

R. 21390

E-12533

**CUADERNOS DE LA FUNDACION
Nº 23**

**ANALISIS DE LA DEMANDA DE
SEGURO SANITARIO PRIVADO**

Autor: D^a. Yolanda González González

Universidad de Valladolid



noviembre, 1994

LISTA DE CUADERNOS DE LA FUNDACION MAPFRE ESTUDIOS EDITADOS:

1. Filosofía Empresarial
 2. Resultados de la Encuesta sobre "Altos Profesionales de Seguros" (A.P.S.)
 3. Dirección y Gestión de la Seguridad
 4. Los Seguros en una Europa cambiante: 1990-1995 (No disponible)
 5. La Distribución Comercial del Seguro: Sus Estrategias y Riesgos
 6. Elementos de Dirección Estratégica de la Empresa
 7. Los Seguros de Responsabilidad Civil y su Obligatoriedad de Aseguramiento
 8. La Implantación de un Sistema de Controlling Estratégico en la Empresa
 9. Técnicas de Trabajo Intelectual
 10. Desarrollo Directivo: Una Inversión Estratégica
 11. El Concepto de Seguridad en la Ciencia y la Ciencia de la Seguridad
 12. Los Seguros de Salud y la Sanidad Privada
 13. Calidad Total y Seguridad
 14. El Reaseguro de Exceso de Pérdidas
 15. El Coste de los Riesgos en la Empresa Española 1991
 16. La Legislación Española de Seguros y su Adaptación a la Normativa Comunitaria
- Número Especial: Informe sobre el Mercado de Seguros 1993
17. Medio Ambiente Seguro: Desarrollo Futuro
 18. El Seguro de Crédito a la Exportación en los países de la OCDE (Evaluación de los resultados de los aseguradores públicos)
 19. Una Teoría de la Educación
 20. El Reaseguro en los Procesos de Integración Económica
 21. La Nueva Regulación de las Provisiones Técnicas en la Directiva de Cuentas de la C.E.E. Provisiones Técnicas de Seguros de Vida en las Directivas Comunitarias
 22. Rentabilidad y Productividad de Entidades Aseguradoras
 23. Análisis de la Demanda de Seguro Sanitario Privado

Copyright: F.M.E.

Prohibida la reproducción total o parcial de este trabajo sin el permiso escrito del autor o de la FUNDACION MAPFRE ESTUDIOS.



Fundación **MAPFRE** Estudios

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE SEGURO SANITARIO PRIVADO

**Autor: Yolanda González González
Profesora Asociada de Econometría
Departamento de Economía Aplicada
(Estadística y Econometría)
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Universidad de Valladolid**

**Trabajo resultante de una Beca de Investigación Riesgo y Seguros 1991-92, concedida por
Fundación MAPFRE Estudios.**

PRESENTACION

El Seguro Sanitario Privado en España aparece en todos los estudios sobre expectativas de crecimiento del Seguro con un elevado potencial.

Los cambios vividos en una sociedad que demanda cada vez una mayor calidad y personalización en los servicios sanitarios que percibe, son, sin duda, motores de este cambio.

El trabajo de D^a. Yolanda González, fruto de una "Beca Riesgo y Seguro", nos acerca al análisis riguroso de los factores esenciales en la demanda de esta modalidad de Seguros Privados, e incluso, llega a proponer en su investigación un modelo válido para el estudio de este mercado a gran escala.

A la vista de los resultados, según la autora, "... es urgente continuar estos estudios minuciosos en el conjunto del sector sanitario español, reconociendo la doble cobertura existente (pública y privada) para sentar las bases de su complementariedad y operación en orden a lograr un funcionamiento eficaz y el mayor bienestar de la población".

La Fundación MAPFRE Estudios desea felicitar a la autora por su entrega al trabajo, así como reconocer el entusiasmo y colaboración de D^a. Rosa Gallur Rodríguez, Directora de Cataluña de MAPFRE VIDA, que ejerció con éxito su trabajo de tutoría de la beca en nuestra institución.



INDICE:

1. Introducción	1
2. Antecedentes de la Demanda de Seguro sanitario	4
2.1. Primeros antecedentes: seguidores y detractores ..	5
2.2. El incremento de los costes sanitarios y la pérdida de bienestar	8
2.3. Tipología de los diferentes estudios	11
2.4. Un caso concreto: el experimento de la Rand Corporation. Algunos resultados	13
2.5. Variables explicativas de la compra de un seguro sanitario	17
3. El Seguro Sanitario Privado en España	28
3.1. El sector del seguro en el contexto internacional.	30
3.2. El sector del seguro a nivel nacional	33
3.3. Legislación del seguro sanitario	40
3.4. Principales características del ramo de salud	42
3.5. El producto	44
3.6. Personas aseguradas	51
3.7. El precio de las pólizas	53
3.8. Procedencia de las pólizas	55
3.9. Los costes del sector	58
3.10. Distribución geográfica	60
4. Análisis Descriptivo de la Demanda de Seguro Sanitario Privado en España	63
4.1. Posesión de un seguro sanitario no obligatorio	68
4.2. Variable ingreso total familia	69
4.3. Variable número de perceptores	71
4.4. Variable nivel de estudios del sustentador principal.	72
4.5. Variable categoría socioeconómica del sustentador principal	74
4.6. Variable actividad laboral del cónyuge	77
4.7. Variable número de miembros	78
4.8. Variable edad del sustentador principal	81
4.9. Variable zona de residencia	82
4.10. Variables no consideradas	84



5. Descripción y Resultados de la Encuesta Piloto	87
5.1. El proceso de investigación de la encuesta	87
5.2. Características técnicas y algunos resultados de la encuesta piloto	89
5.3. Comentarios sobre el funcionamiento del cuestionario.	92
6. Conclusiones.....	95
7. Apéndice 1.....	102
8. Referencias.....	106



1. INTRODUCCIÓN

Alcanzar niveles de salud satisfactorios es uno de los principales objetivos de todo ser humano. Aunque dar una definición de la salud puede ser controvertido por la multitud de expresiones que han establecido los autores, nadie tiene duda de lo que es cuando se trata de preservar y cuidar la suya propia.

Legalmente, la propia Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud y la Ley General de Sanidad establece que el derecho a la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española.

La medicina y los servicios sanitarios no son los únicos factores que determinan el nivel de salud del individuo, pero ayudan a su consecución por lo que las características del sistema sanitario y su eficacia son de importante relevancia para lograr dicho objetivo.

El sistema sanitario español es un sistema predominantemente público cuya cobertura alcanza a casi toda la población. Sin embargo, al lado de este sistema público, existe un sistema asegurador privado que está experimentando un crecimiento continuado que entra en competencia con el primero.

Los análisis sobre la demanda de seguro sanitario en nuestro país han sido más bien escasos hasta hace pocos años, coincidiendo con la expansión del sector, la aparición de dificultades dentro de él, antes inexistentes, y la crisis del sistema sanitario público. Nos hemos adentrado en el conocimiento de la demanda de seguro sanitario en esta investigación empezando por sus fundamentos teóricos, para descender posteriormente al análisis de las distintas variables que explican su comportamiento y a los resultados obtenidos por diversos autores en distintas aplicaciones empíricas. Todo ello queda recogido en el capítulo 2.



El capítulo 3 pretende describir la situación actual y los antecedentes históricos del sector del seguro sanitario español. La representación del mercado asegurador dentro del contexto nacional y la del ramo sanitario a nivel nacional predicen, en primer lugar, un proceso de crecimiento y de cambio para los próximos años. Esta transformación, ya iniciada, se analiza de forma cuantitativa desde la evolución del volumen de primas emitidas por las entidades, el número de personas aseguradas y los costes del sector, y de forma cualitativa, señalando los rasgos principales de sus productos y las innovaciones que se están produciendo en los mismos y en elementos que determinan su oferta, como son los mecanismos de distribución, de publicidad y de imagen.

El análisis del comportamiento de la propia demanda, aplicado al caso español, lo hemos abordado en el capítulo 4. El estudio de los rasgos fundamentales que caracterizan la compra de un seguro sanitario ha sido el medio empleado para acercarnos al conocimiento de las preferencias de los individuos y de sus futuras tendencias. La fuente estadística utilizada ha sido la encuesta continua de presupuestos familiares relativa al cuarto trimestre de 1989 que recoge diversas variables explicativas de la compra de un seguro sanitario privado: variables de carácter socioeconómico como el nivel de renta, la categoría laboral y profesional y el nivel de estudios, y variables de carácter sociodemográfico como el sexo, la edad, la zona de residencia y el tamaño familiar entre otras. De su estudio extraeremos importantes resultados para el sistema sanitario en su conjunto.

El objetivo de profundizar algo más en los gustos y opiniones de los individuos nos ha llevado a efectuar la elaboración de una encuesta cuya descripción realizamos en el capítulo 5. La comprobación del funcionamiento del cuestionario creado se ha realizado mediante una prueba piloto administrada a una muestra no representativa de la población. Los resultados obtenidos se convierten, aunque con las reservas debidas a la muestra empleada, en el principio de una gran fuente de información. Las notas más significativas de esos resultados y los cambios convenientes a efectuar en el cuestionario cubren los últimos epígrafes de este capítulo.



Finalmente, el capítulo 6 está dedicado a las conclusiones que se desprenden de este trabajo de investigación y que esperamos puedan servir de orientación de distintas políticas.

Antes de dar comienzo al propio trabajo, nos gustaría expresar nuestro agradecimiento a todos aquellos que han hecho posible su realización. En concreto, a José María Aragay, Profesor Titular de la Escuela de Empresariales de la Universidad de Barcelona y, a Carlos Murillo, Catedrático de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la misma Universidad. Por último, a la Fundación MAPFRE Estudios por darnos esta oportunidad. Aclarar, que los posibles errores son sólo atribuibles a la autora.



2. ANTECEDENTES DE LA DEMANDA DE SEGURO SANITARIO

La demanda de seguro sanitario ha sido estudiada en la literatura como una demanda de asistencia sanitaria en sí misma y como un argumento, con efectos positivos, dentro de esa función de demanda de asistencia sanitaria.

Esto viene a reflejar un hecho, que los propios elementos teóricos sobre los que se fundamenta un seguro ya indican, que el análisis del comportamiento del consumidor ante el seguro y los efectos que genera su presencia tienen que analizarse teniendo en cuenta tanto la Teoría de la Demanda de Seguro como la Teoría de la Demanda Sanitaria.

La Teoría de la Demanda de Seguro ha sido desarrollada por muchos autores. En particular, podemos citar a: Mossin (1968), Smith (1968), Gould (1969), Ehrlich and Becker (1972), al igual que la de la demanda de seguro sanitario: Arrow (1963, 1971), Pauly (1968, 1974), Zeckhauser (1970), Feldstein (1973), Rosett and Huang (1973), Friedman (1974) y Feldstein and Friedman (1977) entre otros. Su objetivo es explicar el comportamiento de las acciones de los consumidores adversos al riesgo en sus deseos de disminuir o eliminar el mismo. De esta manera, el punto de referencia es la Teoría de la Elección con Incertidumbre donde el consumidor se enfrenta a distintas alternativas y desconoce las consecuencias de las acciones que puede tomar. Bajo esta Teoría, se supone que el individuo actúa racionalmente y, por tanto, maximiza su utilidad esperada. Debido a su aversión al riesgo puede estar dispuesto a desprenderse de parte de su riqueza para comprar un seguro que haga disminuir o eliminar dicho riesgo. Si la ganancia esperada de eliminar o reducir ese riesgo ante una pérdida incierta de su riqueza supera el coste que supone la compra de ese seguro el individuo realizará dicha compra. En el caso del seguro sanitario el razonamiento es similar. La



aparición de una enfermedad lleva consigo una serie de costes y pérdidas¹ frente a las que el individuo puede querer igualmente asegurarse.

La mayoría de referencias que trataremos provienen de estudios efectuados en Estados Unidos puesto que es el lugar donde mayor evidencia empírica existe. Sin embargo, hemos de tener en cuenta que el contexto sanitario de dicho país es muy diferente del nuestro y que los resultados de sus estudios no son directamente aplicables al caso español. El sistema sanitario de USA es esencialmente privado. El estado interviene proporcionando asistencia gratuita (aunque no total) para aquellos con ingresos por debajo de un mínimo y para los mayores de 65 años, y aplicando una política de subsidios en los impuestos sobre las primas de seguro.

2.1. Primeros antecedentes: seguidores y detractores.

El artículo pionero por excelencia, relativo específicamente al seguro sanitario, es el artículo de Arrow (1963). En este texto, Arrow ya señala las características especiales de la Teoría de la Demanda de Seguro Sanitario y en su análisis, al lado de la utilidad esperada, estudia las preferencias del consumidor teniendo en cuenta los distintos niveles de salud (equivalente a los estados de la naturaleza según la Teoría del seguro en general) con los que se enfrenta.

Algunas de las conclusiones de Arrow, fueron de nuevo analizadas por Pauly (1968) obteniendo ciertas conclusiones divergentes. Según este último autor, los distintos comportamientos y gustos de los individuos, hace que en algunas situaciones con riesgo el establecimiento de un seguro no lleve a un resultado óptimo, por lo que la propuesta de bienestar de Arrow de establecer en estos casos un seguro público

1- Los costes de una enfermedad no sólo hacen referencia a los costes físicos y mentales derivados de la enfermedad sino al precio de los servicios sanitarios, a las ganancias pérdidas por imposibilidad de realizar las tareas habituales (ir al trabajo), y a otros tipos de costes que podríamos llamar "psicológicos" (sentimientos de soledad, abandono...) y que conforman el malestar que sufre el paciente por su situación que no es malestar puramente físico.



tampoco sería eficiente (sobre la aplicación de un seguro sanitario público para los pobres puede consultarse también Pauly (1971)). Por otra parte, este autor estudia con cierta profundidad el problema del "Riesgo Moral"² en el seguro sanitario (la tendencia a un mayor consumo de servicios sanitarios por el individuo asegurado frente al consumo que realizaría en una situación sin seguro) señalando que no es un problema de moral ni de imperfecciones, sino que es simplemente la respuesta racional del consumidor ante un descenso del precio. El problema del Riesgo Moral es uno de los temas tratados con gran frecuencia por los autores. Zeckhauser (1970), llega a proponer como una medida de contrarrestar este fenómeno la elaboración de planes de seguros con distintos niveles de reembolso. Mediante este procedimiento, el autor afirma que se conseguiría discriminar las distintas condiciones de salud que puede presentar el individuo y frenar su exceso de consumo.

Mossin (1968) analiza con detalle otros de los problemas que surgen ante la compra de un seguro. En concreto, el efecto que tiene la riqueza en la decisión de comprar un seguro y en la cuantía del mismo (grado de cobertura). Bajo el supuesto, recogido en su función de utilidad, de que el individuo tiene aversión al riesgo decreciente (hipótesis establecida también por Arrow, 1971), Mossin demuestra que el efecto de la riqueza sobre la propensión de tomar un seguro es de signo negativo. Es decir, al aumentar su riqueza, el consumidor estará dispuesto a asumir más riesgo y a comprar una prima de riesgo inferior. Para obtener analíticamente la cantidad de seguro comprada, el autor especifica una función de utilidad logarítmica, la cual verifica el resultado obtenido anteriormente. Aún así, él mismo reconoce que la elección de una u otra forma funcional para la utilidad necesita de un mayor soporte teórico.

2- El Riesgo Moral o "Moral Hazard" en la Teoría de la Demanda de un Seguro se produce debido a la posibilidad que tiene el individuo de intervenir en los resultados de sus acciones, bien cambiando las probabilidades de los distintos estados de la naturaleza o las cuantías de las pérdidas inciertas a las que se enfrenta.



Las inconsistencias obtenidas por algunos autores al analizar la cuantía óptima de deducible³ de un seguro elegida por el consumidor frente a lo que la teoría de la utilidad esperada predice, son estudiadas por Gould (1969). Sus análisis muestran que los problemas no proceden de las hipótesis de la utilidad esperada, sino de las formas funcionales cuadrática y logarítmica especificadas para la función de utilidad. Resultados que concuerdan con los observados en la realidad son obtenidos por este autor mediante una función de utilidad exponencial, función cuyas ventajas y propiedades respecto a medidas de aversión al riesgo fueron establecidas por Pratt en 1964 (Pratt, 1964).

La cantidad de cobertura óptima según las condiciones establecidas sobre precios del seguro y probabilidades de ocurrencia de la pérdida es deducida analíticamente por Smith (1968). Los incentivos de un seguro y sus efectos en el comportamiento del consumidor son analizados por Ehrlich and Becker (1972), y de la misma manera en que se realiza en la teoría del consumo, es decir, a través de curvas de indiferencia y de la función de utilidad, incluyendo en este caso el hecho de que es una situación donde pueden darse distintos estados de la naturaleza.

Pauly (1974)) vuelve al problema del Riesgo Moral en otro estudio en el que analiza las dificultades de conseguir que un resultado competitivo sea también óptimo en un mercado de seguro con información imperfecta. Junto al riesgo moral incluye el problema de la "Selección Adversa"⁴, otro de los casos de asimetría de la información de estos mercados.

Los artículos siguientes efectúan análisis empíricos a partir del establecimiento de distintos supuestos. Todos ellos han de ser mirados con precaución por la simplificación que hacen de la realidad. De hecho, la dificultad de unificar la diversidad de las

3- Deducible: cantidad del gasto sanitario total soportada por el asegurado. Por encima de dicha cantidad es la compañía la que corre con los gastos. Usualmente, la cantidad de deducible está referida a un período de tiempo determinado.

4- La Selección Adversa se produce por la dificultad o imposibilidad del asegurador para conocer las características relevantes del asegurado en la determinación de sus posibles futuros estados de la naturaleza.



pólizas, tanto en sus coberturas como en la valoración del coste⁵, es puesta de manifiesto explícitamente por muchos de ellos.

2.2. El incremento de los costes sanitarios y la pérdida de bienestar.

La preocupación por el continuo incremento de los gastos de servicios sanitarios en los países desarrollados hace que muchas investigaciones se centren en buscar medidas que contengan dicho gasto y las causas que lo fomentan. Entre ellas, podemos destacar la influencia del seguro sanitario en la propia demanda sanitaria. Este fenómeno fue comprobado por Feldstein (1977) para el caso de la demanda hospitalaria en Estados Unidos. Con respecto a otros países, podemos mencionar el estudio similar que efectuó Nolan (1989) para el caso de Irlanda. En este último caso, merece mención destacar sus resultados puesto que el sistema sanitario irlandés combina un sistema público junto a uno privado como ocurre en el caso español. En concreto, los gastos hospitalarios, que es la variable estudiada, están cubiertos libremente para el 85 por ciento de la población irlandesa, y de su investigación se desprende que la posesión de un seguro (cobertura adicional voluntaria) provoca una mayor probabilidad de consumir servicios hospitalarios y realizar mayores estancias en el hospital.

Cuando se estudia la demanda de seguro sanitario hay que tener presente que no se realiza por el deseo de adquirir un seguro por sí mismo, sino como pago de futuros gastos sanitarios inciertos ante la aparición de una enfermedad. En este contexto, es ampliamente aceptada la interrelación existente entre el seguro y la demanda sanitaria y el distinto comportamiento ante los gastos en servicios sanitarios entre los

5- Las pólizas de seguros sanitarios presentan una variada combinación de elementos para que el asegurado participe en parte del coste incurrido: cuotas fijas, primas, deducibles, proporción de coseguro, copago y en algunos casos, de mecanismos incentivadores de un menor gasto como rebajas o bonos.



individuos asegurados y los no asegurados (Rosett and Huang, 1973). Esa tendencia a un mayor consumo de servicios sanitarios por el individuo cuando está asegurado, Riesgo Moral, hace que Feldstein (1973) declare la existencia de un exceso en la cobertura de seguro en asistencia hospitalaria en la población (sobre-seguro) y que concluya que una reducción de esa cobertura (mediante por ejemplo una participación en el coste como es el porcentaje de "coseguro"⁶) generaría una ganancia neta en el bienestar. Sobre la proposición de la participación del asegurado en los costes hay en realidad una gran discusión abierta y sin resultados concluyentes. Al lado de los que abogan por esta medida, otros autores afirman que la misma produciría efectos negativos sobre el nivel de salud del individuo y frenaría el uso de cuidado preventivo, (efecto, este último, que podría llevar a generar un mayor gasto sanitario futuro), siendo, además, los principalmente afectados los grupos más desfavorecidos, es decir, aquellos de menores ingresos y peores niveles de salud. Algunos resultados empíricos realizados sobre este tema serán comentados más adelante.

La pérdida de bienestar manifestada por Feldstein es confirmada también por Feldstein and Friedman (1977) y Huang et al. (1989), aunque desde supuestos distintos. En sus análisis, estos autores obtienen una pérdida en el bienestar como consecuencia del incremento que se produce en la cobertura cuando se introduce un subsidio en los impuestos por la compra de un seguro sanitario.

Cuando la política de subsidios no cubre la compra de un seguro suplementario no se encuentra evidencia de que la compra de dicho seguro genere beneficios superiores a la no compra. Este resultado fue obtenido por Keeler, E.B. et al. (1977) al analizar la decisión de un colectivo de trabajadores, que previamente poseedores de un seguro con deducible⁷, se plantean la compra de un seguro suplementario que les cubra de los gastos no cubiertos por el deducible.

6- Coseguro: proporción de los gastos totales sanitarios que ha de pagar el asegurado.

7- Ver nota 3.



La existencia de Riesgo Moral ha sido detectada también por Wolfe and Godeeris (1991) dentro del grupo de población de USA mayor de 65 años. La gran mayoría de estos individuos está cubierta mediante un seguro nacional, pero como su cobertura no es completa, algunos de ellos compran adicionalmente un seguro suplementario. Los resultados derivados del estudio muestran un mayor uso y mayor gasto de servicios sanitarios en las situaciones en las que el individuo posee un seguro suplementario. Cartwright et al. (1992) estudian también el comportamiento de los mayores de 65 años, analizando de forma simultánea la demanda de un seguro suplementario y el uso de servicios sanitarios. Sus conclusiones concuerdan con lo ya mencionado: a mayor grado de cobertura, mayor probabilidad de efectuar demanda sanitaria y mayores niveles de gasto sanitario.

La elección del consumidor entre distintas opciones de seguro bajo los fundamentos teóricos establecidos, dependerá de la utilidad esperada que de cada opción obtenga. La comparación de estas utilidades permite a Friedman (1974) obtener inferencia acerca del grado de aversión al riesgo del individuo. Los valores que estimó han sido tomados como referencia en muchos estudios posteriores, como el llevado a cabo por Keeler, J.P. et al. (1977) para obtener la cuantía de deducible óptima para un consumidor. Su estudio es más completo y no se detienen únicamente en ese análisis, sino que también llaman la atención sobre los cambios que se producen en la demanda sanitaria cuando interviene un deducible⁸. En estas circunstancias afirman que sería más correcto analizar dicha demanda en cada momento en que se realice en lugar de efectuar agregaciones de la misma en el tiempo.

La respuesta de la demanda sanitaria a cambios en la cuantía del deducible ha sido difícil de explicar por la ausencia de datos que permitieran su cuantificación. Las primeras estimaciones de esta respuesta las podemos encontrar en Newhouse et al

8- Cuando el individuo compra un seguro con deducible hay que tener en cuenta que la valoración del precio marginal que hace cada vez que demanda un servicio sanitario se va reduciendo pues se va acercando cada vez más a la cuantía del deducible y a partir de ese momento, los gastos que realice serán cubiertos totalmente por la entidad aseguradora.



(1980b), de cuyo análisis se desprende que la demanda sanitaria es poco sensible a variaciones en el deducible cuando este se sitúa en niveles bajos o altos⁹, mientras que para niveles intermedios produce grandes cambios (de signo contrario) en la demanda.

2.3. Tipología de los diferentes estudios.

La mayoría de estudios revisados a partir de aquí dan por constituidas las bases teóricas sobre las que se fundamentan sus investigaciones. Los datos disponibles para su consecución son en la mayoría de las veces los que delimitan y posibilitan la realización de las investigaciones. En general, podemos distinguir las siguientes clases (Newhouse et al. (1980a); Rodríguez (1988)):

1.- Datos derivados de encuestas realizadas a los hogares. Con estos datos se reúne información sobre características sociodemográficas, económicas y sanitarias (como elecciones sobre provisión sanitaria,, niveles de enfermedad, demanda de los distintos servicios sanitarios, gasto de los mismos y otras características que pueden ser obtenidas a nivel individual o familiar). La muestra de la que se deriva información es seleccionada aleatoriamente para que los resultados puedan representar a la población global.

2.- Datos derivados de experimentos naturales que comparan el comportamiento en la demanda de colectivos determinados (generalmente grupos de trabajadores con algún tipo de seguro) frente a cambios reales en su plan de seguro. En este caso, es posible obtener información sobre su comportamiento antes y después del cambio y no hay ninguna duda de que el seguro se

⁹- En su artículo, Newhouse et al. (1980a) indican los intervalos en los que se considera que el deducible es bajo, alto o intermedio. No los reproducimos en el texto por considerar que carecen de importancia.



comporta de forma exógena. La desventaja es que los resultados se ciñen únicamente al colectivo tratado, no a toda la población y que al no tener un entero control sobre el grupo, los cambios producidos pueden deberse a otros factores distintos de los del seguro.

3.- Datos derivados del comportamiento de los asegurados ante cambios en el precio de las primas. En este caso, no suele disponerse de información sobre las características sociodemográficas de los asegurados.

4.- Datos derivados de experimentos especialmente diseñados. Aquí hemos de incluir el caso de la Rand Corporation. La información disponible es en este caso amplia y de sencilla elaboración para trabajar con ella. Algunos de los defectos que posee ya han sido comentados por lo que no haremos mayor mención.

Las metodologías empleadas por los estudios son también diferentes y pueden ser agrupadas en dos amplios grupos:

1) Aquellos que se basan en **elecciones cuantitativas**. En ellos, podemos distinguir los que trabajan directamente con una función de utilidad esperada en forma de función de gasto esperado, pérdida esperada o beneficio esperado, y los que tratan con funciones de demanda derivadas de la primera, ya sea como demanda sanitaria en general (incluyendo la influencia del seguro como variable explicativa) o como demanda de seguro sanitario en particular.

2) Aquellos que se basan en **elecciones cualitativas**. En este caso, el estudio siempre va a estar formulado en términos de probabilidad. Así, en general, comprobaremos que la demanda de una opción entre distintas alternativas vendrá dada por la probabilidad de que la utilidad derivada de la misma supere la obtenida con cualquiera de las demás. Por otra parte, los supuestos teóricos en los que se basan coinciden con los del grupo anterior.



2.4. Un caso concreto: el experimento de la Rand Corporation. Algunos resultados.

Independientemente de la metodología utilizada, la importancia de los precios de los servicios sanitarios y del ingreso familiar o individual en la demanda de seguro sanitario y en la demanda sanitaria en general, sus particulares efectos y sus variaciones cuando un seguro está presente genera que la cuantificación de elasticidades precio y elasticidades renta se convierta en algo común y valioso en estos estudios. Entre el precio de los servicios sanitarios y la demanda de seguro existe una interdependencia manifestada por Feldstein (1973) que hace difícil obtener resultados generalizables a otras situaciones. Según este autor, un aumento del precio de dichos servicios aumentará el posible coste al que se tendrá que enfrentar el individuo cuando tenga una enfermedad por lo que generará un aumento de la demanda de seguro que le cubra esas posibles pérdidas. Por otro lado, el aumento del seguro significará, si existe riesgo moral, un aumento de la demanda de servicios sanitarios (en términos analíticos un desplazamiento de la curva de demanda), lo que producirá a su vez el aumento del precio de estos servicios sanitarios.

Los resultados de Feldstein (op.cit.) parten de la hipótesis de que el valor de la elasticidad precio de los servicios sanitarios se encuentra en términos absolutos entre cero y uno. Aunque en este intervalo parecen coincidir todos los resultados obtenidos, el rango de variación dentro de él no ha conseguido ser reducido.

El Experimento sobre Seguro Sanitario de la RAND CORPORATION llevado a cabo entre 1974 y 1982 (Newhouse et al., 1981; Manning et al., 1987) fue diseñado para dar respuesta a algunas de las cuestiones mencionadas anteriormente: los efectos del seguro en el aumento de los gastos sanitarios y en el precio de los mismos y su influencia en el bienestar. Además, las características especiales de su diseño llevaron a pensar que solucionaría algunos de los problemas que la mayoría de los estudios



tenían para calcular elasticidades y el efecto del seguro en la demanda sanitaria. La posible endogeneidad del seguro en la función de demanda sanitaria queda eliminada en este experimento en donde el propio diseño hace que sea una variable claramente exógena. Aún teniendo en cuenta todas estas ventajas, sus resultados han de ser tomados con cierta precaución. El mero hecho de ser una situación experimental genera dudas acerca del mantenimiento del comportamiento del individuo en una situación real. Por otro lado, sus resultados no se pueden extender a toda la población, pues las personas mayores de 65 años fueron excluidas de la muestra. Igualmente se excluyeron a aquellos individuos con ingresos superiores a un límite prefijado, pero como su proporción dentro de la población total es muy pequeña, no se puede afirmar que, en este caso, haya distorsionado los resultados. Otras críticas recibidas (Welch et al., 1987) hacen referencia a la gran dificultad que ponen sus autores para acceder a los datos por ellos recogidos, a contradicciones entre sus diversas publicaciones y dentro de alguna de ellas, a sesgos en la presentación de los resultados y ausencias de comparaciones entre los mismos, e incluso, a problemas técnicos en su diseño experimental.

No obstante, y a pesar de todo lo anterior, la importancia del experimento de la Rand no puede ponerse en duda. Como muestra, hemos de decir, que los resultados obtenidos siguen siendo aún punto de referencia de muchas investigaciones. Newhouse et al. (1981, pág. 1507) llegan a afirmar que estos resultados experimentales pueden ser generalizados a amplios planes de seguro sanitario, puesto que son consistentes con los valores medios nacionales observados. Van de Ven (1983, pág.54) también sostiene que es el experimento que obtiene los estimadores más precisos del efecto del precio en la demanda sanitaria, puesto que se diseñó teniendo entre sus objetivos este análisis.

Uno de los resultados que fue posible obtener con el experimento de la Rand hace referencia a los efectos de la participación del asegurado en los costes sanitarios. Lohr et al. (1986) compararon las probabilidades de uso sobre distintas categorías de



servicios (de alta, posible y baja efectividad) entre individuos con un plan libre de costes e individuos con un plan con participación en los costes. Aunque las probabilidades de uso de estos últimos son menores que para los del plan libre, no se obtienen diferencias significativas a nivel estadístico entre distintas categorías de servicios excepto en el caso de los niños procedentes de familias de bajo ingreso. Brook et al. (1983) compararon también los resultados de distintas medidas del nivel de salud derivados de individuos, entre 14 y 61 años, con estos diferentes planes de seguro. En este caso, aquellos con ingresos bajos y con altos riesgos sobre su salud, obtienen mayores beneficios cuando poseen un seguro sin participación en los costes.

Fuera del experimento de la Rand, aunque dentro del tema al que nos estamos refiriendo en estos párrafos, queremos destacar la aportación de otros autores con el fin de aumentar nuestra información. El estudio de Gertler et al. (1987), trata sobre las consecuencias de establecer unas cuotas a pagar por el paciente al utilizar un servicio sanitario que anteriormente era gratuito. Sus resultados verifican las críticas efectuadas a la participación en los costes, pues la aplicación de las cuotas genera un descenso en el consumo sanitario mayor entre los individuos de bajo ingreso que entre los de alto, produciendo unas pérdidas en el bienestar de estos individuos no compensables con sus beneficios. Efectos regresivos en el bienestar son también derivados por Gertler and van der Gaag (1989) en una situación similar a la anterior.

Por último, tenemos que señalar que recientemente los autores están analizando la aplicación de medidas alternativas para desincentivar la demanda sanitaria y que no supongan una sanción para el individuo. Entre ellas, podemos citar el establecimiento de rebajas o descuentos y la concesión de bonos como recompensas al no uso de los servicios sanitarios (Zweifel, 1991).

La metodología utilizada en el estudio de la Rand, pero con datos no experimentales procedentes de una encuesta, es empleada también por Mueller and Monheit (1988) para analizar los efectos del seguro en la demanda de servicios odontológicos. El



resultado, en este caso, es que el seguro aumenta el uso de los servicios dentales y su gasto. En 1991, son todavía utilizados los datos del experimento referentes a elasticidades precio y coeficientes absolutos de aversión al riesgo del consumidor por Feldman and Dowd (1991). Mediante simulación calculan nuevos estimadores de la pérdida de bienestar debida a un exceso de seguro. Los resultados mantienen lo obtenido anteriormente por otros autores (Feldstein, 1973; Manning et al., 1987), con la novedad de incluir en el análisis los efectos en el riesgo soportado por el consumidor al disminuir la cobertura y por suponer la hipótesis de que el precio de los servicios sanitarios no permanece constante en esta situación, sino que cambia (esperándose en principio una disminución).

Al lado del debate, sin concluir, sobre los efectos de la participación del consumidor en los costes sanitarios, hemos de añadir el generado en torno al cálculo de la pérdida de bienestar en el mercado sanitario. Según la metodología tradicional (expuesta en esta revisión un poco más arriba y mantenida hasta ahora por los autores), la principal causa de la pérdida de bienestar era otorgada al exceso de seguro. En este sentido, la participación del consumidor en los costes como incentivo de una menor utilización de los servicios sanitarios era una medida propuesta como reducción de esa pérdida.

Sin embargo, recientemente, Rice (1992), ha escrito que esta metodología está suponiendo un comportamiento del consumidor que no se produce en la práctica. Su explicación parte de los resultados de autores como Lohr et al. (1986), resultados en los que no hay evidencia de que la participación en los costes lleve al individuo a reducir sólo aquellos servicios sanitarios de poca efectividad como propone la metodología basada en el "exceso de seguro". El principal motivo de la pérdida de bienestar para Rice no es ese exceso de seguro, sino la provisión de servicios innecesarios, que en definitiva y como él mismo apunta, no suponen más que un despilfarro de los recursos de la sociedad.



2.5. Variables explicativas de la compra de un seguro sanitario.

Una vez que hemos visto la estrecha relación entre el seguro y la demanda de servicios sanitarios podemos pasar a comentar algunas de las variables consideradas por los autores como explicativas de las mismas. No olvidemos que en el contexto al que hacen referencia los estudios revisados, el aumento en la demanda de servicios sanitarios se traduce en un aumento en el riesgo de sufrir mayores gastos y, por tanto, en una mayor tendencia a demandar un seguro. Por este motivo, hablaremos en este epígrafe frecuentemente de variables explicativas de las dos demandas y consideraremos tanto trabajos aplicados al estudio de la demanda de seguro sanitario como aquellos dedicados al estudio de la demanda sanitaria. Sobre alguna de estas variables y sus peculiares efectos ya hemos hecho referencia anteriormente, pero en un intento de reunir toda la información volveremos a tenerlas en cuenta.

En primer lugar, hemos de volver a recordar las dificultades para unificar estos efectos. Por un lado, la variable tomada como dependiente no es siempre la misma. Puede especificarse como cantidad de unidades consumida (utilización o uso) o como gasto realizado. Dentro de estas categorías, puede tratarse de una demanda específica (seguro, servicios hospitalarios, consultas médicas, consultas a especialistas...) o de una demanda de servicios sanitarios en general; pudiendo ser la unidad de análisis el individuo, la familia o un subgrupo de estos (niños, adultos, mayores de 65 años, etc.) o bien considerar datos agregados. Un intento de elaborar una medida adecuada de la demanda sanitaria fue llevado a cabo por Stoddart and Barer (1981) al proponer que se valorara mediante "episodios de servicios sanitarios" (conjunto de servicios sanitarios recibidos continuamente por un paciente en respuesta a una particular demanda), pero esto no es lo que comúnmente aparece en la literatura. También, podemos citar el que realizan Van Vliet and Van Doorslaer (1988) sobre los problemas que pueden surgir al agregar los datos en funciones de demanda sanitaria y las diferencias que aparecen cuando el análisis se realiza a nivel microeconómico. Por otra



parte, aparecen problemas similares en algunas variables explicativas. Por ejemplo, no es lo mismo considerar como precio del seguro la cuantía de la prima pagada que el porcentaje de coaseguro efectuado.

Hechas estas consideraciones y con el fin de evitar que este estudio se convierta en una larga relación de números, intentaremos dar una indicación general de la respuesta de la demanda explicitando cuando sea necesario sus particularidades.

El NIVEL DE INGRESO es una variable conflictiva por presentar efectos contrapuestos sobre la demanda sanitaria y la demanda de seguro en particular. Respecto a la demanda sanitaria, podemos observar un efecto positivo debido a que un mayor nivel de ingreso es comprensible con una mayor demanda sanitaria si el bien salud es considerado como un bien necesario. Sin embargo, un nivel alto de ingreso también irá asociado a un mayor nivel de salud por lo que la demanda de servicios sanitarios para este grupo de la población será menor que para otros más pobres¹⁰. Por último, el nivel de renta suele presentar una correlación positiva con otras variables que muchas veces son también incluidas en la función de demanda. Es muy probable encontrar una mayor valoración del tiempo por parte de los individuos de altos ingresos, y que de esta forma, el coste de oportunidad del tiempo para dichos grupos conduzca a un efecto negativo en la demanda sanitaria. Un mayor nivel de educación también está correlacionado positivamente con un mayor nivel de ingreso y con una mayor facilidad para seguir adecuadamente un tratamiento y un mayor cuidado de su salud por lo que es de esperar que conlleve un menor gasto o utilización de servicios sanitarios.

Respecto a la demanda de seguro los efectos contrapuestos también aparecen. Al igual que antes, un mayor nivel de renta permite a los individuos consumir más, y gastarán más en servicios sanitarios, hecho que les incentiva a demandar la compra

10- En realidad, hay autores que han señalado que niveles altos de renta van también asociados con prácticas nada saludables y ciertas enfermedades como el stress (Cullis and West, 1984).



de un seguro sanitario. Por otra parte, ante un mayor nivel de ingreso el consumidor estará dispuesto a asumir mejor el riesgo (se está suponiendo que la variación de la aversión al riesgo es decreciente con el ingreso¹¹) y por tanto, tendrá menos incentivos a demandar un seguro sanitario.

Cullis and West (1984) resumen los resultados obtenidos en la literatura asignando valores a la elasticidad renta positivos y menores que uno y distinguiendo un efecto diferente cuando se trata de renta salarial a cuando es renta no salarial.

Van de Ven and van der Gaag (1982) obtienen de la estimación de un modelo estructural de la demanda sanitaria elasticidades ingreso para distintos servicios sanitarios dentro del rango anterior: para el número de consultas al médico de cabecera: 0.13; para el gasto en medicamentos prescritos por el médico de cabecera: 0.29; y para el gasto de medicamentos prescritos por un especialista: 0.09.

Viscusi and Evans (1990) señalan que dentro del contexto del seguro sanitario los valores de las elasticidades renta estimadas por distintos estudios son 0.5 o menores. Rosett and Huang (1973) obtuvieron en su estudio elasticidades renta para gastos hospitalarios más gastos en consultas médicas comprendidas entre 0.25 y 0.45 según el porcentaje de coaseguro considerado¹². También Feldstein (1973) estimó la elasticidad renta sobre la proporción de personas aseguradas y la cantidad de seguro demandado. Aunque sus valores no son significativos estadísticamente, estimaciones positivas y significativas de otras variables correlacionadas positivamente con el ingreso llevan a la conclusión de un efecto final positivo sobre el seguro. Manning et al. (1987) obtuvieron unos efectos contrapuestos al distinguir entre servicios sanitarios: positivo cuando se trata de servicios de consulta y negativo para servicios hospitalarios. La consideración de que mayor renta vaya unida a una mayor disposición a asumir riesgo puede verificarse por el efecto positivo del ingreso en la probabilidad de comprar un seguro con deducible frente a un seguro con cobertura completa (y

11- Está hipótesis fue establecida por Arrow y puede ser contrastada empíricamente observando el comportamiento individual, Arrow (1971).

12- Las elasticidades renta aumentan al aumentar el porcentaje de coaseguro.



mayor prima) encontrado por Van de Ven and van Praag (1981a). En un contexto donde prácticamente toda la población esté cubierta por un sistema público (caso español), hay evidencia empírica de que la probabilidad de adquirir un seguro sanitario privado aparece también relacionada positivamente con el nivel de renta del individuo, (Cea, 1988; Propper, 1989; González y Murillo, 1992). Por último, Murillo y González, (1992) obtienen también para el caso español una elasticidad ingreso de la demanda agregada de seguro sanitario igual a 0.90.

El NIVEL DE SALUD es una de las variables fundamentales para explicar la demanda sanitaria. La misma teoría introduce el nivel de salud en la función de utilidad que el individuo maximiza junto con el resto de bienes. La salud no será demandada directamente, sino que mediante el consumo de los servicios sanitarios necesarios se conseguirá mantener su nivel al deseado por el individuo. Es evidente esperar por tanto, una relación negativa entre el nivel de salud y la demanda de servicios sanitarios.

El mayor problema que presenta esta variable es la dificultad de su medición. Para ello, se han tomado diversas medidas que en algunos casos se han incluido conjuntamente en la función de demanda: nivel de salud que el propio individuo considera que tiene, días de inactividad, días que ha tenido que guardar cama, número de visitas a algún servicio médico, días de baja, etc... En otras ocasiones, se ha carecido de alguna de estas medidas y se han incluido otras en su sustitución (variables proxy) que normalmente han sido la edad y el sexo.

Van de Ven and van Praag (1981b, pág. 132) obtuvieron al explicar los gastos en servicios sanitarios que la variable explicativa más influyente era el "máximo número de días de enfermedad en el último semestre" (representativa de la morbilidad familiar y de la composición de edad y sexo de la familia). Un incremento del 10 por ciento en dicha variable generaba un aumento del 4.6% en los gastos sanitarios esperados siendo su elasticidad igual a 0.38.



La EDAD es otra variable influyente en la demanda sanitaria, muchas veces por ser representativa del estado de salud como ya hemos comentado. Van de Ven and Van Praag (1981b) señalan unos efectos que nos parecen necesarios incluir aquí. Según estos autores se pueden distinguir dos interpretaciones de la edad: una como nivel de salud y otra como nivel de ingresos. A mayor edad es de esperar un menor nivel de salud y, en consecuencia, un aumento en la demanda sanitaria, pero al mismo tiempo es previsible un mayor nivel de ingresos que puede asociarse con mejores niveles de vida y de salud y con mayores posibilidades de soportar ciertos riesgos (como los de la enfermedad). De esta forma concluyen, que es posible encontrar un efecto de la edad negativo al principio (en edades correspondientes a personas jóvenes sin problemas de salud, aunque con ingresos aún no muy altos) y positivo al final (donde la salud habrá emperorado y la capacidad económica también).

Distinguiendo por distintos servicios sanitarios, Manning et al (1987) encontraron que un aumento en el porcentaje de coaseguro no tenía efectos diferenciados por la edad en la demanda hospitalaria. Sin embargo, la demanda de consultas disminuía para intervalos de edad superiores.

Respecto a la EDUCACION parece predominar un efecto negativo frente a la demanda sanitaria, pero se encuentran también otros de signo contrario. De nuevo merecen mención los comentarios establecidos por Van de Ven and Van Praag, (1981), expuestos igualmente por Van de Ven and Van der Gaag (1982). Estos autores señalan dos tipos de efectos, pero de igual signo. El primero es un efecto directo puesto que consideran que un mayor nivel de educación permitirá al individuo estar más informado y, por tanto, reducir la incertidumbre que presenta su nivel de salud. Esto conduce a una relación negativa con la demanda sanitaria. El segundo es un efecto indirecto debido a que el nivel de educación se supone positivamente correlacionado con el nivel de ingreso y con un mayor nivel de salud, presentando de nuevo una relación negativa con la demanda sanitaria.



Rice and McCall (1985), estudian las características de los individuos mayores de 65 años que, beneficiarios en USA del sistema sanitario nacional Medicare (que recordemos no proporciona una cobertura total), compran adicionalmente un seguro suplementario. Entre las variables que favorecen la probabilidad de compra (mayor ingreso, ser mujer y ser de raza blanca) se encuentra el mayor nivel de estudios alcanzado por la persona.

En el estudio de Cea (1988) una vez pasado el nivel de estudios primarios, se verifica también que niveles superiores de instrucción aumentan la probabilidad de adquirir un seguro sanitario privado.

La ZONA DE RESIDENCIA es una variable incluida en muchos estudios, aunque su valoración aparece en muchos casos como representativa de otros efectos. Entre ellos puede destacarse la magnitud de la oferta sanitaria del lugar o la actividad profesional predominante en el mismo. Variables que a su vez pueden tener relación con la valoración del tiempo.

Según el trabajo de Feldstein (1973), el mayor número de camas hospitalarias hace aumentar la demanda hospitalaria al igual que el mayor número de médicos generales hace aumentar la demanda de consultas por lo que lugares en los que se den estas circunstancias tendrían el significado mencionado.

Finalmente, y aunque podríamos seguir enumerando otras variables tomadas en cuenta por distintos autores, vamos a pasar a tratar el efecto del PRECIO. Los problemas para cuantificar su influencia ya han sido expuestos en este trabajo en distintas ocasiones, pero lo que no hemos establecido explícitamente es que al hablar del precio debemos distinguir entre el precio monetario o cantidad de dinero que paga el consumidor y el precio del tiempo o tiempo que utiliza cuando demanda un servicio sanitario (ya sea tiempo por traslado como tiempo de espera).

Respecto al PRECIO MONETARIO son muchos y muy variados los estudios que se han realizado para analizar sus efectos en la demanda sanitaria.



Van de Ven (1983, pág. 55) revisó un conjunto importante de estos estudios concluyendo que todos concordaban en que un incremento del precio generaba una disminución en la demanda, siendo el efecto mayor cuanto menor era la proporción que representaba el precio del tiempo en el precio total, menor era el nivel de ingresos, menos urgente era el servicio requerido y mayor poder tenía el paciente en la decisión de demandar servicios sanitarios. Sus resultados pueden resumirse de forma que:

- La disminución de la demanda es clara ante el aumento en el precio en ciertos tipos de servicios como los servicios de consulta, odontológicos y prescripción de medicamentos.
- Los efectos de una disminución en el precio de los servicios de consulta y especialistas sobre la demanda de los servicios hospitalarios es incierta y no se puede concluir nada seguro.

En términos de elasticidades, parece que no hay duda en afirmar que las funciones de demanda sanitaria son inelásticas al precio del servicio considerado. Con el fin de mostrar algunas evidencias empíricas, a continuación exponemos algunos resultados sobre elasticidades obtenidos por distintas investigaciones.

Feldstein (1973) obtuvo una elasticidad sobre la compra de un seguro en el sector hospitalario debido a cambio en el precio de dichos servicios comprendida entre -0.4 y -0.8. Rosett and Huang (1973) calcularon la elasticidad precio de la demanda de gastos hospitalarios más consultas médicas. Los valores que obtuvieron se sitúan entre -0.35 y -0.04 según el porcentaje de coaseguro existente (menor elasticidad a inferior porcentaje). Phelps and Newhouse (1974) estimaron la elasticidad precio sobre un agregado de los distintos servicios sanitarios con una variación en torno a -0.12 a -0.04, disminuyendo igualmente al caer el porcentaje de coaseguro. Newhouse et



al. (1980a)¹³ estimaron la elasticidad precio de la demanda agregada (calculada como media ponderada de las elasticidades de distintos servicios) igual a -0.1, para un porcentaje de coaseguro entre 0 y 25%. Manning et al. (1987) trabajan con los valores de elasticidad precio obtenidos con el experimento de la Rand Corporation que oscilan entre -0.1 a -0.2 menores para porcentajes de coaseguro inferiores. Por último, la elasticidad precio de la demanda agregada de seguro sanitario para el caso español estimada por Murillo y González (1992) es -0.44.

El valor del PRECIO DEL TIEMPO ha sido puesto de manifiesto por muchos autores al tratar la demanda sanitaria. Fuera de este campo, el estudio de la importancia del tiempo como determinante de la demanda en general, puede encontrarse en Becker (1965).

Acton (1975) afirma que el precio del tiempo actúa restringiendo la demanda sanitaria, y que su magnitud es mayor cuanto mayor proporción representa en el precio total del servicio sanitario. Este autor distingue dos efectos del nivel de ingreso, uno por cambios en el ingreso salarial y otro por cambios en el ingreso no salarial. Además, afirma que aumentos en el nivel del salario por hora trabajada influyen positivamente en la demanda de servicios sanitarios si la proporción del precio del tiempo en el precio total de estos servicios es menor que esa proporción en el precio total del resto de bienes que consume el individuo. Entre sus resultados, Acton obtiene una elasticidad del tiempo de efectuar una visita al ambulatorio (medido en distancia a este centro) igual a -0.14.

Phelps and Newhouse (1974) estudian las relaciones entre la elasticidad precio-monetario y la elasticidad precio-tiempo respecto a la elasticidad del precio total y las proporciones que dichos precios tienen con el precio total. Sus conclusiones se pueden resumir en:

13- Según Newhouse et al.(1980a) algunos de los valores de elasticidades precio no han sido calculados correctamente. Principalmente, esto es debido a las limitaciones de los datos disponibles para estimar funciones de demanda, aunque también señalan problemas derivados de la manera de especificar los efectos del seguro en dicha demanda sanitaria y de las agregaciones que algunas veces se han realizado y que no reflejan la diversidad de los efectos individuales.



1.- Los servicios sanitarios con un relativamente alto componente precio-tiempo en comparación a su precio monetario, y con cobertura completa (o casi completa) presentarán una elasticidad precio-monetario baja y una elasticidad precio-tiempo alta. Un ejemplo de estos servicios serían las consultas.

2.- Los servicios con un relativamente bajo componente precio-tiempo y cobertura escasa mostrarán una elasticidad precio-monetario relativamente alta. Un ejemplo serían las visitas a domicilio.

3.- La respuesta de los individuos ante cambios en el precio monetario y en el precio-tiempo dependerá de su valoración del coste de oportunidad del tiempo. Los que tengan un bajo coste de oportunidad del tiempo serán más sensibles a los cambios en el precio monetario que aquellos con alto coste de oportunidad.

La importancia del precio-tiempo cobra más importancia en aquellas situaciones donde existe cobertura completa, bien por la existencia de un sistema público universal o por un seguro privado, puesto que en estos casos el precio monetario se ve reducido frente al precio del tiempo. Por otro lado, según Cauley (1987), el estudio del precio-tiempo es también fundamental al considerar los servicios no hospitalarios, pues en ellos dicho precio representa la mayor proporción del precio total.

La importancia del coste del tiempo en la probabilidad de hacer una visita al médico y en el número de visitas es manifestada por Cafferata and Kasper (1985). Estos autores analizan la demanda de servicios de ambulatorio para los niños cuando la madre trabaja y cuando no trabaja, siendo menor en el primer caso que en el segundo.



En el estudio realizado por Van de Ven and van Praag (1981b) se estiman una elasticidad tiempo (medida como la distancia al hospital más cercano) de la probabilidad de realizar algún gasto sanitario igual a -0.019 y una elasticidad tiempo de los gastos esperados cuando estos son positivos de -0.002.

Van de Ven and van der Gaag (1982) calculan también una elasticidad del precio del tiempo para el número de visitas al médico de cabecera negativa e igual a -0.06, así como una menor disposición a realizar estas visitas entre aquellos que trabajan a tiempo completo y los que trabajan a tiempo parcial.

La valoración del tiempo es manifestada en el estudio de Boaz and Muller (1989) al analizar la probabilidad de demandar un servicio de ambulatorio por parte de individuos retirados. Dicha demanda no sufre variaciones cuando se consideran los individuos que trabajaban por cuenta ajena, mientras que aumenta con la jubilación en el caso de los trabajadores por cuenta propia. La explicación de esta diferencia radica en que la valoración del tiempo para estos últimos individuos cuando trabajaban era superior que para aquellos asalariados disminuyendo al retirarse.

En la exposición de las estimaciones derivadas de su modelo, Propper (1989) reconoce también la importancia del coste del tiempo para explicar algunos de sus resultados.

Finalmente, Calonge (1988) en su estudio de la demanda sanitaria para el caso de Cataluña, explica la mayor tendencia a una asistencia doble (sistema público y seguro privado) entre aquellos que trabajan por cuenta propia por el mayor coste de oportunidad del tiempo que estos tienen.

Es evidente que aunque en el texto se han hecho algunas referencias al caso español, prácticamente la totalidad de las situaciones aquí comentadas se alejan de la realidad de nuestro país. Sus resultados, en consecuencia, pueden no ser los derivados en esas situaciones.



Los estudios sobre el comportamiento del consumidor ante un seguro sanitario y sobre los efectos que generan la aplicación de distintas medidas (o su mera existencia) son todavía escasos en España. Es indudable que un mayor conocimiento del mercado asegurador sanitario es indispensable para realizar cualquiera de esos estudios y para deducir unas primeras conclusiones relativas a dicho comportamiento. Esa es la labor que realizaremos en los siguientes capítulos.



3. EL SEGURO SANITARIO PRIVADO EN ESPAÑA.

El incremento del sector de seguro sanitario en España queda claro simplemente observando la tendencia creciente de su volumen de primas (con una variación anual de casi el 11% entre 1990 y 1989) y su mayor participación en el mercado sanitario.

La crisis que está sufriendo el modelo en el que se fundamenta el sistema sanitario español abre una puerta a la entrada del sector privado en el campo sanitario. La situación crítica de los sistemas sanitarios públicos es general en la mayoría de los países desarrollados. Reformas de estos sistemas se han puesto en práctica en todos estos países. El mismo Servicio de Salud británico, tomado como modelo para el caso español en la reforma del mismo iniciada en 1982, está sometido a una profunda revisión desde 1990 como consecuencia de sus cuantiosos costes.

Ante estas circunstancias, el auge del sector privado en el ramo de salud está apoyado tanto por el lado de la demanda como por el de la oferta. Por una parte, hay una mayor demanda proveniente de los consumidores que ante su insatisfacción y su desconfianza hacia el sistema sanitario público buscan otras alternativas. Por otro, existe un descontento general entre los profesionales del propio sistema público: proveedores directos y administradores (Elola, 1991). Se está produciendo un trasvase al sector privado de los proveedores de servicios sanitarios ante la falta de incentivos que se les ofrece en el sistema público donde el régimen laboral es excesivamente rígido. Por otra parte, el acceso mediante oposición ha dificultado una valoración de los rendimientos, la promoción de los mejores y la penalización de los no competentes.

Hay que destacar también que el sector privado es consciente del cambio experimentado por la población española e intenta ajustar su actividad a las nuevas características. El mayor nivel económico y cultural lleva a los individuos a solicitar unos mejores servicios que, respecto a su asistencia sanitaria, hacen referencia a la demanda de un



trato más personalizado y una mayor agilidad y libertad en el acceso y en el tratamiento. Una mirada atenta a las ofertas del sector sanitario privado verifica la inclusión de estos elementos sin lugar a dudas.

La incorporación de España a la Comunidad Europea es otro factor que está jugando un gran papel en este sector. Aunque se ha aprobado una directiva por la cual las compañías aseguradoras españolas tendrán una prórroga de tres años para adaptarse al mercado único a partir de su entrada en vigor en enero de 1994, se está produciendo desde hace unos años un proceso de ajuste y reestructuración en todo el sector asegurador, que afecta también al ramo de salud.

Ante estos elementos, el todavía bajo nivel de aseguramiento en nuestro país, no es visto por las propias entidades como un punto originario de problemas, sino como un signo del gran potencial de crecimiento que aún puede experimentar todo el sector.

El estudio del sector sanitario privado ha de tener siempre presente las características del sistema sanitario existente en España. Prácticamente casi toda la población está cubierta por un sistema sanitario público, alcanzando niveles, en 1987, del 97% de la población total según datos aportados por Elola et al. (1987). Sin embargo, al lado de esta cobertura un segmento de la población adquiere un seguro sanitario privado. En la mayoría de las situaciones esto representa una doble cobertura y un doble coste.

Como referencia, podemos señalar, por ejemplo, que en 1987, el 11% de la población total española a finales de 1987 tenía un seguro privado de asistencia sanitaria. En este porcentaje hay que incluir tanto las llamadas pólizas libres (grupo en el que el 80% estaba también cubierto por la Seguridad Social) como las pólizas del grupo de funcionarios (donde realmente se puede considerar libre elección). Entre estos últimos, un dato que nos da también idea de la importancia de la oferta privada es el hecho de



que el 86,6% de los funcionarios de la Administración Civil del Estado eligió en 1987 la opción privada¹⁴.

A continuación y antes de profundizar más detenidamente en el ramo asegurador de la salud, queremos hacer un análisis de su situación a niveles más generales para conocer el ámbito en el que se desarrolla el mismo.

3.1. El sector del seguro en el contexto internacional.

España no es un país con una gran tradición aseguradora. Sólo el 15% de la población adulta española posee algún tipo de seguro de vida y el 50% no tiene ningún tipo de seguro (Portela, 1990). Si bien es cierto el crecimiento continuado del seguro producido en estos años, como veremos más adelante, el volumen total de primas del sector sólo representa en 1989 el 4.41 del PNB (1.5 puntos por encima de su valor en 1988¹⁵).

Comparado con otros países de la OCDE, España se coloca únicamente por encima de seis países: Islandia, Portugal, Luxemburgo, Italia, Grecia y Turquía; lo que supone el octavo lugar entre los países de la Comunidad Europea (Cuadro 1).

14- Dirección General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Memoria Anual 1987.

15- Valor ofrecido por Murillo, C. en "Los seguros de asistencia sanitaria". (1991). Mimeografiado.



Cuadro 1

Distribución del mercado de seguro a nivel mundial.

Países /PNB	Número de Entidades		Primas Brutas		Primas	Primas
	/Hab. %U.E.	%OCDE	%U.E.	%OCDE		
Alemania	16.20	6.96	30.50	6.57	6.18	0.93
Bélgica	5.47	2.35	3.11	0.67	5.01	0.59
Dinamarca	4.48	2.08	2.24	0.48	5.43	0.83
España	10.52	4.52	6.82	1.47	4.41	0.33
Francia	12.45	5.35	26.05	5.61	6.64	0.88
Grecia	3.10	1.33	0.32	0.07	1.50	0.06
Holanda	16.63	7.15	7.04	1.52	7.70	0.90
Italia	5.08	2.19	10.38	2.24	2.95	0.34
Irlanda	1.48	0.63	1.45	0.31	11.94	0.78
Luxemburgo	3.18	1.37	0.11*	0.02*	3.10*	0.55*
Portugal	1.33	0.57	0.59	0.13	3.21	0.11
Reino Unido	19.73	8.48	11.38	2.45	6.90	0.38
U.E.	100.00	43.00	100.00	21.51		0.58
Australia		2.00		1.65	6.69	0.87
Austria*		0.61		0.58	0.33	0.67
Canadá		3.76		2.61	5.61	0.88
Estados Unidos		41.71		44.57	9.70	1.58
Finlandia		0.49		0.62	6.22	1.10
Islandia		0.24		0.02	4.03	0.61
Japón		0.88		24.52	9.78	1.76
Noruega		1.57		0.46	5.93	0.97
Nueva Zelanda		1.85		0.18	5.20	0.49
Suecia		2.35		1.18	7.20	1.22
Suiza		1.38		2.01	12.17	2.63
Turquía		0.41		0.05	0.70	0.01

* Proporciones calculadas a partir de los valores absolutos del año 1988.
Fuente: Dirección General de Seguros (D.G.S.). Memoria Anual 1990 y 1989 y elaboración propia.

El volumen de negocio, en términos de las primas brutas captadas por cada país (expresadas en derechos especiales de giro), con el que España participa en la OCDE alcanza el 1.47% del total, y el 6.82% dentro de la U.E. Frente a estas cifras, Estados Unidos y Japón, con un 44.57% y 24.52% respectivamente, ocupan las mayores proporciones, por encima de Alemania, que reservándose el primer lugar en la U.E., participa en el 6.57% del mercado internacional.



Si tenemos en cuenta el número de habitantes de cada país, en concreto, la representación del volumen de primas brutas por cada 1.000 habitantes, encontramos los mayores valores en Suiza con una cifra de 2.63, Japón con 1.76 y Estados Unidos con 1.58. España muestra un valor de 0.33, que dentro de la U.E. la coloca únicamente por encima de Portugal (0.11) y de Grecia (0.06).

Respecto al número de entidades, las 507 españolas contabilizadas por la Dirección General de Seguro (D.G.S.) representaban en 1989 el 4.52% del total de aseguradoras de la OCDE. El primer lugar vuelve a ocuparlo Estados Unidos (41.71%) seguido a gran distancia del Reino Unido (8.48%). Dentro de la U.E., que en conjunto representa un porcentaje del 43.0% a nivel mundial, España mantiene una proporción del 10.52%.

Finalmente, en lo que se refiere a nuestro entorno internacional, no podemos olvidarnos de la participación de otros países en nuestro mercado. No todas las entidades que operan en España están en manos de capital nacional. La participación extranjera, a la que ya aludimos en la introducción de este capítulo, controla en España el 18.3% de las entidades y el 22.9% del negocio. La libre prestación de servicios dentro de la U.E. que permite competir a las entidades (autorizadas a operar en algún país miembro) en precio, productos y servicios en cualquier parte de Europa sin necesidad de instalar establecimiento, ha facilitado a entidades europeas la venta de seguros en España sin efectuar ninguna instalación. Por otra parte, la situación endeble de algunas aseguradoras españolas ha propiciado su venta ante las ofertas de compra ventajosas por parte de algunas entidades extranjeras.

La entrada de capital extranjero no es, sin embargo, una característica de nuestro país. Su tendencia creciente se aprecia en la mayoría de los restantes países con niveles en algunos casos superiores. Podemos citar, por ejemplo, a Canadá, donde el 50% de su negocio asegurador está en manos extranjeras.



3.2. El sector del seguro a nivel nacional.

El sector de seguros español es un sector muy atomizado, el número de entidades en funcionamiento es elevado y con niveles de actividad, en promedio, bajos con relación a los de Europa. Aproximadamente, la mitad de las entidades conforman un volumen de negocio global que no alcanza el 3% del total. Esta circunstancia junto con el bajo nivel de recursos que la mayoría de entidades posee y el hecho de que el seguro no sea considerado por los españoles como un sistema de ahorro, ha generado que sólo 16 aseguradoras fueran admitidas a cotización bursátil en 1989¹⁶. De estas entidades, las dos primeras, MAPFRE y Unión y el Fénix, son en realidad las verdaderamente activas pues acaparan el 93% de la contratación: MAPFRE el 62% y Unión y el Fénix el 31% (Benito de Vega, 1990).

Durante los últimos años se ha venido produciendo un proceso de concentración, promovido en cierta medida por las normas comunitarias, que se ha plasmado en la unión de entidades medianas, la absorción de pequeñas entidades por otras de mayor amplitud, la compra de entidades por aseguradoras extranjeras y la desaparición de las que no llegaban a los límites fijados por la Dirección General de Seguros sobre garantías y solvencia. El avance de las magnitudes para el ejercicio de 1992 para el primer trimestre de dicho año, muestra que para todo el sector casi el 52% del volumen de primas en todo el ramo vida está en manos de cuatro entidades: Euroseguros, Vidacaixa, Musini y MAPFRE Vida. En el ramo no vida, las cuatro primeras entidades en volumen de primas: Mapfre Mutualidad, Mutua Madrileña Automovilística, Asisa y Winterthur acaparan casi el 28% de todo el mercado.

16- La participación de una entidad en el mercado bursátil sólo es eficaz a partir de un tamaño mínimo.



Cuadro 2

Composición del sector de seguros según naturaleza jurídica de las entidades

Años	Proporción sobre el total			Nº total entidades	Var. anual nº entid. s/total
	S.A	Mutuas	D.E		
1983	73.19	21.16	5.65	619	
1984	73.24	21.24	5.52	598	-3.4
1985	75.27	19.05	5.68	546	-8.7
1986	76.91	17.22	5.87	511	-6.4
1987	76.48	17.80	5.72	472	-7.6
1988	77.53	16.80	5.67	494	4.7
1989	78.30	15.38	6.31	507	2.6
1990	78.67	15.09	6.24	497	-2.0

Fuente: Información Trimestral. D.G.S. Y elaboración propia.

De las entidades de seguro que en 1990 operaban en el mercado español, la naturaleza jurídica que la mayoría posee es la sociedad anónima (78.67%). Frente a ella, las mutuas representan el 15.10% y las delegaciones extranjeras el 6.23% como refleja el Cuadro 2¹⁷. Este cuadro pone también de manifiesto la reducción del número de entidades antes señalado desde 1983, a pesar del pequeño incremento que se aprecia en 1988 y 1989 y que vuelve a cambiar de signo en 1990.

17- Utilizamos esta clasificación de entidades jurídicas siguiendo la pauta establecida por el Ministerio de Economía y Hacienda desde la Dirección General de Seguros y que en definitiva está en función de las dos formas principales de entidades aseguradoras: sociedades anónimas y mutuas (Busquets, (1988)). La clasificación anterior, sin embargo, no coincide con la ofrecida para el ramo del seguro de asistencia sanitaria por las memorias publicadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo como veremos más adelante. Es preciso aclarar que la ley de ordenación admite también como formas jurídicas las sociedades cooperativas y entidades de previsión social (E.P.S.). Respecto a las primeras, en la práctica, no hay ninguna entidad autorizada por el Ministerio de Economía y Hacienda para ejercer como cooperativa. En cuanto a las Entidades de Previsión Social, la Dirección General de Seguros ofrece por primera vez información (Balance y Cuenta de Pérdidas y Ganancias) desde el primer trimestre de 1992, pero sin desagregar por ramos de actividad y sin datos históricos. (Esta incorporación es debida a la publicación del Real Decreto de 1991, de modificación de los Reglamentos de Ordenación del Seguro Privado y de E.P.S. en materia de información periódica de las entidades aseguradoras y de la Orden de 19 de septiembre de 1991 por la que se aprueban los modelos de documentos en que las entidades aseguradoras han de remitir información estadístico-contable a la D.G.S).



Según el Ministerio de Economía y Hacienda¹⁸ el volumen total de primas recaudadas más recargos netos de todo el sector asciende en 1990 a 1.776.026 millones de pesetas, de las cuales un 30.86% procede del ramo vida y un 69.14% del ramo no vida. Comparado con el año 1989, nos encontramos con un descenso en el volumen total, tendencia ya observada en el año anterior aunque en cuantía superior. Parte de esta disminución refleja el proceso de desaparición de los seguros de vida irregulares a prima única dentro del ramo vida (Gráfico 1).

En concreto, según datos de la Dirección General de Seguros, el volumen de seguros de prima única fue incrementándose de manera continuada hasta 1988. En este año, se produce una caída espectacular que se traduce en una variación anual del -81.0%, es decir, el paso de un volumen de primas de 638.242.078 en 1988 a 120.821.546 en 1989. Este comportamiento decreciente se repite en menor magnitud en 1990, alcanzándose la cifra de 100.341.065, que representa una tasa de variación anual de -16.9%.

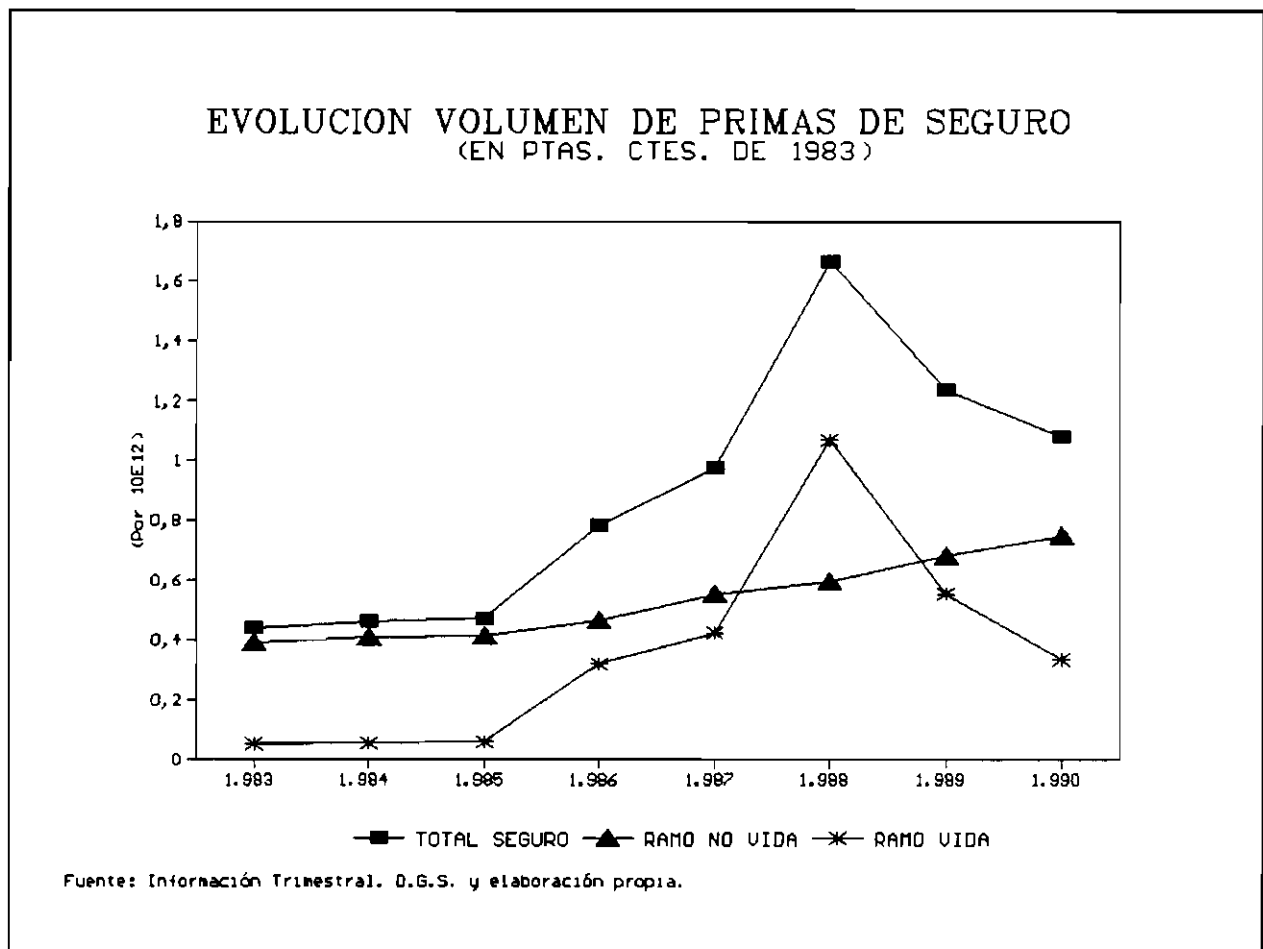
Sin embargo, y en contraposición, podemos comprobar que la evolución experimentada por el ramo no vida es la de un crecimiento continuado del mismo. Los datos del primer trimestre de 1992 ofrecidos por la D.G.S sobre primas y recargos emitidos, indican que el sector asegurador en su totalidad ha experimentado un incremento del 16.8% con respecto al mismo trimestre del año anterior, aumento que se descompone en un crecimiento del 15.3% en el ramo de vida y en un 17.4% en el de no vida.

Dentro del ramo no vida, el volumen de primas correspondientes a seguros de salud representa el 11.1%. Como veremos más adelante, el mercado del seguro sanitario es un mercado dedicado preferentemente a la prestación de servicios, es decir, a lo que se denomina seguros de asistencia sanitaria.

18- Dirección General de Seguros (D.G.S.). Ministerio de Economía y Hacienda. Memoria Anual 1990.



Gráfico 1



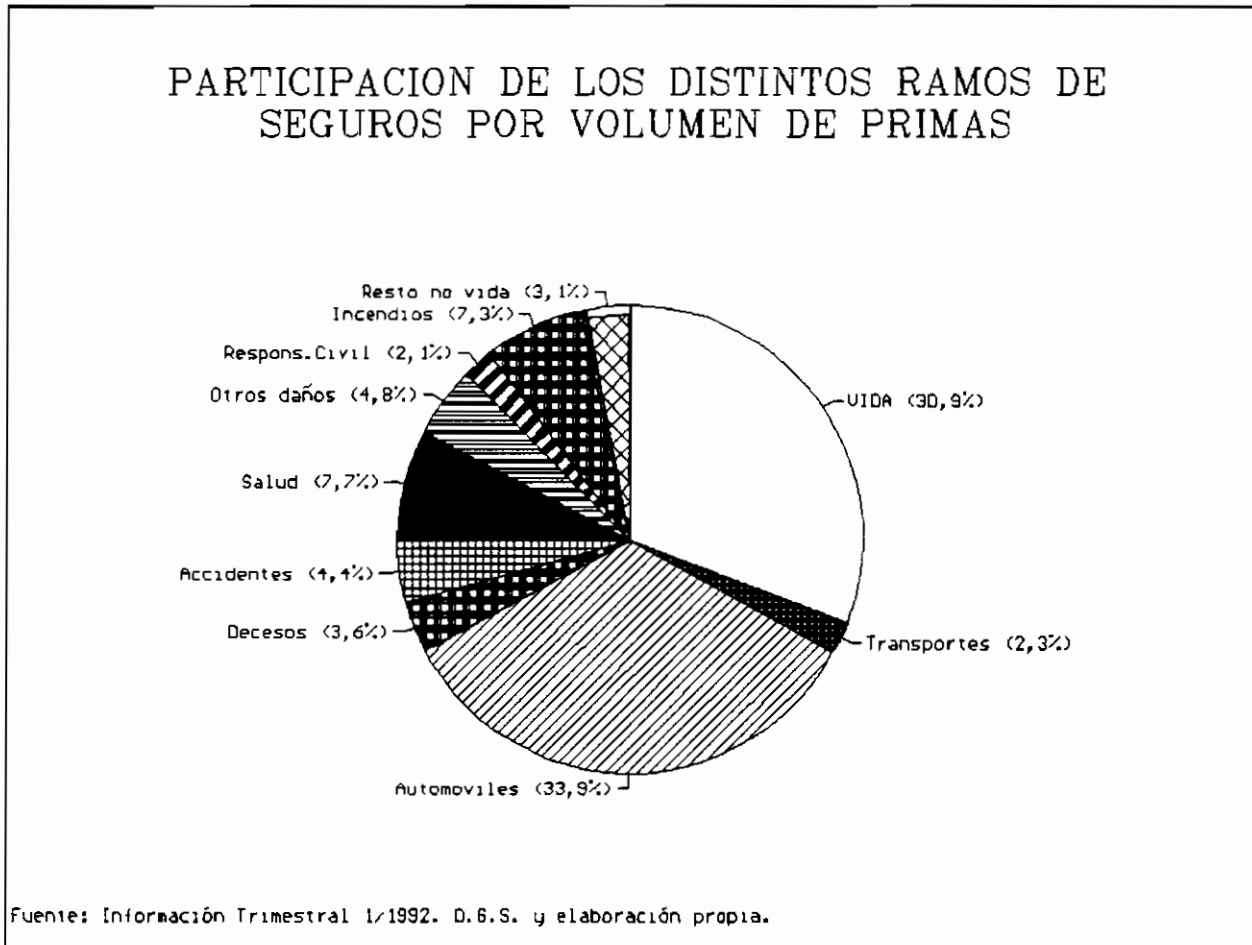
Esta circunstancia queda patente al comprobar que la participación de este tipo de seguro de salud en el ramo no vida alcanza el 10.5%.

En conjunto, el sector del seguro sanitario es el segundo en importancia en volumen de primas después del de automóviles dentro del ramo no vida, circunstancia que se desprende del gráfico 2 y del cuadro 3 para datos de 1990.

Por otra parte, su crecimiento anual (en pesetas constantes de 1983) viene siendo en los últimos años uno de los mayores en el ramo no vida (22.8% entre 1988 y 1990), superado por los sectores de automóviles (37.0%), responsabilidad civil (23.1%) y otros daños a los bienes (26.8%). El dinamismo y crecimiento de este sector está generando que muchas compañías de seguros generales se estén introduciendo en este ramo, lo que simultáneamente crea nuevas y adicionales ventajas al mismo,



Gráfico 2



puesto que son compañías con mayores medios empresariales y económicos que los que poseen las especializadas únicamente en el seguro sanitario.

El desarrollo que está experimentando todo el sector asegurador español no sólo se ve reflejado en la creciente evolución de su negocio como hemos descrito hasta ahora, sino también en los cambios cualitativos que se están produciendo.

Los productos que ofrecen las entidades son cada día más diversos. La cobertura de los productos y de los servicios se está ampliando y modernizando de manera que se adapten a los requisitos y necesidades del cliente e igualen a los comercializados por entidades extranjeras. La idea del "cliente integral" es común en todo el sector, por lo que en sus objetivos aparece la implantación de una cobertura completa adaptada a las necesidades del cliente.



Cuadro 3

Composición por volumen de primas del sector del seguro español (mill.pts.)

Ramos	Volumen primas	% No vida	% Total
No vida	1225105	100.0	69.1
Automoviles	600398	49.0	33.9
Salud	135857	11.1	7.7
Incendios	129175	10.5	7.3
Otros daños	85616	7.0	4.8
Accidentes	77804	6.3	4.5
Decesos	64055	5.2	3.6
Transportes	41042	3.3	2.3
Resp. civil	36425	3.0	2.1
Resto no vida	54733	4.5	3.1
Vida	546921		30.9
Total	1772026		100.0

Puente: Informe Trimestral 1992/1. D.G.S. y elaboración propia.

Los canales de distribución están incorporando continuamente nuevas innovaciones. Al lado del tradicional mecanismo, los agentes de seguro, aparecen otros como la venta directa por las propias entidades y la distribución mediante bancos y cajas, entre los más importantes, acompañados por la captación de clientes por correo complementada por llamadas telefónicas, grandes almacenes, agencias de viajes, concesionarios de automóviles, e incluso, el videotex, el fax y las terminales electrónicas. La alternativa de las oficinas bancarias es el mecanismo que está adquiriendo mayor protagonismo. Las entidades bancarias permiten contactar con un gran número de clientes a un coste menor que mediante los agentes. La única adaptación que han de hacer a su tarea habitual es incorporar dentro de la lista de los productos financieros que ofrecen los productos de seguro. Conocen al cliente y el cliente les conoce a ellos y presentan una imagen de solvencia y permanencia que da confianza al consumidor.



En la actualidad, como ejemplo de lo que aquí estamos señalando, podemos indicar que la compra de planes de pensiones y de jubilación a través de una entidad bancaria es el sistema mayoritariamente utilizado (Guerrero, 1992).

Finalmente, podemos decir también que el incremento de las acciones de publicidad de las entidades en un número cada vez mayor de medios (diarios, televisión, revistas...) está aumentando el conocimiento de los consumidores sobre la actividad de dichas entidades y la calidad de sus productos e incrementando su confianza en las mismas.



3.3. Legislación del seguro sanitario.

El seguro sanitario como un elemento más del sector de seguros privados está regulado por la Ley de Ordenación del Seguro Privado de 1984 y por el Reglamento de 1985 de dicha ley. Hasta dichas leyes, el cuerpo legislativo del sector asegurador había sido muy escaso, regulándose su actividad administrativa por un reglamento de principios de siglo y una ley de 1954 (González, 1991). Desde 1984, sin embargo, esta legislación ha venido sufriendo diversas modificaciones con el fin de ser adaptada a las normas comunitarias de manera que puede afirmarse que su desarrollo está de acorde con el seguido por los demás países comunitarios.

Mediante la Ley de 1984 se elimina la intervención sobre pólizas, tarifas y bases técnicas que efectuaba hasta entonces el Ministerio de Hacienda y el carácter vinculante del informe que debía emitir la Dirección General de Sanidad. Esta doble regulación impedía la realización de cualquier cambio sin la conformidad de ambos ministerios, lo que supuso un freno durante muchos años a la posible evolución de cualquier seguro, entre ellos, el seguro de salud.

La Ley de Ordenación define el seguro sanitario siempre como una actividad aseguradora, independientemente de la naturaleza jurídica de las entidades que desarrollen dicha actividad, la cual, dependerá únicamente de la Dirección General de Seguros (Ministerio de Economía y Hacienda). El informe dictado por la autoridad sanitaria, que no será vinculante, sólo se referirá a "la idoneidad de la prestación de los servicios en los casos de nueva creación o ampliación de los mismos" (Orden del Ministerio de Economía y Hacienda de 15 de enero de 1985. Art. 1º 3.).

La legislación vigente no sólo aumenta las posibilidades de diversificación y expansión del producto en nuestro país, sino que permite a las entidades operar en cualquier lugar de la comunidad europea, en igualdad de condiciones, así como la entrada de



empresas extranjeras en nuestro país para realizar su actividad, ya sea directamente o mediante la compra de participaciones de las existentes. Recientemente ha sido aprobada la Tercera Directiva sobre seguro directo no vida por la que se establece el principio de licencia o autorización administrativa única, tutelada por la autoridad de control de origen. Esto significa, la actuación de las entidades aseguradoras en todo el ámbito comunitario con el único requisito de tener la autorización para ejercer su actividad en el país donde tenga su sede.

Las innovaciones que genera la incorporación de la directivas europeas a nuestra legislación están afectando de manera directa al seguro sanitario y, en concreto, están suponiendo un futuro incierto para el ramo de asistencia sanitaria.

La clasificación por ramos del seguro no vida realizada por la Administración española (Orden de 7 de septiembre de 1987) mantenía los ramos establecidos por el Derecho Comunitario, pero añadía tres más que no aparecían allí, entre los que se encontraba el ramo de asistencia sanitaria. Sin embargo, en la actualidad se ha elaborado un anteproyecto de ley, dictaminado el 22 de julio de 1992, en el que se elimina el ramo de asistencia sanitaria integrándolo en el de enfermedad con la incorporación de una modificación en las modalidades del ramo de enfermedad. Estas modalidades pasan de ser de: prestaciones a tanto alzado, indemnizatorias y combinaciones de ambas, a: prestaciones a tanto alzado, de reparación y mixta de ambas. La aprobación de este anteproyecto supondría el cumplimiento de unos requisitos sobre los capitales mínimos que llevaría a muchas entidades aseguradoras de asistencia sanitaria a desaparecer (pequeñas y medianas empresas). Según algunos autores como Tirado (1992), esta situación generaría inconvenientes para el propio sector asegurador y para los consumidores. Para este autor, la no consideración del ramo de asistencia sanitaria en el Derecho Comunitario puede ser debida a que no es una actividad que se practique en el resto de países o a que no es un seguro en el sentido de que el asegurador se vea comprometido a un resarcimiento pecuniario. De todas formas, lo expuesto aquí no significa que no pueda seguir ejerciéndose en



España el seguro de asistencia sanitaria, tanto por entidades nacionales como por otras provenientes de otros países comunitarios y en las mismas condiciones que las primeras.

3.4. Principales características del ramo de salud.

El inicio del sector de seguros sanitario se encuentra en la antigua "igualada" del médico¹⁹. Después de la Guerra Civil española, se empezaron a formar grupos de médicos, que sin necesidad de intermediarios, prestaban directamente sus servicios a los pacientes a cambio de una cantidad periódica de dinero. Estos grupos, cuyo funcionamiento era el de una cooperativa, se fueron extendiendo por muchas provincias españolas dando lugar a los igualatorios. No es de extrañar, por tanto, que al analizar la tipología de entidades que operan en el sector, nos encontremos con que entre las primeras diez que lideran el ramo, casi la mitad sean igualatorios. Asisa, una de las entidades líderes del sector de asistencia sanitaria procede de un igualatorio de ámbito nacional creada a partir de la unión de igualatorios provinciales. En la actualidad, mantiene, además de su propia red, colaboración con diversos igualatorios de nivel provincial.

Las formas sociales que pueden practicar el seguro privado en España son: sociedades anónimas, sociedades mutuas, sociedades cooperativas, entidades de previsión social y delegaciones extranjeras, aunque las cooperativas tal como están contempladas en su norma reguladora no están presentes en el mercado del seguro de salud²⁰.

19- La existencia de las mutuas es anterior, pero su ámbito estaba restringido a un grupo profesional, no eran abiertas a toda la población como la igualada.

20- Hay que señalar que los igualatorios, aunque con régimen legal de sociedad anónima, tienen características en sus estatutos que les acercan a las cooperativas. Por otra parte dos importantes sociedades anónimas (Asisa y Asistencia Sanitaria Colegial) tienen capital que pertenece a dos cooperativas.



Atendiendo a la agregación que la Dirección General de Seguros realiza²¹, la fuente más reciente disponible, podemos comprobar en el Cuadro 4 como las sociedades anónimas son las que acaparan la mayor parte del negocio del seguro sanitario por volumen de primas. El sector de seguro dedicado al ramo sanitario, como el conjunto del sector asegurador español, está compuesto por una gran cantidad de entidades. El análisis del volumen de primas correspondientes a cada entidad refleja una gran concentración del volumen de negocio en un número reducido de aseguradoras, dejando el resto en manos de entidades que intervienen con pequeñas proporciones en el volumen total.

Cuadro 4

Composición del sector de seguro sanitario según naturaleza jurídica por volumen de primas (millones de pts.)

1987		1988		1989		1990		
Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	
S. Anón.	83.291	97.54	94.407	97.22	111.297	96.80	130.852	96.31
Mutuas	1.638	1.92	2.122	2.18	2.691	2.34	3.747	2.76
D.E.	461	0.54	579	0.60	989	0.86	1.259	0.93
Total	85.390	100.0	97.108	100.0	114.977	100.0	135.858	100.0

Fuente: Información Trimestral. D.G.S. y elaboración propia.

La observación de los datos disponibles sobre esta estructura (los provenientes del Ministerio de Sanidad y Consumo) para el año 1987, nos permite comprobar que algo más de la mitad de las entidades dedicadas al seguro de asistencia sanitaria tuvieron un volumen de negocio que no llegaba a los 100 millones de pesetas, mientras que en el otro extremo, un 2% de las entidades poseen el 53.7% de dicho negocio (Cuadro 5).

21- Es preciso volver a recordar que en el volumen de primas que se ofrece no está incluida la parte correspondiente a las Entidades de Previsión Social (ver nota 4). Como dato informativo podemos señalar que las prestaciones pagadas en servicios sanitarios por las E.P.S. durante el primer trimestre de 1992 ascienden a 408.404 miles de pts. según la información publicada por la D.G.S. para dicho trimestre.



Cuadro 5

Proporción del número de entidades y volumen de primas según intervalos de primas en el sector de seguro sanitario.

Intervalo Primas	Entidades		Primas	
	%	%Acum	%	%Acum
0-25	31.7	31.7	0.9	0.9
25-50	12.8	44.5	1.3	2.2
50-100	14.8	59.3	2.8	5.0
100-200	16.5	75.8	6.3	11.3
200-500	15.2	91.0	13.7	25.0
500-1000	4.1	95.1	7.7	32.7
1000-3000	2.9	98.0	13.6	46.3
+ de 3000	2.0	100.0	53.7	100.0

Primas en millones de pesetas.

Fuente: Memoria Anual 1987. Ministerio de Sanidad y Consumo.

3.5. El producto.

Lo que se conoce en general como seguro sanitario o seguro de salud responde realmente a dos clases diferentes de seguro:

- El seguro de asistencia sanitaria
- El seguro de enfermedad

El **seguro de asistencia sanitaria** es un seguro de servicios por el que el asegurado tiene derecho a la asistencia médica o quirúrgica que precise ante una enfermedad ó lesión dentro del cuadro médico y servicios que la entidad aseguradora tenga establecidos.



Dentro de este seguro de asistencia sanitaria podemos distinguir también dos modalidades diferenciadas según la forma de retribución del facultativo:

- Pago capitativo: donde la retribución se fija por el número de personas que tiene atribuidas.
- Acto médico: la retribución tiene lugar por servicio médico prestado.

El seguro de enfermedad es un seguro de dinero en el que podemos distinguir a su vez dos modalidades:

- Un seguro de reembolso de gastos, total o parcial, debido a la asistencia médico o quirúrgica recibida por el asegurado.
- Un seguro de subsidio por el que el asegurado recibe una cuantía periódica o fija, determinada con antelación en su contrato, por causa de una enfermedad u hospitalización.

En realidad, podríamos incluir en esta clasificación otra categoría más resultante de la combinación entre las anteriores y que de hecho ofrecen algunas entidades. Por ejemplo, existen pólizas donde el asegurado tiene derecho a ser reembolsado por sus gastos en servicios médicos, pero donde la asistencia hospitalaria es prestada en servicios por la compañía en centros propios o concertados. En otros casos el asegurado tiene garantizada la prestación de servicios médicos y hospitalarios dentro del cuadro presentado por la entidad o la posibilidad del reembolso de parte de esos gastos si acude a servicios ajenos a los propuestos por la entidad.

La concentración del negocio en unas pocas entidades ya apuntada para el conjunto del seguro de salud, se produce igualmente tanto en el seguro de asistencia sanitaria como en el seguro de enfermedad. La relación de las diez primeras entidades de cada tipo de seguro de salud atendiendo al volumen de negocio evidencia lo mencionado



al observar la cuota de mercado que posee cada una de ellas. Esta clasificación referida al primer trimestre de 1992 es la que aparece en el cuadro 6.

Cuadro 6

Principales entidades por cuota de mercado en seguros de salud

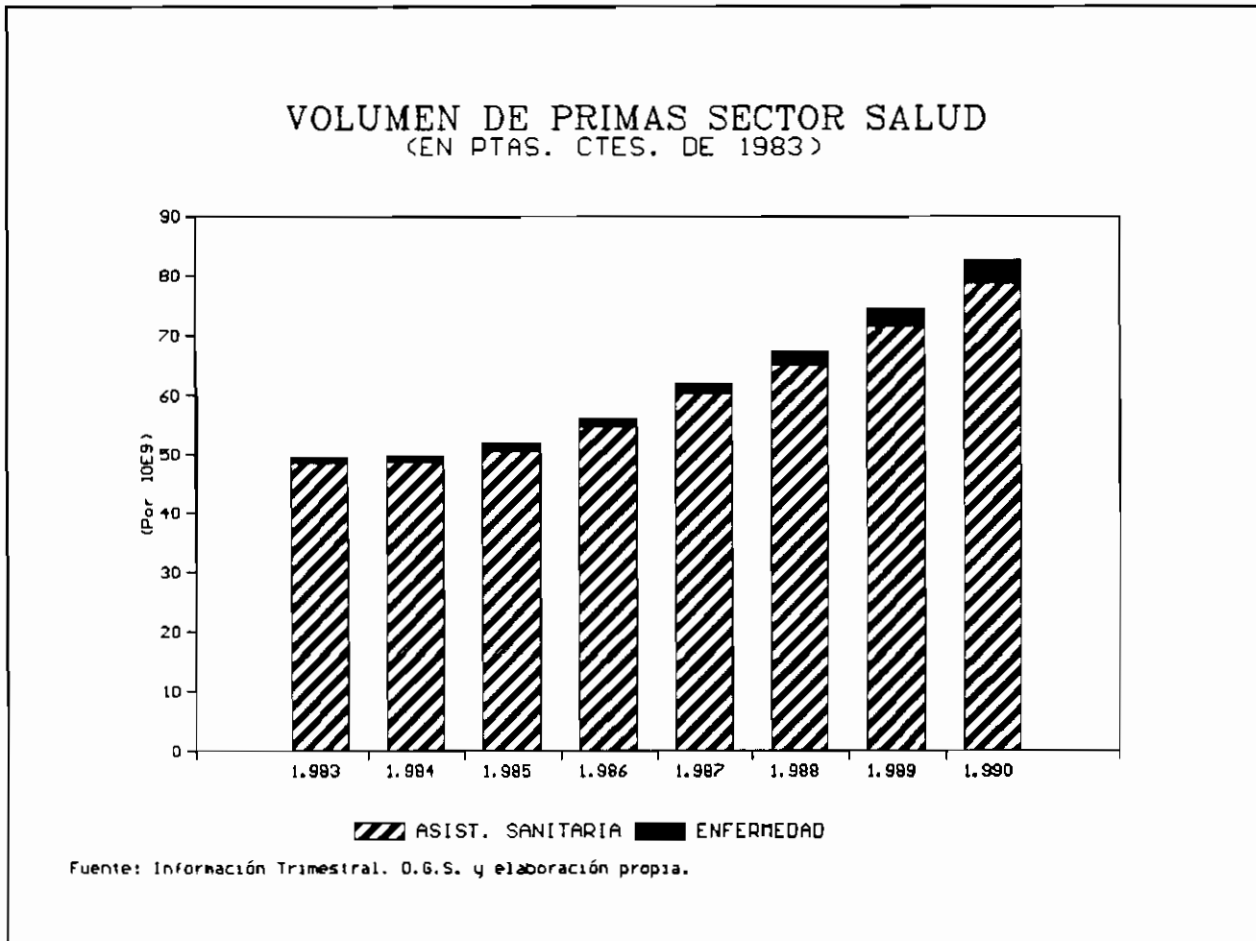
ASISTENCIA SANITARIA		ENFERMEDAD	
Entidades	Cuota %	Entidades	Cuota %
1. Asisa	26.6	1. Centro Asegurad.	15.5
2. Sanitas	17.1	2. La Estrella	13.5
3. Adeslas	13.3	3. Previaisa	13.4
4. As. San. Coleg.	6.4	4. Prev.Mallorquina	11.6
5. Previaisa	5.8	5. Mapfre Vida	9.1
6. Igual. Méd. Quir.	5.2	6. Unión y el Fénix	7.1
7. Aresa	3.0	7. Amaya	6.2
8. Aegon	2.7	8. Orbits	3.4
9. Fiatc	2.2	9. Nordica Vida	2.5
10. Clin.Univ. Nav.	2.1	10. Assic. Generali	2.4
TOTAL	84.4	TOTAL	84.7

Fuente: Información Trimestreal 1992/1. D.G.S.
y elaboración propia.

El seguro de enfermedad es el seguro que se practica en Europa, a diferencia de lo que ocurre en España donde su participación es pequeña. El volumen de primas más recargos de este seguro en nuestro país en 1990 representaba únicamente algo menos del 5% del volumen del seguro de asistencia sanitaria. Sin embargo, es importante destacar, como prueba el gráfico 3, que su presencia en el mercado está aumentando (su valor para 1988 sólo alcanzaba el 3% del seguro de asistencia sanitaria); muchas entidades lo están incorporando dentro de su cuadro de ofertas como un medio de competir con otras empresas, ya sean nacionales o extranjeras. No olvidemos que el mercado español tiene también que competir en los países comunitarios con las entidades extranjeras allí establecidas y que su principal oferta es de seguro de enfermedad.



Gráfico 3



El crecimiento anual producido en el seguro de enfermedad ha sido superior en estos últimos años al de asistencia sanitaria. En concreto, el aumento experimentado, en pesetas constantes de 1983²², por el volumen de primas en seguro de enfermedad en 1991 con respecto a 1990 ha sido del 22.19% mientras que para el seguro de asistencia sanitaria esta cifra es el 10.22% (Cuadro 7).

22- La transformación de los datos en pesetas constantes de 1983 la hemos efectuado deflactando los valores en pesetas corrientes por el Índice de Precios al Consumo que publica el Instituto Nacional de Estadística en sus boletines anuales.



Cuadro 7

Variación de los seguros de salud en volumen de primas
(pts. constantes de 1983)

Años	ASISTENCIA SANITARIA		ENFERMEDAD	
	Primas	% Var.	Primas	% Var.
1983	48300000		1236000	
1984	48760652	0.95	1233908	-0.17
1985	50477500	3.52	1630833	32.17
1986	54503888	7.98	1596092	-2.13
1987	60336473	10.70	1810711	13.45
1988	64937040	7.62	2499207	38.02
1989	71452012	10.03	3305140	32.25
1990	78751005	10.22	4038451	22.19
<hr/>				
Incremento medio acumulado 90-83		0.07		0.19

Fuente: Información Trimestral. D.G.S. y elaboración propia. (Cifras en miles de pts.)

Respecto a las modalidades del seguro de asistencia sanitaria, la forma de pago capitolivo, de origen más antiguo, hoy ha perdido importancia, sobre todo por la pérdida de asegurados. Según datos de la Dirección General de Planificación Sanitaria (Ministerio de Sanidad y Consumo) en 1987 representaba el 24% del total de asegurados, a los que se les suele otorgar una lista de facultativos a la que deben limitarse.

En contraposición, la modalidad de acto médico permite al asegurado elegir entre una serie de médicos cuyo alcance varía por entidad. Es también importante señalar, que esta última clase resulta más cara que la anterior. Una prima más cara en la modalidad de acto médico es explicable teniendo en cuenta que se trata de pólizas donde la lista de médicos es abierta (o muy amplia y supuestamente con una mayor libertad de elección), mientras que en la modalidad de pago capitolivo son pólizas con cuadros fijos. Datos sobre estas variables ofrecidos por UNESPA muestran una prima media por persona asegurada superior en el caso de acto médico que en el de pago



capitativo. Las cifras publicadas para 1990²³ indican una prima media por persona y año por acto médico de 24021, mientras que por pago capitativo es de 20194. A pesar de estas distinciones, es necesario decir que en muchas ocasiones la diferencia entre una modalidad y otra se hace difícil de realizar.

El seguro de enfermedad se caracteriza por la libertad de elección, de médico y centro hospitalario, a nivel nacional y, generalmente, a nivel internacional. El seguro de reembolso suele incluir una franquicia (porcentaje del gasto total que paga el asegurado) o bien un límite máximo de gasto sobre el que la entidad aseguradora se hace cargo o ambas cosas a la vez. El asegurado paga directamente los gastos en los que incurre, siendo reembolsado por la entidad aseguradora con posterioridad. Estos elementos originan una póliza más cara que la correspondiente a la del seguro de asistencia sanitaria. El mero hecho de la libre elección de médico supone para la entidad aseguradora un riesgo difícil de computar a la vista de la gran variabilidad que las tarifas médicas presentan.

El seguro de asistencia sanitaria suele incorporar un cuadro médico cerrado y una lista de centros hospitalarios propios o concertados a los que el paciente puede acudir libremente. La utilización de algún servicio normalmente requiere la entrega de un ticket o talón por parte del asegurado cuyo coste actual varía entre las 50 y 250 pts. Algunas entidades están sustituyendo estos talones por tarjetas que facilitan la actuación del asegurado, pero en las que a veces se contabiliza también una cantidad a cobrar al cliente por servicio recibido, este es el caso, por ejemplo, de Sanitas. Por otra parte, el coste del servicio es pagado por la entidad al proveedor, es decir, se efectúa sin intervención del asegurado. Mantener una lista cerrada, más o menos amplia, de sus medios asistenciales permite a las entidades acordar unas tarifas con los médicos y clínicas que abaratan la prima que finalmente cobran.

23- Estadística de Seguros Privados. 1990. UNESPA.



Las diferencias entre las pólizas del seguro sanitario no sólo se reducen a la distinción vista hasta ahora. Podemos diferenciar tres categorías básicas atendiendo a las prestaciones que incluye cada una. Esta tipología ya existía anteriormente, pero hoy se sigue manteniendo a pesar de la liberalización que supuso la ley de ordenación. Su denominación es:

- Servicios completos
- Servicios limitados
- Servicios restringidos

La distinción entre ellos viene determinada por la inclusión o no de médico de cabecera y servicios a domicilio. Todos incluyen unos servicios mínimos y obligatorios a los que añaden otros denominados suplementarios bajo los que incorporan las nuevas tecnologías médicas surgidas en el mercado (innovaciones en técnicas de diagnóstico y tratamiento). De esta forma, la cobertura se aumenta a asistencia no cubierta por la póliza, como por ejemplo asistencia dental, medicina preventiva, etc.

Existen entidades, como Previa, que están sustituyendo esta clasificación por otra, básicamente similar, en la que podemos distinguir:

- Servicios primarios o ambulatorios.
- Servicios médicos y quirúrgicos.
- Servicios suplementarios.

En este caso, los servicios primarios hacen referencia a medicina general, pediatría, servicios de enfermeras y urgencias. Los servicios médicos y quirúrgicos comprenden todas las especialidades, incluyendo en algunos casos la posibilidad de contratar ciertas coberturas específicas como la odontológica. Finalmente, en los servicios suplementarios aparecen los servicios no incorporados en las pólizas anteriores como los servicios hospitalarios, medios de diagnóstico o/y terapéuticos...etc.



3.6. Personas aseguradas.

El volumen de pólizas en cartera alcanzó la cifra de 1.782.190 para el seguro de asistencia sanitaria y de 485.152 para el de enfermedad, las cuales conforman un total de 2.267.342 para el año 1990, último año para el que la D.G.S. ofrece información. Esta cifra viene a representar en la actualidad los aproximadamente seis millones de asegurados que tienen suscrito un seguro de salud (González, 1992).

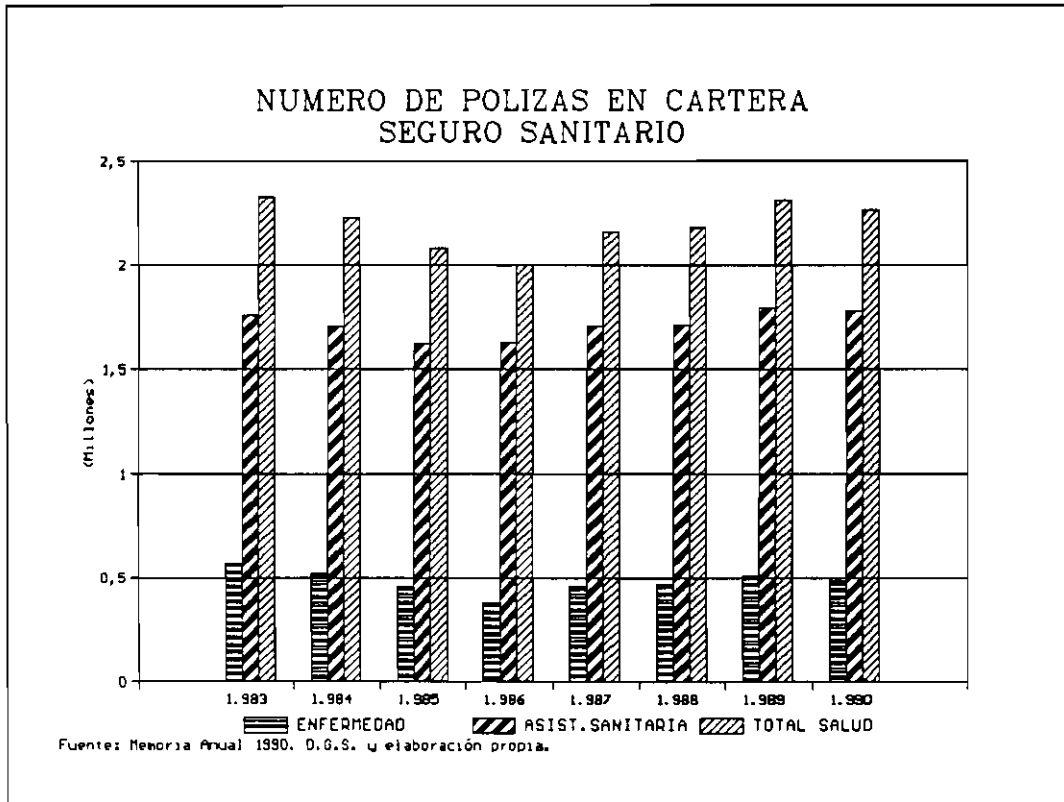
Los valores anteriores, que representan una gran proporción si tenemos en cuenta que la mayoría de las pólizas y asegurados están soportando un doble gasto para un sólo servicio, no han experimentado grandes crecimientos en los últimos años como puede verse en el Gráfico 4 para el número de pólizas. Respecto al número de asegurados, la D.G.S. no ofrece ninguna información, teniendo que buscar la misma en la que proporciona el Ministerio de Sanidad y Consumo o Unespa. El Ministerio de Sanidad y Consumo únicamente recoge los valores de las personas aseguradas en el seguro de asistencia sanitaria. Los datos ofrecidos en la memoria de 1987 muestra unos crecimientos anuales pequeños durante los años 1985, 1986 y 1987 (de 0.5 y 0.6 respectivamente). En 1988 y 1989 se produce un incremento superior de 6.8 y 5.3, que cambia de signo y desciende en 1990 y 1991 en un 1.5 y 0.5 (cuadro 8)²⁴.

Las mayores proporciones en número de pólizas observadas en el seguro de asistencia sanitaria frente al de enfermedad (más reciente en el tiempo) vienen a reflejar la importancia del precio de las pólizas en la decisión de compra. Este hecho es manifestado por las propias entidades (González, op.cit.) al señalar que la mayoría de los asegurados en asistencia sanitaria son personas de clase media, mientras que los asegurados en enfermedad pertenecen a niveles culturales y económicos superiores.

²⁴ Las cifras para los años 1988 hasta 1991 han sido proporcionadas directamente por la Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo a quién agradecemos su colaboración.



Gráfico 4



Cuadro 8

Evolución del número de personas con seguro de asistencia sanitaria.

Años	Personas	Crecimiento Anual
1985	5.272.515	
1986	5.300.592	0.5
1987	5.330.795	0.6
1988	5.695.245	6.8
1989	5.995.358	5.3
1990	5.906.674	-1.5
1991	5.875.436	-0.5

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

La proporción de personas cubiertas mediante el seguro de asistencia sanitaria varía según la forma en la que se produce el pago al proveedor de asistencia sanitaria y el tipo de la entidad aseguradora: la mayor representación de asegurados bajo pago capitativo se da en las entidades de previsión social cuya cifra alcanza el 80% del total, destacando en el lado opuesto los igualatorios donde el 100% de sus asegurados tiene una póliza bajo acto médico (Cuadro 9).



Cuadro 9

Distribución de las personas aseguradas según tipo de entidad y forma de pago al proveedor.

<i>Entidades</i>	<i>Pago Caputivo</i>	<i>Acto Médico</i>
<i>E.P.S.</i>	<i>80%</i>	<i>20%</i>
<i>Mutuas</i>	<i>44%</i>	<i>66%</i>
<i>Soc. Anónimas</i>	<i>30%</i>	<i>70%</i>
<i>Igualatorios</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Memoria Anual 1987.

El estancamiento señalado en la cuantía de asegurados nos adelanta que el aumento del volumen total de las primas está procediendo principalmente del crecimiento del precio de la prima media por persona.

3.7. El precio de las pólizas.

La Ley de 1984 no sólo permitió a las entidades la libre determinación de la cobertura de los servicios, sino que también eliminó las trabas administrativas existentes sobre los precios de sus pólizas. El mismo artículo 51.1 dice que "las tarifas de primas corresponderán al régimen de competencia en el mercado de seguros y respetarán los principios de equidad y eficiencia fundados en las reglas de la técnica aseguradora".

Esta liberalización ha generado un encarecimiento de los precios como consecuencia de la posibilidad de ampliación de las prestaciones suplementarias que acompañan a muchas pólizas.

La información sobre los cambios producidos en los precios de las pólizas de asistencia sanitaria (excluyendo variaciones por el número de asegurados) ofrecida por el Ministerio de Sanidad y Consumo refleja unas tasas de incremento anual del 17.7%



entre 1985 y 1986, del 12.9% entre 1986 y 1987 y del 3.8% entre 1987 y 1989. Estos incrementos, sin embargo, han sido mayores en los últimos años a raíz del conflicto habido entre médicos y entidades en la primavera de 1990, fecha en la que se produjeron fuertes subidas en los honorarios exigidos por los primeros. Según la misma fuente, el crecimiento producido entre 1989 y 1990 fue de 15.8% aumentando a 17.8% y 31.9% para los años 1990-91 y 1991-92.

Datos aportados por Medrano (1991), indican que, en términos globales, los aumentos en las tarifas alcanzaron valores del 20% para 1990. En este incremento del precio pagado, no sólo hay que tener en cuenta el aumento del precio pagado por un mismo servicio, sino también la ampliación de las técnicas utilizadas en ese mismo servicio o/y la utilización de nuevas tecnologías de alto coste y el aumento del precio de las pólizas de los funcionarios, pagadas con anterioridad por debajo de su coste. En particular, el incremento en el precio en 1991 alcanzó la cifra de un 11-12% en Adeslas y casi un 40% en Sanitas, según información aparecida en El País (1992). El fuerte incremento en el precio de las pólizas puede apreciarse también observando la información que publica Unespa sobre las variaciones anuales producidas en la prima media por asegurado para el seguro de asistencia sanitaria. Según estos datos, el aumento producido en la prima media en 1990 fue de un 14.58% y el de 1991 de un 32.15% (cifras similares a las mencionadas anteriormente).

En términos generales, los datos sobre el valor de la prima media anual del seguro de asistencia sanitaria que aparecen en la Memoria Anual de 1987 del Ministerio de Sanidad y Consumo reflejan cuantías diferentes según la naturaleza jurídica de la entidad aseguradora.

- Soc. Anónimas	16.236
- Mutuas	17.988
- E.P.S.	18.384
- Igualatorios	19.440



Aunque en la actualidad estos datos están desfasados por los grandes cambios en precios habidos desde 1987, muestran un hecho ya comentado con anterioridad y que hoy sigue produciéndose. Nos estamos refiriendo al mayor valor de la prima media en la modalidad de acto médico respecto a la de pago caputivo. Esta característica puede deducirse de la observación de la mayor cuantía de prima que encontramos en el caso de los igualatorios, entidad en la que predomina la modalidad de acto médico (el 100%, ver Cuadro 9), frente al resto de entidades.

3.8. Procedencia de las pólizas.

Las pólizas de seguro sanitario existentes en las distintas entidades pueden ser clasificadas según su procedencia en:

- Pólizas individuales
- Pólizas colectivas
- Pólizas de conciertos con mutualidades públicas.

La importancia de esta agrupación se debe principalmente a las características propias de cada grupo. Las pólizas colectivas son pólizas que una empresa contrata con una entidad aseguradora para posteriormente ofrecérselas a sus empleados. La participación final del asegurado en el precio de dichas pólizas depende de la parte del coste que la empresa del asegurado se comprometa a sufragar: en algunas ocasiones estas pólizas son consideradas como un incentivo o beneficio para el empleado y son pagadas totalmente por la empresa; en otras, el asegurado se ve obligado directa o indirectamente a pagar el precio total.



La mayoría de las pólizas individuales y gran parte de las colectivas, que en conjunto suelen denominarse pólizas libres, proceden de asegurados que tienen que pagar un doble coste por un único servicio como consecuencia de su cobertura sanitaria pública obligatoria y a la que no pueden renunciar. En contraposición, las pólizas de los funcionarios públicos son pólizas que sustituyen a la sanidad pública, es decir, proceden de la libre elección del asegurado entre ser atendido por el sistema sanitario público o por el privado.

El pago de un doble coste desanima a muchas personas a la compra de un seguro sanitario privado e incluso puede impedir la misma aunque sus preferencias se dirijan hacia esa opción. Sin embargo, la decisión procedente de un funcionario no tendrá tanto en cuenta el coste ya que éste es único, y serán otros factores los que le hagan decidir. El estudio de todos estos elementos es fundamental para analizar las posibilidades de futuro que puede alcanzar el sector asegurador sanitario y los rasgos de los productos que debe ofrecer al mercado. No podemos despreciar el supuesto de que las preferencias de los funcionarios puedan ser extendidas al resto de la población.

Es importante señalar en este sentido, que el 86.6% de los funcionarios civiles eligieron ser atendidos sanitariamente por una entidad de seguro privado en 1987 y que en su totalidad, el grupo de funcionarios alcanzó una proporción del 34.5% de todos los asegurados existentes en ese año (Cuadro 10).

Respecto a la evolución del número de funcionarios que eligen como proveedor el sector privado podemos comprobar en el cuadro 11 su continuo crecimiento a lo largo de los últimos años.

La representación del colectivo de funcionarios no sólo varía en función del tipo de funcionarios de que se trate (civil, militar, local..), sino que también existen diferencias según la naturaleza jurídica de la entidad aseguradora. Respecto al tipo de entidad hay que decir que únicamente conciertan con las mutualidades públicas las sociedades anónimas y los igualatorios. En concreto, las pólizas de funcionarios representan las



Cuadro 10

Distribución de la procedencia de las pólizas

<i>Tipo de póliza</i>	<i>Personas</i>	<i>Primas</i>
<i>Mutual. Públicas</i>	<i>34.5</i>	<i>35.8</i>
<i>Muface</i>	<i>23.3</i>	<i>24.2</i>
<i>Isfas</i>	<i>6.4</i>	<i>6.7</i>
<i>Mugeju</i>	<i>0.9</i>	<i>0.9</i>
<i>Corp. Loc.</i>	<i>3.9</i>	<i>4.0</i>
<i>Pólizas Libres</i>	<i>65.5</i>	<i>64.2</i>
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>

Fuente: Memoria Anual 1987. Ministerio de Sanidad y Consumo. Y elaboración propia.

MUFACE= Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado.

ISFAS= Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

MUGEJU= Mutualidad General Judicial.

Corp. Local= Corporaciones Locales.

Cuadro 11

Evolución del número de funcionarios asegurados.

<i>Años</i>	<i>Personas</i>	<i>Crecimiento anual</i>
<i>1987</i>	<i>1.873.685</i>	
<i>1988</i>	<i>1.955.048</i>	<i>4.3</i>
<i>1989</i>	<i>2.007.248</i>	<i>2.7</i>
<i>1990</i>	<i>2.020.231</i>	<i>0.6</i>
<i>1991</i>	<i>2.051.479</i>	<i>1.5</i>

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

mayores proporciones en los igualatorios. Entre las principales entidades dedicadas al seguro de asistencia sanitaria podemos mencionar a: Asisa, que mantiene en la actualidad un 70-80% de sus pólizas en manos de funcionarios, y Adeslas, una sociedad anónima, un 60-62%. Sanitas, la segunda entidad en cuota de mercado (según datos para el primer trimestre de 1992 ofrecidos por la D.G.S.), también mantenía en su cartera una alta proporción de funcionarios, pero en 1989 abandonó



los conciertos con las mutualidades públicas de Muface e Isfas a raíz de la delicada situación financiera que en esos momentos presentaba.

3.9. Los costes del sector.

Uno de los principales problemas con los que se enfrenta el sector del seguro de salud es la magnitud de su siniestralidad. En términos menos técnicos, la siniestralidad puede considerarse como una de las medidas del riesgo que soportan las entidades. La proporción del conjunto de siniestros de este sector de seguros sobre el volumen de primas, el principal recurso para hacer frente a la siniestralidad, ha ido aumentando paulatinamente en estos últimos años como se pone de manifiesto en el cuadro 12.

Cuadro 12

Índice de siniestralidad sobre primas adquiridas

<i>Años</i>	<i>Asis. Sanit.</i>	<i>Enfermedad</i>	<i>No Vida</i>
1987	83.01	47.92	68.34
1988	84.05	48.62	70.19
1989	86.80	53.86	78.14
1990	86.42	56.27	77.14

Fuente: Información Trimestral. D.G.S.

El índice de siniestralidad en términos de las primas adquiridas en el seguro de asistencia sanitaria es uno de los más altos dentro del ramo no vida, superando cada año el índice medio del conjunto de dicho ramo. No podemos olvidar una característica singular y especial de este tipo de seguros que los propios aseguradores reconocen y es que es un seguro que se adquiere para ser utilizado, hecho que en general, no



sucede con el resto de seguros en los que el asegurado preferiría no tener que usarlos (piénsese por ejemplo en el de automóvil).

El desequilibrio técnico que origina una siniestralidad elevada ha llevado a la desaparición de algunas entidades que no podían compensar sus resultados. Entre algunas de las soluciones para remediar estos desequilibrios Velasco y Sempere (1991) apuntan una subida de las tarifas de las primas o la implantación de criterios técnicos que ajusten esos desequilibrios como la participación del asegurado en la siniestralidad.

La subida de tarifas es una medida que hay que abordar con un estudio previo pues puede originar la pérdida de clientes que no puedan soportar la subida de los precios. La fijación de una prima correcta es una tarea difícil en el ramo sanitario que crea gran preocupación en las aseguradoras. Las entidades se enfrentan a un coste de los siniestros que no depende únicamente de su frecuencia y sobre los que normalmente no tienen series históricas en las que basarse. El coste medio de un mismo siniestro puede variar por las distintas características personales del cliente, la localización geográfica donde haya tenido lugar, los medios de diagnóstico y quirúrgicos que se empleen e incluso por los distintos honorarios que puedan tener el personal asistencial y el centro hospitalario.

Los motivos anteriores han generado que muchas aseguradoras utilicen mecanismos que permitan seleccionar sus riesgos como la elaboración por el cliente de un cuestionario previo a su suscripción para obtener información sociodemográfica y de salud del mismo (Von Tautphaeus, 1992).

En concreto, la selección de riesgos practicada por las entidades que ofrecen seguros de enfermedad puede explicar los menores índices de siniestralidad sobre primas que presentan respecto a los de asistencia sanitaria (Ver Cuadro 12).



3.10. Distribución geográfica.

Desde el punto de vista geográfico, el producto que ofrecen las entidades aseguradoras también presenta diferencias puesto que la localización de éstas no se produce de manera homogénea por todo el territorio español. Su distribución por volumen de primas, personas aseguradas y número de entidades (según domicilio social) aparece en el cuadro 13 para el seguro de asistencia sanitaria.

Cuadro 13

<i>Distribución de las primas y las personas aseguradas por Comunidades Autónomas.</i>						
CC.AA.	primas	%	entidades	%	personas	%
Andalucía	3046.3	3.4	12	5.4	212.3	4.0
Aragón	2575.6	2.8	5	2.3	16.5	3.1
Asturias	158.0	0.2	5	2.3	15.0	0.3
Baleares	2028.6	2.2	4	1.8	98.9	1.9
Canarias	782.4	0.9	4	1.8	52.8	1.0
Cantabria	885.2	1.0	1	0.5	52.3	1.0
Cast-Mcha	753.5	0.8	4	1.8	40.3	0.8
Cast-León	2283.6	2.5	17	7.7	173.7	3.3
Cataluña	23640.2	26.1	66	29.7	1391.3	26.1
Extremad	400.5	0.4	1	0.5	24.7	0.5
Galicia	2246.5	2.5	6	2.7	141.0	2.6
Madrid	45054.3	48.4	66	29.7	2560.3	46.7
Murcia	91.4	0.1	1	0.5	4.6	0.1
Navarra	492.7	0.5	1	0.5	29.8	0.5
P.Valenc	1560.7	1.7	20	9.0	121.3	2.3
P.Vasco	5803.0	6.4	8	3.6	319.9	6.0
Rioja	4.0	0.0	1	0.5	0.3	0.0
Totales	90424.1	100	222	100	5330.7	100

Fuente: Dirección General de Planificación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Memoria. 1987 y elaboración propia.
(Primas en millones de pts. Personas en miles).

La situación de la mayoría responde a factores históricos y estructurales que les ha permitido ser dominantes en un mercado local o provincial, dejando a las demás un reducido espacio en el mismo. Las posibilidades de expansión de una entidad a otros mercados donde su presencia es escasa y las de competencia de una entidad en un mercado dominado por otra, se ven obstaculizadas por las diferencias de rentas existentes entre las distintas provincias y las limitaciones de la oferta de servicios sanitarios en las mismas (Cuadro 14).



Cuadro 14

Distribución según naturaleza y ámbito de actuación.

<i>Entidad</i>	<i>Comunitario</i>	<i>Supracomun.</i>	<i>Total</i>
<i>S.Anón.</i>	<i>82.1</i>	<i>17.9</i>	<i>65.3</i>
<i>Igualat.</i>	<i>92.3</i>	<i>7.7</i>	<i>11.7</i>
<i>Mutuas</i>	<i>88.2</i>	<i>11.8</i>	<i>7.7</i>
<i>E.Prev.Soc.</i>	<i>97.7</i>	<i>2.9</i>	<i>15.3</i>
<i>Totales</i>	<i>86.0</i>	<i>14.0</i>	<i>100.0</i>

Fuente: D.G.P.S. Ministerio de Sanidad y Consumo. Memoria Anual 1987 y elaboración propia.

En la mayoría de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) los igualatorios tienen una gran representación (tanto en número de asegurados como en volumen de primas), siendo en algunas zonas los que dominan el mercado. En Cataluña, sin embargo, esta representación está compartida con las entidades de previsión social, lo cual viene principalmente originado por la gran importancia que tiene la mutua catalana "La Quinta de Salud La Alianza".

La primera entidad en cuanto al volumen de primas, según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo para 1987, es un igualatorio en las CC.AA. de Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura, Galicia, Navarra y el País Vasco; siendo también las primeras por cuantía de asegurados si exceptuamos Canarias, donde pasa a ser la segunda de mayor cifra.

Este análisis de la desigualdad geográfica no sería completo si no examináramos también las diferencias que se producen en el número de asegurados a nivel regional. A la vista del cuadro 13 (y a la misma fuente que la del párrafo anterior) podemos resaltar la importancia de Madrid (46.7%) y Cataluña (26.1%), seguidas a cierta



distancia por el País Vasco (6.0%). En el lado opuesto, los menores porcentajes se hallan en La Rioja, Murcia y Asturias, que no superan el 1%.

Todos estos datos vienen a manifestar la concentración del mercado asegurador sanitario en las zonas más industrializadas y desarrolladas. De ahí, que los mayores volúmenes de primas aparezcan localizados en Madrid, Cataluña y el País Vasco, y la mayor representación de entidades se encuentre en Madrid, Cataluña y el País Valenciano.

La descripción realizada en este capítulo refleja las características principales del sector asegurador, el ámbito en el que se desarrolla y la evolución que está teniendo. El camino que tiene por delante con un mercado europeo sin barreras, un sistema público en proceso de revisión y una población que exige calidad en los productos que demandan, no está libre de dificultades, pero ofrece un gran campo donde desarrollarse y conseguir con una transformación adecuada un sistema sanitario global satisfactorio y eficiente.



4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA DEMANDA DEL SEGURO SANITARIO EN ESPAÑA

El objetivo de este capítulo es el análisis de la demanda de seguro sanitario privado a nivel individual, es decir, la caracterización de los rasgos fundamentales que definen el comportamiento de elección de un consumidor frente a dicha demanda. El sector asegurador sanitario no puede olvidar que las preferencias del consumidor es uno de los factores que va a condicionar el futuro de su mercado siendo por tanto fundamental prever al máximo esas preferencias.

Ya hemos mencionado en esta investigación, la importancia que tienen los datos en cualquier estudio empírico. Refiriéndonos en concreto a los estudios sobre modelos de elección del tipo de provisión sanitaria o de demanda sanitaria, hemos de recordar que la mayoría realizan sus aplicaciones empíricas con datos procedentes de encuestas.

Aunque existen también otras procedencias de menor utilización (experimentos y datos recogidos por entidades aseguradoras entre los restantes más importantes)²⁵, para el caso español, concretamente, nos encontramos con gran deficiencia de las mismas.

Los dos tipos de encuestas realizadas en España que se acercan a la información requerida en este estudio son: las Encuestas de Salud realizadas por distintos organismos y las Encuestas de Presupuestos Familiares realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Las Encuestas de Salud son principalmente de ámbito local: Barcelona, Reus. Existe una encuesta de salud a nivel nacional del año 1986, pero presenta dificultades en la interpretación de los resultados sobre seguros sanitarios privados. Su principal

25- Ver capítulo 2 sobre los antecedentes de la demanda de seguro sanitario.



aportación respecto a las variables que recoge, es la gran variedad de variables relativas a uso de los servicios sanitarios y características de morbilidad de los entrevistados. Su principal inconveniente se debe a las deficiencias sobre variables de gasto e incluso de ingreso, pues ésta es recogida únicamente mediante intervalos. El análisis, a nivel individual, puede presentar diferencias con los valores reales de ciertas variables (como la mencionada del ingreso) debido a que el individuo es un miembro elegido aleatoriamente entre toda la familia y su conocimiento sobre las mismas puede ser incompleto.

Las encuestas de gastos a los hogares se dividen en dos grupos: la propiamente denominada Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) de gran amplitud y elaborada de forma discontinua en el tiempo (cada diez años); y la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (ECPF), que como indica su nombre tiene carácter continuo, concretamente, periodicidad trimestral, con objetivos y metodología similares a la EPF, pero con un diseño muestral más reducido (número de unidades muestrales y extensión de los cuestionarios). La última EPF realizada corresponde a los años 1990-1991 remontándose la anterior a los años 1980-1981. La no disponibilidad de los datos del año 1990 en el momento de elaborar este estudio, y la antigüedad de los de 1980, nos ha llevado a trabajar con la ECPF más reciente que podíamos manejar: la del cuarto trimestre de 1989²⁶.

Al margen de su comparación con otras fuentes, las limitaciones propias de la misma las podemos agrupar en las siguientes:

26- Es preciso señalar cuales son las principales ventajas de la EPF frente a la ECPF. En principio el tamaño muestral es muy superior en la primera que en la segunda. Por lo que respecta a las variables, la información sobre seguro sanitario que aporta la EPF incluye los miembros de la familia que están asegurados, y cómo es el tipo de seguro: obligatorio (desde el lugar de trabajo), voluntario o si su procedencia es debida a la categoría de funcionario público del sustentador principal de la familia. Los gastos en seguro aparecen recogidos en un epígrafe que se remite al último recibo pagado por la familia no distinguiendo por características de la póliza (seguro de enfermedad o de asistencia sanitaria, grado de cobertura, participación en los costes, etc...)



1.- Los fines de la ECPF no se encuadran específicamente dentro del campo sanitario, sino en "la estimación de los gastos de consumo y de los ingresos de los hogares para el conjunto nacional"²⁷. Esto origina la ausencia de variables que son importantes para el estudio del sector sanitario como: frecuencia de uso de los servicios sanitarios o algún tipo de indicador de salud de los individuos encuestados.

2.- La unidad de análisis de la ECPF es el hogar (que en muchas ocasiones nosotros denominaremos familia por su amplia coincidencia), impidiendo, para algunas variables, la obtención de datos individuales para los miembros del mismo. Por este motivo, la unidad de análisis en nuestro estudio será también el hogar²⁸, suponiendo que el que toma las decisiones relacionadas con la provisión sanitaria de la familia es el sustentador principal de la misma²⁹. Según Patrick et al. (1992), la unidad de análisis para el estudio sobre seguro sanitario y sobre tipos de coberturas ha de ser la familia debido a que la situación de un miembro de la familia afecta a los restantes miembros por lo que es necesario considerar una medida relativa a las necesidades que una familia tienen en su conjunto.

3.- El período de estudio de la encuesta es, en primer lugar, trimestral y posteriormente anual, aunque en origen la encuesta recoge información de periodicidad semanal, mensual, trimestral y anual. El período temporal de nuestro estudio ha sido el trimestre. La alternativa de seleccionar a las familias presentes en la muestra durante todo un año (cuatro trimestres), generaba la pérdida de la mitad de las observaciones (cada trimestre la muestra se renueva en una octava parte) reduciendo la muestra en una cantidad que hemos considerado excesiva para el análisis.

27- Encuesta continua de presupuesto familiares. Resultados del año 1989. Metodología.

28- El tratamiento de las variables en el modelo a nivel de familia ha sido también utilizado por algunos autores (Propper, 1987; Van de Ven y Van Praag, 1981). En concreto, Propper (p.6, op. cit.), lo justifica afirmando que la salud de un miembro de la familia puede afectar a la de los restantes y suponiendo que la decisión sobre provisión sanitaria es familiar en lugar de individual.

29- El sustentador principal es definido en la encuesta como aquella persona que aporta (periódicamente) los mayores ingresos al presupuesto común del hogar.



4.- Finalmente, queremos destacar algunos inconvenientes relacionados con la variable sobre la que hemos obtenido la información sobre la posesión de un seguro sanitario no obligatorio. Dicha variable es "la remuneración de servicios de seguro contra accidentes y de enfermedad"³⁰, de periodicidad trimestral, con lo cual:

- La decisión que podemos analizar es la posesión de un seguro sanitario no obligatorio, desconociendo si procede de una compañía de seguros, un igualatorio o una mutualidad. Tampoco tenemos información sobre si algún miembro del hogar tiene un seguro sanitario por ofrecérselo la empresa donde trabaja, o si lo tiene por su condición de funcionario público.
- El hecho de que el gasto sea distinto de cero asegura que al menos un miembro del hogar posee un seguro sanitario no obligatorio, sin saber a cuántos miembros alcanza dicha póliza³¹ ni características de la misma: precio que tiene, si es un seguro de asistencia sanitaria o uno de enfermedad, grado de cobertura, participación en los costes, etc...
- No hay información de la antigüedad de la póliza. Punto importante cuando sabemos que antes de 1984 no existía cobertura pública obligatoria para los trabajadores autónomos.
- Y, por último, no hay referencia de la frecuencia de uso de dicho seguro, ni el tipo de servicios utilizados.

30- La inclusión de la palabra accidente en la definición de esta variable puede crear confusión, pero esta queda eliminada leyendo la descripción que de dicho epígrafe hace la misma encuesta: "Comprende: cuotas de seguros médicos no obligatorios satisfechos directamente a entidades particulares como Sanitas, Asisa, etc... todo tipo de igualas o similares, así como los cheques sanitarios."

31- En realidad, las dificultades que establecen las entidades (aunque no sea formalmente) cuando una familia no quiere una póliza que cubra a todos los miembros, hace pensar que la mayoría alcancen a toda la familia.



La ECPF del cuarto trimestre de 1984, tiene un tamaño muestral de 3068 hogares pertenecientes a todo el territorio nacional español, incluyendo Ceuta y Melilla. La elección de la muestra encuestada se realiza mediante un muestreo bietápico con estratificación y subestratificación de las unidades de primera etapa (secciones censales), diseñándose en cada Comunidad Autónoma una muestra independiente que representa a la misma y cuyo conjunto representa al país.

La revisión efectuada en el capítulo dedicado a los antecedentes del seguro sanitario ofrece una primera visión de las variables influyentes en este tipo de estudios y que nosotros no podemos olvidar en este.

A continuación analizaremos el comportamiento de la muestra utilizada respecto a las variables que determinan la adquisición de un seguro sanitario añadiendo en cada caso una breve descripción de las mismas. Comenzaremos, en primer lugar, por las variables con carácter socioeconómico como las relativas al nivel de renta, categoría socioeconómica, situación laboral, nivel de estudios, y trataremos después las de carácter sociodemográfico como la composición familiar y la edad. Muchas de ellas, como veremos, vendrán referidas al sustentador principal de la familia por lo apuntado anteriormente.



4.1. Posesión de un seguro sanitario no obligatorio

La información sobre la posesión de un seguro sanitario no obligatorio por alguno de los miembros del hogar la hemos obtenido transformando la variable continua "Remuneración de servicios de seguro contra accidentes y de enfermedad" en variable discreta dicotómica con valor 1 para los valores positivos de la primera, indicando "la compra de seguro", y manteniendo los valores nulos en 0 indicando "la no compra de seguro sanitario". El resultado de la transformación indica que el 13.3% de la muestra compra un seguro sanitario no obligatorio (Cuadro 1). El gasto medio en seguro sanitario por hogar para el cuarto trimestre de 1989 ofrecido por la encuesta es igual a 986 pts., siendo el gasto per cápita de 341.4 pts., cifras que concuerdan con las publicadas por el INE para el total anual (en concreto, la publicación de los resultados de 1989 establece un gasto medio anual en seguro por hogar de 4705 pts. y un gasto en seguro per cápita de 1350 pts). Si consideramos que el porcentaje de familias aseguradas guarda la misma proporción que el de personas aseguradas tenemos que decir que el valor desprendido de la encuesta se corresponde con los aportados por el Ministerio de Sanidad y Consumo para el mismo año. Según dicha fuente, el número de personas aseguradas en el seguro de asistencia sanitaria mediante pólizas directas (excluyendo a funcionarios) representa un 10.26% valor que podría equipararse al 13.3% de la encuesta al añadirle el procedente del seguro de enfermedad.

Cuadro 1
Distribución de las familias respecto a la compra de un seguro sanitario no obligatorio

	No Compra de seguro	Compra de seguro	Total
Nº familias	2659	409	3068
Porcentaje	86.7%	13.3%	100%



Tenemos que señalar que en nuestro trabajo la posesión de un seguro sanitario no obligatorio la vamos a equiparar con la posesión de doble cobertura. La falta de información sobre el alcance de la sanidad pública en los hogares de la encuesta hace que trabajemos con esta hipótesis. Por otra parte, según datos aportados por Elola et al. (1988), la población cubierta mediante cobertura pública en 1987 era un 97% de la población total. La tendencia de la política sanitaria sigue siendo la de la universalización de dicha cobertura por lo que pensamos que el posible error cometido no será significativo.

4.2. Variable ingreso total familiar.

La variable que utilizaremos como representativa del nivel de ingresos del hogar no ha sido la que la encuesta computa como tal, sino la del gasto total por hogar. Esta elección se ha efectuado debido a las contradicciones encontradas al trabajar con la primera variable. La reticencia existente por parte del encuestado a declarar sus verdaderos ingresos genera una declaración de los mismos inferior a la real que hace más fiable utilizar la variable gasto. El gasto total por hogar recoge "el importe real de los bienes y servicios más todo gasto añadido que hubiera provocado su compra".

Para analizar la asociación de esta variable con otras variables hemos calculado las decilas de gasto según el número de hogares que pertenecen cada una. El cuadro 2 nos muestra la variación en los valores medios de gasto para cada intervalo y la de la dispersión de los mismos. Teniendo en cuenta que el gasto medio total trimestral es igual a 559.090 pts. con una desviación típica de 435.422 pts. nos encontramos con que el 60% de las familias está por debajo del valor medio total.



Cuadro 2
Distribución de las familias por decilas de gasto

Decila	Intervalo de gasto	Media	Desviación	Familias
Primera	28.029 - 182.196	124.035	37.446	307
Segunda	182.197 - 252.928	221.734	20.348	306
Tercera	252.929 - 325.092	288.434	21.212	307
Cuarta	325.092 - 393.998	357.414	19.756	307
Quinta	393.999 - 454.072	424.128	16.565	307
Sexta	454.073 - 534.972	493.674	22.763	307
Séptima	534.973 - 633.471	580.812	27.958	307
Octava	633.472 - 762.081	689.471	35.563	307
Novena	762.081 - 1.039.226	876.357	76.704	307
Décima	1.039.227 - 7.146.662	1.536.931	612.254	306
Total	28.029 - 7.146.662	559.090	435.422	3068

La respuesta ante el seguro sanitario privado según la renta familiar la hemos obtenido simplificando un paso más la variable renta mediante el cálculo de quintiles. Un resumen del tipo de provisión que poseen los hogares por quintiles de gasto puede observarse en el Cuadro 3 donde se observa el aumento de la proporción del grupo que compra un seguro (al que equiparamos con la posesión de doble cobertura frente a una cobertura, generalmente pública) al aumentar de quintil. De las familias cuyo gasto pertenece al primer quintil sólo el 11.3% adquieren un seguro, mientras que dicho porcentaje se eleva al 16.5% entre las familias pertenecientes al último quintil de gasto.

Cuadro 3
Distribución de las familias respecto al seguro sanitario no obligatorio según el nivel de renta.

Tipo de cobertura	Quintiles de gasto				
	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Una cobertura	88.7	87.9	86.3	86.8	83.5
Doble cobertura	11.3	12.1	13.7	13.2	16.5



4.3. Variable número de perceptores.

Hemos querido estudiar la relación del número de perceptores con respecto a la compra de un seguro no obligatorio siguiendo la idea de que una mayor capacidad económica permite a una familia una mayor disposición hacia la compra de un seguro sanitario. Los resultados son los que aparecen en el cuadro 4 donde se comprueba que la proporción de compra aumenta al pasar de ningún perceptor (un 11.1% de aquellas con ningún perceptor) a un perceptor (11.4%) y a dos perceptores (16.0%). Posteriormente, se produce un descenso en el valor, sin embargo, éste valor supera las cifras obtenidas cuando sólo hay un perceptor o ninguno y la media.

Por otra parte, y aunque aquí no incluyamos todos los valores hemos comprobado que las familias con 1 o ningún perceptor están situadas principalmente en los quintiles inferiores de gasto, mientras que aquellas con 2 o más perceptores se sitúan en los superiores.

Cuadro 4
Distribución de las familias respecto a la compra de un seguro sanitario no obligatorio según el número de perceptores

Tipo de cobertura	Número de perceptores				
	Ninguno	1	2	3	4 ó más
Una cobertura	88.9	88.6	84.0	86.6	85.9
Doble cobertura	11.1	11.4	16.0	13.4	14.1
Total	0.3	49.4	33.8	11.9	4.6



4.4. Variable nivel de estudios del sustentador principal.

El nivel de estudios es una variable referida al sustentador principal. La encuesta recoge siete categorías que hemos agrupado en cuatro de la siguiente manera (entre paréntesis las categorías que establece la ECPF): Sin Estudios -analfabetos (1) y sin estudios (2)-, Estudios Primarios -enseñanza primaria o primera etapa de la enseñanza general básica (3)-, Estudios Medios -bachiller elemental o segunda etapa de enseñanza general básica (4), bachillerato unificado polivalente o bachiller superior y formación profesional (5)- y Estudios Superiores -diplomados (6), licenciados y otros estudios superiores (7)-. A través del cuadro 5 podemos comprobar como el nivel de estudios medio del sustentador principal es el de estudios primarios al que pertenecen casi la mitad de la muestra, el 45.2%. Respecto al comportamiento frente a la compra de un seguro sanitario podemos observar como la proporción aumenta a medida que aumenta el nivel de estudios pasando del 8% para el nivel de sin estudios al 21.5% cuando estamos en el nivel superior.

Cuadro 5

Distribución de las familias respecto a la compra de un seguro sanitario no obligatorio según el nivel de estudios del sustentador.

Tipo de cobertura	Nivel de estudios del sustentador principal			
	Sin estudios	Primarios	Medios	Superiores
Una cobertura	92.0	85.9	83.8	78.5
Doble cobertura	8.0	14.1	16.2	21.5
Total	28.1	42.2	19.1	7.6

Los cuadros 6, 7 y 8 nos ofrecen la relación existente los gradientes de la variables nivel de estudios del sustentador principal, categoría socioeconómica, situación laboral e ingresos totales. En concreto, el cuadro 6 nos muestra que las mayores proporciones (un 61.4%) entre aquellos sustentadores sin estudios son personas retiradas, mientras



que para niveles superiores de instrucción la mayor frecuencia se encuentra en sustentadores con algún tipo de trabajo, así, entre los que tienen estudios primarios el 62.9% poseen trabajo, con un 85.0% y 83.7% para los de estudios medios y superiores respectivamente. Distinguiendo según la categoría profesional (cuadro 7), podemos observar cómo las mayores proporciones para las categorías de menor nivel de instrucción del sustentador principal corresponden a personas no activas (62.8% para sin estudios y 33.9% para estudios primarios). Contrariamente, las proporciones de no activos son inferiores dentro de las categorías superiores de estudios, correspondiendo los valores mayores a asalariados cualificados (64.1% para aquellos con estudios medios y 72.5% para estudios superiores). Respecto a la quintila de ingreso a la que el hogar pertenece, comprobamos como a medida que aumenta el nivel de estudios, las mayores proporciones de hogares están situados en las quintilas de ingreso superiores. Cuando el sustentador principal no tiene estudios la mayor proporción se encuentra en el primer quintil (39.6%), mientras que cuando dicho nivel de estudios es medio o superior, los valores superiores están en el quinto quintil (25.9% y 55.4% respectivamente).

Cuadro 6

Distribución de las familias según nivel de estudios y situación laboral del sustentador principal.

Nivel de Estudios	Situación laboral					Total
	Trabaja	Parado	Retirado	Lab.hog.	Otros	
Sin estudios	32.8	4.4	61.4	0.8	0.6	100.0
Primarios	62.9	3.2	33.3	0.3	0.3	100.0
Medios	85.0	2.0	11.9	0.7	0.3	100.0
Superiores	83.7	0.9	13.7	0.4	1.3	100.0
Total	59.3	3.2	35.6	0.5	0.5	100.0



Cuadro 7

Distribución de las familias según nivel de estudios y categoría socioeconómica del sustentador principal.

Nivel de estudios	Categoría socioeconómica						Total
	Cuenta propia	Asal. cualif.	Asal. agrícolas	Asal. no agrícolas	Parados	No activos	
Sin estudios	10.1	8.4	5.3	8.9	4.4	62.8	100.0
Primarios	17.2	33.2	1.4	11.0	3.2	33.9	100.0
Medios	13.6	64.1	0.5	6.8	2.0	12.9	100.0
Superiores	9.9	72.5	0.0	1.3	0.9	15.5	100.0
Total	14.0	35.1	2.2	8.9	3.2	36.6	100.0

Cuadro 8

Distribución de las familias según nivel de estudios y quintila de gasto.

Nivel de Estudios	Quintiles de ingreso					Total
	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	
Sin estudios	39.6	23.8	14.8	12.2	9.6	100.0
Primarios	15.3	21.6	22.5	22.7	18.6	100.0
Medios	8.2	16.2	25.0	24.7	25.9	100.0
Superiores	5.2	6.4	12.0	21.0	55.4	100.0
Total	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	100.0

4.5. Variable categoría socioeconómica del sustentador principal.

La categoría socioeconómica del sustentador principal, es una variable con una importancia múltiple en este trabajo. Refleja el nivel de vida que puede tener la familia y la valoración que tengan del tiempo productivo. No olvidemos que, en general, la compra de un seguro sanitario implica un doble coste que puede no ser accesible para la capacidad económica de algunas familias.



Una mayor calidad de vida parece estar entre los principales motivos de la adquisición de un seguro sanitario privado: la obtención de mayores atenciones personales y mayor rapidez en los servicios sanitarios y comodidades de los mismos. El alto coste en tiempo (de espera, por ejemplo) que supone la sanidad pública es un factor que incentiva la búsqueda de otras alternativas, sobre todo entre aquellos individuos cuyo coste de oportunidad del tiempo sea grande.

Varias son las variables en la encuesta que recogen la categoría socioeconómica del sustentador principal mediante distintas agrupaciones. Entre los aspectos más destacables que ofrecen estas variables podemos señalar el alto porcentaje de familias cuyo sustentador principal es no activo, un 36.6%. Hemos de tener en cuenta que el 23.4% de las familias presentan un sustentador principal mayor de 65 años, cifra que unida a la de aquellos con edades comprendidas entre los 55 y 65 (un 21.3%), forman un total de 44.75% que podría corresponder con la cifra de no activos.

Los resultados que encontramos al analizar el comportamiento de las familias frente a la compra de un seguro sanitario muestran una clara propensión hacia el seguro por parte de aquellas cuyo sustentador principal trabaja por cuenta propia. Representando esta categoría un 14% en la muestra total, el análisis muestra que un 18.5% de ellos poseen un seguro. Los asalariados cualificados es la siguiente categoría que presenta mayor proporción, un 13.4% del total de dicho grupo. Las restantes, asalariados no agrícolas-no cualificados (7.7%), asalariados agrícolas (7.2%), y parados (3.1%), presentan valores por debajo del nivel medio (ver cuadro 9).

Si tenemos en cuenta la situación laboral del sustentador principal, el cuadro 10 indica como exceptuando la categoría de retirados, jubilados y pensionistas (cuya proporción se eleva al 14.3%), la mayor proporción, un 13.5%, aparece entre aquellos que tienen un empleo remunerado, ya sea de menos de un tercio de la jornada normal o más.



Cuadro 9

Distribución de las familias respecto a la compra de un seguro sanitario no obligatorio según la categoría socioeconómica del sustentador principal.

Tipo de cobertura	Categoría socioeconómica del sustentador principal					
	Cuenta propia	Asalariados cualificados	Asalariados agrícolas	Asalariados no agrícolas	Parados	No activos
Una cobertura	81.5	86.6	92.8	92.3	96.9	86.0
Doble cobertura	18.5	13.4	7.2	7.7	3.1	14.0
Total	14.0	35.1	2.2	8.9	3.2	36.6

Cuadro 10

Distribución de las familias respecto a la compra de un seguro sanitario no obligatorio según la situación laboral del sustentador principal.

Tipo de cobertura	Situación laboral del sustentador principal				
	Trabaja	Parado	Retirado	Lab. hogar	Otros
Una cobertura	86.5	96.9	85.7	93.8	100.0
Doble cobertura	13.5	3.1	14.3	6.3	0.0
Total	60.2	3.2	35.6	0.5	0.5

Puede observarse como del conjunto de resultados analizados hasta ahora se desprende una mayor propensión a tener un seguro no obligatorio por parte de aquellas familias cuyo sustentador principal pertenece al mercado laboral, aumentando dicha proporción cuando el trabajo es por cuenta propia y el nivel de ingresos es superior. Todos estos factores muestran el efecto del doble coste que generalmente representa en nuestro país la adquisición de un seguro sanitario, la importancia de la disponibilidad económica de las familias y su valoración del tiempo productivo.



4.6. Variable situación laboral del cónyuge.

La situación laboral del cónyuge, cuando este existe, es una variable muy utilizada en estudios como el nuestro. El hecho de que el cónyuge, que en general es la mujer debido a que el 75% de los cónyuges en la encuesta son de sexo femenino, participe en el mercado laboral aumenta su valoración del tiempo productivo (reduciendo su disposición a gastarlo en colas de espera, por ejemplo) e incrementa el nivel de ingresos de la familia. Estos efectos, por un lado, favorecen la búsqueda de elementos que ahorren tiempo y, por otro, facilitan el desembolso de pagos adicionales (Cuadro 11).

Cuadro 11

Distribución de las familias respecto a la compra de un seguro sanitario no obligatorio según la situación laboral del cónyuge.

Tipo de cobertura	Situación laboral del cónyuge					
	No tiene	Trabaja	Parada	Retirada	Lab. hog.	Otras
Una cobertura	88.5	84.5	90.7	83.1	86.7	94.1
Doble cobertura	11.5	15.5	9.3	16.9	13.3	5.9
Total	20.8	16.0	2.4	5.6	54.6	0.6

La influencia de la participación del cónyuge en el mercado laboral sobre la adquisición de un seguro sanitario se ve neutralizada en este estudio debido al bajo porcentaje que representa en la muestra, en concreto, sólo el 20.2% de entre los hogares con cónyuge. Aún así, podemos comprobar un porcentaje de familias que compran un seguro sanitario igual al 15.5% cuando el cónyuge pertenece al mercado laboral, es decir, una proporción por encima de la media.



4.7. Variable número de miembros.

El número de miembros que componen el hogar podría esperarse que fuera un freno a la compra de un seguro sanitario. Está interpretación proviene de la idea existente en la literatura, según la cual, la familia destina una proporción de sus ingresos a servicios sanitarios, y por tanto, la cuantía individual de esos ingresos disminuirá al ir aumentando el número de componentes de la familia. Aplicado al caso español, esta idea puede justificarse, al tener en cuenta que el seguro privado no obligatorio tiene un precio que aumenta al aumentar el tamaño familiar si toda la familia está asegurada (aunque muchas entidades hagan descuentos por la incorporación de más miembros en la póliza) y es un gasto adicional al seguro público (que hay que pagar obligatoriamente).

Los efectos de esta variable en la compra de un seguro sanitario no obligatorio con los datos de la encuesta parecen corroborar esta idea como lo demuestra el cuadro 12. Excepto para el caso de una familia de un solo miembro donde las mayores proporciones son sustentadores principales no activos y sin estudios, a medida que aumenta el número de miembros nos encontramos con proporciones menores de familias que adquieren un seguro. Únicamente, superan la media las familias con 2 y 3 miembros con valores de 16.3% y 15.9% respectivamente dentro de cada grupo. Estos valores van descendiendo al 8.2% para las familias con más de 7 miembros.

Cuadro 12

Distribución de las familias respecto a la compra de seguro sanitario según el número de miembros de la familia.

Tipo de cobertura	Número de miembros						
	1	2	3	4	5	6	+7
Una cobertura	87.8	83.7	84.1	88.2	89.4	88.4	91.8
Doble cobertura	12.2	16.3	15.9	11.8	10.6	11.6	8.2
Total	9.6	21.0	20.3	25.4	14.4	6.2	3.4



Dentro de la influencia del número de miembros nos parece interesante detallar los efectos del **número de miembros menores de 14 años** en el hogar³² y el **número de miembros menores de 5 años**. Con estas variables queremos dar una idea de las consecuencias que origina la presencia de niños en la elección de un seguro sanitario. Aunque la evidencia empírica muestra que una gran mayoría de seguros sanitarios se realizan cuando la mujer está en edad fértil y, por tanto, en previsión del nacimiento de hijos, nuestros datos manifiestan que la presencia de un mayor número de menores en el hogar disminuye la proporción de aquellos con seguro (Cuadro 13 y 14). En concreto, entre aquellas familias sin menores de 14 años, la proporción de las que adquieren un seguro es un 15.3%, superior a la media, mientras que pasa a ser de 11.3% cuando hay un menor, 10.5% cuando hay 2 y 7.1% cuando hay 3. El porcentaje para más de 4 miembros puede no ser significativo debido a que el número de familias con estas características es una cifra baja (igual a 23, que representa únicamente un 0.7% sobre el total).

Cuadro 13

Distribución de las familias respecto a la compra de seguro sanitario según el número de miembros menores de 14 años.

Tipo de cobertura	Número de miembros menores de 14 años				
	0	1	2	3	+4
Una cobertura	84.7	88.7	89.5	92.9	100.0
Doble cobertura	15.3	11.3	10.5	7.1	0.0
Total	60.3	19.9	14.9	4.1	0.7

32- Esta variable es ofrecida directamente por la encuesta y tomada en el mismo intervalo en otros estudios sanitarios. Sin embargo, para comprobar el efecto sobre el seguro sanitario de personas aún menores hemos calculado también el número de miembros comprendidos entre 0 y 4 años.



Respecto al efecto de la presencia de niños menores de 5 años en el hogar puede comprobarse también una menor proporción de familias al ir aumentando el número de dichos miembros. De un valor de 13.6% cuando no hay ningún menor de 5 años, se pasa a uno de 2.2% cuando hay 2 o más.

Cuadro 14

Distribución de las familias respecto a la compra de un seguro sanitario según el número de miembros menores de 5 años.

Tipo de cobertura	Número de miembros menores de 5 años		
	Ninguno	Uno	Dos ó más
Una cobertura	86.4	87.0	95.5
Doble cobertura	13.6	13.0	5.0
Total	86.5	11.3	2.2

El comportamiento observado con esta variable podría estar manifestando que el efecto negativo en la adquisición de un seguro al aumentar el tamaño familiar supera el incentivo que podría generar el hecho de que esos miembros fueran niños.



4.8. Variable edad del sustentador principal

La edad del sustentador principal es una variable fundamental en un análisis sobre la demanda de seguro sanitario. Al tomar a la familia como unidad de análisis, la edad del sustentador principal está representando, de alguna manera, la edad de la familia: joven, madura o mayor. E igualmente, su esperado nivel de ingresos y nivel de salud³³ (Van de Ven y van Praag, 1981).

La edad del sustentador la hemos transformado en discreta al agruparla en distintas categorías para analizar el comportamiento frente al seguro en cada una de ellas (Cuadro 15).

Cuadro 15

Distribución de las familias respecto a la compra de seguro sanitario según la edad del sustentador principal.

Tipo de cobertura	Edad del sustentador principal						
	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	+75
Una cobertura	92.2	86.5	89.5	88.4	83.3	86.1	84.3
Doble cobertura	7.8	13.5	10.5	11.6	16.7	13.9	15.7
Total	1.7	14.0	19.9	19.7	21.3	15.7	7.7

Los resultados como pueden observarse parecen indicar una trayectoria no monótona, pero que puede aproximarse a un crecimiento de la proporción de doble cobertura a medida que el sustentador principal aumenta de edad. Si simplificamos el número de intervalos de edad este incremento queda mejor reflejado (Cuadro 16).

33- Hablar del nivel de salud de una familia o un hogar es algo que no tiene mucho sentido. Sin embargo, en su lugar, si que podríamos hablar de "nivel de riesgo" como hacen Van de Ven y Van Praag (1981) al establecer que cada familia por sus características sociodemográficas y su propia estructura pertenecería a una determinada clase de riesgo. Por otra parte, es evidente que la edad del sustentador principal sería una de esas características.



Cuadro 16

Distribución de las familias respecto a la compra de seguro sanitario según edad del sustentador principal.

Tipo de cobertura	Edad del sustentador principal		
	16-45	46-65	+ 65
Una cobertura	86.9	83.4	83.1
Doble cobertura	13.1	16.6	16.9
Total	35.6	41.0	23.4

El alto porcentaje que aparece para la doble cobertura en el intervalo de edad por encima de los 75 años resulta un tanto sorprendente, máxime cuando la mayoría de entidades aseguradoras incorporan en sus pólizas un límite de edad para estar asegurado que no suele superar los 75 años. Parte de este alto porcentaje puede deberse a suscriptores no cubiertos con anterioridad por el sistema público y en posesión de antiguas pólizas³⁴, pero el resto puede ser debido a errores en la toma de las declaraciones o en las mismas respuestas de los encuestados.

4.9. Variable zona de residencia

La zona de residencia es considerada por reflejar la oferta sanitaria disponible en el lugar de residencia del hogar y, en algunas ocasiones, por representar la calidad de vida de sus habitantes. La variable tomada en este estudio viene definida según el tamaño del municipio en el que reside la familia. Presenta cuatro divisiones por el número de habitantes: municipios de hasta 10.000 habitantes, municipios entre 10.001 y 50.000 ha., municipios entre 50.001 y 500.000 ha. incluyendo capitales menores y municipios de más de 500.000 ha.

³⁴ Sanitas, por ejemplo, es una entidad con gran tradición en la contratación de sus servicios con mutualidades públicas y que no establece una edad máxima del asegurado para su cobertura.



Cuadro 17

Distribución de las familias respecto a la compra de un seguro sanitario según tamaño del municipio de residencia.

Tipo de cobertura	Tamaño del municipio de residencia			
	Hasta 10.000 h	De 10 a 50.000 h	De 50.001 a 500.000 h	Más de 500.001 h
Una cobertura	81.6	90.3	0.8	81.7
Doble cobertura	18.4	9.7	9.2	18.3
Total	28.6	20.7	5.4	15.3

Como puede observarse en el cuadro 17 las mayores proporciones de familias con seguro se encuentran en los municipios menores, con una proporción del 18.4%, y en los mayores, donde la cuantía es del 18.3%. Podría justificarse este comportamiento si pensamos en cierta desprotección por parte del sistema público en los municipios de tamaño reducido. En muchas ocasiones, las instalaciones sanitarias abarcan un ámbito comarcal o superior y no local. En cuanto a los municipios grandes, puede reconocerse que el aumento de las ciudades trae consigo estilos de vida donde la utilización del tiempo y su valoración pueden favorecer la compra de servicios ahorradores del mismo. Además, en ellos es donde se concentra las mayores estructuras sanitarias con las tecnologías más avanzadas, tanto de sistema público como del privado.



4.10. Variables no consideradas

Las **variables omitidas** en esta descripción son: las referentes al nivel de salud y aquellas relacionadas con los atributos de las distintas alternativas.

Información acerca de **indicadores de la salud** de los miembros que componen un hogar es inexistente en la encuesta como ya habíamos mencionado. En su lugar, sólo se puede buscar alguna o varias variables que permitan su aproximación. En realidad, la valoración del término salud es uno de los grandes retos de muchos investigadores y de las mismas instituciones internacionales. Muchas son las definiciones que se han ofrecido para el concepto de salud y muchas han sido las interpretaciones. Existen valoraciones subjetivas donde destaca la propia valoración del individuo de su salud y valoraciones objetivas como son índices de morbilidad, índices de mortalidad, esperanza de vida. La evidencia empírica demuestra también la relación existente entre el nivel de ingresos y la salud y entre la edad del individuo y la salud. La interpretación de las mismas a la vista de los resultados que hemos obtenido no llega a ser muy esclarecedora. Respecto al nivel de ingresos, ya mencionamos como en los tramos superiores aparecen las mayores proporciones de familias que compran seguro. Sin embargo, no podemos relacionar directamente mayor capacidad económica con mejores niveles de salud sin reparar en los problemas que puede generar una mayor actividad laboral para la consecución de esos ingresos y el doble coste que suele representar el seguro sanitario en España. En cuanto a la edad hemos analizado el efecto de la edad del sustentador principal y el efecto de los niños menores de cuatro años en la compra de un seguro, por lo que no nos detendremos más en ello.

Respecto a las características de las dos alternativas consideradas, tampoco puede obtenerse mucha información de la encuesta. Valores del **precio-tiempo** de cada sistema sanitario, privado o público, no aparecen. De nuevo, la alternativa es aproximar los mismos por alguna variable. En concreto, su influencia puede observarse mediante los efectos que se desprenden de variables como la categoría de trabajador



por cuenta propia del sustentador principal o de la pertenencia al mercado laboral del cónyuge. Mientras que en el segundo caso, los datos no muestran un efecto claro en ningún sentido, en el primero, se comprueba una tendencia clara hacia la compra de un seguro entre aquellos sustentadores que son autónomos.

El **precio monetario** del seguro sanitario privado es la prima que se paga al comprar el seguro. En el sistema público no existe un pago directo cuando se acude a él, pero eso no significa que sea gratuito ya que parte de su financiación se realiza mediante las cotizaciones que obligatoriamente efectúan los españoles. Sin embargo, podría normalizarse dicho precio a 1 y pasar a considerar el precio monetario del seguro sanitario privado como un precio relativo con respecto al del seguro público.

El precio monetario pagado por la adquisición de un seguro sanitario podría obtenerse en la encuesta a partir del cálculo de los gastos en seguro sanitario per cápita que tiene una familia. Los problemas surgen debido al desconocimiento del número de miembros del hogar que son cubiertos con esos gastos y a que tampoco se conocen las características de la póliza a que hacen referencia los mismos. Esto genera una variable con un sesgo difícil de computar y que tomaremos con gran reserva.

El valor del gasto medio en seguro sanitario per cápita que se obtiene de la encuesta (de entre los que declaran gasto positivo en seguro), es de 2541 pesetas al trimestre (864 pts. al mes), cuantía que va aumentando a medida que nos situamos en quintiles de gasto superiores como muestra el Cuadro 18.



Cuadro 18

Gasto medio per cápita en seguro sanitario no obligatorio por quintiles de gasto	
Quintil 1	2104
Quintil 2	2348
Quintil 3	2563
Quintil 4	2897
Quintil 5	2880
Total	2541

Las diferencias en la **calidad** entre la provisión pública y la privada creemos que no debemos buscarlas en lo referente a técnicas y conocimientos médicos empleados. Es conocido que, en muchas ocasiones, la asistencia sanitaria privada se realiza, mediante conciertos, en centros públicos y que gran cantidad del personal sanitario trabaja en los sistemas público y privado al mismo tiempo. Las distinciones aparecen en las facilidades de atención y comodidad que el paciente puede encontrar en la provisión privada y que por falta de motivación del personal o por problemas de masificación no se producen en el sistema público. Estas características no son consideradas en la encuesta, pero no por ello debemos de olvidarlas en ningún momento de nuestro estudio.

A la vista de los resultados obtenidos, creemos que podemos formarnos una primera visión de las características que definen la demanda de un seguro sanitario privado en el caso español. Somos conscientes, sin embargo, de que existen lagunas que no pueden salvarse con la información estadística disponible. Esta circunstancia nos ha impulsado a elaborar una encuesta en la que dar cabida a las variables reseñadas anteriormente en su conjunto y salvar los huecos que presentan las mismas.



5. DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LA ENCUESTA PILOTO

5.1. El proceso de investigación de la encuesta.

El deseo de obtener información sobre los rasgos básicos que caracterizan el comportamiento del consumidor frente a la compra de un seguro sanitario, su opinión sobre los distintos sistemas de provisión, sus gustos e incluso una predicción de sus actos ante determinadas situaciones constituye el motivo fundamental de la realización de una encuesta. El trabajo realizado es una primera aproximación que se ha concretado en una prueba piloto para comprobar el funcionamiento del cuestionario y los posibles problemas derivados de la administración del mismo.

El proceso de investigación que configura la encuesta hasta llegar a la propuesta de cuestionario final comienza por la fijación de los objetivos que se pretenden alcanzar y el planteamiento de las hipótesis que se quieren contrastar. Por ejemplo, obtener información sobre las preferencias de los individuos ante distintas formas de provisión. Una vez claros estos conceptos, se han de establecer las definiciones operativas de los términos incluidos en los objetivos e hipótesis. Siguiendo el ejemplo anterior, consistiría en la determinación de lo que se entiende por cada forma de provisión considerada y en la expresión de cómo se va a preguntar esa preferencia. Se definirán, así, las variables estadísticas que serán las que posteriormente permitan el análisis de las respuestas obtenidas. Las variables generadas pueden ser de distintos tipos: cuantitativas o cualitativas, dependiendo de la información que pretendamos conseguir con ella. En algunas ocasiones se ha de reducir información a favor de una mayor sencillez definiendo la variable de forma categórica y con pocas clasificaciones. Por último, las variables estadísticas se han de presentar en preguntas concretas que conjuntamente formarán el cuestionario.



La distribución de las preguntas dentro del cuestionario debe realizarse mediante la estructuración de grandes bloques con un significado o una intención cada uno de ellos. De esta forma, el entrevistado (o entrevistados) sabe, en cada momento, el tema sobre el que le están preguntando y puede ir siguiendo la entrevista con mayor facilidad y serenidad. Una buena organización de las preguntas es importante para poder introducir filtros que permitan obtener la información deseada y descartar la que no es útil y para mantener el interés del entrevistado hasta el término de las mismas.

Este último es el motivo por el que preguntas que pueden ocasionar reticencias o molestias suelen ir situadas al final del cuestionario.

Los bloques de los que se compone la encuesta que nosotros hemos realizado son los siguientes:

- Un bloque dedicado a las características de identificación del encuestado y su familia, estructura familiar y rasgos sociodemográficos, económicos y sanitarios.
- Nivel de utilización de los servicios sanitarios y tipo de proveedor utilizado. El fin de este bloque es determinar cuál es el tipo de proveedor más frecuentemente utilizado según el servicio requerido y si existen alguna relación entre la frecuencia de uso y el tipo de proveedor utilizado.
- Características de la cobertura o coberturas sanitarias poseídas y los servicios. Hacemos aquí, especial referencia a las características del seguro sanitario para determinar los rasgos básicos del mismo entre aquellos que lo poseen.
- Un apartado de opinión en el que se incluyen preguntas dirigidas a conocer la tendencia de la población si se enfrentara a distintas situaciones y de satisfacción cuando se hace referencia a circunstancias reales.



- Por último, se incorporan preguntas para establecer el conocimiento que tiene el entrevistado sobre distintas entidades y la repercusión que puede ejercer la publicidad de las mismas en distintos medios de comunicación.

5.2. Características técnicas y algunos resultados de la encuesta piloto.

La prueba piloto realizada con el cuestionario finalmente elaborado, que aparece en el Apéndice 1 de esta investigación, se administró a una muestra no representativa de la población ya que su objetivo era obtener unos primeros resultados que informaran de las posibles deficiencias del cuestionario. La realización final de la misma requeriría, según el ámbito de estudio y su alcance, un diseño muestral aleatorio específico de forma polietápica y con las estratificaciones necesarias. Podemos señalar que, en general, los encuestados pueden ser clasificados como familias de clase media y con intervalos de edad también intermedios para lo que podríamos llamar el núcleo central de la misma (padre y madre). La encuesta se realizó mediante entrevistador y a un miembro de la familia, el cual generalmente era el padre de familia o la madre (en concreto, un 87.7% del total de encuestas analizadas). El número de encuestas con las que finalmente se ha trabajado ha sido de 57, sobre un total de 66 encuestas realizadas.

A continuación vamos a señalar algunos de los resultados más significativos obtenidos para posteriormente indicar algunas de las modificaciones que sería conveniente introducir en el cuestionario.

El 66.7% de los encuestados pertenecen a familias compuestas por una pareja con hijos solteros, formadas por 3 o 4 miembros (el 49.2%).



A pesar de la frecuencia que tiene en la práctica real el seguro de asistencia sanitaria, cuando a los entrevistados se les pregunta sobre su elección entre un seguro sanitario en el que la entidad preste la asistencia dentro de un cuadro médico y hospitales y un seguro con libre elección y posterior reembolso, el 40.4% seleccionan la primera opción mientras que el 57.9% eligen la segunda.

La proporción de familias que responde poseer un seguro sanitario es un 49.1%. Entre ellas, la mayoría poseen una sola póliza (71.4%), con una antigüedad superior a los 7 años (para el 78.6% de aquellos que tienen una póliza y el 50.0% para aquellos que tienen una segunda póliza) y adquirida de forma voluntaria (71.4% para la primera póliza y el 87.5% para la segunda). El importe mensual medio por persona resulta de 3.465 pts. para la primera póliza y de 4.783 pts. para la segunda³⁵.

Los servicios sanitarios que mayoritariamente incluyen las pólizas poseídas son: asistencia quirúrgica (100.0%), especialistas (89.3%), médico general (85.7%) y asistencia en partos (82.14%), siendo menos frecuente la inclusión de chequeos preventivos (57.1%), indemnización diaria (39.3%) y tratamientos odontológicos (39.3%).

Un resultado interesante aparece cuando se pregunta a todos los entrevistados, (posean o no un seguro sanitario privado) la valoración que darían a ciertos factores ante la compra de un seguro sanitario puntuando en una escala de 1 a 9. Los valores medios obtenidos para cada factor son valores superiores a 6, por lo que hemos calculado la importancia de cada uno de ellos en relación a la puntuación media de todos para ilustrar su importancia relativa. De mayor a menor importancia aparecen: el equipo médico (1.12), la atención en urgencias (1.10), los menores tiempos de espera (1.07), atención y calidad en los trámites (1.04), trato personalizado (1.04), libre elección de médico (1.03) y sin límite de edad (1.00). El resto de factores (indemnización diaria, coberturas complementarias, ámbito de cobertura geográfico,

35- En caso de poseer más de una póliza únicamente se ha pedido información sobre las características de dos de ellas.



clínicas u hospitales propios o concertados y el precio) se sitúan por debajo de la media, siendo el precio el factor considerado, por término medio, de menor importancia.

Aparecen también de forma mayoritaria las afirmaciones que declaran un sistema privado más competente y con una asistencia sanitaria mejor, tanto en el trato personal como en el interés por parte de los proveedores. La deficiencia en el trato y las esperas del sistema sanitario son señaladas por el 70.2% de los encuestados como motivos que conducen a la compra de un seguro sanitario. Esta opinión concuerda con el hecho de que si tuvieran libre elección (sin doble coste) entre ser atendidos por el sistema público o por el privado, el 78.9% elegirían el privado, aunque en cuanto a la financiación, sólo un 12.3% cree que debería ser privada y sin ninguna participación del estado.

El principal motivo que señalan aquellos que poseen un seguro para haberlo comprado es el mal funcionamiento de la seguridad social (57.14%). La entidad con la que contratar el seguro es elegida fundamentalmente por los servicios que ofrece (cuadro médico, hospitales...) (42.8%) ó por recomendación de algún compañero, amigo o familiar (35.7%) que en el 90% de los casos es una persona ya asegurada en dicha entidad.

Respecto a los que no poseen un seguro sanitario, el 79.3% afirma no tenerlo por resultar muy caro, siendo también una circunstancia con efectos negativos el que el seguro privado no cubra las medicinas, hecho señalado igualmente por un 79.3% de los encuestados sin seguro sanitario.

Es interesante también exponer el conocimiento que tienen los entrevistados de algunas entidades que ofrecen seguros sanitarios. Teniendo en cuenta que la dispersión de las puntuaciones y la ausencia de las mismas por falta de conocimiento, indicamos a continuación la relación de entidades según la proporción de entrevistados



que ha señalado conocerlas y no por su puntuación media. Ordenándolas de mayor a menor son: La Alianza (73.7%), MAPFRE (59.6%), Aresa (40.5%), Sanitas (38.6%), Vitalicio (28.1%), Fiatc (28.1%), Asistencia Sanitaria Colegial (26.3%), Previaisa (22.8%), Centro Asegurador (8.8%), Labor Médica (7.0%), y Aegón (3.5%).

Finalmente, señalaremos que el 77.2% de la muestra conoce el seguro de asistencia sanitaria, el 63.2% el seguro de indemnización diaria y sólo el 29.8% el seguro de reembolso de gastos.

5.3. Comentarios sobre el funcionamiento del cuestionario.

El análisis de los datos obtenidos con la realización de la prueba piloto junto con algunas de las observaciones de los entrevistadores nos llevan a considerar la modificación de algunos aspectos del mismo o su reformulación para un mejor entendimiento de los mismos. Recordemos que la muestra con la que se ha probado el cuestionario no es representativa de la población y que el fin de la prueba era analizar el funcionamiento de dicho cuestionario. En este apartado expondremos los cambios necesarios que deberían realizarse en el cuestionario elaborado.

Sería conveniente determinar más estrechamente quién debe responder la encuesta. Existen preguntas que son desconocidas para ciertos miembros de la familia que genera una pérdida de información. Podría establecerse el principio de entrevistar a personas entre 25 y 60 años que trabajen o sean el ama de casa.

Habría que hacer una revisión global con el fin de establecer un lenguaje menos técnico que no requiera demasiadas explicaciones por parte del entrevistador.

Aparecen también preguntas en las que es necesario introducir un nivel superior de aclaración o bien una mayor concreción de la información deseada. Se trata de dirigir en todo lo posible la pregunta para que el entrevistado no responda equivocadamente.



De todas formas, hemos de decir que el tipo de respuesta que se pedía en cada pregunta concreta ha sido el adecuado y que no es preciso modificar preguntas con varias categorías a sólo dos (dicotómica) o al revés. Algunos ejemplos de aclaraciones necesarias son los siguientes: en la pregunta nº1 se ha de aclarar que no se está incluyendo al entrevistado al preguntar por el número de personas que conviven con él. En la pregunta nº 23, en la que se ha de señalar la causa principal por la que se contrató un seguro sanitario se ha de especificar que si hay más de una causa, declare la que considera más importante entre todas ellas. En la pregunta nº 14 sobre si algún miembro de la familia está asociado a alguna sociedad o mutua de seguros sanitarios, concretar que se está hablando de la pertenencia a una entidad de seguros sanitarios privados, no a la seguridad social. En la pregunta nº 29 referida a las compañías sobre las que ha visto u oído publicidad y el medio de comunicación donde ha sido, exponer que si no se acuerda del nombre de la entidad señale al menos el medio de comunicación. La pregunta nº 30 en la que se pide opinión sobre algunas entidades que ofrecen seguros sanitarios, se debe remarcar que se pide la opinión sobre una serie de entidades, por lo que ha oído, por lo que cree, por su imagen,..etc, y no sólo porque haya tenido algún contacto con la misma.

El bloque sobre utilización de servicios sanitarios debe de reformularse teniendo en cuenta los servicios de especialistas y la utilización de clínicas u hospitales para la realización de análisis sin necesidad de ingreso. Esto no significa una mayor complicación de dicho apartado, sino la inclusión de dichos servicios en las preguntas ya establecidas o una simplificación de las mismas para introducir alguna nueva.

Debido a las respuestas de la pregunta nº 20 sobre la opinión a determinadas afirmaciones valorando el sistema sanitario público y el privado habría que incluir la posibilidad de "no sabe, no contesta".

La pregunta nº 35 sobre el conocimiento de cada uno de los distintos tipos de seguro sanitario (asistencia sanitaria, enfermedad-reembolso y enfermedad-subsidio) debería



realizarse pidiendo al entrevistado que defina o explique en qué consiste cada uno, para comprobar si verdaderamente está respondiendo correctamente.

Finalmente, en la pregunta nº 31 sobre características de identificación, se debería obtener más información de las dos personas con mayores ingresos. Como está actualmente, si el entrevistado no era ninguna de estas dos personas no se ha perdido información de la primera persona, pero si de la segunda que más aporta. Por otra parte, parece conveniente incluir, entre las características solicitadas a las dos personas con mayores ingresos, la situación laboral, manteniendo para el resto de miembros únicamente la relación con la persona principal, la edad y el sexo. En cuanto a la información sobre el régimen de cotización a la seguridad social sería preferible cambiarla por una pregunta que nos concrete más la modalidad de seguro sanitario que posee cada una de las dos personas con mayores ingresos: la seguridad social, una entidad privada, una mutualidad del estado con prestación por parte de la seguridad social, una mutualidad del estado con prestación por parte de una entidad de seguro privado, una iguala, otras o ninguna.



6. CONCLUSIONES

Esta investigación ha querido mostrar un análisis de todos los factores que son necesarios conocer para estudiar el sistema asegurador sanitario español.

Muchos son los retos que tiene ante sí este sistema marcado por una tradición de pequeñas empresas líderes en mercados reducidos y con escasa competencia. La apertura de fronteras que la unión europea trae consigo está exigiendo una transformación de las entidades a unos niveles capaces de competir con entidades extranjeras en términos de igualdad. Una mayor preocupación por la gestión de su actividad y una reestructuración del diseño de su producto pueden ser consideradas como las principales modificaciones que se están llevando a cabo.

Estos cambios dirigidos a competir con los productos extranjeros (predominantemente dedicados al seguro de reembolso de gastos) deben de tener en cuenta las peculiares características del sistema sanitario español. La cobertura sanitaria pública en nuestro país alcanza a casi toda la población, sin embargo, actualmente, la sanidad pública vive unos momentos difíciles en los que las listas de espera, la masificación, la escasa facilidad en la elección de facultativo y otras deficiencias impiden su operatividad. Ante esta situación, muchos son los individuos que ven en el seguro sanitario privado una salida con la que solucionar sus problemas por lo que la realización de un estudio de las exigencias y las tendencias del mercado se hace necesario para las entidades aseguradoras. Recordemos que el tipo de provisión escogido mayoritariamente por los grupos de población con libre elección en nuestro país (los funcionarios públicos) es el sistema privado, comportamiento que podría trasladarse al resto de la población si estuvieran en la misma situación.

La revisión de los estudios efectuados sobre la demanda de seguro sanitario en el capítulo 2 de esta investigación, pone de manifiesto cuáles han sido los principales problemas con los que se enfrentan aquellos países donde es sector del seguro



sanitario tiene gran implantación. Crecimientos continuos en los costes, pérdidas de bienestar en la población y problemas de selección adversa y riesgo moral han generado propuestas de contención de costes mediante la participación del cliente en los mismos y la aplicación de medidas más exigentes para seleccionar los riesgos que las entidades van a asegurar.

Las conclusiones que se desprenden al analizar las variables explicativas de la demanda de seguro sanitario en distintos estudios no parecen estar muy alejadas de los efectos que esas mismas variables tienen en un contexto diferente como es el español. La situación del seguro sanitario español está marcada por la presencia de un sistema público que cubre y obliga a su pago a la gran mayoría de la población. La asistencia médica, en general, es demandada por un individuo de manera irregular en el tiempo y como consecuencia, entre otros factores, de la aparición de algún tipo de dolencia. El consumidor no sabe con certeza cuál va a ser su estado de salud, y por tanto, se enfrenta con el riesgo de que éste sea desfavorable y se vea privado de realizar con normalidad sus tareas habituales (Arrow, 1963), ya sea por consecuencias físicas, mentales o económicas debidas al coste de oportunidad del tiempo productivo. Aunque este riesgo mencionado se puede considerar cubierto por la presencia de un servicio nacional de salud, la posibilidad de desconfianza hacia dicho servicio o la existencia de otro tipo de factores/pérdidas siguen manteniendo la incertidumbre existente ante la posible aparición de una enfermedad y llevan a que el consumidor se plantee la compra de un seguro sanitario privado. Como referencia, podemos citar los estudios efectuados por la Comisión Abril y los realizados entre el público por ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras)³⁶. Según los mismos, entre los principales motivos que señalan para comprar un seguro sanitario están: la obtención de una mejor asistencia, mejor servicio y mejor atención y las deficiencias existentes en la Seguridad Social.

36- "Estudio de Opinión. El Seguro de Salud." Informe nº 448. Diciembre 1991. ICEA; y "Análisis del Consumidor Español de Seguros." Informe nº 496. Abril 1992. ICEA.



El seguro sanitario en España según los resultados obtenidos del análisis de la encuesta continua de presupuestos familiares y de la prueba piloto realizada parece influido fundamentalmente por la capacidad adquisitiva y por el valor del tiempo productivo del consumidor. El doble coste que en la mayoría de las situaciones sufre el asegurado hace que el seguro sanitario privado no sea accesible a todas las capas de la sociedad y que a medida que el nivel de ingresos es superior aumenta el nivel de aseguramiento. Por otra parte, el tiempo empleado cuando se utilizan servicios de la sanidad pública lleva a un deseo de ahorro del mismo por parte de aquellos cuyo tiempo productivo es alto, como manifiesta la mayor tendencia a adquirir un seguro por aquellos trabajadores por cuenta propia. Un mayor nivel de instrucción, reflejo quizás del nivel de ingresos actual o futuro y de una mayor preocupación por la consecución de un estado favorable de salud, es también una variable que favorece la compra de un seguro sanitario privado. Respecto al número de miembros, encontramos un efecto negativo sobre el seguro sanitario privado. Es posible que el aumento del coste que supone el aseguramiento de un miembro más desincentive su compra (en la mayoría de familias el seguro sanitario es un seguro que cubre a toda la familia, no un seguro individual). Finalmente, otra de las variables que merecen comentario es el tamaño del lugar de residencia, comprobándose una mayor proporción de asegurados en los lugares de mayor (grandes urbes) y menor (zonas rurales) dimensiones por número de habitantes. Las mayores posibilidades de oferta (centros y tecnología) de las grandes ciudades así como la permanencia de las antiguas igualas en las zonas rurales pueden ser los motivos de este comportamiento.

La prueba piloto llevada a cabo nos ha permitido acercarnos un poco más a los gustos y preferencias del consumidor. Podemos señalar como notas más relevantes que aunque el tipo de seguro más frecuente es el de asistencia sanitaria (como también muestran los datos aportados sobre el sector asegurador en el capítulo 3) el seguro de reembolso con libre elección de médico y hospital es la situación preferida por la mayoría de los encuestados. En general, las pólizas son voluntarias lo que probablemente esté indicando el pago de un doble coste por un mismo servicio como antes ya



hemos indicado. Los servicios principalmente cubiertos por las pólizas son los servicios usuales y que la sanidad pública también ofrece: médico general, especialistas, asistencia quirúrgica y asistencia en partos.

La valoración de los factores que deben valorarse a la hora de comprar un seguro sanitario deja en último lugar el precio del mismo. Las superiores puntuaciones son otorgadas al equipo médico y, en general, a la atención y calidad de los distintos servicios que cubre el seguro. Unido a estos, menores tiempos de espera y agilidad y calidad en los trámites aparecen también con altas valoraciones. Los que poseen un seguro sanitario privado están de acuerdo, en general, con la idea de que el sistema privado es más competente y tiene una asistencia mejor que el público y que las deficiencias del este último sistema está motivando la adquisición de un seguro privado. Para los que no tienen un seguro sanitario privado, el coste que supone el mismo es el primer obstáculo para no realizar su compra.

Todas estas respuestas no contestan, sin embargo, ciertas preguntas pendientes que quedan sin solución cuando se realiza un estudio como el anterior. Nos estamos refiriendo a si, verdaderamente, en una situación real esas respuestas serían las mismas; si estaría una familia, si tuviera posibilidad de no pagar a la seguridad social, dispuesta cambiar el sistema público por un seguro sanitario; si equiparando el precio, el consumidor elegiría principalmente un seguro de reembolso de gastos en lugar de uno de asistencia sanitaria como declara en la encuesta; se podría llevar a cabo una efectiva segmentación del mercado.

El diseño del cuestionario elaborado, aunque susceptible de reformulación, es una prueba más de la evolución que han de experimentar las entidades y que ya están poniendo en práctica en la actualidad.

La captación de clientes en un mercado con las características mencionadas ha motivado que las entidades ofrezcan unos servicios caracterizados por una mejor calidad, tanto desde el punto de vista técnico como desde el social: mejor trato al



paciente y mejor acondicionamiento de las instalaciones. Las innovaciones que están incorporando las pólizas son de gran variedad, incluyendo diversos servicios suplementarios que acompañan a los mínimos y obligatorios. También se han creado pólizas con prestaciones adaptables a las características del individuo, como las dirigidas a niños o personas de la tercera edad, o bien a ciertas necesidades, como asistencia dental o terapéutica o asistencia abarcable al extranjero.

Un método de competir con el sistema público llevado a cabo por algunas entidades es el ofrecer servicios que la propia Seguridad Social no suministra, como es prácticamente todo lo relacionado con medicina preventiva, hospitalización domiciliaria, etc. Por otra parte, la comercialización de seguros de reembolso de los gastos médicos ocasionados está experimentando un crecimiento muy importante, y lo mismo está sucediendo con las pólizas que incorporan una indemnización por fallecimiento y un subsidio de hospitalización.

Sin embargo, la situación que vive el seguro sanitario privado tampoco está exenta de problemas. Un recorrido por los distintos sistemas sanitarios de diferentes países desarrollados informa de las reformas que en ellos se están llevando a cabo. Sistemas con predominancia pública, como el caso del Reino Unido, y sistemas con predominancia privada, como el caso de Estados Unidos, están sujetos a una revisión que finalmente parece dirigida a la implantación de un mercado compartido entre ambos sistemas.

En España, las nuevas técnicas y la mayor flexibilidad en las prestaciones a las que se ha visto obligado el mercado asegurador sanitario y el aumento de la inflación en la Economía en general, han ido elevando continuamente sus costes. Mientras tanto, los rendimientos en unos mercados todavía pequeños (y a veces insuficientes), no han seguido la misma pauta.



La contención de los gastos ha generado, entre otras iniciativas, que muchas empresas requieran de sus asegurados la participación en los mismos. Aparecen primas en las que se fija una determinada franquicia por debajo de cuyo valor el gasto corre a cargo del cliente, lo cual, traducido a otros términos significa una participación en la siniestralidad. Por otra parte, el aseguramiento del cliente se está convirtiendo en un proceso cada vez más riguroso. Los precios de las primas se determinan según el sexo y la edad del cliente, lo cual da lugar a una tarifa que de alguna manera (no completamente) selecciona los riesgos a los que se enfrenta la empresa aseguradora.

Este crecimiento y los cambios que se están produciendo no eliminan las deficiencias que el sector asegurador tiene aún hoy día. Si por un lado, las entidades dan publicidad acerca de estar flexibilizando y diversificando sus servicios y ampliando sus coberturas, por otro, están ofreciendo pólizas donde estrechan el cuadro de facultativos y empiezan a sentir algunos de los problemas presentes en la sanidad pública. Mediante la reducción del cuadro médico, las entidades logran abaratar el precio de dichas pólizas e intentan reducir los gastos generales al poder controlar (supuestamente) más fácilmente la actuación de los propios médicos.

La extensión de la cobertura deja todavía desprotegidas ciertas áreas que, sin embargo, afectan a un gran número de personas en la población. Podemos mencionar como ejemplo: enfermedades nerviosas, alcohol y drogadicción, deformaciones y defectos, cirugía estética voluntaria, síndrome de inmunodeficiencia adquirida,..etc.

La ausencia real de una prima fijada bajo principios de racionalidad técnica, por la infrautilización de sistemas de gestión y análisis dentro de las entidades y/o por la falta de control sobre las personas que son aseguradas, hace que sus precios se determinen con un alto grado de arbitrariedad. La información del consumidor, aún menor que la de las aseguradoras y los facultativos, le llevan en muchas ocasiones a dejarse guiar, en sus decisiones sobre contratación de seguro, por opiniones o señales que no puede valorar objetivamente. Se da así, una unión entre seguro y asegurado con fuertes obstáculos para llegar a ser eficiente.



La implantación generalizada de pólizas que cubran los riesgos del asegurado no provenientes propiamente de una asistencia médica, sino de la incapacidad para realizar sus actividades normales a causa de la enfermedad o la pérdida del tiempo productivo durante el período que la padezca, parece difícil de conseguir a corto plazo a la vista de su alto coste en comparación con otras formas de seguro sanitario entre las que no podemos olvidar el campo público.

La materia más urgente, a la vista de estos resultados, es estudiar minuciosamente y en su conjunto el sector sanitario español, reconocer la doble cobertura existente (público-privada) y sentar las bases en las que cada una de ellas debe operar para lograr un funcionamiento eficaz y el mayor bienestar de la población.



7. **APENDICE 1.**



CODIGO 3

ENTREVISTADOR 5

Características familiares

1- Número de personas que conviven con vd. 7

2- Tipo de familia (encerrar en un círculo la respuesta elegida)
1-Matrimonio/pareja sin hijos
2-Matrimonio/pareja con hijos solteros
3-Padre con hijos solteros 8
4-Madre con hijos solteros
5-Otros (especificar)

3- ¿Hay alguna persona menor de 14 años? ¿Cuántos? 9

Utilización servicios sanitarios

4- Podría decirnos cuántas veces vd. o algún otro miembro de su familia mayor de 14 años ha utilizado los servicios de Atención primaria (médico de cabecera) en el último trimestre en relación a:

	Nº veces	Tipo		
A-Solicitud recetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 12
B-Enfermedad crónica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 15
C-Enfermedad aguda leve	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 18
D-Enfermedad aguda grave	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 21

Codificación Tipo (Tipo de proveedor habitual):
1-Sólo asistencia pública
2-Sólo asistencia privada
3-Ambas, preferente pública
4-Ambas, preferente privada
5-Ambas, indistintamente
6-Asistencia particular (pago total)

5-(Sólo aquellos casos en que hay miembros menores de 14 años, si no pasar a 6). Podría decirnos cuántas veces ha utilizado algún miembro de su familia los servicios de Pediatría en el último trimestre en relación a:

	Nº veces	Tipo		
A-Solicitud recetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 24
B-Enfermedad crónica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 27
C-Enfermedad aguda leve	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 30
D-Enfermedad aguda grave	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 33

Codificación Tipo como en 4.

¿Usted o algún miembro de su familia ha utilizado los servicios de algún hospital o clínica en estos últimos 12 meses?

6- ¿Cuántas veces? 34 (si es igual a 0, pasar a 11)

Para la última hospitalización nos podría indicar:

7- Motivo de la asistencia 35

8-Número de días 37

9-Tipo de hospital (encerrar en círculo la respuesta):
1-Público 38
2-Privado

10- ¿Tuvo que pagar algo por la asistencia? (encerrar en un círculo la respuesta):
1-Sí, todo 39
2-Sí, parte
3-Nada

Sistema de Provisión Familiar

11- ¿Cuál de las dos siguientes alternativas le parece a usted mejor? (escoger sólo una y encerrar en un círculo)

1- Un seguro en el que la entidad le presta la asistencia que vd. necesita dentro del cuadro médico y hospitales que le ofrece la misma.
2- Un seguro en el que vd. elige el médico y la entidad le reembolsa con posterioridad el importe de los gastos. 40

3- No sabe/No contesta (NO LEER)

12- ¿Qué sistemas sanitarios utiliza vd. o su familia? (encerrar en un círculo)

	SI	NO	
- Seguridad Social	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 41
- Seguro Sanitario Privado	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 42
- Asistencia Particular	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 43

13- ¿Conoce la existencia de seguros privados para el aseguramiento de su salud? (encerrar en un círculo)

1 Sí 2 No (Si NO, pasar a 19) 44

14- ¿Vd. o algún miembro de su familia está asociado a alguna sociedad o mutua de seguros sanitarios? (encerrar en un círculo)

1 Si 45
2 No (Si NO, pasar a 19)

15- ¿Cuántos miembros? 46

16- Número de pólizas diferentes 48



24- ¿Y el motivo principal para elegir la entidad con la que lo contrató? (encerrar en un círculo):

- 1-Por recomendación de un compañero de trabajo, un amigo o un familiar
- 2-Por recomendación de un agente o vendedor de la entidad
- 3-Por recomendación de algún médico
- 4-Por los servicios que me ofrece en cuanto a cuadro médico, hospitales..
- 5-Porque lo ofrece una entidad solvente y de prestigio
- 6-Porque es muy conocida, realiza mucha publicidad en los medios de comunicación
- 7-Otras _____

92

25- Sólo si contesta 1 en 24: ¿sabe si la persona estaba asegurada en esa entidad? (encerrar en un círculo)

- 1- Sí, si estaba
- 2- No, no estaba
- 3- No lo sabe

93

26- ¿Consultó características de los seguros sanitarios ofrecidos por otras entidades antes de contratar el (los) suyo? (encerrar en un círculo)

- 1 Sí
- 2 No

94

PARA LOS QUE NO TIENEN CONTRATADO UN SEGURO DE SALUD

27- Usted es únicamente usuario del Sistema Sanitario Público, por favor, podría decirnos si está de acuerdo (1) o en desacuerdo (2) con las siguientes afirmaciones en relación con no utilizar sistemas sanitarios privados:

- 1- No tengo asistencia sanitaria privada porque resulta muy cara
- 2- No considero necesario tener dos seguros sanitarios, con el público me basta
- 3- La asistencia sanitaria pública ha mejorado en los últimos años, siendo innecesario contratar un seguro privado
- 4- No compensa tener seguro privado porque se han de pagar las medicinas

95

96

97

98

Publicidad de la entidades aseguradoras

PARA TODOS LOS ENTREVISTADOS

28- ¿Recuerda haber visto u oído recientemente publicidad de entidades ofreciendo seguros sanitarios? (encerrar en un círculo)

- 1 Si 99
- 2 No (Si NO, pasar a 30)

29- ¿Recuerda qué compañías eran y el medio de comunicación?

Compañía	Medio de comunicación		
1- _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 102
2- _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 105
3- _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 108

Codificar Medio de comunicación según:

- 1- TV
- 2- Prensa
- 3- Radio
- 4- Revistas
- 5- Vallas
- 6- Correo
- 8- Otros

30- Le voy a mencionar algunas compañías que ofrecen seguros sanitarios, podría decirme su opinión sobre ellas puntuándolas de 1 a 9. (Si no las conoce puntuar "0").

ASIST.SANIT. COLEGIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 109
SANITAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 110
ADESLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 111
PREVIASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 112
AEGON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 113
MAPFRE VIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 114
VITALICIO SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 115
LA ALIANZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 116
CENTRO ASEGURADOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 117
ARESA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 118
FIATC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 119
LABOR MEDIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 120



Características de identificación

31- Características de la familia (coger los cartones de codificación correspondientes):

	Entrevistado	Persona Ppal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	122
Relación P.P.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	124
Sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	126
Año nacimiento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	128
Cat. Profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	130
Estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	132
Régimen S.S.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	134

Persona	Relación P.P.	Sexo	Año nacimiento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	136
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	138
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	140
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	142
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	144
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	146
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	148

32- ¿Podría decirnos cuál es el volumen de ingresos netos mensuales de su hogar? (encerrar en un círculo)

- 1- Menos de 50.000
- 2- Más de 50.000 a 100.000
- 3- Más de 100.000 a 150.000
- 4- Más de 150.000 a 200.000
- 5- Más de 200.000 a 250.000
- 6- Más de 250.000 a 300.000
- 7- Más de 300.000
- 8- No contesta

33- ¿Cuál cree vd. que es su estado de salud?

- 1- Muy bueno
- 2- Bueno
- 3- Regular
- 4- Malo
- 5- Muy malo
- 6- No sabe/No contesta (NO LEER)

34- ¿Considera vd. que alguna persona de su familia tiene una salud deficitaria? (encerrar en un círculo)

- 1 Sí 2 No

35- (Si contesta SI en 33):

¿Cuántas personas?

36- Respecto a los distintos tipos de seguros sanitarios que se ofrecen en el mercado vd. tiene conocimiento de (encerrar en un círculo todas aquellas conocidas):

- 1- Seguros de asistencia sanitaria
- 2- Seguros de reembolso de gastos
- 3- Seguro de Indemnización por baja o enfermedad

Habitat

36- Dirección/Barrio/Distrito Municipal 167

37- Ciudad de residencia 170

38- Tipo de vivienda: 173

- metros cuadrados 174

- régimen de propiedad 174

Observaciones del entrevistador

140

142

144

146

148

150

152

154

156

158

159

160

161

162

163

164

165



8. REFERENCIAS:

- Acton, J.P., (1975): "Nonmonetary Factors in the Demand for Medical Services: some Empirical Evidence", Journal of Political Economy, Vol.83, nº3, (595-613).
- Arrow, K.J., (1963): "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", American economic Review, Vol. 58, (941-973).
- ----- (1971): Essays in the Theory of Risk-Bearing, - North-Holland Publishing Company, Amsterdam-London.
- Becker, G.S., (1965): "A Theory of the Allocation of Time", The Economic Journal, 75, (493-517), Sept.
- Benito de Vega, J., (1990): "Análisis Bursátil", El País, 11 de diciembre de 1990.
- Boaz, R. and C.F. Muller, (1989): "Does Having More time after Retirement Change the Demand for Physician Services?", Medical Care, Vol.27, nº1, (1-15), January.
- Brook, R.H. et al., (1983): "Does Free Care Improve Adults' Health?. Results from a Randomized Controlled Trial", The New England Journal of Medicine, 309, (1426-1434), Dec.
- Busquets, F., (1988): "Teoría General del Seguro", Ed. Vicens-Vives. Barcelona.
- Cafferata, G.L. and J.D. Kasper, (1985): "Family Structure and Children's Use of Ambulatory Physician Services", Medical Care, Vol.23, nº4, (350-360), April.



- Calonge, S., (1988): "La Demanda Sanitaria: Evidencia Empírica en un Modelo Tobit", Tesis Doctoral. Departamento de Econometría, Estadística y Economía Española. Universidad de Barcelona.

- Cartwright, W.S. et al., (1992): "Impact of Varing Medigap Insurance Coverage on the Use of Medical Services of the Elderly", Applied Economics, 24, (529-539).

- Cauley, S.D., (1987): "The Time Price of Medical Care", The Review of Economics and Statistics, Vol.69, nº1, (59-66), Feb.

- Cea, F., (1988): "Rasgos que caracterizan los Sistemas de Previsión social en la Comunidad de Castilla-León", II Reunión anual de ASEPELT. Valladolid, Junio.

- Cullis, J.G. and P.A. West, (1984): Introducción a la Economía de la Salud, Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao.

- Ehrlich, I., and G. Becker, (1972): "Market Insurance, Self-insurance and Self-protection", Journal of Political Economy, 80, nº4, (623-648).

- Elola F.J., (1991): "Crisis y Reforma de la Asistencia Sanitaria Pública en España (1983-1990)", Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.

- et al., (1987): "Asistencia Sanitaria Pública en España. Gasto y Cobertura". VII Jornadas de Economía de la Salud. Las Palmas de Gran Canaria. Mayo.

- El País, (1992): "Curarse en Salud". El País. Negocios. 17 de mayo.

- Encuesta Continua de Presupuestos Familiares. Metodología y Resultados de 1989. (1991). Instituto Nacional de Estadística. Madrid.



- Feldman, R. and B. Dowd, (1991): "A New Estimate of the Welfare Loss of Excess Health Insurance", The American Economic Review, March, (297-301).

- Feldstein, M.S., (1973): "The Welfare Loss of Excess Health Insurance", Journal of Political Economy, 81, n°2, Part I, (251-280).

- , (1977): "Quality Change and the demand for Hospital Care", Econometrica, Vol. 45, n° 7, (1681-1702) Oct.

- Feldstein, M. and B. Friedman, (1977): "Tax Subsidies, the Rational Demand for Insurance and the Health Care Crisis", Journal of Public Economics, n°7, (155-178).

- Friedman, B., (1974): "Estimation of the Strength of Money Risk Aversion from Consumer Choice of Health Insurance Option" Review of Economics and Statistics, (209-214) May.

- Gertler, P. et al. (1987): "Are User Fees Regressive?. The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru", Journal of Econometrics, n°36, (67-88).

- Gertler, P. and J. van der Gaag, (1989): "Measuring the Willingness to Pay for Social Services in Developing Countries", I European Conference on Health Economics, Barcelona, 1989.

- González, J.C., (1991): "El Marco Legal del Seguro Privado en España". Gerencia de Riesgos, n° 33, Primer Trimestre.

- González, S., (1992): "Los Seguros Sanitarios, una Alternativa a la Seguridad Social". El Mundo, 23 de septiembre.



- González, Y. y C. Murillo (1992): "Demand Analysis of the Private Health Insurances", XXXV International Conference. Applied Econometrics Association. Econometrics and Social Security. San José, Costa Rica. 22-24 April.
- Gould, J.P., (1969): "The Expected Utility Hypothesis and the Selection of Optimal Deductibles for a given Insurance Policy", The Journal of Business, 42, n°2, (143-151).
- Guerrero, J.L., (1992): "La Alternativa a los Canales Tradicionales", El Mundo, 23 de septiembre.
- Huang, L. et al., (1989): "Demand for Medigap Insurance by the Elderly: A Microsimulation Analysis", Applied economics, n°21, (1325-1339).
- Información Trimestral del Ministerio de Economía y Hacienda. Dirección General de Seguros. Varios años.
- Keeler, E.B., et al., (1977): "The Demand for Supplementary Health Insurance or Do the Deductibles Matter?", Journal of Political Economy, Vol.85, n°4, (641-655).
- Keeler, J.P. et al., (1977): "Deductibles and the Demand for Medical Care Services: the Theory of a Consumer Facing a Variable Price under Uncertainty", Econometrica, Vol.45, n°3, (789-801) April.
- Lohr et al., (1986): "Effect of Cost-Sharing on Use of Medically Effective and Less Effective Care", Medical Care, Vol. 24, n°9, (31-38). Supplement. (31-38), Sept.
- Manning, W.G. et al., (1987): "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment", The American Economic Review, 77, n°3, (251-277).



- Medrano, E., (1991): "El Gobierno debe Facilitar a los Ciudadanos al Acceso a la Medicina Privada", El Nuevo Lunes, 15-21 de abril.
- Memoria Anual del Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria, (1987).
- Memorias Anuales del Ministerio de Economía y Hacienda. Dirección General de Seguros. Varios años.
- Mossin, J., (1968): "Aspects of Rational Insurance Purchasing", Journal of Political Economy, 76, (553-568).
- Mueller, C.D. and A.C. Monheit, (1988): "Insurance Coverage and the Demand for Dental Care: Results for Non-aged white adults", Journal of Health Economics, nº7, (59-72).
- Murillo, C. y Y. González, (1992): "Health Insurances in Spain", XXXV International Conference. Applied Econometrics Association. Econometrics and Social Security. San José, Costa Rica. 22-24 April.
- Newhouse, J.P. et al., (1980a): "On Having your Cake and Eating it Too. Econometric Problems in Estimating the Demand for Health Services", Journal of Econometrics, 13, (365-390).
- Newhouse, J.P. et al., (1980b): "The Effect of Deductibles on the Demand for Medical Care Services", Journal of the American Statistical Association, Vol. 75, nº3-71, Sept., (525-533).



- Newhouse, J.P. et al., (1981): "Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance", The New England Journal of Medicine, Vol.305, nº 25, (1501-1507).

- Nolan, B., (1989), "Public Provision, Insurance and Health Service Utilization in Ireland", European Conference on Health Economics, Barcelona, 1989.

- Patrick et al. (1992): "Health Status and Use of Services among Families with and without Health Insurance", Medical Care. Vol. 30, nº 10. October.

- Pauly, M., (1968): "The Economics of Moral Hazard: Comment", The American Economic Review, nº 58, (531-537).

- , (1971): "An Analysis of Government Health Insurance Plans for Poor Families", Public Policy, 19, nº3, (489-521).

- , (1974): "Overinsurance and Public Provision of Insurance: The Roles of Moral Hazard and Adverse Selection". Quarterly Journal of Economics, Vol. 88, nº 1, (44-62) Feb.

- Phelps, Ch.E. and J.P. Newhouse, (1974): "Coinsurance, the Price of Time and the Demand for Medical Services", The Review of Economics and Statistics, 56, (334-342), August.

- Portela, M. (1990): "Un año fundamental", El País, 11 de diciembre de 1990.

- Propper, C., (1989): "An Econometric Analysis of the Demand for Private Health Insurance in England and Wales", Applied Economics, Vol.21, (772-792) Juny.



- Rice, T., (1992): "An Alternative Framework for Evaluating Welfare Losses in the Health Market", Journal of Health Economics, 11, (85-92).

----- and N. McCall, (1985): "The Extent of Ownership and the Characteristics of Medicare Supplemental Policies", Inquiry, 22, (180-200), Summer.

- Rodríguez, M., (1988): El Gasto Sanitario en Cataluña. Análisis del Gasto Sanitario Privado y su Contribución a la Política Sanitaria, Tesis Doctoral, Barcelona.

- Rosett, R. N. and L. Huang, (1973): "The Effect of Health Insurance on the Demand for Medical Care", Journal of Political Economy, 81, nº 2, Part I, (281-305).

- Smith, V.L., (1968): "Optimal Insurance Coverage", Journal of Political Economy, nº 76, (68-77).

- Stoddart, G. L. and M.L. Barer, (1981): "Analyses of Demand and Utilization through Episodes of Medical Service", Health, Economics and Health Economics, in J. van der Gaag and M. Perlman (eds), North-Holland, Amsterdam, (149-179).

- Tirado, J., (1992): "¿El Seguro de Asistencia Sanitaria y el Seguro de Enfermedad son el mismo Ramo o son Ramos Diferentes?". Actualidad Aseguradora, nº 29, 21 de sept.

- Van de Ven, W., (1983): "Effects of Cost-Sharing in Health Care", Effective Health Care, Vol. 1, nº1, (47-56).

----- and J. van der Gaag, (1982): "Health as Unobservable. A MIMIC-Model of Demand for Health Care", Journal of Health Economics, nº1, (157-183).



- and B. van Praag, (1981a): "The Demand for Deductibles in Private Health Insurance. A Probit Model with Sample Selection", Journal of Econometrics, nº17, (229-252).
- (1981b): "Risk Aversion and Deductibles in Private Health Insurance: Application of an Adjusted Tobit Model to Family Health Care Expenditures". Health, Economics and Health Economics, in J. van der Gaag and M. Perlman (eds). North-Holland. Amsterdam. (125-148).
- Van Vliet, R. and B. Doorslaer, (1988): "Disaggregation of the Demand for Hospital Care", Applied Economics, Vol.20, (969-984).
- Velasco, J.M. y M.A. Sempere, (1991): "Especial Seguros Médicos", El Nuevo Lunes, 15-21 de abril.
- Viscusi, W.K. and W.N. Evans, (1990): "Utility Functions that Depend on Health Status: Estimates and Economic Implications", The American Economic Review, (353-374), June.
- Von Tautphaeus, M. (1992): "Aspectos de la Selección y Suscripción de Riesgos. Negocio Individual y Colectivo", El Seguro de Salud: Aspectos Técnicos y Comerciales. Documento nº151, ICEA, mayo.
- Welch, B., et al., (1987): "The Rand Health Insurance Study: A Summary Critique", Medical care, nº25, (148-156), Feb.
- Wolfe, J.R. and J.H. Godeeris, (1991): "Adverse Selection, Moral Hazard and Wealth Effects in the Medigap Insurance Market", Journal of Health Economics, nº10, (433-459).



- Zeckhauser, R., (1970): "Medical Insurance: A Case Study of the Tradeoff between Risk Spreading and Appropriate Incentives", Journal of Economy Theory, nº 2, (10-26).

- Zweifel, P., (1991): Econometrics of Health Care, Duru, G. and J. Paeling (eds). (187-202).

MBA 344.1-GON-ANA
21390



J

MAPFRE ESTUDIOS



012533

L