Si ☐	No ☐	
US$ 120	Si ☐	No ☐	
US$ 140	Si ☐	No ☐	

Con este formato de recolección de información se podrá determinar para cada individuo el umbral sobre el cual no estaría dispuesto a pagar por un seguro potestativo de salud. Así, si el umbral de la prima se ubica en o por encima del valor mínimo del rango de primas sugeridas, la probabilidad que el encuestado este dispuesto a pagar por un seguro potestativo será alta, la cual irá disminuyendo conforme se avance hacia niveles mayores de precios, hasta llegar a un punto en que el encuestado no tenga incentivos para tomar una cobertura de seguros. De esta forma, la voluntad de pago para cada individuo, expresada en valores monetarios, se va a ubicar en un punto intermedio entre el máximo precio al que el encuestado estaría dispuesto a pagar por un seguro ($P^{min}/\ \delta>0$) y el precio de reserva o prima mínima que haría que no participara del mercado ($P^{max}/\ \delta=0$)

De esta forma, la encuesta recoge información de la máxima voluntad de pago en forma de múltiples intervalos, siendo un valor no observado o censurado los niveles puntuales. El desconocer la distribución de la voluntad de pago al interior de cada intervalo dificulta la

medición de los valores esperados de la voluntad de pago a un nivel agregado o por grupos poblacionales mediante el uso de modelos tradicionales[11]. Para ello se utilizarán funciones de riesgos (*hazard function*) para aproximar estos valores (Carson y Joen, 1999.), tal como son utilizadas en los modelos de duración o análisis de supervivencia (s*urvival analysis*). El uso de las funciones de riesgos permitirá inferir el nivel de prima adicional que estaría dispuestos a pagar los individuos sobre el límite inferior del intervalo.

De acuerdo a estos modelos, el valor no observado de la voluntad de pago por un seguro potestativo de salud (δ*) se define como:

$$\delta *_i = \delta^{\min} + \Delta\delta_i \qquad \forall \quad \delta_i^{\min} \leq \delta * \leq \delta_i^{\max} \text{.....3.1}$$

con la siguiente probabilidad de ocurrencia:

$$F(\delta,\Delta)_i = \Pr ob(\delta^{\min} \leq \delta * \leq \delta_i^{\min} + \Delta\delta \quad / \quad \delta * \geq \delta^{\min})_i \text{.....3.2}$$

De acuerdo a la expresión 3.2, $F(\delta_i,\Delta\delta_i)$ estaría midiendo la probabilidad que un individuo, tenga una mayor voluntad de pago, dado que reveló su disposición a pagar a un nivel de δ_i^{min}. Tal como se mencionara anteriormente, dado el nivel de ingreso de las personas, dicha probabilidad tenderá a disminuir conforme se pase a niveles superiores de primas. Por lo tanto, (1) puede ser aproximado a través de la siguiente función de riesgo $\lambda(\delta)$:

$$\lambda(\delta*)_i = \lim_{\Delta\to 0} \frac{\Pr ob(\delta^{\min} \leq \delta * \leq \delta_i^{\min} + \Delta\delta \quad / \delta * \geq \delta^{\min})_i}{\Delta} \text{.....3.3}$$

$$\lambda(\delta*)_i = \lim_{\Delta\to 0} \frac{F(\delta^{\min} + \Delta) \quad - F(\delta_i^{\min})_i}{\Delta(1 - F(\delta^{\min})} \text{.....3.3'}$$

$$\lambda(\delta*)_i = \frac{f(\delta^{\min})}{1 - F(\delta^{\min})} = \frac{f(\delta^{\min})_i}{S(\delta^{\min})_i} \text{.....3.3''}$$

[11] Autores como Herriges y Shogren (1996), McCollum (1997) y Whitehead (2000) plantean que la medición de la voluntad es altamente sensible al valor de partida que se utilice en los *payment card* ("anchoring o starting point bias".)

Donde f y F representan la función de densidad y de distribución, respectivamente, mientras que $S(\delta^{min})$, la *función de supervivencia*, indica la probabilidad que la disposición a pagar exceda al valor mínimo del intervalo ($Prob(\delta^* \geq \delta^{min})$. De manera aproximada, la función de riesgo estaría expresando la tasa a la cual se podría incrementar la voluntad de pago del individuo una vez definido su disposición de pago en un nivel de δ^{min}.

La función integrada de riesgo correspondiente a la expresión 3.3'' así como su respectiva función de supervivencia se definen como:

$$\mathrm{A}(\delta^*)_i = \int_o^{\delta} \lambda(\delta^{\min})\, d\delta = \int_o^{\delta} \frac{-d \ln S(\delta^{\min})}{d\delta} \quad \text{.....3.4}$$

$$S(\delta^{\min)} = e^{-\mathrm{A}(\delta^*)} \quad \text{.....3.5}$$

Si se asume que la función o tasa de riesgo $\lambda(\delta^{min})$ es un valor constante e independiente del valor mínimo del intervalo que elija cada individuo, entonces:

$$\frac{-d \ln S(\delta^{\min})}{d\delta} = \lambda \quad \text{.....3.6}$$

Por lo tanto la solución para la función de supervivencia estará determinada por la siguiente función de distribución exponencial[12]:

$$S(\delta^{\min}) = e^{-\lambda\delta} \quad \text{.....3.5'}$$

La ventaja de esta solución es que proporciona información sobre la distribución de la voluntad de pago de los individuos y por lo tanto, la integral de la curva de supervivencia sobre el intervalo positivo [δ^{min} , δ^{max}] representa el valor medio o esperado de la voluntad de pago ($E(\delta^*)$) Este valor medio podrá ser aproximado mediante estimaciones máximo verosímiles de λ y $S(\delta)$, con lo cual:

[12] Este tipo de distribución garantiza que los valores estimados de esta función estén acotados dentro de un rango positivo. Asimismo, establece una relación inversa entre los niveles de primas y la función de supervivencia de la voluntad de pago por un seguro potestativo de salud. En caso que hubiere incertidumbre respecto al signo de la relación, la literatura recomienda distribuciones alternativas, tales como la lognormal, logística, Weibull, entre otras.

$$E(\delta^*) = \int_{\delta^{\min}}^{\delta^{\max}} e^{-\hat{\lambda} S} \partial S \text{ .....} 3.6$$

Por su parte, la medición de la mediana (M(δ*)) podrá ser estimada equiparando la función de supervivencia al valor de 0.5, con lo cual se obtiene:

$$M(\delta^*) = \frac{\ln(2)}{\hat{\lambda}} \text{.....} 3.7$$

Una limitación adicional respecto al formato de recopilación de información basados en *payment card*, es que la encuesta no provee información acerca de los extremos inferiores y superiores de la distribución de la voluntad de pago y por lo tanto su indefinición puede generar sesgos en la medición del valor esperado de la voluntad de pago. Lo anterior plantea las siguientes interrogantes:

a. ¿Cómo deberá tratarse a aquellos individuos que no revelaron voluntad de pago en ninguno de los niveles de primas establecidos por el encuestador? ¿Ello estaría reflejando una demanda nula por seguros de salud o una voluntad de pago acotada entre un valor nulo y el límite inferior (P^{min}/ δ>0.)

b. ¿Cómo deberá tratarse a aquellos individuos que revelaron disposición a pagar por un seguro potestativo de salud a la prima correspondiente al límite superior del rango establecido en la encuesta? ¿Deberá considerarse este nivel como el precio de reserva o éste se localizará en un punto del intervalo [δ^{max}, ∞^+]? Si este último fuera el caso, ¿cuál deberá ser el criterio para determinar o acotar este precio de reserva?

En el presente documento se va a abordar esta problemática asumiendo los siguientes escenarios extremos:

Supuestos sobre límites inferiores y superiores de la distribución de la prima

Caso:	Escenario I	Escenario II
$0 \leq \delta^* < \delta^{Min}$	Límite inferior = $\delta^{min}/2$	Límite inferior = 0
$\delta^* \geq \delta^{max}$	Precio de reserva = δ^{max}	Precio de reserva = α Gasto familiar per cápita, donde α representa el porcentaje del gasto familiar per cápita que asignan los individuos asegurados a adquirir una cobertura de seguro

III.2.3 *Modelos de selección discreta*

Los modelos de selección discreta se basan en la teoría de demanda desarrollada por Lancaster (1966), en la cual se plantea que las preferencia de los consumidores por un determinado bien o servicio son derivadas de las utilidades individuales que generan las características o **atributos** del bien o servicio seleccionado, más que del bien en sí mismo. De esta manera, se asume que los individuos adquieren bienes y servicios para alcanzar un conjunto óptimo de atributos, los cuales son susceptibles de ser intercambiados en las decisiones de consumo.

En los modelos de selección discreta las preferencias de los consumidores 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.

En el caso del análisis de los seguros potestativos de salud, se han considerado 7 clases de atributos para evaluar qué tipo de plan de beneficios se estaría dispuesto a adquirir y a qué nivel de prima: (a) el tipo de asegurador, (b) el valor de la cobertura del seguro, (c) el valor de la prima, (d) el nivel de copago ambulatorio, (e) el copago por servicios de hospitalización, (f) el periodo de carencia y (g) la cobertura de servicios odontológicos. Los niveles para cada atributo considerados en el análisis se presentan en el cuadro II [13] En él se puede observar que existen 5 atributos con 3 niveles y el resto con 2 niveles, con lo cual, el total de opciones posibles de construir bajo un diseño factorial completo es de 972 (= 3^5 x 2^2) A fin de hacer manejable el experimento controlado a través de las encuestas, se redujo el total de opciones a una muestra representativa de 15 utilizando un diseño factorial fraccionado ortogonalmente[14].

[13] Los planes de beneficios están basados en los planes de seguros potestativos que se encuentran en estudio para su lanzamiento al mercado por el Seguro Integral de Salud del MINSA (plan 1) y EsSalud (Plan 2). El tercer plan corresponde a un seguro representativo del mercado de seguros privado. Cabe señalar que los planes difieren en cobertura: básica, intermedia y catastrófica.

[14] El diseño factorial fraccionado ortogonalmente permite seleccionar una muestra representativa que mantiene las propiedades estadísticas del diseño original.

Cuadro II

Atributos y niveles de los planes de seguros

Atributo	Categoría/niveles
Cobertura	10000 20000 10000
Prestador	MINSA EsSalud Privado
Copago ambulatorio (US$)	1 2 10
Copago hospitalario (días)	0 1
Odontología	Cubre No Cubre
Periodo de carencia (meses)	0 1 3
Prima anual (US$)	85 157 181

La muestra representativa fue agrupada en 5 escenarios con 3 opciones diferenciadas según el tipo de asegurador, las cuales fueron presentadas a los encuestados para que seleccionen la mejor alternativa en cada una de los escenarios (ver cuadro III.)

Cuadro III

Ejemplo de escenario para la elección del mejor plan de beneficio

Atributos	Alternativa 1	Alternativa 2	Alternativa 3
cobertura (US$)	10,000	20,000	100,000
Asegurador	Minsa (Clínica)	Essalud	Privado
copago ambulatorio (US$)	1	2	10
copago hospitalario (días)	0	1	1
odontología	Cubre	Cubre	No cubre
periodo de carencia (meses)	0	3 meses	1 mes
prima anual (US$)	85	157	181

Seleccionar una alternativa

De acuerdo a este diseño experimental, la opción k elegida tendrá el conjunto óptimo de atributos (Z^*_{ik}) que proporciona al individuo i el mayor nivel de utilidad entre todas los planes de beneficios alternativos (McFadden, 1973.): max $U_i = U(Z^*_{ik})$ Dado que el valor de la prima constituye un atributo de los planes de beneficios, la voluntad de pago por un seguro potestativo de salud podrá ser inferida, en el marco del modelo de selección discreta, mediante la estimación del máximo nivel de utilidad del individuo.

¿Cómo poder determinar el nivel de utilidad individual a partir de las preferencias declaradas? La teoría de utilidad estocástica de los seguros da un marco adecuado para responder a esta interrogante. De acuerdo a este enfoque, el nivel de utilidad U de cada uno de estos planes de beneficios es un valor incierto y por lo tanto es una variable aleatoria. En consecuencia, la utilidad indirecta es susceptible de desagregarse en 3 componentes: (1) un componente sistemático asociado a los atributos de los planes de seguros j, incluyendo el valor de la prima P_j, ($V_j = Z'\beta - \beta_p P_j$), (2) un componente sistemático común a todo el conjunto multidimensional de alternativas, asociado a las características socioeconómicas del individuo i ($V_i = X'\vartheta$) y (3) un componente aleatorio ε independiente de V_j y V_i. Asumiendo que dichos componentes son aditivos, la utilidad indirecta de un plan de beneficios j para un individuo i puede expresarse de la siguiente manera:

$$V_{ij} = Z'_j \beta - \beta_p P_j + X_i \theta + \varepsilon . \quad \forall i = 1....n \quad j = 1....k \text{.....} 3.8$$

En este contexto, la probabilidad que un individuo seleccione alguna opción, será igual a la probabilidad que la utilidad de la opción seleccionada k (V_{ik}) sea mayor o igual a la utilidad de no tener un seguro (V_{i0}) Por lo tanto:

$$\Pr(k) = \Pr(V_{ik} > V_{i0}) = \Pr(Z_{ik}\beta - \beta_p P_k + X_i \theta + \varepsilon_{ik} > X_i \theta + \varepsilon_{i0})$$

$$= \Pr(Z_{ik}\beta - \beta_p P_k > \varepsilon_{i0} - \varepsilon_{ik}) \text{.....} 3.9$$

Nótese en la expresión 3.9 que el componente sistemático que no varía entre las opciones se elimina. Lo anterior implicaría que las condiciones socioeconómicas de los individuos no influirían sobre las decisiones de los consumidores. Para verificar la

hipótesis que el conjunto de variables socioeconómicas es irrelevante, se reformuló 3.9 incluyéndolas como variable de interacción, es decir, multiplicándolas por un vector de variable ficticia D. Cada variable ficticia tomaría el valor 1 cuando se selecciona la opción k y 0 cuando se prefiere no asegurarse, de forma tal que:

$$V_{ij} = Z'_{ij}\,\beta - \beta_p P_k + D' X'_i \theta + \varepsilon_{ij}\ . \quad \forall i = 1....n \quad j = 1....k.....3.8'$$

$$\Pr(k) = \Pr(V_{ik} > V_{i0}) = \Pr(Z_{ik}\beta - \beta_p P_k + D' X'_i \theta > \varepsilon_{i0} - \varepsilon_{ik}).....3.9'$$

Asumiendo que (ε_{i0}-ε_{ik}) sigue una distribución logística, entonces la probabilidad de elegir un plan de beneficio estará definida por la función de distribución F(ε_{i0}-ε_{ik}):

$$\Pr(k) = F(\varepsilon_{i0} - \varepsilon_{ik}) = (1 + e^{-(Z_{ik}\,\beta - \beta_p P_k + DX_i'\theta)})^{-1}.....3.10$$

Por otro lado, de lo expuesto en el capítulo II se sabe que la probabilidad de elegir un plan de beneficio será mayor cuanto menor sea la prima de mercado respecto al precio de reserva o a la disposición de pagar por un seguro potestativo de salud (δ). Lo anterior implica que:

$$\Pr(k) = \Pr(\delta_k \geq P_k) = 1 - F_\delta(P_k) \ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots 3.11$$

donde $F_\delta(P_k)$ representa a la función de distribución de la voluntad de pago, la cual depende del nivel de la prima. Comparando las expresiones 3.10 y 3.11, se puede observar que δ_k sigue similar distribución que (ε_{i0}-ε_{ik}). En consecuencia, el valor esperado de δ_k, (E(δ_k)), podrá ser obtenido a partir de la integración de la función de la logística acotado a valores positivos de P_k:

$$E(\delta_k) = \int_0^\infty F(\varepsilon_{i0} - \varepsilon_{ik})dP = \int_0^\infty (1 - F_\delta(P))dP = -(\frac{1}{\beta_p})\ln(1 + e^{(Z_{ik}\,\beta_k + DX_i'\theta)})\ .....3.12$$

La relación 3.12 estaría reflejando la media de la disposición a pagar por un seguro potestativo de salud por un individuo, expresado como un promedio de la disposición a pagar por los diversos planes de beneficios ponderados por la probabilidad de ser seleccionados. Un aspecto fundamental que se deriva de la expresión 3.12 es la relación directa entre el nivel del precio de reserva o voluntad de pago por un plan de beneficio determinado (Ben-Akiva y Lerman,1985). Así, planes de beneficios con mayor probabilidad de ser elegido tendrán una mayor valorización relativa que aquellos que tengan una baja probabilidad de ser seleccionado.

Finalmente, la mediana de la voluntad de pago estará determinada por aquella prima que haga que la probabilidad de elegir un plan de beneficio sea de 50%. Considerando que, bajo una distribución logística de la voluntad de pago:

$$\ln\left[\frac{\Pr(k)}{1-\Pr(k)}\right] = Z'_j\,\beta - \beta_p P_j + DX_i\theta + \varepsilon\,. \quad \forall i = 1....n \quad j = 1....k \qquad 3.13$$

entonces, la mediana estimada de la voluntad de pago (M(δ)) podrá ser expresado como:

$$M(\delta) = \frac{1}{\beta_p}\left[\; Z'_j\,\beta \;+ DX_i\theta \;\right] \forall i = 1....n \quad j = 1....k \qquad 3.14$$

III.3 Fuentes de información

La información empleada para la estimación de la voluntad de pago por seguros potestativo 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 (ver Anexo II)[15] Dicha encuesta fue ejecutada por la empresa Cuanto S.A. durante el IV trimestre del 2003 recopilando la información mediante entrevista directa. La cedula utilizada en las entrevistas consta de 7 secciones referidas a. (a) las características de la vivienda de los trabajadores independientes, (b) el nivel de

[15] Para el diseño de la muestra se consideró un error muestral de +-4,5%.

educación, (c) salud, (d) actividad laboral, (e) el gasto del hogar, (f) seguros y (b) bienestar. La encuesta tuvo como objetivo generar información relevante sobre:

1. Las condiciones socioeconómicas de los trabajadores independientes.
2. Las percepciones del estado de salud de los individuos pertenecientes a este segmento laboral, medido a través de indicadores de la calidad de vida.
3. Las preferencias declaradas de los trabajadores independientes respecto a los seguros potestativos de salud.

Cabe resaltar que el cuestionario de la sección sobre seguros se validó previamente a su aplicación a través de la ejecución de tres grupos focales[16]. El propósito de esta validación fue doble. En primer lugar, se buscó recoger información cualitativa que coadyuvara a la definición de rangos aceptables de pagos de primas de seguros para la aplicación del experimento controlado expuesto en el acápite II.2 En segundo lugar, se buscó mejorar el cuestionario y corregir algunas deficiencias asociadas a un problema de entendimiento de las preguntas de la encuesta. Los resultados de los grupos focales así como las recomendaciones de mejoras son presentados en el anexo B.

En esta sección de la encuesta se consultó a los encuestados sobre sus preferencias y voluntad de pago respecto a tres planes de seguros, los cuales están basados en los planes de seguros potestativos que se encuentran en estudio para su lanzamiento al mercado por el Seguro Integral de Salud del MINSA (plan 1 o básico) y EsSalud (Plan 2 o intermedio) El tercer plan corresponde a un seguro para eventos catastróficos representativo del mercado de seguros privado (ver cuadro IV)

Con relación a la sección de bienestar, ésta fue diseñada por el Dr. R.M. Kaplan de la División de Cuidado de la Salud de la Universidad de California con el objetivo de recopilar un conjunto de indicadores sobre síntomas, actividad física, movilidad y actividad social de los individuos y que fueran susceptibles de ser agregados mediante un índice ("Índice de Calidad de Vida") para medir la percepción del estado de salud o discapacidad

[16] Los grupos focales se diferenciaron según género y edad de los participantes. Así, en el primer grupo participaron hombres no asegurados cuyos rangos de edad fluctuaban entre 32 y 45 años, mientras que en el segundo grupo participaron mujeres con similares edades que el primer grupo. En el caso del tercer grupo, sus integrantes fueron varones entre 45 y 65 años de edad. En los tres casos los participantes eran trabajadores independientes con niveles de ingreso individual de US$ 600 o con ingresos familiares de US$ 1200

Cuadro IV

Planes de beneficios de seguros potestativos

	Seguros		
	Plan 1	Plan 2	Plan 3
Cobertura	US$ 6 000	US$ 10 000	US$ 100
Prestador	MINSA	EsSalud	Privados
Beneficios			
Atención			
Medicina			
Cobertura	100%	100%	90%
Copago	US$ 1,00	US$ 2,00	US$ 10,00
Medicina			
Cobertura	100% hasta 3 consultas al	100%	90%
Copago	US$ 1,50	US$ 2,00	US$ 15,00
	50% del		
Hospitalizació			
Cobertura	100%	100%	90%
Copago	-.-	1 día	1 día
Servicios de ayuda al			
Cobertura	100%	100%	100%
Radiologìa	2 placas al		
Ecografia	1 ecografiã al		
	50% del		
Emergencias por			
Cobertura	100%	100%	100%
Beneficios			
Maternida	100%		
Controles prenatales y post	10 controles al	100%	100%
Controles de niño sano (hasta 1	12 controles al	100%	100%
Parto normal , aborto y amenaza de	100%	100%	US$ 1 000
Cesárea y parto	100%	100%	US$ 1 500
Complicaciones quirugicas del	100%	100%	US$ 1 500
Enfermedades congénitas del recién	100%	100%	US$ 10
Protesis no estéticas (excluyendo	100%	100%	US$ 1 000
Atenciones			
Medicíón y	100%	100%	100% de una por
Por enfermedad	100%	100%	90%
Atenciones odontològicas básicas	100%	100%	No cubre
Tratamiento de	Hasta	Hasta	100%
Tratamiento	100%	100%	100%
Período de			
Atención	-.-	3 meses	1 mes
Maternidad	10 meses	10 meses	10 meses
Odontologì	3 meses	3 meses	No cubre
Cirugías efectivas y enfermedades	-.-	10 meses	10 meses
Diálisis por insuficiencia renal	-.-	3 años	
Tratamiento de HIV -	-.-	3 años	
Primas			
Titular (De 18 a 45	85	138	146
Cónyuge (De 18 a 45	73	104	146
Hijo(a) menor de	23	37	63
Titular (De 45 a 55	85	157	181
Cónyuge (De 45 a 55	73	120	181
Hijo(a) menor de	23	37	63
Titular (De 55 años a	85	186	329
Cónyuge (De 55 años a	73	143	329
Hijo(a) menor de	23	37	63

del individuo. Las ponderaciones de las variables para la construcción del índice de Calidad de Vida fueron proporcionadas por la Universidad de California[17] Este índice fue utilizado en la presente investigación como una variable "*proxy*" del riesgo de la salud de las personas.

III.4 Definición de variables

De acuerdo a lo expuesto en el acápite III.2, existen dos conjuntos de variables que influyen tanto sobre la decisión de aseguramiento del individuo y el tipo de seguro potestativo a adquirir, así como en el valor monetario que estos asignan a los diferentes planes de seguros existentes en el mercado. El primer grupo de variables está relacionado a los atributos de los planes de seguros, mientras que el segundo grupo incluye variables asociadas a las características individuales de los potenciales usuarios de seguros.

III.4.1 Atributos de los planes de seguros

Con relación al primer grupo, se seleccionaron siete atributos representativos de los planes de beneficios para la medición de la voluntad de pago:

1. *Cobertura de seguro*: Está referido al monto máximo acumulable que las empresas de seguros pueden cubrir por eventos de enfermedad durante un periodo contractual. Este monto está directamente relacionado a la complejidad de la canasta de patologías que las empresas están dispuestas a financiar por el pago de una prima anual. Así, para los planes básico e intermedio se está considerando un nivel de US$ 10 000 y US$ 20 000, respectivamente. Para el plan catastrófico el nivel asignado es de US$ 100 000. Es de esperar que se asigne un mayor valor a los planes de seguro cuanto mayor sea la protección financiera que los individuos aspiren a tener. Por lo tanto, sería consistente asumir que, *ceteris paribus*, existe una relación positiva entre el nivel absoluto de la voluntad de pago y el valor de la cobertura.

2. *Copago y prima*: El copago está referido a la fracción del costo de la atención que tiene que desembolsar un individuo cada vez que hace uso de un determinado

[17] Para una discusión de las diferentes alternativas de medición del estado de salud, revisar McDowell (1996).

servicio en un establecimiento de salud. En el análisis se está considerando dos tipos de copagos. El primero corresponde al pago por la atención ambulatoria, mientras que el segundo corresponde al pago por los servicios de hospitalización. Por su parte, la prima constituye el pago que el individuo tiene que desembolsar a las empresas de seguros para gozar de una protección financiera ante un evento de enfermedad. Dado que los costos monetarios generan desutilidad, se prevé que, *ceteris paribus*, incrementos en los valores de los copagos y de la prima afecten negativamente la decisión de aseguramiento y por lo tanto reduzcan la valorización relativa que se le asigna a los planes de seguros con relación a la prima de mercado.

3. *Periodo de carencia*: Se refiere al tiempo que tiene que esperar el individuo luego del pago de la prima para gozar de determinados beneficios del plan de seguro, lo cual constituye una práctica que eleva sutilmente el costo de la afiliación. En consecuencia, se espera que la relación entre esta variable y la decisión de aseguramiento y la disposición a pagar por un seguro potestativo de salud sea similar a la prevista para las primas de seguro. Para el plan básico se está asumiendo que no existe periodo de carencia, mientras que para el plan intermedio y catastrófico este periodo está fijado en 3 meses y 1 mes, respectivamente.

4. *Servicio de odontología.* Esta es una variable dicotómica que trata de reflejar el financiamiento o no de atención odontológica en los planes de beneficios considerados. Cabe señalar, que el financiar este tipo de servicio le agrega valor a los planes de beneficio haciendo más atractivo el aseguramiento. En consecuencia, el efecto esperado de esta variable sobre la probabilidad de selección de un plan y por consiguiente, sobre la disposición a pagar, sería positivo.

5. *Tipo de prestador:* Esta variable está referida al tipo de establecimiento de salud afiliado a un plan de beneficio determinado. Así para el plan básico e intermedio se está considerando a los establecimientos pertenecientes a la red MINSA y de EsSalud, respectivamente. En el caso del plan catastrófico se está considerando a establecimientos privados de salud. El efecto de esta variable sobre el valor monetario de la voluntad de pago es incierto, por cuanto dependerá de las preferencias de los usuarios, la percepción de calidad, entre otros factores.

III.4.2 Características de los individuos

Basados en las consideraciones teóricas expuestas en el capítulo II, se seleccionaron 9 variables relacionadas a las condiciones socioeconómicas y de salud de los individuos para analizar su contribución en la determinación de la voluntad de pago por seguros potestativos de salud. Cabe recordar, que con el fin de evitar su exclusión en la solución del modelo de selección discreta, estas variables fueron incorporadas como variables de interacción (ver acápite III.2.3) Ello, permitió a su vez evaluar la existencia o no de diferencias en la formación de la voluntad de pago de acuerdo al tipo de plan seleccionado. Las definiciones de cada una de estas variables así como el signo esperado en el modelo de voluntad de pago son descritas a continuación:

1. *Capacidad de pago:* Se está utilizando como variable "*proxy*" al gasto per cápita del hogar. De acuerdo a este indicador, niveles superiores de gasto no sólo estarían evidenciando una mejor capacidad económica para tomar una cobertura de seguro, sino también, una mayor holgura para afiliarse a planes de seguro de mejor calidad o mayor cobertura. En este sentido, es de esperarse que para los planes de menor (mayor) cobertura relativa la probabilidad de ser seleccionados y la disposición a pagar por ellos sea función decreciente (creciente) del nivel del gasto.

2. *Beneficiario de subsidios públicos de salud:* Esta variable clasifica a la población según el uso o no de servicios de salud subsidiados. Dentro del grupo de beneficiarios de los subsidios públicos de salud se está considerando tanto a la población no asegurada que utiliza los servicios del MINSA así como aquellos que teniendo un seguro como cohabiente hacen uso de los servicios de los establecimientos del Ministerio de Salud. El propósito de incluir esta variable en el modelo es evaluar la hipótesis que los subsidios públicos que otorga el MINSA para la utilización de sus servicios públicos de salud desincentivan el aseguramiento ("*crowding out*"), principalmente la demanda de planes de seguros catastróficos. En este sentido, se espera que el signo correspondiente a esta variable sea negativo.

3. *Estado de salud*:: Esta variable es aproximada mediante el Índice de Calidad de Vida (ICV) desarrollado por la Universidad de California. Tal como se mencionara anteriormente, este índice es construido a partir de información recopilada sobre

síntomas (S), actividad física (AF), movilidad (M) y actividad social (AS) de los individuos. Si w se define como la ponderación correspondiente al indicador que refleja la peor situación al interior de cada dimensión de análisis, entonces el índice se expresa como:

$$ICV= 1-w_S- w_{AF}- w_M- w_{AS}$$

Los valores del ICV se hallan dentro del rango [0, 1], donde 1 representa una situación de óptima condición de salud y 0 corresponde a la situación extrema de muerte.

La inclusión de esta variable en el modelo permitirá evaluar (a) si la aversión al riesgo financiero ante eventos de enfermedad es diferenciada según la percepción del estado de salud de las personas e (b) identificar el patrón de comportamiento. Al respecto, cabe señalar que el impacto de esta variable sobre la decisión de aseguramiento y la voluntad de pago es incierto por cuanto dependerá de la valorización del dinero que le asigna cada individuo según su estado de salud (ver acápite II.2.1): si la utilidad marginal del dinero de los individuos con mejor estado de salud relativa fuera superior (inferior) a los que padecen enfermedades severas, entonces, podría esperarse que el primer grupo esté dispuesto a pagar primas superiores (inferiores) para protegerse de potenciales pérdidas financieras por probables eventos de enfermedad que los que estarían dispuesto a pagar los individuos que enfrentan enfermedades severas.

4. *Enfermedad previa*: Esta es una variable dicotómica que identifica a las personas no aseguradas que se han declarado enferma y que han requerido algún tipo de atención en un establecimiento de salud. Se espera que este grupo poblacional al haber estado expuesto a un determinado grado de riesgo financiero, tenga una mejor percepción de la necesidad de tomar cobertura de seguro que aquellos que no han registrado un evento de enfermedad. Esta hipótesis deberá reflejarse en una mayor disposición a pagar por un seguro potestativo de salud para el primer grupo.

5. *Conocimiento sobre el mercado de seguros:* El grado de conocimiento se aproxima en el modelo a través de dos variables. La primera está referida al nivel educativo del individuo (medido en años de estudios) y la segunda es un índice construido a partir

de las respuestas otorgadas por los encuestados respecto algunas definiciones sobre seguros, primas y copagos. Se espera que esta dos variables influyan positivamente en la probabilidad de asegurarse, debido a que las personas con mejor nivel educativo cuentan con mayor información sobre los beneficios potenciales de tomar coberturas de seguros. Asimismo, cuentan con mayor elementos de juicio y de información para seleccionar el mejor plan de beneficio acorde a sus necesidades.

Adicionalmente, el modelo permite discriminar las probabilidades de aseguramiento y los valores de la voluntad de pago de los individuos según: (a) género, (b) el número de miembros a afiliar y (c) la pertenencia o no a un determinado gremio.

Capítulo IV
Análisis de resultados

En el presente capítulo se analizará los resultados de la medición de la voluntad de pago por seguros potestativos de salud, la cual fue estimada utilizando las técnicas de inferencia basadas en los Modelos de Valuación de Contingencia y los Modelos de selección discreta. Cabe señalar que, el valor estimado de la voluntad de pago expresa las preferencias declaradas de 480 trabajadores independientes con las siguientes características (ver cuadro V):

a. Pertenecen a los segmentos medios y de altos ingresos registrando un nivel promedio de gasto familiar per cápita de US$ 3 441 anuales[18]. Al interior del grupo existe una significativa dispersión, lo cual evidencia niveles de capacidad de pago diferenciado. Así, el gasto familiar per cápita del cuartil superior es 4,6 veces el nivel medio de gasto del cuartil inferior. Un aspecto destacable es que pese a realizar actividades como independiente, el componente irregular en sus flujos de ingresos no es muy significativo: el 80% de los encuestados manifestaron percibir ingresos periódicos durante los 12 meses del año.

b. El 63% de los encuestados fueron hombres y con edades que oscilan entre 19 y 84 años (valor medio de 45 años), lo cual estaría reflejando diferencias en el estado de salud en la muestra seleccionada. Así, clasificando a la población de acuerdo a los niveles del Índice de Calidad de Vida, se puede observar que para un 38% de los encuestados el riesgo de salud es moderado o alto.

c. El 59% de los encuestados declaró estar casado o conviviendo, mientras que un 24% manifestó estar soltero. Dada esta distribución, se esperaría que las preferencias de los encuestados se orienten hacia esquemas de aseguramiento de tipo familiar.

[18] Considerando ENAHO, 2002, el gasto familiar per cápita de independientes no pobres en Lima Metropolitana es de US$.2000 anuales. Ello estaría implicando que la muestra se estaría ubicando en la cota superior de la distribución del gasto.

d. En términos educativos, el 62% de los encuestados declaró tener un nivel de educación superior o universitaria. Dado el elevado porcentaje de este grupo en la muestra, se esperaría que los riesgos de sesgos por desconocimiento de mercado en

Cuadro V

Perfil de los encuestados independientes

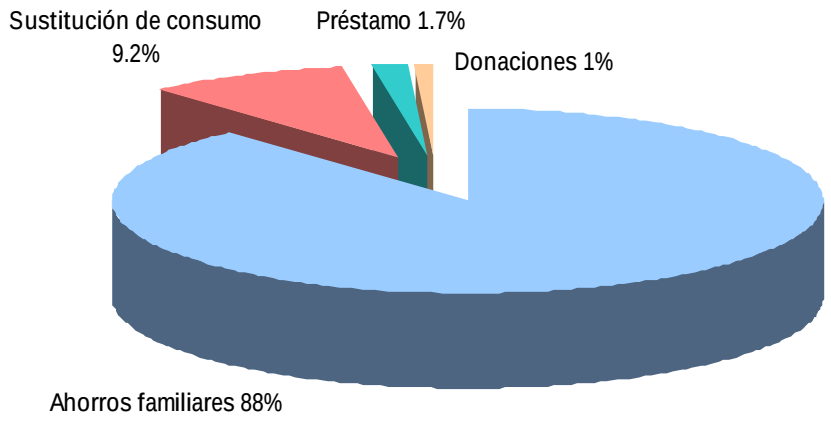
Indicadores	Valores
% de hombres	*63.0%*
Gasto medio percápita anual (US$)	*3441*
- Cuartil inferior	1466
- Cuartil superior	6762
% de independientes que perciben ingresos regularmente	*79.5%*
edad promedio	*45*
- Entre 19 y 30 años	15%
- Entre 31 y 45 años	36%
- Entre 45 y 65 años	44%
- Mayor a 65 años	5%
Estado civil	
- % de casados / convivientes	59.0%
- % de solteros	24.0%
- % de viudos/separados/divorciados	17.0%
Nivel de educación	
- Primaria	2%
- Secundaria	20%
- Técnica	16%
- Superior	62%
Nivel de riesgo de salud	
- Riesgo bajo	62%
- Riesgo moderado	27%
- Riesgo alto	11%
% de afiliados a un gremio	*13.5%*
% de personas que cuentan con seguro	*52.4%*
- titular de seguros privados	13.1%
- cohabiente (EsSalud, seguros privados)	39.3%
Distribución de los titulares de seguros	
- Cuartil inferior	9.4%
- Segundo cuartil	7.3%
- Tercer cuartil	27.1%
- Cuartil superior	56.3%
Promedio de prima anual pagado por seguros privado (US$)	250
Promedio de miembros afiliados al seguro privado	2

Fuente: Encuesta de Seguros y Bienestar (2003)

la medición de voluntad de pago se reduzca, principalmente en las mediciones basadas en las técnicas de Valuación de Contingencia

e. El 47,6% de los encuestados reportó no contar con alguna cobertura de seguros, financiándose los gastos de enfermedad, principalmente con sus ahorros (88,2%) o mediante la reducción de su consumo (9,2%) (ver gráfico IV.)

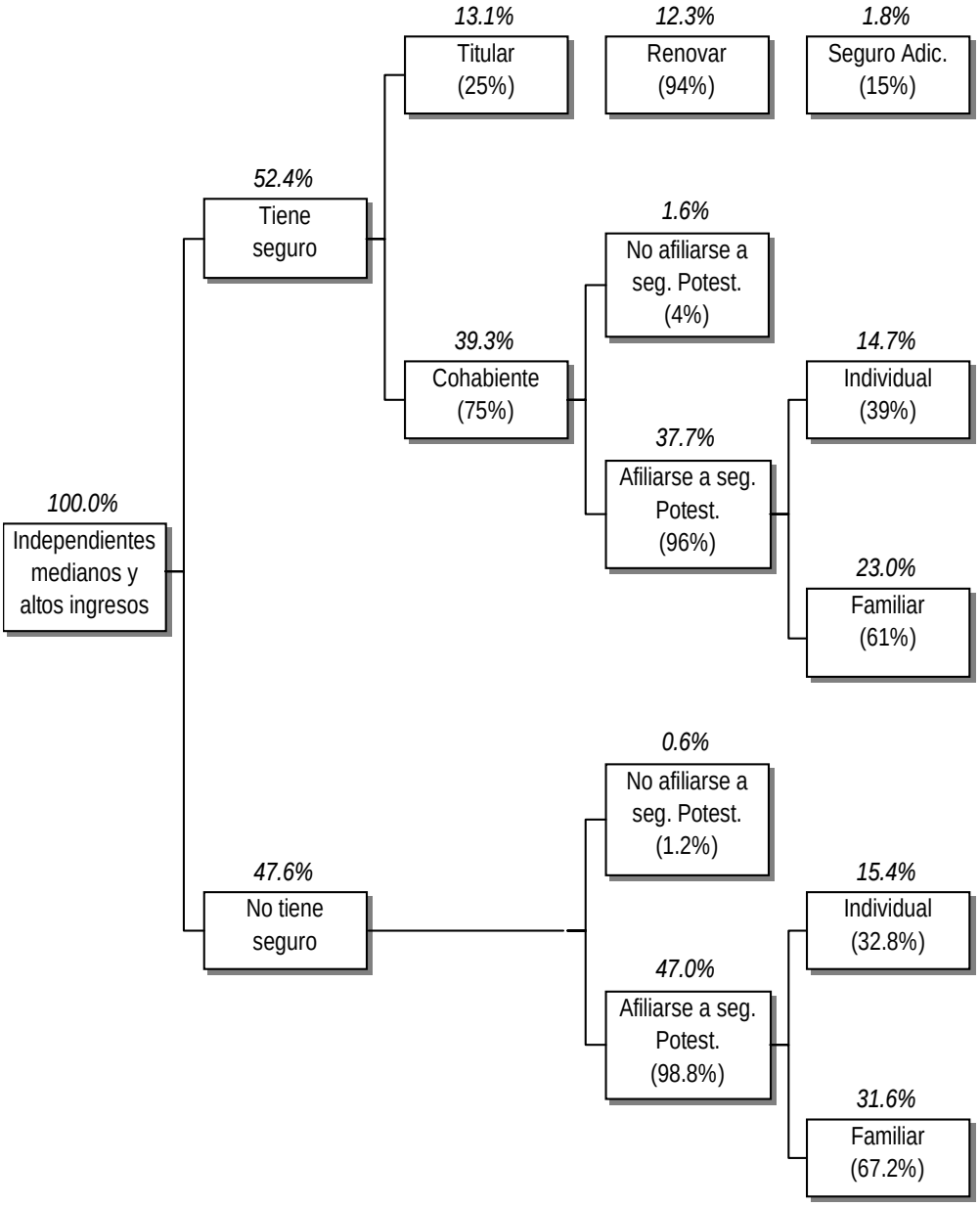
Gráfico IV
Fuente de financiamiento del gasto de bolsillo en salud
(población no asegurada)



Por su parte, un 39 por ciento de los encuestados cuenta con un seguro como cohabiente; mientras que sólo el 13,1 por ciento de los encuestados manifestó ser titular de un seguro privado de salud. Sobre el particular, cabe señalar que el 56 por ciento de la demanda por seguros privados se concentra en el cuartil superior de gasto, pagándose en promedio una prima anual de US$ 250 y afiliando en promedio a 2 miembros de su hogar.

El análisis de la Encuesta de Seguros y Bienestar sugiere que existe margen para profundizar el mercado de seguros en los segmentos independientes de medianos y altos ingresos en Lima Metropolitana. Así, en el gráfico V se puede observar que existe una demanda no atendida tanto para nuevas coberturas como para seguros adicionales. De acuerdo a ello, el 98% de los trabajadores independientes sin seguros estarían dispuestos a adquirir una cobertura de seguros. Por otro lado, el 96% de los trabajadores

Graáfico V
La demanda por seguros potestativos de salud en los segmentos independientes de medianos y altos ingresos



independientes que cuentan con un seguro como cohabiente estarían dispuestos a adquirir una cobertura adicional. Cabe señalar que, ambas fuentes de demanda concentran al 85% de la población encuestada. En términos de esquemas de aseguramiento, el 35% de esta demanda estaría orientada a adquirir seguros individuales, mientras que la diferencia prefiere adquirir seguros de tipo familiar. Es importante mencionar que estos valores se hallan sobreestimados debido al ***sesgo de respuesta afirmativa*** inherentes en este tipo de encuestas. Por ello, se requieren contrastar estos niveles con los que se obtendrían de analizar la disposición a pagar por seguros a partir de los estimados de los precios de reserva (ver acápite siguiente).

Al ser consultados sobre el tipo de plan que elegirían (i.e. básico, intermedio o catastrófico) sin revelar el valor de la prima correspondiente, sólo un 34% de los encuestados seleccionaron un seguro catastrófico (ver cuadro VI) 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 seguro 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%) que los que se encuentran casados (33%)

En segundo lugar, los bajos niveles de demanda por seguros catastróficos podrían estar evidenciando la existencia de una percepción que los seguros catastróficos son costosos lo cual estaría auto-limitando el acceso a este tipo de mercado y favoreciendo el desarrollo de seguros con baja cobertura. Este resultado es consistente con los bajos porcentaje relativos registrado 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%)

Finalmente, los bajos niveles de demanda por seguros catastróficos, podrían también estar asociada a la existencia de una baja percepción de necesidad por este tipo de

seguro, lo cual se refleja en el porcentaje significativo de individuos perteneciente al cuartil superior que seleccionaron planes de beneficios básicos o intermedios.

Cuadro VI

Preferencias declaradas por seguros potestativos según tipo de plan y características individuales

Categoría	Tipo de plan		
	No catastrófico [1/]	Catastrófico	Total
Total	*66%*	*34%*	100%
Nivel socioeconómico			
Cuartil inferior	81%	19%	100%
Cuartil superior	55%	45%	100%
Estado civil			
Soltero	56%	44%	100%
Casado/conviviente	67%	33%	100%
Viudos/separado/divorciado	83%	17%	100%
Nivel de educación			
Inferior a Primaria	80%	20%	100%
Secundaria	78%	22%	100%
Superior no universitaria	73%	28%	100%
Superior universitaria	61%	40%	100%
Pertenencia a un gremio			
No	70%	30%	100%
SI	45%	55%	100%
Tenencia de seguros			
No	73%	27%	100%
SI	59%	41%	100%
Conocimiento sobre seguros			
Poco o nada	74%	26%	100%
Con conocimientos	63%	37%	100%
Edad			
Entre 19 y 35 años	54%	46%	100%
Entre 36 y 45 años	75%	26%	100%
Entre 46 y 65 años	66%	34%	100%
Mayor a 65 años	68%	32%	100%

1/ Se refiere a los planes básicos e intermedio

Fuente: Encuesta de Seguros y Bienestar

Otro aspecto de interés que muestra la Encuesta de Seguros es el patrón decreciente de las preferencias por seguros catastróficos de acuerdo al ciclo de vida. Así, se observa que el porcentaje de individuos con edades entre 19 y 35 años que estarían dispuesto a adquirir este tipo de seguros es de 46%, mientras que para los individuos mayores a 65 años este porcentaje disminuye a 32%. Este resultado estaría apoyando la hipótesis que los individuos con mejor estado de salud estarían dispuestos a pagar más por reducir el riesgo financiero de una enfermedad que las personas que tienen una situación de salud más delicada. Tal como se mencionaba en el capítulo, ello se sustentaría en que las personas con menor riesgo de salud tendrían una mayor valorización relativa del dinero.

IV.1 Medición de la voluntad de pago por seguros potestativos de salud y demanda potencial

La voluntad de pago por primas de seguros fluctúa en promedio entre US$ 106 y US$ 152 anuales, de acuerdo con los diferentes métodos de estimación aplicados. Por las ventajas que presenta el modelo de selección discreta – menor riesgo de sesgos de desconocimiento de mercado y de unidimencionalidad -, 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 co-pago de US$ 3 por consulta externa en todos los planes.

Cuadro VII
Resumen de disposición a pagar por seguros
Primas anuales en US$

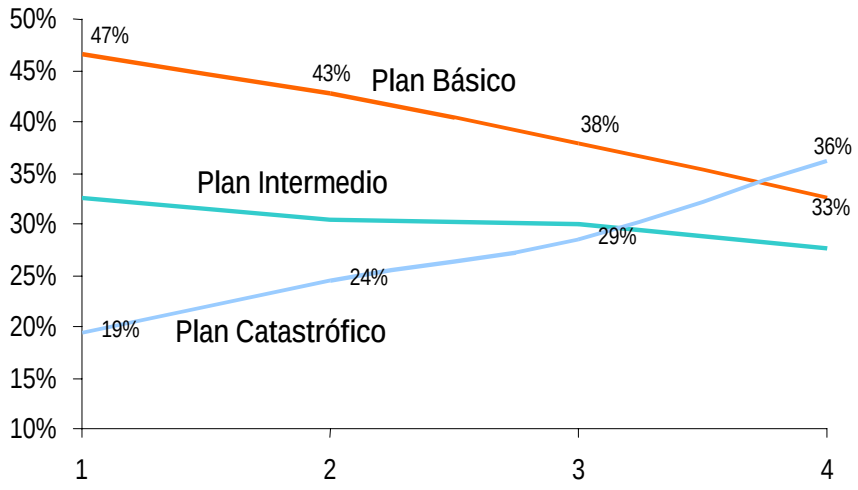
Tipo de plan	Disposición a pagar			Capacidad de pago medio
	Oferta de precio	Umbrales múltiples	Modelo de selección discreta	
Básico	143	73	138	n.d.
Intermedio	150	115	132	n.d.
Catastrófico	164	130	160	n.d.
Promedio	152	106	143	127

Fuente: Encuesta de seguros y bienestar

La diferencia entre este valor referencial y el valor que declara el encuestado respecto a su capacidad de pago (US$ 127), puede deberse a que en el modelo de selección discreta, el encuestado recibe mayor información sobre los planes y mayor libertad de elección de sus atributos de acuerdo a sus necesidades.

La voluntad de pago y probabilidad de seleccionar cada plan varía según el nivel de ingresos del titular. Así los planes básicos e intermedios se comportan como bienes inferiores, mientras el plan catastrófico actúa como un bien normal. Es decir, a medida que las familias incrementen sus ingresos, tenderá a demandar proporcionalmente planes de mayor cobertura, mostrando un comportamiento pro-cíclico. 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 actuarían en forma anti-cíclica, anticipándose una mayor demanda por éstos en situaciones de recesión.

Gráfico VI
Probabilidades de seleccionar planes de beneficios según cuartiles de gastos



A lo largo de la distribución de la voluntad de pago por primas de seguros de salud o “precio de reserva”, se observa una brecha positiva importante entre el precio de reserva y la prima de mercado, particularmente acentuada en los deciles superiores. Ello estaría indicando la existencia de un mercado potencial por explotar.

Grafico VII
Precio de reserva por deciles

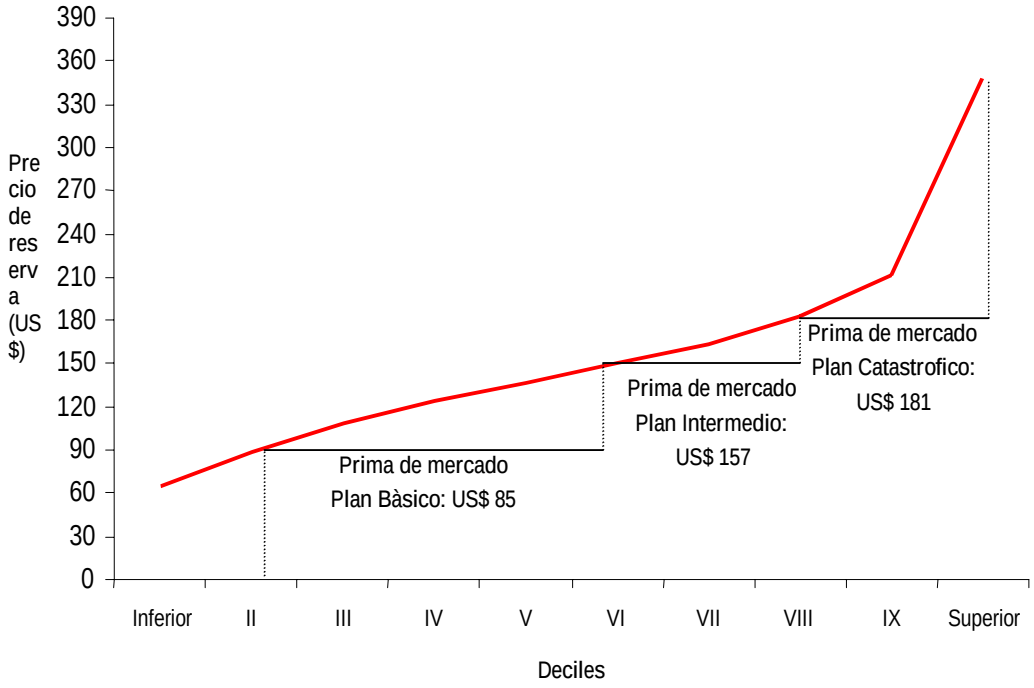
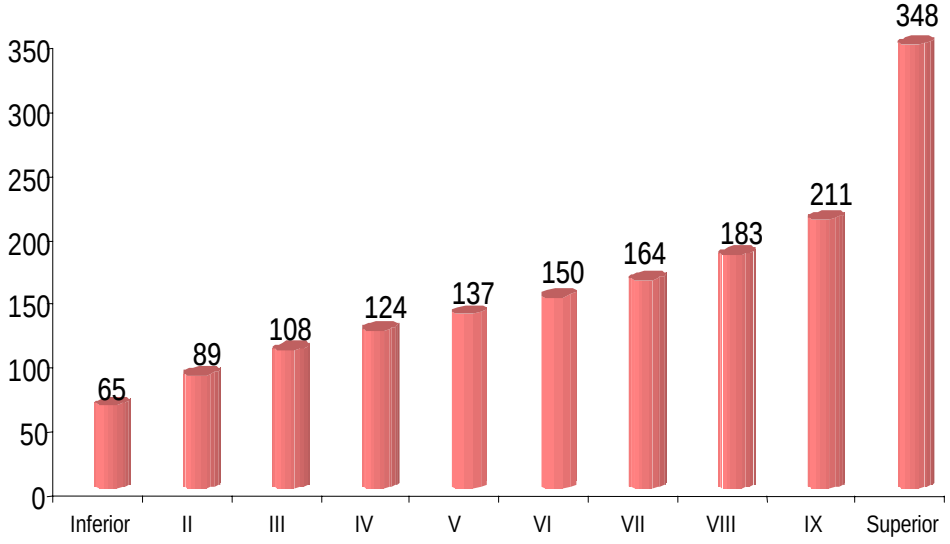


Gráfico VIII
Precio de reserva promedio máximo por deciles de gasto per cápita



Por otro lado, se observa una demanda segmentada, por lo que se recomienda una estrategia de discriminación de mercados, que permita una mayor extracción del excedente del consumidor:

- Para 20% de los encuestados de menores recursos, claramente se observa que no existiría un mercado debido a barreras económicas de acceso. Este segmento debería pasar a una cobertura de aseguramiento subsidiada públicamente.
- 40% de los encuestados tiene capacidad y voluntad de pago por una prima de un plan de seguro básico
- 20% de los encuestados tiene capacidad y voluntad de pago por una prima de un plan de seguro intermedio
- 20% de los encuestados tiene capacidad y voluntad de pago por una prima de un plan de seguro catastrófico.

Aplicando un esquema de segmentación como el descrito, se estima que el valor de la demanda potencial para Lima Metropolitana ascendería a US$ 25 millones bajo un escenario de cobro de la prima mínima de mercado en cada segmento (equivalente al 17% del total de ingresos a nivel nacional de las aseguradoras por concepto de primas netas de seguros de salud).

Cuadro VIII
Demanda potencial por seguros potestativos

Tipo de planes de seguros	Prima de mercado	Precio de reserva media 1/	Probabilidad de aseguramiento	Demanda potencial		
				Población	A prima de mercado	A precio de reserva media
	US$	US$	%	En miles	US$ En miles	US$ En miles
Plan Básico	85	121	44%	75	6.371	9.056
Plan Intermedio	157	164	30%	26	4.038	4.230
Plan Catastrófico	181	228	24%	20	3.675	4.626
Nuevos asegurados				121	14.084	17.912
Plan Básico	85	121	44%	59	5.016	7.129
Plan Intermedio	157	164	30%	20	3.179	3.330
Plan Catastrófico	181	228	24%	16	2.893	3.642
Aseguramiento adicional				95	11.087	14.101
Total				216	25.171	32.014

Nota: Se considera como base 900 mil independientes de ingresos medios y altos en Lima Metropolitana
1/ El precio de reserva promedio para cada plan està acotado a la población: (i) con capacidad de pago del precio de mercado del plan elegido; (ii) excluyendo aquellos cuyo precio de reserva excede el precio de mercado del plan inmediatamente
Fuente: Encuesta de seguros y bienestar

En el caso de considerar los precios de reserva medios estimados para cada plan (ver nota 1/ del Cuadro VIII) la demanda potencial, bajo la coyuntura económica actual, asciende a US$ 32 millones (equivalente al 24% del total de ingresos a nivel nacional de las aseguradoras por concepto de primas netas de seguros de salud). La población potencial a asegurar ascendería a 216 mil titulares.

Finalmente, es interesante anotar que de acuerdo a la encuesta, 72 por ciento de la muestra mostró su preferencia a favor del sector privado como agente financiero de los seguros. Asimismo, 64 por ciento de los encuestados indican que la periodicidad de pago preferida es la mensual.

Cuadro IX
Preferencias de los usuarios

Tipo de asegurador	
Privado	72%
Público	
MINSA	6%
EsSalud	19%
Muicipalidade	2%
Nro de cuotas de pago de la prima	
Anual	10%
Semestral	5%
Cuatrimestra	5%
Trimestral	11%
Mensual	64%
Otros	6%
Procedimiento de cobro de la prima	
Débito	34%
Vía cobro de servicios	24%
En supermecados	6%
En el trabajo	3%
A través del gremio	21%
Otros	12%

IV. Determinantes de la voluntad de pago por seguros potestativos de salud

Sobre la base de la estimación del modelo logístico para la medición de la decisión de aseguramiento y la voluntad de pago (Cuadro X), se observa que en general los parámetros estimados muestran los signos esperados, de acuerdo a lo explicitado en el Capitulo III y son estadísticamente significativos de acuerdo a la Prueba de Wald.

Cuadro X

Estimación del modelo logístico para la medición de la voluntad de pago por
Modelo de selección

Tipo de variables	Variables	Dicotómica multiplicativa	Coeficiente	Desviación estándar	Prueba Wald	Significancia
Atributos del plan de beneficio	Constante		-6,574	0,810	65,920	0,000
	Prestador MINSA		8,609	0,828	107,966	0,000
	Prestador EsSalud		7,353	0,839	76,752	0,000
	Copago ambulatorio		0,015	0,009	2,404	0,121
	Copago hospitalario		-0,123	0,057	4,625	0,032
	Odontología		0,231	0,059	15,547	0,000
	Periodo de carencia		-0,063	0,022	7,823	0,005
	Prima de seguro		-0,005	0,001	16,213	0,000
	Ln Cobertura		0,087	0,065	1,803	0,179
Condiciones socioeconómicas del individuo	Gasto percápita	Plan bàsico	-0,296	0,071	17,174	0,000
		Plan intermedio	-0,204	0,073	7,855	0,005
		Plan catastrófico	0,540	0,076	50,717	0,000
	Género	Plan bàsico	0,103	0,080	1,643	0,200
		Plan intermedio	-0,064	0,082	0,607	0,436
		Plan catastrófico	-0,043	0,088	0,241	0,624
	Año de estudio	Plan bàsico	-0,026	0,016	2,664	0,103
		Plan intermedio	-0,003	0,017	0,034	0,854
		Plan catastrófico	0,038	0,019	3,928	0,047
	Pertenencia gremio	Plan bàsico	-0,665	0,127	27,482	0,000
		Plan intermedio	0,185	0,114	2,639	0,104
		Plan catastrófico	0,316	0,116	7,384	0,007
	Calidad de vida (riesgo)	Plan bàsico	2,190	0,458	22,860	0,000
		Plan intermedio	-2,440	0,433	31,716	0,000
		Plan catastrófico	0,552	0,498	1,226	0,268
	Necesidad de atenderse	Plan bàsico	0,367	0,082	19,938	0,000
		Plan intermedio	-0,004	0,083	0,002	0,965
		Plan catastrófico	-0,299	0,087	11,670	0,001
	Beneficiariode subsidio público	Plan bàsico	0,156	0,080	3,804	0,051
		Plan intermedio				
		Plan catastrófico	-0,199	0,088	5,124	0,024
	Conocimiento de seguros	Plan bàsico	-0,750	0,079	91,197	0,000
		Plan intermedio	0,293	0,081	13,023	0,000
		Plan catastrófico	0,718	0,086	68,855	0,000
	Número de miembros a afiliar	Plan bàsico	0,070	0,019	12,983	0,000
		Plan intermedio	-0,070	0,020	11,706	0,001
		Plan catastrófico	0,086	0,021	16,301	0,000

Memo

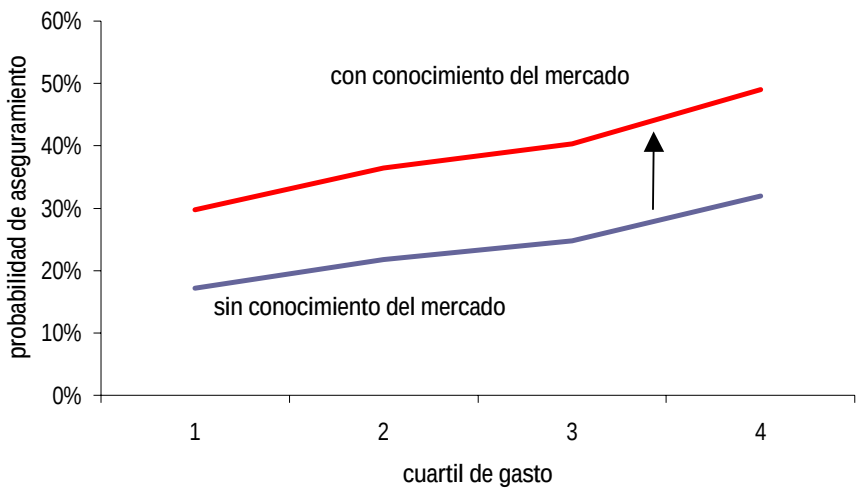
-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
11417,653	0,053	0,073

Los atributos con mayor influencia sobre las decisiones de aseguramiento y selección de plan son los referidos a tipo de prestador, provisión de servicios de odontología y el nivel del co-pago hospitalario. Con relación al tipo de prestador, existiría una mayor preferencia relativa por el prestador 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 MINSA, EsSalud y privados.

Cabe anotar que la inclusión de la cobertura de servicios de odontología aumenta la probabilidad de aseguramiento y la voluntad de pago, mientras que en el caso de los co-pagos hospitalarios se observa un grado de aversión.

Respecto a las condiciones socio-económicas de los individuos, se observa que la probabilidad de demandar un plan catastrófico está influido significativamente por el nivel de conocimiento del mercado de seguros (ver Cuadro XI). Esto implica que la oferta de seguros en el mercado debe venir acompañada de una campaña informativa de sensibilización extensa, lo cual tendrá el efecto de ampliar significativamente la demanda.

Grafico IX
Efecto marginal del conocimiento del mercado sobre la demanda de planes catastróficos



Se observa también un impacto positivo sobre la demanda de la condición de afiliación a un gremio, lo que implica que la oferta de seguros en el mercado debería incluir una estrategia de venta de seguros con base a convenios con los gremios, lo que a su vez podría reducir en parte los costos de recaudación.

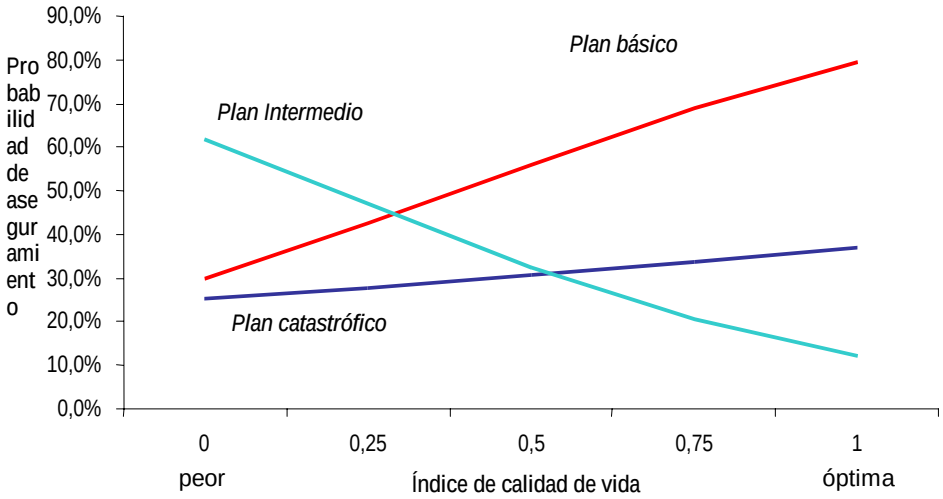
Cuadro XI

Efectos marginales sobre la probabilidad de aseguramiento en el plan catastròfico

Impacto de:	Estado inicial	Probabilidad	Estado final	Probabilidad	Efecto marginal
Conocimiento de mercado					
Cuartil inferior	Sin conocimiento	17%	Con conocimiento	30%	12,6
Segundo cuartil		22%		36%	14,6
Tercer cuartil		25%		40%	15,5
Cuartil superior		32%		49%	17,1
Gremio					
Cuartil inferior	Sin afiliaciòn	17%	Con afiliaciòn	22%	4,9
Segundo cuartil		22%		28%	5,9
Tercer cuartil		25%		31%	6,3
Cuartil superior		32%		39%	7,2
Educaciòn					
Cuartil inferior	10 años	15%	15 años	18%	2,6
Segundo cuartil		18%		22%	3,8
Tercer cuartil		21%		25%	3,9
Cuartil superior		27%		31%	3,9
Estado de salud [1/]					
Cuartil inferior	0.25	15%	0.75	18%	3,8
Segundo cuartil		19%		23%	4,5
Tercer cuartil		22%		27%	5,0
Cuartil superior		28%		34%	5,8

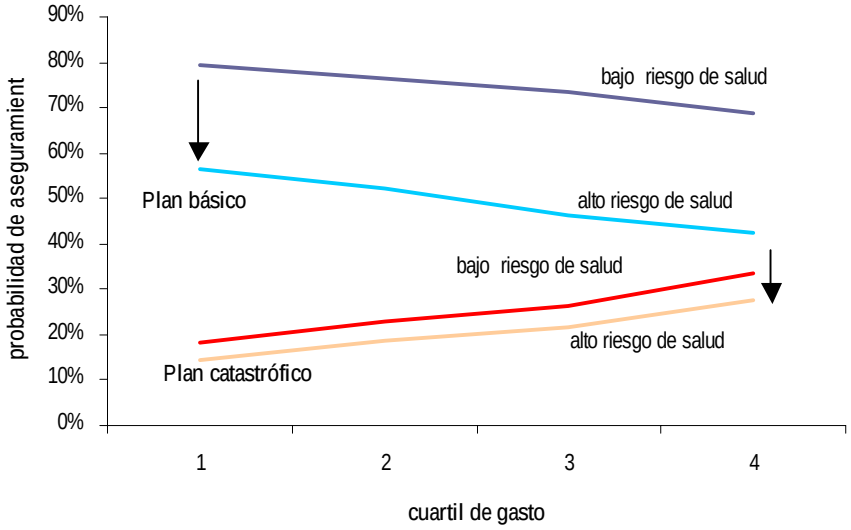
Por otra parte, la evidencia muestra que existe ante una mejora en el estado de salud se produce un efecto sustitutorio entre el plan básico y el intermedio. Así, es válida la hipótesis que las personas con peor estado de salud están dispuestas a tomar mayor cobertura de riesgo financiero, mientras las personas con mejor estado de salud son más propensas al seguro básico. Ello implica que los individuos en riesgo tienen una mayor valoración del dinero, contrariamente a lo planteado por Viscussi y Evans (ver Capitulo II). Esto plantea una dificultad para la extensión del mercado de seguros en Lima Metropolitana, y explica la tendencia actual de los seguros privados a descremar el mercado.

Grafico X
Efecto marginal del estado de salud sobre el aseguramiento según tipo de plan



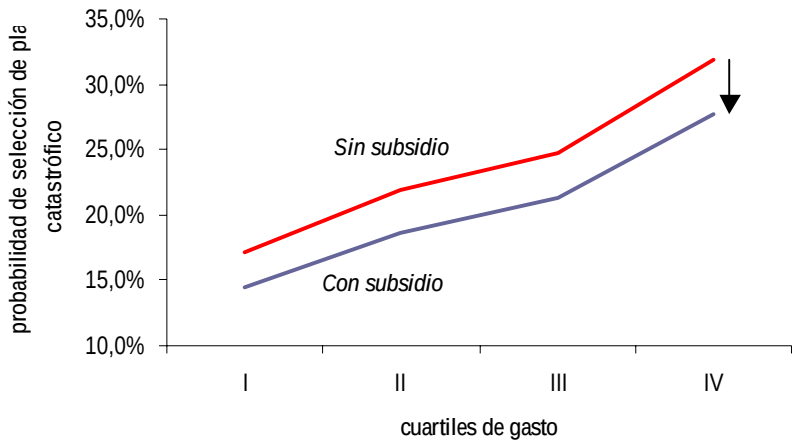
Más aún, se observa que ante una mejora en el estado de salud se acentúa la brecha entre la preferencia por planes básicos y planes catastróficos. Ello implica que existe dentro del segmento de mayores ingresos, un mercado potencial vía la sustitución de los planes básicos por otros de mayor cobertura, dada la capacidad y voluntad de pago de esta población.

Grafico XI
Efecto marginal del estado de salud sobre el aseguramiento según tipo de planes



Finalmente, los resultados de la estimación del modelo muestran que los subsidios públicos impactan negativamente sobre la demanda de seguros catastróficos. Ello evidenciaría un cierto efecto de desplazamiento ("crowding-out") por la actual polìtica tarifaria del MINSA, lo cual estaría restringiendo el tamaño de mercado (Ver gráfico).

Grafico XII
Efecto marginal de los subsidios públicos sobre la demanda de seguros catastróficos



V. Consideraciones finales

- En Lima Metropolitana existe una demanda potencial que representa aproximadamente el 24 por ciento del actual mercado de seguros de salud privados. Ello equivale a US$ 35 millones e implica extender el aseguramiento a 219 mil titulares adicionales y a un total de 440 mil nuevos afiliados, de acuerdo al número de miembros afiliados por hogar reportado por la encuesta.
- En una coyuntura de crecimiento económico se incrementa la demanda por los planes de mayor cobertura y disminuye la preferencia por planes básicos. Así, frente a un escenario de crecimiento económico medio (4 por ciento anual) se espera que la demanda potencial por seguros tenga una ligera tendencia creciente en los próximos años.
- Para el 20 por ciento de independientes no asegurados de menores ingresos existen barreras económicas de acceso al mercado de seguros, lo cual requiere extender el subsidio público a este segmento.
- Dado la alta dispersión en los precios de reserva, se recomienda una estrategia de segmentación de mercado en el restante 80 por ciento de los independientes no asegurados, con el fin de optimizar la recaudación.
- Asimismo, la alta sensibilidad de la decisión de aseguramiento y voluntad de pago a atributo de conocimiento del mercado de seguros, se debe acompañar la oferta de seguros con campañas de difusión y promoción de las ventajas del aseguramiento. Este efecto puede compensar la relativamente baja percepción del requerimiento de cobertura de seguros por parte de la población con mejor estado de salud actual.
- De acuerdo con los estimados de voluntad de pago existe un mercado potencial dentro de los hogares de mayores ingresos y menores niveles de riesgo, que requiere que se promueva las ventajas de una sustitución de planes básicos por aquellos de mayor cobertura.
- Dentro del segmento laboral independiente se muestra preferencia por los agentes aseguradores privados. No obstante, en términos de prestación una libre elección entre prestadores de los diversos subsistemas, podría incrementar la disposición de pago por seguros. Ello justifica una estrategia de organización mixta de la prestación de servicios.

- 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, existe indicios que en ausencia de una redefinición de la política de otorgamiento de subsidios públicos a los no asegurados independientes no pobres, la posibilidad de efectivizar la demanda potencial por seguros será limitada.
- La adopción de arreglos institucionales que permitan la profundización del mercado de seguros en Lima Metropolitana trae beneficios para el funcionamiento del sistema de salud y para los diversos agentes del mercado de seguros:
    - A nivel sistémico se logra una ampliación de acceso y mayor eficiencia, al extenderse el aseguramiento. Bajo condiciones de ampliación de elección de prestador por parte del usuario, se introduce competencia entre los sub-sectores prestadores.
    - A nivel del sub-sector público se alcanza mayor eficiencia y equidad, al permitir a la red prestadoras elevar la utilización de capacidad instalada y el nivel de recaudación. Adicionalmente, se libera recursos públicos para el financiamiento de poblaciones pobres.
    - A nivel de aseguradoras privadas, la estrategia de segmentación de mercado implica el aumento de la ganancia vía ampliación de mercado, tanto en términos de explotación del mercado potencial en los segmentos de mayores ingresos, cuanto por la expansión hacia los mercados de menores ingresos relativos, que muestran capacidad y voluntad de pago. Por otra parte, la ampliación del mercado generaría que los costos fijos unitarios de administración de los seguros tenderían a disminuir.
    - A nivel de usuarios, se produciría un aumento de bienestar debido a que amplia su cobertura de servicios y adicionalmente genera una protección mayor al riesgo financiero de enfermedad, al trasformar el actual gasto de bolsillo en tarifas en pago de primas, suavizando así el consumo intertemporal.
- Al beneficiar a los diversos agentes del mercado, en particular al usuario de clase media, se hace más viable políticamente la disminución de resistencia de este segmento frente a un re-direccionamiento del subsidio público a la población pobre.

Agenda pendiente

- Es conveniente estimar la carga de enfermedad para Lima Metropolitana con la finalidad de determinar los paquetes costo-efectivos cubiertos por los planes de seguros. Esto orientará al agente financiero y a los prestadores a incorporar prácticas costo-efectivas y orientadas a la prevención de la enfermedad.
- Este estudio ha explorado las condiciones de demanda por seguros, siendo necesario investigar la estructura y capacidad de los ofertantes de seguros, principalmente en términos de costos actuariales de los planes, de mecanismo de formación de precios y de arreglos organizacionales para acceder a mercados nuevos (marketing de nuevos productos en nuevos segmentos de mercado).
- Es indispensable fortalecer la capacidades de regulación de la Superintendencia de Banca y Seguros (SBS) sobre los seguros de salud, la cual en la actualidad ejerce un papel muy limitado para incrementar la competencia en un mercado oligopólico. Ello supone a partir de una decisión de política institucional, definir los requerimientos de la SBS para cumplir con la función regulatoria a cabalidad.
- Se recomienda que la autoridad de salud, como ente rector y promotor del aseguramiento universal, establezca una política tarifaria que incentive el aseguramiento, de modo de eliminar la "competencia desleal" de los prestadores públicos frente a los privados. En la actualidad el Ministerio de Salud cuenta con los instrumentos para implementar eficazmente (i.e. Sistema de Identificación de Usuarios, catálogo tarifario) esta reorientación de política.
- Los prestadores, en particular los del sub-sector público, deben estandarizar sus procesos de atención e incrementar su capacidad de facturación, así como elevar sus capacidades para enfrentar la competencia.
- Finalmente. cabe señalar que la estrategia de segmentación del mercado de seguros potestativos debe venir acompañada de otras medidas para cerrar la brecha de financiamiento de la salud (1,3 por ciento del PBI). Otras estrategias a considerar incluyen: designar impuestos "destinados" ("ear-marked") para la salud (i.e. proporción de la recaudación del ISC a licores y tabaco) y canje de deuda por inversión, entre otros. Estos recursos adicionales deben dirigirse prioritariamente a reducir la demanda reprimida de la población de menores ingresos relativos, en particular las poblaciones excluidas por razón de dispersión.

Bibliografía

Amaya Amaya, Mabel (2003), Alternative modeling approaches of “no choice” options in stated choice experiments and application. Universidad de Alberdeen, Escocia

Adamovicks Louviere, J. and Williams, M. (1994). Combining revealed and stated preference methods for valuing environmental amenities en *Journal of Environmental Management and Economics,* 26: 271-292

Bien, Franck (2002) A note about risk premia and prudence applied to health risks, Universidad de Paris.

Bonato Dario, Nocera Sandra, Telser Harry (2001). The Contingent Valuation Method in Health Care: An Economic Evaluation of Alzheimer’ s Disease. Universidad de Bern, Suiza.

Cameron, T. A, D. D. Huppert (1989). OLS versus ML Estimation of Non-market Resource Values with Payment Card Interval Data. *Journal of Environmental Economics and Management* 17 (3): 230-46.

Carson, Richard, Jeon, Yongil (1999) On overcoming inherent inherent informational eficiencies in estimating the distribution of willingness to pay. Universidad de California.

Centre for International Economics (2001). Review of willingness ro pay methodologies, Camberra, Sydney

Courbage, C. (2001), “On bivariate risk premia”, Theory and Decision, vol 50, n .1 , pp. 29-34.

Evans, W.N., Viscusi, W.K. (1991), “Estimation of state-dependent utility functions using survey data”, Review of Economics and Statis-tics, vol 73, pp. 94-104.

Hanemann, W. M. (1982). *Applied welfare analysis with qualitative response models*. Berkeley, Editores

Hanemann, W. M. (1984). Welfare evaluations in contingent valuation experiments with discrete responses. *American Journal of Agricultural Economics,* 66: 332-341

Hanley, N., Wright, R., and Adamowicz, W. 1998, ‘Using choice experiments to value the environment,’ *Environmental and Resource Economics,* 11(3-4), pp. 413-428.

Hensher, D.A. 1994, ‘Stated preference analysis of travel choices: The state of practice’, *Transportation,* 21: 107–133.

Herring, Bradley (2001) “Does access to charity care for the uninsured crowd-out private health nsurance coverage”

Hicks, J. R. (1942). Consumers' surplus and index numbers. *Review of Economic Studies,* 9: 126-137
Kimball, M.S. (1990), “Precautionnary saving in the small and in the large”, Econometrica, vol 58:. 53-78.

Lancaster, K. (1991). *Modern Consumer Theory*. Vermont, Edward Elgar Publishing

Louviere, J. and Williams, M. (1994). Combining revealed and stated preference methods for valuing environmental amenities. *Journal of Environmental Management and Economics,* 26: 271-292

Madueño , Miguel (2002) “Perú: Estudio de demanda de servicios de salud”. Abt. Associates Inc-Partnership for Health Reform. Bethesda,Maryland.

McFadden, D. (1973). Conditional logit analysis of qualitative choice behavior. Frontiers of econometrics. P. Zarembka. New York, Academic Press**:** 105-142.

McFadden, D. (1999). Computing willingness to pay in random utility models. Trade, theory and econometrics: essays in the honour of John S Chipman. J. S. Chipman, Moore, J. and Riezman, R. London, Routledge

Poe, G. L., M. P. Welsh and P. A. Champ (1997). Measuring the Difference in Mean Willingness to Pay When Dichotomous Choice Contingent Valuation Responses Are Not Independent. *Land Economics* 73(2): 255-267.

Viscusi, W.K., Magat, W.A. and Huber, J. 1991, ‘Pricing environmental health risks:Survey assessments of risk-risk and risk-dollar trade offs for chronic bronchitis’, Journal of Environmental Economics and Management, 21, pp. 32-51.

Evans, W.N. and Viscusi, W.K. (1991), “Estimation of state-dependent utility functions using survey data”, Review of Economics and Statis-tics, vol 73, pp. 94-104.

Eeckhoudt, L. (2002), “Risk and medical decision making”, Kluwer Academic Publishers.

Anexo I-1

Disposición a pagar por un seguros potestativos de salud: Valuación de Contingencia (Oferta de precios)

(Prima Media anual en US$)

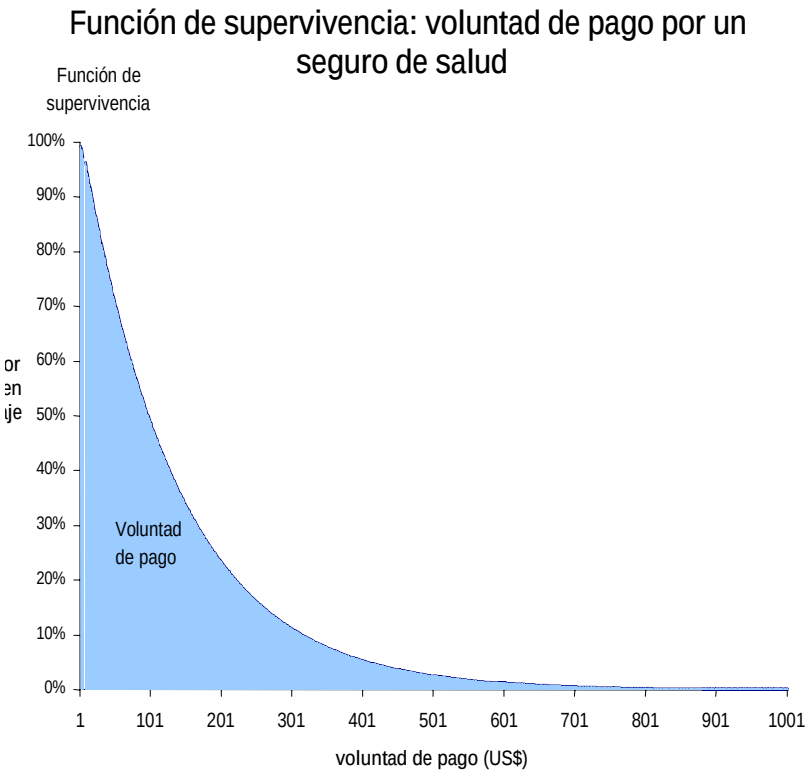
Categoría de análisis	No tiene seguros			Tiene seguro						Promedio		
				Cohabiente			Titular de seguros					
	Plan Básico	Plan Intermedio	Plan Catastrófico	Plan Básico	Plan Intermedio	Plan Catastrófico	Plan Básico	Plan Intermedio	Plan Catastrófico	Plan Básico	Plan Intermedio	Plan Catastrófico
Total	*126*	*133*	*152*	*151*	*123*	*128*	*177*	*135*	*207*	*143*	*129*	*158*
Cuartil inferior	100	139	99	120	106	112		64	143	111	119	103
Segundo Cuartil	142	134	174	165	121	117	86	100	280	150	127	156
Tercer cuartil	114	124	163	118	129	135	122	174	185	116	128	161
Cuartil superior	161	130	181	188	149	139	256	162	215	193	147	185
Soltero	121	130	139	186	139	102	124	29	240	140	129	158
Casado/conviviente	126	140	160	149	119	127	195	140	192	140	130	154
Otros	140	103	194	72	115	393	371	210	250	175	118	259
Inferior a Primaria	135		71	57	171	143				124	171	107
Secundaria	121	127	105	103	114	117		43	250	112	117	118
Superior no universitaria	115	136	142	147	107	156	86	57	184	122	122	154
Superior universitaria	138	134	167	172	128	125	246	155	209	169	133	165
Pertenencia a un gremio												
No	125	133	148	139	125	140	208	129	226	137	129	165
Si	146	127	180	237	113	121	343	155	138	215	124	142
Conocimiento sobre seguros												
Poco o nada	151	133	145	164	115	126	256	140	224	165	126	159
Con conocimientos	84	132	158	128	129	140	120	133	192	102	131	160
Edad												
Entre 19 y 35 años	115	126	133	236	140	117	250	286	227	172	135	146
Entre 36 y 45 años	92	158	183	131	121	123	180	38	260	114	138	192
Entre 46 y 65 años	169	107	157	126	128	134	229	147	172	156	123	152
Mayor a 65 años	93	148	171	163	98	127		143	202	116	111	146
Percepción de calidad de vida												
Baja (alto riesgo)	116	140	159	140	127	142	200	156	215	129	136	167
Moderada (moderado riesgo)	140	114	122	177	120	99	230	103	202	167	116	134
Alta (bajo riesgo)	205	125	193	127	114	146	0	143	173	153	120	164
Utilización de serviciós MINSA												
No	141	146	159	151	123	135	217	135	207	154	132	164
Si	106	118	142							106	118	142
Necesidad de atenderse												
No	359	424	511	497	447	572	450	200	779	402	415	579
Si	499	495	545	540	421	423	845	637	709	550	474	551

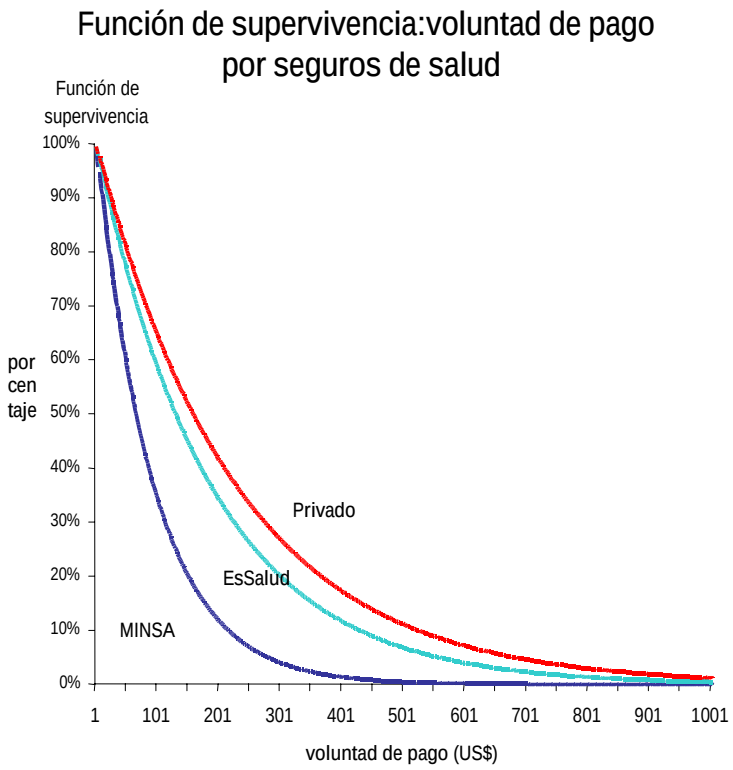
Fuente: Encuesta de Seguros y Bienestar

Anexo I-2
Disposición a pagar por seguros potestativos de salud:
Valuación de contingencia (Umbrales múltiples)
(Primas anuales en

Tipo de	Media	Intervalo de confianza	Mediana	Intervalo de confianza
Escenario I: Límites de la distribución acotado a los valores medio de los rangos				
Plan	76	[74-78]	64	-.-
Plan	147	[145-149]	136	-.-
Plan	178	[176-180]	164	-.-
Promedio	***134***		***121***	
Tasa de	0,0068			
Escenario II: Límite inferior acotado al				
Plan	65	[63-67]	64	[62-67]
Plan	115	[109-120]	129	[114-143]
Plan	131	[124-137]	157	[140-174]
Promedio	***103***		***117***	
Tasa de	0,0069			
Escenario III: Límite inferior acotado al Límite superior acotado al 5% del presupuesto de los				
Plan	73	[66-80]	57	[54-60]
Plan	115	[108-122]	129	[128-129]
Plan	130	[121-139]	157	-.-
Promedio	***106***		***114***	
Tasa de	0,0074			

Anexo I-3


Función de supervivencia: voluntad de pago por un seguro de salud
Función de supervivencia
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
Voluntad de pago
1
101
201
301
401
501
601
701
801
901
1001
voluntad de pago (US$)


Función de supervivencia:voluntad de pago por seguros de salud
Función de supervivencia
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
porcentaje
Privado
EsSalud
MINSA
1
101
201
301
401
501
601
701
801
901
1001
voluntad de pago (US$)

Anexo I-4

Probabilidad de selección de un plan de beneficio según tipo de asegurador y características socioeconómicas de los individuos

Característica Socioeconómica	Categoría	Tipo de plan		
		Básico	Intermedio	Catastrófico
Cuartil de gasto	I	47,3%	32,4%	19,0%
	II	41,9%	30,8%	25,0%
	III	37,4%	30,1%	28,8%
	IV	33,1%	27,5%	35,7%
Calidad de vida (riesgo de salud)	Alto riesgo	38,7%	34,3%	23,4%
	Mediano riesgo	42,0%	29,9%	25,4%
	Bajo riesgo	39,2%	29,6%	28,5%
Nivel de educación	Inicial	56,2%	27,7%	12,4%
	Transicion	66,2%	20,8%	17,5%
	Primaria	52,5%	31,1%	14,6%
	Secundaria Comun	44,5%	31,5%	20,6%
	Secundaria Tecnica	45,2%	28,2%	23,8%
	Superior No Universitaria	45,2%	30,7%	21,8%
	Universitaria	36,7%	29,7%	30,9%
	Post Grado	29,2%	31,8%	35,9%
Tenencia de seguro	No	44,3%	30,4%	24,0%
	Si	35,9%	30,0%	29,9%
Pertenencia a un gremio	No	42,6%	29,6%	25,4%
	Si	23,0%	34,3%	38,5%
Conocimiento sobre seguros	poco o nada	49,6%	27,3%	19,4%
	si tiene conocimiento	29,3%	33,4%	35,6%
Género	mujer	39,6%	31,0%	26,7%
	hombre	40,1%	29,8%	27,4%
Enfermedad previa	No tuvo	34,9%	30,4%	30,9%
	Si tuvo	42,7%	30,1%	25,1%
Miembros a afiliar	Menor a 3	36,1%	32,9%	24,9%
	Entre 4 y 6	42,6%	28,6%	28,0%
	Mayor a 6	47,3%	25,4%	32,1%
Promedio		*39,90%*	*30,20%*	*27,10%*

Anexo I-5

Voluntad de pago por un seguro potestativo de salud según nivel de cobertura y características socioeconómicas de los individuos

Característica Socioeconómica	Categoría	Tipo de plan		
		Básico	Intermedio	Catastrófico
Cuartil de gasto	I	147	142	151
	II	140	135	157
	III	133	130	161
	IV	133	123	171
Calidad de vida (riesgo de salud)	Alto riesgo	128	139	157
	Mediano riesgo	142	133	157
	Bajo riesgo	139	131	162
Nivel de educación	Inicial	163	137	134
	Transicion	208	139	145
	Primaria	158	143	143
	Secundaria Comun	141	137	150
	Secundaria Tecnica	149	132	153
	Superior No Universitaria	145	137	153
	Universitaria	135	130	165
	Post Grado	122	130	175
Tenencia de seguro	No	146	136	157
	Si	131	129	163
Pertenencia a un gremio	No	143	133	157
	Si	112	132	181
Conocimiento sobre seguros	poco o nada	154	131	144
	si tiene conocimiento	122	134	177
Género	mujer	136	134	160
	hombre	140	132	160
Enfermedad previa	No tuvo	130	130	165
	Si tuvo	143	134	157
Miembros a afiliar	Menor a 3	122	132	154
	Entre 4 y 6	145	131	159
	Mayor a 6	166	132	168
Promedio		*138*	*132*	*160*

Anexo 2

Cédula de la Encuesta de bienestar y preferencias por seguros de hogares independientes (EBSI)

SECCION 1. FICHA DEL HOGAR

CODIGO IDENTIFICACION	0. Quisiera hacer una lista completa de todas las personas que viven habitualmente y comparten sus comidas en este hogar.	1 RELACION DE PARENTESCO CON EL JEFE	2 SEXO	PARA CADA PERSONA ANOTADA EN 1: 3 ¿Cuántos años cumplidos tiene ... [NOMBRE]...?	4 ¿Cuál es la fecha de nacimiento de ..[NOMBRE]..?	5 ¿Cuál es el estado civil o conyugal de ...[NOMBRE]..?	6 ¿Cuál es la lengua materna que habla ...[NOMBRE]..?
	A) JEFE DE HOGAR B) CONYUGE C) HIJOS SOLTEROS, DE MAYOR A MENOR D) HIJOS CASADOS, CON SUS CONYUGES E HIJOS E) OTROS PARIENTES F) PERSONAS NO PARIENTES (PENSIONISTAS, TRABAJADORES DEL HOGAR, ETC.) G) PERSONAS NO PRESENTES PERO QUE VIVEN HABITUALMENTE (QUE ESTE DE VACACIONES ESTUDIANDO EN OTRA PARTE, ETC)	CONYUGE (ESPOSO, CONVIVIENTE, COMPAÑERO) ..... 2 HIJO ..... 3 YERNO/NUERA ..... 4 NIETO(A) ..... 5 PADRE/SUEGRO .... 6 OTRO PARIENTE .... 7 TRABAJADOR DOMESTICO ..... 8 PENSIONISTA ..... 9 OTRA PERSONA NO PARIENTE 0	HOMBRE ... 1 MUJER 2		(< 12 AÑOS PASE A 6)	LEER AL ENTREVISTADO Conviviente ..... 1 Casado(a) ..... 2 Viudo(a) ..... 3 Divorciado(a).... 4 Separado(a) ..... 5 Soltero 6	CASTELLANO ..... QUECHUA ..... AYMARA ..... CAMPA ..... SHIPIBO ..... OTRO NATIVO ..... INGLES ..... OTRO EXTRANJERO.. NO HABLA .....
	NOMBRE COMPLETO				DIA / MES / AÑO		
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							

SECCION 2. VIVIENDA

ENCUESTADOR ANOTAR:

1. TIPO DE VIVIENDA (Vivienda principal)

CASA INDEPENDIENTE 1
DEPARTAMENTO EN EDIFICIO 2
VIVIENDA EN QUINTA 3
VIVIENDA EN CASA DE VECINDAD
(CALLEJON, SOLAR O CORRALON) 4
VIVIENDA IMPROVISADA
(ESTERA, CAÑA CHANCADA, ETC..) 5
OTRO (CUAL) _____ 6

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su vivienda y los materiales utilizados en su construcción. Por vivienda quiero decir todos los cuartos y habitaciones usadas por los miembros de su hogar.

2. ¿Qué material predomina en las paredes exteriores de su vivienda?

LADRILLO O BLOQUE DE CEMENTO 1
ADOBE O TAPIA 2
QUINCHA (CAÑA CON BARRO) 3
PIEDRA CON BARRO 4
MADERA 5
ESTERA 6
OTRO (CUAL) _____ 7

3. ¿Qué material predomina en los pisos de su vivienda?

PARQUET O MADERA PULIDA 1
LAMINAS ASFALTICAS, VINILICOS
O SIMILARES 2
LOSETAS, TERRAZOS O SIMILARES 3
MADERA (ENTABLADOS) 4
CEMENTO 5
TIERRA 6
OTRO (CUAL) _____ 7

4. ¿Qué material predomina en los techos de su vivienda?

CONCRETO ARMADO 1
MADERA 2
TEJAS 3
PLANCHAS DE CALAMINA, FIBRA
O SIMILARES (ETERNIT) 4
CAÑA O ESTERA CON TORTA DE BARRO 5
PAJA, HOJAS DE PALMERA, ETC. 6
OTRO (CUAL) _____ 7

5. ¿Cuántos cuartos tiene en total este hogar, incluyendo los dormitorios, sala y comedor?
[NO CUENTE LOS BAÑOS, COCINA, PASADIZOS, GARAJE NI DEPOSITOS]

6. ¿Tiene algún cuarto exclusivo para realizar alguna actividad económica?

Si .....¿Cuántos?
No 0

7. ¿Cuántos pisos tiene la vivienda?

8. ¿En el último año realizó alguna mejora en su vivienda?

Si 1

SECCION 3. GASTOS DE VIVIENDA

1. ¿La vivienda que ocupa este hogar es ....

..... por invasión? ..... 1 (» 5)
..... propia, y totalmente pagada? ..... 2 (» 5)
..... propia, y la están pagando? 3
..... alquilada, a cambio de especies, servicios o dinero? ..... 4 (» 4)
..... Usufructuada ..... 5 (» 5)
..... Otro (Cuál) _____ 6 (» 5)

2. ¿Cuál fue el monto de la última cuota y en qué mes la pagó?
SE PUEDE RESPONDER EN SOLES O DOLARES

$ S/. MES:

3. ¿Con qué frecuencia paga esas cuotas?
MENSUALMENTE 5
TRIMESTRALMENTE 6
SEMESTRALMENTE 7
ANUALMENTE 8
» 7

4. ¿Cuánto fue el último pago mensual y en qué mes lo realizó?

MONTO : MES :
$ S/.
SI NO PAGAN EN DINERO, VALORAR LOS SERVICIOS O ESPECIES
» 7

5. Si esta vivienda fuera alquilada, ¿cuánto pagarían por ella al mes?

MONTO : $ S/.

6. ¿Si uds. tuvieran que vender esta vivienda en cuánto la venderían?

MONTO : $ S/.

7. ¿Cómo se abastece de agua este hogar?

DENTRO DE LA VIVIENDA ..... 1 RED PUBLICA
FUERA DE LA VIVIENDA, DENTRO DEL EDIFICIO 2
PILON 3
POZO ARTESIANO, MANANTIAL ..... 4 (» 10)
RIO, ACEQUIA ..... 5 (» 10)
CAMION TANQUE, AGUATERO..... 6 (» 9)
OTRO (CUAL) _____ 7 (» 9)

8. ¿Cuántas horas diarias en promedio, han tenido servicio de agua de la Red Pública en los últimos 15 días?
HORAS DIARIAS:

9. ¿Cuánto fue el último pago mensual del hogar por consumo de agua y en qué mes? (SI NO GASTO, ANOTAR "00")

MONTO: MES:

10. ¿Tiene servicio higiénico conectado a ....?

La Red Publica dentro de la viv. 1
La Red Publica fuera de la viv. 2
Pozo Septico 3
Pozo Ciego o negro..... 4
Sobre acequia o canal 5
Otro: ¿Cuál? 6
No tiene serv. higiénico 7

11. ¿Qué tipo de alumbrado tiene este hogar?
ELECTRICIDAD 1
KEROSENE,PETROLEO O GAS ..... 2 (» 13)
VELA ..... 3 (» 13)
NINGUNO ..... 4 (» 13)
OTRO: CUAL? ..... 5 (» 13)

12. ¿Cuánto fue el último pago mensual del hogar por consumo de luz y en qué mes lo pagó?

MONTO : MES :

13. ¿Qué combustible usan en su hogar para cocinar?
ELECTRICIDAD ..... 1 (» 15)
GAS 2
KEROSENE 3
CARBON 4
LEÑA 5
OTRO 6
NO COCINAN ..... 7 (» 15)

14. ¿Cuánto fue el gasto por ....(COMBUSTIBLE) en las últimas cuatro (4) semanas? (PARA COCINAR Y ALUMBRADO)

MONTO : MES :

15. ¿Tiene Ud. teléfono fijo en el hogar?
REGISTRAR EL Nº DE TELEFONO EN LA CARATULA

SI ..... 1 ¿Cuántos?
NO .... 2 (» 19)

15a. ¿Cuándo lo adquirió? **(EXCLUSIVA DE CLIENTE)**
MES: AÑO:

16. ¿En su hogar, en el último año realizaron llamadas de larga distancia nacional?

SI ..... 1 ¿Cuánto gastó S/.
NO ..... 2 el último mes?

17. ¿En su hogar, en el último año realizaron llamadas de larga distancia internacional?

SI ..... 1 ¿Cuánto gastó S/.
NO ..... 2 el último mes?

18. ¿Cuánto fue el último pago mensual por consumo de teléfono fijo, y en qué mes se realizó? (CONSIDERAR PAGO DE LA LINEA, EXCLUYA COSTO DE INSTALACION)

PAGO POR LINEA MONTO : TOTAL MES :

19. ¿Tienen algún teléfono celular en el hogar?
(NO CONSIDERAR CELULARES ASIGNADOS POR LA EMPRESA)

SI, ¿Cuántos?
NO ..... 0 (»21)

20. ¿Cuánto fue el último pago por consumo de teléfonos celulares, y en que mes se realizó?
MONTO : MES :
$ S/.

21. ¿De cuánto fue el último pago mensual por arbitrios municipales, y en que mes se realizó?
(SI NO GASTO, ANOTAR "00")

MONTO : MES :

22. ¿Cuánto fue el último pago mensual para los otros gastos regulares, por ejemplo, gastos de mantenimiento, policía particular, serenazgo y en qué mes se realizó?
(SI NO GASTO, ANOTAR "00")

MONTO : MES :

SECCION 4. EDUCACION : PARA MIEMBROS DE 3 AÑOS Y MAS

CODIGO IDENTIFICACION

1 Sabe ...[NOMBRE] ... leer y escribir

SI 1

NO 2

2 ¿Cuál es el último año y nivel de estudios que ... [NOMBRE] ... aprobó?

NIVEL :

NINGUNO	1 (» 6)
INICIAL (PRE-ESCOLAR)	2 (» 5)
TRANSICION	3 (» 5)
PRIMARIA	4 (» 5)
SECUNDARIA COMUN	5 (» 5)
SECUNDARIA TECNICA	6
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	7
UNIVERSITARIA	8
POST GRADO	9
OTRO ¿Cuál?	10

(TENGA CUIDADO CON EL REPORTE DE AÑO Y GRADO PARA EL CASO DE PRIMARIA)

3 ¿Cuánto gastaron uds. por ... [NOMBRE] ... en [RUBRO A/B/C/D/E/F]... la última vez?
¿En qué mes fue este gasto y cuántas veces lo realizaron durante los últimos 12 meses?
(Recuerde que debe aportar información para el último centro educativo al que asitió

SI NO GASTO ANOTAR CERO

4 ¿Cuánto gastaron Uds., por ... [NOMBRE] ... en los cursos de capacitación en los últimos 12 meses?

CODIGO	1	2 NIVEL	2 AÑO	A ... matrícula incluyendo donaciones? MONTO	A MES	A VECES	B ... pensiones, incluir pagos para contratar profesores y otros pagos regulares? MONTO	B MES	B VECES	C ... libros, textos, cuadernos, lapiceros y otros útiles? MONTO	C MES	C VECES	D ... uniformes de cualquier tipo (escolar, educación física, u otros) ? MONTO	D MES	D VECES	E ... refrigerios, transporte, u otros gastos escolares ? MONTO	E MES	E VECES	F ... aportes a asociaciones de padres de familia/ apoyo educativo, comité de aula, multas? MONTO	F MES	F VECES	4 ¿Cuánto gastaron Uds., por ... [NOMBRE] ... en los cursos de capacitación en los últimos 12 meses? MONTO	4 MES	4 VECES
01																									
02																									
03																									
04																									
05																									
06																									
07																									
08																									
09																									
10																									
11																									
12																									

SECCION 5. ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL PARA LOS MIEMBROS DE 15 AÑOS Y MAS

CODIGO IDENTIFICACION	1 En las últimas 4 semanas, ¿Trabajó como dependiente para una empresa, sociedad, el gobierno, un patrón, u otro particular? SI ..... 1 (» 7) NO 2	2 Durante las últimos 4 semanas ¿Trabajó Ud. por cuenta propia, o como familiar no remunerado, o en la Chacra y/o crianza de animales? Si , Cuenta propia..... 1 Si, Familiar no remunerado..... Si, Chacra o crianza de animales..... No.....4 RPTA. 2 A 4 Pase a 7	3 Durante las últimos 12 meses ¿Trabajó Ud. por cuenta propia? SI ..... 1 NO 2	4 ¿Tiene RUC (Registro Unico de Contribuyentes)? SI , Natural ..... 1 Si, Jurídica.....2 NO 3	5 ¿Cuànto dinero recibio por su actividad por cuenta propia en las ùltimas 4 semanas?	6 ¿Durante los ùltimos 12 meses, en cuantos meses ha percibido Ud. ingresos por su actividad por cuenta propia?	7 Durante las ultimos 4 semanas, ¿Dedicó tiempo a los quehaceres del hogar? SI CONTESTA "SI": ¿Cuántos días a la semana? y ¿Cuántos horas al día? SI CONTESTA "NO": ANOTAR "00"		8 EXAMINAR LAS RESPUESTAS A PREGUNTAS 1 y 2 SI HAY ALGUNA RESPUESTA AFIRMATIVA .....1 (» 11) *SI TODAS SON RESPUESTAS NEGATIVAS (2 o MÀS) 2	9 ¿Ha buscado algún trabajo durante los últimos 7 días? SI ..... 1 (» 13) NO 2
					MONTO	NUMERO DE MESES	DIAS	HORAS		
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										

UNIDAD DE TIEMPO: HORA ..... 1 DIA ..... 2 SEMANA ..... 3 QUINCENA.....4 MES ..... 5 TRIMESTRE ..... 6 SEMESTRE ..... 7 AÑO 8

SECCION 6. BIENESTAR GENERAL: PARTE A. PARA LOS MIEMBROS DE 15 AÑOS Y MAS

CODIGO IDENTIFICACION

1
¿Padece actualmente [NOMBRE] de alguno de estos síntomas o problemas de salud?

a. Ceguera o visión severamente comprometida en ambos ojos
b. Ceguera o visión severamente comprometida en un ojo
c Dificultades de comunicación, como tartamurdeo o imposibilidad de hablar claramente
d. Carencia o parálisis de manos, pies, brazos, piernas
e. Cualquier tipo de deformidad facial, en las manos, brazos, piernas, pies o espalda (escoliosis)
f. Fatiga o cansancio, o debilidad
g. Aumento o pérdida de peso no deseados
h. Problemas de sobrepeso o déficit de peso
i. Problemas de masticación de comida
j. Pérdida auditiva o sordera
k. Problemas dermatológicos visibles, como acné severo, quemaduras, cicatrizes en cara, cuerpo, brazos o piernas
l. Excema o urticaria

SI 1

NO 2

2
¿Cuál de los siguientes dispositivos médicos usa/tiene actualmente [NOMBRE]?

a. Dentadura postiza
b. Tanque de oxígeno
c. Prótesis
d. Lentes o lentes de contacto
e. Audífonos
f. Lunas de aumento
g. Cuellera o arnés de espalda o pierna

SI 1

NO 2

3
Indicar cuántos días (no incluyendo el día de hoy), ha padecido [NOMBRE] alguno de los siguientes problemas? Considerar los últimos 3 días

Si no ha padecido ninguno de los problemas, no dejar en blanco, sino llenar la opción ningún día

a Problemas visuales no corregidos por anteojos, tales como visión doble, visión distorsionadas, destellos, parpadeos
b. Dolor de ojos, irritación, o excesiva sensibilidad a la luz
c. Dolor de cabeza
d. Mareo, dolor de oido, zumbido en el oído
e. Dificultades de audición y sangrado
f Congestión nasal o sangrado nasal
g. Garganta irritada, dificultades para tragar o ronquera
h. Dolores de muelas, de mandíbula
i Sangradod e labios, lengua, encias
j Tos, silbido en el pecho
k. Dificultad en la respiración o sensacion de falta de aire
l. Dolor torácico, opresión, palpitación, aceleración o salteo de los latidos cardiacos u otras dificultades en el
m. Malestar estomacal, dolor abdominal, nauseas, ardor (pirosis), diarrea, vómitos
n. Problemas con la frecuencia intestinal, diarrea, constipación, sangrado rectal, heces negras, dolor o incomodidad en el area rectal
ñ. Dolor, ardor o sangrado urinario
o. Pérdida del control sobre la orina, alta frecuencia de orina nocturna o dificultad para orinar
p. Dolores genitales, picazón, ardor, secreción anormal, cólico pélvico, sangrado anormal (no incluir menstruación normal)
q. Fractura de brazo, muñeca, pierna, pie o cualquier hueso (excluyendo espalda)
r. Dolor, riguidez, calambre adormecimiento del cuello o espalda
s. Dolor, riguidez, calambre adormecimiento de la cadera
t. Dolor, riguidez, calambre adormecimiento de las articulaciones de manos, pies, piernas, brazos
u. Hinchazón de tobillos, manos, pies o abdomen
v. Fiebre, sudores y escalofrios
w. Pérdida de conciencia, desmayos, convulsiones
x. Dificultades de equilibrio, para pararse o para caminar

Ningún día 1
1 día.....2
2 días..... 3
3 días..... 4

4
Los siguientes síntomas estan relacionados con sentimientos, pensamientos y comportamientos ¿Cuántos días (no incluyendo el día de hoy) tuvo [NOMBRE] alguno de los siguientes problemas? Considerar los últimos 3 días

a. Problemas de falta de sueño o somnolencia
b. Episodios de nerviosismo
c. Episodios de mal humor, desaliento o tristeza
d. Excesivo temor o ansiedad
e. Sentimientos de tener poco o ningún contro sobre eventos en su vida
f. Sentimientos de soledad o aislamiento
g. Sentimientos de frustración, irritación o cercanía a la pérdida de control
h. Resaca
i. Decrecimiento de interés sexual o desempeño sexual
j. Confusión, dificultad para comprender palabras escritas o habladas, o pérdida de memoria
k. Pensamientos o imágenes que no pueden salirse de la mente
l. Uso de medicamentos (incluyendo sin prescripción médica, aspirina/tilenol, medicamentos para la alergia, insulina, hormonas, estrógenos, hormonas tiroideas, prednisona)
m. Necesidad de estar a dieta por prescripción médica por razones de salud
n. Pérdida o incremento del apetito

Ningún día 1
Ayer.....2
Hace 2 días..... 3
Hace 3 días..... 4

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	a	b	c	d	e	f	g	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	ñ	o	p	q	r	s	t	u	v	w	x	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n
01																																																												
02																																																												
03																																																												
04																																																												
05																																																												
06																																																												
07																																																												
08																																																												
09																																																												
10																																																												
11																																																												
12																																																												

SECCION 6. BIENESTAR GENERAL: PARTE B. PARA LOS MIEMBROS DE 15 AÑOS Y MAS (Cont.

CODIGO IDENTIFICACION	5 ¿Durante los ùltimos 3 días pasó [NOMBRE] parte del día o noche en algún hospital, centro de rehabilutación o centro de internamiento? Ningún día .....1 1 día.....2 2 días.....3 3 días.....4	6 ¿Durante los ùltimos 3 días necesitò [NOMBRE], debido a un problema de salud, ayuda en para alimentarse, vestirse, asearse o desplazarse por casa? Ningún día .....1 1 día.....2 2 días.....3 3 días.....4	7 Durante los últimos tres días [NOMBRE]: a. ¿Se transportó en su propio vehículo? b. ¿Utilizó transporte público (omnibus, microbus, taxi, avion, etc)? c. ¿Cuántos dìas no utilizò su propio vehiculo o transporte pùblico debido a un problema de salud o necesitó ayuda para movilizarse? Ningún día .....1 1 día.....2 2 días.....3 3 días.....4	8 Durante los útimos 3 días [NOMBRE] tuvo: a. Problemas para subir escaleras o agacharse b. Evitó caminar, tuvo problemas para caminar o cominó màs lento que otras personas de su edad c. Cojeó, usó andador, muletas, bastón. d. Evitó agacharse, arrodillarse o inclinarse e. Dificultad para cargar objetos, tales como libros, maletines y bolsas con alimentos f. Otras limitaciones físicas para moverse g. Estuvo postrado en cama, silla o sofá por razones de salud h. Estuvo en silla de ruedas Ningún día .....1 1 día.....2 2 días.....3 3 días.....4	9 Durante los últimos 3 días tuvo [NOMBRE]: a. Problemas para desarrollar su actividades habituales, como trabajar, estudiar o de cuidado del hogar por problemas de salud fìsica o emocional b. Problemas para actividades habituales como visitar a familiares o amigos, practicar pasatiempos, ir de compras, actividades religiosas o recreativas, por razones de salud física o emocionales c. Cambiar planes u otras actividades (que las anteriormente mencionadas por razones de salud Ningún día .....1 1 día.....2 2 días.....3 3 días.....4	10 ¿Fuma Ud., en la actualidad? SI ... ¿Con qué frecuencia? Diario ..... 1 Ocasiones sociales ..... 2 NO ..... 00 (SOLO PARA MAYORES DE 14 AÑOS)	11 ¿Como califica [NOMBRE su estado actual de salud? Excelente .....1 Muy bueno.....2 Bueno.....3 Regular.....4 Malo.....5	12 ¿Comparado con su estado de salud de hace 1 año, considera [NOMBRE] que su estado actual de salud es: Mucho mejor.....1 Ligeramente mejor.....2 Igual.....3 Ligeramente peor.....4 Peor.....5	13 En una escala de 0 a 100, donde 0 indica el peor estado de salud y 100 un estado de salud óptimo, como califica [NOMBRE] su estado de salud en los útimos 3 días: Anotar algun valor de la siguiente escala: Peor: 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 Mejor: 100
			a	b	c	a	b	c	d	e	f	g	h	a	b	c				
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			

SECCION 7. SALUD: PARTE A. PARA TODOS LOS MIEMBROS

CODIGO IDENTIFICACION	1 Durante los últimos 12 meses, cuantas consultas mèdicas ha tenido [NOMBRE]? SONDEE: CONSULTA AMBULATORIA CON MEDICO, DENTISTA, OCULISTA EN DOMICILIO O ESTABLECIMIENTO SI NO TUVO ANOTAR 0 VECES	2 Durante las últimas 4 Semanas, [NOMBRE] estuvo enfermo ó accidentado, tuvo algún sintoma o malestar? SONDEE: TUVO GRIPE, TOS, FIEBRE, DOLOR DE CABEZA, ESTOMAGO, DIARREAS, PRESENCIA DE ERUPCIONES, LOMBRICES, ETC, TUVO ALGUN ACCIDENTE, QUEMADURA, GOLPE, FRACTURA, DEPRESION, ETC. SI, MALESTAR ..... 1 (» 4) SI ENFERMO ..... 2 (» 4) SI ACCIDENTADO ..... 3 (» 4) NO, NADA 4	3 ¿Tuvo [NOMBRE] alguna consulta o gasto por salud en las últimas 4 semanas? (SONDEAR) CONSULTA: Salud Dental ..... 1 (» 6) Salud Ocular ..... 2 (» 6) Salud General ..... 3 (» 6) Planif. Familiar ..... 4 (» 6) Niño Sano ..... 5 (» 6) PARTO ..... 6 (» 6) MEDICINAS ..... 7 (» 15) ANTICONCEP. ..... 8 (» 15) NO ..... 9 (» Seccion 5)	4 En total, ¿Cuántos días de las últimas 4 semanas estuvo [NOMBRE] enfermo o accidentado o con este malestar? DIAS	5 De esos .. [DIAS]. en que [NOMBRE] estuvo enfermo, ¿Cuántos días estuvo impedido o en cama? DIAS IMPEDIDO	6 ¿Tuvo [NOMBRE] alguna consulta de salud durante las últimas 4 semanas para atenderse por esa enfermedad o accidente? SI ..... Quién lo atendió en la consulta? MEDICO ..... 1 DENTISTA ..... 2 OBSTETRIZ ..... 3 ENFERMERA ..... 4 SANITARIO ..... 5 PROMOTOR ..... 6 FARMACEUTICO .. 7 PARTERA ..... 8 CURANDERO ..... 9 OTRO (Cuál?)..... 10 NO ..... 11 (» 14) AGENTE 1	AGENTE 2	7 ¿Dónde se llevó a cabo la consulta? SI 3 o MAS LUGARES ANOTE CODIGO MENOR. HOSP. MIN. SALUD ..... 1 ESTABLECIMIENTO ESSALUD . 2 HOSP. FF.AA. - PN ..... 3 CLINICA ..... 4 CENTRO O PTO DE SALUD MINSA ..... 5 CENTRO O PTO DE SALUD CLAS ..... 6 CENTRO O PTO DE SALUD, ONG'S - PARROQUIA ..... 7 CONSULTORIO PARTICULAR ... 8 PUESTO SANITAR./COMUNIT. .. 9 FARMACIA - BOTICA ..... 10 VIVIENDA PARTICULAR ..... 11 OTRO ¿Cuál? _____ 12 CENTRO 1	CENTRO 2	8 ¿Considera Ud., que la atención recibida de este ... [AGENTE] ... en este ... [CENTRO] ... ha sido: satisfactoria ..... 1 poco satisfactoria ..... 2 no le satisfizo ..... 3 Considera Ud., que la calidad del servicio que brindan en este centro es: Buena ..... 1 Regular ..... 2 Mala ..... 3 AG1 - C1	C1	AG2 - C2	C2
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														

SECCION 7. SALUD: PARTE B. PARA TODOS LOS MIEMBROS (cont.)

CODIGO IDENTIFICACION	9 En total, ¿Cuánto le han pagado Uds. a este / estos .[AGENTE]. por todas esas consultas? (SI NO PAGÓ ANOTAR 00) MONTO 1	MONTO 2	10 ¿En las últimas 4 semanas han gastado en análisis, radiografías o similares para ... [NOMBRE] ... ? Si .... ¿Cuánto? No 0	11 Durante los últimos 12 meses estuvo [NOMBRE] internado? SI... ¿Cuántas Noches? NO... 0 (» 15) NOCHES	12 ¿Donde estuvo [NOMBRE] internado (a)? HOSPITAL: MINSA ..... 1 ESSALUD ..... 2 FF. AA - PN. ..... 3 CENTRO SALUD .. 4 CLAS ..... 5 CLINICA PART. ..... 6 OTRO ..... 7 CONSIDERAR ULTIMO EPISODIO DE HOSPITALIZACION	13 ¿Cuánto pagaron Uds. en total por este interna-miento? (PASE A 15) MONTO	14 ¿Porqué razón no realizó consulta ... [NOMBRE] ... por esa enfermedad o accidente? NO HAY MEDICINAS ..... 1 FALTA DE ATENCION ..... 2 FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS ..... 3 NO EXISTE SERVICIO DE SALUD ..... 4 EL LUGAR DE CONSULTA ESTA LEJOS ..... 5 ATENCION NO ES BUENA ..... 6 NO ERA NECESARIO ..... 7 OTRO: ¿Cuál? _____ 8	15 ¿Compraron o recibieron Uds. medicinas para esa enfermedad de [NOMBRE] en las últimas 4 semanas? RECETADAS O AUTORECETADAS SI COMPRARON ..... 1 SI RECIBIERON ..... 2 SI AMBAS ..... 3 NO ..... 4 PASE A SECCION 5	16 ¿Dónde obtuvo ..... [NOMBRE] éstas medicinas? FARMACIA ..... 1 BOTIQUIN COM. ..... 2 ESSALUD ..... 3 BODEGA ..... 4 PARROQUIA/ONG ... 5 HOSP. o C. SALUD .. 6 CLAS ..... 7 AMBULANTE ..... 8 OTRO ¿CUAL? 9	17 SOLO PARA MEDICINAS COMPRA-DAS ¿Cuánto gastaron en total por esas medicinas? SI NO GASTO ANOTAR 00 MONTO	18 ¿Pudieron comprar todas las medicinas que necesitaba ... [NOMBRE] ... o por alguna razón dejaron de comprar alguna (s) ? SI COMPRARON TODAS ..... 1 NO COMPRARON PORQUE: NO HAY MEDICINAS ..... 2 FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS ..... 3 MEDICINAS SON MALAS ..... 4 OTRO: _____ 5 NO REQUERIA MAS MEDICINAS 6
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											

SECCION 8. SEGUROS: PARTE A. PARA TODOS LOS MIEMBROS | **PARA CADA TITULAR**

CODIGO IDENTIFICACION	1 ¿Tiene [NOMBRE] algùn seguro de salud?	2 ¿Cómo se han financiado los gastos de salud de [NOMBRE]?	3 ¿Cuánto tiempo ha tenido [NOMBRE] este seguro privado?	4 ¿Qué cubre este seguro privado?	5 ¿ES TITULAR DEL SEGURO?	6 ¿Cuànto se paga por prima de este seguro al año?	7 ¿A cuàntos miembros cubre este seguro	8 ¿Se hace otros pagos al momento de la atenciòn?	9 ¿Piensa seguir afiliado a este plan de seguro privado?	10 ¿Piensa tomar otro seguro?
	SI ESSALUD ..... 1 SI PRIVADO 2 SI MILITAR..... 3 SI SEGURO INTEGRAL DE SALUD. (SIS)... 4 OTRO..... 5 NO..... 6 (» 2) SI SOLO HAY 1, 3, 4 o 5 PASE A 10 SI HAY 2 PASE A 3	Ahorros 1 familiares Endeudamiento 2 financiero Venta de activos 3 Prestamo de 4 familiares/amigos Deja de gastar 5 en otros rubros Donación 6 Exoneración 7 PASE A LA 11		Consultas 1 Atenciòn enfermedades cròniсas 2 Hospitalizaciòn 3 Cuidados intensivos 4 Maternidad 5 SIDA 6 Transporte por evacuaciòn 7 Transplante de òrganos 8 Enfermedades onològicas 9 Enfermedades congènitas de recien nacido 10 Enfermedades epidèmicas 11 Pròtesis quirùrgicas 12 Atenciòn de emergencia 13 Chequeo mèdico 14 Medicinas 15 Oftalmologìa 16 Odontologìa 17 Todas 18 No sabe/no recuerda 19	VERIFICAR CRITERIOS SI ... 1 NO...2	**Monto**		Si copagos 1 Si deducible 2 Si ambos 3 No 4 No sabe 5	Si 1 (» SECCION 9) No porque: No cubre mis necesidades 2 Es muy caro 3 Tiene muy pocos establecimientos afiliados 4 La atenciòn de los establecimientos afiliados es mala 5 Problemas administrativos 6 Otros 7	Si 1 No 2 (» SECCION 9)

	1	2	3	4	5	6		AÑOS	MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12	14	14	15	16	17	18	19							
01																																				
02																																				
03																																				
04																																				
05																																				
06																																				
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				

S E C C I O N 8 . S E G U R O S : PARTE B. PARA TODOS MIEMBROS PERCEPTORES DE INGRESOS DE 15 Y MAS

CODIGO IDENTIFICACION	11 ¿ES PERCEPTOR DE INGRESOS MAYOR DE 15 AÑOS O MAS? SI ... 1 NO...2	12 ..... [NOMBRE] Un seguro de salud es: Pago un monto adelantado y cuando me enfermo no pago por la atención 1 Si no me enfermo, me devuelven lo que he pagado al seguro 2 Sòlo me cubre los gastos de enfermedad una una vez al año 3	13 ..... [NOMBRE] Una prima es : El monto anual que se paga por un seguro 1 El pago que se hace por cada vez que me enfermo 2 El monto que me paga el seguro cuando me enfermo 3 El monto que me devuelve el seguro si no me enfermo 4	14 ..... [NOMBRE] Un copago es: Lo que le paga el seguro al establecimiento por mi atenciòn 1 Lo que yo le pago al seguro yuna vez al año 2 Un pequeño pago que hayo al establecimiento por la atenciòn de salud 3	15 Razones por las que [NOMBRE] no tiene seguro de salud No se cómo adquirir un seguro 1 Son muy caros 2 No tengo confiaza 3 Muchos tràmites 4 No se cuáles son sus beneficios 5 No me han ofrecido 6 Otros 7	16 ¿Le gustarìa a [NOMBRE] tener un seguro? Si individual 1 Si familiar 2 No 3 Si respuesta es 2: ¿Cuántos mimbros de la familia quisiera filiar?	17 ..... [NOMBRE] ¿Cuàl de los siguientes planes prefiere ? Plan A 1 Plan B 2 Plan C 3 Plan D 4	18 ..... [NOMBRE] Todo seguro requiere que se pague un monto anual (prima) para financiar los gastos de salud ¿Cuànto estarìa dispuesto a pagar como prima por el plan elegido? MONTO	19 ..... [NOMBRE] Los seguros por lo general incluyen un pequeño pago en cada atenciòn (copago), ademàs del pago de la prima anual ¿Cuàndo estarìa dispuesto a paga como copago en cada consulta mèdica? S/. 15-20 SI 1 NO 2 S/. 10-15 SI 3 NO 4 S/. 5-10 SI 5 NO 6 Nada 7
						Nùmero			
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									

S E C C I O N 8 . S E G U R O S : PARTE C. PARA TODOS MIEMBROS PERCEPTORES DE INGRESOS DE 15 AÑOS Y MAS (Cont.)

CODIGO IDENTIFICON	20 ..... [NOMBRE] Para el Plan A, estarìa dispuesto a pagar:	21 ..... [NOMBRE] Para el Plan B, estarìa dispuesto a pagar:	22 ..... [NOMBRE] Para el Plan C, estarìa dispuesto a pagar:	24 ..... [NOMBRE] ¿Si los costos anuales de estos planes fueran los sigueintes, cuàl de plan podrìa Ud. pagar?	25 ..... [NOMBRE] ¿En cuantas cuotas preferiría Ud. pagar la prima?	26 ..... [NOMBRE] ¿Cómo le gustarìa pagar por el seguro?	27 ..... [NOMBRE] ¿A qué tipo de institución le gustarìa adquirir el seguro?	28 ..... [NOMBRE] ¿Dònde le gustarìa atenderse en consulta externa?		29 ¿Puede Ud. mecionarme un establecimiento de salud que considere de buena calidad de atenciòn?	30 ..... [NOMBRE] ¿Cuáles son los principales atributos de un buen servicio de salud?
	a. S/.------ SI 1 NO 2 b. S/.------ SI 1 NO 2 c. S/.------ SI 1 NO 2 d. S/.------ SI 1 NO 2 e, S/.------ SI 1 NO 2	a. S/.------ SI 1 NO 2 b. S/.------ SI 1 NO 2 c. S/.------ SI 1 NO 2 d. S/.------ SI 1 NO 2 e, S/.------ SI 1 NO 2	a. S/.------ SI 1 NO 2 b. S/.------ SI 1 NO 2 c. S/.------ SI 1 NO 2 d. S/.------ SI 1 NO 2 e, S/.------ SI 1 NO 2	Plan A S/.------ 1 Plan B S/.------ 2 Plan C S/.------ 3	1 cuota 1 2 cuotas 2 3 cuotas 3 4 cuotas 4 12 cuotas 5 Otro 6	Cobro automático de su cuenta bancaria 1 Con su recibo de luz/agua/telèfono 2 En supermercados 3 En su domicilio u lugar de trabajo 4 A través de su organizaciòn gremial 5 Otra modalidad 6	Instituciòn privada 1 Instituciòn pùblica-MINSA 2 Instituciòn pùblica - EsSalud 3 Municipalidad 4 Otro 5	EsSalud 1 MINSA 2 Privados 3 ¿Dònde le gustarìa atenderse en hospitalizaciòn? EsSalud 1 MINSA 2 Privados 3			Rapidez en la atenciòn 1 Buen trato 2 Tratamiento efectivo 3 Buenas instalaciones y equipo 4 Limpieza 5 Otro 6 **Ordenar de mayor a menor preferencia**
								Consulta	Hosp.		
	a b c d e	a b c d e	a b c d e								a b c d e f
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											

SECCION 9 CONSUMO ALIMENTARIO GASTOS, AUTOCONSUMO Y AUTOSUMINISTRO EN ALIMENTOS

1. ¿Quién es la persona mejor informada de los gastos diarios en alimentos del hogar?

CODIGO [ ]

2. ¿Se proveen Uds. de alimentos de alguna tienda o negocio de propiedad del hogar, o de lo que crían o cultivan Uds. mismos?

SI ..... 1 (» PREGUNTAR 3, 4 Y 5) NO ..... 2 (» PREGUNTAR 3 Y 4) [ ]

3 En los últimos quince días, ¿Compraron o se han autosuministrado, (incluyendo lo que han cultivado o criado) Uds. de ... **MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. PREGUNTAR POR CADA ALIMENTO DE LA LISTA ANTES DE PASAR A P.4 Y P.5** X		PARA CADA RESPUESTA "SI" A P3 4 ¿Cuánto gastaron en ...[ALIMENTOS]... , en los últimos 15 días? MONTO COMPRADO	5 ¿Cuál es el valor total del autoconsumo o autosuministro en los últimos 15 días? AUTOCONSUMO Y AUTOSUMINISTRO
Arroz (corriente, superior, granel o embolsado)?	SI -->	301	
Trigo, harina de trigo, semola, maíz, maicena, derivados del maíz?	SI --> <-- NO	302	
Avena, cebada, quinua, harina de quinua, harina de cebada u otros derivados de la quinua o la cebada?	SI --> <-- NO	303	
Pan (Blanco, integral de yema, etc.)?	SI --> <-- NO	304	
Galletas, pasteles, bizcochos, etc?	SI --> <-- NO	305	
Fideos de todos los tipos?	SI --> <-- NO	306	
Carnes rojas (res, cerdo, carnero, auquénidos, etc.?	SI --> <-- NO	307	
Carne de aves (pollo, pavo, etc.)?	SI --> <-- NO	308	
Subproductos de carne (tocino, chorizo jamón, paté, salchicha, huesos, etc.)?	SI --> <-- NO	309	
Pescados y mariscos frescos, congelados ahumados, en conservas, etc?	SI --> <-- NO	310	
Leche?	SI --> <-- NO	311	
Yogurt, mantequilla, queso, etc?	SI --> <-- NO	312	
Huevos?	SI --> <-- NO	313	
Aceites comestibles, margarina vegetal, etc?	SI --> <-- NO	314	
Sal y especias sazonadoras (ají, canela, sibarita pimienta, vinagre, etc.)?	SI --> <-- NO	315	

3 En los últimos quince días, ¿Compraron o se han autosuministrado, (incluyendo lo que han cultivado o criado) Uds. de ... **MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. PREGUNTAR POR CADA ALIMENTO DE LA LISTA ANTES DE PASAR A P. 4** X		PARA CADA RESPUESTA "SI" A P3 4 ¿Cuánto gastaron en ...[ALIMENTOS]... , en los últimos 15 días? MONTO COMPRADO	5 ¿Cuál es el valor total del autoconsumo o autosuministro en los últimos 15 días? AUTOCONSUMO Y AUTOSUMINISTRO
Salsas (de tomate, mayonesa, mostaza, ketchup,	SI -->	316	
Tubérculos y raíces (papa, camote, yuca, etc.?	SI --> <-- NO	317	
Menestras (arveja, garbanzo, lenteja, haba, soya, etc.?	SI --> <-- NO	318	
Hortalizas y legumbres frescas (verduras)?	SI --> <-- NO	319	
Frutas frescas?	SI --> <-- NO	320	
Hortalizas y legumbres congeladas, en conserva, etc.?	SI --> <-- NO	321	
Frutas, secas, en conserva, etc.?	SI --> <-- NO	322	
Azúcar blanca y rubia?	SI --> <-- NO	323	
Café, té, cacao, hierbas té?	SI --> <-- NO	324	
Alimentos instantaneos (gelatinas, refrescos, flan, mazamorra, sopas, etc.)?	SI --> <-- NO	325	
Caramelos, chocolates, miel, chancaca, etc.?	SI --> <-- NO	326	
Productos alimenticios preparados? **(COMPRADOS FUERA Y CONSUMIDOS EN EL HOGAR)**	SI --> <-- NO	327	
Bebidas alcohólicas (vino, cerveza, licores, etc)? **(COMPRADOS FUERA Y CONSUMIDOS EN EL HOGAR)**	SI --> <-- NO	328	
Bebidas gaseosas, (Inca Kola, Pepsi Cola, etc.)? **(COMPRADOS FUERA Y CONSUMIDOS EN EL HOGAR)**	SI --> <-- NO	329	
Otros alimentos?	SI --> <-- NO	330	

SECCION 9 GASTOS E INVENTARIO DE BIENES

1. ¿De los miembros del hogar, quién está mejor informado sobre los gastos del hogar, como por ejemplo: en vestuario, transporte, impuestos, así como los ahorros, créditos, e ingresos de todos los miembros del hogar?

PARTE A. GASTOS DIARIOS **CODIGO :**

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre gastos frecuentes del hogar.

2 Durante los últimos 15 días, ¿Uds. compraron o se han autosuministrado de ..... **MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE** X **PREGUNTAR 2 PARA TODOS LOS PRODUCTOS ANTES DE PASAR A PREGUNTA 3**		3 ¿Cuánto gastaron Uds. en ... [PRODUCTOS]... en los últimos quince días? ¿Cuál fue el monto del autosuministro en .... [PRODUCTOS].... ? VALORAR AUTOSUMINISTRO A PRECIO DE VENTA AL PUBLICO	
		MONTO COMPRADO	MONTO AUTOSUMINISTRADO
Alimentos y bebidas consumidos fuera del hogar? (En restaurantes, bares, cafeterías, ambulantes, etc.)	SI --> <-- NO	101	
Cigarrillos, tabaco (rubios y negros), etc?	SI --> <-- NO	102	
Jabón, shampoo, crema dental, toallas sanitarias, papel higiénico, hojas de afeitar, otros productos de aseo personal?	SI --> <-- NO	103	
Detergentes, jabón para ropa, lejía, fósforos, velas, otros productos para el lavado y limpieza del hogar?	SI --> <-- NO	104	
Transporte público urbano e inter-urbano? (Pasaje adulto, universitario, en microbus, colectivos, taxis, etc.)	SI --> <-- NO	105	
Periódicos y revistas? (Diarios, semanarios, políticos, modas, etc.)	SI --> <-- NO	106	
Comunicaciones (encomiendas, correo, beeper e internet)	SI --> <-- NO	107	
Combustibles y lubricantes para vehículos (gasolina y aceite)? (PARA USO DEL HOGAR SOLAMENTE)	SI --> <-- NO	108	
Los últimos 30 días han gastado en teléfono público (local, larga distancia nacional o internacional)? Mes del último pago	SI --> <-- NO	109	

» 3

SECCION 9 PARTE B: GASTOS EN BIENES SEMI-DURADEROS Y SERVICIOS

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los gastos de los últimos 3 meses.

1 Durante los últimos 3 meses (desde ...), ¿Uds. gastaron o se han autosuministrado de .... **MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. PREGUNTAR 1 PARA TODOS LOS PRODUCTOS ANTES DE PASAR A PREG. 2 y 3** X		PARA TODAS LAS RESPUESTAS "SI" A P1 2 ¿Cuánto gastaron Uds . en total en ...[PRODUCTO]... durante los últimos 3 meses? ¿Cuál fue el monto del autosuministro en ...[PRODUCTO]...? MONTO COMPRADO	MONTO AUTOSUMINISTRADO	3 ¿En qué mes hizo este gasto? [O LA MAYOR PARTE DE ESTOS GASTOS]
Telas y prendas de vestir para adultos?	SI --> <-- NO	115		
Telas y prendas de vestir para niños? **(EXCLUIR UNIFORMES ESCOLARES)**	SI --> <-- NO	116		
Calzado y reparación de calzado para adultos?	SI --> <-- NO	117		
Calzado y reparación de calzado para niños? **(EXCLUIR CALZADO ESCOLAR)**	SI --> <-- NO	118		
Gastos por mantenimiento y reparación de vehículos (excepto gasolina y aceite)?	SI --> <-- NO	119		
Conservación de la vivienda, reparación de paredes, pisos, techos, ventanas, etc. ?	SI --> <-- NO	120		
Pequeños electrodomésticos y reparación de muebles y equipos del hogar, tapizado	SI --> <-- NO	121		
Tejido y artículos de tela para el hogar (cortinas, sábanas, toallas, etc.)?	SI --> <-- NO	122		
Vajillas y artículos de cocina (platos, ollas, etc.)?	SI --> <-- NO	123		
Productos medicinales y farmacéuticos (modernos y tradicionales? (Incluir anticonceptivos) **(EXCLUIR SECCION 4)**	SI --> <-- NO	124		

CONTINUE

1 Durante los últimos 3 meses (desde ...), ¿Uds. gastaron o se han autosuministrado de .... **MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. PREGUNTAR 1 PARA TODOS LOS PRODUCTOS ANTES DE PASAR A PREG. 2 y 3** X		PARA TODAS LAS RESPUESTAS "SI" A P1 2 ¿Cuánto gastaron Uds . en total en ...[PRODUCTO]... durante los últimos 3 meses? ¿Cuál fue el monto del autosuministro en ...[PRODUCTO]...? MONTO COMPRADO	MONTO AUTOSUMINISTRADO	3 ¿En qué mes hizo este gasto? [O LA MAYOR PARTE DE ESTOS GASTOS]
Consultas médicas y dentales en hospitales, consultorios, centros de salud, etc. **(EXCLUIR SECCION 4)**	SI --> <-- NO	125		
Servicios radiológicos, de análisis, electrocardiogramas, etc **(EXCLUIR SECCION 4)**	SI --> <-- NO	126		
Servicios hospitalarios, internamientos, terapias, tratamientos, etc **(EXCLUIR SECCION 4)**	SI --> <-- NO	127		
Seguros privados de salud (cuotas, inscripciones, etc.)?	SI --> <-- NO	128		
Libros y suscripciones (excluir textos escolares)?	SI --> <-- NO	129		
Servicio doméstico? (Cocina, limpieza, lavado, etc)	SI --> <-- NO	130		
Bienes y servicios de cuidado personal (Peluquería, cosméticos, perfumes)?	SI --> <-- NO	131		
Esparcimiento y diversión (Cine, discos, juguetes, espectáculos deportivos, etc)?	SI --> <-- NO	132		
Pasajes interprovinciales e internacionales?	SI --> <-- NO	133		
Otros bienes y servicios? ¿Cuáles?	SI --> <-- NO	134		

» 2-3

» PARTE C

SECCION 9. PARTE C. INVENTARIO DE BIENES DURABLES

PARA CADA TIPO DE BIEN DE LA LISTA SIGUIENTE HACER LA PREGUNTA:

¿Tienen Uds. en el hogar ...[TIPO DE BIEN] ....?
INCLUYA EL BIEN AUNQUE ESTE "DESCOMPUESTO".

MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE. LUEGO, HACER PREGUNTAS 2, 3 Y 4 PARA CADA UNO DE LOS BIENES QUE TENGAN.

1 ¿Tienen Uds. en el hogar				2 ¿Cuántos [BIEN] tienen Uds.?	3 ¿Qué antigüedad tiene este / estos ... [BIEN / ES] ... ? MULTIRESPUESTAS	4 ¿Si Uds. fueran a vender este/estos ...[BIEN(ES)] hoy, ¿en cuánto lo(s) vendería(n)?
TIPO DE BIEN	SI	NO	COD.	NUMERO	AÑO	MONTO
Radio?	1	2	201			
Televisor blanco y negro?	1	2	202			
Televisor a color?	1	2	203			
Licuadora, batidora, o picadora?	1	2	204			
Refrigeradora?	1	2	205			
Máquina de coser?	1	2	206			
Cocina a gas	1	2	207			
Tocadiscos, equipos?	1	2	208			
Bicicleta?	1	2	209			
Ventilador	1	2	210			
Teléfono fijo?	1	2	211			
Teléfono celular?	1	2	212			
Lavadora?	1	2	213			
Secadora de ropa?	1	2	214			
Lustradora y/o Aspiradora?	1	2	215			
Videocassette	1	2	216			
Automóvil?	1	2	217			
Seguro SOAT?	1	2	218			
Therma	1	2	219			
Motocicleta?	1	2	220			
Computadora P.C.	1	2	221			
Horno Microondas	1	2	222			
Máquina de tejer?	1	2	223			
Plancha?	1	2	224			
Televisión por cable	1	2	225			
Otros:	1	2	226			

1A ¿Este hogar tiene .....

Empresas o negocios	1	2	226			
Propiedades urbanas? (NO CONSIDERAR CASA PROPIA)	1	2	227			
Propiedades agrícolas o pecuarias?	1	2	228			

5. (SOLO PARA LOS QUE NO TIENE PROPIEDADES AGRÍCOLAS O PECUARIAS)

¿Tuvo anteriormente? SI ..... 1 NO ..... 2 ¿Hasta que año?

SECCION 9 PARTE D. GASTOS POR TRANSFERENCIA

Me gustaría que me dijera acerca de los otros gastos que han realizado Uds. durante los últimos 12 meses.

1 Durante los últimos 12 meses (desde ...), ¿Han realizado Uds. alguno de los siguientes gastos? **MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA.** **HACER LA PREGUNTA PARA TODAS LAS FUENTES ANTES DE PASAR A P. 2 y 3**	X	2 ¿Cuánto pagaron Uds. por ....[RUBRO] la última vez, y en qué mes hicieron ese gasto?		3 ¿Cuántas veces y cada cuánto tiempo gastaron Uds. ...en [RUBRO]..... durante los últimos 12 meses?	
		MONTO	MES	VECES	UNIDAD TIEMPO
¿Pensión por alimentos, divorcio, hijos, etc.?	SI --> <-- NO	01			
¿Ceremonias, como matrimonios, funerales, etc. (TRAMITE), servicios, etc.)?	SI --> <-- NO	02			
¿Impuestos directos: Autoavalúo, a la renta, remuneraciones, etc?	SI --> <-- NO	03			
¿Contribuciones a la Seguridad Social (EsSalud. Caja de Pensiones, AFP, etc.) pagado a su cuenta?	SI --> <-- NO	04			
¿Muebles, artefactos electrodomésticos y equipos para el hogar?	SI --> <-- NO	05			
¿Primas de seguros de vida y primas de seguros contra accidentes y/o enfermedades?	SI --> <-- NO	06			
¿Aportación (cuotas) a clubes, asociaciones, etc.?	SI --> <-- NO	07			
¿Remesas o donaciones en forma de dinero o bienes a algún familiar (amigo, etc.) que no es miembro del hogar	SI --> <-- NO	08			
Otros, como donaciones a instituciones sin fines de lucro (iglesia, hospitales, cruz roja, etc)	SI --> <-- NO	09			

UNIDAD DE TIEMPO: HORA ..... 1 DIA ..... 2 SEMANA ..... 3 QUINCENA.....4 MES ..... 5 TRIMESTRE ..... 6 SEMESTRE ..... 7 AÑO 8

SECCION 10 AHORRO Y CREDITO

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre diversas operaciones que uds. pueden haber realizado en los últimos 12 meses?

1 Durante los últimos 12 meses (desde ...), ¿Han realizado Uds. alguna de las operaciones siguientes? **MARCAR CON ASPA EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE** **PREGUNTAR 1 PARA TODAS LAS OPERACIONES ANTES DE PASAR A P. 2, 3 y 4**		X	2 ¿Cuántas veces realizaron Uds. la [OPERACION] durante los últimos 12 meses? VECES	3 ¿Cuál fue el monto total de todas las ... [OPERACION].. que Uds. realizaron durante los últimos 12 meses? MONTO	4 ¿En qué mes realizaron Uds. la [OPERACION] de mayor monto? MES
¿Compra de acciones, bonos, derechos de inscripción, etc.?	SI --> <-- NO		01		
¿Venta de acciones, bonos, etc?	SI --> <-- NO		02		
¿Compra o construcción de vivienda particular? ANOTE EL VALOR TOTAL (CONTADO O CREDITO)	SI --> <-- NO		03		
¿Compra de terrenos? ANOTE EL VALOR TOTAL (CONTADO O CREDITO) EXCLUIR COMPRA PARA EMPRESAS	SI --> <-- NO		04		
¿Compra de bienes muebles: equipos, automóviles, jgo. de muebles? EXCLUIR COMPRA PARA EMPRESAS (CONSISTENCIAR CON 8D)	SI --> <-- NO		05		
¿Venta de bienes muebles e inmuebles? (automóviles, fábricas, terrenos agrícolas, etc)	SI --> <-- NO		06		
¿Préstamos de instituciones bancarias, financieras o personas naturales SOLO PRESTAMO MONETARIO (EXCLUIR PRESTAMOS PARA EMPRESAS)	SI --> <-- NO		07		

5. ¿Disponen Uds. en el hogar (o las empresas del hogar) de préstamos c de alguna fuente de crédito?
   Por ejemplo, tarjetas de créditos, cooperativas de consumo, bazares, etc.

   SI, PARA EL HOGAR 1
   SI, PARA LA EMPRESA NO AGRICOLA ..... 2 (» 10)
   SI, PARA AMBOS 3
   NO ..... 4 (» 10)

   S11P5

6. Cuál es la fuente más importante de sus créditos o préstamos? (SOLO CREDITOS PARA EL HOGAR)

   FAMILIAR / AMIGO 1
   PRESTAMISTA 2
   BANCO 3
   CAJA MUNICIPAL 4
   COOPERATIVA, FINANCIERA 5
   EMPRESA 6
   TIENDAS, BODEGAS 7
   OTROS 8

7. ¿Cuál es la tasa de interés mensual que les cobra esta ... [FUENTE DE CREDITO] ... ?

   NO SABE/NO RECUERDA=99

8. ¿Cuánto pagaron en total en los últimos 30 días por estos préstamos?

   MONTO S/. $

9. ¿Cuánto les queda por pagar en este momento?

   MONTO S/. $

10. A la fecha, les deben actualmente personas ajenas a su hoga dinero o bienes por préstamos otorgados?

    SI 1
    NO .....2 (» 12)

11. ¿Cuánto dinero les deben en total?

    MONTO S/. $

    SI LES DEBEN BIENES, ESTIMAR EL VALOR ACTUAL

12. En los últimos 12 meses, ¿han tenido Uds. dinero ahorrado en bancos, financieras, etc?

    SI 1
    NO 2

13. Actualmente tienen dinero ahorrado en bancos financieras, etc?

    SI 1
    NO 2

Anexo III
EL CUESTIONARIO PRELIMINAR PARA EL GRUPO FOCAL SOBRE VOLUNTAD DE EL PAGO POR SEGUROS DE SALUD

Guía Estructurada

Aspectos generales

- En forma previa a la discusión de grupo, por favor debe revise la guía para dirigir cada grupo focal, así como los objetivos de esta investigación.

- En forma previa al inicio de cada discusión, por favor salude a los participantes y agradézcales por participar en la sesión de hoy.

- Presente al equipo de la investigación y brevemente explique los objetivos de la investigación para las actividades de hoy.

- Por favor, informe a los participantes que sus comentarios se sostendrán en la más estricta confidencialidad. Recuerde a cada participante que ningún miembro del equipo de la investigación revelará sus nombres.

- Durante cada grupo focal, se asignará un número a cada participante el cual se relacionará con los comentarios hechos por cada participantes.

- Distribuya la cuestionario preliminar a cada participante después de la "Declaración propósito" que se leerá a continuación.

- Recuerde que la Parte 1 del cuestionario preliminar será llenada por aquellos que asistan.

- Es responsabilidad del Registrador asegurar que todos los participantes han completado la Parte 1 del cuestionario preliminar antes de efectuar las preguntas al grupo.

- Toda ayuda visual se presentará en impresión grande. En esta fase el Conductor del grupo focal pondrá las ayudas visuales en posiciones de que todos los participantes pueden ver sin obstrucción.

- Al final de cada grupo focal, el Conductor y el Registrador deben repasar su notas para cada pregunta discutida.

Paso 1: Declaración del propósito

El Conductor del grupo focal debe leer en voz alta la declaración siguiente a los participantes al principio de cada sesión:

> "Nosotros somos investigadores asociados a la Universidad Peruana Cayetano Heredia auspiciados por el Consorcio de Investigación

Económica y Social (CIES) para desarrollar un estudio sobre la extensión del aseguramiento de salud en el país.

Específicamente, estamos interesados en obtener la información sobre la disposición a pagar por seguros de salud en el sector laboral independiente y hacer recomendaciones para el establecimiento de nuevos planes de seguros de salud

Además, nos gustaría asegurar cada uno de usted que toda la información proporcionada durante esta sesión es estrictamente confidencial. De hecho, se codificarán las respuestas a nuestras preguntas sobre la base de un identificador numérico que nosotros hemos asignado a cada uno de ustedes. Por consiguiente, nosotros nunca preguntaremos su nombre. Si usted está deseoso participar en esta sesión de grupo focal, por favor conteste a cada uno del las preguntas preliminares siguientes".

Paso 2: Llenado de Parte 1 del cuestionario

El Conductor y Registrador completarán Parte 1 del cuestionario para cada participante, asignado un código identificador numérico a cada participante.

Paso 3: Preguntas generales sobre acceso a servicios y su financiamiento (opcional)

El Conductor formulará las siguientes preguntas a los participantes del grupo focal. El Registrador debe registrar el código identificador numérico de cada participantes junto con sus comentarios

1. ¿Cuántos episodios de enfermedad grave ha enfrentado su familia en los últimos 12 meses?

2. ¿Cuántos atenciones médicas ha realizado su familia en los últimos 12 meses? [Validación Sección 6.a.1]

3. ¿Cuáles son los problemas en la atención más importantes?

4. ¿Cuáles son los principales atributos de un buen servicio de salud? [Validación Sección 7.c.29]

5. ¿Ha habido ocasiones en los que ha deseado una atención de salud y no ha podido acceder a ella? ¿Por qué? [Validación Sección 6.b.14]

6. ¿Ha habido ocasiones en los que ha dejado de adquirir medicamentos prescritos por el médico (total o parcialmente) o de realizar exámenes? ¿Por qué? [Validación Sección 6.b.18]

7. ¿Cómo financian su gastos de salud? [Validación Sección 7.a.2]

Paso 4: Explicación conceptual sobre seguros de salud

El Conductor explicará los conceptos siguientes a los participantes del grupo focal:

Seguro de salud

> "Un ***seguro de salud*** proporciona acceso individual o familiar a servicios de salud con un pequeño desembolso ***(co-pago***) al momento de la atención.
>
> Para ello se requiere que los individuos o familias paguen un pequeño porcentaje de sus ingreso ***(prima),*** normalmente en forma mensual, a un fondo de seguro de salud.
>
> Haciendo esto se garantiza a los individuos y/o los miembros de la familia el acceso financiero a los servicios de salud cuando se necesitan.
>
> Los seguros ofrecen diversos planes, que se diferencian por: el valor máximo de gastos al año que será cubierto por el seguro ***(cobertura***) y por los servicios de salud que son financiados ***(planes de beneficios).***
>
> Es usual que los seguros no cubran algunos servicios, tales como cirugía plástica, atención por accidentes acusados por embriaguez o influencia de drogas, etc. A esto de llama ***exclusiones***"

La ayuda visual proporcionará información sobre estas definiciones.

Paso 5: Preguntas generales sobre acceso y características del seguros

El Conductor formulará las siguientes preguntas a los participantes del grupo focal. El Registrador debe registra el código identificador numérico de cada participantes junto con sus comentarios

1. ¿Qué seguros de salud ha tenido o conoce? [Validación Sección 7.a.1]

2. ¿Qué beneficios quisiera que le cubra un seguro de salud? [Validación Sección 7.a.4]

3. ¿Razones por las que no tiene un seguro de salud? [Validación Sección 7.b.14]

Paso 6: Presentación de gastos de bolsillo por eventos de enfermedad (opcional)

Usando episodios de enfermedad y su costo efectivo real para el no asegurado de atenderse tanto en un establecimiento público cuanto en uno privado, el conductor ilustrará a los participantes que ellos tendrían que pagar en efectivo por estos servicios, en caso de carecer de seguro de salud.

La ayuda visual proporcionará información sobre el costo de tratamiento en el MINSA y el sector privado para el tratamiento de una determinada enfermedad o lesión. (Anexo 1).

El Registrador debe registrar el código identificador numérico de cada participantes junto con sus comentarios

Paso 7: Presentación de planes de seguros y exploración de disposición a pagar (1) ***Respuesta abierta***

El Conductor presentará detenidamente a los participantes los planes de salud propuestos (Anexo 2).

La ayuda visual proporcionará información sobre los planes de salud alternativos.

El Registrador debe registrar el código identificador numérico de cada participantes junto con sus comentarios

El Conductor propone las siguientes preguntas a los participantes:

1. ¿Cuál de los siguientes planes prefiere? [Validación Sección 7.b.16] ¿Por qué de la selección? ¿En qué orden?

2. ¿Prefiere un plan individual o familiar? [Validación Sección 7.b.15] ¿Cuántos miembros aseguraría además de Ud.?

3. ¿Sobre el plan elegido, cuál es la prima máxima que estaría dispuesto a pagar por su familia? [Validación Sección 7.b.17]

4. ¿Qué co-pago estaría dispuesto a pagar por una consulta médica? [Validación Sección 7.b.18]

Paso 8: Presentación de planes de seguros y exploración de disposición a pagar (2): ***Bidding game***

El Conductor preguntará, para el plan de seguros A, 5 alternativas de costos en forma secuencial, preguntando luego de cada alternativa si hay disposición para adquirir el plan A (Anexo 3).

Los participantes registrarán sus respuestas en la Parte 2 del cuestionario.

Luego, el conductor repetirá el ejercicio para los planes B, C, y D, siguiendo el misma procedimiento.

Paso 9: Presentación de planes de seguros y exploración de disposición a pagar (3) ***TIOLI***

El Conductor presentará de manera simultáneas las primas reales los 4 planes de salud propuestos (Anexo 4) .

1. ¿Cuál de los planes estaría en capacidad de adquirir? [Validación Sección 7.c.23] ¿Por qué de la selección?

Los participantes registrarán sus respuestas en la Parte 2 del cuestionario.

Paso 10: Preguntas finales sobre seguros

El Conductor formulará las siguientes preguntas a los participantes del grupo focal. El Registrador debe registra el código identificador numérico de cada participantes junto con sus comentarios

1. ¿En cuántas cuotas le gustaría pagar su seguro de salud? [Validación Sección 7.c.24] ¿Con que periodicidad?

2. ¿Cómo le gustaría pagar su seguro? [Validación Sección 7.c.25]

3. ¿A qué tipo de institución le gustaría adquirir su seguro? [Validación Sección 7.c.26]

4. ¿Dónde le gustaría atenderse en consulta si tuviera un seguro de salud? [Validación Sección 7.c.27.a]

5. ¿Dónde le gustaría hospitalizarse si tuviera un seguro de salud? [Validación Sección 7.c.27.b.]

El equipo investigador agradece a Ud. por su participación en la sesión de hoy.

CUESTIONARIO PRELIMINAR

EL CODIGO IDENTIFICADOR NUMÉRICO DE PARTICIPANTE_____

LA FECHA DE LA SESIÓN DE GRUPO FOCAL _____

PARTE 1

(Toda la información proporcionada es estrictamente confidencial)

P1. ¿Cuál es su estado civil? (Marque una opción)
Uno. Soltero/divorciado_____
Dos. Viudo_____
Tres. Casado_____

P2. ¿Cuál es su edad y fecha de nacimiento? _____

P3. Cuál es su género (Hombre o mujer)? _____

P4. ¿Cuántos miembros tiene su familia? _____

P5. ¿Cuántos individuos trabajan en su hogar? _____

P6. ¿Está Ud. empleado a tiempo completo o parcial? _____

P7. Usted es desempleado (marque uno sólo)? Si_____ No_____

P8. ¿Usted es el jefe de hogar? Si_____ No_____

P9. ¿Ha utilizado los servicios del MINSA? Si_____ No_____

P10. ¿Ha utilizado los servicios de EsSalud? Si_____ No_____

P11. ¿Ha utilizado los servicios del sector privado? Si_____ No_____

P12. Tiene o ha tenido algún tipo de seguro de salud privado? Si_____ No_____

P13. ¿Cuál es el ingreso estimado (durante los últimos 12 meses) de su hogar?_____

POR FAVOR NO VOLTEAR LA PAGINA, HASTA QUE EL CONDUCTOR ASI LO INDIQUE

EL CODIGO IDENTIFICADOR NUMÉRICO _____

PARTE 2

P13. ¿Estaría dispuesto a adquirir el plan a este costo?

Plan A:

Al costo 1: Si_____ No_____
Al costo 2: Si_____ No_____
Al costo 3: Si_____ No_____
Al costo 4: Si_____ No_____
Al costo 5: Si_____ No_____

Plan B:

Al costo 1: Si_____ No_____
Al costo 2: Si_____ No_____
Al costo 3: Si_____ No_____
Al costo 4: Si_____ No_____
Al costo 5: Si_____ No_____

Plan C:

Al costo 1: Si_____ No_____
Al costo 2: Si_____ No_____
Al costo 3: Si_____ No_____
Al costo 4: Si_____ No_____
Al costo 5: Si_____ No_____

Plan D:

Al costo 1: Si_____ No_____
Al costo 2: Si_____ No_____
Al costo 3: Si_____ No_____
Al costo 4: Si_____ No_____
Al costo 5: Si_____ No_____

P14. Seleccione el plan que estaría dispuesto a adquirir (Marque la opción preferida)

Plan A: _____
Plan B: _____
Plan C: _____
Plan D: _____
Ninguno:_____

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN EN LA SESIÓN DE HOY. EL REGISTRADOR RECOGERA EL CUESTIONARIO