
2 Los productos y servicios de microseguro

2.1 Estrategias y retos para extender el seguro de salud a los pobres

Ralph Radermacher, Iddo Dror y Gerry Noble¹

Los autores agradecen las excelentes sugerencias provistas por Shahnaz Ahmed (consultor), David Dror (Erasmus University, Rotterdam), Klaus Fischer (Laval University), Jens Holst (consultor) y Priyanka Saskena (consultor).

El seguro de salud tiene varias peculiaridades que le distinguen de otros tipos de cobertura, tales como las de vida y propiedad. Este capítulo repasa las características específicas del microseguro de salud, prestando especial atención a diferentes puntos de vista, en especial, el de los proveedores de seguros y los asegurados.

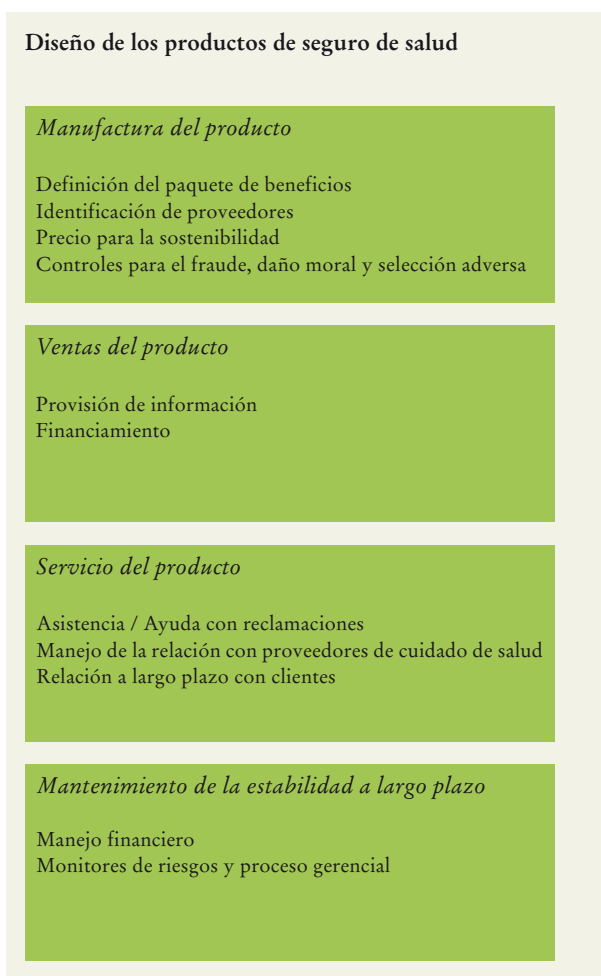
Para hablar de microseguro de salud se requiere, en primer término, un consenso en torno a su definición. Este capítulo define el seguro de salud como un mecanismo de transferencia de riesgo bajo el cual el asegurador asume cierto riesgo a nombre del asegurado a cambio de una prima. Las primas son pagadas por adelantado, a cambio de una compensación pagada retrospectivamente si ocurre un evento asegurable. El seguro de salud define riesgo asegurable en términos de eventos de la salud que generan costos. El microseguro de salud implica que la prima cargada es apropiada para clientes de bajos ingresos; esto, a su vez, resulta en un racionamiento severo de los beneficios para que pueda mantenerse su viabilidad. Cuando los beneficios de un producto son racionados, estos necesitan ser ajustados a las necesidades de los diferentes segmentos del mercado.

El asunto de ajustar la exposición a riesgo difiere, por ejemplo, entre los mineros, los agricultores, los pescadores y los vendedores en la plaza del mercado, por mencionar sólo algunas de las ocupaciones aquí implicadas. Aquellos trabajadores que trabajan en los campos de cultivo a menudo van sin zapatos y se exponen a mordeduras de serpientes y a la *leptospirosis* a un nivel mayor que los mineros, mientras que los mineros sufren más complicaciones respiratorias que los pescadores, etc. Del mismo modo, hay diferencias basadas en el género, la edad, la región y otras características. Por tanto, la prioridad dada a los diferentes beneficios variará entre los grupos.

¹ Algunos ejemplos en este capítulo provienen no de los estudios de casos, sino de la propia experiencia de los autores, incluyendo referencias a Microcare y Panworld, en Uganda, y a BAIF y Uplift Health, en la India.

Para poder ofrecer productos de microseguro de salud uno tiene que considerar los cuatros aspectos resumidos en la Figura 6: fabricación del producto, venta del producto, servicio del producto y mantenimiento de la estabilidad, a largo plazo. Este capítulo analiza algunos de estos componentes del microseguro de salud.

Figura 6



1 Fabricación del producto

Toda consideración comienza con la fabricación del producto. En su manera más simple, este proceso conlleva decisiones en el diseño y tarificación del paquete de beneficios. Sin embargo, los parámetros elegidos afectan al proceso de ventas y de servicios del producto y también afectan a la forma en que se mantiene la estabilidad.

La fabricación del producto requiere la definición de varios elementos: un grupo-meta de clientes específicos, una demanda para seguros, la compo-

ción del paquete de beneficios, su tarificación, los proveedores de cuidado de salud y controles para el peligro moral y la selección adversa. La dimensión abstracta incluye una tarificación sustentable que garantice la estabilidad del esquema, así como un procesamiento confiable de reclamaciones y la satisfacción de los clientes en torno a su seguridad (Albrecht, 1992). El diseño actual de un producto es la base para esta dimensión abstracta.

1.1 Peligro moral, selección adversa y fraude

El peligro moral, la selección adversa y el fraude son comúnmente considerados como los problemas principales del seguro de salud, aunque otros factores tales como la selección del riesgo contribuyen en gran medida a los fracasos del mercado. Antes de adentrarnos en otros componentes del diseño del producto, es conveniente definir estos problemas y explicar por qué representan retos particulares al seguro de salud.

El **riesgo moral** ocurre cuando las personas de un seguro usan más servicios que los que ellos utilizarían en ausencia de cobertura, solamente porque saben que están protegidos. A veces, tener seguro puede ser un incentivo fuerte para que se incurra en una pérdida asegurada. Un cliente, por ejemplo, puede haber tenido una preocupación de salud durante años, la cual previamente no había considerado suficientemente crítica como para tratarla (por ejemplo, una hernia o prolapso uterino). Sin embargo, después de que el cliente obtiene cobertura de seguro, bien puede decidir arreglar o atender su condición de salud bajo la cubierta de seguro.

La **selección adversa** ocurre cuando el perfil de riesgo de un grupo asegurado es peor que la que se esperaría de la población general. Hay dos causas principales:

1. El grupo asegurado no es un verdadero grupo preexistente y las personas enfermas se han unido específicamente para alcanzar beneficios de seguro. Un ejemplo de esto ocurrió en un esquema de salud basado en la comunidad de Uganda, para miembros de una cooperativa agrícola, donde los grupos tenían unas tarifas más altas que lo normal por reclamación. Las investigaciones revelaron que estos grupos no tenían pruebas de membresía preexistente y que probablemente se formaron específicamente para beneficiarse del esquema de salud.
2. Los grupos preexistentes con un número de miembros enfermos mayor de lo usual se unen a un programa de seguros con otros grupos más saludables cuando otros grupos más saludables no lo hacen. Esto es un problema particular si el tamaño de los grupos es pequeño. Por ejemplo, Microcare (Uganda) matriculó un grupo de seguro de salud originalmente establecido

con FINCA (por sus siglas en inglés), que utiliza (una metodología clásica de banca rural donde los grupos se componen de 30 o más familias) a otra IMF (por sus siglas en inglés) conocido como Pride Uganda, donde el tamaño del grupo puede ser de cinco familias. Por tanto, los grupos pequeños con varios miembros que tienen problemas médicos rápidamente se unieron al esquema, mientras que los grupos de individuos saludables fueron más renuentes a inscribirse.

En cualquier caso, el costo de asegurar a estas personas sería más alto que lo esperado y, a menudo, las reclamaciones vienen siendo más altas que el total de la prima cobrada, lo que resulta en que el esquema presente una pérdida sustancial.

Fraude: el seguro de salud está particularmente a expensas del fraude a través del mundo, independientemente de los niveles de salud de los clientes. Aun en el caso de mercados muy sofisticados como el de Estados Unidos, los aseguradores de salud dedican recursos sustanciales a la detección y el control del fraude. El asegurador corre el riesgo de abuso por fraude por parte de:

- el cliente, por ejemplo, cuando obtiene tratamiento para personas no cubiertas bajo el esquema de seguro a través del robo de identidad;
- el proveedor de servicio de salud que podría, por ejemplo, someter reclamaciones falsas o inflar las reclamaciones genuinas al reclamar el uso de medicamentos más costosos que aquellos que se utilizaron realmente;
- los administradores del esquema, incluyendo el personal del propio asegurador, que pudieran, por ejemplo, procesar reclamaciones falsas o procesar reclamaciones genuinas dos veces, posiblemente en colusión con proveedores deshonestos,
- o, una combinación de todos los anteriores.

Ya que los esquemas se pueden colapsar fácilmente por fraude, es esencial que sean implantados mecanismos de prevención de fraude antes de que comience a operar el esquema. Al final de los años noventa, una de las compañías de seguro general más importantes de Uganda, Panworld, se colapsó después de varios meses de lanzar un seguro de salud, principalmente, a causa de un nivel masivo de fraude en el esquema.

El riesgo moral, la selección adversa y el fraude existen en todo tipo de seguro. Son particularmente problemáticos en el seguro de salud a causa de la naturaleza subjetiva de los eventos asegurados. En el seguro de salud, por ejemplo, el evento asegurado es objetivamente verificable —una persona está muerta o está viva—. También, tomando el ejemplo del seguro de eventos cli-

matológicos, un edificio puede estar asegurado contra daños por viento de 100 km/h o más —un fenómeno, que es objetivo y comprobable—. Mientras que el riesgo moral existe, pocas personas elegirían la muerte sólo para poder reclamar bajo una póliza de seguro (aunque el suicidio es una excepción, por lo que está excluido de la mayor parte de los contratos de seguro de vida). Del mismo modo, mientras el incendio delictivo es un riesgo moral para el seguro de propiedad, es relativamente fácil investigarlo y detectarlo.

Sin embargo, la enfermedad es algo más subjetivo, cuyas ocurrencias son determinadas, generalmente, por proveedores de seguro de cuidado de salud motivados por un deseo de estimular al uso de sus servicios. Aunque pocas personas optarían someterse a cirugía de corazón abierto solamente porque están asegurados, lo mismo no puede decirse del cuidado en clínicas externas al que se tiene acceso. En el seguro de salud, el riesgo moral puede ser utilizado tanto por el proveedor como por el asegurado, por lo que el riesgo moral es un asunto particularmente complicado para los aseguradores de salud.

La selección adversa no es exclusiva al seguro de salud. Los individuos que fuman o beben alcohol son más propensos a sufrir enfermedades y encaran una expectativa de vida más baja. Un fumador o un bebedor, que oculta este hecho a una compañía de seguros cuando compra un seguro de vida, es en efecto un caso de selección adversa, que puede afectar negativamente las probabilidades de pérdida. Sin embargo, como este ejemplo demuestra, es más fácil esconder información personal sobre el estado de salud de uno que sobre el estado de una propiedad o de un cultivo.

Por lo tanto, la selección adversa ocurre comúnmente en el seguro de salud cuando la gente que sabe que tiene más riesgo que el promedio de instar una reclamación compra un seguro (o personas de bajo riesgo se salen del esquema). Por ejemplo, una mujer que acaba de confirmar que está embarazada se unirá a un esquema que tenga beneficios por maternidad considerables, o una persona que sabe que es VIH positiva se unirá a un esquema que cubre medicamentos antirretrovirales. Los costos de asegurados como estos aumentan la prima promedio, con la consecuencia de que las personas con una utilización bajo promedio podrían decidir que el seguro es muy caro y salirse del esquema. AssEF, una asociación de autoayuda para mujeres en Benin, incluye visitas prenatales y partos (alumbramientos) como parte de su paquete de beneficios. Aunque la suscripción estaba abierta para la familia entera, principalmente fueron las mujeres que se unieron. La situación se agravó por una salida masiva de miembros que dejó a las mujeres embarazadas sobre-representadas entre los miembros que se quedaron. Por lo tanto, la selección adversa podría afectar a la distribución del riesgo y la viabilidad económica de este esquema.

Al enfocarnos en los aspectos teóricos y técnicos del seguro de salud, caemos en el riesgo de ignorar condiciones específicas del financiamiento de los servicios de salud en el mundo en desarrollo, donde el microseguro podría convertirse en un importante componente de protección social. Aquello que podría considerarse como demanda de mercado, tratándose de riesgo moral, no es otra cosa que una expresión de la necesidad real que existe de tratamiento clínico y epidemiológico. En otras palabras, no es una cuestión de sobreutilización del cliente, después de unirse a un esquema de salud, sino de baja utilización de los servicios antes de unirse como miembro del esquema. Muchos de los microaseguradores tratan, precisamente, de atacar esto último.

Sin embargo, en un contexto particular, el microseguro tiene que definir metas primarias y explorar medidas concretas para controlar el riesgo moral no deseado y la selección adversa. Los enfoques aplicables a este contexto específico del microseguro de salud se tratarán con más detalle más adelante en esta misma sección; el capítulo pasa ahora a discutir varios elementos de la fabricación de productos, comenzando por definir el grupo-meta.

1.2 Definir el grupo-meta

El primer paso en la fabricación del producto es definir cuál es el grupo-meta. Generalmente, el microseguro de salud sólo trabaja con grupos preexistentes; la prima requerida para cubrir a individuos que vienen de la calle sería prohibitivamente alta, a causa del costo asociado con la selección adversa. Por otro lado, según se mencionó anteriormente, los productos para distintos grupos operacionales se verán diferentes (por lo menos deberían verse diferentes, siempre que no se alcance una cobertura comprensiva y los beneficios tengan que ser racionados). Sin embargo, la ocupación no es el único factor considerable cuando definimos los grupos; el género podría ser la característica más importante y las diferencias regionales pueden desempeñar también un papel significativo. Bienestar Magistral, en El Salvador, por ejemplo, ofrece un esquema para maestros del sector público; la Unión des Mutuelles de Santé de Güineé Forestiere (UMSGF) define su grupo-meta tan ampliamente como «todos los hogares en un área particular». Para este último, la ocupación no desempeña ningún papel, pero el área de operación restringe la membresía.

Definir el grupo-meta principal no debería necesariamente excluir a otros. Podría resultar interesante (para el asegurador y el asegurado) incluir otros hogares como miembros, ya que el riesgo de enfermedad es a menudo compartido por todos los miembros de un hogar. Varios microaseguradores han reconocido esto. En India, VimoSEWA tiene un grupo-meta compuesto de mujeres autoempleadas, y sólo los miembros de este grupo pueden adquirir

una póliza de seguro. Sin embargo, las mujeres autoempleadas pueden decidir extender la cubierta a sus esposos y a sus niños. Del mismo modo, Yes-hasvini Trust (India) exige que sus clientes sean miembros de una sociedad cooperativa, aunque también pueden extender la cobertura a su familia completa. El esquema de seguro podría requerir que los miembros de la familia entera se unan (o se les ofrezca una tarifa reducida como incentivo para ello). En Uplift Health, en la India, por ejemplo, se espera que los miembros inscriban a su familia entera, y el dejar de hacerlo, resulta en la duplicación de las primas individuales.

Cualquiera que sea el criterio utilizado para definir el grupo, es importante, seleccionar el grupo-meta de manera que sea conducente a la cohesión del grupo. En ausencia de lazos fuertes o si existe un grado bajo de capital social entre los miembros, estarán más propensos a exhibir un comportamiento egoísta, incluyendo niveles más altos de riesgo moral y de selección adversa, y tendrán un nivel más bajo de renovaciones pasado un año sin realizar reclamación alguna.

1.3 Estudiar la demanda

Una vez se ha definido el grupo-meta, hará falta comprender sus necesidades cuidadosamente. A este fin, Karuna Trust, en la India, trabajó con un instituto de investigaciones para realizar un estudio de la población-meta. En una encuesta de los hogares, se examinaron la conducta en asuntos de salud, el conocimiento sobre el seguro y la disponibilidad de pagarlo. Los resultados se tomaron en cuenta al diseñar el paquete de beneficios. Ya que el alto costo de los medicamentos resultó ser uno de los obstáculos principales para los hogares al enfrentar una enfermedad, se organizó un fondo para medicinas como parte del esquema de seguro. Karuna, en respuesta a los altos costos indirectos de las enfermedades reportados, decidió también compensar la pérdida de ingresos en el caso de que los clientes asegurados fueran hospitalizados. Otras instituciones utilizan a su personal de campo para hacer investigación sobre demanda de producto. BRAC (Bangladesh), por ejemplo, consultó con grupos y con miembros individuales sobre sus preferencias. El departamento de investigaciones de VimoSEWA descansa en la retroinformación provista por su personal de campo.

1.4 Definir el paquete de beneficios

Un paquete de beneficios puede entonces diseñarse en base a las perspectivas obtenidas de los estudios sobre demanda. La definición de beneficios del producto y la prima requerida para obtener dichos beneficios son la médula de la fabricación del producto. Ambos aspectos determinan las oportunidades de

mercado para el producto y el balance entre las necesidades y deseos del grupo-meta.

En cualquier arreglo de seguro —y el microseguro no es la excepción— totalizar los riesgos a través de un consorcio es clave. Sin embargo, no todo riesgo puede ser distribuido en un consorcio. Las siguientes precondiciones son necesarias para que el riesgo sea asegurable y transferible a una solución de seguro (Churchill *et al.*, 2003; Brown y Churchill, 1999; Vaté y Dror, 2002):

- **Ser al azar:** La ocurrencia de pérdida o daño debe ser impredecible. De otro modo, el ahorro sistemático es una alternativa mejor, porque la distribución de riesgos resultaría en primas más bajas.
- **Probabilidad baja de ocurrencia:** Si es probable que la mayoría de los miembros incurran en pérdida o daños, las primas serán similares al costo de una provisión individual.
- **Independencia de riesgos:** Los riesgos individuales asegurados colectivamente tienen que ser independientes en atención a su ocurrencia, a fin de no amenazar la estabilidad a largo plazo del seguro.
- **Pérdida o daño irreparable:** El tenedor de póliza no debería ser la causa de la ocurrencia de pérdida o daño.
Inequívoco: El asegurador debe poder verificar la ocurrencia y el ámbito de la pérdida.
- **Existencia de un interés asegurable:** Para que un individuo tenga interés en una solución de seguro, la pérdida debe generar consecuencias financieras adversas. El potencial de pérdida debe ser alto en relación al costo del pago de la prima.

Los riesgos asegurables deben tener poca probabilidad de ocurrencia, aunque sí grandes consecuencias adversas, si el riesgo ocurre. Aquí es donde el mecanismo de distribución de riesgo entra en juego. Ya que parte del riesgo individual es soportado por el grupo completo de tenedores de pólizas, las primas por un riesgo individual pueden ser relativamente bajas en relación al tamaño de la pérdida potencial. Cuanto más frecuente es la ocurrencia de la pérdida, más difícil es asegurarse. Cuanto mayor es la probabilidad de que un evento ocurra, más cerca estarán las primas a la suma de la pérdida potencial, de modo que el evento no será, a fin de cuentas, asegurable a un precio que los clientes encuentren aceptable.

El caso clásico de un ejemplo asegurable en el sector de salud es la hospitalización, que tiene una probabilidad baja de ocurrencia, pero costos altos. VimoSEWA reembolsa el costo de hospitalización a sus miembros hasta cierto límite. Sin embargo, las preferencias del grupo-meta podrían ir más allá

de la frecuencia de los eventos cuando los hogares buscan cubrir eventos frecuentes también. Los tratamientos simples, en clínicas externas, con costos más bajos pero probabilidades más altas, caen dentro de la categoría de un riesgo prácticamente no asegurable desde la perspectiva del proveedor del seguro, ya que los costos administrativos de resolver una reclamación son, a menudo, muy altos.

Lo anterior subraya una de las diferencias principales entre las preferencias de los proveedores de seguros y los tenedores de pólizas. Los aseguradores quieren cubrir eventos raros y de alto costo, y sienten desdén por muchas reclamaciones de poca cuantía que suben sus costos de administración. Por el contrario, los aseguradores prefieren productos que reduzcan sus pérdidas, que no necesariamente resultan de eventos de alto costo y poca probabilidad, sino de una acumulación de eventos de bajo costo y de alta probabilidad.

Además del conflicto entre el asegurador y el asegurado, hay otros conflictos de interés dentro del esquema del seguro. Si las enfermedades más simples, apropiadas para tratamiento en clínicas externas, no estuvieran cubiertas por el seguro de salud, el tenedor de póliza tendría un incentivo para atrasar el tratamiento hasta que la condición de salud fuera suficientemente seria como para conllevar una reclamación. A fin de cuentas, el tratamiento pospuesto puede resultar en un costo alto para el asegurador. A parte de estos incentivos, mucha gente pobre encuentra difícil o imposible pagar por el tratamiento de lo que al principio son enfermedades menores durante periodos de bajos ingresos (como, por ejemplo, los trabajadores agrícolas cuyos ingresos son según la temporada). También existe el incentivo adicional perverso de un doctor que admite pacientes innecesariamente para beneficiarse del ingreso que le genera una cobertura en el hospital.

El posponer el tratamiento puede causar un deterioro severo y, finalmente, costos más altos para el asegurador. Por tanto, podría ser más interesante para el asegurador incentivar a la gente a buscar tratamiento temprano, mientras que se cerciora de que no están utilizando los servicios de salud innecesaria o excesivamente. La prevención y los exámenes médicos regulares caen dentro de esta misma categoría. Aunque el paquete de beneficios de Yeshasvini Trust se centra en la cirugía y logra ofrecer tratamientos raros y costosos, como cirugía del corazón por una prima razonable, también incluye consultas a clínicas externas para estimular a sus miembros a procurar tratamiento en una etapa temprana. El criterio de cuán a menudo un beneficio, como sería el tratamiento en clínicas externas —si fuese concedido sin límites—, es utilizado es una determinación única del asegurado y por lo tanto no hay «falta de control de la pérdida». Lo mismo es aplicable a los campamentos de exámenes de salud, la cirugía optativa o el alumbramiento. Estos no

pueden realmente ser distribuidos por riesgos, pero muchos esquemas encuentran necesario incluirlos entre sus beneficios, de todos modos.

Al cubrir eventos frecuentes pero (relativamente) de bajo costo, los esquemas tienen que limitar el ámbito de sus beneficios o aumentar sus tarifas. Un UMSGF mutualista ofrece servicios de clínicas externas y medicinas por un copago fijo. El producto de seguros de Grameen Kalyan (Bangladesh) provee una gama de servicios, pero limita la cobertura a cierto porcentaje de los costos actuales por beneficios accedidos a través de proveedores externos de cuidado de salud. Esta restricción —bien sea por la variedad de beneficios, la cantidad total cubierta o el copago que los pacientes necesitan asumir— es la consecuencia lógica de las primas limitadas que los aseguradores pueden cargar a sus clientes.

Un asunto problemático es el tratamiento de enfermedades crónicas y sus efectos a largo plazo. Estas a menudo son difíciles de identificar (y consiguientemente dadas a la selección adversa), por lo que constituyen un conflicto potencial con el asegurado. Lo mismo es cierto con enfermedades como el VIH/SIDA, para las que es necesario un tratamiento a largo plazo —y costoso—, que generalmente excede la capacidad financiera del individuo. Sin embargo, el tratamiento consecuente y abarcador del VIH/SIDA puede resultar enormemente costo-efectivo, según demostró el caso de Brasil (Holst, 2005b). Según han ido disminuyendo a nivel nacional los precios y tratamientos antirretrovirales, la costo-efectividad podría eventualmente ser alcanzable, aun para los microaseguradores (Jamison *et. al.*, 2006). La inclusión y cobertura dependerá del principio de solidaridad y del grado de capital social que existe entre el grupo-meta. Los esquemas de microseguro están por tanto afrontando el reto de obtener suficientes recursos a corto plazo para tratar propiamente el VIH/SIDA, prevenir el progreso de la enfermedad y beneficiarse, finalmente, de reducciones a largo plazo en los costos de reclamación de la gente que vive con VIH/SIDA.

Los clientes de Microcare definieron su grado de solidaridad para con los enfermos crónicos. En vez de excluir a los enfermos crónicos, los clientes decidieron no incluir los medicamentos para las enfermedades crónicas en su paquete de beneficios. Por tanto, Microcare no incluye insulina para los diabéticos, ni inhaladores para los asmáticos y tampoco drogas antiepilépticas para los epilépticos. Esta exclusión fue sugerida originalmente por los clientes de bajos ingresos de la IMF durante un esquema piloto que reveló a cuánto aumentarían las primas, si fuera necesario cubrir estos costos. Los clientes decidieron que «esta gente ya está pagando por sus medicamentos a largo plazo. Dejemos que continúen haciendo esto, pero no les prevengamos de recibir los otros beneficios del esquema».

Alternativamente, la cobertura de enfermedades crónicas podría depender del financiamiento por terceros. Karuna Trust da la vuelta a algunas de estas limitaciones colaborando con los proveedores públicos de cuidado de salud, que proveen tratamiento gratuito a las personas cerca de la línea de pobreza. Por ende, el paquete de beneficios de Karuna Trust puede centrarse en complementar esta infraestructura pública y en atacar algunas de sus limitaciones. En el evento de hospitalización, los clientes de Karuna tienen derecho a recibir medicamentos que no estén disponibles a través de los proveedores públicos de salud y son compensados por pérdidas de ingresos mientras están hospitalizados; también se les provee de transporte gratuito de ambulancia en caso de emergencias. Gracias a un subsidio de la UNDP, Karuna Trust también está introduciendo cobertura para costos relacionados con el VIH/SIDA.

Por último, el tiempo «término» para el cual el paquete de beneficios es ofrecido a los individuos, los hogares y grupos tiene que ser definido. La gran mayoría de microaseguradores usan un término de un año y renuevan el contrato con el cliente anualmente. Un periodo de tiempo más corto generalmente no tiene sentido, ya que se hace más difícil equilibrar el riesgo y la gente podría unirse solamente por el tiempo en que estén enfermos o por un periodo particularmente susceptible del año, como por ejemplo la época de lluvia, cuando la malaria es más prevalente.

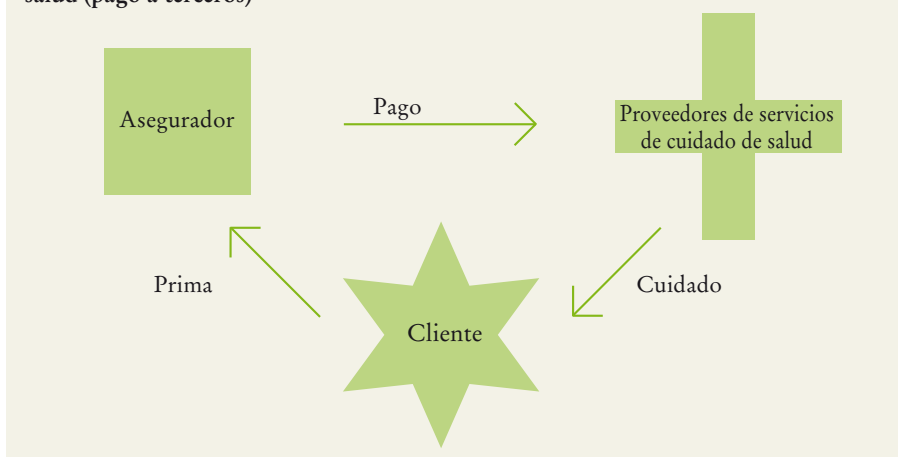
1.5 Definiendo a los proveedores

Además de definir los beneficios, se necesita establecer los modos de hacer llegar los servicios y los procedimientos técnicos. Mientras que el primer modo determina la relación con los proveedores de cuidado de salud, los procedimientos técnicos definen cómo se hace una reclamación y quién puede estar implicado en este proceso.

Hay tres alternativas principales para determinar la relación con los proveedores de cuidado de salud:

1. El asegurador selecciona proveedores específicos de cuidado de salud que los clientes utilizan y otorga un contrato formal con los proveedores (*Figura 7*). El asegurador usualmente paga al proveedor directamente por servicios prestados al cliente. Esta solución se basa en el beneficio-a-cambio, en el que el tenedor de pólizas recibe el servicio en vez del dinero para comprar el servicio. Yeshasvini Trust estableció una red de 150 hospitales sobre todo privados, que dan servicio a los clientes según una tarifa predeterminada. Los pacientes reciben beneficio no en efectivo, sino en tratamiento, una vez que el administrador del seguro emite su aprobación.

Figura 7

Modelo de Reclamaciones 1: Asegurador paga al proveedor de servicios de cuidado de salud (pago a terceros)

2. Otra manera de distribuir los beneficios-en-especie es combinando el cuidado de salud con los proveedores de seguros (*Figura 8*). En ese caso, el asegurador contrata su propio personal de cuidado de salud para dar tratamiento en el hospital o como proveedor de servicios móviles (o en la alternativa, un proveedor de cuidado de salud podría organizar su propio esquema de seguro). Si el asegurador tiene sólo unos pocos profesionales permanentes de cuidado de salud en una región específica, el proveedor de servicios empleado no genera ingresos de las economías en escala —este es un problema que actualmente enfrenta ServiPerú—. Ello quiere decir que algunos servicios no serán ofrecidos o que no podrán ser ofrecidos en una manera que resulte costo-efectiva. Sin embargo, en regiones con una estructura pobre de cuidado de salud, este puede ser el único modo de ofrecer microseguro de salud (*véade el Cuadro 17*).

Cuadro 17

Enfoque de tres niveles de BRAC para proveer servicios de salud

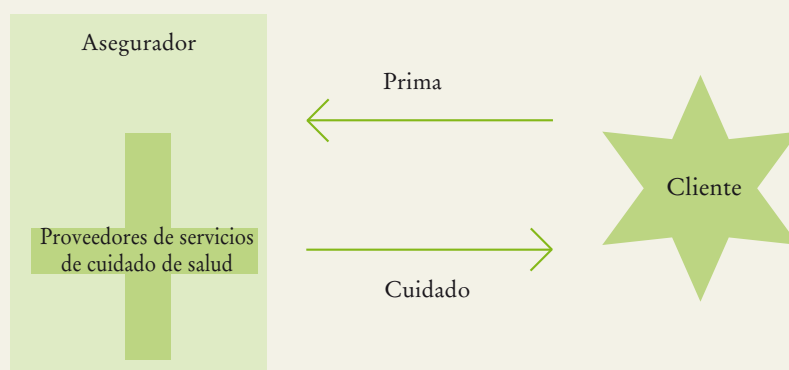
El programa BRAC Health, de Bangladesh, está principalmente dirigido a la comunidad, con una atención particular a los niños y las mujeres, aunque los hombres no están específicamente excluidos. El esquema es implantado a través de tres niveles. El primer nivel es un conjunto de trabajadores de salud de la comunidad a tiempo parcial, llamados Shashtho Shebikas (SS), que son principalmente mujeres trabajadoras de primera línea del programa de salud de BRAC. Ellas van de puerta en puerta educando a la comunidad sobre asuntos críticos de la salud, proveen tratamiento para padecimientos básicos y productos primarios de salud y ayudan a crear comunidades que están «facultadas en la salud». El segundo nivel es un grupo de paramédicas de salud, todas féminas, llamadas Shashtho Kormis (SK). Estas paramédicas

supervisan el trabajo de la SS, proveen cuidado prenatal y ayudan en la organización de foros de educación de la salud, donde se aclaran las preocupaciones de la salud de la comunidad. El tercer nivel es una red de clínicas de salud llamadas BRAC Shushasthos, que proveen respaldo técnico a las SS y a las SK, que refieren pacientes que no pueden tratar a estos centros. Las Shushasthos proveen tratamiento y servicios de diagnóstico, tienen laboratorios completos, facilidades de clínicas externas de hospitalización, todas respaldadas por médicos y enfermeras cualificadas.

Adaptado de Ahmed et al., 2005.

Figura 8

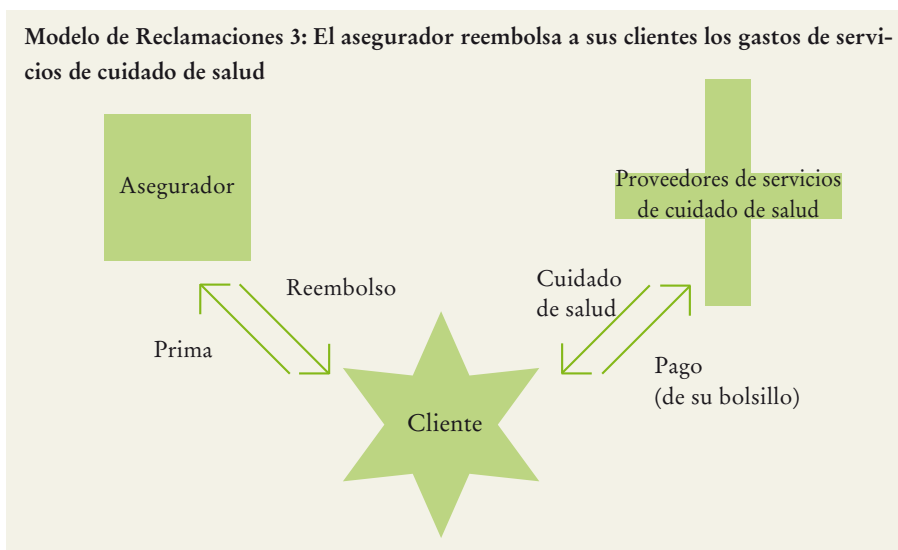
Modelo de Reclamación 2: Cuidado de salud integrados y proveedor de servicios (transacción financiera interna)



3. La tercera opción, es rembolsar a los clientes por sus gastos de cuidado de salud (Figura 9). En esta, los clientes pueden hacer una consulta en un hospital o a un médico de confianza, pagar por el servicio y someter la factura al asegurador para reembolso. Esta solución ofrece a los clientes la opción más amplia posible (aunque muchos esquemas trabajan en conjunto con proveedores de salud que tienen que reunir ciertos requisitos). Sin embargo, esto crea una carga financiera muy pesada para los clientes mientras esperan el reembolso. La carencia de dinero es el problema principal para muchas personas de bajos ingresos, y uno que podría impedirles alcanzar o procurar el cuidado de salud, especialmente a grupos (los más pobres, las mujeres y los niños). VimoSEWA utiliza este método, aunque reconoce que no es el ideal para sus miembros. Por tanto, ha lanzado un proyecto piloto para atender este problema: los clientes pueden contactar con un trabajador de campo al ir de camino al hospital, y recibir hasta un 80% de los costos estimados por adelantado.

Figura 9

Modelo de Reclamaciones 3: El asegurador reembolsa a sus clientes los gastos de servicios de cuidado de salud



Hay un aumento de riesgo de fraude cometido por los clientes de esta tercera opción, porque podrían falsificar o modificar recibos para obtener dinero extra. El modelo hace también más difícil para el asegurador ir al proveedor de servicios de salud para verificar la reclamación, si hay un gran número de proveedores de servicios que no tienen relación contractual con el asegurador. La denegación de reclamaciones también afecta a la relación con el cliente y mina la reputación del asegurador si es el cliente el que es penalizado por la denegación, en vez del proveedor de seguros. Para cada una de estas alternativas, el asegurador tiene que definir el procedimiento para el procesamiento y pago de las reclamaciones de los proveedores de servicios. Por ejemplo, la facturación puede ser por cliente o por servicio prestado. Hay una gama amplia de procedimientos para el pago de reclamaciones y cada una envuelve diferentes incentivos para el proveedor de ofrecer más o menos servicios al asegurado.

Independientemente de cómo se organiza la provisión de servicios de cuidado de salud, es esencial tener un mecanismo para verificar que los servicios son, en efecto, prestados. Esta tarea se cubre en la fase de servicios de productos. Sin embargo, las preguntas sobre cómo controlar la calidad de los servicios de salud, cómo asegurar que las reclamaciones sean garantizadas y cómo prevenir las reclamaciones fraudulentas deben haber sido atendidas dentro del proceso de diseño de productos.

1.6 Mecanismos para evitar el riesgo moral

Según se señaló al principio de esta sección, el seguro de salud conlleva un alto riesgo post-contractual de fraude y de riesgo moral; por ejemplo, aquella conducta que viola el espíritu del contrato. Por razones de información asimétrica, es imposible para el asegurador verificar si el asegurado, realmente

ha incurrido en pérdida o si ha sido negligente en permitir que la pérdida ocurra. Por otro lado, es difícil para el asegurador probar el uso excesivo de servicios de salud. Un mecanismo tradicional para atender este problema es el copago, que es utilizado por UMSFG, BRAC, Grameen Kalyan y otros. Es interesante que Grameen Kalyan haya aumentado los copagos, que en un inicio eran modestos, no para reducir la sobreutilización, sino para significar la calidad de su cuidado. Los clientes perciben un tratamiento a bajo costo, como cuidado de poca calidad.

Sin embargo, el compartir pagos tiene debilidades teóricas y desventajas empíricas (Arhin-Tenkorang, 2000). Primeramente, el sobreuso no aparenta ser un problema mayor en los países en desarrollo, donde hay carencia de cuidados de salud adecuados, y por lo tanto el acceso está generalmente restringido indirectamente, por costo relacionado con la oportunidad de acceso. Segundo, el compartir costos es el opuesto del prepago por cuidado de salud y por lo tanto resulta contradictorio con el microseguro de salud. Los cargos al usuario tienen un impacto negativo para los grupos más vulnerables y previenen a los más necesitados de buscar o solicitar cuidado, por lo que termina racionando el cuidado, en vez de racionalizándolo. Las mutualistas en la Union Techniqué de la Mutualité (UTM) en Mali fueron fundadas con el único propósito de ayudar a sus miembros a pagar los copagos de las facilidades de salud.

La naturaleza de los beneficios puede desempeñar un papel a la hora de reducir los riesgos morales. Por ejemplo, Yeshasvini Trust opera bajo la asunción de que nadie se somete a cirugía innecesaria, voluntariamente. En contraste, los copagos de Microcare han existido siempre para los esquemas a nivel comunitario, pero son relativamente bajos (entre \$0,30 y \$0,80 para servicios en el Mission Hospital). Estos pagos no son vistos como un modo sustancial de recuperar costos ni como contribuciones significativas para compartir costos; su intención es la de prevenir la sobreutilización frívola de servicios por clientes que viven cerca de un hospital o de una clínica.

Los copagos de Microcare también son utilizados para incluir diferentes niveles de proveedores de servicios bajo el mismo plan de seguro básico, al asignar un copago más alto (entre \$1 y \$3 para las clínicas más modernas dentro del mercado urbano). Algunos clientes de microfinanzas han adoptado la actitud de que su tiempo es valioso, y prefieren pagar más por una clínica privada donde son tratados rápidamente, de forma que puedan regresar antes a sus pequeños negocios y generar ingresos.

1.7

Precio

Para diseñar un producto que responda a las preferencias del cliente, hay que obtener información sobre su disponibilidad de pago y sus preferencias para

el pago (lo que debe ser incluido en el estudio de demanda, según se describe anteriormente). Para calcular la prima óptima utilizando métodos actuariales, el asegurador, primero, debe definir cuál es la unidad asegurable. Por ejemplo, UMSGF define «familias» como su unidad asegurable, lo que reduce el riesgo de selección adversa al distribuir el riesgo dentro de dicha unidad.

Según se describe en el Capítulo 3.5, los costos totales de beneficios de seguro pueden ser estimados utilizando una estimación de la utilización esperada del cuidado de salud y sus costos. El asegurador, al añadir los costos administrativos esperados, reservas para contingencias —y en el caso de un asegurador por ganancia, un margen de ganancia—, puede calcular sus necesidades de fondos. En principio, cuanto más grande es el grupo de asegurados (o asegurados esperados), más bajo es el costo administrativo (fijos) por pólizas. Al operar a través del sector cooperativo en Karnataka, que tiene varios millones de miembros, Yeshasvini Trust alcanzó una población-meta significativa, y por lo tanto redujo los costos administrativos (fijos) por asegurado considerablemente.

Para evitar afectar la confianza de los tenedores de pólizas, hay que evitar hacer cambios frecuentes o sustanciales en las primas. Cuando Yeshasvini reparó en que necesitaba doblar la prima, un tercio de sus clientes no renovó sus pólizas. De igual forma, Karuna Trust tuvo que enfrascarse en un ejercicio masivo para poder aumentar la confianza de la comunidad cuando su programa de seguros no obtuvo el subsidio necesario. La mayoría de los clientes se salieron inicialmente y solamente después de un esfuerzo intenso por parte del personal de campo de Karuna, fue posible aumentar el número de miembros.

Mientras que el último fue un error estratégico del donante, el primer ejemplo de Yeshasvini pudo haber sido prevenido mediante información fiable. Esta información es necesaria al calcular los costos de los servicios y la frecuencia de su utilización. Yeshasvini arregló el parámetro de costos al definir la tarifa fija pagadera a todos los hospitales de la red; sin embargo, la frecuencia de utilización terminó siendo más alta que lo esperado.

Hablando en general, en contraste con otros servicios al consumidor para los cuales los costos de producción se saben al momento de la distribución, los costos del producto de seguro descansan en el futuro. Independientemente del error humano implicado, el problema principal es el carácter estocástico (al azar) de la pérdida asegurada. Aun cuando se haga una estimación concreta basada en información fiable, las pérdidas causadas por estos eventos desfavorables al azar pueden poner en peligro a los aseguradores más pequeños. Formas posibles de prevenir que esto ocurra se discuten en la sección de mantenimiento de la estabilidad.

La frecuencia con que se cobra la prima, también afecta al total de las primas que deben ser pagadas. Si las primas anuales son pagadas por adelantado,

pueden ser invertidas en mercados financieros para generar fondos excedentes (a menos que sean utilizadas para el pago de reclamaciones). Por lo tanto, cuando hay acceso a los mercados financieros, los efectos de la inflación pueden ser aliviados.

Mientras que las primas anuales reducen los costos de transacción, y teóricamente aumentan el ingreso para inversión, puede ser difícil para el grupo meta alcanzar la cuantía completa. De hecho, esta es otra área potencial en la que los intereses del asegurador y del asegurado son diferentes, ya que los pobres, a menudo, prefieren pagar \$0,10 a la semana, en vez de una prima anual de \$5,20. El tamaño relativamente pequeño de las primas y la preferencia de los clientes por pagos frecuentes más pequeños representan un reto para los aseguradores.²

Según se discute en el Capítulo 3.3, los microaseguradores han encontrado formas innovadoras de resolver el asunto del pago de primas. VimoSEWA utiliza un método de depósito fijo, en el cual el interés de una cuenta de ahorro paga la prima anual del miembro. Karuna Trust creó un fondo de salud de emergencia para hacer préstamos disponibles para el pago de riesgo no asegurado y también para pagar primas. Microcare desarrolló un producto de préstamo con FINCA Uganda, a través del cual una prima por un periodo de cobertura de 12 meses se pagaba durante un préstamo a 4 meses a FINCA. Esto fue muy popular entre los clientes; la única dificultad era la tasa de interés cargada por la IMF. Siempre que sea posible, es preferible para los microaseguradores ayudar a los clientes a ahorrar para pagar la prima anual, en vez de pedir préstamo para pagarla. Las tareas que necesitan ser realizadas durante la fabricación del producto se resumen en la Tabla 7.

Tabla 7

Aspectos generales de las tareas y características de la fabricación	
<i>Tareas</i>	<i>Características</i>
Determinación de cubierta adaptada al grupo clave	Análisis de la demanda (dimensión directa) Estudio de viabilidad (dimensión abstracta)
Cálculo de prima actuarial	Métodos de recopilación de primas e inventario de excedentes para reducir primas
Definición de procedimientos de seguros / organización de seguros	Definición según requerimientos actuariales Definición según requerimientos del cliente

² Curiosamente, la experiencia de BRAC en esto es diferente: cuando se les ofreció pagar la prima semanalmente, los clientes explicaron que eso trastocaría sus ahorros semanales y que preferían menos plazos.

2 Ventas de productos

El proceso de ventas puede ser subdividido en dos categorías: a) divulgación de información, y b) suscripción.

2.1 La divulgación de información

Cada proceso de ventas comienza con la divulgación de información. Una característica única de las ventas de microseguro son las necesidades de información extensa sobre el grupo-meta, que a menudo carece de experiencia de seguros. El agente de seguro debe explicar a los prospectos cuál es la naturaleza de los pagos de prima, la naturaleza retroactiva de las reclamaciones y por qué la prima no puede ser devuelta (al menos completa) si no ocurre una enfermedad. La experiencia de los proveedores de microseguro de salud demuestra que es difícil explicar esta idea de pagos adelantados por servicios que probablemente nunca se utilicen. Los esquemas, por ende, utilizan varios contactos con sus clientes, incluso a través de trabajadores de la salud. Por ejemplo, AssEF, BRAC y Grameen Kalyan usan sus grupos de ahorro y crédito para promover microseguros de salud.

Si los potenciales clientes están interesados en el seguro, el agente de ventas provee información detallada sobre los servicios elegibles y excluidos y sobre el procedimiento para presentar reclamaciones. Los clientes futuros deben estar familiarizados con los documentos requeridos y las fechas límite que necesitan tomar en cuenta para poder realizar una reclamación exitosa. Aquellos beneficios o procedimientos que no estén claros pueden causar rápidamente la insatisfacción de los clientes. Yeshasvini Trust, por ejemplo, tiene una lista de mil seiscientos tipos de cirugía que pueden ser obtenidos en ciertos hospitales. Esto hace difícil comunicar la cobertura de seguros, ya que la información es técnica y puede dar lugar a confusión y falta de satisfacción.

No es fácil dar información técnica a una clientela poco educada. Para fines de credibilidad, la información debe ser suministrada por alguien que tenga el potencial de ganar la confianza del cliente. La confianza es la base de cualquier mercado de seguros. Desde el punto de vista de un cliente, existe un problema entre el principal y el agente. Debido a que la información es asimétrica, generalmente no se puede saber cómo se diseñaron el producto y su precio (especialmente, las comisiones y los márgenes de ganancias incluidos en la prima), o si el proveedor de seguros actuará en contra del interés del asegurado y si cumplirá con los acuerdos.

Para que los clientes acepten este tipo de negocio, las obligaciones del asegurador deberían poder validarse a través de un sistema legal. Para el microseguro, sin embargo, los costos de una acción legal excederían rápidamente el valor «financiero» de la reclamación, al igual que cualquier capacidad finan-

ciera potencial del tenedor de la póliza. Los sistemas formales de acción legal, por lo general, no trabajan bien en países emergentes. En ausencia de un contrato válido, los clientes potenciales dudan si el asegurador cumplirá sus obligaciones, lo que hace poco probable que adquieran la cobertura. Solamente la confianza hará posible que asuman el riesgo de pago de primas por adelantado. Un cliente potencial debe estar confiado en que el asegurador cumplirá sus obligaciones de dos formas:

1. *La confianza en la disponibilidad para cumplir las obligaciones*

Un cliente potencial debe poder esperar que el proveedor pague una reclamación justificada. Los clientes deberán asumir que es interés del asegurador (motivación intrínseca) cumplir con la parte del acuerdo (la confianza en el sentido más estricto), o tener confianza en su propia habilidad de influenciar o presionar a una institución (confianza en su sentido más amplio).

2. *Confianza en la habilidad para cumplir sus obligaciones*

El cliente debe creer que habrá suficiente dinero en las arcas del asegurador para pagar las reclamaciones a largo plazo. El tamaño del proveedor de seguros y la percepción sugestiva que tengan los clientes potenciales de la confianza en la organización (dimensión abstracta) son dos determinantes de la confianza para sostener relaciones a largo plazo.

El conocimiento del grupo-meta mejora la calidad y por tanto la eficiencia de la información suministrada —no sólo en términos de contenido, sino también en cuanto al estilo y los canales de comunicación utilizados—. La calidad profesional de la información y el grado de confianza entre los grupos-meta son los retos principales que debe vencer el proceso de ventas. En Camboya, GRT realiza un proceso de ventas de tres pasos para su esquema de seguro de salud. Durante dos semanas consecutivas, los empleados de GRT dan información a los clientes potenciales y contestan sus preguntas. El agente de seguros, que está a cargo del proceso actual de suscripción, no aparece hasta la tercera semana (Brown & Churchill, 2007).

SEWA también capitaliza en su larga relación con el grupo-meta su conocimiento en torno a sus necesidades y preferencias y su experiencia en la comunicación con sus clientes, que es necesaria para ganar su confianza. De igual forma, Karuna Trust, BRAC y Grameen trabajaron en el desarrollo de la salud y la comunidad durante años, antes de incursionar en el seguro. De hecho, muchos esquemas de microseguro de salud comenzaron con otras actividades y sólo más tarde introdujeron el seguro. La corriente para evolucionar de operaciones básicas a microfinanzas en el seguro de salud es un área que debería analizarse con mayor detenimiento, ya que los ambientes regula-

torios y operacionales de la microfinanza y del microseguro de salud requieren diferentes estructuras y habilidades.

La falta de una relación de confianza y de contacto directo (tanto físico como psicológico) con clientes potenciales usualmente evita que las compañías de seguro entren directamente al mercado de bajos ingresos. El lugar donde una compañía de seguros se implica en el microseguro de salud es generalmente una institución local (el agente), que distribuye el producto a su nombre. No obstante, los agentes necesitan ser compensados, lo que hace el producto más caro que en los modelos de distribución que no tienen agentes. Si bien este no es un problema directo para el asegurador, debido a que el costo pasa a los clientes, puede resultar en costos prohibitivos para algunos hogares de bajos ingresos. Este conflicto de intereses entre el asegurador y el asegurado en el proceso de ventas se discute en el Capítulo 4.4.

Independientemente del canal de distribución, la explicación de lo que es seguro sigue siendo un reto. La mayoría de los microaseguradores de salud admiten que deben encontrar mejores maneras de mercadear los beneficios del seguro de salud. Según se describe en el Capítulo 3.2, el teatro en las calles, los afiches y las caricaturas son herramientas importantes para los microaseguradores. Muchas instituciones, como VimoSEWA, utilizan grupos de autoayuda preexistentes para diseminar información sobre los atributos y beneficios del seguro de salud para sus miembros. Sin embargo, la mayoría de los esquemas indican que no es suficiente proveer información una sola vez; el proceso tiene que ser continuo para alcanzar un verdadero entendimiento de lo que es el seguro, y sólo entonces será posible alcanzar resultados operacionales positivos, tales como una norma razonable de seguros. La divulgación de información continua es parte de las relaciones con el cliente y es discutida más a fondo en la sección sobre servicio del producto.

2.2 Suscripción

Luego de proveer información, el próximo paso es emitir las pólizas a los clientes que eligen estar asegurados. En este proceso de suscripción, se recogen los datos e información necesarios sobre el futuro tenedor de la póliza. Dependiendo del diseño del producto de seguros, esto puede incluir no sólo la información personal sino también sobre la condición de salud; por ejemplo, enfermedades crónicas y condiciones preexistentes que pudieran estar excluidas de la cobertura.

Las exclusiones deben estar definidas para cada unidad asegurable, por ejemplo, para una familia. La información completa sobre el estado de salud y el tamaño de la familia tiene un impacto significativo en la calidad de las medidas necesarias para reducir la selección adversa. Un examen médico preliminar puede ser una parte integral del proceso de suscripción, aunque

muchos esquemas de microseguro utilizan métodos más simples, como una declaración de buen estado de salud. En dicha declaración, el esquema tiene conocimiento sobre el estado de salud de una persona sobre la base de la información suministrada por los aseguradores mismos. En vez de tener el propósito de descubrir cualquier enfermedad preexistente, esta declaración tiene el propósito de concienciar a la gente de ciertas exclusiones, y le provee un mecanismo fácil para poder accederlos. Básicamente, cambia el proceso de suscripción del momento de la preevaluación al proceso de reclamaciones (*véase el Capítulo 3.4*).

Sin embargo, excluir a personas por enfermedades preexistentes a menudo contradice la intención de los proveedores de seguro inspirados en fines sociales. Por lo tanto, BRAC, Grameen Kalyan, la «Society for Social Services» (Bangladesh), al igual que el «Seguro Básico de Salud» (Bolivia) y el «Seguro Materno-Infantil» (Perú), determinaron proveer seguros de salud a cualquier persona que deseara acogerse. Para ser posible tal acceso irrestricto, es necesario implantar mecanismos adicionales para estabilizar el esquema de seguros. Posibles opciones para ello son tener una cobertura amplia para un grupo o hacer uso del capital social o solidario de las comunidades, para reducir el riesgo moral. Otra manera de reducir la reducción adversa es introducir **periodos de espera** para ciertos beneficios. BAIF, cerca de Pune, en India, no garantiza beneficios de parto (alumbramiento) durante los primeros nueve meses de membresía. Otra posibilidad es la reducción de beneficios para nuevos miembros (*véase el Capítulo 3.1*).

Para la distribución pequeña de riesgos, en particular, la aceptación inadvertida de riesgos, que normalmente no serían aceptados por aseguradores comerciales, puede cambiar la estructura del riesgo y obstaculizar la viabilidad del esquema. Cuan completa esté la información determina la estabilidad del sistema. Sin embargo, cuanto más esfuerzo se dedique a conseguir información, más suben los costos para el tenedor de la póliza.

Una ventaja única de microseguro es la posible implicación de la comunidad en el proceso de ventas, lo que disminuiría los costos de recopilación de información. En comunidades cerradas, los miembros saben mucho los unos de los otros, y tomada en consideración la estructura correcta de incentivos pueden apalancar el capital social para reducir tanto el riesgo moral, como la selección adversa. Por ejemplo, los miembros de Uplift Health necesitan decidir democráticamente si quieren que otros se unan al grupo. Mientras el grupo permanezca pequeño (aunque vinculados a grupos más grandes), lo pensarán dos veces antes de aceptar a miembros de alto riesgo. El capital social también es utilizado por el Karuna Trust —aunque no para evaluar la selección adversa ni el riesgo moral—. En Karuna, sólo los individuos bajo, o al menos alrededor de la línea de pobreza, son elegibles para unirse al

esquema; los miembros del grupo de autoayuda discuten si los solicitantes son suficientemente pobres para unirse al grupo.

Una vez se concluye la póliza de seguros, se cobra la primera prima. Donde no es posible utilizar métodos de cobro «sin dinero en efectivo», la prima tiene que ser cobrada directamente del miembro. El fraude es una preocupación significativa cuando muchos de los trabajadores de campo recogen un gran número de pagos pequeños. Karuna Trust, para reducir el riesgo de fraude, dispone que los trabajadores sociales expidan recibos numerados para controlar el número de pólizas vendidas.

Cuando una prima es pagada, el asegurador debe expedir prueba de cobertura para el tenedor de la póliza. Por ejemplo, Yeshasvini Trust expide una certificación con foto para sus miembros. Sin embargo, el expedir este tipo de tarjeta toma tiempo y la fotografía se añade a los costos. Emitir una tarjeta de identificación a los 1,45 millones de clientes de Yeshasvini implica costos de administración significativos y retos de logística. Llevó hasta tres meses dotar a cada miembro de la tarjeta de identificación correcta e introducir la información sobre dicho miembro en la base de datos. Mientras las tarjetas fueron procesadas, los pacientes utilizaron cartas emitidas por sus cooperativas y sus recibos de pagos de prima para demostrar su elegibilidad. Para reducir los costos de renovación, Yeshasvini ha decidido dejar de producir nuevas tarjetas cada año y emitir mejor un tipo de tarjeta que pueda llevar un sello de renovación. Yeshasvini, al vender anuncios para ser colocados al dorso de la tarjeta, espera recaudar ingresos adicionales para ayudar a cubrir esos costos.

Karuna Trust también tiene la intención de cambiar a una tarjeta de identificación con foto, pero por ahora acepta el recibo de pago de prima como prueba de la membresía. Como podría darse el caso de que algunos clientes añadieran nombres a los recibos, el personal necesita comparar el recibo que presenta el cliente con la copia que se mantiene en los archivos. La tarjeta de identificación de BRAC Health Insurance contiene la foto del cabeza de familia y una lista de los miembros de la familia asegurados, especificando su edad, su tipo de sangre y la relación con el cabeza de familia. La Tabla 8 muestra un resumen de las tareas que necesitan realizarse para llevar a cabo el proceso de ventas.

Tabla 8

Aspectos generales de las tareas y características de la venta de productos

<i>Tareas</i>	<i>Características</i>
Información	Provisión de información bien fundamentada
	Creación de confianza
Financiamiento	Recuperación de información para el seguro
	Emisión de documentos al asegurado

3 Servicio de producto

El servicio de producto incluye el procesamiento de reclamaciones, el mantenimiento con el cliente de relaciones a largo plazo y la administración de las relaciones con los proveedores de cuidado de salud.

3.1 Procesamiento de reclamaciones

Los documentos requeridos para cursar una reclamación han de ser verificados. Para evitar el riesgo moral y el fraude, toda reclamación debe ser analizada con detalle, lo que podría requerir la búsqueda de información en el ambiente social del tenedor de la póliza, como la verificación por un médico. Diferentes esquemas utilizan diferentes métodos, por ejemplo:

- Los pacientes asegurados en BRAC, en Grameen Kalyan, normalmente utilizan a **los proveedores de salud empleados por los esquemas**. Solamente el 1% de los pacientes se derivan a servicios externos de cuidado de salud para tratar enfermedades más serias y cirugías. En Grameen Kalyan, los pacientes derivados gestionan sus documentos de reclamación en una sucursal local del Grameen Bank. El gerente de la sucursal, el asistente de salud local y el director del Centro de Seguros deciden conjuntamente sobre el reembolso de la reclamación.
- En UMSGSF, los pacientes siempre deben **obtener autorización** antes de someterse a tratamiento. Para contactar con el representante del asegurador en el hospital, deben presentar la autorización y su tarjeta de miembros. Aunque se requiere un copago por consulta, todo el tratamiento subsiguiente en clínicas se presta sin necesidad de efectuar un pago en efectivo. Cuando el paciente es dado de alta recibe un documento que indica el tratamiento prescrito y el periodo de hospitalización. El paciente puede utilizar este documento para **reclamar los costos de transporte** hasta el hospital. El hospital recibe un pago directo del asegurador por el tratamiento después de emitir una factura mensual. Esta factura se verifica comparándola con los documentos que el asegurado debe aportar como evidencia.
- Un **mecanismo sin necesidad de pago en efectivo** es utilizado por Yeshasvini Trust, al igual que por esquemas gubernamentales en Bolivia (SBS-SUMI), en Perú (SMI-SISI) y en Paraguay (SI). En Yeshasvini, los pacientes asegurados acuden a uno de los 150 hospitales en la red con su tarjeta de identificación y una carta que prueba su pertenencia a una sociedad cooperativa para una consulta gratuita. Si se requiere una cirugía bajo el esquema, el hospital remite un pedido de autorización **al tercero administrador (TPA)** del sistema. La autorización de una cirugía que no es de emergencia puede tardar hasta cuatro días. Una vez se expide la autorización, todos los costos relacionados con la

cirugía son cubiertos por el asegurador a una tarifa predefinida. El esquema reembolsa al proveedor de cuidado de salud directamente.

- Microcare emite **tarjetas inteligentes** (*smartcards*) que contienen la fotografía del cliente y de los riesgos cubiertos. Al presentar esta tarjeta en un centro de registro de Microcare, sito en un hospital o clínica participante, la identidad y la cobertura a que tiene derecho el cliente se verifican utilizando una **base de datos informatizada** que ha desarrollado el asegurador. Las reclamaciones se introducen en el sistema y se procesan en un tiempo real, permitiendo el pago rápido por los servicios prestados.
- Los trabajadores sociales son ubicados en tres hospitales específicos con los cuales Karuna Trust colabora, y asegura el **pago inmediato** cuando el paciente es dado de alta en el hospital.

3.2

Gestionando la relación con los proveedores de cuidado de salud

El que un asegurador tenga trabajando a su propio personal en un determinado servicio de salud tiene un valor que va más allá de permitirle verificar el estatus del seguro del paciente. Este personal —como los trabajadores sociales de Karuna, las enfermeras disponibles al ingresar el paciente, dispuestas por Microcare, o los administradores de Bienestar Magisterial— ofrece orientación a los pacientes y vela por los intereses de estos, asegurando, por ejemplo, que los proveedores los tratan de forma amistosa y les ofrecen cuidado de calidad. Un mecanismo similar es utilizado por Uplift Health; los pacientes que necesitan tratamiento pueden llamar directamente al doctor del esquema, quien los acompaña al hospital y les asegura un tratamiento adecuado.

Este arreglo también ayuda a prevenir el riesgo moral causado por los proveedores. Por lo general, ni el asegurador ni el paciente pueden determinar si el tratamiento era necesario y si se proporcionó de la manera más económica posible. El asegurador tendría que cubrir altos costos de información para saber si el tratamiento era necesario. Los pacientes, como personas laicas en materia de medicina, toman los servicios de salud por pura confianza en lo que se les dice. Ellos no pueden verificar qué mejoras en su condición de salud son consecuencia directa del tratamiento médico recibido.

Yeshasvini trata de verificar la necesidad de tratamientos costosos manteniendo a un representante local del esquema que visita los servicios de salud en cuestión. Este mecanismo también tiene el propósito de prevenir el fraude. Estos coordinadores de distrito están respaldados por un doctor que trabaja en la oficina central del esquema. Sin embargo, la mayoría de los proveedores de cuidado de salud tienen mayor conocimiento de los asuntos médicos que los microaseguradores y por lo tanto podrían fácilmente inducirlos a error.

3.3 Relaciones con clientes a largo plazo

El mantenimiento de relaciones a largo plazo con los clientes incluye ofrecer información continuamente, responder puntualmente a las demandas variables de los clientes y resolver problemas por medio del producto o sus procedimientos. Tener una experiencia positiva con un producto de seguros fomentará la confianza entre los miembros y podría inducirles a adquirir beneficios adicionales por una prima más alta. El flujo permanente de información ayuda al esquema a mantener la satisfacción del cliente y podría atraer nuevos clientes.

Un elemento importante para las relaciones con el cliente es la renovación de los contratos durante años consecutivos. En la mayoría de los casos, no es posible cobrar las primas mediante un débito directo automático a una cuenta corriente del cliente en cuestión. Cada vez que las primas son cobradas sobre una base recurrente, los costos de transacción son altos a menos que el cobro pueda «montarse» sobre un mecanismo ya existente (*véase el Capítulo 3.3*).

Los clientes que no han cursado reclamaciones durante el año inmediatamente anterior representan un reto real, por lo que necesitan ser convencidos de que su membresía todavía tiene sentido. Las renovaciones en muchos de los esquemas son bajas; BRAC logró aumentar sus renovaciones del 15% el primer año de operaciones al 50% durante el tercer año. Grameen Kalyan también está estancado en una renovación del 50%. Considerando que podría ser más caro adquirir un nuevo cliente que retener a uno ya existente, la retención tan baja en el microseguro de salud representa un problema serio. No obstante, algunos esquemas funcionan bastante bien; en UMSGF, el 80% por ciento de sus miembros renueva su póliza.

Otra razón a favor de procurar una renovación sin problemas es que las renovaciones tardías podrían contar como contratos nuevos. Esto implica que ciertas condiciones impuestas sobre los nuevos miembros, tales como periodos de espera o exclusiones para ciertos tratamientos, necesitarían ser reaplicadas. En VimoSEWA, por ejemplo, los productos de seguro establecen que las condiciones preexistentes no serán cubiertas durante los primeros seis meses.

Si los clientes están bien integrados en el sistema, se identificarán con el microasegurador y serán más propicios a comportarse responsablemente. Esta es una ventaja particular de los esquemas de base comunitaria (*véase el Capítulo 4.3*). Por ejemplo, en el esquema de seguro de la mutualista Uplift Health, los miembros se siguen de cerca los unos a otros y se presionan entre sí para observar una conducta saludable. Si algún miembro pone en riesgo su salud innecesariamente, los otros miembros podrían negarse a renovar el contrato de esa persona o acordar solamente un reembolso parcial de sus costos.

Resultados similares se podrían obtener en otros modelos institucionales a través de comités de reclamaciones consistentes de los tenedores de pólizas y empleados con conocimiento del asegurador. Por lo general, cuando los tenedores de póliza asumen su responsabilidad por el esquema, el capital social es más proclive a tener un impacto positivo sobre el riesgo moral.

A este fin, resulta beneficioso tener actividades de salud preventiva integradas en el esquema de microseguro, mantener una comunicación continua con los clientes y proporcionarles un beneficio tangible aun cuando no se han enfermado ni requerido los servicios médicos. Por ejemplo, Microcare ofrece actividades de prevención de VIH y un programa de prevención de la malaria que distribuye mosquiteros tratados con insecticidas (*véase el Capítulo 3.9*). La organización e implantación de herramientas de educación y prevención de la salud puede ser conveniente, no sólo para demostrar una presencia positiva entre los miembros del grupo-meta, sino también para disminuir la carga financiera que representan las enfermedades severas que inciden en costos más altos para el seguro. BRAC y Grameen Kalyan organizan campamentos anuales para dar atención médica a sus miembros. BRAC también lanzó una campaña de información sobre VIH/SIDA entre sus miembros y participantes —al igual que Grameen Kalyan— dentro de la campaña gubernamental para vacunación.

Algunas tareas del servicio de un producto se superponen a otras. Por ejemplo, el verificar la reclamación de un cliente también implica verificar los servicios del proveedor de cuidado salud y el riesgo moral ocasionado tanto por el proveedor como por el paciente pueden ser minimizados a través de un procedimiento único. Los trabajadores sociales con base en el hospital que utiliza Karuna Trust pueden hacer la verificación, tanto con el paciente como con el proveedor, y por lo tanto pueden dar seguimiento a la conducta evidenciada por ambos. Yeshasvini Trust y Bienestar Magisterial requieren una preautorización antes de una cirugía y pueden incluir una visita de verificación en caso de una cirugía de alto costo. Una relación cercana entre los proveedores de cuidado de salud genera conocimiento sobre las fortalezas, debilidades y costos que mejoran la calidad de la orientación y consultoría en torno a los servicios de salud ofrecidos al cliente. Las tareas y particularidades del servicio a un producto se resumen en la Tabla 9.

Tabla 9

Aspectos generales sobre tareas y características de la revisión de productos	
Tareas	Características
Apoyo al cliente al momento	Asistencia al cliente (manejo de reclamaciones) Verificación de reclamaciones y reducción del daño moral
Apoyo al cliente al momento	Control de calidad Orientación y consultoría en asuntos de salud
Relación con el proveedor de servicios de cuidado de salud	Mantenimiento de relación con el cliente Manejo de renovaciones

4 Mantenimiento de la sostenibilidad a largo plazo

Una meta principal para cualquier esquema de seguro es asegurar su estabilidad a largo plazo. La estabilidad de un asegurador garantiza que las reclamaciones de sus clientes sean resueltas. Esto representa la dimensión abstracta del producto de seguro.

El mantenimiento de la estabilidad a largo plazo conlleva la **administración financiera** del proveedor de seguros, el seguimiento permanente de los riesgos y, en especial, la administración del riesgo actuarial total (*véase el Capítulo 3.6*). La existencia de un asegurador está amenazada cuando las pérdidas agregadas exceden la suma de los pagos de primas y de las reservas de capital (riesgo actuarial). Los riesgos parciales que ocurren a distintos niveles de la distribución de riesgo no necesariamente amenazan la existencia del asegurador siempre que los subsidios cruzados y las reservas sean suficientes. Por lo tanto, tiene sentido que los riesgos se distribuyan ampliamente a través de los distintos subniveles para reducir el peligro de pérdidas o variables, o sea, aquellas pérdidas que se influyen mutuamente, como es el caso de las epidemias. BRAC, por ejemplo, no sólo sirve a los pobres, sino que incluye a otros clientes adinerados también. Sin embargo, muchos de los microaseguradores son demasiado pequeños para distribuir su riesgo efectivamente.

Los clientes de los esquemas de microseguro de salud obvian estas consideraciones técnicas relacionadas con la estabilidad a largo plazo. Desde su perspectiva, la inversión en años futuros se considera menos relevante que el devolver las primas «no devengadas» para el año corriente.

El **riesgo actuarial** tiene dos componentes principales. El primero es el «riesgo parámetro», que surge cuando hay información incompleta sobre la probabilidad real de una pérdida. El segundo componente es el «riesgo proceso», que surge por la naturaleza accidental de los costos por beneficio que

todavía podrían darse, a causa de que los eventos ocurren al azar aun cuando la probabilidad real de la ocurrencia se sepa (Albrecht, 1992, y Dror, 2001). El riesgo parámetro se subdivide en la inferencia estadística (predicciones derivadas de información sobre eventos previos que están sujetas a error) y en la predicción del riesgo que surge de la incertidumbre sobre la validez de estadísticas pasadas para el futuro (por ejemplo, posibles cambios en las enfermedades). El riesgo predecible es el componente más importante (Albrecht, 1992).

Por lo tanto, el asegurador debe confiar en un conocimiento profesional válido, así como en información fidedigna para garantizar su estabilidad a largo plazo. La recopilación de **información fidedigna** tiene que ir más allá del proceso de fabricación del producto para propósitos de seguimiento y modificación. Sin embargo, la escasez de datos es un problema principal para los microaseguradores. Por lo tanto, es necesario transferir información puntual y eficientemente sobre los riesgos asegurados y constatar la incidencia de los eventos y los costos resultantes entre la población asegurada. Finalmente, esto podría hacerse utilizando sistemas de información que pudieran simplificar y automatizar las operaciones de contabilidad y reportes, comenzando con el registro de nuevos miembros, hasta incluir los cálculos de reaseguro. El uso de productos de informática en la administración, tales como los utilizados por Microcare, podrían almacenar información y disponerla para un análisis sencillo. Podría vincular las ventas y el servicio con el mantenimiento de estabilidad a largo plazo y finalmente redundar en el diseño de productos nuevos.

Las **estadísticas sobre reclamaciones de los subgrupos** han de ser revisadas continuamente. Si se han cometido errores en el cálculo de la prima, estos deben corregirse, posiblemente a través de ajustes interactivos. Muchos esquemas de microseguro han tenido que ajustar la prima. Grameen Kalyan no utilizó cálculos actuariales para establecer la prima, sino que la estableció a través de un sistema de prueba y error y mediante las consultas continuadas con sus miembros. Al igual que Grameen Kalyan, Servi Perú revisa por lo general la prima anualmente, tomando en cuenta los costos de los varios beneficios pagados. VimoSEWA procuró cerrar la brecha de viabilidad al aumentar la prima de 12 rupias (\$0,24) en 2002, a 39 rupias (\$0,78) en 2005, para su componente de seguro de salud,³ y legitimó el aumento a través de un paquete de beneficios mejorados. Sin embargo, Yeshasvini Trust no ofreció tal mejora en el paquete de beneficios cuando duplicó su prima en 2005 para

³ El producto de seguro de VimoSEWA cubre varios riesgos. La relación entre la prima y los beneficios específicos no es compartida entre los tenedores de pólizas; ellos pagan una tarifa fija por el paquete entero, que incluye la protección de bienes y vida, al igual que de salud.

propósitos de estabilidad —y como consecuencia, el número de clientes disminuyó aproximadamente un tercio—. Los ajustes para bajar los costos de primas también son posibles, según ha demostrado Karuna Trust cuando tuvo un ratio de pérdidas de menos del 100%. UMSGF tuvo una experiencia similar, pero decidió permanecer con la prima existente y dejar de lado cualquier excedente como reserva, lo que tal vez es una decisión más sabia para garantizar una estabilidad a largo plazo.

Otra manera de alcanzar la estabilidad es generar ingresos de otras fuentes. Si las primas de los tenedores de pólizas están bien invertidas, las reservas acumuladas pueden ser utilizadas para bajar las primas o para cubrir pérdidas inesperadas. Sin embargo, en la mayoría de los esquemas, el ingreso de primas rara vez cubre las reclamaciones a causa de la capacidad limitada que tienen los clientes para pagar. Por ende, generalmente no es posible invertir las primas para generar ingresos adicionales aunque hay algunas excepciones futuras.⁴ Algunas organizaciones, incluyendo Grameem Kalyan y VimoSEWA, han generado ingresos adicionales al invertir subsidios o donaciones de fondos (*véase el Capítulo 6.1*).

Según se demuestra en la Tabla 10, algunos microaseguradores de salud aparentan ser viables cuando las reclamaciones se comparan con la prima. Sin embargo, cuando se tienen en cuenta todos los gastos, muchos todavía necesitan subsidios. BRAC y Grameem utilizan su propio personal de cuidado de salud, cuyos costos son sólo parcialmente cubiertos por la prima cobrada; por lo tanto, tienen unos costos administrativos muy altos en comparación con dicha prima. Es interesante señalar que las renovaciones son más altas en los esquemas mutualistas, pero que el número de los esquemas comparados es muy pequeño para obtener unas conclusiones firmes.

Siempre existe un elemento de riesgo. El asegurador tiene la tarea de asumir este riesgo. Una alternativa a esta asunción es el reaseguro, a través del cual parte del riesgo se cede a un proveedor externo. Cuanto más pequeño sea el consorcio de riesgo para un esquema de microseguro de salud, más alta la necesidad de reaseguro, porque los costos inesperados son difíciles de cubrir en la práctica a través de las reservas y porque la variedad de las reclamaciones es mucho mayor en consorcios más pequeños. Sin embargo, mientras los aseguradores formales tienen acceso a los reaseguradores, los microaseguradores informales de salud por el momento carecen de este acceso.

⁴ UMSGF ganó un ingreso de inversión de 0.1% de ingreso neto en 2000, que aumentó a 2.8% en 2004. Yeshasvini Trust acumuló reservas de las contribuciones en exceso y ganó interés sobre inversiones de 3.700.000 rupias, lo que supone el 2.6% del ingreso total del esquema. Sin embargo, Yeshasvini también recibió subsidios públicos en el mismo año.

Tabla 10

Algunas tasas importantes de los microaseguradores de salud

	<i>Reclama- ciones / primas totales (%)</i>	<i>Tasa de gastos (%) (Gastos totales / Ingreso total)</i>	<i>Costos adminis- trativos / Primas (%)</i>	<i>Primas de reasegura- dos / Ingreso de primas (%)</i>	<i>Tasa de renovación (%)</i>
Karuna Trust (2004)	115	n.a.	18	-	n.a.
Yeshavini Trust (2004)	140	n.a.	10	n.a.	69
BRAC (2004)	56	452	397	-	51
Grameen Kalyan (2004)	6,9	61	3.918	-	54
VimoSEWA (2004)	74	133	137	n.a.	51
AssEF (2004)	75	124 *	55	-	n.a.
UMSGF (2004)	42	27,9	21	2	81
UTM (2003)	40	n.a.	15	n.a.	100
ServiPerú (2003)	31,5	99 **	19,5	15	71

n.a.: Información no disponible.

* Esta tabla está contemplada sin considerar subsidios; la tasa de gastos fue 83%.

** Esta tabla refleja el promedio de 4 años..

Si un asegurador debe contratar reaseguro o no depende de la magnitud de los riesgos que acepta en relación a la capacidad financiera del asegurador y la probabilidad de la pérdida. Si la magnitud de la pérdida potencial es alta, el asegurador debe contratar reaseguro, aun si la probabilidad de una ocurrencia es baja. Las pérdidas de menor magnitud, las que desde el punto de vista de las compañías de seguro formal son típicas de los consorcios de los microseguros de salud, no deberían ser asumidas por la compañía de seguro en sí. Sin embargo, muchos microaseguradores pequeños no pueden acumular suficientes reservas para prevenir una serie de años difíciles. Por otro lado, el reaseguro puede ser una manera más barata que las reservas de asegurar la estabilidad (*véase el Capítulo 5.4*).

Quién maneja y asume el riesgo es un asunto crítico para todos los esquemas de seguro. Mientras que la naturaleza conducente a la participación de los esquemas basados en la comunidad aparenta ser atractiva, puede no contar con el suficiente peritaje para controlar el riesgo y puede que tenga opciones limitadas para poder distribuirlo (por ejemplo, a través del reaseguro). El manejo de las reservas está vinculado a la carga del riesgo. Si un esquema carece de reservas adecuadas, puede que no pueda pagar por los servicios que ha prestado si ocurren reclamaciones más altas que las esperadas. Esto puede erosionar la confianza en los proveedores de servicio de salud, lo que a la vez afectará a la calidad del servicio y finalmente impactará a los clientes. La Tabla 11 resume las tareas antes descritas.

Tabla 11

Aspectos generales de las tareas que se deben seguir para mantener la estabilidad a largo plazo

<i>Tareas</i>	<i>Características</i>
Manejo financiero	Uso de mercados
	Aplicación de destrezas y de conocimientos
Monitoreo de la estabilidad de un grupo de seguros	Monitoreo de pérdidas (en retrospectión)
	Monitoreo de la estructura de riesgo (en anticipación)
Manejo del total de riesgo actuariales	Gran difusión del riesgo
	Reaseguros, si son necesarios

5 Conclusión

En muchos sentidos, los problemas asociados al microseguro de salud son extrapolables a otros productos de microseguro. Se necesita información y educación sobre el seguro como una precondition para tener clientes satisfechos. Por otro lado, los beneficios deben corresponder a las necesidades y expectativas de los clientes. Sin embargo, mientras que para otros ramos de producto de microseguro aparenta haber un consenso en cuanto a su alto costo y a que vale la pena asegurar eventos de baja frecuencia, esto necesariamente no es cierto en cuanto a salud. Los pobres son muy conscientes de la carga que representan los eventos de bajo costo y alta frecuencia, pero es difícil que un asegurador de salud los cubra. El proceso de reclamaciones produce costos altos, ya que es difícil y costoso obtener la información necesaria para verificar las reclamaciones. Para que un esquema de seguro de salud sea viable, es por ende recomendable que el tenedor de la póliza y la comunidad se impliquen en el proceso del negocio, movilizand su capital social. Cuanto mayor sea el grado de convergencia entre los intereses del asegurado y el asegurador, más viable será el arreglo.

2.2 Ahorro y seguro a largo término

James Roth, Dennis Garand y Stuart Rutherford

Los autores desean agradecer a John Pott (Agha Khan Agency for Microfinance) y a Ellis Wobner (consultor para SIDA) sus contribuciones detalladas y sugerencias, que han añadido valor sustancial a este capítulo.

Según se describe en el Capítulo 1.2, una manera de que los hogares de bajos ingresos controlen el riesgo es a través del ahorro. Desafortunadamente, hay un número de limitaciones a esta estrategia, entre ellas: 1) los retos que la gente pobre enfrenta al acumular activos, y 2) la imposibilidad de que esa pequeña reserva pueda cubrir pérdidas mayores. Una posible solución al primer problema es una cuenta contractual de ahorro, también conocida como un compromiso o plan de ahorro recurrente, que ayude a crear una disciplina del ahorro y a acumular activos a través del tiempo. En cuanto al segundo problema, la facilidad del ahorro podría vincularse al seguro para atender pérdidas mayores.

Este capítulo explora las posibilidades de extender los contratos de ahorro a largo plazo y seguro a los pobres. La primera sección considera las razones por las cuales más hogares de bajos ingresos no tienen mejor acceso al ahorro y cómo los aseguradores pueden ser una fuente posible para dichos servicios. El capítulo también repasa los productos de este tipo que están disponibles actualmente en el mercado de bajos ingresos. La sección final atiende a lo que los microaseguradores pueden hacer para aminorar la brecha, o al menos contribuir a reducir la brecha, entre la demanda insuficiente de contratos de ahorro a largo plazo y la demanda de esos servicios que tienen los pobres. También examina los beneficios y los riesgos de estas pólizas y sugiere formas de controlar estos riesgos.

1 Dotando de ahorros a los pobres

Independientemente de la evidencia de que existe una demanda para servicios de ahorro formal para los hogares de bajos ingresos,¹ la oferta actual es bastante baja. Una mirada a los datos MIX (2004) sobre el desempeño de las ins-

¹ Por ejemplo, ver «Microsafe Briefing Note», número 6: Los riesgos relativos a los ahorros de la gente pobre: www.microsafe.org.

tituciones microfinancieras indicó que de las 302 IMF para las que dichos datos estaban disponibles, las instituciones promediaron 62.246 deudores activos, y solamente 33.657 personas que ahorraron voluntariamente.² Naturalmente, muchos de los hogares de bajos ingresos ahorran en instituciones que no se consideran a sí mismas IMFs, y por lo tanto no reportan al MIX, pero generalmente hay una falta de servicios de ahorro institucional para los pobres a causa de numerosas razones:

- Obstáculos de regulación hacen difícil obtener una licencia para aceptar depósitos.
- La economía política de desarrollo recompensa a los donantes y a los departamentos del gobierno por consumir sus presupuestos, creando el incentivo de promover el crédito en vez de iniciativas del ahorro.
- En relación con el punto anterior, los donantes ávidos de gastar sus presupuestos a veces conceden préstamos al por mayor a las IMFs a unas tarifas de interés mucho más bajas que las tarifas que necesitarían pagar los depositantes, por lo que minimiza el incentivo de las IMFs de atraer depósitos.
- La agenda de desarrollo ha asumido que el crédito microempresarial es un componente clave ausente del desarrollo económico.
- Muchos proveedores consideran la movilización del ahorro como una manera costosa de levantar capital.
- Hay una creencia continua y extendida de que la gente pobre no puede o no quiere ahorrar.
- Generalmente, hay una falta de facilidades para ahorrar en un sistema que sea seguro y costo-efectivo.

Hoy en día, estas perspectivas están siendo reconsideradas y revisadas. Muchos países tienen ahora regulaciones nuevas, o están a punto de tenerlas, para el microahorro. Los proveedores de los servicios financieros y sus auspiciadores, cada vez más conscientes de los beneficios del ahorro para sus instituciones y sus clientes, están ocupados mejorando sus sistemas para aumentar la eficiencia y conseguir la confianza en el mercado. Las investigaciones continúan revelando altos niveles de demanda para servicios de ahorro entre los hogares pobres. Sin embargo, por el momento, muchos de los que pudieran ahorrar en el renglón de bajos ingresos no están siendo servidos adecuadamente.

Por otro lado, muchos problemas asociados con los servicios de ahorro se vuelven todavía más grandes con los productos a largo término, en contraposición a las «libretas de acceso abierto o los ahorros de depósito a la

² www.mixmarket.org, cotejada el 21 de abril de 2006.

demanda». Los reguladores se preocupan especialmente cuando las instituciones tratan de retener lo que a menudo son los ahorros de la vida de sus clientes. Se requiere un alto nivel de confianza para inducir a los clientes a separarse de sus ahorros por cinco años o más, y la confianza en las instituciones financieras, a menudo, no es alta en países que han visto el colapso de sus divisas, instituciones financieras fracasadas, mercados de capital inadecuados, hiperinflación y golpes de Estado. En ambientes inestables como estos, puede no ser viable ofrecer productos de ahorro a largo plazo. Aun en países con estabilidad macroeconómica y política, las instituciones financieras son a menudo débiles o relativamente nuevas y frágiles.

Los productos de ahorro a largo plazo son interesantes para los hogares de bajos ingresos, ya que estos quieren reservar dinero para la educación futura, matrimonio, retiro y otros gastos grandes. La disciplina es un requisito importante. La investigación realizada sobre esquemas de ahorro obligatorio como las *Accumulating Savings and Credit Associations (ASCA)*³ indica que los miembros a menudo participan porque disfrutan de la compulsión de ahorrar (Aliber, 2001). La falta de liquidez, o la inmovilización de parte de los ahorros, es mucha veces preferible para la gente pobre, porque permite proteger los ahorros contra la erosión de retiros triviales o contra su consumo por parientes.

En algunos países en desarrollo, quienes ahorran incluso pagan para ahorrar. Por ejemplo, en Ghana, agentes de puerta en puerta conocidos como cobradores «Susu» cobran los depósitos y cargan por sus servicios. Existen mecanismos similares en la India y en otros lugares de Asia (Rutherford, 2000). La idea de que hay costos asociados a los instrumentos de ahorro y de que uno puede, o no, recibir de vuelta todo lo depositado no es necesariamente desconocido para los pobres. De hecho, para evaluar el valor de un producto desde la perspectiva del cliente, hay que considerar los costos de transacción asociados con el depósito, así como los costos de oportunidad: ¿en qué otro lugar podría invertirse el dinero y cuál sería el rendimiento de esa inversión?

Cuando hay demanda de ahorro a largo plazo por parte de personas sin recursos, pero muy pocos proveedores de tales servicios, es útil considerar a las compañías de seguros como una posible opción. Las compañías de seguros ofrecen productos de ahorro contractual combinados con seguros. Sin embargo, a menudo son productos ineficientes, ya que los gastos operacionales de la compañía de seguros son altos y se mantienen ocultos a los consumi-

³ Los ASCA (por sus siglas en inglés) son grupos informales de pocas personas que ahorran juntas sobre una base regular; la mayoría de los ASCAs ofrecen préstamos a sus miembros de los fondos acumulados. Con los ROSCA (por sus siglas en inglés) las personas, integradas en grupos, ahorran juntas y el consorcio de fondos rota entre los miembros, que pueden acceder a dichos ahorros por turnos.

dores. Preocupa, por ejemplo, el hecho de que los productos de seguro dotal tradicionales, que combinan ahorro y seguro, tengan gastos muy altos, dependan de tarifas altas y generalmente no ofrezcan valor al asegurado.

No está claro, sin embargo, si este desempeño es inevitable o si hay un método de distribución que elimine el alto costo y proporcione seguridad y valor al cliente. Muchos aseguradores tradicionales han utilizado los productos a largo plazo como su fuente primaria de ganancia; de hecho, muchos profesionales del seguro piensan que estos productos son necesarios para la viabilidad. Sin embargo, otros han desarrollado sistemas de seguro que ofrecen productos costo-efectivos que proporcionan valor al cliente. El siguiente reto es poder hacer esto al tiempo que se da servicio al mercado de bajos ingresos.

2 El ahorro a largo término y los productos de seguro para los pobres

Según los estudios de caso y otras diversas fuentes, existen maneras diferentes de ofrecer ahorro a largo plazo y seguro, incluyendo: 1) anualidades, 2) seguro dotal, 3) seguro para completar ahorros y 4) ahorros a largo plazo en sí mismos.⁴

2.1 Anualidades de salud

Con las anualidades de salud, el tenedor de la póliza paga primas regulares hasta una fecha específica, generalmente su fecha de retiro. En muchos países, las anualidades de por vida se conocen como anualidades de retiro. Estas, sin embargo, no necesitan estar vinculadas al retiro; pueden estar vinculadas a cualquier fecha aceptada por el asegurador. Desde esa fecha, el tenedor de la póliza recibe pagos de la compañía de seguros hasta que fallece. Existen algunas variantes; en una anualidad al reverso, por ejemplo, la compañía de seguros continuará pagándole al cónyuge del tenedor de la póliza durante toda su vida, tras el fallecimiento de su pareja.

Las anualidades de vida, como cualquier otro producto de seguro, se basan en un principio de consorcio. En una población sujeta a anualidades, se puede establecer un promedio de esperanza de vida de la población, de manera que aquellos que mueren antes respalden a los que viven más tiempo.

Sin embargo, para que las anualidades funcionen, el asegurador necesita información correcta en cuanto a la edad de la población y la tasa de mortalidad (dentro de un estudio demográfico comprensivo) y un peritaje ade-

⁴ Una quinta opción, el seguro de ahorro de vida (que no es necesariamente a largo plazo, aunque sí pudiera serlo), se discute en el Capítulo 2.3.

cuado que le permita predecir la esperanza de vida. Esta tarea es muy difícil incluso en los países desarrollados, que cuentan con información demográfica pertinente, por lo que en los países en desarrollo la tarea se complica todavía más. En muchos esquemas de microseguro, por ejemplo, incluso la edad de los clientes puede ser difícil de identificar. La predicción del futuro también es un reto, ya que los cambios pequeños pueden tener efectos dramáticos en los promedios de esperanza de vida. Por ejemplo, las mejoras en los sistemas de distribución de agua limpia o en la sanidad, o una campaña exitosa de vacunación, o la distribución de mosquiteros, pueden mejorar drásticamente el promedio de esperanza de vida. Esto hace muy difícil la tarificación de las anualidades.

Las anualidades de vida para los pobres han sido puestas a prueba en Filipinas por una institución líder y bien respetada, el Center for Agricultural Research and Development (CARD). Sin embargo, como se ilustra en el cuadro 18, el esquema de pensiones de CARD prácticamente llevó a la organización a la quiebra. CARD empezó a ofrecer seguro con un Members Mutual Fund (MMF) diseñado para dar cobertura de balance de préstamo, más asistencia funeral, en caso de que el deudor falleciera. Se trataba de un producto bastante eficaz, y su éxito y el aumento de las reservas llevaron a la organización a introducir productos adicionales y de mayor complejidad.

Cuadro 18

La incursión de CARD en las anualidades

En diciembre de 1996, como respuesta a la necesidad de pensiones de sus miembros más longevos y confiando excesivamente en el aparente éxito inicial del MMF, la administración decidió expandir la cobertura del producto. CARD decidió ofrecer un beneficio de pensión a los miembros que alcanzaran 65 años de edad por tan sólo \$0,05 más a la semana. Estos cinco centavos adicionales significaban que la nueva contribución obligatoria era de \$0,10 a la semana tanto para el asegurador como para la pensión. Este esquema se implantó a todos los clientes, sin hacer un examen ni contar con una opinión experta.

Cuando el cliente alcanzaba los 65 años o se veía permanentemente incapacitado, el nuevo producto ofrecía una pensión mensual de por vida de entre \$5,45 y \$10,90, dependiendo del tiempo que el beneficiario llevara siendo miembro de CARD. Bajo este arreglo, con tan sólo 14 meses de prima mensual de \$0,40 un miembro tenía derecho a la pensión más baja, de \$5,45. No había un periodo mínimo de participación antes de que la pensión estuviese disponible; los miembros sólo tenían que cumplir 65 años de edad, aunque los nuevos miembros sólo recibieran la pensión mínima.

Durante una auditoría en 1998, los auditores externos de CARD advirtieron a la gerencia de que la situación era imposible de sustentar financieramente y subrayaron las pérdidas que se estaban acumulando bajo el MMF. Basándose en esta opinión de los auditores, la gerencia reparó en que esta pérdida era una amenaza seria. Aun cuando la edad promedio de un miembro de CARD era de 43,6 años (37,1 en el 2004), el volumen potencial de las personas que podrían pensionarse podría acabar rápidamente con el capital de CARD. El fondo de pensiones destruiría todo el progreso que CARD había hecho; más aún, destruiría a la institución misma. CARD logró evitar esta pérdida al cancelar el esquema y repagar toda la prima a una asociación de beneficio mutuo nueva e independiente, propiedad de los miembros de CARD.

Fuente: Adaptado de McCord y Buczkowski, 2004.

El esquema de pensiones de CARD operó desde 1996 hasta 1999. Las primas pagadas a este esquema se utilizaron para capitalizar una asociación separada de beneficio mutuo (MBA, por sus siglas en inglés) que ofrecía entonces un plan de ahorro con un beneficio de pago único al final del plazo, sin el componente de seguro.

Este caso ilustra el potencial desastre que una institución que entra en el arriesgado mundo del seguro puede sufrir si no cuenta con el peritaje adecuado. De hecho, la nueva CARD MBA está administrada por un profesional del seguro, y la MBA trabaja continuamente con un consultor actuarial. Este caso también subraya el doble obstáculo que supone la insuficiencia de información y la dificultad de predecir tablas de mortalidad fluctuantes en países en desarrollo.⁵

Las organizaciones que gestionan anualidades requieren peritaje en riesgos de mortalidad y habilidades de manejo de inversión, tales como saber vincular los activos a las pérdidas. Cualquier facilidad de ahorro con garantías a largo plazo debe ser revisada por un notario y administrada para asegurar su viabilidad. Más que cualquier otra cosa, aquel que considere entrar en el mercado de las microanualidades necesita estar seguro de que cuenta con suficiente información actuarial. Como esta información tiende a ser muy escasa en los países en desarrollo, no se recomienda este tipo de producto por el

⁵ En los países en desarrollo, las tasas de mortalidad pueden disminuir tremendamente a través de un uso mayor de tecnología de salud *existente*, como por ejemplo vacunas, sistemas efectivos de acueducto y de purificación de agua. En los países desarrollados el ámbito para mejorar la mortalidad a través de tecnología de salud *existente* es más limitado. Claro está, tanto en los países desarrollados como en desarrollo la tecnología *nueva* puede mejorar las tarifas de mortalidad haciendo las anualidades actuarialmente más difíciles en cualquier contexto

momento. De cambiar la situación y mejorar la calidad de dicha información, entonces valdría la pena considerar las anualidades.

2.2 Pólizas de seguro dotal

Las pólizas de seguro dotal comúnmente vendidas por los aseguradores combinan el seguro de vida y los ahorros contractuales a largo plazo. Conllevan un pago regular durante un periodo relativamente largo de tiempo, generalmente de cinco años o más. Si los clientes sobreviven al plazo, reciben una suma única y tal vez un bono; si el tenedor de la póliza muere antes de que termine el plazo y está al día en el pago de las primas, entonces el beneficiario recibe la suma asegurada. Una característica particularmente interesante de las pólizas de seguro dotal es que también facilitan acceso al crédito, ya que los clientes pueden tomar a préstamo contra el valor de entrega de la póliza. Esta combinación de ahorro, crédito y seguro, si se diseña y distribuye costo-efectivamente, podría ser un instrumento efectivo para ayudar a los hogares de bajos ingresos a controlar una variedad de riesgos.

Los seguros de vida dotal ya cuentan con gran cantidad de clientes de bajos ingresos. En Suráfrica se estimó que, al final de 2004, 300.000 personas con bajos ingresos tenían pólizas de seguro dotal (Smith y Melsner, 2004). Delta Life (en Bangladesh), Tata-AIG (India) y ALMAO (Sri Lanka) venden pólizas de seguro dotal a los pobres con resultados mixtos en términos de demanda, viabilidad y ganancias. Todas ellas son compañías de seguro reguladas, aunque tienen diferentes agendas.

Cuando Delta Life empezó su negocio en 1986, fue una de las primeras compañías privadas de seguro en Bangladesh (siguiendo el proceso de privatización de mediados de los ochenta). Inicialmente vendió pólizas de alto costo, pero pronto comenzó a complementarlas con el microseguro. Su misión al vender estos productos había sido explícitamente social. Contrató a profesionales del seguro para que avalaran sus operaciones de alto costo e incluyó a trabajadores sociales entre el personal de su negocio de microseguro. En 2002, la junta de directores profesionalizó el negocio del microseguro, de modo que ahora atiende más a las ganancias. Sin embargo, independientemente de lo encomiable de su motivación, Delta ha recibido críticas por ofrecer un producto que da beneficios inadecuados a los clientes pobres, ser muy lenta en el pago de reclamaciones y haber colapsado más de la mitad de sus pólizas.

En un principio, Tata-AIG se inició en el microseguro porque, como todos los aseguradores en la India, estaba legalmente obligada a servir a los tenedores de póliza de bajos ingresos y a los que viven en el campo. Aunque este mercado puede no ser tan beneficioso como otros ramos del seguro,

pronto se dio cuenta de que le procuraba ventajas, incluyendo un reconocimiento de marcas mejorado, la expansión en el mercado y el cumplimiento con sus obligaciones de responsabilidad social.

Tabla 12

Datos aseguradores con productos totales (endowment)

<i>Institución</i>	<i>Tata-AIG (US\$)</i>	<i>Delta Life (US\$)</i>
País	India	Bangladesh
PNB per capita (2003 UNDP)	564	376
Nombre de la póliza	Karuna Yojana	Seguro total (con ganancias)
Término	15 años	15 años
Prima	6,69 anual, dadas las características descritas bajo “Beneficios” (incluye ahorros y prima de seguro)	6,33 por la suma de 100 asegurados (incluye ahorros y prima de seguros)
Beneficios	Si se retira el dinero a la edad de 18 años -suma asegurada: 556, beneficio de maduración: 112	85-1,650. Otros beneficios: luego de dos años, elegible para tomar prestado hasta el 90% del valor cen efectivo de un año a 20% por año por parte de Delta.

ALMAO comenzó en 1991 como un esquema de seguro informal de la red de Sanasa de cooperativas de ahorro y crédito, ofreciendo productos básicos que cubrían muerte, incapacidad y hospitalización. ALMAO también ofreció a las sociedades de Sanasa servicios de protección de préstamos, ahorros de por vida y seguro de propiedad y salud para sus empleados. En 2002, ALMAO fue formalmente autorizada como una compañía de seguro de vida. Este cambio de estatus estimuló al asegurador a introducir una nueva gama de productos de seguro dotal que han sido tarifados y administrados profesionalmente. Desafortunadamente, los productos parecen no satisfacer las necesidades del mercado-meta, ya que ha habido muy poca demanda para ellos hasta el momento.

Las pólizas de seguro dotal, como vehículos para cobrar el ahorro contractual a largo plazo de los pobres, son polémicas. En muchos países, las pólizas de seguro dotal no ofrecen un valor adecuado, ya que los gastos son altos y los pagos de la póliza bajos, en relación con otros instrumentos. Tienen a ser costosas de vender, porque se venden individualmente en vez de en grupos, lo que añade un costo considerable, particularmente en forma de comisiones por venta. La estructura de comisiones también tiende a incentivar prácticas de venta que no caen dentro del espíritu del microseguro (*véase*

el Capítulo 3.2). Los seguros de vida dotal son productos complejos en su diseño y administración. Con pequeñas sumas aseguradas, los costos son a veces cubiertos al proporcionar al tenedor de la póliza un valor comparativamente bajo. Por ejemplo, muchos, si no la mayoría de los tenedores de póliza pobres, reciben sustancialmente menos dinero en efectivo que lo que pagan en primas, porque no les ha sido posible continuar con los pagos. Para que los productos de seguro dotal beneficien al mercado de bajos ingresos, estos y otros obstáculos tienen que ser resueltos.

2.3 Seguro para completar el ahorro

Un tercer modo de atender las necesidades de seguro y de ahorro a largo plazo del mercado de bajos ingresos es a través del seguro para completar el ahorro. T UW SKOK, el proveedor de seguro pionero en las uniones de crédito de Polonia, ofrece este producto para incitar a los miembros de la unión de crédito a desarrollar un programa de ahorro regular. El propio miembro determina la meta del ahorro y el periodo de tiempo, hasta un máximo de diez años. La unión de crédito tiene sistemas de información que calculan la cantidad de depósito mensual necesaria para alcanzar la meta del ahorro. Si se da la muerte accidental del miembro, T UW SKOK pagará al beneficiario la diferencia entre la meta de ahorro y el balance de ahorro en el momento de la muerte. Se incluye además un componente de incapacidad que complementa el salario del miembro si está impedido para trabajar durante más de treinta días.

Este producto de seguro es particularmente interesante para las uniones de crédito, porque está íntimamente integrado en su operación principal de negocio y les ayuda a alcanzar sus propias metas, haciendo más atractivo el producto contractual de ahorro. Por otro lado, resulta más fácil para el personal de la unión de crédito vender este producto que otros productos de seguro, porque les permite preguntar al miembro si desea una cobertura adicional de ese seguro en el momento de abrir la cuenta.

Una diferencia principal entre el seguro de vida dotal y el seguro para completar ahorro es que, en este último, el asegurador no se queda con el ahorro —mientras que la unión de crédito, sí—. Desde la perspectiva del asegurador, es un producto muy simple: se trata de un seguro básico de vida a plazo, con una suma asegurada que va disminuyendo. El producto debe ser menos atrayente para los aseguradores que para el productor de seguro de vida dotal, porque este último, generalmente, preferiría invertir los fondos y generar ingresos adicionales. Sin embargo, el seguro para completar ahorros puede proporcionar un mejor valor al cliente, ya que sus ahorros no pueden utilizarse para pagar las comisiones del agente. El seguro para completar aho-

rro es una póliza grupal que puede pagarse fácilmente; por ejemplo, TUW SKOK carga por la cobertura⁶ un 0,07% mensual del balance de ahorros remanente, mientras que la unión de crédito paga entre el 3% y el 6% al año sobre el balance en ahorros.

2.4 Separando el ahorro a largo plazo del seguro

Un cuarto enfoque es el de ofrecer el ahorro y el seguro por separado. El seguro de vida a plazo tiende a ser relativamente más fácil de adquirir. Naturalmente, los ahorros a largo plazo sólo pueden ser ofrecidos por instituciones especializadas en aceptar depósitos, que cuentan con una reputación que motiva a la clientela a confiar en ellas. Según se menciona anteriormente, la oferta para este tipo de servicio es limitada, pero existen algunos ejemplos importantes de instituciones que ofrecen contratos de ahorro a largo plazo (véase el Cuadro 19).

CARD Bank terminó ofreciendo contratos de ahorro a largo plazo después de experiencias desastrosas con sus anualidades. La institución, en vez de preocuparse por las complejidades del seguro, creó un fondo al que todos los miembros pagaban 5 PhP (\$0,09 a la semana). Al alcanzar la edad de 65 años, estas personas tenían garantizado un pago único, basado en el valor de los depósitos recibidos más el interés acumulado (actualmente, 8% al año).

Comparado con otras opciones descritas anteriormente, la ventaja principal para los clientes es que pueden ahorrar sin necesidad de un seguro. Por otro lado, es también una desventaja. Si mueren o se incapacitan durante los años en que pueden generar ahorros, ellos (o sus familias) no tendrán nada en que ampararse. Si quieren tener un seguro para complementar su esquema de ahorro, pueden obtenerlo en el mercado. Sin embargo, cuando buscan una cobertura individual, no encontrarán una opción más atractiva en precio que la póliza a plazo ofrecida por la organización que guarda sus ahorros (idealmente suscrita por el asegurador).

3 Asuntos clave en la oferta de seguro y ahorro a largo plazo

Cuando se ofrece seguro y ahorro a largo plazo a los pobres, hay que tener en cuenta cuidadosamente varios asuntos, incluyendo la estabilidad macroeconómica y política, la infraestructura del sector financiero, las ventas inapropiadas, los mecanismos para el cobro de prima, los colapsos y los valores de entrega de la póliza. Algunos de estos retos afectan al seguro de vida total más significativamente que a ningún otro producto.

⁶ Si el objetivo del ahorro es \$1.000 y los ahorros actuales son \$900, la diferencia de \$100 es asegurada por una prima anual de 0,84.

Cuadro 19

El esquema de depósito de pensiones de Grameen (GPS)

Como parte de Grameen II —en 2001, Grameen Bank rediseñó totalmente sus productos, en un intento de recuperarse del declive que padecido durante los años noventa—, Grameen comenzó a ofrecer uno de los mayores, y de mayor crecimiento, productos de ahorro a largo plazo en el mundo para los pobres. Se inspira muy de cerca en un producto extremadamente popular que ha sido ofrecido por los bancos comerciales durante años a los bangladeshíes más adinerados, ofreciendo evidencia adicional de que son las limitaciones en el lado de la oferta, en vez de en el lado de la demanda, las que restringen el uso de estos servicios por la gente pobre.

Los plazos son entre cinco y diez años, y los depósitos mensuales idénticos se hacen en sumas tan pequeñas como \$1,00. El interés sobre el esquema a diez años se paga a 12% p.a. (alrededor de 8% p.a., en términos actuales y un tanto generosos, comparados con la tarifa ofrecida por los bancos comerciales para productos similares, lo que genera una nueva y súbita demanda de contratación por parte de los hogares no tan pobres). Una vez que la suma está madura, puede ser retirada en efectivo o como ingreso mensual (no como una anualidad sino, simplemente, como el ingreso derivado del interés pagado sobre la suma, a 12% p.a.). Los depositantes también pueden transferir la suma a otro de los esquemas de depósito fijo que Grameen ofrece a buen precio. No hay un elemento de seguro, y no hay demanda evidente para que tenga que ser añadido.

Los depósitos se hacen durante la reunión semanal, a la que todos los miembros de Grameen tienen que asistir, obligatoriamente. Grameen, por tanto, utiliza sus propios «agentes» y lo hace de una manera extremadamente económica, ya que los agentes también son responsables de dar servicio a la cartera de préstamo.

El esquema, ahora en su quinto año, ha generado más de 3 millones de cuentas, y la cartera total del GPS, que Grameen mantenía, fue de aproximadamente 83 millones de dólares (USA) a finales de 2005. El GPS ha sido uno de los principales argumentos que han hecho de Grameen un verdadero intermediario financiero, en vez de un simple proveedor de microcrédito: su cartera total de ahorro suma actualmente 450 millones de dólares (USA) y excede su cartera de préstamo.

Comprender por qué este esquema precisamente es tan popular se complica por el hecho de que los deudores de un préstamo de más de \$125 necesitan mantener una cuenta GPS con una suma mínima. Sin embargo, muchas cuentas tienen balances por encima de este mínimo, y muchas personas que ahorran mantienen más de una cuenta, lo que sugiere que el esquema tiene un valor propio —un hallazgo que se refuerza por los testimonios de los propios tenedores de cuentas, como muestra un estudio llevado a cabo por MicroSave.

Fuente: Rutherford, y notas personales basadas en una investigación hecha para MicroSave, en 2005.

3.1 La estabilidad macroeconómica y política

La estabilidad macroeconómica y política es un asunto que cualquier instrumento financiero que intenta retener valor para el seguro debe tener en cuenta. Muchas personas en el mundo, ricos y pobres, se han despertado un día constatando que el dinero que habían ahorrado prácticamente no vale nada. Los culpables: la inflación y/o la devaluación. Estos riesgos no son triviales. Un estudio de caso de AIG Uganda cuenta la historia de un hombre que pagó su prima según se le requirió y esperó hasta que la dote había alcanzado su madurez. Cuando llegó a la oficina de cobro, el pago que recibió fue menor que el coste del billete de autobús que tuvo que comprar para ir al pueblo a cobrar el beneficio.

En economías inestables y de alta inflación, es particularmente difícil ofrecer ahorros seguros a largo plazo. Existen, no obstante, maneras para controlar los riesgos de inflación. Por ejemplo, la institución financiera podría ofrecer cuentas en divisas extranjeras y hacer inversiones internacionales. Las compañías de seguros establecidas pueden estar en mejor posición que los intermediarios financieros de más reciente creación para realizar transacciones complejas y poder resguardarse, efectivamente, de la inflación. Las tasas de interés o los requisitos de inversión muchas veces están ligados a la inflación, mientras que los depósitos, las primas y los beneficios aumentan a base de la inflación.

La situación financiera de la gente de bajos ingresos es precaria. Si han de venderse pólizas con componentes de inversión a largo plazo en este mercado, las pólizas deben ser desarrolladas para ofrecer protección contra la inestabilidad macroeconómica y dar un valor real a los clientes. Todas las economías están sujetas a una inflación no prevista; el diseño del producto tiene que desarrollar rendimientos para los tenedores de póliza que les protejan de los estragos de la inflación. Si los aseguradores no pueden alcanzar este objetivo, debe estimularse a los clientes a ahorrar en activos que retengan su valor, tales como ganado u oro, y a explorar coberturas de seguro a corto plazo para manejar sus riesgos.

3.2 Infraestructura del sector financiero

Otro requisito importante del ahorro a largo plazo y del seguro es que tiene que haber una inversión efectiva o un mercado de capital en el país. El ahorro a largo plazo puede ser beneficioso para todos si la institución que recibe fondos puede invertir en una variedad de instrumentos durante distintos periodos de tiempo. La inversión en bonos del Tesoro, en equidades y en propiedad podrían ser formas posibles de ahorro a largo plazo, en la medida en

que puedan ajustar el marco de tiempo deseado para la inversión. La habilidad para evaluar la inversión también es necesaria a fin de poder medir el perfil del riesgo. En algunos países, estas condiciones no existen, lo que hace difícil gestionar adecuadamente el ahorro a largo plazo.

La falta de infraestructura en el sector financiero tiene mayor efecto sobre los productos dotales que sobre el producto para completar ahorro o de ahorro sencillamente, porque el asegurador descansa más en el mercado de inversiones para su rendimiento. Si hay oportunidades limitadas de inversión y resulta difícil evaluar el riesgo de las pocas oportunidades disponibles, será particularmente difícil que los productos de seguro dotal puedan salir adelante. Las uniones de crédito como Grameem Bank, por otro lado, invierten una cantidad significativa, si no todos sus ahorros, en la cartera de préstamos de sus asociados. Aunque esto crea una concentración impropia de riesgos (*véase el Capítulo 3.6*), este tipo de inversión no requiere intercambios de acciones de valores ni de agencias tarifadoras.

3.3 Prácticas de venta inapropiadas

Otro problema que surge con los productos a largo plazo es la posibilidad de venta inapropiada, ya que el cliente no puede constatar que la institución financiera y su agente son en efecto fiables hasta pasado un largo periodo de tiempo, a veces hasta años, después de contratado el producto. Este asunto es más problemático para las pólizas de seguro dotal (*véase el Cuadro 20*) que para los esquemas de ahorro, porque estos últimos suelen ser más transparentes. Por otra parte, el personal que vende «los productos de ahorro» habitualmente no gana una comisión individual basada en su volumen de ventas, así que no tiene incentivo para representar inadecuadamente el producto, ni para presionar a las personas que no quieren comprar.

Las ventas inapropiadas pueden ser un gran problema incluso en aquellos países con mercados financieros altamente regulados. En el Reino Unido se ha estimado que 5 millones de dólares procedían de pólizas de seguro dotal vendidas impropriamente.⁷ En su mayoría, los clientes habían adquirido pólizas de seguro dotal asociadas a su hipoteca, creyendo que la póliza saldaría el préstamo cuando la dote madurara, pero eso no ocurrió. El UK Committee que investigó el problema estimó un déficit nacional de 40 billones de libras esterlinas (69,6 billones de dólares USA).

Hay que tener en cuenta que cuanto más interés tenga un agente vender pólizas inadecuadamente (dependiendo de la estructura del incentivo de ventas), ello podría también redundar en el interés del asegurador, especialmente

⁷ Fuente: <http://www.wish.net/entaumentation/index.html>.

si la póliza caduca por falta de pago. Algunos aseguradores confían en este tipo de colapso pensando que pueden resultar beneficiosas para aquellos clientes que pagan sus primas, pero la presión del consumidor es tan grande en algunos países que los reguladores han forzado a los aseguradores a pagar cientos de millones de dólares a los consumidores afectados. Esto no sólo ha sido costoso, sino también una lacra para la imagen de los aseguradores.

Cuadro 20 **Ventas inapropiadas en África del Sur**

El Black Sash es una organización de derechos humanos en África del Sur que da consultoría a las comunidades que asiste sobre una variedad de asuntos de protección al consumidor. Muchos de los casos que ha atendido Black Sash tienen que ver con los agentes de las compañías de seguros que venden una amalgama de pólizas de seguro, incluyendo seguros dotales, a los consumidores rurales. Un caso bastante conocido implicó a una trabajadora doméstica en una agencia de gobierno.

Hasta su retiro en marzo de 1993, ella ganó un sueldo de \$162 semanales. Pagó \$37 al mes por distintas pólizas de seguro con cuatro compañías principales de seguro. Después de su retiro, todo lo que recibió del total de sus pólizas fueron \$58. La trabajadora solicitó ayuda a Black Sash.

Después de una pugna que duró algún tiempo y que conllevó muchos meses de correspondencia con las compañías de seguro, ella recibió \$169 en total. Una de las pólizas había sido retirada en el momento de su retiro, cuatro años antes de que fuera pagadera, y el encargado de personal de la agencia gubernamental para la que trabajaba nunca le hizo saber que, de haber esperado los cuatro años, hubiera recibido mucho más.

Fuente: Adaptado de Roth, 1995.

3.4 Métodos de recolección de ahorros y primas

Un asunto fundamental para todos los productos es la necesidad de minimizar el costo que acarrea el cobro de primas; de otro modo, el ahorro del pobre realmente se limitaría a pagar los costos operacionales del proveedor. Una manera de reducir los costos es reducir la frecuencia del pago, pero para el mercado de bajos ingresos es razonable asumir que los pagos periódicos (mensual, semanal, quincenal o trimestral) son probablemente más adecuados para su flujo de dinero en efectivo que los pagos anuales (*véase el Capítulo 3.3*).

En el caso de los productos de seguros y de ahorro a largo plazo, existen tres modelos principales en uso para el cobro de primas: las deducciones electrónicas, los microagentes y la vinculación del producto a través de otras entidades financieras.

Deducciones electrónicas: En países donde las personas de bajos ingresos tienen cuentas de banco, el pago de primas puede hacerse electrónicamente, con seguimiento especial solamente si algo falla. Así se venden las pólizas dotales a los pobres de África del Sur, donde los hogares pobres a menudo sólo tienen un miembro en activo y una sola cuenta de banco. Bajo las condiciones actuales, este modelo puede ser inapropiado para los países de bajos ingresos, aunque según surgen nuevas tecnologías y cambios en la banca se presentan nuevas oportunidades; por ejemplo, las deducciones de primas a través de sistemas de banca telefónica. En Filipinas, los depósitos pueden hacerse por teléfono con cargo de un peso (\$0,02) por transacción, lo que se considera más bajo que los costos de transporte que acarrea desplazarse a una institución financiera.

Actualmente, en Filipinas los depósitos pueden hacerse por teléfono con un cargo de un peso (o el equivalente de \$0,02 por transacción), lo que es considerablemente más barato que los costos de transporte que conlleva el desplazamiento a la institución financiera (Chemonics, 2006).

Micro-agentes: En la India, Tata-AIG comenzó a trabajar con una IMF para vender sus pólizas. La relación no funcionó porque la naturaleza a corto plazo de un préstamo de una IMF es incompatible con la naturaleza a largo plazo de las pólizas de seguro dotal. Por tanto, se hacía difícil cobrar la prima de los clientes que compraron una póliza de seguro dotal pero solamente tenían un préstamo. Mientras resulta relativamente fácil deducir la prima de un préstamo que ha sido desembolsado, si el cliente abandona o no vuelve a pedir un préstamo, entonces se requiere un nuevo mecanismo para el cobro de la prima. Por tanto, Tata-AIG confió en agentes individuales, principalmente mujeres de bajos ingresos, que se organizaron dentro de unos grupos de seguro rural comunitario (Community Rural Insurance Group, CRIGS) que operan como agencias de seguros. Estas agentes percibían su ingreso como suplementario, por lo que estaban dispuestas a trabajar a cambio de comisiones relativamente bajas. El modelo de Tata-AIG se discute con más detalle en el Capítulo 4.5.

Delta Life y ALMOA también confían principalmente en grupos de mujeres pobres que funcionan como un ejército de agentes. De hecho, el elemento básico para cobrar primas de puerta en puerta es el mismo para las tres organizaciones. Este tipo de método puede funcionar bien en el subcontinente indio, donde las densidades poblacionales son altas y hay mucha gente con niveles suficientes de educación capacitada para trabajar a cambio de ingresos bajos. No está claro si este modelo podría resultar en países con densidades poblacionales más bajas y niveles bajos de educación formal.

Pagos vinculados: En los ejemplos de CARD, Grameen y TUW SKOK, los costos de cobro de ahorros son minimizados porque se vinculan con otras transacciones financieras. Los clientes de CARD y de Grameen hacen sus pagos de ahorro durante las reuniones de grupo semanales, generalmente celebradas muy cerca de sus hogares. En TUW SKOK, cuando el miembro del hogar hace su depósito mensual, se le deduce automáticamente una pequeña suma, y al final del mes esta se acumula a la otra prima que la unión de crédito necesita pagar al asegurador.

3.5 La caducidad de la póliza y el problema del valor de cancelación

Otro problema característico de los productos de seguro dotal son las pólizas que caducan por falta de pago. Con los productos de ahorro, si los depositantes dejan de hacer un pago o suspenden los depósitos, aunque ganen a un interés más bajo, no pierden sus ahorros. Si un tenedor de póliza deja de pagar la prima sobre una póliza de seguro dotal, la misma caducará, y solamente su valor de cancelación —a menudo correspondiente a una parte ínfima de los ahorros— será devuelto al cliente. Como los hogares de escasos ingresos generan ingresos irregulares, las pólizas que caducan representan un problema significativo para el microseguro.

El valor de cancelación limitado durante los primeros años se relaciona con la remuneración que se da al agente por adelantado y con otros costos que conlleva el contrato de la póliza, tales como la evaluación, la gestión de datos y la preparación del contrato. Los agentes tienden a recibir su comisión en los primeros años de la venta (*véase Capítulo 3.2*). En una situación de caducidad, estos costos se deducen de los ahorros y el remanente se reembolsa al cliente. En los primeros años de la póliza habitualmente no hay valor de cancelación.

Hay muchas maneras de manejar este asunto de la caducidad. Delta concede un periodo de gracia de treinta días para pagos tardíos, después del cual el componente de seguro se suspende. Los tenedores de póliza pueden reinstalar una póliza dentro de un plazo de doce meses si pagan una cuantía por demora y se someten a una revisión de su suscripción. Las pólizas pueden incluso ser recuperadas después de dos años por medio de un pago por demora y de un informe médico que evidencie una condición de salud aceptable. Delta, además de introducir un producto de préstamo microempresarial poco exitoso para ayudar a los tenedores de póliza a generar ingresos (*véase Capítulo 3.3*), no ha adaptado el concepto de seguro dotal para atender a la realidad del mercado de bajos ingresos, donde el flujo en efectivo irregular es frecuente; más aún, cuando se trata de sumas pequeñas aseguradas, el informe médico debería no ser necesario. Por contraste, para TATA-AIG, si

los tenedores de póliza se demoran con sus primas, el asegurador deduce la prima de la suma acumulada en el valor de cancelación o entrega. Esto parece ajustarse mejor a las necesidades del mercado de bajos ingresos.

Hacen falta opciones más innovadoras para atender el problema de las cancelaciones. Un área que tal vez debería explorarse es la creación de incentivos para pagos regulares; por ejemplo, conceder un bono si todas las primas son pagadas dentro de los cinco días en que son exigibles, y estipular una reducción de beneficios cuando los pagos no se cumplen, en vez de una simple cancelación de cobertura. El asunto crucial es que el valor de cancelación sea justo y que los clientes sean conscientes de las condiciones de su póliza, incluyendo ese valor de cancelación. La equidad en este punto significaría que se expliquen bien los porcentajes de ahorro y de seguro de las primas y que el tenedor de la póliza las comprenda adecuadamente, así como que el ingreso o ajuste de gastos se explique también debidamente antes de adquirir la póliza.

4

Conclusión

El seguro y los ahorros a largo plazo proporcionan una nueva y excitante oportunidad para expandir las fronteras de las finanzas. La demanda ya existe. El reto es encontrar el diseño adecuado para los productos, el mecanismo de entrega y el arreglo institucional que atienda la demanda de forma costo-efectiva. De los tres puntos analizados en este capítulo (ya que las anualidades no se consideran viables por el momento) y desde una perspectiva puramente de diseño de producto, se mostraría que los dos productos que separan el seguro del ahorro (o que no incluyen seguro) tienen una ventaja sustancial sobre las pólizas de seguro dotal.

Los servicios institucionalizados de ahorro no están ampliamente disponibles para los pobres y, si lo están, puede que sean ofrecidos por organizaciones que no son suficientemente sólidas o creíbles para ofrecer ahorros a largo plazo. Por ende, las compañías de seguro están en mejor posición para ofrecer como alternativa un producto de seguro dotal, que también pueda apelar a los hogares más pobres si se diseña atendiendo a las características del mercado de bajos ingresos y le añade valor.

Los hallazgos principales de este capítulo son los siguientes:

- Las instituciones financieras han sido lentas a la hora de ofrecer ahorros a largo plazo a los pobres, debido a obstáculos en la regulación, inestabilidad macroeconómica, demanda subestimada, elevados costos y falta de confianza del consumidor. Estos obstáculos pueden salvarse y en muchos países se ha visto progreso, pero por el momento la mayoría de los hogares de bajos

ingresos carecen de acceso a servicios de ahorro a largo plazo, a pesar de que existe una fuerte demanda.

- Las compañías de seguros podrían desempeñar un papel importante para resolver estas dificultades asociadas con los ahorros a largo plazo, bien por sí mismas o a través de una sociedad con un intermediario financiero de base comunitaria, como una unión de crédito u otro tipo de institución microfinanciera.
- Las anualidades no funcionan bien con clientes de bajos ingresos en países con economías emergentes; estos productos no son recomendables en este momento debido a las dificultades actuariales y a los riesgos sustanciales de mortalidad y de inversión.
- Todos los productos de ahorro a largo plazo y de seguro son difíciles de ofrecer en condiciones política y económicamente inestables.
- Parece ser que los productos de seguro dotal vendidos actualmente a clientes de bajos ingresos todavía no están bien diseñados para ofrecer un valor sustancial al tenedor de la póliza.
- Las dificultades principales con el seguro dotal son: 1) asegurar que la prima sea cobrada de forma costo-efectiva durante un largo plazo de tiempo, lo que requerirá la creación de sistemas innovadores de cobro; 2) valores bajos de cancelación que provocan que un tenedor de póliza reciba solamente una fracción de la prima pagada, y 3) problemas en las ventas (el mismo problema que ya padecen las economías desarrolladas).
- Los agentes de desarrollo y los donantes solamente deberían recomendar pólizas de seguro dotal en países donde pueden ser efectivamente reguladas y donde se ofrece a los clientes un valor razonable en comparación con el que ofrecen otros vehículos de ahorro.
- En vez de un seguro dotal, sería mejor solución combinar el componente de los ahorros de una IMF con un beneficio de seguro. Podría ser tan simple como ofrecer un incentivo de seguro a los clientes que ahorran.

Para expandir la disponibilidad de los productos de ahorro a largo plazo y de seguro, los aseguradores, los bancos, los donantes y las agencias en desarrollo pueden desempeñar un papel significativo a la hora de mejorar el diseño de los productos para los pobres, ayudando a los reguladores que los fiscalizan y fortaleciendo los mecanismos de protección al consumidor, así como asegurando que los productos son diseñados equitativamente y vendidos con honestidad.

Ninguno de los productos disponibles actualmente está libre de fallos. De hecho, se requiere innovación adicional para proporcionar mejores productos a largo plazo para el mercado de bajos ingresos. Tales innovaciones tendrían que ser evaluadas sobre sus propios méritos. ¿Son seguras, están protegidas de la inflación, están bien reguladas, proporcionan un valor real a los clientes?

2.3 El seguro vinculado al ahorro y al crédito

Sven Enarsson, Kjell Wirén y Gloria Almeyda

Los autores agradecen las sugerencias y aportaciones de Jean Bernard Fournier y Catherine Tremblay (DID) y de Ellis Wohlner, consultor de SIDA.

Tradicionalmente, las aldeas de los países en desarrollo han ofrecido a sus residentes compartir el riesgo de seguro de maneras simples. Aldeas completas, clanes o grupos voluntarios han prestado ayuda a sus miembros cuando estos se ven afectados por cualquier acontecimiento. En muchos países, los grupos de ayuda federal son una de las primeras formas de seguro voluntario. Las personas crearon asociaciones de ayuda a los familiares de fallecidos. La ayuda podía ser tanto dinero en efectivo como en especie, y a menudo la principal forma de ayuda era cubrir los gastos del funeral, que pueden llegar a ser muy costosos. Algunos grupos acumulaban ahorros para cubrir dichos gastos, mientras que otros recogían fondos en el momento de la muerte. Los casos de acumulación de ahorros demuestran que la conexión entre el ahorro y el seguro procede de una larga tradición.

Las cooperativas formales de ahorro y crédito surgieron para servir a la gente de bajos ingresos durante las primeras décadas del siglo XIX. La gente pobre creó sus propias instituciones, ya que el sistema financiero ordinario no alcanzaba a su mercado. Estas cooperativas se extendieron a mucha gente en ciudades y pueblos, al igual que en áreas rurales. Las cooperativas de ahorro y crédito a menudo ofrecían préstamos de emergencia que funcionaban como un servicio simplificado de control de riesgo para sus miembros. El seguro de protección de préstamo fue introducido más adelante; se convirtió en una de las formas más antiguas de microseguro y benefició a un gran número de gente pobre. El seguro cubría el pago de un préstamo si el prestatario fallecía. Un grupo de seguro americano, CUNA Mutual, desempeñó un importante papel en la introducción del seguro de protección de préstamo en muchos países, en particular para las cooperativas de ahorro y crédito.

En los años sesenta y setenta, se implantaron diversos esquemas en países en desarrollo para dotar de crédito, principalmente, a los agricultores a pequeña escala. Muchos de los esquemas fracasaron al cobrar los préstamos, y no había arreglos para seguro. Sin embargo, los donantes y los responsables de la política pública consideraron la prestación de crédito a los pobres una

forma importante de facilitar el desarrollo. En los ochenta y los noventa se establecieron algunas instituciones de microfinanzas, generalmente en forma de ONG, que se centraban primordialmente en los microempresarios y no en los agricultores. Según maduraron estas instituciones de microfinanzas, la protección a los préstamos se convirtió en una herramienta cada vez más común.

Poco a poco, el servicio de seguro provisto por las organizaciones de ahorro y crédito fue desarrollándose. Estas organizaciones, tanto cooperativas como ONG, a menudo añadían una o dos opciones de seguro al esquema de protección de préstamo, como parte integral de sus operaciones, y a menudo asumían el riesgo por sí mismas. Otras, sin embargo, eligieron convertirse en agentes de compañías comerciales (*véase el Capítulo 4.2*). Algunas organizaciones de ahorro y crédito establecieron sus propias compañías comerciales para ofrecer una gama amplia de servicios a sus miembros (*véase el Capítulo 4.1*).

Esta evolución de la relación entre los productos de seguro y de ahorro y crédito se resume en dos dimensiones complementarias:

1. Los intermediarios financieros quieren seguro para proteger sus carteras de préstamo.
2. Ya tienen transacciones financieras establecidas con su mercado-meta; es muy costo-efectivo para ellos ofrecer servicios de seguro a los hogares de bajos ingresos, vinculados tanto a sus ahorros como a los productos de crédito que utilizan.

Este capítulo está basado principalmente en diez estudios de casos sobre organizaciones de ahorro y crédito que ofrecen microseguros. Estos estudios cubren muchos aspectos distintos; condiciones y tipos de entregas o distribución del servicio. Aunque otras organizaciones de ahorro y crédito pueden proporcionar servicios de microseguro un tanto diferentes, los diez casos en cuestión cubren aspectos importantes del seguro vinculado al ahorro y crédito.

La abreviatura IMF es utilizada para todo tipo de organización de ahorro y crédito que ofrezca servicios financieros a hogares de bajos ingresos, incluyendo las ONG, los bancos de microfinanzas y las cooperativas de ahorro y crédito. Solamente cuando hay una referencia específica a las cooperativas de ahorro y crédito utilizaremos este término. Igualmente, los términos «cliente» y «miembro» se usan indistintamente para referirse a la persona que compra el seguro o está siendo protegida.

1 Productos vinculados al préstamo

Diversos productos de seguro pueden vincularse al préstamo. Cuando los productos de seguro son diseñados y administrados por las propias instituciones financieras, tienden a ser sencillos y se relacionan muy de cerca con los servicios de crédito. Cuando existe implicación más cercana por parte de una organización profesional de seguro, los servicios van generalmente más a tono con las necesidades de los clientes, y consiguientemente se relacionan menos con las organizaciones de ahorro y crédito.

Es preciso subrayar que muchas IMF solamente ofrecen servicios de préstamo para sus miembros, y no aceptan depósitos. Estas IMF están naturalmente inclinadas a ofrecer servicios de seguro directamente relacionados con los préstamos.

1.1 Protección de préstamos

Muchas IMF han introducido el seguro de protección del crédito, también conocido como seguro de vida a crédito, para alcanzar dos objetivos: 1) cubrir la pérdida que pueda afectar a una organización a la muerte de un deudor, y 2) aliviar a la familia del deudor de la carga de tener que pagar el remanente del préstamo, asegurando de esta forma «que la deuda muere con el deudor». Comparado con otros productos analizados en este capítulo, la protección de préstamo proporciona la cobertura más limitada al cliente o a los beneficiarios; sin embargo, es la más barata, y a menudo un componente obligatorio del préstamo.

Una estrategia frecuente de los esquemas de protección de préstamo es que la IMF integre el seguro en el préstamo, lo que simplifica la administración. Como el esquema es obligatorio, hay poco riesgo de selección adversa y no hay necesidad de emplear personal adicional, ya que las primas se pagan a través del préstamo, generalmente con un interés un poco más alto. Los aspectos de la cobertura de protección de préstamo son bastante similares en las diferentes organizaciones. Los rasgos que las distinguen son:

1. *¿Quién asume el riesgo?*

Algunas IMF asumen ellas mismas el riesgo de su esquema de protección de préstamos. Esto puede resultar un tanto peligroso, ya que un asegurador no regulado no puede obtener reaseguro. En una operación no regulada de seguro, también existe el riesgo de que el interés de los tenedores de póliza sea ignorado, aunque en la realidad, si la IMF fracasa, los clientes probablemente no necesitarán protección de préstamo. Es cuando el seguro otorga otros beneficios además de la cobertura para el préstamo, cuando las preocupacio-

nes sobre la protección al consumidor entran en juego. Otra problema que conlleva el que la IMF cargue con el riesgo es que los fondos del seguro pueden estar impropriadamente entremezclados con fondos de las organizaciones de crédito y ahorro. Estas ventajas y desventajas del seguro son exploradas con más detalle en el Capítulo 4.7.

2. ¿Qué riesgos están asegurados?

La protección de préstamo, además de cubrir la muerte del prestatario, también cubre la incapacidad permanente y la enfermedad. La inclusión de este tipo de cobertura en el mercado de bajos ingresos puede causar problemas y es necesaria una preparación cuidadosa y términos y condiciones sabiamente diseñados (*véase el Capítulo 3.1*).

3. ¿Cuál es el precio?

Es bastante difícil calcular el precio de la protección del préstamo ya que se puede calcular de diversas maneras. En Columna, Guatemala, los cargos de los cooperantes son de 0.71 por Q-1000 al mes. En Zambia la cobertura de Madison varía del 0.8% de la cantidad del préstamo por cuatro meses por FINCA, hasta el 3.5% de los préstamos de PULSE que duran más de un año. OIBM en Malawi, paga el 0.35% de la cantidad total del préstamo por cada mes del préstamo, mientras que en la Oportunidad Internacional de México la tarifa se calcula como $([0.039 \times \text{la cantidad total de la prima} / 52] \times \text{por los meses de duración del préstamo})$.

Estos ejemplos indican que las tarifas de seguro, en términos de un interés efectivo sobre el balance pendiente de un préstamo, pueden variar entre menos del 1% hasta más del 8%. Las variaciones en los plazos y condiciones pueden justificar diferentes tarifas, pero variaciones altas en las tarifas provocan que se realicen mejoras en la regulación y en el análisis actuarial.

4. ¿Cuál es la suma asegurada?

Una comparación entre tarifas se complica por el hecho de que la suma asegurada difiere en los diferentes esquemas. Columna cubre el **balance pendiente del préstamo** y del interés acumulado, lo que es tal vez el beneficio de protección de préstamo más común. En FINCA, Zambia, la protección de préstamo ofrecida por Madison Insurance cubre el préstamo al descubierto, lo que influye en el interés, porque el interés es cargado a un tanto por ciento fijo y añadido al balance del préstamo cuando el este es desembolsado. No obstante, para las dos afiliadas de Opportunity International y para CARD MBA en las Filipinas, la suma asegurada es la **suma del préstamo desembolsado**. OI prefiere este enfoque porque el prestamista tiene la garantía de cobertura por el balance total pendiente, independientemente de si el prés-

tamo está atrasado en el momento de la muerte. La otra ventaja de comprar un seguro de vida a crédito sobre la suma desembolsada es que deja un remanente, a menudo sustancial, para los beneficiarios.

5. *¿Está combinado con otros beneficios?*

La protección de seguro puede ser de gran valor para la familia cuando sucede el fallecimiento de unos de sus miembros, que pudiera ser el cabeza de familia. Una desventaja crucial es que la cobertura sólo facilita el pago del préstamo, mientras que la necesidad de controlar ese riesgo es mucho más acuciante en las familias pobres. Por lo tanto, según se describe más adelante, el valor de la protección del préstamo puede mejorarse mediante el ofrecimiento de beneficios adicionales, en la medida en que estos también puedan ser administrados más fácilmente.

La protección de préstamo es una forma de seguro voluntaria, generalmente el primer tipo de seguro formal que la gente pobre asume en países en desarrollo. Si está propiamente implantado con campañas comprensivas de educación, puede mejorar el conocimiento de lo que es el seguro entre la población-meta. Desafortunadamente, de las experiencias que reflejan los estudios de campo, los clientes (los beneficiarios de las pólizas) no siempre saben que tienen la protección y, por lo tanto, la protección de seguro de préstamo de por sí no contribuye automáticamente a la creación de una cultura de seguros. No podemos sobre-enfatizar la importancia de implicar al cliente en el diseño de los productos y de darle información y entrenamiento. Otra manera de superar algunas de las desventajas puede ser ofrecer un seguro de vida obligatorio con un préstamo, en vez de una protección de préstamo pura, según se describe en el cuadro 21.

Cuadro 21

¿Es el seguro de vida una alternativa para la protección de préstamo?

En vez de protección de préstamo, algunas IMF ofrecen seguro de vida obligatorio con el préstamo. Por ejemplo, AFA, en la India, ha ofrecido seguro de vida a crédito durante más de una década, pero nunca ha ofrecido seguro de vida a crédito. En vez de su póliza básica de seguro de vida a plazo (que ahora se ofrece a nombre de tres compañías de seguros distintas, cada una responsable de los clientes en las diferentes sucursales), concede un beneficio fijo de 20.000 rupias (\$222) al beneficiario en la eventualidad de la muerte del prestatario. Al recibir el beneficio, el beneficiario es responsable del pago del préstamo (descontando cualquier ahorro retenido por la IFM).

La desventaja de este sistema es la transacción adicional que se produce cuando se hace la reclamación. En vez de pagar directamente el asegurador a la IFM, esta debe cobrar del familiar más cercano. La ventaja, sin embargo, es

que se trata de un enfoque más transparente. Los prestatarios son más dados a saber que han adquirido seguro y cuánto han pagado por éste.

Tal vez lo más importante es que este enfoque tiene un efecto demostrativo mayor que la protección del préstamo, porque da ocasión de celebrar una ceremonia pública para hacer el pago al beneficiario. Todos los miembros del grupo de autoayuda de la persona fallecida, y más gente de la comunidad, puede ver en primera fila a la compañía de seguros cumpliendo con su obligación contractual; la protección de préstamo por sí sola no supone una oportunidad para sembrar una semilla de cultura de seguro.

Fuente: Adaptado de Roth et al., 2005.

Si se ofrece seguro de vida en vez de protección del préstamo, la suma asegurada debe ser mayor que la suma del préstamo. Ya que el monto de los préstamos puede variar considerablemente, debería haber una opción de niveles de beneficios en el seguro de vida. El proceso de cobro del balance del préstamo también puede simplificarse al asegurar la autorización del cliente para que el beneficio sea canalizado a través de la IMF para el pago del préstamo. También podría organizarse una ceremonia de desembolso para promover el esquema del seguro de vida, para el balance del beneficio. Desde una perspectiva de mercadeo, esto podría ser todavía más atractivo, ya que elimina la necesidad de cobrar el balance del préstamo de una suma ya pagada en una ceremonia pública.

Una gran ventaja de tener un seguro de vida separado es que facilita la continuación del seguro. La desconexión del seguro y del préstamo significa que resultará bien natural explicar los términos y condiciones del seguro al cliente y llegar a un acuerdo sobre un sistema para el pago de primas una vez el préstamo ha sido pagado.

1.2 La protección de préstamo combinada con asistencia funeraria

El beneficio adicional más común en los esquemas de protección de préstamos es la **protección de asistencia funeraria** para el deudor. Además del pago del préstamo, el seguro proporciona a la familia de la persona fallecida la posibilidad de enfrentar los costos de funeral. Generalmente, el beneficio es igual a la suma originada del préstamo o al remanente del balance del préstamo, entre otra suma fija. A veces, el beneficio por una muerte accidental es más alto que el de una muerte natural.

La cobertura de asistencia funeraria a veces se amplía para cubrir la muerte de otro miembro de la familia del deudor que no ha pedido préstamo.¹ Este

¹ En Churchill, et al (2003), la protección de asistencia funeraria al deudor se refiere como un beneficio adicional mientras que la cubierta para otros miembros de la familia se conoce como vidas adicionales.

arreglo, además de asistir al deudor en una situación difícil, también facilita la continuidad del pago del préstamo. Por lo tanto, indirectamente, también beneficia a la IMF. La institución microfinanciera (o su asegurador) también se beneficia, porque este mecanismo dirigido a la familia aumenta el número de personas bajo cobertura, incluyendo a personas de bajo riesgo, como niños menores de cinco años de edad. Dado que el cliente se unió a la IMF para acceder a servicios de ahorro y crédito, y no para conseguir seguro, el riesgo de selección adversa para los miembros de esta familia se reduce. Sin embargo, si la cobertura de asistencia funeraria para los miembros de la familia no es una parte obligatoria del esquema de protección de préstamo, hay un riesgo de que los deudores con los familiares enfermos o terminales opten por esta cobertura adicional más que los prestatarios con una familia saludable.

Aunque la asistencia funeraria es básicamente un beneficio para el deudor y su familia, es a menudo obligatoria porque está vinculada a la protección del préstamo. Esta es una opción administrativa barata y efectiva para las organizaciones de ahorro y crédito; sin embargo, deja poco espacio para soluciones flexibles que tomen en cuenta las necesidades explícitas de los miembros individuales.

CARD MBA ha introducido un paquete de seguro «Todo préstamo» que es obligatorio para los prestatarios (Tabla 13). A la muerte del deudor, además de repagar el remanente del préstamo, los beneficios incluyen el pago a un beneficiario designado de una suma igual a los pagos que se han efectuado. Por otro lado, el cónyuge y hasta tres de sus hijos están cubiertos por los beneficios de asistencia funeraria; en la alternativa, si el miembro es soltero, sus padres podrían estar cubiertos también. Para poder mantener bajo control los riesgos de dar cubierta a los cónyuges, incluso a los padres, CARD MBA ofrece beneficios más bajos para los nuevos clientes y los miembros de su familia.

1.3 Protección de préstamo combinada con otros beneficios

Para aumentar el valor del cliente, según se mencionó anteriormente, pueden añadirse otros beneficios a la protección de préstamos. AIG Uganda ofrece un esquema de protección de préstamos que cubre, como de costumbre, el balance pendiente del préstamo en caso de una muerte no accidental. En caso de muerte accidental, además de repagar el balance del préstamo, el asegurador paga una suma única menor al beneficiario.² El balance del préstamo también se pagará en la eventualidad de **incapacidad permanente**. Finalmente, se ha añadido un elemento llamado «**cubierta catastrófica**» a la póliza, que paga

² No se paga beneficio de funeral en la eventualidad de muerte natural porque AIG tiene una licencia de seguro de no-vida.

el préstamo del cliente si un incendio daña un número considerable de microempresas (pero no ayuda con la reconstrucción).

Tabla 13

Protección de préstamos de CARD MBE, más el seguro de funeral familiar

	<i>Características del producto y sus políticas</i>
Tipo de microseguro	Seguro de vida compulsorio
Producto individual o grupal	Las transacciones entre los miembros y el MBA están manejadas por medio del banco o la ONG. A tales efectos, esta trabaja como una póliza grupal. Sin embargo, en términos de estructura legal, un MBA puede proveer pólizas individuales a cada asegurado y rastrearlos como individuos
Término	Renovaciones son combinadas con renovaciones de préstamos
Cubierta del producto (beneficios)	Valor desembolsado del préstamo Pago únicamente cuando ocurre la muerte o incapacidad total y permanente del miembro, cónyuge legal, hijos legítimos (21 años o menores; o si es mayor de 21 años, debe estar incapacitado o impedido; un máximo de tres niños cubiertos) o padres legítimos que sean mayores de 60 años si el miembro es soltero ³
Exclusiones clave	Periodo de respuesta de un año.
Precio – Primas	Protección de préstamos: 1.5% de la cantidad de préstamos desembolsados por año. Seguro familiar de funeral: PhP 5 por semana (US\$ 0.09).

Fuente: McCord and Buczkowski, 2004.

En TYM, en Vietnam, además de cubrir el remanente del préstamo y ofrecer un módico beneficio funerario (\$32 para los miembros y \$13 para el cónyuge y los niños), el Fondo de Asistencia Mutua también paga un pequeño beneficio a los miembros por **enfermedades serias o cirugía**, aunque, puesto que cada miembro puede reclamar este beneficio solo una vez en la vida, su uso es limitado.

Madison ha añadido otro beneficio relacionado con la salud a su esquema de protección de préstamo: la **cobertura de enfermedad**. Si un deudor se enferma, la póliza cubre los plazos durante el periodo de enfermedad, dependiendo de la frecuencia del pago —8 plazos semanales, 5 bisemanales o 3 mensuales—. Para reclamar este beneficio, la enfermedad tiene que ser certificada por un médico, lo cual puede ser un obstáculo (*véase el Cuadro 22*). No cubre

³ Según se ilustra en la Tabla 21 del Capítulo 3.1, el beneficio real fluctúa entre \$18 y \$665, dependiendo de cuánto tiempo lleva el deudor con CARD, de si la muerte fue natural o accidental y de si fue el deudor u otro miembro de la familia el que falleció.

ningún costo directo de cuidado de salud; asegura que la IMF recibe el pago y reduce el riesgo de tomar a préstamo para los clientes, pero tendrán que buscar otra manera de pagar las facturas del médico y de la farmacia.

Cuadro 22

Cobertura de enfermedad en una póliza de seguro

Cuando CETZAM diseñó un producto de seguro de vida a crédito, el producto cubría el caso de enfermedad. Si el cliente estaba enfermo durante un periodo de tiempo prolongado, Madison Insurance pagaría tres plazos mensuales. La experiencia demostró que era difícil para los clientes reclamar bajo esta cláusula, porque no podían proporcionar informes médicos mensuales, según requería Madison. Como resultado, CETZAM negoció tener el seguro de vida a crédito sólo para cubrir la muerte bajo una prima reducida.

Fuente: Adaptado de Leftley, 2005.

La protección del seguro de préstamo con beneficios adicionales fue el primer paso para extender la cobertura al mercado de bajos ingresos. Ya que el producto básico es una parte integral del préstamo, los costos de transacción pueden ajustarse al mínimo, lo que permite que los pagos de primas puedan ser destinados a pagar beneficios.

En la práctica, este tipo de cobertura se ha inclinado fuertemente hacia el beneficio de la organización de préstamo —por ejemplo, al pagar los plazos del préstamo cuando el deudor está enfermo o su casa se ha quemado por un incendio, pero ofreciendo poca ayuda a los deudores para poder recuperarse tras el siniestro—. Las instituciones de microfinanzas (y sus socios en el seguro) podrían, en teoría, conceder beneficios más comprensivos, pero eso significaría primas más altas, lo que se haría difícil de imponer sobre los deudores, especialmente en mercados de crédito competitivos.

La experiencia particular de las cooperativas de ahorro y crédito demuestra que las IMF deberían tener la cautela de añadir beneficios sin una preparación. De hecho, al considerar beneficios adicionales, las instituciones de microfinanzas tienen que evaluar la demanda para entender qué beneficios serían más útiles para sus miembros, asegurarse de que los beneficios son fáciles de comprender, y cerciorarse de que la gerencia y el personal están implicados en el proceso y que son premiados por su trabajo respecto del servicio del seguro.

1.4

Seguro de vida voluntario

Además de las coberturas obligatorias asociadas con la protección del préstamo, las IMF también pueden ofrecer seguros de vida grupal sobre una base voluntaria que todavía esté vinculada al préstamo. Las razones principales para querer vincular estos productos al préstamo son hacerlos más eficientes y fáciles de costear. El argumento de la **eficiencia** es el mismo para la protec-

ción de préstamo. La mayoría de los costos de transacción del seguro (por ejemplo, en las ventas y en el cobro de primas) se integran en las actividades estatutarias. En cuanto a hacerlas **más fáciles de pagar**, las familias pobres tienen difícil acceso a dinero en efectivo para pagar la prima. Cuando reciben el préstamo, este problema se soluciona temporalmente. En la transacción financiera actual, generalmente se le pregunta al deudor prospecto si quiere cobertura antes de emitir el préstamo, de modo que la prima pueda ser deducida de la suma del préstamo.

Para el seguro de vida voluntario vinculado al préstamo, la IMF debe acordar con sus clientes un modo realista de pagar la prima una vez que el préstamo ha sido repagado en su totalidad, de modo que la cobertura pueda continuar aún si el cliente prefiere no volver a tomar a préstamo. La comprensión total del cliente en torno al arreglo es necesaria para asegurar una cobertura de riesgos continuada para ellos.

Además de proporcionar seguro de vida a crédito, «La Equidad» distribuye un seguro de vida grupal voluntario a través de sus cooperativas y una ONG de microfinanzas, conocida como Women's World Fund (WWF). Los oficiales de préstamo de WWF venden el costo de seguro cuando evalúan la solicitud de préstamo del cliente. Hay seis opciones basadas en valores asegurables: de tres millones de COP (\$1,245) a veinte millones (\$8,290). Para mejorar la eficiencia y la capacidad de afrontar el cobro, los deudores que están interesados en la cobertura acuerdan que se les incluya la prima anual en su préstamo. El costo de la prima anual con el plan más modesto es equivalente a un 2,3% de un préstamo de \$500. La prima también puede pagarse con el repago del préstamo (el plan incluye pagos mensuales, trimestrales y anuales). No obstante, el esquema ha de enfrentar el problema común de las renovaciones para aquellos que no continúan tomando a préstamo.

ALMAO, en Sri Lanka, ofrece un seguro funerario por una prima de menos de \$2.00 al año. Hasta nueve personas —el miembro, el cónyuge, sus niños, los padres o los suegros— pueden estar cubiertos en una misma póliza. El beneficio, de \$100 es pagadero a la muerte de cualquiera de las personas cubiertas en la póliza, aunque se limita a dos muertes al año por familia. Uno de los objetivos es utilizar este producto como introducción para el seguro a los miembros de Sanasa, una cooperativa de ahorro y crédito de gran tamaño y movimiento. El seguro de asistencia funeraria es muy popular, y complementa el producto ofrecido por numerosos grupos de ayuda funeraria en Sri Lanka.

Al igual que la protección de préstamo, el seguro de vida también puede aumentarse con otros beneficios que sean relevantes para el tenedor de la póliza. En Columna, por ejemplo, además de la protección de préstamo, su cobertura de ahorro de vida (discutida abajo), el asegurador ofrece un producto de seguro de vida grupal, «Plan de Vida Especial», para que las coope-

rativas se lo vendan a sus miembros. Aunque este es voluntario desde la perspectiva del seguro, el 75% de las cooperativas que se han unido al esquema han preferido hacer este producto obligatorio para sus nuevos clientes para aumentar volúmenes y refinar el trámite de documentos.

Por una prima de 63,39 Q. por suma asegurada de 10.000 Q. al año, el beneficio principal del plan de vida especial es el gasto funerario. La suma asegurada oscila entre 100.000 (\$12.235) y 50.000 (\$6,173), dependiendo de la edad y la preferencia del asegurado.⁴ Por otro lado, la póliza ofrece los siguientes beneficios adicionales:

- **Muerte accidental:** Si la muerte ocurre a causa de un accidente, la suma asegurada se duplica.
- **Muerte accidental especial:** Si la muerte ocurre a causa de un accidente especial, por ejemplo, viajando como pasajero de transporte público, en un ascensor o como resultado de un incendio en un edificio público, la suma se multiplica por tres.⁵
- **Incapacidad total o permanente:** En la eventualidad de incapacidad permanente causada por un accidente, el tenedor de la póliza recibe la suma asegurada.
- **Pérdida de extremidades:** La compensación por pérdida de extremidades como resultado de un accidente se paga según el siguiente listado de beneficios:
 - 100% de la suma asegurada en la pérdida de ambas manos, de los pies, la vista de ambos ojos, de una mano y un pie.
 - 50% por la pérdida de una mano y un pie.
 - 33,3% por la pérdida de la vista de un ojo.
 - 25% por la pérdida del dedo pulgar y de otro dedo de la misma mano.

Del mismo modo, el esquema de Yasiru Mutual Provident Fund, en Sri Lanka, ha utilizado una base de seguro de vida para añadir beneficios desarrollados en diálogo con los clientes. Estos fueron divididos en distintas categorías dependiendo de su situación en el hogar, de modo que los hogares más pequeños pagaran primas menores. Dentro de cada categoría, el miembro puede elegir entre cinco niveles distintos de pagos mensuales para recibir una gama de beneficios (*Tabla 14*).

⁴ Las exclusiones para este producto incluyen los suicidios durante los primeros dos años; la muerte natural en los primeros 180 días, y la muerte o incapacidad acontecida mientras se realizan actividades ilegales. Para poder contratarlo, se debe ser menor de 64 años al afiliarse y no mayor de 74 en el momento de la renovación.

⁵ Algunos expertos se muestran preocupados por los beneficios especiales que pagan múltiplos de la suma asegurada, porque pueden ser mal utilizados como mecanismos de mercadeo, cuando, en realidad, el asegurador rara vez, si es que alguna, paga reclamaciones de beneficios especiales. Otra desventaja de sumas más altas por muerte accidental es que aumentan los costos de verificación de reclamaciones, ya que el asegurador o su agente tendrían que determinar si en efecto la muerte fue o no accidental, proceso que se complica para las comunidades pobres (*véase el Capítulo 3.4*).

Tabla 14

<i>Clase de beneficios</i>	<i>Primas mensuales</i>	
	<i>Minimum</i> LKR 5–15	<i>Maximum</i> LKR 50–150
1. Muerte después de los 18 años y antes de los 65 años debido a un accidente	6.000	60.000
2. Incapacidad permanente tres meses antes de cumplir los 65 años debido a un accidente	12.000	120.000
3. Muertes después de los 18 años y antes de los 65 años debido a causas naturales	3.000	130.000
4a Muerte súbita antes de cumplir los 18 años	3.000	3.000
4b Muerte súbita entre las edades de 65 a 75 años	3.000	6.000
5a Costo de hospitalización por día por un máximo de 15 días	30	300
5b Tratamiento tradicional o similar por un máximo de 15 días	15	150

Nota: Tasa de intercambio es LKR 100 = US \$ 1
Fuente Enarson y Wirren, 2005.

Aun con estos productos voluntarios de vida grupal, al distribuirlos a través de organizaciones de ahorro y crédito, los aseguradores y sus agentes de distribución pueden minimizar el número de transacciones y hacer el producto más fácil de costear para el mercado de bajos ingresos. Estos productos voluntarios proporcionan mayores beneficios a los clientes que la cobertura asociada con la protección del préstamo, aun cuando generalmente su parte del mercado no es particularmente alta (Tabla 15). Otra explicación es que el desarrollo de una cultura de seguro lleva su tiempo: en la medida en que unos empiezan a beneficiarse de la cobertura, otros comenzarán a interesarse por el seguro.

Tabla 15

<i>Organización de microseguro</i>	<i>Número de asegurados (vida voluntaria)</i>	<i>Tamaño del mercado</i>	<i>Cuota de mercado (market share)</i>
La Equidad and co-ops (Equidad)	18.223	218.000	8,7
La Equidad and WWF (Amparar)	11.150	44.000	25,3
Yasiru and NGOs	9.000	60.000	15,0
ALMAO and Sanasa	2.000	800.000	0,3
Columna and co-ops	54.000	500.000	10,8

A partir de las lecciones derivadas de los estudios de casos, es útil considerar las siguientes características al implantar el seguro de vida a plazo voluntario, vinculado al préstamo en el mercado de bajos ingresos.

1. La demanda es crítica

Si el producto se diseña en colaboración con los clientes para asegurar que la cobertura más necesaria se incluye, entonces la probabilidad de éxito es mayor. El producto tiene que ser sencillo y fácil de comprender. Los siguientes factores críticos deben desprenderse de la investigación del mercado: que la prima tenga un costo cómodo, qué suma se asegura y cuál es el número de dependientes bajo la cobertura.

2. Cobro de prima y distribución

En el microseguro, la manera más segura de hacer disponible el seguro de vida a plazo es vincularlo al plazo de un préstamo de una IMF y utilizar el préstamo como mecanismo para cobrar la prima. Sin embargo, la protección sólo está disponible para los deudores (de un préstamo vigente) y a menudo los clientes quieren seguro incluso cuando no estén tomando a préstamo. Las IMF con servicios de ahorro deberían vincular la continuidad del seguro de vida a una cuenta de ahorro. Tales IMF deberían, claro está, ofrecer también el seguro de vida a los miembros que tengan cuentas de ahorro, sin esperar a que tomen a préstamo.

3. Hacer las primas asequibles

La mejor manera de hacer las primas asequibles para el cliente es cobrarlas regularmente. Mientras que los pagos frecuentes aumentan los pagos por transacción tanto para la IMF, como para el cliente, la carga puede ser reducida utilizando el préstamo o las cuentas de ahorros como canales para el cobro de la prima.

4. Selección adversa

Para la cobertura de seguro de vida voluntario, puede introducirse un corto periodo de tiempo —habitualmente de un mes— para controlar la selección adversa. El periodo de espera también puede descorazonar la caducidad de las pólizas, ya que los clientes deberían saber que si dejan de hacer un pago, estarán sujetos a un periodo de espera cuando empiecen a pagar la prima nuevamente.

Este periodo de espera debería ser suficientemente largo como para descorazonar a aquellos que tratan de abusar, pero suficientemente corto para

que no sea prohibitivo.⁶ Pudiera ser necesario, además, establecer límites estrictos de edad y espacios reducidos para limitar la selección adversa en el seguro de vida. El efecto negativo de enfermedades terminales tempranas tales como el SIDA es difícil de controlar. El conocimiento que existe en la red de IMF es de vital importancia para atender este y otros problemas de selección adversa, los cuales de otro modo amenazarían la viabilidad de los productos de seguro de vida. La selección adversa también se reduce por el hecho de que los miembros se afiliaron en principio a la organización para conseguir servicios de ahorro y crédito, y no cobertura de seguro.

5. Facilitar la presentación de una reclamación

La mejor manera de aumentar los costos administrativos y de asegurar que los clientes queden insatisfechos es un proceso complejo de reclamaciones. Al simplificar los productos, por ejemplo, «si usted muere, le pagamos», y reducir el ámbito de la cobertura (es difícil para el oficial de préstamo evaluar si alguien está enfermo, pero es fácil para él verificar si alguien está muerto), los costos serán más bajos y la satisfacción del cliente aumentará.

6. Evitar la controversia en torno a enfermedades existentes

Algunos aseguradores requieren que las muertes que surjan de una enfermedad existente sean sujetas a un periodo de contestabilidad que puede ser hasta de un año. En la realidad, esta estipulación es difícil de explicar tanto a los clientes como a los oficiales de préstamo, y puede ser difícil de implantar porque los clientes carecen de informes médicos formales.

7. Minimizar el número de exclusiones

Una larga lista de exclusiones es difícil de explicar al personal (y consume tiempo) y también es difícil de entender para los clientes.

8. Un precio para todas las edades

Es una práctica estándar para las compañías de seguros aplicar diferentes tarifas por seguro de vida a personas de diferente sexo y edad. Sin embargo, esto puede ser difícil de entender tanto para el personal, como para los clientes. En casos donde la simplificación se estima necesaria, se puede introducir una tarifa única si los beneficios son pequeños (al menos hasta que el cliente y el personal hayan aumentado su conocimiento del seguro). La tarifa única implica la penalización de la gente más joven, pero las sumas aseguradas y las primas son tan pequeñas que las diferencias son aceptables. Para las pólizas de un valor más alto, un itinerario de tarifas puede ser necesario.

⁶ No todos los expertos están de acuerdo en que un periodo de espera sea un modo de controlar el riesgo de la selección adversa. Un mes puede no ser suficiente para controlar el problema, aunque los miembros pagan habitualmente por una cobertura total, aun cuando no reciban la protección durante el periodo de espera.

9. *Una promoción de ventas simplificada*

La base para comerciar con seguros es tener un producto sencillo que cumpla con una necesidad obvia. El personal de promoción de ventas tiene que estar bien entrenado en técnicas de venta, según se discute en el Capítulo 3.2. Los argumentos de ventas deben concentrarse en los factores más importantes: cuál es el costo, cuál es el beneficio y quién está cubierto. Por otro lado, debe haber publicidad en cuanto a los pagos de beneficios.

2 Seguro vinculado al ahorro

Las regulaciones bancarias en la mayoría de los países no permiten a las ONG de microfinanzas ofrecer facilidades de ahorro. Sin embargo, durante la última década, algunos países han desarrollado legislaciones separadas para regular a las IMF que toman depósitos. Por otro lado, las cooperativas de ahorro y crédito, que constituyen la mayoría de las IMF en algunos países, son autorizadas formalmente a aceptar depósitos bajo la reglamentación cooperativista. Para aquellas organizaciones que pueden aceptar depósitos, el seguro vinculado al ahorro tiene una ventaja significativa sobre los productos vinculados al ahorro, porque los tenedores de pólizas pueden tener cobertura sin estar en deuda.

2.1 Ahorro de vida

El tipo más común de seguro vinculado al ahorro es el **ahorro de vida**. El beneficio recibido de un esquema de ahorro de vida es generalmente igual al balance de ahorro en el momento de la muerte del asegurado. En la eventualidad de una muerte accidental es común que se paguen, en cambio, múltiplos del balance en ahorro, tal como el resultante de multiplicar por tres dicho balance. En la mayoría de los casos, el asegurador asigna a un beneficiario. La prima es normalmente deducida como porcentaje del balance de ahorro del asegurado. Esta estructura hace el producto muy costo-efectivo para las IMF.

Un ejemplo muy eficiente de esquema de ahorro de vida es el movimiento cooperativista de ahorro y crédito en Malawi, con MUSCCO, en el que el seguro de ahorro de vida es un beneficio adicional para todos los miembros. Esto hace posible para la sociedad cooperativa participante pagar la prima sobre una base colectiva. La sociedad hace un pago por todos los miembros, calculado sobre la base del total de ahorro de los miembros en el momento del pago. La tasa de prima mensual fue recientemente aumentada de 2,50 MK a 4,00 MK por una suma de 1,000 MK asegurada al mes, principalmente a causa del efecto del SIDA en las tasas de mortalidad.

Es difícil diseñar un sistema de pago más costo-efectivo que éste. La gran ventaja es que todos los que tienen ahorros están asegurados y no hay riesgo

de perder la cobertura porque la prima no haya sido pagada o esté atrasada. El riesgo de la selección adversa también es mínimo. La cobertura máxima es de 100,00 MK (\$935).

Sin embargo, los esquemas de ahorro de vida sí sufren algunas limitaciones. Es común para la gente reducir su ahorro durante momentos difíciles antes de la muerte (por ejemplo, para pagar los costos sanitarios o simplemente para compensar por la pérdida de ingresos). Si el balance en ahorros es muy bajo, el seguro, por ende, provee un valor limitado. Es posible reducir este problema basando el beneficio en el promedio de ahorro que se haya mantenido durante, por ejemplo, un periodo de seis meses a dos años antes de la muerte. Este método solamente puede recomendarse cuando existen datos antiguos de ahorro fáciles de contrastar, preferiblemente si están disponibles en formato electrónico. El método requeriría educación adicional y experiencia actuarial para hacer los cálculos necesarios, pero aumentaría el valor de la cobertura.

Si los miembros de una IMF claramente demandan seguros de vida, hay otras soluciones. Una manera muy efectiva es ofrecer a todos los miembros una suma fija en el momento de su muerte y pagar por la cobertura una o dos veces al año como un gasto administrativo que se carga en la cuenta de ahorros de los miembros. Esto significa que el seguro sería obligatorio y que todos los miembros, mejor dicho, sus beneficiarios, recibirían el mismo beneficio. Sería más un seguro vinculado a la membresía que un seguro vinculado al ahorro. La cuenta de ahorro del miembro sería utilizada solamente para facilitar la prestación del servicio.

Un esquema similar podría, claro está, ser ofrecido sobre una base voluntaria y con una opción (limitada) de beneficios fijos. Esto aumentaría los riesgos de selección adversa y los costos administrativos, pero el esquema también podría adaptarse mejor a las demandas de los miembros individuales. En los sistemas informatizados los costos todavía podrían mantenerse a un nivel razonable.

2.2 Otros productos vinculados al ahorro

Además de los productos de seguro, de ahorro de vida y de ahorro a largo plazo, discutidos en el capítulo anterior, hay otros modos en que los productos de ahorro pueden utilizarse para extender la protección del seguro a las personas de bajos ingresos. Esencialmente, cualquier tipo de seguro puede ser vinculado al ahorro a través de una cuenta que sirva como mecanismo para minimizar los costos de transacción asociados con el cobro de la prima. Opportunity International ha comenzado a experimentar en Montenegro, Mozambique y Malawi con la cuenta de ahorro como método de distribución. Este arreglo permite al cliente pagar la prima incrementalmente, durante un mes, mediante el débito a la cuenta de ahorro al final del mes.

VimoSEWA y SEWA Bank utilizaron este mismo método varios años atrás, pero no fue realmente exitoso porque muchos de los tenedores de cuenta no eran conscientes de que la prima iba a ser deducida de sus cuentas. Según se discute ampliamente en el capítulo 3.3, SEWA Bank ofrece ahora una cuenta de depósito fijo con un interés en la cuenta que se utiliza para pagar la prima. Mientras que el depositante deje su dinero en la cuenta y la prima no aumente, tendrán cobertura permanente (hasta una edad máxima) sin que tengan que retirar dinero en efectivo para el pago, a la vez que retienen el interés propietario sobre el principal en la cuenta de ahorro.

Otro ejemplo viene de Sri Lanka, donde Yasiru proporciona un seguro a la comunidad de gente pobre a través de organizaciones de base comunitaria (*community-based organizations*). El sistema de Yasiru incluye una «cuenta de membresía» (para cada miembro). El 40% de la ganancia anual se ingresa en la cuenta personal de cada miembro. El miembro puede retirar el dinero cinco años después de darse de baja. Desafortunadamente, en la situación presente de Sri Lanka, donde la inflación excede el nivel general de interés sobre el ahorro, incluyendo el rendimiento de bonos del tesoro, es difícil conseguir un rendimiento real para los fondos de los miembros. Sin embargo, el arreglo ayuda a ahorrar algún dinero para los años de vejez.

3 Diseño de producto

Relacionados con estas experiencias, surgen diversos asuntos, de oportunidades y limitaciones, referentes a los productos vinculados al crédito.

3.1 Voluntario versus obligatorio

Una pregunta importante para la mayoría de las IMF es si el servicio debería ser obligatorio o voluntario. La cobertura obligatoria es de por sí la manera más costo-efectiva de distribuir el producto entre los pobres y protege a mucha más gente que si el seguro se contratara voluntariamente. El riesgo de selección adversa también se minimiza con el seguro obligatorio. Muchos esquemas de microseguro asumen un nivel alto de personas que se dan de baja, lo que a lo largo del tiempo debilita la confianza en el seguro y pone en riesgo la viabilidad financiera. Con los esquemas obligatorios, ese riesgo se elimina. Aun con un nivel razonable de bajas, la administración de un seguro voluntario puede ser tan costosa que solamente quede una porción mínima de la prima para pagar los beneficios. Los costos de transacción y de otra índole simplemente son demasiado altos, lo que provoca un rendimiento pobre (beneficios) para los clientes en relación con las tarifas que pagan.

Una manera de sobreponerse a esta situación de la cobertura obligatoria es a través de la educación del cliente. La mayoría de los esquemas de micro-

seguro encuentran dificultades para alcanzar su meta a través del mercadeo, información, entrenamiento y campañas de concienciación. Sin embargo, las IFM tienen canales ya establecidos y en funcionamiento para ofrecer este tipo de servicio a sus clientes, lo que también puede ser utilizado efectivamente para propósitos de seguro. Las cooperativas de ahorro y crédito tienen una ventaja para reducir el escepticismo de los servicios compulsorios: su estructura democrática permite a todos los miembros tomar parte en la decisión de proporcionar servicios de seguro obligatorio.

La estructura de comunicaciones y entrenamiento de las IMF también puede ser utilizada para implicar a los clientes en el diseño del producto de seguro, lo que puede hacer la cobertura obligatoria más valiosa o al menos más aceptable. Si los productos tienen el tipo de beneficios que los clientes prefieren, la viabilidad del servicio de seguro también aumenta. Según se discute más fondo en el Capítulo 3.1, el seguro grupal obligatorio puede ser extremadamente útil siempre que los clientes sean conscientes de lo que están pagando y lo aprecien.

3.2 Nivelando los activos

Ya que las IMF están de por sí implicadas en transacciones financieras con sus clientes, es fácil añadir el cobro de prima por productos de seguro. Algunas IMF, sin embargo, han copiado procesos costosos y complicados de la industria del seguro comercial, en vez de desarrollar servicios de seguro sobre sus propias ventajas específicas. Por ejemplo, en vez de utilizar el sistema de ahorro y crédito de sus socios de la IMF para una distribución integrada de sus productos, Yasiru, en Sri Lanka, ha reclutado agentes de campo para llevar a cabo el mercadeo en el costo de prima.

Todas las cooperativas de ahorro y crédito y un número creciente de otras IMF operan con cuentas de ahorro. Esto proporciona un sistema efectivo de cobro de tarifas. A raíz de un débito directo autorizado por el cliente, la prima se deduce de las ventas en intervalos específicos. Como la mayor parte de los sistemas están informatizados, este proceso de cobro de tarifa es muy efectivo.

Las instituciones de microfinanzas a menudo tienen conocimiento local sobre sus clientes. Es más fácil vender algo a una persona que uno conoce y más fácil para la gente aceptar productos ofrecidos por fuentes conocidas. Por tanto, el mercadeo, el cobro de la prima y el procesamiento de reclamaciones se vuelven más eficientes y efectivos. Cuando la gente se conoce entre sí, es difícil que el cliente haga trampa o cometa fraude. Por lo tanto, en el mercado de microseguros deberían hacerse suficientes ajustes en los procesos de reclamación usuales para hacerlos más apropiados para los pobres (*véase el Capítulo 3.4*).

3.3 Limitaciones

Hay limitaciones inherentes a los esquemas de protección de préstamo y protección de ahorro de vida. El seguro de protección de préstamos, en algunos casos con aditamentos de asistencia funeraria, termina cuando el préstamo es cancelado. Aunque este seguro tiene beneficios para las familias del cliente, todavía depende de la oferta. Aun cuando otros beneficios se añadan al seguro de protección de préstamo, los beneficios solamente están en vigor mientras el préstamo sigue activo. No hay una reducción de riesgo a largo plazo para los clientes ni para sus familiares. Esta limitación puede ser compensada al ofrecer pólizas de continuación o cobertura de vida voluntaria para la gente que deja de tomar a préstamo.

Generalmente, puede decirse que los servicios de seguro ofrecidos por las IMF tienden a ser más estandarizados, obligatorios y simples. Estas características se añaden a la costo-efectividad de los productos, pero, al mismo tiempo, su servicio es inflexible y puede no alcanzar las necesidades reales de control de riesgo a clientes individuales.

El ahorro de vida es un servicio de seguro naturalmente idóneo para las transacciones de ahorro y crédito. Una debilidad obvia del producto es que el balance en las ventas (y por ende, el beneficio) es a menudo más bajo justo antes del fallecimiento del cliente, probablemente a causa de la edad avanzada o de una enfermedad prolongada. Una manera de solucionar este problema es relacionar el beneficio con el balance de ahorro mantenido durante un periodo previo a la urgencia de la muerte.

Hay un gran riesgo de que el personal de las organizaciones de ahorro y crédito dé prioridad a sus tareas principales y preste menos atención al producto de seguro. Pudiera ser necesario asignar tareas de seguros a personal específico (si el negocio de seguros puede compensar el costo de ese personal) o compensar a los empleados que trabajan con los servicios de seguros. Aunque ambas medidas aumentan los costos, tal aumento bien puede ser justificado (*véase el Capítulo 3.7*).

4 Conclusión

Los productos de seguro vinculados al ahorro y al crédito pueden ejercer una función importante en la protección de la gente de bajos ingresos. Para aprovechar este potencial, las IMF deben cerciorarse de que explotan al máximo los sistemas que tienen establecidos para la educación del cliente, el entrenamiento y la diseminación de información, que aumente la conciencia del cliente hasta desarrollar finalmente una cultura del seguro. La implicación de la clientela y su conocimiento genuino del seguro son esenciales para el éxito.

Para la mayoría de las organizaciones de ahorro y crédito, el seguro de protección de préstamo es un punto de partida natural para la provisión de seguro. Cualquier producto de seguro adicional o beneficio deben ser simples, fáciles de costear y fáciles de comprender. Debería ser fácil para los miembros pagar la prima y recibir los beneficios, incluso una vez cancelado el préstamo en su totalidad.

Un requisito crucial para el éxito del seguro vinculado al ahorro y al crédito es asignar suficiente tiempo y recursos para entrenar al personal y a la gerencia del agente de distribución (la IMF). Si el personal de la IMF está implicado en el desarrollo del servicio, estará más capacitado para prestar el servicio de forma apropiada. La cuestión de si nombrar personal de seguro separado y/o compensar al personal de la IMF implicado debería discutirse y analizarse preferiblemente en una etapa temprana y en diálogo con el personal.

Todas las personas implicadas en la introducción del seguro en una IMF deberían cerciorarse de que la administración está comprometida con el esquema, sobre todo teniendo en cuenta que los servicios de ahorro y crédito son su negocio principal y el seguro es ancilar. Es importante encontrar la manera de que el seguro complementa y realce el negocio principal. De otro modo, es poco probable que reciba suficiente atención del personal o la gerencia para que sea exitoso.

Las organizaciones de ahorro y crédito deberían utilizar al máximo su estructura y su capacidad específica al introducir el micro seguro. En vez de copiar el sistema de agentes, tan costoso que utiliza la industria de seguros, debería nivelar sus propios sistemas para comunicarse con los clientes y para cobrar el repago del préstamo. Todos las IMF que operan cuentas de ahorros para sus clientes, deberían utilizar debito directo, permitiendo a la organización deducir las primas de las cuentas de ahorro de sus clientes en intervalos previamente acordados.

Es difícil operar con esquemas de microseguros simples y producir ganancias con primas bajas y fáciles de costear para los clientes. El seguro obligatorio reduce los costos de transacción y de otra índole sustancialmente, y a veces es la única manera de hacer viable un esquema. Si una organización de ahorro y crédito planea producir seguro obligatorio, debería implicar a los clientes en la decisión de hacerlo así. Las cooperativas deberían utilizar su estructura democrática para obtener la aprobación formal de sus miembros antes de que tales medidas pudieran implantarse.

2.4 Cubriendo las necesidades especiales de las mujeres y los niños

Mosleh Ahmed y Gabriele Ramm

Los autores agradecen a Irma van Leeuwen (Novib), Linda Mayoux (consultora) y a Jyoti Tuladhar (OIT) los comentarios y sugerencias ofrecidas.

Aunque la mayoría de las personas de bajos ingresos que trabajan en una economía informal —hombres y mujeres que trabajan con empleos remunerados o sin paga— generalmente enfrentan riesgos similares, su exposición a esos riesgos y el impacto de esa conmovición o imprevisto difiere dependiendo de su posición social, económica, cultural y política. Por ejemplo, existen diferencias según su ocupación (por ejemplo, los trabajadores de la construcción expuestos a accidentes), su lugar de residencia (por ejemplo, en áreas propensas a inundaciones) y otros factores. Los hombres, mujeres y niños están expuestos a diferentes riesgos que demandan soluciones diferentes. Por ende, el microseguro —como una posible solución— debería diseñarse para atender las necesidades específicas de las mujeres (y hombres) y de los niños (tanto de los varones, como de las hembras). En particular, se requiere más atención para cubrir las necesidades prácticas de las mujeres y de los niños (varones y hembras) en el diseño del producto y sus operaciones. Sin embargo, la igualdad de género no puede alcanzarse sólo con el propósito de respaldar el microseguro. Las causas estructurales de la discriminación por género, tales como las políticas legales y sociales, también han de atenderse para mejorar la posición estratégica de la mujer.

Este capítulo comienza analizando los riesgos específicos a los que las mujeres y los niños son más vulnerables. Ilustra después cómo el microseguro puede ayudar a cubrir algunos de esos riesgos. Finalmente, explica que el microseguro por sí solo no podrá resolver este problema, y que serán necesarios cambios en la política pública social para que el microseguro pueda alcanzar su potencial.

1 Riesgos especiales que afectan a las mujeres y a los niños (varones y hembras)

Las mujeres son particularmente vulnerables. El 70% de los pobres del mundo son mujeres. Las mujeres y los niños enfrentan más violencia, abuso

y explotación que los hombres, por razón de prostitución forzosa y crueldad extrema o por su explotación en el servicio domestico. Las mujeres y niños que trabajan en el hogar dedican largas horas a su trabajo, pero sólo reciben compensación por una fracción de su tiempo. En las áreas rurales, el cultivo de terrenos de la familia conlleva muchas horas de trabajo duro sin remuneración ninguna. En las áreas urbanas, esta población trabaja muchas horas en fábricas no reguladas, insalubres y peligrosas, sin tener capacidad para protestar ni emitir su opinión. Por tanto, hay una concentración mayor de mujeres y niños en los eslabones más bajos de la cadena de igualdad y seguridad de la vida. Esta vulnerabilidad mayor contribuye a reforzar un comportamiento adverso al riesgo.

1.1 Riesgos que pueden ser (parcialmente) administrados a través del microseguro

El microseguro, en comparación con otros programas de ayuda a los pobres, es relativamente nuevo, y la demanda del mismo necesita explorarse más a fondo. Sin embargo, la experiencia ha revelado la necesidad de diseñar productos de microseguro a la medida de las necesidades prácticas de las mujeres y de los niños (hembras y varones). Esta sección considera los riesgos de salud, de propiedad y de vida de las mujeres y niños que podrían atenderse por medio del microseguro.

Riesgos de salud

- Las mujeres son vulnerables a determinados riesgos de salud específicos, incluyendo una alta mortalidad por maternidad y complicaciones relacionadas con el embarazo y el alumbramiento. Se estima que 300 millones de mujeres sufren daños permanentes en su salud a causa del embarazo y del parto (Tuladhar, 2003).
- Las mujeres son más propensas a padecer algunas enfermedades, tales como las de transmisión sexual (incluyendo SIDA), que los hombres. El riesgo para las mujeres es mayor en sociedades donde la promiscuidad masculina es notable.
- La alta susceptibilidad de los niños a las enfermedades y accidentes les coloca en un riesgo de enfermedad mayor. Además, como no hay cuidado disponible, muchas madres llevan a sus niños al trabajo, exponiéndoles a accidentes en ese entorno.
- La OIT estima que 218 millones de niños están trabajando actualmente en el mundo. Casi el 58% de esos niños trabajan en condiciones peligrosas; por ejemplo, muchos que trabajan en minas o en industrias pesticidas y con maquinaria peligrosa. Muchos son menores de 10 años de edad y su inmadu-

rez física les hace más vulnerables a las enfermedades y a los accidentes relacionados con el trabajo (OIT, 2006).

- Los riesgos de salud también están relacionados con condiciones de trabajo peligrosas. Estos riesgos surgen de entornos tales como la industria del tinte de pieles, que puede causar exposición a pesticidas tóxicos y a otros químicos; el trabajo en las industrias de elaboración de alfombras y de reciclaje, o el comercio en la calle, que pueden causar problemas respiratorios severos; y en entornos de construcción, particularmente susceptibles a accidentes.
- El trabajo doméstico tiene un efecto adverso en la salud de las mujeres y de las niñas. El transporte de cargas pesadas, tales como leña, puede dañar la salud de las niñas al causarles dolor de espalda crónico. El tener que buscar agua o estar en contacto diario con agua (por ejemplo, lavando la ropa) en regiones tropicales aumenta su exposición a enfermedades que se incuban en el agua, como la malaria y la *eschistosomiasis*. Otro tipo de trabajos domésticos, como cocinar con leña o carbón, pueden causar problemas respiratorios y quemaduras.
- Tradicionalmente, las mujeres son las que cuidan a los niños, a los enfermos y a las personas de edad avanzada. En aquellos hogares en los que la mujer es la cabeza de familia, esto puede tener consecuencias económicas serias a causa del tiempo que la mujer tiene que pasar alejada de las actividades que le generan ingresos para poder proporcionar cuidado a los miembros más débiles.

Riesgos de propiedad

- Las mujeres pueden ser extremadamente vulnerables en casos de divorcio o de viudez debido a un control no equitativo de los activos. Incluso si las mujeres están pagando un seguro de activos, pudieran no beneficiarse si los activos no son de su propiedad.
- Debido a sus bajos ingresos, las mujeres son menos propensas a invertir en mejores herramientas o en ganado o cultivos resistentes a las plagas, en cuidado veterinario u otras medidas preventivas.
- La vulnerabilidad física de la mujer pone su propiedad en riesgo de robo y de criminalidad. Abusos por parte de las autoridades locales, como la confiscación de la propiedad y la destrucción de los locales de comercio, afecta más a las mujeres que a los hombres, especialmente cuando las familias tienen una mujer como jefe (Mayoux, 2005).
- Las mujeres pobres residen y trabajan comúnmente en áreas de alto riesgo, lo que hace sus activos más susceptibles a daños o destrucción (por ejemplo, el hacinamiento en la vivienda las hace más susceptibles a los incendios). La situación empeora si la mujer tiene poco o ningún dinero para responder a los imprevistos covariantes.

Riesgos del ciclo de vida

- Las mujeres son especialmente vulnerables a la muerte de su cónyuge, porque con frecuencia pierden su propiedad a manos de otros parientes. En la eventualidad de su propia muerte, las mujeres temen que su esposo utilice el pago de un seguro dedicado a la educación de los hijos para invertir en una nueva esposa o en otros fines indeseables.
- Dado que la mayoría de las mujeres trabaja en la economía informal, carecen protección para su jubilación. El tener que criar a sus hijos sin recibir ningún beneficio por maternidad les lleva a trabajar a tiempo parcial, con bajos ingresos. Por lo tanto, aun si las mujeres pobres estuvieran en posición de poder ahorrar, sus ahorros serían insuficientes para atender sus necesidades de retiro. Con la ruptura de las familias tradicionales, otras formas de protección para la vejez se vuelven aún más importantes.
- Sus nivel educativo más bajo fuerza a las mujeres a aceptar trabajos poco remunerados y aumenta su probabilidad de quedarse desempleadas.

1.2

Riesgos a causa de la discriminación por genero que no pueden gestionarse a través del microseguro

En la mayoría de los casos, el microseguro sólo puede atender los síntomas de estos riesgos (por ejemplo, dotando de tratamiento a aquellas mujeres que están enfermas), pero no puede resolver los problemas de fondo, como serían, en primer término, las razones por las que están enfermas. Para que el microseguro sea efectivo, son necesarios cambios estratégicos orientados a la igualdad de género en la sociedad. De hecho, como las necesidades prácticas y los intereses estratégicos están relacionados, estos enfoques —el microseguro y una estrategia más amplia para la igualdad de género— se complementan entre sí.

En la mayoría de los países en desarrollo, las mujeres están marginadas. El bajo estatus social atribuido a las mujeres y a las niñas, al igual que ciertas prácticas tradicionales cuestionables (como la mutilación genital, el asesinato por la dote, las muertes por honor y los matrimonios pactados), tienen efectos adversos en algunas sociedades: una dieta pobre desde el punto de vista de la nutrición provoca enfermedades, y una prioridad baja a la hora de procurarles tratamiento conlleva una salud pobre.

En la niñez, en comparación con los varones, las hembras son más propensas a recibir poca o ninguna educación, y menos comida. La falta de alimentos provoca una reacción en cadena. No sólo debilita a las niñas físicamente, sino que afecta a su capacidad de aprendizaje. Las niñas que no pueden completar la escuela primaria no tienen el grado de alfabetismo, conocimiento aritmético y otras destrezas requeridas para conseguir un tra-

bajo bien remunerado al llegar a la edad adulta. Las que quedan huérfanas o son desplazadas a causa del SIDA, los conflictos armados, los motines o los disturbios civiles también son proclives a abandonar la escuela o perder la protección de su familia.

Como adultas, trabajan en faenas duras pero mal remuneradas. Las mujeres, como trabajadoras, están sobre-representadas en la economía informal, carecen de protección social, sus salarios son bajos y no equitativos en comparación con los de los hombres, incluso dentro de un mismo nivel de analfabetismo. Las mujeres tienen menos seguridad en el empleo en el sector informal y son desplazadas con facilidad cuando la labor se torna más especializada o cuando se necesitan cualificaciones técnicas.

Los cambios tecnológicos han privado a la mujer de su modo tradicional de ganarse la vida (por ejemplo, el advenimiento de telares eléctricos). Dado que las mujeres reciben generalmente menos educación, se ven más afectadas por este desarrollo y su entrada en un ámbito o industria más especializados es extremadamente difícil. Estos problemas se acentúan a medida que la economía informal se expande. Las mujeres que trabajan en la economía informal son ignoradas en términos de peligrosidad en sus condiciones de trabajo, falta de beneficios por maternidad y pérdida de empleo durante la maternidad.

Las mujeres también son víctimas de violencia doméstica y de abuso. Según el Banco Interamericano de Desarrollo, la violencia doméstica de por sí acarrea tremendos costos de atención y rehabilitación. Las mujeres que son víctimas de violencia doméstica sufren serios problemas de salud (BID, 1999). Aparte del sufrimiento que se inflige contra la mujer, la violencia contra las mujeres y las niñas ocurre a tal escala, que impone una carga muy pesada sobre los sistemas de salud pública (UNICEF, 2000).

2 El microseguro para atender las necesidades especiales de las mujeres y los niños

El microseguro fue instaurado en un primer momento por las instituciones de microfinanzas que querían asegurar sus carteras de préstamos y reducir la carga del pago de préstamos para la familia del miembro fallecido. Algunas organizaciones también desempeñan un papel decisivo a la hora de proporcionar microseguro de salud a falta de cuidados sanitarios de calidad asequibles. Por ejemplo, muchos grupos en África instauraron esquemas de salud de base comunitaria (*véase el Capítulo 4.3*). Como estas actividades generalmente eran instauradas por organizaciones implicadas en la erradicación de la pobreza y el apoyo a la mujer, el microseguro se orientaba al beneficio de la mujer (y sus familias).

Un análisis de las experiencias de microseguro recientes revela que se ha progresado a la hora de reducir la vulnerabilidad de las mujeres y de los niños, pero todavía es necesario examinar algunos retos. Esta sección toma en cuenta la experiencia de los microaseguradores en la atención de las necesidades de las mujeres y de los niños, e identifica los puntos donde serían necesarias mejoras futuras.

2.1 Desarrollo de productos

Llama la atención que sólo algunos microaseguradores distingan las necesidades y oportunidades especiales de las mujeres y de los niños. La mayoría de las organizaciones se refieren a «familias» y a «tenedores de», y no reflejan explícitamente una diferencia por género. Muchos microaseguradores dan servicio a un número importante de mujeres, por lo que asumen que las mujeres reciben beneficios. En la realidad, sin embargo, los productos de seguro no siempre están diseñados para atender las particulares necesidades de las mujeres (y de los niños).

Para poder atender este asunto, y antes de comenzar con el microseguro, se necesitan estudios específicos de demanda sobre género para descubrir las necesidades específicas del mercado-meta, incluyendo la situación de los niños (diferenciando entre hembras y varones). Dado que el microseguro es sólo una herramienta de control de riesgos, las estrategias existentes orientadas a ese fin deberán analizarse específicamente (el microseguro no puede ni debe resolver todos los problemas relacionados con el riesgo).

Una vez en funcionamiento el microseguro, las evaluaciones sistemáticas de la satisfacción de la clientela son importantes para verificar que los productos y las operaciones son los apropiados, al igual que para corroborar su efectividad en el control de riesgos. Por otro lado, la implicación del grupo-meta en el gobierno y administración (por ejemplo, en los comités de asesoramiento a los clientes) puede asegurar que las voces de las mujeres sean escuchadas al elaborar el diseño y la dirección del sistema.

2.2 Beneficios

Al diseñar los **esquemas de salud**, los microaseguradores necesitan cerciorarse de que cubren los asuntos relacionados con la salud de la mujer, especialmente aquellos que atañen al embarazo, al alumbramiento y a la maternidad, a las enfermedades ginecológicas y al SIDA. Por ejemplo, en AssEF, de Benin, los beneficios se enfocan, particularmente, a las necesidades de la mujer, con un énfasis especial en la salud reproductiva (ginecología y obstetricia). En la India, Karuna Trust tiene un producto de seguro que cubre cual-

quier ingreso en un hospital público, de manera que el parto, la cesárea o cualquier otra necesidad de la mujer estén cubiertas.

Algunos esquemas, sin embargo, evitan ofrecer beneficios de maternidad porque, a diferencia de los casos de enfermedad o accidente, las mujeres pueden ejercer algún control sobre el hecho de quedarse o no embarazadas. Por lo tanto, el embarazo no es un riesgo que pueda distribuirse en un grupo de acuerdo con los mecanismos propios del seguro. Por otro lado, hay un riesgo significativo de selección adversa entre las mujeres que saben que están embarazadas, que contratan el seguro cuando el embarazo todavía no es evidente.

Si Shepherd, una ONG de la India que estaba negociando un esquema de hospitalización conocido como UniMicro con el asegurador estatal (UIIC), hubiese incluido el parto en la póliza, el precio hubiese sido aproximadamente el doble y tendría que haberse estipulado un periodo de espera de nueve meses. Por lo tanto, los miembros de Shepherd escogieron no incluirlo, debido a su costo adicional y porque habría beneficiado sólo a algunos miembros. Por el contrario, Shepherd ayudaba a sus clientes a cubrir los gastos de maternidad a través de un esquema liviano de préstamo (*véase el Cuadro 23*). Esto sugiere que, si las organizaciones no pueden incluir riesgos específicos de la mujer en una póliza de seguro, entonces deben considerar la posibilidad de ofrecer herramientas alternativas para el control de riesgos.

Cuadro 23

El fondo Sugam de Shepherd (Shepherd Sugam Fund)

El Sugam Fund está diseñado para dar asistencia a mujeres embarazadas que son miembros de Shepherd. El fondo está capitalizado por contribuciones de los miembros, junto a una asignación del Friends of Women World Banking (FWWB), y sus miembros pueden pedir préstamo por valor de entre 2.000 Rs. (\$44) y 3.000 (\$55) del fondo. El dinero se guarda en bloque en la federación, de forma que esté fácilmente accesible; los líderes del SHG son responsables de administrar el fondo. Con cada prima que paga el miembro, 5 Rs. (\$0,11) se asignan como contribución al fondo para que aumente en valor. El fondo también puede ser utilizado para proporcionar ayuda a las niñas adolescentes.

Adaptado de Roth et al., 2005.

Es también importante diseñar beneficios para cubrir las necesidades de salud de los niños. El seguro de salud para toda la familia beneficia a las niñas y puede resultar disuasivo de que los esposos gasten dinero en ellas, lo que resulta muy relevante si la mujer tiene un poder de negociación limitado.

Por ejemplo, el plan *Previsión Familiar* de ServiPerú, o plan familiar de hasta cinco personas, cubre las consultas médicas, los exámenes diagnósticos,

los servicios de emergencias médicas, el cuidado médico como resultado de un accidente, la hospitalización como resultado de enfermedad y accidente y los servicios funerarios. Los servicios de salud se prestan en el propio centro médico, el cual ofrece servicios para la mujer, para hombres de todos los grupos y para mujeres de cualquier edad. También ofrece servicios pediátricos a los niños y posee una clínica de ginecología y obstetricia para la mujer. El centro también gestiona los siguientes programas especiales:

- Programa de cuidado infantil
- Programa de cuidado de la mujer
- Programa de cuidado para los ancianos
- Planificación familiar
- Medicina preventiva

Las pólizas de **seguro de vida** pueden tener en cuenta también las necesidades especiales de las mujeres y los niños. ALMAO, en Sri Lanka, lo hace así mediante la una póliza para niños conocida como «Senehasa». El plan paga beneficios a los niños de los asegurados si el padre (o madre) muere dentro del plazo de la póliza. Lo que es exclusivo de este producto es que en vez de ofrecer el pago de una suma total, el 20% de la suma asegurada es pagadero a la muerte y, subsiguientemente, el 20% de la suma asegurada se paga en cada aniversario de la muerte durante los cuatro años siguientes. El pago gradual de beneficios atiende mejor las necesidades de los beneficiarios, ya que les proporciona respaldo financiero según van creciendo.

«La Equidad» ha asumido un enfoque parecido al escalonar los beneficios a lo largo del tiempo. En Colombia, cuando el cabeza de familia de un hogar pobre muere, uno de los mecanismos utilizados para superar la pérdida es sacar a los niños de la escuela. El producto de «La Equidad» conocido como *Amparar* trata de prevenir esta eventualidad mediante el pago de un beneficio mensual para educación durante un máximo de 24 meses. La familia también se beneficia de un cheque mensual para comprar alimentos durante un año.

Delta Life, en Bangladesh, ha desarrollado una póliza de seguro dotal para el matrimonio de las hijas, diseñado como un esquema de ahorro para beneficiar a la hija del tenedor de la póliza una vez cumple los 18 años. Aunque este producto se orienta a posibilitar el matrimonio, podría ser utilizado también para la educación u otros propósitos. El plazo puede fluctuar entre los 15 y los 18 años, dependiendo de la edad de la hija (que debe tener entre 2 y 13 años de edad cuando la póliza se contrata). Si el padre-tenedor de la póliza muere durante ese periodo, entonces la hija-beneficiaria recibirá el total de la suma asegurada cuando cumpla los 18 años de edad (asumiendo

que las primas estaban al día). El periodo determinado para la madurez del producto es un esfuerzo intencional de proporcionar un incentivo a los padres para que esperen por lo menos a que la hija cumpla los 18 años de edad antes de casarla.

Esta póliza de seguro dotal no fue el primer intento de Delta de atender las necesidades de las hijas. Durante la década de los noventa, Delta experimentó con la educación de las niñas y ofreció un producto de seguro que pagaría bonos cuando la hija del tenedor de la póliza alcanzara ciertos logros significativos referentes a la educación, pero cobrando una penalización si la hija se casaba antes de cierta edad. Delta, en colaboración con el gobierno, también ofreció un producto de seguro y de planificación familiar que pagaba sumas aseguradas más altas a los tenedores de póliza que tenían menos hijos. Aunque el producto fue eliminado por fases al cambiar el gobierno su política pública, es un ejemplo de ingeniería social que podría considerarse asociada al seguro a los pobres.

2.3 Otras características del diseño del producto

Además del paquete de beneficios, es también importante tener en cuenta los efectos de otros diseños de producto sobre las mujeres.

Pago de prima: Teniendo en cuenta que las mujeres de bajos ingresos son trabajadoras predominantemente casuales y temporales, los pagos mensuales regulares de primas pueden ser difíciles de cubrir, incluso un pago anual puede suponer un desembolso difícil. Un arreglo flexible para estos pagos sería lo más apropiado. Sin embargo, estos arreglos tienen que considerar la capacidad administrativa de la organización de microseguro y los costos de transacción que conlleva. Los microaseguradores, considerando los ingresos bajos e irregulares que obtiene la mujer, deberían ofrecer una gama de opciones para el pago de primas, por ejemplo, un periodo de gracia de varios meses y un itinerario flexible para pagos que permitiera el pago de cuantías pequeñas según la situación financiera particular de la mujer. Esto se aplica particularmente a los productos de seguro dotal, ya que el valor de esas pólizas se reduce significativamente si se dilata el pago de la prima (*véase el Capítulo 2.2*).

Precio: A menudo se da un conflicto entre el deseo de ofrecer productos asequibles para los pobres y el deseo de que dichos productos sean viables económicamente. Este dilema ha dado lugar generalmente a un enfoque orientado a clientes de ingresos más altos que excluye a las mujeres pobres. Cobrar primas más bajas a los pobres podría ayudar a evitar algunas consecuencias

negativas, especialmente para las mujeres, que típicamente devengan menos ingresos que los hombres. Por ejemplo, Grameen Kalyan y el MHIB de BRAC, en Bangladesh, cobran una prima más baja a los clientes de microfinanzas de sus compañías afiliadas, que son en su mayoría mujeres, que al público en general.

Otro enfoque posible sería utilizar el precio como forma de crear incentivos o de estimular cierta conducta. Por ejemplo, VimoSEWA, de la India, ofrece un descuento de 20 Rs. (\$0.45) a los miembros que inscriben a sus familias completas (véase la Tabla 16). Otros objetivos, tales como la promoción de familias más pequeñas (programas de salud reproductiva), podrían establecerse al cobrar primas más bajas a las familias más pequeñas.

Tabla 16

Cobertura de seguros y precios de VimoSEWA en rupias				
<i>Proyecto 1</i>	<i>Miembro</i>	<i>Cónyuge</i>	<i>Niños</i>	<i>Familia</i>
Muerte natural	5.000	5.000		
Hospitalización	2.000	2.000	2.000	
Pérdida o daño de activos	10.000			
Muerte accidental	40.000	25.000		
Muerte accidental del cónyuge	15.000			
Primas: Primas anuales	100	70	100	250
<i>Proyecto 2</i>	<i>Miembro</i>	<i>Cónyuge</i>	<i>Niños</i>	<i>Familia</i>
Muerte natural	20.000	20.000		
Hospitalización	6.000	6.000	2.000	
Pérdida o daño de activos	20.000			
Muerte accidental	65.000	50.000		
Muerte accidental del cónyuge	15.000			
Primas: Primas anuales *	225	175	100	480

* Vimo SEWA también tiene otro método para pago de primas –cuenta de depósito fijo– que está descrita en el capítulo 3.3, pero la cubierta familiar no está disponible bajo este método de pago.
Nota: Rs. 44 = US \$ 1

Exclusiones: Muchos de los aspectos no sensibles al género contenidos en las pólizas de seguros pueden estar camuflados entre la letra pequeña del producto. Por ejemplo, Delta Life, debido al alto riesgo durante un alumbramiento, excluye a las mujeres de contratar una póliza durante su primer embarazo. Para muchos de los productos de seguros, los límites de edad restringen la protección para los niños pequeños y para los ancianos, que son los que más protección necesitan. Los microaseguradores, idealmente, deberían encontrar formas de hacer mucho más inclusivos a sus productos.

Resolución de reclamaciones: El proceso de resolución de reclamaciones se dificulta cuando se requiere documentación compleja. Dado que las mujeres están menos familiarizadas con procedimientos oficiales por escrito, la documentación incompleta que presentan podría significar la denegación de la reclamación. Si esta realidad se combina con un estatus bajo dentro de la sociedad y con el escaso poder de negociación (por ejemplo, ante oficiales del gobierno o la empresa), puede ser difícil obtener la documentación necesaria.

Comisiones a los agentes: Las comisiones por renovación son mucho más bajas que para las pólizas nuevas. La experiencia demuestra que las personas que no saben leer ni escribir —predominantemente las mujeres— no recuerdan las fechas de expiración de sus contratos de microseguro y, por lo tanto, no renuevan sus pólizas, aunque continúan creyendo que están aseguradas. Si los agentes reciben una comisión más alta por contratos nuevos, darán prioridad a las ventas nuevas en vez de dar seguimiento a las renovaciones, a expensas de las mujeres con menos educación.

2.4

Distribución

Según se describe en el Capítulo 4.7, no hay confianza plena en el papel de las IMF como canales de distribución de microseguro. Por ejemplo, se ha documentado una falta de transparencia cuando el microseguro está vinculado al préstamo; los prestatarios de crédito en Zambia (Mange, 2005) y en Uganda (McCord *et al.*, 2005) no eran conscientes de los costos cobrados por el procesamiento de préstamos ni del pago de la prima del microseguro (a veces las mujeres ni siquiera eran conscientes de la cobertura del seguro). La deducción de la prima de la suma del préstamo, junto a otros costos del préstamo, motivaba en los clientes la percepción de que el seguro forma parte del costo de adquirir un préstamo. Aunque estas limitaciones se aplican a todos los clientes, las mujeres pueden ser las más afectadas, ya que están menos familiarizadas con los contratos y ganan menos dinero.

Las cooperativas son también vehículos comunes para la distribución del microseguro. Sin embargo, el miembro de la organización es por lo general el hombre. Por ejemplo, en Columna, Guatemala, los cónyuges de los miembros en una unión de crédito pueden comprar el plan especial de vida (Special Life Plan) sin tener que unirse a la cooperativa, pero muy pocas mujeres compran realmente el seguro. Hallazgos similares se han comprobado en las uniones de créditos asociadas con TUW SKOK (en Polonia) y en «La Equidad»,¹ así como en las cooperativas asociadas con Yeshasvini (*véase el Cuadro 24*).

¹ «La Equidad» ha superado este prejuicio en cuanto a la distribución mediante su colaboración con una institución de microfinanzas conocida como el Women World Foundation, que sirve principalmente a las mujeres.

Cuadro 24 **El alcance en Yeshasvini**

En Karnataka, India, aunque el 78 por ciento de la población adulta está conectada en alguna manera a una sociedad cooperativista, la mayoría de los miembros de una cooperativa son hombres. Yeshasvini Trust cubre a los miembros de las sociedades cooperativas y está abierto a sus familias también. Sin embargo, solamente el 40 por ciento de los miembros de asegurados de Yeshasvini son féminas. Como las mujeres, por sí mismas, no son generalmente miembros de las cooperativas, parecería ser más difícil para ellas obtener seguros de Yeshasvini: el miembro es el primero en entrar al esquema y la cobertura para la familia pudiera venir posteriormente. Cambiar esto, tal vez introduciendo una tarifa reducida para el momento en que toda la familia esté bajo la cubierta, podría aumentar el acceso de las mujeres al seguro y reducir la selección adversa al mismo tiempo.

Adaptado de Rader Macher, et al., 2005b.

Como resultado, puede concluirse que estos esquemas no son canales particularmente efectivos de distribución orientados a la mujer. VimoSEWA ha adoptado un enfoque opuesto, mediante el cual el acceso a los beneficios se consigue a través de la mujer. Un cliente-mujer puede decidir si quiere añadir también a su esposo y a sus hijos. Podría no elegir cobertura para sí misma y para sus hijos si tiene un cónyuge; pero no puede obtener cobertura para su esposo y no para ella —la prioridad es cubrir a la mujer, ya que SEWA es una organización de mujeres.

La creación de canales de distribución «amistosos para la mujer» requiere de un contacto directo y regular con la clientela femenina a través de personas de confianza y familiares, tales como el personal de campo de la ONG/IMF, otro tipo de personal comprometido con la salud y mujeres agentes de seguros, a fin de reducir la probabilidad de que prácticas de ventas confusas y dudas sobre los contratos de seguros afecten a la oferta. Las estrategias de mercado también deben incluir un fuerte elemento educativo, ya que la que la falta de conocimiento adecuado sobre el seguro y las pólizas de seguro complejas pueden resultar en la denegación de servicios debido a que las mujeres menos educadas pueden tener dificultad para cursar adecuadamente sus reclamaciones. La falta de conocimiento y el riesgo relativo de ser víctima de una conducta fraudulenta pueden ser más relevantes para la mujer que para el hombre.

Por ejemplo, el cobro de pagos de prima de puerta en puerta por parte de los oficiales de Delta y Tata-AIG, en la India, facilita el acceso a los productos de estas grandes empresas para las mujeres, que por razones diversas no pueden salir o dejar sus casas. El hecho de que la mayoría de los

organizadores sean mujeres también implica que el canal de distribución sea más accesible para la mujer. De hecho, los agentes de Tata-AIG son en su mayoría mujeres y en un principio se dedican a vender a personas que ya conocen.

2.5 Grupos-meta y tenedores de póliza

Una de las grandes ironías que reflejan muchos esquemas de seguro vinculados a las microfinanzas es que a menudo cubren la vida del prestatario, que en muchos casos es una mujer. Como resultado, para que la mujer pueda «beneficiarse del seguro», tendría que fallecer. Por ejemplo, el esquema de seguro inicial de CARD, en Filipinas, simplemente cubría a los miembros en la eventualidad de muerte. La organización se dio cuenta, a través del diálogo con sus miembros y su personal, de que la cobertura de seguro proporcionaba pocos beneficios para las propias mujeres. Esta constatación fue un factor determinante en el proceso de decisiones que resultó en coberturas adicionales para el cónyuge y para los niños, que resultaron ser beneficios muchos más valiosos para las mujeres miembros de CARD.

Algunas otras IMF, incluyendo ASA, SPANDANA y FINCA Uganda, han pasado por una evolución similar. De hecho, una necesidad prioritaria de la mujer es el **seguro de vida para sus cónyuges**. Si el esposo muere, es cuando verdaderamente necesita el beneficio del seguro. Las instituciones de micro-finanzas que introdujeron la cobertura para el cónyuge también han reconocido que la IMF se beneficia igualmente, ya que la mujer que toma a préstamo tendría muchas más dificultades para pagar su préstamo si no tuviera un seguro sobre la vida de su esposo.

Cuando los esquemas permiten a las mujeres escoger quién estará cubierto o no, a menudo las mujeres y las niñas no son incluidas, porque su vida o su salud son menos valoradas por aquellos que tienen el poder de decisión en la familia. La **cobertura familiar**, como el plan familiar de ServiPerú o el seguro de salud de UMSFG (*véase el Cuadro 25*), son una manera de sobre-compensar el problema causado por la capacidad de seleccionar qué miembros de la familia estarán cubiertos y cuáles no, a la vez que ayuda a controlar el riesgo de selección adversa. El producto de muerte e incapacidad por accidente de TUW SKOK, conocido como «Mi Familia», cubre tanto al miembro de la unión crediticia como a su cónyuge y a los niños, así como a los padres de los adultos de hasta 65 años de edad. Del mismo modo, cuando VimoSEWA incluyó a los niños en su paquete de beneficios por hospitalización, se dio cuenta de que necesitaba extender la cobertura a todos los niños de la familia por el mismo precio, de manera que los padres no se vieran forzados a elegir a un niño antes que a otro para obtener el beneficio de la cobertura.

Cuadro 25

Cobertura de familias en UMSFG

En UMSFG, en Guinea, la pertenencia a una OMS se basa en la familia. Todos los dependientes deben ser incluidos. Los líderes de grupo son responsables de asegurar que ningún miembro del hogar (particularmente los niños) sea excluido de la cobertura. Para facilitar esa tarea, las OMS ofrecen cobertura gratis para los niños nacidos durante el año fiscal. En los hogares polígamos, que son numerosos en algunas áreas, el registro de la familia es llevado a cabo por separado para cada cónyuge y sus dependientes. Una tarjeta de membresía se expide así para cada cónyuge y sus hijos.

Adaptado de Gautier et al., 2005.

Si una mujer tiene cobertura de seguro de salud, debería poder elegir quién es **el beneficiario**. Cuando se les permite esta opción, muchas mujeres nombran a sus hijas, de manera que el beneficio pueda ser utilizado para la educación de éstas. Si los niños son menores y la mujer no confía en que su esposo utilizará el beneficio según su voluntad, entonces debería poder nombrar un tutor en el que confíe.

3 **Consideraciones de política pública necesarias para mejorar la situación estratégica de las mujeres y los niños**

Considerando las necesidades y las experiencias actuales con el microseguro, son necesarias diversas medidas para proporcionar una protección más comprensiva a las mujeres y a los niños —con énfasis en las niñas—. Varias necesidades prácticas de la mujer, de los niños y de las niñas pueden atenderse a través de un diseño mejorado de productos de microseguro a nivel micro, sus operaciones a nivel intermedio («meso»), y otros intereses estratégicos que requieren cambios a largo plazo en la política pública laboral y en el estatus de la mujer en la sociedad (nivel macro).

Ya que este libro se centra en el microseguro, las políticas públicas para mejorar la situación estratégica de la mujer y los niños solamente se discuten someramente, ya que están fuera del ámbito de lo que el microseguro, por sí solo, puede ofrecer. Sin embargo, estas políticas son esenciales para reforzar el impacto del microseguro y para avanzar hacia una meta de igualdad por género.

La responsabilidad del Estado o la protección social: sin que importe cuán exitoso pueda ser el microseguro, nunca estará en una posición de ofrecer una protección sustancial según se discute en el Capítulo 1.3. Los mecanismos privados tienen un papel suplementario, pero la protección social comprensiva es responsabilidad del Estado. Reconociendo esta responsabilidad, todos

los esquemas de microseguro utilizados por el gobierno de Perú (SMI), Bolivia (SMS) y Paraguay (SI) comenzaron atendiendo las necesidades epidemiológicas más importantes, como la maternidad y las enfermedades típicas de etapas tempranas de la infancia —riesgos que los aseguradores privados, incluso los microaseguradores, son menos dados a atender.

Del mismo modo, el Estado tiene un papel importante que desempeñar en la protección de grupos vulnerables contra riesgos o variantes, a los que los microaseguradores no pueden atender fácilmente, ya que es difícil para ellos acceder al reaseguro, o tal acceso no resulta rentable para ellos. Para las familias pobres, y para las mujeres en particular, las estrategias a posteriori no son suficientes para cubrir las pérdidas resultantes de los eventos catastróficos, que requieren asistencia del Estado.

Por lo tanto, los trabajos de cabildeo y de educación realizados por organizaciones civiles son un medio importante para proporcionar cobertura comprensiva de riesgo. Esto debe analizarse con alguna cautela, ya que el aumento en la oferta de microseguros no puede ser una justificación para que el gobierno minimice su papel en la provisión de protección social.

Los mecanismos de consorcio de riesgos de base comunitaria son particularmente vulnerables a causa de sus recursos financieros limitados. Las pérdidas catastróficas, repetidos riesgos por su propia idiosincrasia y controles pobres de administración pueden agotar los recursos del consorcio y resultar en un colapso. UMASIDA, en Tanzania, tuvo que suspender sus operaciones transcurridos sólo seis meses y recomenzar unos meses después, cuando había reestructurado sus controles (McCord, 2000). Cuando los esquemas fallan, algunas mujeres pobres que no tienen acceso al microseguro son más dadas a sufrir que los hombres, porque su capacidad de devengar ingresos es menor y tienen activos limitados.

Asuntos legales y de regulación: las leyes formales e informales determinan los asuntos relacionados con la herencia, el matrimonio, los derechos sobre los activos, el ingreso y la utilización laboral, por lo que tienen un impacto en el poder de negociación de la mujer sobre escasos recursos, tanto en el hogar como en la sociedad. En este contexto, el que se formalicen condiciones laborales y se aseguren iguales derechos de propiedad son pasos importantes para mejorar la protección y el estatus social de la mujer.

Formalizar arreglos contractuales en la economía informal e incentivar a los patronos a pagar por la seguridad social podría beneficiar particularmente a las mujeres. La creación de un ambiente de regulación adecuado, que promueva la formalización del trabajo informal, permitiría al mercado de mujeres de bajos ingresos acceder a los beneficios apropiados. Esto incluye el reconocimiento oficial de la sociedad civil como promotor esencial del microse-

guro y sugiere que debería haber una compensación financiera por sus servicios (por ejemplo, el pago de comisiones por los proveedores de seguros o gastos de administración pagados por instituciones del gobierno).

La ejecución de convenios en torno al trabajo de menores y los derechos humanos, así como el fortalecimiento del cumplimiento de estas leyes, también resultan esenciales para la protección de los niños.

Mejoras en el servicio existente: la participación de la mujer en el seguimiento, administración y planificación de programas del gobierno, tales como centros de cuidado de salud y programas de rehabilitación para eventos catastróficos, aumentará la probabilidad de que estos servicios cumplan con las necesidades de la mujer.

Reformas económicas: a pesar de innovaciones como la introducción de nuevas tecnologías, que en un principio podrían aumentar la productividad y mejorar la salud de los hombres y de las mujeres, la mujer siempre lleva la peor parte. Debido a que tiene menos acceso que el hombre a la educación y a la capacitación vocacional, queda desplazada más fácilmente de los trabajos tradicionales. Como consecuencia, para los gestores de política pública, cualquier cambio tecnológico que ocurra deberá contar con la intervención gubernamental para asegurar que el estatus de la mujer no sea minimizado. Tal intervención puede incluir acción afirmativa, mediante la creación de nuevas oportunidades, entrenamiento de capacitación y oportunidades de empleo de calidad para las mujeres.

4

Conclusión

Debido a diversos factores, incluyendo las condiciones sociales, económicas y políticas, las mujeres, los hombres y los niños están expuestos a diferentes tipos de riesgos. Además, los mismos riesgos pueden afectarles de manera distinta. Su conducta en relación con el control de esos riesgos y su acceso a estrategias de control de riesgo también pueden variar.

La noción de que las ONG y las IMF están trabajando por el fortalecimiento de la mujer, y de que automáticamente toman en cuenta la perspectiva del género en sus operaciones de microseguro, ha probado ser falsa. Es necesaria una mayor atención a las necesidades específicas según el género. En la medida en que el hogar o la «familia» sean considerados como una unidad (homogénea) para fines de estrategias de control de riesgo, veremos limitaciones.

Las diferencias de género pueden afectar significativamente al diseño de un producto de seguro. La experiencia ha revelado la necesidad de crear pro-

ductos específicos que reflejen las necesidades de las mujeres y los niños, particularmente de las niñas. Aun si estos productos se desarrollan conjuntamente con la clientela femenina, sus necesidades no están necesariamente atendidas; a menudo, los proveedores de seguro excluyen beneficios tales como la cobertura a enfermedades de naturaleza ginecológica y tratamientos relacionados con el embarazo. Aun si los microaseguradores ejercitan su poder de negociación, hay límites en cuanto a lo que pueden pagar los grupos de escasos ingresos en relación con lo que el proveedor de seguro pueda incluir en el paquete de beneficios. En estos casos, otros instrumentos de control de riesgos, tales como medidas preventivas o de microfinanzas, pueden complementar los productos de microseguro. Por otra parte, el microseguro privado debe verse como complementario a las responsabilidades de protección social del Estado.

Por lo general, las mujeres están sujetas a una vulnerabilidad mayor que los hombres, ya que trabajan sobre todo en la economía informal, sin protección social alguna. Por término medio, ellas devengan menores ingresos que los hombres, tienen pocos derechos y/o control sobre sus activos, son más propensas a responsabilizarse del cuidado de niños y ancianos y son más propensas a vivir en la pobreza, lo que las incapacita para tener un seguro de salud y cobertura de pensiones. Estas condiciones, combinadas con su estatus inferior dentro de la sociedad, no pueden resolverse a través del microseguro, sino que necesitan una intervención de política pública a largo plazo, a nivel macro. Si estas circunstancias cambian a favor de la mujer (y de otros grupos discriminados como son los niños), su protección aumentará y el microseguro podrá alcanzar su potencial pleno.

