

Información: motivador de la decisión de compra de seguros

En Octubre 17, The Experimental Economics Center (ExCEN) que hace parte del Andréw Young School of Policy Studies de Georgia State University realizó el primer evento de su serie 'Cátedras Distinguidas', donde el Dr. Peter P. Wakker presentó su estudio: "Improving Rational Insurance Decisions by Providing Clients with Risk Information".

Por:

Jimmy Martínez

Asesor Externo
FASECOLDA

El Dr. Wakker es profesor en el Instituto Económico de la Universidad Erasmus, Rotterdam y del Departamento de Economía Cuantitativa de la Universidad de Maastricht. Adicionalmente, se encuentra catalogado como uno de los mejores economistas de Holanda y, fue recientemente nombrado como uno de los 100 “científicos en economía y negocios” por el Essential Science Indicators (ESI).

Su principal campo de investigación es “la teoría de la decisión bajo riesgo”, la cual hace énfasis, especialmente, en las desviaciones de las decisiones racionales, conocimiento que permitirá, según el profesor Wakker, obtener recomendaciones que mejoren las decisiones de los individuos. Precisamente, este artículo resume los principales resultados y conclusiones de su charla en Georgia State University respecto a cómo mejorar las decisiones de compra de seguros de las personas al proveerles de información sobre riesgos y costos.

Motivar la toma de decisiones

Hacia principios de los noventa se introdujeron ajustes fiscales al sistema de salud público holandés. Como resultado, la cobertura de salud se reduciría y las personas enfrentarían la decisión de comprar seguros privados suplementarios de salud, para lo cual la información sobre los riesgos y costos de salud podrían ser de utilidad en la medida que tendría la finalidad de ayudar a los individuos a tomar mejores decisiones.

Es importante mencionar que el sistema de salud holandés es muy parecido al sistema de salud colombiano, pues los dos parten de una canasta mínima de servicios de salud, que en el caso colombiano se ha llamado POS (Plan Obligatorio de Salud) contributivo y subsidiado. En los dos sistemas, los seguros de salud cumplen una función suplementaria de esta canasta de servicios mínima, toda vez que pueden ofrecer los mismos servicios del POS pero en condiciones de calidad muy superiores.



Teniendo en cuenta el cambio de un sistema público de salud a uno de seguros suplementarios de salud, una compañía privada de seguros de salud holandesa decidió hacer un estudio que respondiera las siguientes preguntas:

¿Cuáles son los efectos de proveer información sobre riesgos a los clientes? ¿Son esos efectos deseables? Si lo son, ¿cuál es el tipo de información que se les debe ofrecer a los clientes?

Si bien el estudio se centra en el seguro de salud, las anteriores son preguntas de interés general para los esquemas de prevención como los de riesgos profesionales de tráfico y de riesgo en general. Por tanto, la intención del autor es que buena parte de sus implicaciones se puedan extrapolar a los seguros en general.

El estudio tiene como base una encuesta de profundidad que se les realizó a 476 individuos entre 18 y 69 años, que representan las dos terceras partes de la población holandesa con más bajo ingreso. Los encuestados se encontraban afiliados al sistema de salud público obligatorio y, por tanto, enfrentaban la posibilidad de tener que comprar seguros adicionales de salud.

Como se mencionó anteriormente, lo que se buscaba era establecer el efecto de la información sobre las decisiones de comprar seguros.

Por ello, la metodología del estudio consiste básicamente en tratar de cuantificar cómo y cuánto puede llegar a cambiar la disposición de compra de las personas cuando se les ofrece diferentes tipos de información con diferentes niveles de agregación. Específicamente, se usaron costos totales en servicios de salud y costos específicos¹ e información probabilística de riesgos de salud relevantes para los individuos (por ejemplo, la probabilidad de adquirir cierta enfermedad).

Cada uno de los anteriores, excepto la información probabilística, se presentó en diferentes agregaciones, es decir a nivel poblacional, que presenta los costos que enfrenta el individuo promedio de la muestra; a nivel de grupo de referencia², que muestra los costos promedio de individuos con similares características a la persona encuestada y, a nivel individual. Por ejemplo, a una persona de cierto nivel de ingreso, sexo y edad se le presentó

» Las personas más adversas al riesgo son más sensibles ante información adicional.

¹ Los autores usaron una desagregación de los costos de salud en siete categorías: gastos de hospital, honorarios del médico, gastos paramédicos (fisioterapia, terapia de lenguaje, etc), equipos de auxiliares, gastos en obstetricia y maternidad y transporte.

² Grupo de referencia se refiere al grupo de personas con iguales características a las del individuo.

la información de los costos totales promedio en salud en que incurrió el individuo promedio de la muestra (agregación a nivel poblacional), los costos promedio de todos los individuos con el mismo ingreso, sexo y edad (agregación a nivel de grupo de referencia) y, los costos que esta persona enfrentó (a nivel individual).

Resultados

Se les preguntó a los encuestados sobre su disposición para tomar seguros de salud suplementario (DTS, de aquí en adelante) antes y después de recibir cada uno de los tipos de información. Específicamente, se les preguntó de una escala de 1 a 7 antes y después de recibir la información. El número 1 equivale a que no estaría dispuesto a adquirir un seguro complementario y 7 corresponde a que estaría totalmente dispuesto. La información se presentó en el siguiente orden: población, grupo de referencia e individual.

La única información que generó cambios significativos en la DTS fue la información agregada a nivel poblacional sobre los costos totales y, la información referente a costos específicos. La información a nivel individual y de grupo de referencia no generó ningún cambio sobre la DTS así como, sorprendentemente, la información probabilística tampoco genera grandes cambios en la DTS.

Las personas más adversas al riesgo son más sensibles ante información adicional. En suma, y de acuerdo con la intuición, se encontró que las personas más adversas al riesgo son más sensibles ante información adicional. Es decir, en la medida en que las personas son menos tolerantes al riesgo, la DTS se incrementa

en mayor proporción cuando reciben nueva información relevante que personas con mayor tolerancia al riesgo. Un resultado similar se encontró en el caso de los costos específicos, es decir, las personas que tienen mayores costos de salud tienden a aumentar en mayor proporción la DTS. Dicho efecto es mayor si los costos se desagregan por costos específicos, lo que significa que una mayor desagregación de los costos genera una mayor conciencia del riesgo.

También, se les preguntó a las personas sobre su preferencia por el nivel de desagregación de la información. Existe una tendencia clara por la información a nivel individual, especialmente, por la desagregada en costos específicos. Es decir, la satisfacción del consumidor mejora si se le provee con información sobre costos específicos a nivel individual.

Se debe resaltar que en la encuesta se encontró que las personas se sienten más cómodas tomando sus decisiones sobre seguros sin información probabilística que con ella. Al parecer, concluye el estudio, prefieren información más digerible y, que les permita tomar más fácil las decisiones de compra como la información sobre los costos.

Desde el punto de vista de mercadeo, la mayor información sobre costos genera una mayor DTS en personas con altos costos. Es decir, la mayor información sobre los costos los induce a comprar más seguros. Sin embargo, el Dr. Wakker argumenta, desde el punto de vista de la sociedad, que esto puede que no sea tan bueno porque disminuye las posibilidades de diversificación, pues en el mercado podrían haber, cada vez en mayor grado, más personas de riesgos



» La satisfacción del consumidor mejora si se le provee con información sobre costos específicos a nivel individual.

altos y menos personas de riesgos bajos. Ésto puede generar un alto grado de selección adversa por que las personas que perciben bajos costos individuales podrían reducir su DTS mientras los que tienen altos costos de salud pueden sentirse más motivados a comprar seguros, lo que eventualmente puede desembocar en el cierre del mercado por la imposibilidad de diversificar el riesgo entre diferentes clases de agentes.

Conclusiones

En conclusión, el Dr. Wakker y los coautores del estudio encuentran que la satisfacción del consumidor aumenta cuando se le provee con cierto tipo de información, especialmente información de costos totales y desagregados de salud a nivel individual.

En otras palabras, los clientes consideran valiosa este tipo de información porque los concientiza de los posibles costos en los que pueden incurrir.

Adicionalmente, las personas se sienten más cómodas tomando decisiones de seguros sin información probabilística, seguramente, porque es información compleja que no pueden procesar fácilmente.

El mensaje principal del estudio es que la provisión de información en la toma de decisiones bajo riesgo se debe hacer de manera cuidadosa. En el caso del estudio, los autores concluyen que la provisión de información individual puede ser muy buena desde el punto de vista individual pero desde un punto de vista social puede no serlo (debido a que puede generar el cierre del mercado por cuenta de la selección adversa).

En el caso colombiano, la Superintendencia Financiera está llevando a cabo el valioso esfuerzo de proveer información sobre los costos de los servicios financieros al consumidor. En el caso de los seguros, la información que se debe ofrecer a las personas no es obvia, dado que los seguros no son un producto homogéneo en el sentido en que dos de estos productos pueden tener el mismo precio, pero con diferentes ca-

racterísticas. Por tanto, la industria debe tomar la iniciativa de estudiar cuál debe ser la información que ofrece los mayores beneficios, tanto en términos sociales e individuales, e incorporarlo a la estrategia de comunicación del gremio.

RESEÑA

Efficiency of Insurance Firms with Endogenous Risk Management and Financial Intermediation Activities. J. David Cummins, Temple University, Georges Dionne*, HEC Montréal, Robert Gagné, HEC Montréal, Abdelhakim Nouira, HEC Montréal Este documento investiga como las compañías de seguros de daños en los Estados Unidos pueden generar valor a través de sus actividades de intermediación financiera y, de manejo de riesgo como estrategias para reducir costos e incrementar su eficiencia. El documento utiliza herramientas econométricas para calcular la función de costos de los aseguradores con el objetivo de medir que tan lejos o cerca se encuentran de dicha frontera, lo que se puede interpretar como un indicador de eficiencia.

Los resultados indican que tanto las actividades de intermediación como de manejo de riesgo incrementan considerablemente la eficiencia de las aseguradoras de daños. Lo anterior sugiere que muchos aseguradores en los Estados Unidos pueden reducir costos al incrementar sus actividades de intermediación y, de manejo de riesgo. No obstante, pequeños aseguradores pueden tener barreras de economías de escala que no les permite acceder a los beneficios de dichas actividades. Por tanto, los autores sugieren que debería darse una mayor consolidación en el mercado de seguros de daños en los Estados Unidos con el objetivo de incrementar la eficiencia.