

FRANCISCO GÁRATE SANTIAGO e IRENE ALBARRÁN LOZANO\*. Actuarios

# Asimetrías de información en el sector: «a veces el remedio es peor que la enfermedad»

**L**A teoría enseña que cuando un mercado funciona de tal forma que todos los agentes conocen todos los detalles que influyen en la negociación, el resultado es el óptimo: los precios y las cantidades intercambiadas son las que deben ser. Sin embargo, esta situación, lejos de ser lo habitual, no deja de ser una deseable quimera y es prácticamente imposible encontrar algún bien o servicio que se negocie de esta forma. Para no ser una excepción, el mercado de seguros padece imperfecciones que hacen que los contratos vendidos y sus precios difieran de lo que, en puridad teórica, debieran ser. Existen dos fenómenos que condicionan el consumo y las coberturas de los clientes, ponen en peligro la suficiencia financiera de la prima y, entre otras cuestiones, hacen que no se cumplan determinadas características fundamentales que deben definir al evento asegurable. Se trata de la selección adversa –o antiselección– y del riesgo moral –o moral hazard–, las cuales son manifestaciones de las denominadas asimetrías de información. Muy brevemente, diremos que la selección adversa lleva aparejada la contratación de un seguro por un individuo que paga una prima inferior

a la siniestralidad esperada por ese agente. Dicho de una forma más técnica, tal y como la definieron Rothschild y Stiglitz allá en 1976, sería aquella situación donde las asimetrías en la información entre tomadores y aseguradores conducen a que los asegurados reclamen pérdidas que son superiores a la tasa media de pérdidas correspondientes al total de la población usada por las entidades para fijar sus primas. Por tanto, el trato no es justo, sino que una de las partes se beneficia de la otra. Por su parte, el riesgo moral se produce una vez contratado el seguro, ya que por el mero hecho de tener esta cobertura, el comportamiento del individuo puede ser diferente al de no estar asegurado.

Se ha escrito mucho sobre la información asimétrica en los mercados de seguros. Su existencia hace que se produzca una correlación positiva entre cobertura de seguros –número de coberturas o pólizas suscritas– y la experiencia real de siniestralidad –ocurrencia del siniestro asegurado–. Para evitar las consecuencias no deseadas de estos fenómenos, se ha reaccionado de diversas maneras. Así, en el caso de la antiselección se han introducido mecanismos tales como el aseguramiento

obligatorio, la vinculación de la contratación a fenómenos o variables independientes de la voluntad de quien contrata el seguro –colectivos cerrados–, la inclusión de periodos de carencia para el acceso a determinados servicios o diversos mecanismos de selección de riesgo a través de la declaración previa del estado de salud a la contratación del seguro. Por su parte, para intentar evitar el riesgo moral, las compañías han reaccionado con medidas como la introducción de diversas y variadas estrategias como guías de buena práctica, sistemas de pago que no incentiven el incremento del uso excesivo de servicios, y hacer participe al asegurado de su siniestralidad, con sistemas de copago, franquicias, bonificaciones por baja utilización.

Sin embargo, la realidad ha demostrado que los resultados no han sido los deseados y que, lejos de resolver los problemas que se querían solucionar, las presuntas medidas correctoras han resultado no ser tan «correctoras». En este artículo queremos poner de manifiesto cómo las consecuencias de ciertas estrategias para evitar estas asimetrías descritas en la información pueden provocar consecuencias nada esperadas.

\* Irene Albarrán Lozano y Francisco Gárate Santiago actualmente forman parte del grupo de trabajo de Dependencia del Instituto de Actuarios Españoles.

Comencemos por la selección adversa. El mercado asegurador de vida sufrió durante los años 80 este problema cuando personas portadoras de virus del SIDA contrataron o ampliaron sus coberturas sin revelar su situación de contagio, o en la contratación de hipotecas por personas que habían sido excluidas por su riesgo elevado cuando algunas entidades introdujeron hipotecas con seguros con reconocimientos médicos mínimos. Otro ejemplo, es sabido que el hábito de fumar causa efectos nocivos para la salud de las personas. Estudios empíricos demuestran que la esperanza de vida para aquellos que tienen el vicio de fumar es al menos 6 años menor que la de los no fumadores, e incluso mayor según el grupo de edad considerado. Estas claras diferencias en la mortalidad de este colectivo indujeron a mediados de los años 60 a la compañía State Mutual Life Assurance Company of America a ser la pionera en implantar un plan especial para no fumadores en sus seguros de vida donde los solicitantes debían complementar una declaración afirmando que no había fumado ningún cigarrillo en los últimos 12 meses. En 1980, un estudio de la Life Insurance Marketing and Research Association (Boletín nº 144) mostraba que de las 230 compañías consultadas, un 30% reconocía la distinción de no fumador a la hora de tarificar sus productos, situación que cambió al 60% como resultado de otro estudio que demostraba la experiencia de la mortalidad ganada por dicha compañía pionera al tener en cuenta esta distinción. Si anteriormente los no fumadores estaban subsidiando a los fumadores pagando primas iguales, estos cambios provocaron movimientos de altas y bajas en las carteras —estrategias de reemplazo, rescates cercanos al 40%— que impulsaron a que muchas carteras quedasen prácticamente formadas por fumadores. Ahora bien, las nuevas carteras de las compañías que ofrecían ventajas a los no fumadores no experimentaron los resultados esperados.

Muchas fueron las razones mencionadas, pero cabe destacar entre ellas la inadecuada declaración o definición del estado de no fumador (por ejemplo, dentro del colectivo de fumadores, aparte de los fumadores esporádicos, también existían ex fumadores que no habían cumplido un año de abstención) y las conductas o hábitos de los asegurados una vez asegurados (donde podían encontrarse personas que perteneciendo al colectivo de no fumadores habían comenzado a fumar después de haber completado su propuesta).



***Si la selección adversa  
está ligada a  
los seguros voluntarios,  
el riesgo o abuso moral  
ocurre tras  
la contratación  
del seguro.***

Cabría preguntarse qué ocurre en mercados con poca experiencia, como es el caso del seguro de dependencia. A pesar de ser de los últimos llegados a la mesa del seguro, puede sospecharse que con alta probabilidad sea susceptible de sufrir la selección adversa, pues quienes disponen actualmente de las pólizas son aquellos con mayor probabilidad de utilizar los servicios ofrecidos o de sufrir el evento asegurado en el futuro y esa mayor probabilidad que el resto de la población no asegurada no está siendo tenida en cuenta por los aseguradores en sus pólizas al formalizar el contrato. Sin embargo, estudios recientes en Estados Unidos sugieren que aunque existe selección adversa en el mercado de seguros de dependencia ésta no produce un aumento en los costes ni mayor siniestralidad de la esperada. Los mayores costes de los asegurados con mayor probabilidad esperada de siniestralidad en el futuro son com-

pensados con los costes de quienes adquieren este tipo de seguro por su alto grado de aversión al riesgo y cuya probabilidad de tener siniestro en el futuro es realmente bastante menor que la media de la población general.

En definitiva, la selección adversa no ocurre en aquellos seguros donde existe un aseguramiento pleno, es decir, donde exista una obligatoriedad y universalidad del seguro y, por tanto, la prima se fija con la probabilidad de ocurrencia basándose en el total de la población. Pero esta situación es prácticamente imposible en el mercado de seguros sobre las personas, ya que nos encontramos en un mercado incompleto donde no todo el mundo se encuentra asegurado.

Si la selección adversa está ligada a los seguros voluntarios, el riesgo o abuso moral ocurre tras la contratación del seguro, pues el hecho de estar protegido reduce las cautelas que se tienen cuando no se está asegurado. Esto puede producir que el asegurado empeore sus hábitos de consumo o conducta sin preocuparse, por ejemplo, de su estado de salud (como aquellos asegurados que empezaron a fumar en el periodo de cobertura). El riesgo moral no sólo está en el comportamiento de los asegurados. Así, en los seguros de salud, también es posible encontrarlo en el proveedor del servicio sanitario que tiende a sobreutilizar los recursos en asegurados con cobertura total produciéndose una propensión al sobreconsumo o la sobreindicación de servicios sanitarios, realización de pruebas médicas cuando hay un tercero que corre con todos los gastos sanitarios, ya sea la aseguradora pública o privada.

En conclusión, muchas son las razones por las que el individuo no contrata un seguro de Vida o de Salud o de Dependencia, pero también muchas de estas razones han sido consecuencia de políticas de las propias entidades aseguradoras. La compañías deben buscar el equilibrio, pero sin olvidar que dicha búsqueda puede llevar aparejada efectos totalmente contrarios. ●