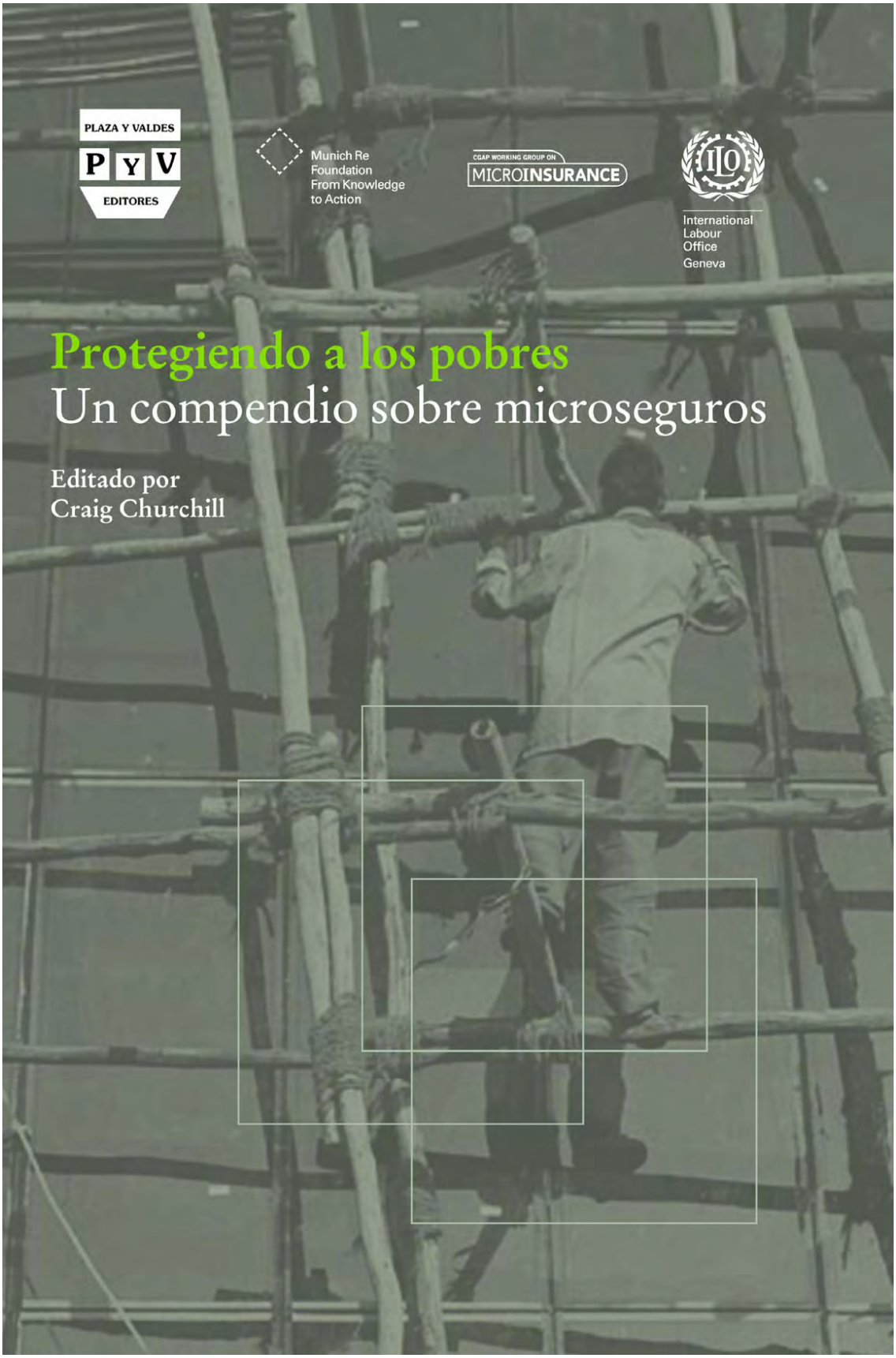


PLAZA Y VALDES
P Y V
EDITORES

Munich Re Foundation
From Knowledge to Action

CGAP WORKING GROUP ON
MICROINSURANCE

International Labour Office
Geneva

Protegiendo a los pobres
Un compendio sobre microseguros

Editado por
Craig Churchill

Protegiendo a los pobres
Un compendio del microseguro

Protegiendo a los pobres
Un compendio del microseguro

Editado por
Craig Churchill

Traducido como una contribución voluntaria de la
Oficina del Comisionado de Seguro de Puerto Rico
Lcda. Dorelisse Juarbe-Jiménez
Comisionada de Seguros

Programa de Educación al Consumidor
Lcda. Leila Alvarado-González
Comisionada Auxiliar de Servicio al Cliente

Munich Re Foundation
From Knowledge to Action

CGAP WORKING GROUP ON MICROINSURANCE

International Labour Office
Geneva

Primera edición: 2009.

© Organización Internacional del Trabajo y Plaza y Valdés Editores, 2009.

La edición original en inglés de esta obra ha sido publicada por la Oficina Internacional del Trabajo (Ginebra) en asociación con la Fundación Munich Re (Múnich) bajo el título *Protecting the poor. A microinsurance compendium.* Copyright © Organización Internacional del Trabajo, 2006.

Derechos exclusivos de edición reservados para Plaza y Valdés Editores y la OIT. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, o por correo electrónico a pubdroit@ilo.org, solicitudes que serán bien acogidas. Ciertos extractos breves de esta publicación pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente.
Las bibliotecas, instituciones y otros usuarios registrados ante una organización de derechos de reproducción pueden hacer copias de acuerdo con las licencias que se les hayan expedido con ese fin. En www.ifrro.org puede encontrar la organización de derechos de reproducción de su país.

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.
La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.
Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Plaza y Valdés S. L.
Calle de las Eras, 30-B
28670, Villaviciosa de Odón
Madrid (España)
Tel: (34) 916658959
e-mail: madrid@plazayvaldes.com

Oficina Internacional del Trabajo (OIT)
4, route des Morillons
1211 Ginebra 22 (Suiza)
Tel : (22) 799 6301
e-mail : pubvente@ilo.org

Plaza y Valdés, S. A. de C. V.
Manuel María Contreras, 73
06470, Colonia San Rafael
México, D. F. (México)
Tel: (52) 5550972070
e-mail: editorial@plazayvaldes.com

Oficina Internacional del Trabajo (OIT)
Darwin No. 31, Colonia Anzures
México, DF 11590 (México)
Tel: (55) 5250 32 24
e-mail: oitmex@oit.org.mx

ISBN: 978-84-96780-72-9

ISBN: 978-92-2-319254-9

Páginas web: www.plazayvaldes.com, www.ilo.org/publns

Foto de portada: M. Crozet, ILO

Depósito Legal:

Impreso en España
MFC Artes Gráficas, S.L.

Tabla de contenido

	Reconocimientos	xiv
	Tabla de acrónimos	xvii
	Introducción	1
Parte 1	**Principios y prácticas**	**11**
1.1	**¿Qué es el seguro para los pobres?**	
	(Craig Churchill)	12
1	Definiendo el microseguro	12
2	Las dos caras del microseguro	16
3	La diferencia que hacen tres palabras	23
1.2	**La demanda de microseguro**	
	(Monique Cohen y Jennefer Sebstad)	27
1	Manejando el riesgo	28
2	La importancia de comprender cuál es la demanda para el microseguro	31
3	Estrategias actuales para enfrentar riesgos: fortalezas y debilidades	32
4	Oportunidades para el microseguro	40
5	Conclusión	47
1.3	**La perspectiva de protección social en el microseguro**	
	(Christian Jacquier, Gabriele Ramm, Philippe Marcadent y Valérie Schmitt-Diabate)	49
1	Introducción	49
2	¿Qué es seguridad social? ¿Qué es protección social?	51
3	¿Que es el microseguro?	57
4	Potencial y limitaciones del microseguro como mecanismo de protección social	58
5	¿Cómo se puede utilizar el microseguro para extender la protección social?	60
6	Conclusión	68
Parte 2	**Los productos y servicios de microseguro**	**71**
2.1	**Estrategias y retos para extender el seguro de salud a los pobres**	
	(Ralf Radermacher, Iddo Dror y Gerry Noble)	72
1	Fabricación del producto	73
2	Ventas de productos	89
3	Servicio de producto	94
4	Mantenimiento de la sostenibilidad a largo plazo	98
5	Conclusión	102
2.2	**Ahorro y seguro a largo término**	
	(James Roth, Denis Garand y Stuart Rutherford)	103
1	Dotando de ahorros a los pobres	103
2	El ahorro a largo plazo y los productos de seguro para los pobres	106
3	Asuntos clave en la oferta de seguro y ahorro a largo plazo	112
4	Conclusión	119

2.3 El seguro vinculado al ahorro y al crédito
(Sven Enarsson, Kjell Wirén y Gloria Almeyda) 121
1 Productos vinculados al préstamo 123
2 Seguro vinculado al ahorro 135
3 Diseño de producto 137
4 Conclusión 139

2.4 Cubriendo las necesidades especiales de las mujeres y los niños
(Mosleh Ahmed y Gabriele Ramm) 141
1 Riesgos especiales que afectan a las mujeres y a los niños (varones y hembras) 141
2 El microseguro para atender las necesidades especiales de las mujeres y los niños 145
3 Consideraciones de política pública necesarias para mejorar la situación estratégica de las mujeres y los niños 154
4 Conclusión 156

Parte 3 Operaciones del microseguro 159

3.1 Diseño de productos y seguro de manejo de riesgos
(John Wipf, Dominic Liber y Craig Churchill) 160
1 Investigación del mercado 161
2 Elegibilidad 164
3 Términos y opciones de pago 169
4 Beneficios 174
5 Manejo de riesgos y control de reclamaciones 183
6 Conclusión 189

3.2 Comercializando el microseguro
(Craig Churchill y Monique Cohen) 191
1 Mensajes comerciales más frecuentes 192
2 Técnicas de *marketing* 197
3 Servicio postventa 209
4 Comercializando el seguro obligatorio 211
5 Conclusión 214

3.3 Cobro de primas: minimizando los costos de transacción y maximizando el servicio al cliente
(Michael J. McCord, Grzegorz Buczkowski y Priyanka Saksena) 215
1 Modalidades de cobro de prima 215
2 Momento y frecuencia del cobro 222
3 Consideraciones del cliente 226
4 Controles de cobro de prima 230
5 Conclusión 232

3.4 Procesamiento de reclamaciones
(Michael J. McCord y Richard Leftley) 235
1 Introducción 236
2 Notificación de reclamaciones 239
3 Resolución 245
4 Controles 251
5 Consideraciones sobre las reclamaciones en el diseño del producto 256
6 Conclusión 257

3.5 Tarifación del producto de microseguro
(John Wipf y Denis Garand) 259
1 Requisitos de diseño de una base de datos para la tarifación (y administración solvente) del microseguro 260
2 Componentes de la tarifa, factores clave y metodología 267
3 Técnicas para hacer modelos 274
4 Conclusión 275

3.6 El riesgo y la administración financiera
(Denis Garand y John Wipf) 277
1 Riesgos inherentes a los productos de seguro 277
2 Requisitos de capital 284
3 Reservas 285
4 Reaseguro 286
5 Administración de inversiones 289
6 Distribución de ganancias 292
7 Conclusión 293

3.7 Desarrollo organizacional en el microseguro
(Craig Churchill y Richard Leftley) 295
1 Estructura organizacional: ¿dónde encaja el microseguro? 296
2 Reclutamiento: ¿dónde conseguir el adecuado peritaje especializado? 299
3 Entrenamiento 304
4 Compensación 306
5 Cultura institucional 310
6 Conclusión 311

3.8 Gobernabilidad
(Zahid Qureshi) 313
1 La gobernabilidad en el microseguro 313
2 Composición y peritaje de la junta 315
3 La piedra angular 318
4 La gobernabilidad del microseguro en la práctica 321
5 Conclusión 331

3.9 Control de pérdidas
(Zahid Qureshi y Gerry Noble) 332
1 Una mirada retrospectiva al control de pérdidas 333
2 Convergencia de intereses 333
3 Puntualizando la prevención 335
4 Practicando la prevención 338
5 Minimización: un remiendo a tiempo 340
6 Evaluando el rendimiento de la inversión en prevención 342
7 Conclusión 346

3.10 Indicadores de desempeño y guías
(Denis Garand y John Wipf) 347
1 *Marketing* y distribución 348
2 Administración financiera y viabilidad 353
3 Eficiencia y valor para el cliente 355
4 Administración de inversiones 357
5 Conclusión 359

Parte 4 Opciones institucionales 363

4.1 Las cooperativas y el seguro: la ventaja mutualista
(Klaus Fischer y Zahid Qureshi) 364
1 Introducción 364
2 ¿Qué es un asegurador mutualista? 369
3 La diferencia cooperativista 370
4 El desarrollo de los modelos de seguro y sus etapas 373
5 Productos de seguro ofrecidos bajo el modelo de red cooperativista 374
6 Por qué las mutualistas desarrollan redes y cómo funcionan 376
7 Ventajas y desventajas del modelo 380
8 Conclusión 386

4.2 El modelo socio-agente: retos y oportunidades (Michael J. McCord) 387
1 ¿Por qué un modelo socio-agente? 388
2 Cómo funciona el modelo socio-agente 390
3 Lo bueno y lo malo 401
4 Ventajas y desventajas 404
5 Conclusión 407

4.3 El modelo de base comunitaria: las organizaciones mutualistas de salud en África
(Bénédicte Fonteneau y Bruno Galland) 410
1 ¿Qué es un modelo de base comunitaria? 411
2 ¿Por qué fue —y es— este enfoque implantado en África Occidental? 415
3 ¿Cuál es el grupo-meta de un modelo de base comunitaria? 416
4 ¿Funcionan (bien) las OMS y tienen suficiente impacto? 417
5 ¿Cuál es el origen de los problemas? 424
6 ¿Cuál es el valor añadido de este modelo? 430
7 Conclusión 432

4.4 Opciones institucionales para la entrega del micro seguro de salud
(Ralf Radermacher e Iddo Dror) 433
1 Opciones institucionales 433
2 Valores, intereses y conflictos en el proceso del negocio de seguros 448
3 Conclusión 453

4.5 Más allá de las IMF y de los modelos de base comunitaria: alternativas institucionales (Richard Leftley y James Roth) 458
1 Alternativas de asunción de riesgos 459
2 Alternativas administrativas 462
3 Alternativas de distribución 467
4 Conclusión 472

4.6 Los detallistas como canales de distribución del microseguro
(James Roth y Doubell Chamberlain) 474
1 ¿Por qué los detallistas? ¿Qué detallistas? 474
2 Combinaciones de distribución y productos de microseguro para los detallistas 476
3 Conclusión 485

4.7 Microseguro: oportunidades y retos para las instituciones de microfinanzas
(Craig Churchill y James Roth) 489
1 Arreglos institucionales 490
2 El tipo de seguro 498
3 Conclusión 505

Parte 5 El papel de otras partes interesadas 507

5.1 El papel de los donantes (Alexia Latortue) 508
1 Un marco de análisis 510
2Requisitos para que el apoyo de los donantes al microseguro sea eficaz 510
3 Tipos de apoyo de donantes para el microseguro 519
4 Conclusión 527

5.2 Un entorno de regulación para el microseguro
(Martina Wiedmaier-Pfister y Arup Chatterjee) 528
1 El trasfondo 529
2 Las barreras del marco regulatorio 535
3 Las experiencias en distintos países. Reflexiones preliminares 541
4 Conclusión 547

5.3 El papel promotor del Estado
(Sabine Trommershäuser, Roland Lindenthal y Rüdiger Krech) 551
1 Política pública, participación y consenso 552
2 La creación de un entorno facilitador 554
3 El fortalecimiento de las instituciones 559
4 Proporcionando ayuda financiera 562
5 Consideraciones finales 566

5.4 El papel de los aseguradores y reaseguradores en la prestación de servicios de seguro a los pobres
(David M. Dror y Thomas Wiechers) 568
1 La propuesta de valor del reaseguro 569
2 La actividad de los aseguradores y reaseguradores comerciales en el microseguro 573
3 La capacidad de los aseguradores y reaseguradores de cumplir con la propuesta de valor 578
4 Recomendaciones 585
5 Conclusión 588

5.5 La asistencia técnica
(Richard Leftley y Richard Lacasse) 591
1 ¿Por qué se necesita la asistencia técnica? 592
2 ¿Qué hacen los proveedores de asistencia técnica? 593
3 ¿Quién provee la asistencia técnica en el microseguro? 597
4 Conclusión: la asistencia técnica de calidad 604

Parte 6 Conclusiones 611

6.1 Estrategias para la sostenibilidad
(Craig Churchill y Denis Garand) 612
1 Límites de beneficios 613
2 Concentrarse en la eficiencia 619
3 Diversificar las fuentes de ingresos 625
4 La sana administración 630

6.2 El futuro del microseguro
(Felipe Botero, Craig Churchill, Michael J. McCord y Zahid Qureshi) 633
1 Los futuros clientes del microseguro 635
2 Los futuros proveedores de microseguro 638
3 El panorama de la regulación 647
4 El entorno del microseguro 649
5 Asumir el futuro 652

Apéndice I: Descripción de los proveedores de microseguro 655
Apéndice II: Sobre los autores 673
Bibliografía 681

Índice de tablas

1 Proveedores y productos de microseguro 6
2 Riesgos prioritarios en países 29
3 Estrategia de salir adelante, por riesgo 35
4 Ejemplos de sistemas de seguros informales basados en diferentes grupos 37
5 Examen para un riesgo asegurable 41
6 Tipología de los vínculos del microseguro 63
7 Aspectos generales de las tareas y características de la fabricación 88
8 Aspectos generales de las tareas y características de la venta de productos 93
9 Aspectos generales de las tareas y características de la revisión de productos 98

10 Algunas tasas importantes de los microaseguradores de salud 101
11 Aspectos generales de las tareas que se deben seguir para mantener la estabilidad a 102
12 Dos aseguradores con productos totales (endowment) 110
13 Protección de préstamos de CARD MBA, más el seguro de funeral familiar 128
14 Clases de beneficios por primas mínimas y máximas en Yasiru 132
15 Cobertura de mercado de productos de seguro de vida voluntarios seleccionados seguro de vida voluntario 132
16 Cobertura de seguros y precios de VimoSEWA en rupias 150
17 Beneficios de LIC's Janashere Bima Yojana 175
18 Beneficios de proyecto de seguro de UniMicro de UIIC's 177
19 Beneficios del producto de microseguro *Amparar* de la compañía La Equidad 182
20 Pagos y coaseguros límites de de los microaseguradores de salud 186
21 Beneficios en CARD MBA 189
22 Admisión periódica vs campaña actual 206
23 Lista de cotejo de mercado para los gerentes de microseguro: 212
24 Comparación de modos de recolección de primas 223
25 Una muestra del tiempo de duración de las reclamaciones 250
26 Evolución de la tasa de mortalidad en VimoSEWA 269
27 Experiencia de reclamaciones sobre beneficios para niños de VimoSEWA 274
28 Ilustración sobre el efecto potencial del desajuste de inversiones en el Fondo el fondo Provident de CARD – Una ilustración 292
29 Promedio de ganacias mensuales para el personal de primera línea 306
30 Comisiones (% de primas) en póliza a largo plazo en ALMAO y Tata-AIG 308
31 Prevención de pérdidas en seguros de vida y no vida 336
32 El servicio mejorado aumenta en VimoSEWA 352
33 Ejemplos seleccionados de ingreso neto 354
34 Radios de gastos y reclamaciones para esquemas seleccionados 358
35 Clasificación de proyectos de microseguro – una ilustración 360
36 Estudios de caso que corresponden al modelo de redes de cooperativas 365
37 Productos de seguros ofrecidos or las redes de SACCO 376
38 Costo por póliza de ASA (enero de 2005) 398
39 Ingresos / pérdidas por póliza de ASA (enero de 2005) 399
40 Interpretación de cuatro proyectos de microseguro en Zambia 2004 399
41 Ventajas y desventajas para el agente en comparación con el auto-seguro 405
42 Ventajas y desventajas para el asegurador 406
43 Ventajas y desventajas para los tenedores de pólizas 407
44 Comparación entre primas y beneficios para MHO (por sus siglas en inglés) seleccionados 420
45 Motivaciones básicas e interés primario a través del proceso de negocios 454
46 Producto de seguro de funeral de HTG 481
47 ¿Provee el auto seguro un mayor valor al cliente? 496
48 Definición del microseguro en India 543
49 Factores que afectan a las alianzas para los aseguradores o reaseguradores 586
50 Factores que afectan a las alianzas para los microaseguradores 586
51 Ventajas y desventajas de la asistencia técnica presencial a largo plazo 597
52 Retos en la expansión del microseguro 634
53 La automatización de los procesos empresariales transforma las operaciones de seguro 643

Índice de figuras

1 Janus: Las dos caras del microseguro 16
2 Impacto de la conmoción en el ingreso del hogar y en los activos 28
3 El impacto de los riesgos 30
4 El enfoque del microseguro 50
5 Un enfoque dinámico o la extensión de protección por medio del microseguro 69
6 Diseño de los productos de seguro de salud 73

7 Modelo de reclamaciones 1: Asegurador paga al proveedor de servicios de cuidado de salud (pago a terceros) 83
8 Modelo de reclamaciones 2: Cuidados de salud integrados y proveedor de servicios (transacción financiera interna) 84
9 Modelo de reclamaciones 3: El asegurador reembolsa los a sus clientes los gastos de servicios de cuidado de salud 85
10 Plan de seguro para de la boda de su hija: Delta Life 193
11 Opúsculo del mercadeo: Yeshasvini 194
12 Anuncio de ahorros garantizados: TUW SKOK 196
13 El Proceso de Mercadeo de Tres Pasos 198
14 Abandono del microseguro y acceso a los microcréditos 230
15 Proceso típico de resolución de reclamaciones para el producto del microseguro de Madison 237
16 El proceso de reclamaciones en UMSGF 238
17 Solicitud de reclamación internacional de Microcare y de Opportunity International 244
18 Cronometraje de Reclamaciones de CARD MBA 254
19 Premios por ventas de Kharif Hungama 309
20 Organigrama de Tata-AIG 328
21 Ilustración de las 16 decisiones de Grameen 339
22 La lógica circular de la retención de clientes 351
23 Distribución de los productos de microseguro en el modelo de la red SACCO 366
24 Una estructura de red mutualista con su cartera de subsidiarias funcionales 377
25 El sistema del MHO (por sus siglas en inglés) 429
26 Tipos de provisión de seguros de salud 434
27a El modelo socio-agente 437
27b El modelo del socio-agente con tercer administrador (TPA) 437
28 El modelo de seguros benéficos 441
29 El modelo impulsado por el proveedor 443
30 Modelo con base comunitaria / modelo mutualista 447
31 Tres componentes para la provisión de seguros 459
32 Proceso de la resolución de una reclamación según Yeshasvini 466
33 Microagentes, CRIG's y NGO's (por sus iglas en inglés) en el proceso de cobro de primas 470
34 Una estructura analítica para el apoyo de donante para el microseguro 509
35 La estrella de ayuda efectiva 511
36 El qué, quién y cómo de la asistencia técnica en el microseguro 522
37 El modelo de RIMANSI de asistencia técnica a los MBA's 602
38 Acrcándonos a un balance: El reto del microseguro 612
39 Perspectivas para el futuro 633

Índice de cuadros

1 El microseguro y las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM) 15
2 Aplicando los doce principios de Innovación de Pralahad al microseguro 17
3 El impacto de imprevistos en los ricos y los pobres de Vietnam 29
4 Riesgos y manejo de riesgos en Malawi 33
5 Estrategias de manejo de riesgos en Vietnam 34
6 Manejo de riesgos y sobre-deuda en Georgia 36
7 Membresía en múltiples sociedades funerarias 37
8 Alto costo de funerales en Zambia 39
9 Comprendiendo la demanda de microseguro en Sri Lanka 44
10 Queremos saber más… 46
11 La extensión de la protección social a través del microseguro en Colombia 61
12 Desarrollando enlaces equilibrados en Senegal 63
13 Enlaces en Filipinas 64
14 El Global Social Trust 65

15	El plan maestro de Camboya	66
16	El enfoque integrado en la protección social en Senegal	67
17	Enfoque de tres niveles de BRAC para proveer servicios de salud	83
18	La incursión de CARD en las anualidades	107
19	El esquema de depósito de pensiones de Grameen (GPS)	113
20	Ventas inapropiadas en África del Sur	116
21	¿Es el seguro de vida una alternativa para la protección de préstamo?	125
22	Cobertura de enfermedad en una póliza de seguro	129
23	El fondo Sugam de Shepherd (Shepherd Sugam Fund)	147
24	El alcance en Yeshasvini	152
25	Cobertura de familias en UMSFG	154
26	Colapsos en Delta Life	171
27	Una tarifa fija para Shepherd	174
28	Bodas en masa	179
29	Definicion de «familia» de la UHC, en Uganda	179
30	Creando conciencia: la experiencia de la Asociación de Seguros de África del Sur	199
31	La estrategia comercial a tres niveles de UMSGF	201
32	Diferencias regionales en Zambia	203
33	Retos de venta en TUW SKOK	207
34	Vinculando las primas de seguros a los préstamos	217
35	Pagos de prima flexibles para el seguro funerario en Suráfrica	225
36	Pagos de prima «en leche» en Yeshavini	227
37	Delta Life. Combinando el microcrédito con el microseguro	231
38	Denegación de reclamaciones: un caso de documentación insuficiente en Zambia	241
39	Frustración del beneficiario	242
40	Requisitos para el pago anticipado en Columna	246
41	Interrupciones en el curso de reclamaciones de Delta Life	249
42	Eficiencias del seguro informal	251
43	Ajuste de reclamaciones y SIDA	253
44	Problemas de tarifación	260
45	Problemas en el diseño de la base de datos	261
46	La importancia de un seguro de salud MIS: la expereincia de AssEF	263
47	Tarifas de renovación en VimoSEWA	265
48	Proceso de reclamaciones en VimoSEWA	266
49	Definición de reservas actuariales y capital	278
50	Ilustraciones de manejo de riesgos	283
51	Desarrollo organizacional: cómo no hacer las cosas	299
52	Los criterios de selección de micro-agentes en Tata-AIG	300
53	El personal de primera línea en CARD MBA	301
54	El modelo de contratación externa de TUW SKOK	303
55	¿Qué es gobierno corporativo?	314
56	Los cuatro pilares del gobierno	315
57	Responsabilidades de la junta directiva	317
58	La confianza es buena, pero el control es mejor	323
59	Lea lo que esta escrito en la pared	325
60	Teniendo en cuenta la perspectiva social	335
61	Promoviendo el bienestar	338
62	Prevención a través de afiliadas: VimoSEWA	339
63	Afrontando el desastre: la experiencia japonesa	342
64	Microcare: mosquiteros para reducir las reclamaciones relacionadas con la malaria	343
65	Gran valor adjudicado al seguro	350
66	¿Qué acabó con la Confederation Life of Canada?	355
67	¿Por qué el seguro cooperativo satisface a los mercados de bajos ingresos?	367
68	La administración de colapsos y reclamaciones: la experiencia mutualista	383
69	Vendiendo un concepto del seguro en Ghana	391
70	Lista de cotejo para el cobro de primas del socio-agente	394
71	La relación ahora-si y ahora-no de ASA con el modelo socio-agente	402
72	Perfiles para iniciar la organización de OMS	413

73	Una variedad de perfiles de membresía	417
74	La población-meta de las OMS rurales	418
75	Union Technique de la Mutualité Malienne	421
76	Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès	422
77	Réseau Alliance Santé, Benin	423
78	Desempeño de las OMS: algunas tendencias	425
79	El poder de la acción colectiva	431
80	Plan de seguros de salud de Nkoranza Community	444
81	Zambuko Trust, Zimbabwe	462
82	El comité de reclamaciones de VimoSEWA	464
83	Detallistas y áreas rurales	483
84	Esquema de privilegios de la unión de AFL/CIO	484
85	Reduciendo la vulnerabilidad de los pobres: el caso de Shepherd, India	499
86	Desatando el papel catalítico del sector privado con subsidio público	514
87	Apoyo mediante garantías prestadas por donantes	516
88	Encuestas FinScope: conociendo el mercado	521
89	Las lecciones aprendidas: ejemplos de India	524
90	El seguro informal en África del Sur	531
91	Formalización de ALMAO	532
92	Las cooperativas de seguros en Malawi	534
93	Requisitos de capital en Perú	536
94	Requisitos para los agentes y corredores	539
95	AIG Uganda	540
96	El Ombudsman del seguro en Sri Lanka	555
97	Los proveedores de servicios médicos y las organizaciones mutualistas de salud (OMS) en Mali	558
98	El liderazgo en Guinea-Bissau	560
99	Facilitando los enlaces con PNUD en India	561
100	Subvencionando a Yeshasvini Trust	564
101	África Re	566
102	¿Qué obtienen los microaseguradores del reaseguro?	570
103	Breve resumen del modelo de reaseguro social	583
104	Revisiones actuariales de los sistemas de microseguro	595
105	Los siete principios de la asistencia técnica	604
106	Alianzas de asistencia técnica: DID y CIF	607
107	Herramientas de administración para el microseguro	640
108	Avances tecnológicos en los servicios bancarios para los pobres	643

Reconocimientos

Esta publicación se beneficia de las experiencias de los pioneros del microseguro alrededor del mundo. Sin su visión y arrojo, no tendríamos experiencias o lecciones algunas que compartir. Con el riesgo de omitir a algunas personas clave, quisiera reconocer particularmente los esfuerzos de Vijay Athreye, Mirai Chatterjee, Sathianathan Deveraj, Peter Palanisamy y el Dr. Devi Shetty (India), el Dr. Noble de Gerry (Uganda), Aris Alip y Juan Wipf (Filipinas), Shafat Ahmed Chaudhuri y el Dr. Zafarullah Chowdhury (Bangladesh), Julio Medrano y Martha Bohorquez (Colombia), Grzegorz Buczkowski (Polonia), Guillermo Bojórquez (Perú), Denis Garand (Canadá) y Ted Weihe, Michael McCord y los expertos en CUNA Mutual (E.U.). Todos ellos están entre muchos pioneros en el campo, que han buscado o están buscando el equilibrio perfecto entre controles y costos, cobertura y precio, y accesibilidad y capacidad para pago, para lograr que los pobres puedan ser asegurados.

Este libro ha estado preparado bajo los auspicios del Grupo de Trabajo sobre Micro Seguro del Grupo Consultivo para Ayudar a los más Pobres (CGAP, por sus siglas en inglés).[1] Iniciado por la OIT en las 2000 reuniones de CGAP en Edimburgo, el grupo incluye donantes, aseguradores y otras partes interesadas en coordinar actividades de donantes pertinentes al desarrollo y a la proliferación de servicios de seguro para las familias de bajos ingresos en países en vías de desarrollo. Las actividades principales del grupo

[1] CGAP es un consorcio de 33 agencias del desarrollo públicas y privadas que trabajan en conjunto para ampliar el acceso a los servicios financieros para los pobres en países en vías de desarrollo. CGAP fue fundado por éstas agencias de ayuda y líderes de la industria para ayudar a crear servicios financieros permanentes para los pobres a gran escala (a menudo referidos como «microfinanzas»). La estructura de membresía única de CGAP y su red de asociados de CGAP, a través del mundo, la convierten en una impresionante plataforma de convocatoria para generar un consenso global sobre estándares y normas. Como tal, CGAP es un centro de recursos para la industria de microfinanzas completa, donde incuba y apoya nuevas ideas, productos innovadores, la tecnología del momento, mecanismos noveles para la entrega de servicios financieros, y soluciones concretas al reto de expandir las micro finanzas (www.cgap.org).

incluyen establecer pautas para los donantes, comisionar investigaciones sobre las cuestiones claves, publicar un boletín de noticias trimestral en micro seguro y manejar el contenido de la página de cibernética del foco del Microinsurance Focus.

Como una de las actividades de la investigación del grupo de funcionamiento, este libro es la culminación de un proceso de cuatro años para comprender las prácticas, buenas y malas, en la provisión de seguro a los pobres. Comenzó con un proyecto de investigación co-financiado por DFID, GTZ (comisionado por BMZ), la OIT y SIDA, y manejado por la OIT. Gracias a sus contribuciones, este proyecto respaldó la producción de 25 estudios de casos sobre operaciones del micro seguro alrededor del mundo, que forman la base sobre la cual se construye este libro. A nombre del Grupo de Trabajo, quisiera agradecer a la gerencia y al personal de las instituciones analizadas para estos estudios de caso que permitieron que escudriñáramos sus productos y operaciones y ventiláramos al público sus ensayos y problemas a lo largo de su ruta para proveer productos de micro seguro de calidad.

El grupo de Trabajo ha estado envuelto activamente en el desarrollo de este libro, especialmente Michael McCord y Zahid Qureshi, que me ayudaron a diseñar el ámbito del mismo, identificar los autores y a organizar sus contribuciones. Además, Klaus Fischer, Denis Garand, Richard Leftley, Ralf Radermacher, Gaby Ramm, Jim Roth y Juan Wipf hicieron contribuciones personales significativas a este libro como autores y lectores de muchos de sus capítulos. Es también importante para reconocer la contribución valiosa de Ellis Wohlner, quien repasó muchos capítulos y desafió en varias ocasiones a los autores a afinar su análisis, y a Jeremy Leach que proporcionó ayuda conceptual significativa.

Más de un centenar de personas han contribuido al contenido de este libro, directa o indirectamente, escribiendo o repasando los capítulos, o escribiendo los estudios de casos que sirven como la fuente primaria de información para el libro. Para reconocer sus contribuciones, cada capítulo especifica quiénes son los autores y editores, mientras que el Apéndice I enumera los estudios de caso y sus autores. Muchos colaboradores ofrecieron voluntariamente sus esfuerzos debido a raíz de su compromiso con mejorar los servicios de seguro para los pobres. Docenas más de personas han ayudado con los asuntos administrativos de la publicación, al corregir, editar y diseñar las paginas.

Este libro no habría sido posible sin el apoyo financiero, técnico y la logística provista por la Fundación Munich Re. La Fundación Munich Re y el Grupo de Trabajo de CGAP sobre Micro seguro celebraron una conferencia en 2005 donde muchas de las ideas y de las experiencias aquí narradas se presentaron ante una selecta audiencia de expertos del seguro y del micro segu-

ro. Dicho foro proporcionó una oportunidad para discutir ideas y de profundizar en sus interpretaciones, realzando perceptiblemente la calidad de las contribuciones. La Fundación Munich Re, especialmente Dirk Reinhard y Thomas Loster, también han apoyado la composición, edición e impresión de este libro.

Tras bastidores, Priyanka Saskena proporcionó asistencia administrativa significativa, ayuda editorial y técnica. Contribuciones importantes también fueron hechas por Baldwin Beenakkers y Nalina Ganapathi del Programa de Finanzas Sociales de la OIT, Rosemary Beattie, Charlotte Beauchamp y puede Hofman Öjermark de Publicaciones de la OIT, y Andrew Lawson y John Brown del Departamento de Idiomas de Munich Re. El índice fue hecho por John Dawson. Finalmente pero no menos importante, quisiera agradecer a Bernd Balkenhol y a Sarah Labaree quienes me permitieron emplear mucho más tiempo en este proyecto que el que cualquiera de nosotros hubiera anticipado.

Craig Churchill
Programa de Finanzas Sociales
Sector del Empleo, la OIT
Ginebra, Suiza

Tabla de acrónimos

AAC/MIS	Asociación de Cooperativas de las Americas/ Sociedades Mutualistas de Seguros (Americas Association Cooperative/Mutual Insurance Societies)
AD&D	Póliza de muerte accidental e incapacidad
ADB	Banco Asiático de Desarrollo (Asian Development Bank)
AFL-CIO	Federación Americana del Trabajo-Congreso de Organizaciones Industriales (American Federation of Labor – Congress of Industrial Organizations)
AIG	American International Group
AIMS	Sistema de manejo de seguro automatizado
AKAM	Agencia Aga Khan para las micro finanzas
ALM	Pareo de responsabilidad de activos
ALMAO	Organización Aseguradora Mutualista All Lanka (All Lanka Mutual Assurance Organization) (Sri Lanka)
ARDCI	Centro de Agricultura y Desarrollo Rural de Catanduanes, Inc. (Filipinas) (Agriculture and Rural Development Center of Catanduanes, Inc.) (Philippines)
ASA	Activistas para Alternativas Sociales (India)
Activists	for Social Alternatives (India)
ASCA	Asociación de Ahorro y Crédito Acumulativo (Accumulating Savings and Credit Association)
AssEF	Association d'Entraide des Femmes (Benin)
ATM	Máquinas de cajero automático
BM	Bienestar Magisterial (El Salvador)
BMZ	Ministerio Federal de Cooperación y Desarrollo Económico (Alemania) (BMZ (Federal Ministry for Economic Cooperation and Development) (Germany)
BOP	Primer paldano de la pirámide
BRAC	Comité para el Avance Rural de Bangladesh (Bangladesh Rural Advancement Committee)
CARD	Centro para la Investigación y Desarrollo de Agricultura (Filipinas) (Center for Agricultural Research and Development) (Philippines)
CARE	Cooperativa para la Asistencia y Cuidado
Everywhere,	Inc. Philippines)
CBO	Organización de base comunitaria
CCA	Asociación de Cooperativas Canadiense (Canadian Co-operative Association)
CEO	Principal Oficial Ejecutivo
CETZAM	Fideicomiso de Empresas Cristianas de Zambia (Christian Enterprise Trust Zambia)
CGAP	Grupo Consultor para dar Ayuda a los más Pobres (Consultative Group to Assist the
Poorest)	
CHR	Fondo de Salud Comunitario (Tanzania)
CICS	Reclamaciones en proceso de ser resueltas (Claims in course of settlement)
CIDR	Centro Internacional de Desarrollo y de Investigación (Centre International de Développement et de Recherche) (Francia)
CIF	Centro de Innovaciones Financieras
CMF	Centro de Micro finanzas (Nepal)
CoP	Peso colombiano (divisa actual)

CPI	Índice del Precio al Consumidor
CRIG	Grupo de seguro de comunidades rurales (community rural insurance group)
CRMST	Coordinación Regional de *Mutuelles de Santé de Thies* (Senegal)
CSG	Grupo de comisionados estándar
CSR	Corporación de responsabilidad social
CU	Unión crediticia
CUNA	Asociación Nacional de Uniones de Crédito (Estados Unidos) Credit Union National Association (United States)
DAC	Comité de Ayuda para el Desarrollo
DFID	Departamento del Desarrollo Internacional (Reino Unido)
DID	Desarrollo Internacional *Desjardins* (Canadá)
FAQ	Preguntas hechas frecuentemente
FCFA	Franc de la Communauté financière de l'Afrique
FDCF	Fondo Financiero de Profundos Riesgos (Financial Deepening Challenge Fund)
FFP	Fondo Financiero Privado (Bolivia)
FHPL	Plan de Salud Familiar Limitado (India)
FINCA	Fundación Internacional para la Asistencia de Comunidades (Foundation for International Community Assistance)
FSB	Junta para el Servicio Financiero (Sur África)
GK	Grameen Kalyan (Bangladesh)
GLICO	Seguro de vida Gemini de Ghana
GNF	Francos de Guinea (divisa actual)
GPS	Esquema de pensiones de Grameen (Bangladesh)
GRET	Grupo Tecnológico de Intercambio y de Investigación (Groupe d'échange et de recherche technologique) (Francia)
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Alemania)
GUPR	Reserva de prima bruta no devengada (Gross unearned premium reserve)
HIV	Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
IAIS	Asociación Internacional de Supervisores de Seguros
IBNR	Reclamaciones incurridas pero no reportadas (Incurred but not reported claims)
IBSL	Junta de Aseguradores de Sri Lanka
IC	Comisionados de Seguro
ICD	Diagnóstico Internacional de Reclamaciones
ICMIF	Federación Internacional de Cooperativas y Aseguradoras Mutualistas
ID	Identificación
IDB	Banco para el Desarrollo Interamericano (Inter-American Development Bank)
ILO	Organización Internacional de Trabajadores (International Labour Organization)
IRDA	Autoridad para el Desarrollo y Regulación de Aseguradoras (India)
IT	Información tecnológica
ITN	Mosquiteros tratados con insecticidas
JCCU	Unión de Cooperativas Japonesas para el Consumidor
K	Kwacha (divisa actual de Malawi)
KSK	Kasagana Ka (Filipinas)
LIC	Corporación de Seguros de Vida de India (Life Insurance Corporation of India)
LKR	Rupios de Sri Lanka (divisa actual)
MAF	Fondo de Asistencia Mutualista
MBA	Asociación Mutualista de Beneficios
MDGAs	Metas de Desarrollo del Milenio
MFI	Institución de Micro finanzas
MHIB	Aseguradora de Micro Salud para Mujeres de las Zonas Rurales Pobres de Bangladesh (Micro Health Insurance for Poor Rural Women in Bangladesh)
MIAN	Asociación de Micro Aseguradoras de los Países Bajos
MIS	Sistemas para el Manejo de Información
MIX	Intercambio de Información de Micro finanza
MMF	Fondos Mutualistas para Miembros
MORO	Reunión para los Oficiales de Reaseguradores
MOUS	Memorandos de Entendimiento
MUSCCO	Unión de Cooperativas de Ahorro y Crédito de Malawi
NACSCU	Asociación Nacional de Uniones de Crédito (Polonia)

NHHP	Plan de Cuidado de Salud del Hospital de Nsambya (Uganda)
NIC	Compañía Nacional de Seguros (India)
NUCS	Unión Nacional de Sociedades Cooperativistas (Jamaica)
OECD	Organización de Cooperación y de Desarrollo
Económico/	(Organisation for Economic Co-operation and Development
OI	Oportunidades Internacionales
OMS	Organizaciones Mutualistas de Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
PAD	Provisiones para desviaciones adversas
PC	Computadora personal
PCC	Compañía cautiva (protected cell company)
PDA	Asistentes digitales personales
Php	Peso filipino (divisa actual)
PHR	Sociedad para la Reforma de la Salud (Estados Unidos)
PML	Pérdida máxima probable
POGI	Interfase del Grupo Organizado de Phil Health (PhilHealth Organized Group Interface)
PPP	Sociedad público-privada
PRSP	Documento de estrategia para la reducción de la pobreza
Q.	Quetzal (divisa actual de Guatemala)
R	Rand de Sur África (divisa actual)
RBC	Capitalización Basada en Riesgo (Risk Based Capital)
RIMANSI	Manejo de Soluciones de Riesgo, Inc. (Filipinas)
ROSCA	Asociación de Ahorro y Crédito Rotativo (Rotating savings and credit association)
RS	Servicios de Reaseguro
Rs.	Rupios (divisa actual de la India)
SA	Sur África
SACCO	Cooperativas de Ahorro y Crédito (savings and credit cooperatives)
SAIA	Asociación de Aseguradoras de Sur África
SBS	Seguro Básico de Salud (Bolivia)
SEEP	Pequeñas empresas de educación y promoción
SEWA	Asociación de Mujeres Auto-empleadas (Self-employed Women's Association (India)
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV)
SHG	Grupo de auto ayuda
SI	Seguro Integral (Paraguay)
SIDA	Agencia Internacional de Desarrollo Cooperativo de Suiza
SK	Shashtho Kormis (paramédicos de salud en Bangladesh)
SKOK	Unión de Cooperativas de Ahorro y Crédito (Polonia)
SMI	Seguro Maternal Infantil (Perú)
SOCODEVI	Sociedad de Cooperativa por el Desarrollo Internacional (Canada)
SS	Shashtho Shebikas (comunidad de salud para los obreros en Bangladesh)
SSS	Sociedad para el Servicio Social (Bangladesh)
STEP	Estrategias y herramientas contra la exclusión social y la pobreza (Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty)
TA	Asistencia técnica
TOT	Entrenamiento para entrenadores
TPA	Tercero administrador
TPD	Incapacidad total y permanente
TSKI	Taytay Sa Kauswagan (Filipinas)
TUW SKOK	Compañía Mutualista de Seguros de las Uniones Cooperativas de Ahorro y Crédito (Polonia)
TV	Televisión
TYM	TaoYeu May (Vietnam)
UEMOA	Unión Económica y Monetaria de África del Oeste
UHC	Cooperativa de Salud de Uganda
UIIC	Compañía de Seguros Unidas de India, Ltd.
UK	Reino Unido
UMASIDA	Umoja wa Matibabu Sekta Isiyo Rasmi Dar es Salaam
UMSGF	Unión Extranjera de Guinea de *Mutuelles de Santé* (Guinea)
UNCTAD	Conferencia de las Naciones Unidas para el Intercambio y Desarrollo
UNDP	Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas

UNICEF	Fondo para los Niños de las Naciones Unidas
US$	Dólar de los Estados Unidos (divisa actual)
USA	Estados Unidos de América
UTM	L'Union Technique de la Mutualité Malianne (Mali)
VHS	Servicio de Salud Voluntario (India)
WHO	Organización Mundial de la Salud (World Health Organization)
WWF	Fundación Mundial de la Mujer (Colombia)
Zl	Zloty (divisa actual en Polonia)
ZOC	Centros de operación por zonas

Introducción

Las familias de bajos ingresos son vulnerables a los riesgos y vaivenes de la economía. Una de las maneras en que los pobres pueden protegerse a sí mismos es a través del seguro. El microseguro puede ayudar a las familias de bajos ingresos a manejar los riesgos a los que están expuestos de forma tal, que les permita mantener un sentido de confianza financiera, aún cuando enfrentan una situación de vulnerabilidad significativa. Si los gobiernos, donantes, agencias de desarrollo y otras instituciones piensan seriamente combatir la pobreza, el microseguro tiene que ser una de las armas en su arsenal.

Entre poblaciones de bajos ingresos, la distribución de riesgos y el uso de métodos informales de seguro no son conceptos totalmente nuevos. Los esquemas informales para compartir riesgos han existido a través de varias generaciones, aún en los lugares más inaccesibles. Sin embargo, estos esquemas están generalmente limitados en su alcance y sus beneficios típicamente cubren sólo una pequeña parte de la pérdida. Un aspecto clave del interés que se ha creado en el microseguro, es explorar maneras de aumentar el acceso de un mayor número de familias pobres al seguro y aumentar sus beneficios.

1 En busca de prácticas buenas y malas

Con el fin de aprender como extender el seguro a las familias de bajos recursos, el Grupo de Trabajo sobre Microseguro del CGAP (por sus siglas en inglés) inició un proyecto de investigación, en el año 2003, para documentar las experiencias de operaciones de microseguro a través del mundo e identificarles prácticas buenas y malas.[1] Dicho proyecto realizó una serie de estudios de casos de compañías de seguros, instituciones de microfinanzas (IMF) y esquemas de seguro de tipo comunitario para aprender cómo proveer seguro de vida y salud a los pobres. Aunque seguros contra otro tipo de riesgo, como propiedad y daños a la agricultura, también son relevantes para

[1] SIDA, DFID, GTZ y la ILO dieron respaldo a este proyecto.

el mercado de personas de bajos ingresos, esta iniciativa se concentró en los dos riesgos; muerte y enfermedad que son más comúnmente identificados en investigaciones sobre oferta y demanda. La investigación se concentró en organizaciones con, por lo menos, tres años de experiencia y con una población de por lo menos 3,000 vidas, de manera que pudieran evaluarse sus resultados en vez de sus metas. El proyecto consideró primeramente la experiencia en África, Asia y América Latina, y procuró identificar a los microaseguradores que utilizaban más variedad de modelos y estructuras de servicio, tales como:

- Sociedades entre aseguradores y agentes de distribución, tales como cooperativas e IMF.[2]
- Compañías de seguro autorizadas que sirven a un mercado de bajos ingresos directamente.
- Proveedores de servicios de salud que ofrecen oportunidad de financiamiento y asumen el riesgo del seguro.
- Programas de índole comunitaria, que distribuyen los fondos, cargan el riesgo y mantienen una relación con el proveedor de servicios de salud.
- Estrategias de seguros auspiciadas o subsidiadas por el gobierno.
- IMF auto aseguradas que asumen el riesgo y ofrecen seguro a sus clientes.

La muestra potencial de estrategias de microseguro que cumple con estos criterios no es tan extensa. Muchas de las estrategias de microseguro son nuevas o sus productos han sido introducidos al mercado recientemente. La mayoría de los microaseguradores se han enfocado en los productos de seguro más simples de administrar, particularmente el seguro de vida a crédito. Además de este tipo de producto, el volumen de microseguro disponible disminuye, en la medida en que la complejidad de manejar el producto aumenta. Hasta cierto punto, los productos más solicitados en este mercado tan ignorado, como lo son los seguros de salud, son los menos disponibles.

Sin embargo, un número de organizaciones pertinentes fueron identificadas y contactadas, y accedieron a someterse bajo la lupa de (en su mayoría) analistas externos. La mayoría de los estudios de casos fueron hechos por

[2] A través de este libro, el término institución de microfinanzas es utilizado para referirse a una organización formal o semiformal que hace transacciones de crédito o ahorro con hogares de bajos ingresos, que incluyen a las ONG de micro crédito, uniones crediticias o cooperativas de crédito (SACCO's, por sus siglas en inglés), bancos de microfinanzas autorizados y otros. Según el Congreso de Microcrédito celebrado a finales de 2004, (www.microcreditsummit.org) existen en el mundo sobre 3,000 IMF proveyendo crédito y otros servicios a 92 millones de personas de las cuales, 66 millones estaban entre los más pobres cuando tomaron su primer préstamo.

equipos de dos personas, compuestos de un experto en seguros y un profesional de desarrollo que, en conjunto, consideraron tanto el aspecto técnico como el aspecto social de hacer disponible el seguro a los pobres. Todos los equipos utilizaron el mismo marco de investigación y analizaron sus hallazgos, utilizando un bosquejo común para facilitar el análisis de las lecciones aprendidas a través de los distintos esquemas de microseguro.[3]

En total, se realizaron veinticinco estudios de casos, en los que se analizó la experiencia de más de 40 organizaciones que están involucradas en microseguro, bien como entidades que asumen riesgo, o como entidades que operan como canales de distribución o como ambos, según ilustrado en la Tabla 1. Múltiples ejemplos de los estudios de casos se incluyen a través de este con el propósito de ilustrar lecciones aprendidas y recomendaciones. En vez de repetir las referencias bibliográficas de estos casos, los lectores deberán tomar nota del hecho de que cada vez que haya una referencia no citada de estos proveedores de microseguro, la experiencia se toma del estudio de casos de que se trate. El Apéndice I especifica qué los esquemas se cubren en cada estudio de caso particular.[4]

Este libro incluye lecciones derivadas de dichas experiencias. Estas lecciones fueron analizadas por 38 autores, expertos en una amplia variedad de ramas (Véase el Anejo II para las biografías de los autores) —incluyendo personas de la academia y actuarios, profesionales de seguros y desarrollo— la mayoría de los cuales participan en el Comité de Trabajo sobre Microseguro del CGAP (por sus siglas en inglés). Sus conclusiones y recomendaciones reflejan sus opiniones personales y no son recomendaciones generales del Comité de Trabajo en pleno.

Algunos de los hallazgos permanecen inconclusos. Los lectores que observan cuidadosamente, notarán diferencias de opinión en una variedad de asuntos, incluyendo la utilidad del seguro de vida de crédito, el rol del reaseguro, la conveniencia de las pólizas de seguro dotal, los beneficios de los productos compuestos, el entusiasmo de los aseguradores comerciales por el mercado de bajos ingresos, las exclusiones por condiciones preexistentes y muchas más.

[3] Hay algunos estudios de casos excepcionales, estructurados de formas distintas a fin de considerar diferentes perspectivas sobre el micro seguro. Por ejemplo, ICMIF (2005), en sus *Lecciones aprendidas de difícil manera*, analiza nueve compañías de seguro, miembros actuales o anteriores de la International Cooperative and Mutual Insurance Federation, que habían enfrentado problemas de una u otra forma; sus experiencias están documentadas anónimamente. De forma parecida, Leftley (2005) mira las experiencias del microseguro desde la perspectiva del proveedor de asistencia técnica, la Opportunity International, que ha apoyado a muchas IMF a negociar asociaciones con compañías de seguro.

[4] Los estudios de casos están disponibles en: www.microfinancegateway.org/section/resourcecenters/microinsurance.

Poco a poco, sin embargo, y a pesar del hecho de que este libro cubre diferentes productos de seguros provistos por una variedad de arreglos institucionales a través de cuatro continentes, una imagen clara del microseguro, comienza a surgir particularmente en relación con los retos que se encuentran al asegurar a los pobres y muchas de sus soluciones. Los hallazgos revelan que el microseguro es realmente viable, y aún ganancioso en algunas circunstancias, pero habrá que vencer un número de circunstancias para poder hacerlo exitoso.

2 La audiencia-meta

La audiencia primaria para este libro son los profesionales de seguros y practicantes que trabajan en el campo que actualmente ofrecen seguros a personas de bajos ingresos o que están considerando ese mercado. Este libro está escrito con la esperanza de que dicha audiencia pueda aprender de las experiencias de nuestros predecesores, tanto de aquellos que han tenido éxito, como aquellos que han fracasado.

Este libro también está dirigido a aquellos que asisten a los practicantes, tales como son los proveedores de asistencia técnica y los donantes. Al tener un mejor entendimiento de los retos y posibles soluciones asociadas con la oferta de seguros a los pobres, se espera que estos individuos y organizaciones puedan utilizar más eficientemente sus recursos humanos y económicos para expandir el acceso a los seguros.

Los reguladores y las personas establecen política pública representan la tercera categoría de lectores. Como todo campo nuevo de actividad, el microseguro a veces opera en un ambiente que no ha sido diseñado para este concepto y que a veces puede hasta caracterizarse como hostil. Una vez se adquiere una apreciación clara de las diferencias principales entre el seguro y el microseguro y se identifica en qué lugar del andamiaje de protección social más amplio corresponde ubicarlo, los reguladores y las personas a cargo de establecer política pública pueden comenzar a diseñar un ambiente que promueva y apoye el crecimiento y desarrollo del microseguro, y promover mercados de seguros más abarcadores.

3 Estructura del libro

Este libro está dividido en seis partes. La primera parte, Principios y Prácticas, define el microseguro, provee detalles sobre las necesidades del manejo de riesgos de las familias de escasos recursos y explica la función de protección social crítica del microseguro.

La segunda parte resume lecciones sobre tipos específicos de productos, principalmente seguro de salud, seguro de vida a largo plazo y seguro a corto

plazo, relacionado con los productos de crédito y ahorro. Esta parte también explora la adaptación de productos de seguro para atender las necesidades de las mujeres y los niños.

La tercera parte del libro explora las operaciones del microseguro en detalle. Incluye capítulos sobre el diseño de productos, mercadeo, cobro de primas, reclamaciones, tarifas, manejo de riesgos y finanzas, gobernabilidad, desarrollo organizacional y control de pérdidas. Esta parte concluye con un capítulo sobre puntos de referencia que examina la razón del desempeño de los esquemas de microseguro.

El microseguro puede distribuirse a través de una variedad de arreglos institucionales. La cuarta parte examina estos arreglos para analizar las condiciones en las que uno puede ser preferible sobre los otros. Estos capítulos consideran el modelo socio-agente, el enfoque basado en la participación comunitaria, compañías de seguros poseídas por redes de cooperativas de ahorro y crédito, detallistas como canales de distribución e instituciones de microfinanzas. Un capítulo analiza las ventajas, desventajas y conflictos de intereses de varios arreglos organizacionales por trabajar seguros de salud.

La quinta parte toma en cuenta el papel que juegan las personas que tienen un interés económico clave, incluyendo donantes, reguladores, gobiernos, aseguradores y reaseguradores y proveedores de asistencia técnica. El libro concluye con la sexta parte, que resume las estrategias necesarias para alcanzar el balance adecuado entre cobertura, costos y precio, y provee una perspectiva sobre el desarrollo futuro del microseguro.

Tabla 1 **Proveedores y productos de microseguro**

Institución *Comienzo del microseguro*	*País*	*Personas cubiertas* *
Activist for Social Alternatives (ASA) – 1993	India	55.000 (2004)
All Lanka Mutual Organization (ALMAO) – 1991	Sri Lanka	50.000 (2004)
American International Group Uganda (AIG Uganda) – 1997	Uganda, Tanzania, U. R., Malawi	1,6 millones (2003)
Association d'Entraide des Femmes (AssEF) – 2003	Benin	2.300 (2004)
Bienestas Magisterial (BM)	El Salvador	75.000 (2003)
BRAC Micro Health Insurance for Poor Rural Women in Bangldesh (MHIB) – 2001	Bangladesh	12.000 familias (2004)
CARD Mutual Benefit Association (CARD MBA) – 1994	Filipinas	680.000 (2003)
Christian Enterprise Trust Zambia (CETZAM) – 2000	Zambia	5.000 (2004)
Columna – 1993	Guatemala	54.000 (2004)
La coordinación Régional de Mutuelles de Santé de Thiès (CRMST) – 1989 (first MHO)	Senegal	75.000 (2005)
Delta Life – 1988 859.000 (2002)		Bangladesh
La Equidad Seguros – 1970	Clombia	30.000 (2004)
FINCA Uganda – 1997	Uganda	37.000 (2003)
Grameen Kalyan – 1996	Bangladesh	58.000 familias (2004)
International Cooperative and Mutual Insurance Federation (ICMIF)	Global	No aplica
Karuna Trust – 2002	India	61.000 (2004)
Madison Insurance – 2000	Zambia	30.000 (2003)
MAFUCETCTO – 2004	Togo	556 (2004)

* Nota Tabla I. Resultaría inapropiado sumar todas estas cifras para lograr un estimado del total de personas cubiertas con micro seguro ya que éste es solo un ejemplo de los esquemas en función y porque resultaría en

Productos principales del microseguro	*Tipo institucional/Modelo de entrega*
Periodo de vida (enlace con el crédito)	IMF que cambió varias veces entre el socio-agente y los seguros individuales.
Seguro de inversión y funeral	Compañía de seguros de un sector privado creada por una red de cooperativas de ahorro y crédito, un proyecto informal que fue autorizado en el año 1992.
Muerte accidental e incapacidad (Ad & D) integrado con vida de crédito	Compañía de seguros del sector privado que provee un producto de seguro por medio deasociaciones con 26 IMF
Salud	IMF que ofrece microseguro internamente.
Salud	Proyecto relacionado al empleo para una unión de maestros.
Salud	Proyecto de seguro no regulado, afiliado a un proveedor de servicios de cuidado de salud de la ONG, con una red de clínicas y una ONG de microfinanzas igualmente afiliado.
Vida, vida de crédito integrada e incapacidad	Comapñía mutualista de seguro a una IMF.
Vida de crédito, funeral y propiedad	Una IMF asociada con un OI que ha trabajado con dos compañías de seguro privadas para proveer productos de seguro.
Seguros de vida/incapacidad	Compañía de seguro que pertenece a las uniones crediticias.
Salud	Cuerpo cumbre de Organizaciones Mutualistas de Servicios de Salud (OMS).
Inversión	Compañía de seguros privada con fines de lucro sirviendo directamente al mercado de escasos recursos económicos.
Vida e incapacidad	Asegurador mutualista perteneciente a las uniones crediticias (pero que también utiliza el modelo de socio-agente con un IMF).
AD&D con vida de crédito	Un MFI asociado con AIG Uganda.
Salud	Seguros provistos por un proveedor de servicios de cuidado de salud.
No aplica	Una red global de compañías mutualistas de seguro y cooperativas. Las experiencias de nueve miembros anónimos del ICMIF son descritas en un estudio de caso, ICMIF (2005) «Lessons Learned the Hard Way» (Halic).
Ingresos per diem durante la hospitalización	NGO en asociación con una compañía de seguro del estado que sigue un modelo de socio-agente.
Vida de crédito y funeral	Compañía de seguros privada en asociación con cuatro MFI's.
Vida de crédito	Un departemento de seguros de una asociación de unión crediticia.

una duplicación de cifras. Por ejemplo, los números para TSKI y CETZAM también se incluyen en las figuras de la OI; de forma parecida, los números de FINCA Uganda se incluyen en AIG Uganda.

Institución *Comienzo del microseguro*	*País*	*Personas cubiertas* *(año de los datos*
Malawi Union of Savings and Credits Cooperatives (MUSCCO) – 1980	Malawi	56.000 (2003)
Opportunity International – 2002	Global	2.7 millones
Pulse Holdings Ltd. – 2001	Zambia	2.200 (2003)
Seguro Básico de Salud (SBS) – 1999-2003	Bolivia	No disponible
Seguro Integral (SI) – 2002	Paraguay	15.600 (2002)
Seguro Materno-Infantil (SMI) – 1 998-2001	Peru	350.000 (2001)
Shepherd –1999	India	15.000 (2004)
ServiPeru – 1996	Peru	94.000 (2003)
Society for Social Services (SSS) – 1996	Bangladesh	27.000 families (2004)
Spandana – 1998	India	390.000 (2004)
Tao Yeu May's Mutual Assistance Fund (TYM) – 1996	Vietnam	68.000 (2004)
Tata-AIG – 2001	India	13.000 (2005)
Taytay Sa Kauswagan (TSKI) – 2002	Filipinas	330.000 (2004)
TUW SKOK – 1998	Polonia	93.000 (2003)
L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF) –1999	Guinea	14.000 (2005)
L'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM) – 1998	Mali	40.000 (2005)
Vimo SEWA – 1992	India	120.000 (2005)
Yasiru Mutual Provident Fund – 2000	Sri Lanka	24.000 (2004)
Yeshasvini Trust – 2002	India	1.45 millones (2005)

Productos principales del microseguro	*Tipo institucional/Modelo de entrega*
Vida de crédito y ahorros de por vida	Asociación de unión crediticia que opera un proyecto de seguros para prestatarios; riegos manejados internamente.
Varias cubiertas de ahorros y prestamos	Provee asistencia técnica a una red afiliada de IMF alrededor del mundo que utilizan el modelo de socio-agente; el estudio de caso considera las experiencias de cinco IMF.
Vida de crédito	Asociación de una IMF con una compañía del sector privado llamada Madison Insurance (modelo de socio-agente).
Salud	Proyecto de seguros públicos vinculado principalmente a proveedores de servicios de cuidado de salud públicos.
Salud	Proyecto de seguros públicos vinculado principalmente a proveedores de servicios de cuidado de salud públicos.
Salud	Proyecto de seguros públicos vinculado principalmente a proveedores de servicios de cuidado de salud públicos.
Vida, salud y propiedades de ganado	IMF asociada con compañías de seguros del estado (LIC y UICC).
Salud y funeral integradas	Asociación de corretaje de seguros con una compañía de seguros privada.
Salud	Proveedor de cuidados de salud y MFI proveyendo seguros interinamente.
Vida a crédito, muerte de cónyuge y pérdida limitada de activos	IMF ofreciendo seguros internemente (auto-seguro).
Vida de crédito con beneficio de hospitalización	IMF ofreciendo seguros internemente (auto-seguro).
Seguro de vida, dotal	Compañía de seguros del sector privado utilizando los modelos de socio-agente y microagentes.
Vida de crédito, vida	Un OI afiliada a la IMF en asociación con Cocolife, una compañía de seguros privada.
Propiedad ahorros y AD&D	Compañía mutualista de seguros dirigida por una red de unión de créditos.
Salud	Cuerpo cumbre de las OMS.
Salud	Cuerpo cumbre de las OMS.
Vida integrada, salud, activos	Departemento de una unión de comercio que ha cambiado entre los modelos de socio-agente y auto-seguros.
Accidentes integrados, incapacidad, salud y vida	Proyecto que no está autorizado y que provee seguros en asociación con las ONG y una red de CBO's.
Salud	Proyecto no autorizado que colabora con el gobierno estatal y las cooperativas. Los beneficios están disponibles únicamente por medio de una red de proveedores de servicios de cuidado de salud.

1 Principios y prácticas

1.1 ¿Qué es el seguro para los pobres?

Craig Churchill

El autor desea agradecer a las siguientes personas sus comentarios y sugerencias: Balkenbol (ILO), Felipe Botero (Metropolitan Life), Alexia Latartue y Aude de Montesquiou (CGAP) y Gaby Ramm (consultor).

1 Definiendo el microseguro

Las personas de bajos ingresos viven en ambientes de riesgo, son vulnerables a diversos peligros, incluyendo enfermedad e incapacidad, pérdida de propiedad por robo o fuego, pérdidas en la agricultura y desastres causados tanto por la naturaleza como por el hombre. Los pobres son más vulnerables a estos tipos de riesgos que la mayoría de la población y son los que más difícilmente pueden enfrentar la crisis cuando ocurre.

La pobreza y la vulnerabilidad se refuerzan entre sí, cobrando fuerza en una caída en espiral hacia el abismo. La exposición a estos riesgos no sólo da lugar a pérdidas económicas sustanciales, sino que las familias vulnerables también sufren a causa de la incertidumbre constante respecto a la posibilidad de que ocurra una pérdida y cuándo. Como consecuencia de esta aprensión perpetua, los pobres son menos propensos a aprovechar las oportunidades de generar ingresos que puedan reducir su pobreza.

Aunque las familias pobres tienen a menudo medios informales para manejar sus riesgos, estas estrategias informales de manejarlos generalmente no les garantizan protección suficiente. Muchas estrategias de manejo de riesgos, tales como la distribución de los recursos humanos y financieros a través de varias formas de generar ingresos, tienen pocos resultados. Las estrategias informales para enfrentar el riesgo tienden a cubrir sólo una parte pequeña de la pérdida, lo que tiene como consecuencia que los pobres tengan que valerse de una serie de fuentes que les apoyen. Aun así, la protección informal del riesgo no es suficiente para enfrentar ciertos tipos de peligros que desafortunadamente aquejan generalmente a los pobres. Antes de que la familia tenga la oportunidad de recobrarse plenamente de una crisis, otra le sale al encuentro.

El microseguro es la protección de las personas de bajos ingresos contra riesgos específicos a cambio de pagos regulares de prima proporcionales a la posibilidad y costo del riesgo envuelto. Esta definición es básicamente la misma que podría utilizarse para el seguro regular, excepto por el mercado claramente establecido que quiere atender: personas de bajos ingresos. Sin

embargo, y como se demuestra en este capítulo y a través de todo el libro, esas personas constituyen una gran diferencia.

¿Cuán pobres tienen que ser las personas para que su protección de seguros se considere «micro»? La respuesta varía según el país, pero, por lo general, el microseguro es para aquellas personas ignoradas por los principales esquemas comerciales y sociales de seguros; personas que no han tenido acceso a los productos de seguros apropiados. Las personas que trabajan en una economía informal, que no tienen acceso a seguros comerciales, ni a beneficios de protección social, provistos directamente por un patrono o por el gobierno a través de un patrono, son un foco particular para este tipo de cobertura. La oferta de seguros a personas con ingresos predecibles, aunque sean mínimos, es más fácil que cubrir a trabajadores de la economía informal que tienen un flujo de ingresos irregular; estos últimos representan la frontera del microseguro.

El microseguro no se refiere al tamaño del asegurador, aunque algunos proveedores de microseguros son pequeños e informales. Hay, sin embargo, ejemplos de compañías grandes que ofrecen microseguros tales como AIG, Uganda, Delta Life en Bangladesh, y todas las compañías de seguros en India.[1] Estos grandes proveedores de seguro tienen un producto o alguna línea de productos que es apropiado para personas de bajos ingresos.

Uno de los aspectos importantes del microseguro, que se explora en detalle en la parte 4, es que puede ser distribuido a través de canales distintos, incluyendo esquemas pequeños de base comunitaria, uniones de crédito y otros tipos de instituciones de microfinanzas, así como otras compañías de seguros multinacionales enormes. De hecho, recientemente, una de las compañías más grandes del mundo, Allianz, ha puesto en marcha una iniciativa en conjunto con el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNDP, por sus siglas en inglés) y el Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit (GTZ), para proveer seguro a los pobres de India e Indonesia.

El microseguro tampoco se refiere al ámbito de los riesgos que perciben los clientes. Los riesgos por sí mismos no son «micro» para las familias que los sufren. El microseguro puede cubrir una variedad de riesgos distintos, incluyendo enfermedades, muerte y pérdida de propiedad —básicamente cualquier riesgo asegurable.[2] Este libro, no obstante, atiende fundamentalmente al seguro de vida y de salud, ya que la investigación de necesidades de mercado en varios países revela que la enfermedad y la muerte son las

[1] Según se describe en el Capítulo 5.2, se le pide a las compañías de seguros de la India asignar un porcentaje de su cartera de seguros a personas de los «sectores rurales y urbanos», que en realidad son las familias de bajos ingresos. Por ende, los aseguradores y reaseguradores de la India están tratando con el microseguro, de una u otra manera, de forma que muchas innovaciones interesantes para el microseguro están saliendo de la India.

[2] Los capítulos 1.2 y 2.1 describen las características de los intereses asegurables.

principales preocupaciones entre las familias de bajos ingresos (véase el Capítulo 1.2).

El término «seguro» se utiliza a menudo en su connotación más amplia, para referirse a prevención de riesgos en general y a técnicas de manejo de riesgos. Por ejemplo, pueden llamar «fondo de seguro» a los ahorros reservados para una emergencia. Este libro, sin embargo, utiliza una definición más estrecha, en la que el microseguro, como el seguro tradicional, implica un elemento de distribución de riesgos. Aquellos en el grupo que no sufren una pérdida durante un periodo particular, pagan esencialmente las pérdidas sufridas por los demás. El seguro reduce la vulnerabilidad de las familias al reemplazar la incertidumbre de la pérdida mediante el pago regular de módicas cantidades de dinero. En definitiva, la función de la distribución del riesgo significa que el seguro es un tipo de servicio financiero mucho más complicado que los ahorros o el crédito.

Debido a que el microseguro es sólo una de las varias herramientas disponibles para las familias de bajos ingresos, las organizaciones verdaderamente interesadas en ayudar a los pobres a gestionar sus riesgos deben evaluar si el microseguro es la opción más conveniente. Los préstamos podrían ser un servicio financiero más adecuado para controlar aquellos riesgos que resultan de pérdidas de poca cuantía, riesgos que son muy probables o muy frecuentes. El ahorro y el crédito también son más flexibles que el seguro y pueden utilizarse para una variedad de riesgos (y oportunidades). El seguro, por otra parte, provee una cobertura más amplia para las pérdidas grandes que lo que las familias de bajos ingresos podrían proveerse por su cuenta. Para estos riesgos mayores, la participación en un grupo de distribución de riesgo es un medio más eficiente para obtener protección que si lo hicieran por sí mismos, de forma independiente.

Hay que tener cuidado de no maximizar el efecto que tiene el seguro en el desarrollo. Por sí mismo, el seguro no puede eliminar la pobreza. Sin embargo, cuando se ofrecen a los hombres y mujeres de escasos recursos otras herramientas de gestión de riesgo, el seguro de vida y salud para los pobres puede lograr una contribución importante a las Metas de Desarrollo del Milenio *(véase el Cuadro 1).*

Cuadro 1

El microseguro y las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM)

Las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM) establecidas por las Naciones Unidas proveen más de 40 indicadores cuantificables para evaluar el progreso hacia un desarrollo económico y social para el año 2015. Las MDM sirven como un marco de desarrollo, ayudando a enfocar la atención a los responsables de establecer política pública, a los donantes y a los encargados de promover el desarrollo, en sus objetivos más importantes.

Algunos MDM serían más fáciles de alcanzar si el seguro fuera ampliamente accesible para las familias de bajos ingresos, incluyendo las siguientes metas:

- Reducir a la mitad el número de personas cuyo ingreso es menor de un dólar diario
- Reducir la proporción de las personas que sufren de hambre
- Asegurar que los niños del mundo entero, hembras y varones, puedan completar un curso completo de estudios primarios
- Eliminar las diferencias por género en la educación primaria y secundaria
- Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad por debajo de los cinco años de edad
- Reducir en tres cuartos la tasa de mortalidad maternal
- Detener y comenzar a invertir la epidemia de HIV/SIDA
- Detener y comenzar a invertir la incidencia de la malaria y de otras enfermedades principales

Por ejemplo, el seguro puede ayudar a reducir la proporción de la gente que sufre hambre y cuyo ingreso es menor de un dólar al día. Mientras que los expertos en desarrollo tienden a centrarse en los esfuerzos para promover el desarrollo económico como estrategia para alcanzar estas metas, tienen que reconocer que las ganancias pueden rápidamente convertirse en pérdidas cuando las familias vulnerables sufren una pérdida o enfrentan una crisis. Es necesario complementar los esfuerzos para aumentar la productividad con los esfuerzos necesarios para proveer protección.

Tal vez de modo más directo, el microseguro puede ayudar a atender los objetivos relacionados con la salud, como reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud maternal, combatir el HIV y el SIDA, la malaria y otras enfermedades. Los esquemas de microseguro de salud generalmente dotan de vacunas, entrenan a las comadronas y hacen factible el transporte de mujeres con posibles dificultades en el parto hasta el hospital.

Algunos esquemas de micro seguro proveen información valiosa y recursos para la prevención de riesgos. Al proporcionar educación sobre los riesgos y promover buenos hábitos de salud, estos esquemas pueden reducir la

incidencia de enfermedad y extender las expectativas de vida *(véase el Capítulo 3.9).*

Curiosamente, el microseguro también puede ayudar a promover la igualdad por género y a posicionar a la mujer *(véase el Capítulo 2.4).* Si el seguro puede ayudar a proteger a las familias vulnerables de caer más profundamente en la pobreza, no tendrán que escoger a cuál de sus hijos enviarán a la escuela. Por otro lado, el ahorro a largo plazo y las pólizas de seguro ayudan a los pobres a acumular activos que pueden usarse para pagar educación, tanto a hijos como a hijas.

2 Las dos caras del microseguro

Hay dos variantes principales de microseguro; una pretende extender la protección social a los pobres, en ausencia de esquemas gubernamentales apropiados, y otra ofrece un servicio financiero vital a las familias de bajos ingresos, al desarrollar un modelo de negocio que permite a los pobres ser considerados como un segmento del mercado que representa ganancia (o es sustentable) para los aseguradores comerciales o cooperativos.

No obstante lo anterior, estas dos variantes tienen mucho en común. Se puede considerar el microseguro como Jano, el dios romano de las puertas y salidas, también conocido como el dios de los comienzos, que es representado con dos caras, y un solo cuerpo *(Figura 1).* Independientemente de si el microseguro se visualiza desde una perspectiva de protección social o como una oportunidad de mercado, el cuerpo de la estructura del seguro y sus operaciones básicas serán, en gran medida, los mismos.

Figura 1 **Janus: Las dos caras del microseguro**

Un nuevo mercado para aseguradores

Protección social a trabajadores que forman parte de la economía informal

2.1 Ampliando el acceso a los servicios de seguros: un nuevo mercado

C. K. Prahalad (2005), el gurú responsable de la articulación de la perspectiva de «nuevo mercado», ilustra en su libro *La fortuna en la base de la pirámide* que «el sector privado, en su deseo de … alcanzar cobertura del mercado, inventará nuevos sistemas dependiendo de la naturaleza del mercado». Prahalad identifica a las más de 4.000 millones de personas que viven con menos de $2 diarios como una oportunidad de mercado, si los provee-

dores de productos y servicios, incluyendo las corporaciones multinacionales, desarrollan nuevos modelos de negocio y fomentan la creación de consumidores de bajos ingresos.

Este pensamiento no es nuevo para los que trabajan en microfinanzas, ya que la comercialización ha existido desde 1992, cuando la microfinanciera boliviana ONG Prodem creó BancoSol, el primer banco comercial dedicado al mercado de bajos ingresos. La creación de BancoSol comenzó una revolución que ha llevado al menos a otras 39 ONG a crear instituciones financieras autorizadas (Fernando, 2004) y a múltiples bancos comerciales y compañías financieras a alcanzar el «mercado en sus niveles más bajos».

Prahalad, además de microfinanzas, elabora ejemplos de otras industrias, incluyendo la construcción, los productos de consumo y el cuidado de la salud. Basándose en estudios de casos sobre innovaciones exitosas, Prahalad identifica unos principios comunes que deben considerarse al modernizar la base de la pirámide (BOP, por sus siglas en inglés). Aun cuando no utilizan los estudios de casos de seguros, los «Doce Principios de Innovación para los mercados BOP» de Prahalad resultan increíblemente aplicables a la oferta del microseguro *(véase el Cuadro 2).*

Cuadro 2

Aplicando los doce principios de Innovación de Pralahad al microseguro

1. Nuevo entendimiento de la relación entre el precio y el desempeño
Obviamente, los pobres no pueden pagar precios altos, pero eso no quiere decir que merezcan productos de baja calidad. Para el microseguro, podría argumentarse que el mercado de bajos ingresos requiere un producto de *mejor* calidad (por ejemplo, con la resolución mas rápida de reclamaciones, y pocas o ninguna denegatorias) para vencer su aprehensión a pagar por adelantado un beneficio incierto, indeterminado. Prahalad también sostiene que el mercado BOP es sorprendentemente muy consciente de las marcas, algo que los microaseguradores deben tener en cuenta en su afán de obtener la confianza del mercado.

2. Combinar los avances tecnológicos con la infraestructura existente
Aunque esto apenas empieza a surgir en el microseguro, varias instituciones microfinancieras están experimentando con tecnologías (incluyendo maquinas ATM con biométricas, tarjetas inteligentes, ordenadores personales de mano y aparatos de punto-de-venta) para mejorar la eficiencia y la productividad. Los microaseguradores habrán de hacer lo propio para utilizar estas herramientas.

3. Escala de operación
En el modelo de negocio BOP, la base para el rendimiento de la inversión es el volumen. Aun si la ganancia por unidad es minúscula, cuando se multiplica a través de una suma grande de ventas, su rendimiento puede ser atractivo para los accionistas. Esta cualidad hace una pareja perfecta entre el seguro y la Ley de los Números Grandes, a través de la cual la experiencia actual de reclamaciones seguirá más de cerca las reclamaciones proyectadas cuando el consorcio de riesgos es mayor. Cuando las proyecciones pueden estimarse con un alto grado de confianza, entonces la tarificación del producto no necesita considerar un margen alto de error, lo que hace su costo más fácil para los pobres.

4. Eco-atractivo
Prahalad señala que los recursos asociados con productos en los países desarrollados serían sostenibles si fueran utilizados por el Mercado BOP tan amplio que existe. Consiguientemente, toda innovación debe minimizar el embalaje y considerar el impacto del producto en el medio o el ambiente. Aunque este principio pudiera no ser directamente aplicable al microseguro, sí que puede estar conectado. Muchos riesgos catastróficos a los que los pobres son vulnerables están asociados a los cambios climatológicos.

5. Requieren funciones distintas
Los productos y servicios para el Mercado BOP no pueden ser una versión a más baja escala o menor costo de los productos tradicionales. En el microseguro, por ejemplo, una idea de cómo una familia de bajos ingresos usa el pago de un seguro ilustraría las diferencias claves con el Mercado de seguros tradicional. Por ejemplo, en vez de un pago único en efectivo, los pobres pudieran preferir un pago de beneficios en especie (verbigracia, servicios funerarios, compra de alimentos), posiblemente divididos a lo largo de un periodo de tiempo.

6. Innovación en los procesos
Al diseñar un producto para el Mercado BOP, es necesario adaptar el proceso, al igual que el producto, tomando en cuenta la estructura limitada típicamente disponible a los pobres. En el microseguro, por ejemplo, uno debe reconocer que la prima no es el único gasto. Los costos indirectos del acceso y uso del producto, incluyendo los costos de transporte y de oportunidad por pérdida de ingresos, pueden ser más altos que el costo actual.

7. Trabajo de desentrenamiento
Las industrias de servicio son, por su naturaleza, laboralmente intensivas; aquellas que se enfocan en el mercado BOP, todavía más, considerando la escala de sus operaciones. Ya que los costos de labor representan más de la mitad de los costos de operación, una estrategia para controlar los costos es simplificar las operaciones de modo que los productos puedan venderse y ser atendidos por trabajadores de menor remuneración. Ese enfoque es muy apropiado para el microseguro, ya que sus clientes también quieren productos simples y fáciles de entender.

8. Inversiones significativas en la educación de los clientes
Prahalad es muy claro en cuanto a la importancia de crear clientes BOP a través de la educación y de esfuerzos de concienciación, utilizando mecanismos noveles para alcanzar personas en «zonas oscuras en los medios de comunicación». Esta también ha sido la experiencia de los microaseguradores que necesitan explicar a sus clientes cómo trabaja el seguro y cómo puede beneficiarles.

9. Diseñado para condiciones hostiles
Los productos y servicios diseñados para el Mercado BOP deben tomar en cuenta las condiciones insalubres y las limitaciones en la infraestructura (por ejemplo, apagones eléctricos, baja calidad de agua potable). Para los proveedores de microseguro, implica invertir en medidas de prevención de pérdidas tales como aquellas que promueven una conducta de bajo riesgo, purificación del agua e higiene, a fin de reducir las reclamaciones por seguro de vida y de salud.

10. Interfases atractivas a los usuarios
La heterogeneidad del Mercado BOP le hace hablar una amalgama de lenguajes y tener una amplia variedad de niveles de alfabetismo. El servicio a este mercado requiere una consideración cuidadosa para facilitar a los hogares la utilización del servicio. Para el microseguro, la solicitud debe ser corta y probablemente debe ser completada por el vendedor. Más difícil es la simplificación de los documentos de reclamación, para que los clientes puedan acceder los beneficios, mientras que los aseguradores queden protegidos del fraude.

11. Distribución
Uno de los mayores retos del servicio a los consumidores BOP es llevar el producto al Mercado; sin embargo, las compañías de seguro son sumamente débiles en la distribución. La solución principal al problema es colaborar con

otra organización que ya esté realizando transacciones financieras con las familias de bajos ingresos, de modo que el asegurador pueda nivelar la infraestructura existente para alcanzar a los pobres.

12. Retos a la sabiduría convencional
En conclusión, para servir al Mercado de bajos ingresos, los aseguradores tienen que pensar de modo diferente: en cuanto a las necesidades de la clientela, el diseño del producto, los sistemas de entrega e, incluso, los modelos de negocio. Existe un mercado viable si los aseguradores están dispuestos a aprender sobre el mismo y a desarrollar nuevos paradigmas para darle servicio.

Para entender más claramente cómo desarrollar modelos de negocios para el microseguro, es necesario evaluar por qué los modelos de negocio de seguros existentes no alcanzan a los pobres. La industria de seguros, aunque está comenzando a tomar conciencia del mercado amplio de familias de bajos ingresos que queda por explorar, ha encontrado numerosos obstáculos que los aseguradores deben vencer si van a ofrecer microseguros en gran escala.

Además de los problemas asociados con el alto costo de las transacciones y los sistemas de distribución inadecuados, identificados en el cuadro 2, los productos generalmente ofrecidos por los aseguradores no están diseñados para cubrir las características específicas de un mercado de bajos ingresos, donde los jefes de familia tienen poco flujo de dinero en efectivo dentro de la economía informal. Otros elementos claves del diseño de productos incluyen cuantías debidamente aseguradas, exclusiones complejas y lenguaje legal indescifrable en las pólizas, todo lo cual conspira en contra de una buena oferta de servicios para los pobres.

Es una asunción generalmente aceptada que las mujeres y hombres de bajos ingresos son más vulnerables al riesgo que aquellos que no son tan pobres; sin embargo, los aseguradores, por regla general, no tienen datos de las vulnerabilidades de los pobres. Los aseguradores, para atender este problema, pueden partir de un margen de error considerable para luego hacer los ajustes necesarios una vez la experiencia de las reclamaciones es palpable. Sin embargo, si los aseguradores dejan una reserva sobre los costos administrativos altos requeridos para cubrir el mercado de bajos ingresos, las primas pueden resultar fuera del alcance de los bolsillos.

Los aseguradores asumen, para bien o para mal, que el sector de bajos ingresos no puede costear los seguros. Es interesante que en el siglo XIX, cuando se comenzaron a promover los seguros en el mundo, se percibía como

un servicio financiero para los pobres. Los ricos no necesitaban seguros porque estos eran básicamente auto-asegurados. En algún momento en el camino, a medida que el seguro se volvió más sofisticado y los ricos se hicieron más conscientes de sus vulnerabilidades, la percepción cambió.

Los aseguradores no tienen los mecanismos adecuados para controlar ciertas clases de riesgos de los seguros, tales como la selección adversa y el fraude en el mercado de bajos ingresos. Por ejemplo, las técnicas de documentación y verificación de reclamaciones, utilizadas para cerciorarse de que una persona con una póliza de vida de $100.000 no está defraudando al asegurador, no son apropiadas para una póliza de $500.

Un gran reto para poder extender los seguros a los pobres es el de poder educar el mercado para vencer el prejuicio existente contra el seguro. Muchos son reacios a pagar una prima por un producto intangible con beneficios futuros que pueden no ser reclamados nunca, y a menudo tampoco confían en las compañías de seguros. Crear conciencia sobre el valor de los seguros toma tiempo y cuesta dinero. Para ser justos, el prejuicio funciona de los dos lados. La gente que trabaja para las compañías de seguros, generalmente desconoce las necesidades y preocupaciones de los pobres. De igual forma, la cultura e incentivos con que las compañías de seguro reconocen a su fuerza de venta se concentran en pólizas de mayor cuantía y en clientes de mayores ingresos, convirtiendo la noción de vender seguros a los pobres en ridícula.

Este mercado de bajos ingresos tiene un potencial masivo, si los aseguradores pueden atender estos asuntos con ideas innovadoras que sean eficientes y efectivas. Aun cuando estos obstáculos son significativos, están siendo resueltos en el mundo por un número de aseguradores formales e informales que están desarrollando nuevas técnicas para alcanzar un mercado amplio que está desatendido.

2.2 Proporcionando protección social a trabajadores informales

Aun con innovaciones significativas en los modelos de negocio de seguros, en los diseños de productos y enlos canales de distribución, está claro que no todas las cosas ni todas las personas son asegurables sobre la base de los principios del mercado. Tampoco debe ser ese el caso. De hecho, los gobiernos tienen una responsabilidad crítica de proveer protección social a sus ciudadanos.

La protección social es la otra cara del microseguro. Generalmente, el microseguro incluye una variedad de políticas gubernamentales y programas dirigidos a reducir la pobreza y la vulnerabilidad, disminuyendo la exposición de las personas a los riesgos y aumentando su capacidad de protegerse por sí mismos. La protección social se refiere a los beneficios que la sociedad provee a sus miembros, incluyendo:

- beneficios por desempleo e incapacidad
- seguro de salud universal
- beneficios por maternidad
- pensiones para la vejez
- protección para los niños y discapacitados

Sin embargo, más de la mitad de la población mundial está excluida de algún tipo de protección de seguro social, incluyendo esquemas basados en contribuciones particulares y beneficios sociales financiados por contribuciones de recaudación de impuestos. En algunas partes del mundo, la situación es verdaderamente seria. En África, Sub-Sahara y Asia del Sur, la cubierta estatutaria de seguro social se estima entre el 5% y 10% de la población trabajadora (OIT, 2001).

Las economías emergentes enfrentan mayores retos para proveer protección social comprensiva. La mayoría de las personas trabajan en una economía informal, de manera que no hay mecanismos efectivos para alcanzarlas sistemáticamente. Por razón de que trabajan en su propio negocio o en negocios informales, no hay un patrono formal que haga contribuciones a esquemas de pensión, desempleo o cuidado de la salud. Sin embargo, estos trabajadores no pueden costear el total de los esquemas de seguro social. Al mismo tiempo, los gobiernos, en muchos países en desarrollo, no tienen los recursos para crear suficiente infraestructura (por ejemplo, facilidades de cuidado de salud) ni pagar por los gastos recurrentes asociados con esquemas de protección social.

El microseguro, como mecanismo de protección social, procura llenar ese vacío y proveer alguna cobertura para los excluidos, que sería mucho más efectiva si se suplementara con esquemas gubernamentales que facilitaran un efecto de compensación. En ausencia de una protección social formal, el microseguro responde a una necesidad urgente, pero no absuelve a los gobiernos de sus responsabilidades. De hecho, según se describe en el Capítulo 1.3, el microseguro puede crear mecanismos de distribución para expandir programas gubernamentales (y subsidios) para una economía informal, y al lograrlo integra los sistemas formales e informales de protección social.

Por tanto, independientemente de con cuál de las caras de Jano se mire el microseguro, la intención es reducir la vulnerabilidad de los trabajadores pobres al motivar al sector público (protección social) y al sector privado (mercado nuevo) a hacer lo que ninguno ha podido hacer efectivamente: proveer seguros a los pobres. De hecho, ya que ambas caras tienen una misma cabeza, sería razonable explorar áreas de convergencia para crear modelos alternativos o sistemas de protección para los pobres, tales como alianzas

público-privadas, cooperativas y mutualistas, e incentivos gubernamentales para corregir los fallos en el mercado.

3 La diferencia que hacen tres palabras

Los aspectos operacionales de extender el seguro a los hogares de bajos recursos son prácticamente los mismos si se miran desde una perspectiva de mercado o de protección social. Las siguientes características claves ilustran cómo el seguro para los pobres puede diferenciarse tanto del seguro convencional como de los programas más comunes de protección social:

Relevante a los riesgos de hogares de bajos ingresos

Es claro que la cobertura debe estar relacionada con las áreas de mayor vulnerabilidad de los hogares de bajos ingresos, pero lo que generalmente está disponible a través de aseguradores o de administraciones de seguro social no atiende realmente las necesidades de los pobres. ¿Puede el seguro de desempleo resultar verdaderamente relevante para los trabajadores esporádicos? ¿Saben los aseguradores comerciales qué riesgos son más preocupantes para los hombres y mujeres pobres, qué es aquello que les quita el sueño?

Tan inclusivo como sea posible

Mientras las compañías de seguros tienden a excluir personas de alto riesgo, los esquemas de microseguro, por lo general, procuran ser inclusivos. Este tipo de visión tiene sentido cuando el microseguro se considera como una extensión de los esquemas de protección social del gobierno. De hecho, para que el microseguro pueda alcanzar su misión social, es necesario que pueda dar protección cuando las familias vulnerables más la necesiten. Sin embargo, ¿es factible la inclusión en el microseguro basado en el mercado? Debido a que las cantidades aseguradas son pequeñas, los costos de identificar a las personas de alto riesgo, tales como aquellas con condiciones preexistentes, pueden resultar más altos que los beneficios de excluirlos en primer término. Por otra parte, si los esquemas de microseguro pueden alcanzar el tremendo volumen de clientes requerido para llegar a las metas de las MDM, muchas exclusiones y restricciones pueden dar lugar a molestias administrativas que minan la eficiencia, en vez de ser herramientas importantes para controlar el riesgo del seguro.

Primas al alcance del bolsillo

A fin de cuentas, los microseguros tienen que ser asequibles para los pobres, porque, de otro modo, no se involucrarán en el sistema, ni se beneficiarán de la cobertura. Existen varias estrategias que podrían hacer el microseguro más asequible, tales como ofrecer paquetes con pocos beneficios, distribuir los pagos de prima en plazos, tomando en consideración el flujo de efectivo en el

hogar, y suplementar la prima con subsidios gubernamentales. Desde una perspectiva de protección social, la función de redistribución de los ricos a los pobres ayuda teóricamente a que las contribuciones al seguro sean más asequibles para los pobres. En el modelo de mercado, los aseguradores pueden estar dispuestos a aceptar recobros bajos a corto plazo, o hasta pérdidas, para desarrollar el mercado.

Agruparse para alcanzar más eficiencia
El seguro grupal es más barato que la cobertura individual, pero ¿cómo identificar grupos de personas en el mercado informal? Aun cuando una economía informal a veces se percibe como un sector desorganizado, existen grupos que pueden ser utilizados, tales como asociaciones de mujeres, grupos informales de ahorros, cooperativas, asociaciones de pequeños comerciantes y otros por el estilo. Algunos microaseguradores utilizan estos grupos más efectivamente que los aseguradores convencionales, al reclutar a los grupos para que les ayuden en la selección de los miembros y reducir riesgos típicos en los seguros como el sobre-uso y el riesgo moral.

Reglas y Restricciones bien definidas y simples
El Principal Oficial Ejecutivo de una de las principales compañías de seguros de Estados Unidos admitió, en una ocasión, que ni siquiera él entendía los términos de su póliza de propietario de residencia. Los contratos de seguros, generalmente, están llenos de condiciones complejas y beneficios condicionados, escritos en un lenguaje legalista, que hasta los abogados tienen dificultad para descifrar. A pesar de que la razón de ser de la «letra pequeña» en la base del contrato es proteger al consumidor, si el consumidor no entiende lo que está escrito, el objetivo principal de asegurar su protección no se cumple. Más aún, su contenido puede dar al asegurador una excusa para no pagar una reclamación. Por una serie de razones, el microseguro tiene que mantenerse tan simple y claro como sea posible, de manera que toda persona pueda entender lo que está y lo que no está cubierto.

Requisitos sencillos para presentar una reclamación
El proceso para reclamar un beneficio, tanto a los departamentos de seguro social como a las compañías de seguros, tiende a ser tan difícil que acaba por desalentar hasta al reclamante más persistente. Dichos obstáculos son inapropiados para los hogares de bajos ingresos, cuyos miembros no pueden pasar días fuera de su trabajo, pagando «cargos no oficiales» (sobornos) para poder conseguir acceso a documentos oficiales. Aun cuando hay necesidad de establecer controles para evitar reclamaciones fraudulentas, para que el microseguro sea efectivo tiene que ser fácil para las personas de bajos ingresos pre-

sentar reclamaciones legítimas.

Estrategias para atajar la frustración de los clientes
Por último, los microaseguradores deben tener estrategias efectivas para vencer la aprensión que tienen las personas de bajos ingresos hacia los seguros. Una de las formas de lograr ese objetivo es mediante la educación del consumidor, de manera que se logre concienciar a los tenedores de póliza sobre cómo trabaja el seguro y cómo puede beneficiarles. Igualmente importante es que el asegurador cumpla sus promesas y obligaciones para crear una cultura de seguro entre los pobres. Para que el microseguro pueda ganarse la confianza del mercado, tiene que evitar ser blanco de las críticas que típicamente se hacen a las compañías de seguros convencionales, que se perciben lentas en el pago de reclamaciones, pero rápidas en el cobro de dinero. De hecho, el microseguro necesita desarrollar sistemas para pagar los beneficios rápidamente, para minimizar o evitar la denegación de reclamaciones y para proveer una calidad de servicio que inspire la confianza de un mercado escéptico.

Los esquemas de seguros para los pobres, tanto desde la perspectiva de mercado como de protección social, tienen que buscar el equilibrio entre tres objetivos principales: 1) proveer una **cobertura** que cumpla con las necesidades de la población en cuestión; 2) minimizar los **costos** de operación del asegurador; y 3) minimizar el **precio** (incluyendo los costos de transacción para el cliente) de forma que sea asequible y accesible. Estos tres objetivos representan decisiones difíciles que sólo aquellos que finalmente se benefician de la cobertura pueden hacer, eligiendo, entre lo que se les ofrece, lo que más les conviene.

En resumen, el microseguro debe diseñarse para ayudar a los pobres a controlar sus riesgos. Con ese propósito principal en mente, el microseguro emerge como algo muy distinto al seguro tradicional y a los esquemas de protección social. Tal vez, en sus inicios, el seguro comercial y el de protección social también estaban fundamentados en la idea de proteger al pobre. Por ejemplo, algunas de las más importantes compañías de seguros actuales comenzaron en el siglo XIX como esquemas de protección recíproca entre los trabajadores de fábricas. A pesar de ello, a través de los años, los esfuerzos necesarios para prevenir el fraude y la sobreutilización han creado una masa de reglas burocráticas y requisitos que minan su efectividad y adecuación para los pobres. Además, en el enfoque basado en el mercado, los esfuerzos de maximizar las ganancias de los accionistas han alejado a las compañías de su clientela original en busca de otra de mayor poder adquisitivo.

De hecho, el microseguro puede describirse como un seguro «básico», que se orienta a las necesidades de manejo de riesgos de las personas vulnerables

y les ayuda a manejar dichos riesgos a través de una distribución de riesgos solidaria. Aunque no todos los esquemas de microseguros son fieles a estos principios, mientras más cerca estén de los mismos, más probabilidades hay de que se beneficie a aquellos que más los necesitan.

1.2 La demanda de microseguro

Monique Cohen y Jennefer Sebstad

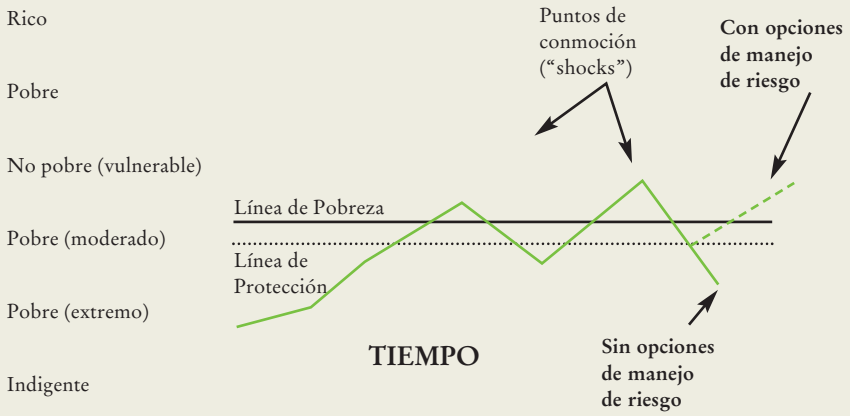
Los autores agradecen los comentarios y observaciones de Frank Bakx (Rabobank Foundation), Michal Matul (Micro Finance Center) y Michael McCord (MicroInsurance Centre).

El riesgo siempre está presente en la vida de los pobres. Cuando un evento les sorprende, los pobres se valen de su propiedad financiera y física, así como de su comunidad social y humana, para confrontar los gastos imprevistos. En ausencia de que se hayan provisto herramientas de manejo de riesgos anticipadamente, la mayoría de los pobres tienen que recurrir a una serie de opciones, pasado el evento o *ex post facto.*

Cuando una crisis ocurre, una estrategia común de atenderla es tomar dinero a préstamo del prestamista o de una institución de microfinanzas; otros optan por solicitar la ayuda de la familia o amigos. Pocos tienen acceso a servicios de seguro formal.

La gente pobre lucha sin cuartel para mejorar sus vidas. Es un proceso lento y gradual marcado por avances a tientas. Los hogares de bajos recursos, continuamente bombardeados por las presiones económicas, encuentran que estos eventos imprevistos son capaces de acabar con las reservas que arduamente han acumulado. El resultado es que la trayectoria fuera de la pobreza es un camino de picos y valles: los picos representan temporadas de acumulación de bienes y crecimiento en los ingresos; los valles son el resultado de eventos económicos o imprevistos que impulsan los gastos más allá de los ingresos ordinarios *(Figura 2).* El rol del micro seguro, como el de toda herramienta de manejo de riesgos efectiva, busca atemperar los valles, que obstaculizan el escape de la pobreza. La gente pobre, al enfrentarse a un evento imprevisto, generalmente se vale de una serie de recursos, incluso de sus ahorros y de fuentes de crédito formal e informal, o de la búsqueda de fuentes alternas de trabajo e ingresos, para poder afrontar los gastos implicados. El entendimiento de estas estrategias de manejo de riesgos es vital para evaluar la demanda de servicios de seguro para los pobres. Este capítulo explora los riesgos que hacen vulnerables a los pobres, analiza los medios primarios de enfrentar o manejar estos riesgos y analiza algunos pormenores sobre cómo el seguro podría contribuir a la capacidad de los pobres para enfrentar sus riesgos.

Figura 2 **Impacto de la conmoción en el ingreso del hogar y en activos**



Fuente: Adaptado de McCord, 2005.

1 Manejando el riesgo

1.1 Eventos inesperados y alarmantes

La vulnerabilidad está asociada con la pobreza y puede describirse como la habilidad de los individuos y familias de enfrentar el riesgo.[1] La demanda para el microseguro está relacionada directamente con la vulnerabilidad; surge de los riesgos o estrategias de manejo de riesgos de los hogares de bajos ingresos económicos. La investigación sobre el impacto de las ocurrencias de riesgo y de cómo lo enfrentan los pobres, ayuda a ilustrar la demanda que existe para el microseguro.

El riesgo surge de muchas maneras: enfermedades, muerte, fuego o robo. Estos sucesos ocurren con frecuencia y crean presión sobre el flujo de dinero en efectivo de una familia, de manera que aumenta la presión de cubrir gastos ordinarios, como alimentos, renta y costos escolares. Cuando las presiones económicas exceden el flujo de dinero en efectivo en el hogar, la gente busca financiación de fuentes exteriores. En algunas circunstancias, el microseguro puede ser una opción para cubrir esta brecha.

La diferencia entre los tenedores del microseguro y del seguro convencional es que los primeros son más pobres, tienen menos reservas financieras y su ingreso fluctúa considerablemente a lo largo del año. Los pobres son más vulnerables a estos eventos imprevistos porque tienen menos recursos económicos para enfrentar los costos del evento y porque incurren en gastos secundarios para poder recuperarse (*Cuadro 3*). Una vez se agotan sus reservas, los hogares de bajos ingresos están obligados a adoptar modos cada vez más reactivos de conducta. Terminan respondiendo a cada crisis con mecanismos que van aumentando cada vez más la presión que de por sí ya tienen *(Figura 3).*

[1] El riesgo se define como la probabilidad de una pérdida o la pérdida misma.

El reto del microseguro es convertir los métodos reactivos de manejo de riesgos en otros de naturaleza pro activa.

Cuadro 3

El impacto de imprevistos en los ricos y los pobres de Vietnam

Las conmociones menores para los que no son pobres pueden ser devastadoras para los que viven bajo la línea de la pobreza. En Vietnam, los pobres y los ricos pueden sufrir las mismas enfermedades. Sin embargo, en comparación con los ricos, los pobres tienden a enfermarse más frecuentemente, por lo que sus costos son altos tanto en términos absolutos como en lo relativo al ingreso de la familia. También enfrentan compromisos: los costos más altos de salud pueden dejarles sin dinero para mandar a los hijos a la escuela.

Fuente: Adaptado de Tran y Yun, 2004.

1.2 Dando prioridad a los riesgos

Aun cuando a través de distintos países y de diferentes mercados, la gente da prioridad a sus riesgos de maneras distintas, los hogares de bajos ingresos económicos son consecuentes al identificar la pérdida del cabeza de familia o la enfermedad de un ser querido como su principal preocupación *(Tabla 2).* La incapacidad es también importante, pero a menudo está subsumida bajo el renglón de salud. Estas ocurrencias incluyen aquellas que pueden ser anticipadas y aquellas que no. Afortunadamente, muchos de los riesgos más prevalecientes se prestan a ser protegidos por medio del seguro.

Tabla 2

Riesgos prioritarios en países

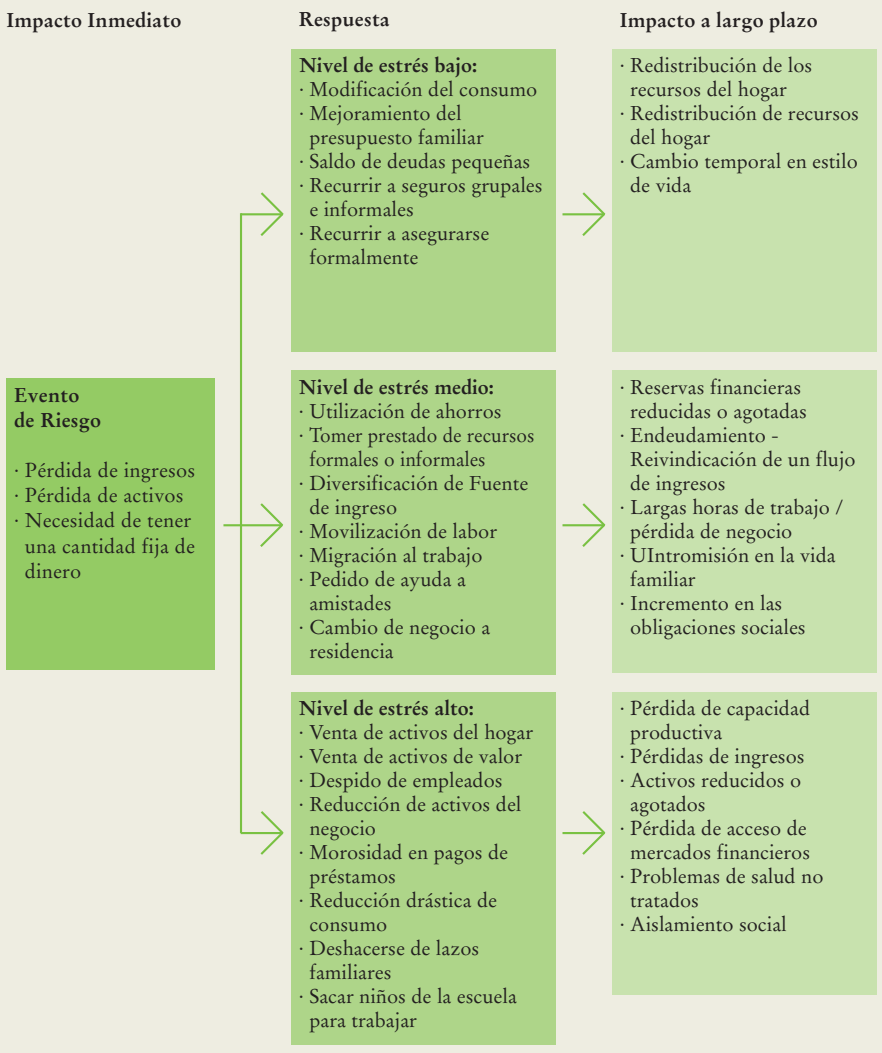
País	*Riesgos prioritarios*
Uganda	Enfermedad, muerte, incapacidad, pérdida de propiedad, riesgo de prestamo
Malawi	Miedo a la muerte, especialmente relacionada al virus VIH/SIDA, inseguridad sobre alimentos, enfermedad educación
Filipinas	Muerte, edad avanzada, enfermedad
Vietnam	Enfermedad, desastres naturales, accidentes, enfermedad/muerte del ganado
Indonesia	Enfermedad, educación para los niños, baja cosecha
Lao P.D.R.	Enfermedad, enfermedad del ganado, muerte
Georgia	Enfermedad, pérdida de negocios, robo, muerte de familiares, ingreso durante el retiro
Ucrania	Enfermedad, incapacidad, robo
Bolivia	Enfermedad, muerte, pérdida de propiedad, incluyendo pérdiad de cosecha en áreas rurales

Fuentes: Enarson & Wirrén, 2005; Matul, 2004; Matul & Tounitsky, 2006; Mekong Economics, 2003; McCord et al., 2005b; Sebstad y Cohen, 2001.

Aún cuando el predominio de la enfermedad como preocupación no es sorprendente, es fácil perder de vista su doble impacto, en términos de pérdida de ingresos y gastos adicionales. Para las familias que tienen un hijo enfermo, los pequeños gastos se suman rápidamente, representando un impacto económico enorme. Los accidentes, al igual que las enfermedades crónicas, como la malaria o el VIH/SIDA, conllevan sumas increíbles de dinero. Estas presiones financieras gigantescas con frecuencia caen sobre las mujeres, muchas de las cuales asumen la responsabilidad primaria sobre el bienestar de sus familias.

Figura 3

El Impacto de los Riesgos



Fuente: cohen and Sebstad, 2005.

2 La importancia de comprender cuál es la demanda para el microseguro

La gestión inicial de las compañías de seguro tradicional en el mercado de seguros de personas de bajos ingresos económicos se ha enfocado a la reducción de la escala de productos de seguro formal existentes. En ausencia de una investigación de mercado, los proveedores de microseguros han dado atención limitada al vínculo entre productos y preferencias del consumidor. El resultado ha sido una oferta de producto que no siempre ha sido la más conveniente para ese mercado. Ello ha dado lugar a la baja persistencia en las tarifas y en las renovaciones.

Un mejor entendimiento de la demanda repercute en mejoras en el diseño de productos apropiados e identifica los pasos necesarios para asegurar que estos productos lleguen a las personas de escasos recursos. El análisis del mercado ayuda a la inmersión de estos servicios poco conocidos al determinar qué tipo de productos necesita esta gente, cuáles pueden costear y qué productos es plausible ofrecer.

La gama de tópicos para el análisis de mercado de microseguros puede ser amplia, dependiendo del uso que vaya a darse a los hallazgos de la investigación y el tiempo y recursos disponibles. La investigación o análisis puede llevarse a cabo en tres niveles, cada uno enfocado sobre un aspecto particular de la demanda en el mercado: 1) la apreciación de las necesidades del cliente, incluyendo su conducta de manejo de riesgos en el momento; 2) investigación sobre productos específicos; y 3) el análisis del potencial total en el mercado.

El primer nivel enfoca la **apreciación de las necesidades del cliente** y qué riesgos tendría sentido asegurar para diferentes grupos de personas de escasos recursos. Incluye investigación sobre:

- riesgos claves que enfrenta la gente pobre
- el impacto de dichos riesgos
- mecanismos existentes para enfrentarlos
- la efectividad de dichos mecanismos
- el rol que el microseguro (u otro servicio financiero) puede desempeñar

Este nivel de investigación enfatiza la conducta de manejo de riesgos al momento. La información sobre las prácticas o estrategias financieras que utilizan las familias para prepararse y enfrentar sus crisis ayuda a identificar las vulnerabilidades del mercado en cuestión. El enfoque hacia los mecanismos de manejo de riesgos existentes, y específicamente mecanismos informales de seguro que implican distribución de riesgos, puede ayudar a identificar atributos de sistemas informales de seguro que pudieran incorporarse al diseño de productos más formales de microseguro. El entendimiento de estrategias utilizadas para enfrentar crisis puede servir para separar aquellos riesgos que

serían mejor atendidos a base de ahorros o préstamos de emergencia. Este tipo de investigación convierte aquellas necesidades claves en productos reales, y puede servir para identificar los atributos necesarios para el producto tales como el monto de la cubierta, exclusiones, modelos de distribución, monto de prima, opciones para el cobro y pago de primas y procedimiento para reclamaciones.

El segundo nivel, **la identificación de productos específicos,** puede hacerse en conjunto con el desarrollo y prueba de un prototipo de producto y/o con la distribución real de un producto de seguro. La investigación sobre la demanda de productos existente, más efectiva cuando el producto ha estado en el mercado por un tiempo, se dirige a cuestiones tales como la satisfacción y lealtad del cliente. El objetivo es la adopción del producto por la gente, de forma que genere información útil al diseño, distribución y costo de un nuevo producto o al refinamiento de productos existentes. El énfasis debe radicar en la medida en que los productos alcanzan las necesidades, preferencias y capacidad económica de la gente de escasos ingresos (Sebstad *et al.*, 2006).

El tercer nivel de investigación se dirige al **tamaño del mercado potencial** para un producto de microseguro en particular.[2] Debe estimar el número de potenciales tenedores de cubierta en una región geográfica particular y su capacidad para pagar. Es de vital importancia segmentar el mercado en tipos particulares de seguro y estimar la incidencia del evento de riesgo para una población particular, dentro de un área geográfica específica y dentro de un periodo de tiempo previamente establecido. Esta información se dirige a determinar la viabilidad económica de un producto de seguro, el número de suscriptores necesario para generar ganancia, el precio y otros pormenores del producto dentro del mercado.[3] Este nivel puede también determinar el uso y conocimiento del seguro en ese momento, la receptividad hacia el concepto de seguro y el sector de seguros. La investigación de estos asuntos ayuda a determinar el mercado potencial a corto y medio plazo. También sirve para identificar aquellos segmentos del mercado que tienen uso y actitudes preconcebidas con respecto al microseguro. Esta información puede utilizarse para elaborar estrategias de atracción para tenedores de póliza potenciales.

3 Estrategias actuales para enfrentar riesgos: fortalezas y debilidades

Lo deseable al enfrentar eventos de crisis es utilizar medidas de precaución, pero esto no es necesariamente posible siempre, especialmente en el caso de

[2] Los autores agradecen a Michal Matulsu contribución a esta sección.
[3] Esto incluye la promoción, posicionamiento, lugar, gente y proceso.

hogares de bajos ingresos. Algunas opciones para protegerse anticipadamente de un riesgo pueden incluir:

– diversificar las fuentes de ingresos
– tener bienes a base de ahorrar, almacenar alimentos e invertir en el mantenimiento de la propiedad y de la salud
– fortalecer redes de ayuda y colaboración social
– participar en los sistemas recíprocos de préstamos, asociaciones de bienestar y otros grupos informales de seguro
– acogerse a esquemas formales de seguros y pensiones y otros sistemas formales de seguro social
– manejar mejor el dinero controlando mejor el consumo y manteniendo acceso a múltiples fuentes de crédito

Todas estas opciones son ampliamente utilizadas, sin embargo, cuando el dinero en efectivo está limitado, generalmente los hogares de bajos ingresos manejan la situación *post* evento *(véase el Cuadro 4).*

Cuadro 4

Riesgos y manejo de riesgos en Malawi

La gente en Malawi es muy consciente de que mejorar la salud de los animales e individuos es la mejor precaución contra las enfermedades. Sin embargo, en este país tan pobre, la carencia tanto de servicios de salud como de cuidado veterinario y acceso a los servicios financieros apropiados es un obstáculo. Igualmente, la falta de transporte y la pobre comunicación pueden restringir su capacidad de enfrentar el riesgo.

Fuente: Adaptado de Enarsson y Wirén, 2005.

Las alternativas para cumplir con pérdidas *post* evento son variadas y creativas. Algunas herramientas informales de auto-seguro para el manejo de riesgos han sido utilizadas y adaptadas a través del tiempo para responder a enfermedades nuevas como el VIH/SIDA, o presiones nuevas causadas por la privatización del sistema de salud y los cambios en el mercado de servicios financieros. Diferentes aspectos de cada una de estas alternativas pueden funcionar en hogares de bajos recursos, aunque el nivel de cobertura y efectividad variará dependiendo de cuál se utilice. Pocos hogares de bajos recursos se limitan a un solo instrumento de manejo de riesgos. Generalmente, mezclan varias alternativas dependiendo del riesgo, la pérdida y el flujo de efectivo *(véase el Cuadro 5).*

Cuadro 5

Estrategias de manejo de riesgos en Vietnam

En Vietnam, los préstamos se utilizan a menudo para el cuidado de la salud. La venta de cerdos, activos importantes, se utiliza frecuentemente para pagar gastos como la matrícula escolar. Los ahorros en efectivo son importantes pero son limitados. El efectivo que se guarda en el hogar puede ser riesgoso, por la presión continua en cuanto a su uso. Le sigue en importancia el ahorro en grupo, como en una cuenta de ahorros rotativa o en una unión de crédito (ROSCA, por sus siglas en inglés), aunque esto se considera, en primer término, como mecanismo de precaución.

Fuente: Adaptado de Mekong Economics, 2003.

Según ilustra la Tabla 3, tanto las estrategias *ex ante* (de precaución) como las *ex post* (de manejo de riesgos), dirigidas a enfrentar riesgos, generalmente conllevan una serie de medidas internas (auto-seguro) y externas *inter* familias, o medidas basadas en grupo (seguro formal o informal). Estos tipos y mezclas de estrategias que utilizan un individuo o una familia en un momento determinado reflejará su nivel de vulnerabilidad. Los pros y contras de este tipo de instrumento de manejo de riesgos se discuten a continuación.

3.1 Auto-seguro

El auto-seguro, que no tiene un mecanismo de distribución de riesgo, es una estrategia de manejo de riesgos comúnmente utilizada por gente de distintos niveles económicos. Por ejemplo, situaciones económicas que pueden causar un aumento a corto plazo en gastos del hogar pueden mitigarse con crédito, ahorros o un ingreso adicional. Generalmente, este tipo de herramienta funciona mejor cuando hay alta probabilidad de riesgo, pero con pérdidas relativamente bajas.

Retirar de los ahorros resulta más barato que la opción de recurrir al crédito. Sin embargo, incluso la estrategia del ahorro resulta limitada. Muchos hogares tienen dificultad para amasar fondos suficientes para manejar adecuadamente los riesgos. Quienes tienen ahorros, evitan hacer uso de los fondos, que han acumulado con tanto trabajo y que tienen previstos para usos específicos, tales como invertir en un negocio o construir una casa (Sebstad y Cohen, 2001). Un estudio en Tanzania concluyó que mucha gente con ahorros significativos prefería tomar a préstamo en vez de utilizar los mismos al afrontar situaciones imprevistas (Millinga, 2002). En Bolivia, muchos de los pobres en áreas urbanas toman a préstamo como reacción instantánea a una crisis (Velasco y del Granado, 2004). En África del Sur, sin embargo, el ahorro desempeña un papel crucial en el manejo de riesgos (Bester *et al.*, 2004).

Tabla 3

Estrategia de salir adelante, por riesgo

Estrategias	*Riesgo* *Death*	*Salud*	*Propiedad*
Auto seguros	Servicios financieros Prestamista de dinero	Servicios financieros Ingreso actual Familia/amigos Vender/comprometer activos Prestamista de dinero Consumo reducido	Servicios financieros Ingreso actual Venta de activos Medidas preventivas
Mecanismos informales basados en grupos	Asociaciones de asistencia social (sociedades funerales) ROSCA's	Asociación de asistencia social Préstamos de grupos Organizaciones de recaudación de fondos ROSCAs	Asociaciones de asistencia social Patrullas ciudadanas Contratación de guardas de seguridad
Seguros formales	Asociaciones entre aseguradores e IMF	Asociación entre aseguradores e MFIs compran seguros de salud	Asociación entre aseguradores e IMFs compran seguros de propiedad
Protección social		Servicios de salud, compensación	Policía

El crédito, por lo general, no es la mejor alternativa para enfrentar situaciones de salud de envergadura ni eventos catastróficos que afecten a un número considerable de personas a la vez. La protección para este tipo de pérdidas requiere otro tipo de protección social, ayuda de emergencia o respaldo público (Churchill, 2005; Siegel *et al.*, 2001). Los préstamos de emergencia, tales como los introducidos por CIDR en Mali, son aquellos en los que el crédito ha resultado ser una forma efectiva de manejo de riesgos. Considerado un producto financiero altamente preferido en áreas rurales, el préstamo se utiliza para enfrentar obstáculos comunes como el acceso a cuidado de salud, por ejemplo, la necesidad de pagar por el transporte hasta una facilidad médica. El acceso seguro a fuentes alternativas de microcrédito durante una emergencia es otra forma de manejo de riesgos, pero tiene sus límites. Los clientes que no hayan acabado de pagar un préstamo pueden estar sujetos a una denegatoria de fondos adicionales de la misma fuente. También puede haber riesgo de que incurran en más deuda que la que pueden afrontar *(Véase el Cuadro 6).*

Cuadro 6

Manejo de riesgos y sobre-deuda en Georgia

La investigación en Georgia demuestra que las estrategias de riesgo más comunes conllevan la toma excesiva de dinero a préstamo y la liquidación de activos del hogar. A la larga, el aumento en deudas y la reducción de la base de activos de la familia aumenta la vulnerabilidad del hogar a la pobreza. Este es un fenómeno particular en los países en transición, donde los nuevos pobres, lentos en desarrollar sus propias estrategias de enfrentamiento, todavía esperan que sus gobiernos ineficientes los ayuden.

Fuente: Adaptado de Matul, 2004.

Tomar a préstamo de familiares y amigos es una estrategia común en caso de eventos no anticipados. Sin embargo, estas cuantías de dinero suelen ser bajas y pueden no estar siempre disponibles, especialmente cuando los benefactores enfrentan la misma crisis. Esta fuente de respaldo también conlleva expectativas de reciprocidad que pueden representar presiones adicionales a largo término.

Cuando la gente responde a una crisis tomando a préstamo, el pago del mismo impone una obligación sobre ingresos futuros. Muchas familias, cuando enfrentan una merma en ingresos, recurren en movilizar su fuerza laboral (incluyendo a los niños), vender bienes o endeudarse todavía más.

Dejar de pagar un préstamo es la última opción. Los pobres hacen todo lo posible por mantener su acceso al microcrédito, aunque sea para poder acceder a una suma líquida en el momento de enfrentar necesidades futuras (Sebstad y Cohen, 2001). En caso de que se hayan vendido bienes capaces de generar ingresos, se dificulta y complica la capacidad de generar ingresos en el futuro. Se ha visto en Albania que una crisis a menudo conlleva la venta de bienes capaces de generar ingresos e inventario a descuento, sólo para pagar gastos y deudas. La familia sufre entonces dos veces cuando busca el dinero para recuperar sus bienes. La combinación de eventos repetidos ante la ausenta de reservas reduce la capacidad de una familia de reanudar sus actividades de generar ingresos, recuperarse y enfrentar riesgos futuros (Szubert, 2004).

La gente también se auto-asegura mediante otros mecanismos de prevención. En África occidental, los dueños de tiendas invierten en rejas anti-hurtos y en vigilantes nocturnos; en la alternativa, optan por pernoctar en sus tiendas o simplemente se llevan el inventario a casa (Cohen y Sebstad, 2005).

3.2 Mecanismos basados en grupos informales

En muchos países, los hogares de bajos ingresos económicos se valen de diferentes asociaciones benéficas para distribuir sus riesgos *(Tabla 4).* El funda-

mento es el intercambio recíproco en tiempos de necesidad. Las asociaciones benéficas basadas en geografía o raza ayudan a sus miembros a manejar su dinero en efectivo o a distribuir el riesgo. Muchos de estos grupos cuentan con reglas bien definidas o exigen cuotas a los miembros a cambio del acceso a los recursos comunes, bien en efectivo o en especie, para necesidades específicas.

Tabla 4

Ejemplos de sistemas de seguros informales basados en diferentes grupos

País	*Nombre de la asociación de asistencia social*	*Función*
Uganda	*Munno mukabi*((amigos en necesidad)	Cubrir requisitos funerales incluyendo comida para invitados y embalsamiento del cadaver
Filipinas	*Damavan*	Sociedades de servicio de asistencia social y de entierro funeral
África del Sur	Las sociedades funerarias o de entierros[4]	Apoyo emocional y ayuda en general
Indonesia	*Arisans*	Seguros de salud

Las asociaciones benéficas son particularmente rápidas en caso de muerte. Un fallo de este sistema puede ser el límite de cobertura ofrecida por una sociedad de entierros en particular; y otra, que una serie de eventos acabe con las reservas. Como consecuencia de esto, muchas familias pertenecen a múltiples asociaciones e incurren en altos costos de membresía cuando pagan por más de una *(véase el Cuadro 7).*

Hay familias que quedan fuera de estas asociaciones informales de gastos de entierro porque son excluidos de su comunidad o son muy pobres para participar. Faltándoles este respaldo, el seguro de vida se convierte en una necesidad más importante entre aquellos que no son excluidos económica o socialmente.

Cuadro 7

Membresía en múltiples sociedades funerarias

En Suráfrica, la gente voluntariamente mantiene numerosas pólizas porque cada una puede ser insuficiente o proveer una cobertura funeral distinta. La membresía en muchas asociaciones de beneficencia es también común. La primera tiene la intención de cubrir los costos de funeral; la segunda, procurar

[4] Las sociedades funerarias o de entierro son distintas de los entes funerarios, que se ocupan del cadáver, y del seguro funeral, que provee apoyo económico, aunque algunas funerarias ofrecen seguro con algún tipo de beneficio en especie.

alimentos a los niños, y la tercera es para los impactos secundarios, como tener comida sobre la mesa, pagar la escuela y ayudar al hogar a recuperarse.
Fuente: Adaptado de Bester et al., 2004.

Los mecanismos informales basados en grupos también incluyen ROSCA (por sus siglas en inglés) y asociaciones de ahorro y crédito (ASCA, por sus siglas en inglés), que promueven el ahorro. Estas pueden ser útiles cuando se necesita una gran cantidad de efectivo, dependiendo de la aportación en efectivo que se haya hecho. Sin embargo, estos mecanismos pudieran no ser suficientemente flexibles para proveer fondos cuando se necesitan urgentemente, ya que, por lo general, los miembros tienen que esperar un turno. En Indonesia, los miembros que tienen una emergencia pueden solicitar adelantar su turno, pero reciben una suma reducida (McCord *et al.*, 2005b). En situaciones donde la herramienta ROSCA no sea suficientemente responsiva a una emergencia, el capital social acumulado por membresía podría ofrecer un fondo para casos de necesidad.

3.3 Seguro formal

El microseguro es una nueva opción para los hogares de bajos recursos. Estos productos, diseñados principalmente para brindar protección por gastos de salud y muerte, han tenido hasta el momento varios grados de éxito. Individuos pobres y familias en o alrededor del nivel de la pobreza representan el mercado principal en consideración. Los hogares que están por debajo del nivel de la pobreza son los que más necesitan seguros, pero estos pueden resultar incosteables para ellos.

La forma de microseguro más común es el crédito. Según se discute en el Capítulo 2.3, es común para las asociaciones de crédito y otras IMF que el balance de un préstamo quede saldado en caso de muerte. Si bien el seguro de crédito es una buena fuente de ingresos para una IMF, los tenedores de póliza a menudo cuestionan el valor del producto y lo visualizan en beneficio del prestamista y no del prestatario.[5]

El seguro funerario (*véase también el Capítulo 2.3)* es muy popular, especialmente en aquellos países donde el costo de un funeral o entierro puede representar deudas adicionales a la familia *(véase el Cuadro 8).*

[5] Este argumento cuenta con apoyo considerable. El número de reclamaciones pagadas anualmente es generalmente muy bajo. Por otro lado, muchas IMF establecen topes de edad para tomar a préstamo, cerciorándose de que los clientes quedan fuera del programa antes de convertirse en un riesgo grande de muerte.

Cuadro 8

Alto costo de funerales en Zambia

Madison Insurance ha desarrollado en Zambia un producto de seguro funerario que se distribuye a través de las IMF. Ya que los funerales en Zambia pueden costar entre $300 y $500 (el PBN per capita es de $900), esta oferta añadida fue más que bienvenida entre los servicios financieros ofrecidos a los pobres. Citando a uno de los clientes: «Thandizo (el producto de seguro) es uno de los mejores servicios que he recibido de Pulse (uno de los agentes de la IMF). Para los miembros de mi familia asegurados, me garantiza que no tendré que luchar para cubrir los costos de funeral y que el ingreso de mi negocio no tendrá que ser comprometido».

Fuente: Adaptado de Manje, 2005.

En algunos lugares de África y en otros sitios, las mujeres son especialmente vulnerables cuando muere el esposo y pierden su propiedad a manos de otros familiares (en ausencia de derechos propietarios o desconocimiento de sus derechos sobre la propiedad). El seguro de vida de sus esposos es prioritario para muchas mujeres. En la eventualidad de su propia muerte, muchas mujeres temen que sus esposos usen el pago de un seguro dirigido a pagar la educación de los hijos para invertirlo en una esposa nueva. Cada día un mayor número de mujeres se prepara para su muerte, designando amigos como beneficiarios e instruyéndoles a utilizar el dinero para la matrícula y costos de educación de los niños y otras necesidades (Cohen y Sebstad, 2005).

Hay gran demanda para el seguro de vida, pero es difícil suplirlo *(véase el Capítulo 2.1).* Las familias quieren una cobertura completa, pero a menudo carecen de los medios para pagarla y acceder a servicios de calidad. Como se demostró en los campos de Nepal, «en ausencia de buenos servicios de salud, el pago de un seguro de salud es una pérdida de dinero» (Simkhada *et al.*, 2000). Por otro lado, según se discute en el Capítulo 1.3, el rol del estado a la hora de proporcionar seguro de salud no puede ignorarse. Esta consideración continuará siendo vital para determinar el papel más adecuado del seguro de salud en muchos países.

A pesar de su potencial, la demanda real para el microseguro está por verse. Muchos productos de microseguro están protegidos con préstamos, y la prima está incluida como un gasto pagado en el momento del desembolso del préstamo. Esto tiene dos efectos: 1) a menudo la gente no sabe cuánto están pagando ni por qué están realmente pagando, y 2) cuando los clientes dejan de tomar a préstamo, por lo general pierden su cobertura de seguro.

3.4 Protección social

Para muchos trabajadores pobres, los servicios de salud del gobierno podrían ser la opción para cubrir riesgos de salud e incapacidad. Sin embargo, muchas familias prefieren los servicios privados ante una salud pública de baja calidad. De hecho, en muchos países las familias de escasos ingresos cubren el 80% de sus costos de salud, por lo que mucha gente pobre considera que hay una oportunidad óptima para el microseguro (McCord, 2005).

En países en transición, la merma en protección social universal ha significado una brecha distinta de oportunidad para el microseguro. A pesar de que el Estado ha visto reducido su papel como proveedor de servicios de salud, la conducta de la gente se ha quedado por debajo. Muy pocas familias incluyen sus costos de salud en el presupuesto (Matul, 2006).

Los gobiernos tienen una función en la asignación de fondos para proteger a los desvalidos y a aquellos incapaces de generar ingresos suficientes para controlar sus riesgos. El seguro privado nunca será una opción para este mercado.

4 Oportunidades para el microseguro

Antes de determinar dónde encaja el microseguro en las distintas estrategias de manejo de riesgos, es necesario determinar, en primer término, qué riesgos se cubren mejor a través del seguro. La prueba del ICMIF sobre riesgos asegurables sugiere un modo de hacerlo *(Tabla 5).*

La siguiente pregunta es dónde puede añadir el microseguro valor al cliente. Este camino sugiere que para muchas familias de escasos recursos el manejo de riesgos es *ex post* en vez de *ex ante.* El auto-seguro es una de las formas más comunes de manejo de riesgos, pero su efectividad es limitada, ya que generalmente cubrirá una pequeña porción de la pérdida. A corto plazo, esto representa un efecto negativo en los ingresos y activos. A menudo la gente se desenvuelve con grandes dificultades hasta enfrentar la próxima crisis. El seguro, al aumentar la parte cubierta, podría satisfacer una necesidad y reducir los efectos de la pobreza.

Los analistas de información sobre la demanda tienen que ser cautelosos al interpretar sus hallazgos. Aun cuando los pobres se enfrentan a muchos riesgos y sus mecanismos para resolverlos son imperfectos, ello no se traduce necesariamente en la demanda de seguro. La experiencia alcanzada con grupos informales de seguro grupal no siempre es transferible al microseguro. Por ejemplo, según McCord y Buczkowski (2004), incluso cuando en las Filipinas los miembros de CARD MBA participan en esquemas tipo

damayan, poseen poco conocimiento de conceptos y productos del seguro formal.

Tabla 5

Examen para un riesgo asegurable

- ☐ ¿Ocurre la pérdida por una casualidad?
- ☐ ¿Es la perdida definitiva en tiempo y cuantía de dinero?
- ☐ ¿Crea la pérdida privación relativa de ingreso?
- ☐ ¿Existen otras unidades similares expuestas al riesgo?
- ☐ ¿Es posible estimar la posibilidad de la ocurrencia de la pérdida?
- ☐ ¿Atraerá el riesgo el suficiente número de clientes que no someterán reclamaciones? (¿Cumplió con los criterios de selección adversa?)
- ☐ ¿Es la pérdida una pérdida genuina para el asegurado? (no tiene casa o seguro de propiedad)
- ☐ ¿Es la pérdida una catastrófica para el asegurado? ¿Afectará el riesgo a más de una persona? ¿Es propio de su idiosincracia?

Fuente: ICMIF, 2005.

. El examen de estrategias de manejo de riesgos permite conocer qué atributos de un producto pueden integrarse en el diseño e inserción de productos de microseguro. Esta sección discute seis aspectos de la demanda de seguros: 1) cobertura, 2) accesibilidad, 3) actualidad, 4) precio y viabilidad de costo, 5) la educación del cliente, y 6) la segmentación del mercado.

4.1 Cobertura

En la mayoría de los países, la cobertura de salud es prioritaria para las familias de escasos ingresos. Los productos de seguro comúnmente disponibles son el seguro de vida y el de funeral. A menor escala hay iniciativas para proteger la salud, las aves y ganado y el seguro agrícola y de propiedad.

Mientras que el nivel de cobertura varía según el producto, ningún tipo de seguro ofrece generalmente cobertura completa para una familia. Muchos clientes preferirían una cobertura más amplia, pero no pueden pagarla. En África del Sur, donde existe el seguro de funeral, el costo del entierro es generalmente cubierto por ingresos, ahorros, préstamos y donaciones, en ese orden. Los beneficios del seguro, en efectivo o especie, ocupan el quinto y sexto lugar, y cubren menos del 20% de los gastos (*Financial Diaries*, 2005).

Los hogares de escasos recursos, aun teniendo acceso al seguro, continuarán cubriendo los efectos de emergencias de una mezcla de productos financieros, o sea, formales, informales y auto-seguros. Al desarrollar productos de seguro, es importante reconocer cuán complementarios pueden resultar distintos servicios financieros y los ofrecidos por proveedores de protección

social, para ver cómo, tomados en conjunto, pueden servir mejor para el manejo de riesgos.

Aunque hay pólizas que cubren el riesgo de incapacidad, generalmente, el seguro ofrece un solo pago por la póliza y no reemplaza el ingreso dejado de percibir ni el salario. Por tanto, sólo cubre una parte de la pérdida. Los trabajadores pobres sufren gran ansiedad cuando un problema de salud amenaza su capacidad de devengar ingresos.

Los esquemas flexibles que ofrecen diferentes niveles y tipos de cobertura proveen más opciones para la gente, pero pueden ser más complejos para administrarse y requerir más educación para el cliente y el personal. Los niveles de cobertura y los pormenores del producto, especialmente las exclusiones, rara vez son explicados ni entendidos por el mercado que se interesa. Puede ponerse por ejemplo, en Uganda, el desconocimiento de los tenedores de póliza que utilizan las IMF que proveen cobertura respaldados por AIG Uganda. Muchos no sabían los beneficios del producto y a menudo no podían distinguir entre los miembros de la familia bajo cobertura y la persona que recibiría el pago en caso de que el tenedor de la póliza muriera por accidente. Consideraban a todos por igual beneficiarios de la póliza (McCord *et al.*, 2005a).

4.2 Asequibilidad

El auto-seguro es la única opción asequible a todo el mundo. El seguro informal basado en grupos depende de la confianza y la reciprocidad, características que también son importantes para el éxito de los prestamos solidarios a grupos. El acceso esta íntimamente asociado a la pertenencia a una red social, comunitaria. Los grupos proveen la base para el consorcio de riesgos y la plataforma para administrar las contribuciones y los pagos, regularmente. La pertenencia a un grupo es una manera importante de que la gente pobre acumule un capital social y acceda al seguro informal. La medida en que los grupos existentes puedan proveer una base institucional para expandir el alcance y acceso al microseguro se desconoce. Algunos esquemas mutualistas de salud han optado por esta ruta *(véase el Capítulo 4.3).*

La habilidad para obtener certificados de nacimiento o defunción, o tarjetas de identidad también afecta al acceso al microseguro. El poder aportar la documentación necesaria para una reclamación pudiera ser un reto grande para la gente pobre, que vive en áreas remotas donde los sistemas burocráticos no funcionan bien, o en áreas donde los conflictos civiles afectan a la seguridad y la movilidad de las personas. Los procesos complejos de pago y reclamaciones también pueden afectar el acceso al seguro. El seguro formal a menudo está plagado de problemas con el pago. El proceso de reclamaciones

es, con frecuencia, demasiado complejo e impersonal para la gente, cuya experiencia previa con instrumentos de manejo de riesgos radica en sus asociaciones comunitarias de beneficencia.

Hasta la fecha, las IMF han desempeñado un papel muy importante en el desarrollo del microseguro y en hacerlo asequible a grupos de bajos ingresos económicos. Su ventaja es su acceso a los pobres. Sin embargo, una limitación es que no todos los tipos de seguro son relevantes a los intereses de la IMF (en términos de reducir préstamos morosos). Otra limitación es que las pólizas de microseguro para muchos proveedores de microcrédito están vinculadas a sus préstamos y, por ende, sólo están disponibles para sus clientes. Si el microcrédito ha de estar disponible para todas las familias de bajos ingresos, es esencial que se desvincule el seguro del crédito y que el pago de la prima sea separado del desembolso de los prestamos.

4.3 Temporalidad

Por definición, los hogares de bajos ingresos son vulnerables a las conmociones e imprevistos porque carecen de las reservas en efectivo para cubrir los gastos inmediatos. Por ende, la temporalidad del pago de las reclamaciones es crucial para la adopción de los productos de seguro. Las personas en África del Sur y África oriental prefieren las asociaciones de beneficencia porque estas requieren poca o ninguna documentación para verificar una muerte y los pagos pueden estar disponibles inmediatamente. En contraste, los pagos de reclamaciones por las compañías de seguros pueden tardar meses.

4.4 Tarifación y costos

La evidencia demuestra que la demanda para el microseguro es mucha y que hay disponibilidad para el pago. En algunos países, la gente esta particularmente interesada en seguros que están combinados con la acumulación de activos. En Indonesia, por ejemplo, la primera prioridad es un producto de ahorro asegurado para la educación, con pagos realizados según sea necesario para pagar costos escolares seleccionados (McCord *et al.*, 2005b).

Con el microseguro, siendo los consumidores cada vez más heterogéneos y selectivos, existe la necesidad de que los pagos de prima sean estructurados de modo que tengan sentido para los tenedores de pólizas. Según se discute en el Capítulo 3.3, los proveedores harían bien en vincular los pagos de prima al flujo de dinero en efectivo de las familias de bajos ingresos. En este sentido, los mecanismos informales han probado ser más receptivos a las necesidades de sus clientes que muchos proveedores de microseguro en la actualidad. Por

ejemplo, en Albania, Opportunity International encontró que un producto de seguro existente falló, no porque sus términos y costo fueran inaceptables, sino porque la prima tenía que pagarse por adelantado. El requisito de pago por adelantado no estaba alienado al flujo de dinero en efectivo de los tenedores de póliza potenciales (Leftley, 2002).

Entonces, ¿cuál es la capacidad de pago? Esto es difícil de determinar. Según han señalado Matul y Tounitsky (2006), esto no es sólo una función de los niveles de ingresos, sino también algo muy subjetivo. El nivel de alfabetismo financiero influye fuertemente en lo que la gente piensa que puede pagar; la educación al cliente respecto del producto de seguro influye en lo que la gente entiende que está comprando con su dinero.

Hay evidencia acumulativa de que los tenedores de póliza son muy sensitivos al valor de los costos y beneficios de una póliza de microseguro. CIDR encontró que la contribución del ingreso familiar al seguro de salud en tres países de África oriental fluctúa consistentemente entre el 1,5% y el 2,5% del ingreso de la familia.

Cuando el precio de la prima se aumenta por encima del 2%, las familias se ajustan reduciendo el número de miembros de la familia bajo la cobertura, en vez de aumentar sus pagos de prima (Galland, 2005a). En Ucrania, la investigación del mercado demostró que una reducción del 30% resultó en un aumento del 10% en los tenedores de pólizas (Matul, 2006). De hecho, el análisis del mercado es crítico para un mejor entendimiento de su capacidad y disponibilidad para el pago *(véase el Cuadro 9)*.

Cuadro 9

Comprendiendo la demanda de microseguro en Sri Lanka

Los tenedores de póliza de Yasiru, en Sri Lanka, encontraron que los pagos por beneficios no eran proporcionales a las primas que estaban pagando y que la póliza de seguro no definía claramente el número de miembros de la familia bajo la cobertura. Una evaluación de las preferencias del cliente condujo a ajustes en las pólizas para cerciorarse de que las primas tenían una mejor concordancia con los beneficios y relación entre las primas y el número de miembros bajo cobertura.

Fuente: Adaptado de Fokoma, 2004.

La pobreza limita el número de obligaciones financieras que una persona puede asumir. La experiencia de un esquema de seguro vinculado a una IMF en Nepal sugiere que muchas familias pobres consideran el pago de una prima de seguros, en adición al pago de un préstamo, una carga. Los tenedores de pólizas que ya tenían seguro de salud eran reacios a pagar una segunda prima por seguro de vida voluntario (CMF, 2005). Sin embargo, la naturaleza obli-

gatoria de muchos productos de seguro dificulta predecir la demanda (y disponibilidad para el pago) entre las familias pobres de un seguro voluntario a distintos niveles de primas.

4.5 Educación sobre seguros

El manejo de riesgos por los pobres no es nuevo, pero, para muchas personas, el seguro como instrumento de mitigación de riesgos sí lo es. Como resultado, su adopción representa un desafío para los clientes y los agentes de ventas. Entre aquellos que han oído hablar del microseguro existe un escepticismo considerable. Para muchas familias de bajos ingresos, el seguro es visto como la provincia de los ricos. De hecho, la confianza en la industria de seguros es comúnmente baja y tiene muchas percepciones negativas. Hay una renuencia a pagar por adelantado unos servicios que tal vez no lleguen a recibirse, especialmente un servicio intangible que uno pudiera no entender. Para aquellos con experiencia de seguros o que han oído hablar de las experiencias de otras personas, el ámbito limitado de la cobertura y las largas demoras en la resolución de las reclamaciones aumentan las percepciones negativas. En algunas culturas no siempre es socialmente aceptable apostar por eventos negativos: cualquier enfoque sobre una enfermedad o muerte es visto como un deseo de mala suerte.

Si el microseguro ha de resultar exitoso, hay una necesidad crucial en invertir estratégicamente en la educación al consumidor para cambiar estas percepciones. El conocimiento y las actitudes de las familias de bajos ingresos y de los agentes de seguro necesitan mejorarse. Mientras que algunas organizaciones que venden microseguros dan información a los clientes potenciales describiendo la prima, los beneficios y los procesos de reclamaciones, esto tiene un valor limitado si los tenedores de póliza —y frecuentemente los agentes de seguro— carecen de un entendimiento básico sobre el seguro y el manejo d riesgos. Según se ilustra en el cuadro 10, muchas personas pobres están interesadas en conocer más sobre el seguro.

El éxito de la adopción del micro seguro no depende meramente de cerciorarse de que algunos productos sean apropiados y puedan costearse, sino también del nivel de alfabetismo financiero que permita a los consumidores evaluar lo que reciben al pagar la póliza. Cambiar el conocimiento del consumidor, sus habilidades y actitudes sobre el seguro y la creación de una cultura de seguro son importantes para facilitar la adopción de este servicio financiero formal.

Cuadro 10

Queremos saber más…

1. Malawi

Mientras que los miembros de MUSCCO eran conscientes del seguro, no necesariamente sabían lo que es una póliza de seguros. Querían más información sobre el seguro, incluyendo sus costos y beneficios (Enarsson y Wirén, 2005).

2. Uganda

La mayoría de las personas desconocían cuánto estaban pagando, qué estaba cubierto y cómo hacer reclamaciones. El agente de seguros (alguien del personal de la IMF) también sabía poco, por lo que rara vez podía ser de mucha ayuda (Cohen y Sebstad, 2005).

3. Guatemala

Los tenedores de póliza de Columna dijeron que querían estar mejor informados, pero que la institución falló a la hora de darles más información (Herrera y Miranda, 2004).

4.6 Un tamaño no sirve para todos

La investigación en cuanto a la demanda demuestra que generalizar con respecto a los distintos países y regiones es arriesgada cuando se toman en cuenta los atributos de los servicios financieros para el manejo de riesgos. Un tamaño no sirve para todos. Por ejemplo, en Nepal e Indonesia hay una demanda limitada para el seguro de vida y de funeral, ya que los gastos funerarios se mantienen a un nivel que la familia pueda pagar (Simkhada *et al.*, 2000; McCord *et al.*, 2005b). En contraste, el seguro de vida y funerario está muy demandado en Uganda y en Suráfrica. En ambos países hay un alto nivel de gastos asociados con los ritos funerarios; mientras que los medios tradicionales de ayuda comunitaria han sido muy limitados últimamente, especialmente en aquellas regiones afectadas por el SIDA/VIH (Sebageni, 2003; Bester *et al.*, 2004).

Los estudios de demanda también revelan diferentes prioridades de seguro en distintos segmentos del mercado. El enfoque «un tamaño sirve para todos» que caracteriza el diseño de muchos productos de seguro de vida no considera habitualmente diferencias por género, localización o posicionamiento del tenedor de póliza en el ciclo de la vida. Por ejemplo, para una mujer pobre, de edad mediana, la cobertura de la vida de su cónyuge probablemente tendrá una prioridad mayor que la cobertura de su

propia vida.[6] Los clientes de SEWA Bank, en India, vieron este punto y tuvieron éxito en asegurar pólizas de seguro de vida para sus cónyuges, aun cuando el gerente del banco asumió que lo hallarían imposible de costear. Según se utilicen canales de distribución alternativos para alcanzar a los trabajadores pobres, según se describe en los Capítulos 4.5 y 4.6, podrán alcanzarse otros segmentos del mercado, y se creará la demanda para diferentes productos o características distintas.

La experiencia de las familias de bajos ingresos ilustra la importancia de las actividades complementarias a través de distintos segmentos del mercado. Eventos de estrés, tales como bodas, el pago de cuotas escolares y gastos de vivienda, a menudo ejercen una presión económica considerable, especialmente para las mujeres. Los seguros dotales o seguros de ahorro ofrecen soluciones potenciales. Estos productos de seguro dotal, ofrecidos por compañías de seguro en Indonesia, Bangladesh y Ghana, por ejemplo, han demostrado ser populares entre los pobres (aunque menos en Sri Lanka). Estos acumulan activos mientras protegen a la gente contra pérdidas potenciales. Sin embargo, no están exentos de los riesgos asociados con la estabilidad macroeconómica y corporativa a largo plazo, y pudieran no ser la forma más costo-efectiva de que los pobres controlen sus riesgos *(véase el Capítulo 2.2).*

5 Conclusión

El número creciente de estudios de demanda comienza a conformar una base de información creíble que pueda utilizarse para estimar la demanda del mercado y ayude a diseñar productos apropiados en países selectos. Esto está permitiendo a los proveedores de servicio alejarse de la mera simplificación de productos de seguro existentes, originalmente dirigidos a la clase media, para desarrollar productos y servicios que funcionen en el mercado «en la base de la pirámide».

El mercado para el microseguro es amplio. Todas las partes con interés, las compañías de seguros, sus agentes y los tenedores de pólizas tienen mucho que ganar de este mercado si se le da buen servicio. Sin embargo, conseguir que todos trabajen juntos llevará tiempo. En ausencia de una cultura fuerte entre las familias de bajos ingresos, la demanda de los clientes en muchos sitios todavía está evolucionando. Donde el seguro ha trabajado bien para las familias de bajos ingresos, ahí donde la cobertura ha sido apropiada, fácil de costar y entendida, se ha visto un éxito considerable y en aumento. Se reduce

[6] Muchos deudores de microfinanzas llenan este perfil, pero las reglas del programa de la IMF podrían requerirle dejar el programa a los 55 o 60 años, momento en que ella dejará de contribuir al seguro de vida y sus hijos ya no habrán de recibir beneficios a su muerte. Bajo tales circunstancias, ¿qué gana ella de una póliza de seguro de vida?

la vulnerabilidad y el riesgo en las vidas de la gente pobre, permitiéndoles moverse de una conducta reactiva, a una proactiva que les permita planificar mejor su futuro. Con un mayor control financiero, la gente pobre tendrá más opciones. La investigación en cuanto a la demanda de la clientela puede continuar desempeñando un papel clave en el desarrollo de productos de microseguro más eficientes.

1.3 La perspectiva de protección social en el microseguro

Christian Jacquier, Gabrielle Ramm, Philippe Marcadent
y Valérie Schmitt-Diabate[1]

El autor agradece los comentarios aportados por Bruno Galland (CIDR) y por Rüdiger Krech (GTZ).

1 Introducción

El acceso a la seguridad social es un derecho humano fundamental. Más aún, la seguridad social y la protección social son cada vez más reconocidas en el debate global como componentes indispensables para la reducción de la pobreza, el desarrollo de una economía sustentable, la globalización justa y el trabajo decente. A estos efectos, la «World Comission Under Social Dimension of Globalization» subraya que una cantidad mínima de protección social debe ser aceptable como parte integral de la base socioeconómica de una economía global. La protección social es también una herramienta clave para alcanzar las metas de desarrollo del milenio, conocidas en inglés como «Millenium Development Goals» (MDGS).

Por lo tanto, la protección social es mucho más que un instrumento de manejo de riesgos para los individuos. Es una herramienta comprensiva y colectiva para reducir la pobreza, la inequidad y la vulnerabilidad. Esta promueve la equidad y la solidaridad a través de la redistribución. Además, proporciona un acceso justo al cuidado de la salud, a la seguridad de ingresos y a los servicios sociales básicos. Sin embargo, más de la mitad de la población mundial no se beneficia de alguna forma de protección social.

Las comunidades locales, al enfrentar la exclusión de la protección social, están tomando iniciativas para organizar esquemas de microseguros. El microseguro se distribuye a través de una variedad de organizaciones, cubriendo varios riesgos o contingencias, tales como salud, maternidad, vida e incapacidad. Algunos esquemas no son solamente instrumentos de manejo de riesgos, sino que tienen el potencial de contribuir a la extensión de la protección social a grupos excluidos. Más aún, estos esquemas pueden mejorar la administración de proveedores de protección de salud (por ej., cuidado de la

[1] Este capítulo es una adaptación de una próxima publicación de la OIT y de GTZ (por sus siglas en inglés), titulada *The role of microinsurance as a tool to face risks in the context of social protection* (*El rol del microseguro como una herramienta para afrontar riesgos en el contexto de la protección social*). Los ejemplos de Senegal se derivan de la experiencia de los autores.

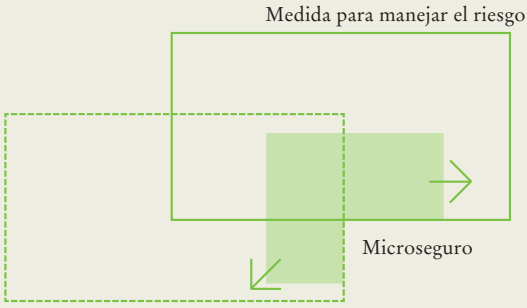
salud) y alcanzar recursos suplementarios que añaden a la protección social en su totalidad. Esto es particularmente necesario en aquellos casos donde el Estado tiene capacidad financiera e institucional limitadas.

Los esquemas de microseguro pueden ser componentes de sistemas de protección social tal como ilustra la figura 4, aunque esto tiene distintas implicaciones:

- Los esquemas de microseguros pueden asumir algunas funciones de protección social, tales como la redistribución a través de subsidios cruzados internos o al canalizar subsidios públicos a sus miembros.
- Los esquemas de microseguro no solamente deberían ser evaluados por sus aspectos técnicos (por ej., viabilidad financiera), sino por su capacidad de alcanzar resultados de protección social; el impacto socioeconómico de estos esquemas en sus miembros y en los que no son miembros debe también tomarse en consideración.
- Un mercado no regulado puede fallar en proveer paquetes de beneficios eficientes para los pobres.
- Los esquemas de microseguros pueden desempeñar un rol importante en el apoderamiento y la participación de sus miembros, lo que tiene implicaciones en términos del diseño de los productos, la selección del paquete de beneficios, el costo y la organización de los esquemas.

Figura 4

El enfoque del microseguro



Sin embargo, los esquemas autosuficientes y autofinanciados de microseguro tienen limitaciones grandes en su capacidad de ser mecanismos sostenibles y eficientes de protección social, capaces de alcanzar segmentos grandes de poblaciones excluidas. Su potencial para extender la protección social aumenta cuando los gobiernos los incluyen en estrategias de protección social nacionales y los vinculan a otros componentes de protección social para crear un sistema progresivamente más coherente, eficiente y equitativo. Este capítulo explora la relación entre la protección social y el microseguro, defi-

niendo, en primera instancia, lo que es la seguridad social y la protección social. Dentro de ese contexto, este capítulo define entonces el microseguro y procede a ilustrar su potencial y sus limitaciones. Finalmente, proporciona algunas ilustraciones de cómo el microseguro puede utilizarse para extender la protección social a poblaciones excluidas y para vencer algunas de sus limitaciones inherentes.

2 ¿Qué es seguridad social? ¿Qué es protección social?

2.1 Definición, objetivos y funciones clave

De acuerdo con la OIT (2000), la seguridad social es la protección que la sociedad provee a sus miembros a través de una serie de medidas públicas:

- Para compensar la ausencia o reducción sustancial de ingresos producidos o generados por el trabajo como resultado de varias contingencias (enfermedad notable, maternidad, daños sufridos en el empleo, desempleo, edad avanzada y muerte del cabeza de familia).
- Para proveer a la gente cuidado de la salud.
- Para proveer beneficios a las familias con niños.[2]

La protección social incluye no solamente esquemas de seguridad social pública, sino esquemas privados o no estatutarios con objetivos similares, tales como las sociedades de beneficios mutuos y los esquemas de pensión ocupacional, dado que las contribuciones a estos esquemas no son totalmente determinadas por las fuerzas del mercado.

Esta definición de protección social es una de varias propuestas. Otras organizaciones, tales como el World Bank y el Action Development Bank, utilizan conceptualizaciones más holísticas de protección social (manejo de riesgos sociales). Estas incluyen una gama más amplia de contingencias — cualquier cosa que afecta a la seguridad de ingresos de un individuo— que naturalmente se sobreimponen a otras políticas del sector, tales como la edu-

[2] La OIT tiene un numero de convenciones de seguridad social que atienden a la implantación en la práctica de este derecho humano. La más importante es la Convención de Seguridad Social (Estándares Mínimos), 1952 (Núm. 102). Define nueve ramas de seguridad social y las contingencias correspondientes cubiertas: cuidado médico, beneficio por enfermedad, beneficio por desempleo, beneficio por edad avanzada, beneficio por accidente en el empleo, beneficio por familia, beneficio por maternidad, beneficio por incapacidad y beneficio por supervivencia. También presenta la idea de que deberá alcanzarse un mínimo de seguridad social por parte de todos los estados miembros. Las convenciones de la OIT, a fin de tomar en cuenta las diferentes situaciones nacionales, generalmente contienen cláusulas de flexibilidad en torno a la población que cubren, y el ámbito y nivel de los beneficios provistos. Además, otorgan a los estados discreción plena en cuanto a la organización de su esquema de seguridad social. En otras palabras, estas convenciones afirman el derecho de toda persona a la seguridad social, aunque reconoce las dificultades prácticas de implantar este derecho realmente, dentro de las realidades sociales que prevalecen a través del mundo entero.

cación o la fuerza laboral. Esta visión más amplia no sólo incluye mecanismos de protección, sino intervenciones promocionales para aumentar los activos o las oportunidades económicas (tales como programas de microfinanzas, respaldo de precios o subsidios de mercancías). De hecho, los conceptos de protección social todavía están en discusión, por ejemplo ante el Network on Poverty Reduction, que conduce el Development Assistant Committee de la OECD, por sus siglas en inglés.

Independientemente de una definición específica, la protección social es una herramienta importante para prevenir la pobreza y fortalecer la capacidad de los pobres para salir de la pobreza. Por ejemplo, algunas medidas de protección social consisten en una transferencia directa de fondos a los más pobres (identificados a través de pruebas), que tienen un efecto directo o al menos temporal sobre la pobreza. La protección social también reduce la pobreza a través de su impacto positivo en la productividad y la conducta de la economía. Esta puede verse como un factor productivo por tres razones principales (OIT, 2005b):

1. La protección social ayuda a la gente a enfrentar **riesgos importantes** y la consiguiente pérdida de ingresos. Al hacerlo así, puede aumentar y mantener la productividad de los trabajadores y crear posibilidades de nuevo empleo. Por ejemplo, los sistemas sanitarios mantienen a los trabajadores con buena salud y curan a aquellos que se enferman. Del mismo modo, los esquemas por daños sufridos en el trabajo ayudan a prevenir accidentes y enfermedades y rehabilitan a los trabajadores afectados.
2. La protección social puede ser una herramienta crítica para **manejar cambios en la economía** y en el mercado laboral. Por ejemplo, el seguro por desempleo crea una sensación de seguridad entre los trabajadores, que motiva a los individuos a tomar iniciativas más riesgosas que pudieran resultar en una ganancia mayor para ellos y para la economía.
3. La protección social puede **estabilizar la economía** al dotar de ingresos de reemplazo que suavicen el consumo durante recesiones, por lo que previene una recesión más aguda al colapsar la confianza del consumidor y sus efectos negativos sobre la demanda doméstica. Por ejemplo, los beneficios por desempleo y las pensiones para personas de edad avanzada ayudan a mantener el poder de compra de los trabajadores aun cuando han perdido sus empleos o se han retirado.

La protección social puede realzar principios, tales como la solidaridad, la dignidad y la igualdad. La **solidaridad** surge cuando todo el mundo contribuye a un bote común, según su capacidad, y retira de ese bote según sus necesidades (dentro de los límites fijados por las reglas internas del esquema

en cuestión). La solidaridad también puede materializarse a través de la redistribución de fondos levantados por el cobro de contribuciones. El nivel de solidaridad dependerá de la naturaleza de los instrumentos financieros que están siendo utilizados: mientras que las contribuciones sobre ingresos u otras relacionadas generalmente van en aumento, las contribuciones por consumo o la prima fija pueden correr el riesgo de ser regresivas.

La protección social está ligada con el principio de **dignidad**, ya que da a las personas el derecho de una vida decente independientemente de los eventos adversos que les aflijan. A diferencia de la caridad, la protección social integra a individuos en un proceso de intercambio, donde ellos tienen derecho de recibir y la obligación de dar. Su dignidad es reconocida al permitir a las personas la posibilidad de contribuir. La protección social también está ligada al principio de **igualdad** (incluyendo la igualdad por género) y la no discriminación cuando los derechos de igualdad se conceden a todas las personas expuestas a los mismos riesgos o sujetas a los mismos obstáculos sin discriminación.

La aplicación de los principios de solidaridad, dignidad e igualdad dentro de la protección social ayudan a promover la cohesión social, la inclusión y la paz, que son prerrequisitos para un crecimiento económico estable y a largo plazo. Más aún, el papel de integración de la protección social atrae a los grupos o individuos que han sido excluidos a la masa, al proporcionarles apoyo en la búsqueda de empleo y en su tarea de convertirse en personas activas probablemente hasta hacerse contribuyentes y miembros de una sociedad (Piron, 2004). La protección social puede ser finalmente una herramienta para promover el apoderamiento y la participación, a través de la representación de los trabajadores, dentro de una economía formal (dentro de los esquemas estatutarios de protección social) y de una economía informal (dentro de los esquemas de protección social basados en esfuerzos comunitarios). Esta participación es sólo una manera de resaltar la democracia.

La concepción de protección social de la OIT (definiciones, funciones) es compartida por muchas instituciones a través del mundo. Recientemente, las más importantes federaciones y organizaciones internacionales que representan el sector cooperativo y mutualista de seguros formaron la International Alliance for the Extension of Social Protection.[3] Su visión compartida, sus valores y principios están articulados en el Consenso de Ginebra de 2005, el cual reconoce que «la seguridad social es un derecho fundamental y universal

[3] Los miembros incluyen: ISSA (International Social Security Association), AIM (Association Internationale de la Mutualité), ICA (International Cooperative Alliance), ICMIF (International Cooperative and Mutual Insurance Federation), IHCO (International Health Co-operative Organization) y WIEGO (Women in Informal Employment: Globalization and Organization). Para más detalles sobre «International Alliance», véase www.social-protection.org.

de las personas». Este consenso también enumera principios básicos y valores sobre protección social —tales como solidaridad, redistribución, el rol en el desarrollo económico y social, la importancia de la eficiencia, relevancia, buena administración y viabilidad financiera— y sugiere que los valores del movimiento cooperativo y mutualista sean tenidos en alta estima (por ejemplo, la justicia social, abstenerse de exclusión y discriminación, sin fines de lucro, participación y apoderamiento).

2.2 Brechas entre lo correcto y la realidad

La definición de la seguridad social como un derecho humano comienza con los principios de universalidad e igualdad: cada ser humano tiene igual derecho a la seguridad social, lo que tiene dos implicaciones principales.

1. *Los estados tienen la obligación de tomar medidas para garantizar este derecho*.
Estos tienen que tomar las medidas legislativas, administrativas, fiscales, judiciales u otras pertinentes para garantizar tal derecho a sus poblaciones. Esta obligación no significa necesariamente que el Estado tenga que proporcionar protección social directamente; puede facilitar o incentivar acciones de terceras personas. La obligación puede ser conductual: los estados tienen que tomar las medidas necesarias para garantizar un derecho particular. La obligación también puede ser una de resultados: los resultados tienen que alcanzar metas específicas para satisfacer estándares particulares. También existe una obligación de la comunidad internacional, que hasta el momento no ha sido oficialmente reconocida, de respaldar a los estados con suficientes recursos para garantizar los derechos humanos, incluyendo el derecho a la seguridad social. Esto está en consonancia con la idea que subyace al Fondo Global para la Malaria, Tuberculosis y VIH-SIDA («Global Fund for Malaria, Tuberculosis y VIH-SIDA»).

2. *Todo el mundo tiene derecho a gozar de un nivel mínimo de protección social* ***sin excepción o discriminación***.
Este derecho incluye el acceso equitativo a la protección social independientemente de la edad, sexo, condición de salud, localización, ocupación o nivel de ingresos de un individuo. Este derecho a gozar de un nivel mínimo de protección social es a menudo utilizado para justificar el diseño y la implementación de subsidios de equidad de los ricos a los pobres.

Sin embargo, en muchos países en desarrollo, la cubierta de protección social es dramáticamente baja: alcanza sólo una porción pequeña de la población y proporciona protección solamente para una gama limitada de riesgos.

En África, Sub-Sahara y en Asia del Sur, solamente entre el 5% y el 10% de la población está cubierta por un esquema de seguridad social estatutario, principalmente esquemas de pensiones para la edad avanzada y acceso al cuidado de salud (OIT, 2001). En algunos países, el porcentaje de la población cubierta va en descenso a causa de políticas de ajuste estructural, privatización y el desarrollo de una economía informal. Aunque algunas personas excluidas trabajan en el sector formal, la gran mayoría está activa en la economía informal.

Hasta la última década, las estrategias de protección social estaban basadas en la presunción de que la economía formal iría ganando terreno progresivamente dentro de una economía tradicional, por lo que la seguridad social cubriría progresivamente una proporción mayor de la fuerza laboral. Sin embargo, esto no ha sucedido. En muchos países en desarrollo, la mayoría de los trabajos creados durante la última década han sido creados dentro de la economía informal (OIT, 2002a). Hoy, el empleo informal comprende entre la mitad y tres cuartas partes del empleo no agrícola de los países en desarrollo. Si el empleo informal en la agricultura se incluye en las estimaciones, la proporción del empleo informal aumenta significativamente, por ejemplo de un 83% a un 93% en India, de un 55% a un 62% en México, y de un 23% a un 34% en África del Sur (OIT, 2001). Aunque algunos estados lo han intentado, los esfuerzos de extender la cubierta estatutaria de protección social a los trabajadores de una economía informal no han sido suficientes.

2.3 La prioridad de extender la cobertura de la protección social

Resulta entonces necesario encontrar otras maneras de traducir el derecho de protección social a la realidad. En la Conferencia Laboral Internacional («International Labour Conference»), en el año 2001, los gobiernos y las organizaciones de patronos y trabajadores, en representación de 160 países, estuvieron de acuerdo en lograr un consenso nuevo en cuanto a seguridad social; acordaron notablemente que su prioridad principal se otorgaría a aquellas políticas e iniciativas que extendieran la seguridad social a quienes no tenían ninguna, y propusieron distintos medios de cumplir con este objetivo:

Cuando estos grupos no pueden ser dotados inmediatamente de cobertura, el seguro —donde sea apropiado sobre una base voluntaria— u otras medidas, tales como asistencia social, podrían ser introducidas y extendidas e integradas dentro del sistema de seguridad social en una etapa posterior, cuando el valor de los beneficios se haya demostrado y sea económicamente sostenible. Ciertos grupos tienen ciertas necesidades y algunos tienen capacidad de contribución muy baja. El éxito de la extensión de la seguridad social requiere que estas diferencias sean tomadas en cuenta. El potencial del microseguro también

debe ser explorado rigurosamente: aun cuando no pudiera ser la base de un sistema de seguridad social comprensivo, podría ser un primer paso útil, particularmente si responde a la necesidad urgente de las personas de tener acceso al cuidado de salud. Las políticas e iniciativas sobre la extensión de cobertura deben tomarse dentro del contexto de una estrategia de seguridad social integrada nacionalmente (ILO, 2001).

Como se planteó en la conferencia, la OIT, en el año 2003, lanzó la Campaña Global de Seguridad Social y Cobertura para Todos («Global Campaine of Social Security and Coverage for All»).

Cuando se confronta con una situación como la presente, donde un gran (y creciente) número de personas está excluido de la protección social, es necesario elaborar estrategias proactivas para extenderlo. Estas estrategias buscan que un número mayor de personas quede cubierto y que se mejore el nivel y el ámbito de los beneficios de protección social existentes. Una gama de mecanismos puede ser utilizada para implementar estas estrategias, por ejemplo:

- Los esquemas de seguro social pueden extender beneficios existentes o modificarlos para grupos previamente excluidos, sobre una base obligatoria o voluntaria. La inclusión de estos grupos también puede contribuir a la efectividad de los esquemas a través de mejoras en la administración y en el diseño.
- Los esquemas de seguro social especial pueden establecerse para grupos excluidos.
- Los beneficios universales que cubren a toda la población en cuestión sin condición o sin prueba de ingresos puede ser implementada (por ejemplo, aquellos sobre cierta edad).
- Programas de asistencia social dirigidos a grupos vulnerables específicos también pueden ser implementados: exenciones, pensiones sociales/beneficios en efectivo, transferencias de efectivo condicionadas (por ejemplo, basado en la asistencia a la escuela).
- Una opción complementaria seria incentivar y respaldar el desarrollo de esquemas de seguridad social a través del microseguro y de conceptos innovadores descentralizados para dar protección social a través de las comunidades, sociedades[4] y otras organizaciones de la sociedad civil.

[4] La OIT es un foro único para gobiernos, en el que estos interactúan con organizaciones de patronos y trabajadores, también conocidos como socios en sociedad. En la estructura tripartita de administración de la OIT, las organizaciones de patronos y trabajadores tienen igual voz con los gobiernos en el establecimiento de sus políticas y programas.

3 ¿Qué es el microseguro?

Según se describe en el Capítulo 1.1, un esquema de microseguro puede ser una organización como una sociedad mutualista de beneficios. También podría ser un grupo de instituciones trabajando juntas, como aseguradores que colaboran con las instituciones de microfinanzas para proveer seguros a los pobres. O podría ser un producto de seguro provisto por una organización que realiza otro tipo de actividad, como sería una cooperativa agrícola que también provee seguro a sus miembros.

Los esquemas de microseguros a menudo son establecidos por organizaciones sociales de índole civil. Estas organizaciones cooperan cada día más con esquemas formales de protección social (por ej., compañías de seguros, esquemas de seguridad social), instituciones públicas (por ej., departamentos de salud, del trabajo y de servicios sociales), proveedores de servicios (por ej., proveedores de cuidado de salud y terceros administradores [TPAs]). Muchas veces los municipios y las autoridades locales están involucrados en la oferta de microseguros.

Para que un esquema sea de interés en el contexto de protección social, algunos de sus beneficiarios deben estar excluidos de los esquemas de protección formal, en particular aquellos trabajadores del campo y de la economía informal y sus familias. Un esquema de microseguro es diferente de otros programas que proveen protección social estatutaria a los trabajadores formales. La membresía no es obligatoria (pero puede ser automática). Los miembros contribuyen, al menos parcialmente, con las primas necesarias para pagar por los beneficios. Debido a que su capacidad de contribuir es a menudo baja, la cobertura provista por estos esquemas es —en ausencia de subsidios— usualmente limitada, con un número menor de riesgos cubiertos y unos niveles más bajos de beneficios.

Según se ha discutido en el capítulo anterior, los trabajadores de una economía informal y sus familias típicamente solicitan cobertura para enfermedad y muerte; la demanda para protección contra otros riesgos es menos prevaleciente, aunque puede ser significativa en ciertos mercados (por ej., la demanda para la cobertura de aves y ganados o de siembra en áreas rurales). En términos de disponibilidad, todos los productos de microseguro están disponibles en todos los países. Algunos productos pueden considerarse bien establecidos en una región, pero casi no existentes en otra. Por ejemplo, el microseguro de vida rara vez se encuentra en África occidental, mientras que está relativamente desarrollado en algunos países asiáticos.

De acuerdo con los inventarios de microseguros, realizados en 2003/2004 en 11 países africanos, India, Bangladesh, Nepal y las Filipinas (OIT/STEP, 2003/2004):

- el microseguro de salud es predominante en África (100% por ciento de los esquemas investigados) y en las Filipinas (70% de los esquemas proveen seguros de salud); es el segundo en India (56% de los esquemas) y en Nepal (52%), aunque menos importante en Bangladesh (39%);
- el microseguro de vida es más común en Bangladesh (72% de los esquemas investigados proveen seguros de vida), las Filipinas (66%) e India (60%) y es menos frecuente en Nepal (38%); y
- ejemplos del microseguro de cultivo se encontraron solamente en India (dos esquemas en el 2004); los esquemas de pensión solamente fueron observados en India (4% por ciento de los esquemas investigados) y en las Filipinas (24%).

4 Potencial y limitaciones del microseguro como mecanismo de protección social

No todo microseguro desempeña un papel en la extensión de protección social. Algunos productos, tales como el microseguro de activos, el de aves y ganado, y el de residencia, y el seguro vinculado al crédito que solamente cubre la parte por cobrar del balance de un préstamo, aunque ciertamente beneficiosos, no proveen protección social en el sentido estricto. Por el contrario, otros productos, tales como el de salud, vida, pensiones para edad avanzada e incapacidad, cubren las nueve contingencias especificadas en la Convención de Seguridad Social (102) de la OIT. y, por lo tanto, desempeñan un papel en la extensión de la protección social.

4.1 La contribución positiva del microseguro a la extensión de la protección social

En aquellas instancias en las que los gobiernos tienen una capacidad financiera institucional limitada, los esquemas de microseguro pueden representar recursos suplementarios (de finanzas, humanos, etc.) que pueden beneficiar al sector de seguridad social en su totalidad. Específicamente, los esquemas de microseguro de salud ayudan a mejorar el acceso al cuidado de salud al disminuir las barreras financieras que atrasan o impiden el acceso. En algunos casos, la calidad del cuidado mejora, por ejemplo, cuando los esquemas firman acuerdos con los proveedores de cuidado de salud sobre la calidad del servicio. Contratar a proveedores de cuidado de salud aumenta la transparencia en las prácticas de facturación y en el modo en que se administra el sector de salud. El microseguro también tiene efectos positivos en la participación de una sociedad civil y en el apoderamiento de grupos socios ocupacionales incluyendo a las mujeres. Por ejemplo, ya que muchos esquemas se organizan y son ejecutados por organizaciones de mujeres, estos pueden fortalecer la capacidad de las mujeres para identificar sus nece-

sidades de salud incluyendo a aquellas vinculadas con su papel reproductivo. Más aún, el microseguro, como mecanismo de extensión de la protección social, tiene las siguientes ventajas en comparación con los esquemas clásicos de seguridad social:

1. El microseguro puede alcanzar grupos excluidos del seguro social estatutario, tales como trabajadores de una economía informal y trabajadores rurales.
2. Los costos de transacción necesarios para alcanzar estas poblaciones pueden reducirse, ya que los esquemas de microseguro usualmente son gestionados por organizaciones civiles descentralizadas, que a menudo descansan en la auto-administración voluntaria, que se implementan en la vecindad de una población en particular.
3. Los beneficios del microseguro son, a menudo, diseñados con la participación de la población a la que se quiere acceder. Esta participación es mayor en las asociaciones de beneficio mutuo, donde el paquete de beneficios es decidido en una asamblea general. En otros tipos de esquemas, los grupos específicos usualmente son consultados, en ocasiones a través de encuestas de residentes. Como resultado, el microseguro usualmente responde a las necesidades y la capacidad de pago de la población que se persigue.
4. Los esquemas de base comunitaria comúnmente experimentan menos problemas con el fraude y el abuso que los sistemas centralizados de protección social, ya que sus miembros usualmente se conocen entre sí, pertenecen a la misma comunidad y comparten los mismos intereses. Sin embargo, los esquemas de base comunitaria pueden tener dificultad al cobrar las contribuciones regulares, lo que puede resultar en problemas de retención y retos de sustentabilidad. Algunos esquemas manejan esta situación de renovaciones bajas a través de los contratos de seguros grupales con grupos ocupacionales organizados (tales como las cooperativas).

El desarrollo de los microseguros es continuo, con una proliferación de nuevos esquemas, especialmente en la India. Por ejemplo, OIT/STEP (2004) encontró 60 esquemas de microseguros que cubren a 5,2 millones de personas. Este inventario está siendo actualizado; el número más reciente de esquemas (principios de 2006) se estima en 71, cubriendo a más de 6,8 millones de personas en India, y 240 esquemas de microseguros, cubriendo a 25 millones de personas en 8 países de Asia. Esto sugiere que estos esquemas responden a una demanda real y que son útiles para resolver cierto número de situaciones, por lo menos a nivel local.

4.2 Limitaciones actuales del microseguro como mecanismo de extensión de protección social

A pesar de estas ventajas aparentes, ciertas características de los esquemas de microseguros limitan su contribución a la extensión de la protección social:

1. Aunque el microseguro es cada vez más común, muchas personas excluidas de esquemas legales de protección social tampoco están cubiertas por el microseguro. De hecho, muchos de estos esquemas (particularmente en África) tienen gran dificultad en extender su alcance geográfico y socio-ocupacional y en aumentar su membresía.
2. Muchos esquemas de microseguro tienen pobre viabilidad y sustentabilidad. Estos dos puntos están vinculados (particularmente en África) con destrezas de administración pobres (no tienen suficientes recursos financieros para emplear personal profesional) y con sistemas de información inadecuados, lo que hace difícil el seguimiento de las operaciones del esquema.
3. La capacidad de pago de los miembros es comúnmente muy baja, lo que también tiene como resultado que los beneficios sean limitados en ausencia de subsidios.
4. La mayoría de los esquemas no sustituyen las funciones que habitualmente cumplen los esquemas de seguridad social estatutarios, tales como la redistribución entre los segmentos de los ricos y los pobres de la población, porque las contribuciones están comúnmente basadas en una tarifa fija. Además, pocos esquemas alcanzan a los segmentos más pobres de los grupos excluidos que no pueden contribuir al esquema.
5. En muchos países, la infraestructura legislativa y las reglamentaciones no se adaptan a este tipo de esquemas, por lo que no facilitan su réplica y expansión.
6. Los esquemas de microseguros son usualmente organizaciones auto-administradas. Por ello, pueden perseguir objetivos que no están necesariamente alineados con la estrategia de protección social del gobierno, y sus promotores pueden estar renuentes a participar en sistemas nacionales de protección social, si esto pudiera amenazar la autonomía del esquema.

5 ¿Cómo se puede utilizar el microseguro para extender la protección social?

Un creciente número de estados consideran el microseguro como una estrategia de extensión de protección social e incluyen este mecanismo en sus estrategias de extensión. En varios países, los esquemas de microseguros ya son parte del proceso de implantación progresiva de sistemas más coherentes e integrados de protección social:

- En India, el uso prescrito del modelo socio-agente *(véase el Capítulo 5.2)* aumenta la aceptación del seguro por los grupos seleccionados.
- En Senegal, los esquemas de microseguros se mencionan en la estrategia nacional de protección social como un mecanismo clave para extender dicha protección.
- En Rwanda y Ghana, el estado implementa esquemas de protección social a nivel nacional, en el área de salud, que son conceptualizados sobre organizaciones mutualistas de base comunitaria y de distrito.
- En Colombia, el gobierno provee subsidios que permiten a los pobres comprar seguros de salud, lo que estimula la competencia en aras de servir a un mercado de bajos ingresos por parte de proveedores de microseguros y otros *(véase el Cuadro 11).*

Cuadro 11

La extensión de la protección social a través del microseguro en Colombia

En 1993, como parte de una reforma del sistema de cuidado de salud en Colombia, un esquema especial (Régimen Subsidiado de Salud) fue introducido para financiar el cuidado de salud de los pobres y vulnerables (incluyendo a sus familias) que están incapacitados para pagar o contribuir al esquema general de seguros.

Los fondos se levantan a través de una contribución solidaria, recolectada bajo un esquema de seguro social contributivo y varios subsidios del estado. Estos fondos son entonces canalizados a varias instituciones, incluyendo 8 asociaciones de beneficio mutuo, federadas bajo una organización nacional llamada Gestarsalud, que ahora cubre el 60% del mercado, «cajas de compensación» (20% del mercado) y varias compañías de seguro comercial privado, que también cubren el 20% del mercado. Hoy, este esquema subsidiado exitoso cubre a 18,5 millones de personas.

Fuente: Adaptado de Pérez, 1999.

Hay tres maneras de superar las limitaciones ya mencionadas. Primero, es necesario continuar desarrollando el microseguro para aumentar la población que cubre, mejorar el paquete de beneficios que ofrece y fortalecer la capacidad de los esquemas. Segundo, hay que establecer alianzas con otros jugadores e instituciones relacionadas. Tercero, el microseguro necesita continuar integrándose en sistemas de protección social más coherentes y equitativos.

5.1 El desarrollo progresista del microseguro

El desarrollo progresista del microseguro tiene implicaciones para varios actores, incluyendo a los promotores y los operadores de los esquemas, al igual que el Estado.

Para los promotores y operadores del microseguro, este desarrollo continuado puede significar alterar la manera en que los esquemas operan actualmente. La administración de estos esquemas debe ser más profesional, para poder atender la creciente complejidad de atender las necesidades de un grupo-meta particular. Una manera de hacer esto es contratar externamente algunas de las funciones de la administración con organizaciones especializadas. También puede significar establecer algunos esquemas para alcanzar a los miembros de organizaciones de mayor tamaño, tales como uniones comerciales, cooperativas y asociaciones ocupacionales. Los esquemas de mayor tamaño están en una posición de proveer una cobertura más comprensiva, particularmente contra riesgos mayores como hospitalización, y a menudo son sustentables porque pueden aumentar fácilmente sus reservas financieras.

Según se ha descrito en el Capítulo 5.3, el estado puede respaldar el desarrollo del microseguro a través de la promoción y concienciación de la opinión pública (particularmente en la población dentro del grupo-meta). Otras medidas que el gobierno puede tomar incluyen:

- Fortalecer la capacidad de los esquemas de microseguro a través de mejores sistemas administración y seguimiento.
- Fortalecer la viabilidad y la capacidad financiera de los esquemas, por ejemplo, a través de fondo de garantías o reaseguro.
- Construir estructuras de apoyo, como asociaciones o redes de segundo nivel, que proporcionen respaldo técnico y entrenamiento para los esquemas de microseguro.
- Facilitar el intercambio de información entre las partes para asegurar que las experiencias exitosas pueden ser imitadas por otros grupos o en áreas geográficas distintas.
- Formular recomendaciones en cuanto al diseño: paquetes de beneficios, afiliación, administración, métodos de pago a suplidores de servicios de salud.
- Establecer estructuras para producir información (indicadores y estadísticas) que pueden ser utilizadas por estos esquemas para tarifar sus productos más adecuadamente.

5.2 El desarrollo de enlaces

Una estrategia principal para fortalecer los esquemas de microseguro y compensar por algunas de sus debilidades es, enlazarlos a otras organizaciones, instituciones o sistemas. La Tabla 6 ofrece algunos ejemplos, clasificados según los mecanismos utilizados y los socios en potencia.

Tabla 6 **Tipología de los vínculos del microseguro**

Mecanismos	*Actors/partners*
– Subsidios (locales, nacionales e internacionales)	– Otros proyectos de microseguro, proyectos que tienen que ver con federaciones
– Contratos con los proveedores de servicios de cuidado de salud	– Organizaciones de sociedades civiles, IMFs, uniones comerciales, cooperativas, asociaciones, etc.
– Subcontratación para ejercer funciones gerenciales	– Proveedores de servicio (ej. Cuidado de salud, TPA's)
– Consejos técnicos	– Sector privado, industria farmacéutica
– Consolidación financiera (reaseguro, fondos garantizados)	– Gobierno central y local
– Distribución de productos de seguro	– Programas de asistencia social; transferencias en efectivo
– Distribución de bienes públicos (inmunización, tratamientos y exámenes de HIV/SIDA, asistencia social)	– Proyectos de seguridad social, aseguradores públicos o privados
– Tratamiento	– Cooperación internacional
– Intercambio de información y otras prácticas	
– Regulación, control	

El dividir funciones y responsabilidades, en consecuencia con las competencias principales de cada parte interesada, puede crear servicios complementarios, economías de escala y hacer los esquemas más eficientes. Ejemplos de enlaces incluyen: Yeshasvini en India, que contrata funciones administrativas externamente a un tercer admisnistrador (TPA, por sus siglas en inglés) *(véase el Capítulo 4.6);* compañías de seguros formales que distribuyen productos a través de organizaciones comunitarias en muchos países *(véase el Capítulo 4.2);* la creación de economías de escala y de poder adquisitivo al agrupar esquemas de microseguro, como en el caso de las federaciones africanas emergentes *(véase el Capítulo 4.3),* y la canalización de subsidios a través de asociaciones de beneficio mutuo, como en Colombia *(Cuadro 11).*

Los enlaces funcionales también pueden ser establecidos con otros componentes de protección social para mejorar la coherencia de un sistema nacional de protección social. Ejemplos de estos enlaces son canalizar servicios sociales a miembros elegibles y distribuir seguro social.

Cuadro 12 **Desarrollando enlaces equilibrados en Senegal**

En Senegal, la mayoría de las organizaciones mutualistas de salud firman contratos con los proveedores de cuidado de salud. Sin embargo, esta relación es a menudo poco equilibrada y el mutualista no tiene medios reales para compeler al proveedor de cuidado de salud a respetar sus obligaciones.

Para enfrentar este problema, el ministerio de salud reconoció la necesidad de diseñar una política nacional de contratación y un andamiaje que dotara de guías y herramientas concretas para facilitar el proceso de contratación, incluyendo las etapas del diseño del acuerdo, el contenido mínimo del acuerdo, los compromisos de ambas partes (incluyendo los aspectos financieros, facturación y métodos de pago), herramientas de seguimiento y el papel estatal. Se creó un grupo de trabajo en 2006 para elaborar un primer borrador de este andamiaje que se le presentará a las partes con interés relevante para sus comentarios.

Un enlace crítico para alcanzar los objetivos de protección social es el de los proveedores de cuidado de salud. La descentralización del sector de cuidado de salud puede facilitar arreglos contractuales entre esquemas de microseguro y los proveedores de cuidado de salud a nivel local. Para asegurar que estas relaciones sean mutuamente beneficiosas y efectivas, puede ser necesario que el gobierno tenga que intervenir.

Cuadro 13

Enlaces en Filipinas

La corporación de seguros de salud en Filipinas, mejor conocida como PhilHealth, tiene la obligación de alcanzar la cobertura universal en 2012. Uno de sus retos mayores es dar cobertura de seguro de salud a los trabajadores de una economía informal, que se estima entre los 19,6 y 21,7 millones de trabajadores, o entre el 70% y el 78% de la población trabajadora.

En respuesta a este reto, PhilHealth aprobó una resolución en 2003 para asociarse con grupos organizados dentro de un programa piloto. Esta asociación, llamada PhilHealth Organized Group Interface (POGI), es considerada como un intento de alcanzar a trabajadores de una economía informal a través del cooperativismo. La iniciativa está siendo probada por once cooperativas encargadas del mercadeo y de la recopilación de primas para PhilHealth.

Fuente: Adaptado de GTZ-OIT-WHO, 2005.

Según se ilustra en el cuadro 11, los mecanismos para la redistribución de subsidios pueden ayudar a los esquemas de microseguro a proveer un paquete de protección social mínima a los hogares más pobres o a los individuos que tengan una capacidad de contribución muy baja o representen riesgos sociales muy altos (por ejemplo, los de edad avanzada, los enfermos crónicos y ciertos grupos ocupacionales). Estos mecanismos proporcionan un acceso equitativo a la protección social, independientemente de las características de los individuos o su capacidad financiera. Estos subsidios, además de su papel

en la redistribución, hacen los esquemas de microseguro más atractivos a los beneficiarios, lo que ayuda a aumentar la membresía. Ya que la redistribución a través del nivel nacional puede ser insuficiente para los países pobres, sería práctico considerar también la distribución nacional.

Cuadro 14

El Global Social Trust

La misión del Fideicomiso Social Global (Global Social Trust) es reducir la pobreza sistemáticamente en las economías emergentes, a través de una sociedad que invierta en, y respalde, el desarrollo de esquemas de protección social nacional sustentables para la gente y para los grupos que han sido excluidos de los beneficios del desarrollo económico. La idea básica es solicitar a la gente de los países más ricos que contribuyan sobre una base voluntaria, una modesta suma mensual (digamos el 0,2 por ciento de su ingreso mensual) a un Fideicomiso Social Global que será organizado en la forma de una red global de fideicomisos nacionales respaldados por la OIT. El Fideicomiso invertirá sus recursos para aumentar los esquemas de protección social básicos en economías en desarrollo y para auspiciar beneficios concretos durante un periodo definido, hasta que los esquemas advengan auto-suficientes. Para más información, véase: http://www.ilo.org/public/english/protection/socfas/research/global.htm.

5.3 La integración de sistemas de protección social coherentes y equitativos.

Proveer seguridad social a los ciudadanos sigue siendo una obligación central de la sociedad. Los gobiernos, a través de legislación y regulación, son responsables de asegurar que el público tenga acceso a ciertos servicios de calidad. Esto no quiere decir que todo esquema de seguridad social tenga que ser operado por instituciones públicas o semipúblicas. Los gobiernos pueden delegar su responsabilidad en organizaciones de los sectores públicos, privados, cooperativos o sin fines de lucro.

Sin embargo, lo que es necesario es tener una definición clara y real del papel de los diferentes actores proveedores de seguridad social. Estos roles deberán ser complementarios, a la par que alcancen el nivel más alto posible de protección y cobertura. Por ejemplo, el desarrollo de un plan de seguridad social definiría el ámbito y la cobertura de servicios ofrecidos a través de agencias del gobierno, del seguro social, de aseguradores privados, patronos y esquemas de microseguro. En este contexto, los socios en el gobierno y la sociedad deberán reconocer explícitamente el microseguro como una herramienta de protección social, e integrarlo en estrategias nacionales de protección social, desarrollo de salud y reducción de la pobreza (por ejemplo, PRSP's en Senegal). El papel del microseguro de salud dentro de la política

financiadora de salud total coordinada por el Estado debe ser reconocido también. La meta de una política como esta es el acceso universal a un cuidado de salud basado en estructuras financieras pluralistas.

Cuadro 15

El plan maestro de Camboya

En Camboya, el gobierno reconoce el potencial del cuidado de salud social como un método principal de financiación para el cuidado de salud. El plan maestro para el seguro social de Camboya recomienda que, para alcanzar cobertura universal de salud, se necesita una visión paralela y pluralista que incluya: (1) seguro social compulsorio de salud a través de un andamiaje de seguridad social para los trabajadores del sector público y privado y sus dependientes, (2) seguro voluntario a través del desarrollo de esquemas comunitarios de seguros de salud y (3) asistencia social a través, en primera instancia, del uso de fondos equitativos y, luego, de fondos del gobierno para comprar seguros de salud para las poblaciones inactivas económicamente e indigentes.

Fuente: Adaptado de WHO Camboya, 2003.

El diseño y adopción de un andamiaje apropiado es un paso clave para esta integración. Un andamiaje como éste puede especificar el rol del microseguro en los sistemas de protección social y establecer un grupo de reglas e instituciones para la supervisión de esquemas de microseguro. Los andamiajes legislativos pueden contribuir a estos esquemas, aunque el establecimiento de esquemas con altos requisitos financieros o supervisión intensiva de autoridades públicas podría restringir su desarrollo. Para lograr un balance apropiado, OIT-STEP respalda la construcción de un andamiaje regional en ocho países UEMOA (*Union économique et Monetaire d'Afrique de l'Ouest*) para diseñar e implantar legislación que regule las organizaciones mutualistas de beneficios y respalde su desarrollo.

Para los promotores del microseguro, la integración en sistemas de protección social tiene varias implicaciones. El paquete de beneficios que deben ofrecer tiene que incluir cobertura contra una o más de las contingencias enumeradas en la Convención 102. Más aún, cuando un paquete de protección social mínima garantizada ha sido definido por medio de legislación, estos esquemas deberán proveer dicha cobertura a todos sus miembros. Las regulaciones internas de los esquemas de microseguro deberán ceñirse a los principios de equidad definidos en la legislación, si es que existen. Reglas tales como la exclusión de miembros de más de cierta edad o el cálculo de primas basado en los riesgos individuales pueden no estar en línea con estos princi-

pios. Si los esquemas de microseguro reciben respaldo económico público, entonces deberán responder por el uso eficiente de dichos fondos públicos. Esto implica que se pondrá en vigor el cumplimiento de reglas de administración y de contabilidad. Los esquemas de microseguro también deberán estar de acuerdo con que sus estados financieros sean supervisados por un cuerpo regulador público o independiente.

Cuadro 16

El enfoque integrado en la protección social en Senegal

En Senegal, muchos actores han contribuido a acelerar el proceso de extender la protección social, incluyendo el Estado, los gobiernos locales, los socios en una asociación social y otras organizaciones de la sociedad civil, donantes y proveedores de cuidado de salud. Varios eventos han resultado significativos:

- En 2003 se adoptó la ley sobre organizaciones mutualistas de salud; se creó un andamiaje nacional para el desarrollo de MHOs, así como un comité nacional para un dialogo social.
- En 2004 se lanzó la campaña global en seguridad y cobertura social en Senegal. La unión de operadores de transporte comercial incluyó asuntos de protección social en su plataforma. También se adoptó una ley para diseñar e implantar un esquema de protección social para los trabajadores rurales (*Loi d'Orientation Agro-Sylvo Pastorale).*

Estos eventos se han integrado en un andamiaje lógico de estrategia nacional para la extensión de protección social y manejo de riesgos (SNPS-GR) formulada en 2005, con la participación activa de un gran número de integrantes. Esta estrategia procura extender la protección social del 20% y 50% de la población para el año 2015, a través de nuevos esquemas diseñados para responder más adecuadamente a las necesidades prioritarias de los trabajadores de la economía informal.

Estos eventos y la formulación de la estrategia nacional llevaron a realizar estudios de viabilidad en el año 2006, para diseñar y establecer dos esquemas de protección social a nivel nacional, uno para productores de transporte y sus familias (con una población meta de 400.000 personas), y otro para los trabajadores rurales y sus familias (con una población meta de cinco millones de personas).

Es importante que los promotores y los productores de microseguros estén implicados —directa o indirectamente, a través de federaciones que representen sus intereses— en procesos de consulta y negociaciones nacionales con el Estado y con otras partes interesadas en el diseño e implantación de estrategias de protección social nacional. Una integración como esta necesita

de un clima de confianza entre los operadores de los esquemas, las redes de esquema y otras organizaciones de necesidad civil, tentando a poblaciones cubiertas por estos esquemas (uniones comerciales, cooperativas, etc.) y el gobierno *(véase el Cuadro 16).*

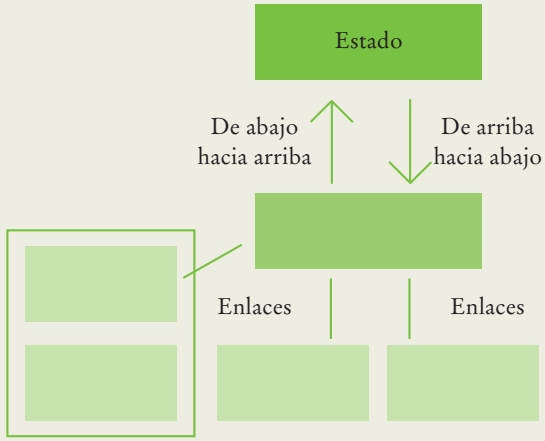
6 Conclusión

El microseguro es un instrumento que puede ser utilizado para proporcionar protección social a los excluidos. El microseguro resulta particularmente relevante en situaciones en las que los gobiernos carecen de recursos y de capacidad para proveer protección social. Incluso en situaciones en las que los recursos están disponibles, si los gobiernos respaldan el microseguro como un mecanismo de protección social, como lo hace Colombia, este puede resultar en un mecanismo de protección social más eficiente que la totalidad de los servicios provistos por el gobierno. Para que el microseguro alcance este potencial y se sobreponga a sus limitaciones, se requiere una visión dinámica a tres niveles, según se ilustra en la Figura 5:

- **Iniciativas de la base hacia arriba**: para estimular el desarrollo a nivel básico del microseguro es necesario sensibilizar al público en general, a los elaboradores de política pública, donantes y agencias para el desarrollo, al igual que a los socios de una asociación y otros actores de protección social, en torno a cómo opera el microseguro y cuál es su contribución potencial para la protección social.
- **El desarrollo de enlaces** con intervenciones gubernamentales, otros esquemas de microseguro, proveedores de cuidado de salud, y otros servicios, instituciones de seguridad social, programas de asistencia social, etc., pueden significar que los esquemas sean sustentables y fortalecer su efectividad.
- **Iniciativas de la cúspide hacia abajo**: para que el microseguro pueda alcanzar su potencial para la protección social, los elaboradores de política pública y otros interesados deben verlo dentro del contexto más amplio de unos sistemas de protección o estrategias coherentes a nivel nacional.

El microseguro, como un arreglo de administración independiente de riesgos, no es suficiente para proteger a la gente pobre contra el riesgo. Será necesario, además, concebir una estrategia integrada de protección social en colaboración con el gobierno, el sector privado, los profesionales de la salud, los miembros de una asociación y otras organizaciones de la sociedad civil. El microseguro puede resultar exitoso, en la medida en que complemente otros instrumentos de manejo de riesgos sobre una base comprensiva de evaluación de riesgos.

Figura 5 **Un enfoque dinámico a la extensión de protección social por medio del microseguro**



Aunque las operaciones de los esquemas de microseguro son principalmente las mismas, independientemente de sus objetivos, los esquemas de microseguro en el contexto de protección social, deben ser evaluados y seguidos de forma diferente a los esquemas de microseguro sobre activos, aves y ganado o propiedad inmueble, por ejemplo. Los esquemas de protección social tienen que incluir a miembros de alto riesgo o destituidos, e idealmente deben acceder a subsidios públicos para compensar las reclamaciones mayores o contribuciones menores. Si acceden a los subsidios públicos, entonces deberán ser responsables del buen manejo de estos, asegurando su uso eficientemente y sólo para los propósitos permitidos.

La decisión de implantar o respaldar estos esquemas de microseguro no solamente debe estar dirigida por el análisis de riesgo, sino por consideraciones políticas: las contingencias prioritariamente cubiertas, la población que cubre, la relevancia del mecanismo en comparación con otros y la posibilidad de enlazarlo con otros mecanismos y componentes de protección social. El objetivo es mejorar la eficiencia, aumentar la cobertura y crear progresivamente sistemas de protección social más coherentes y equitativos.

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[1]

Los autores agradecen las excelentes sugerencias provistas por Shahnaz Ahmed (consultor), David Dror (Erasmus University, Totterdam), 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 compliaciones 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 **Diseño de los productos de seguro de salud**

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 tarifación 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 composi-

ción del paquete de beneficios, su tarifación, los proveedores de cuidado de salud y controles para el peligro moral y la selección adversa. La dimensión abstracta incluye una tarifación 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 sujetivo, 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, Yeshasvini 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

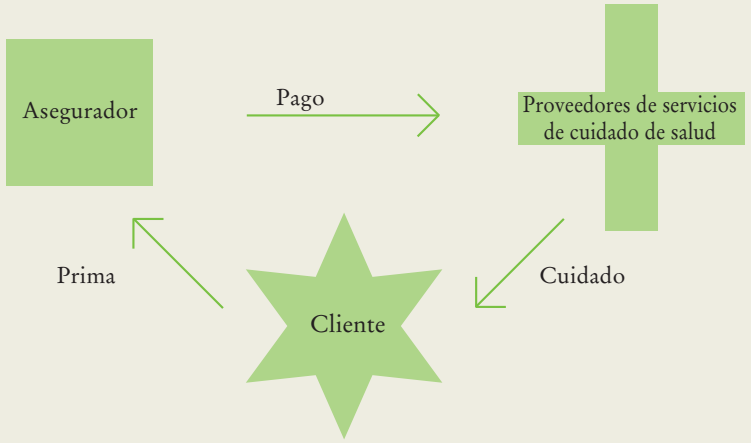
Además de definir los beneficios, se necesita establecer los modos de hacer llegar los servicios y los procedimientos técnicos. Mientras que el primer modo determina la relación con los proveedores de cuidado de salud, los procedimientos técnicos definen cómo se hace una reclamación y quién puede estar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

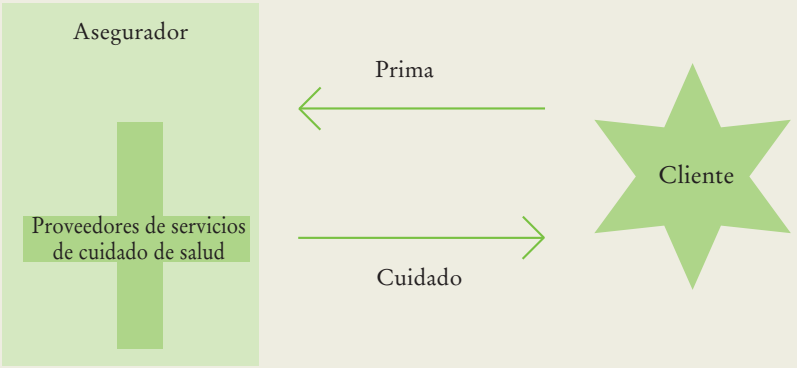
El programa BRAC Health, de Bangladesh, está principalmente dirigido a la comunidad, con una atención particular a los niños y las mujeres, aunque los hombres no están específicamente excluidos. El esquema es implantado a través de tres niveles. El primer nivel es un conjunto de trabajadores de salud 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.

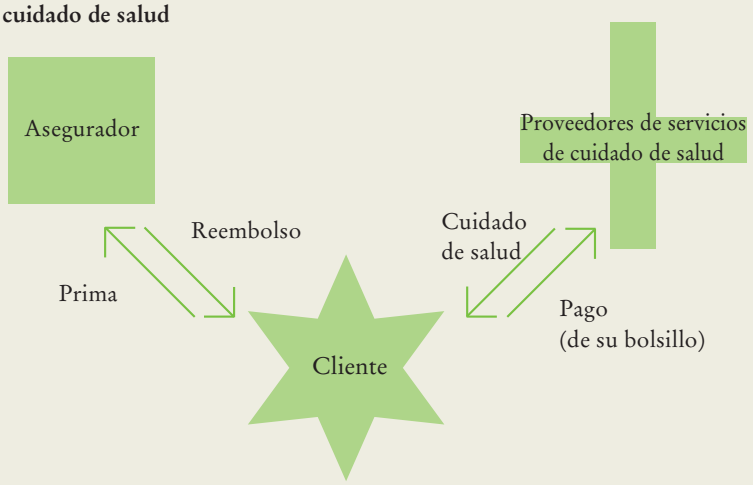
Figura 8

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 puedo 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**

Tareas	*Características*
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 desease 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**

Tareas	*Características*
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 mejorías 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 radio 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 Grameen 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

	Reclamaciones / primas totales (%)	*Tasa de gastos (%) (Gastos totales / Ingreso total)*	*Costos administrativos / Primas (%)*	*Primas de reaseguradados / Ingreso de primas (%)*	*Tasa de renovación (%)*
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**

Tareas	*Características*
Manejo financiero	Uso de mercados
	Aplicación de destrezas y de conocimientos
Monitoreo de la estabilidad de un grupo de seguros	Monitoreo de pérdidas (en retrospección)
	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 precondición 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, movilizando 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 Wohner (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 Acumulating 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 (Rutherfor, 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 tarifación 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 Melser, 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)**

Institución	*Tata-AIG (US$)*	*Delta Life (US$)*
País	India	Bangladesh
PNB per capita (2003 UNDP)	564	376
Nombre de la póliza	Karuna Yojana	Seguro total (con ganancias)
Término	15años	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. Tienden 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. TUW 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, TUW 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 cobertura[6] 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 dotal 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 impropiamente.[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 Committe 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 explorse 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 organizacion 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 IFM 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 impropiamente 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 prestamos 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 x la cantidad total de la prima / 52] x 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 una u otra forma 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 funeral 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 funeral 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 numero 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**

	Características del producto y sus políticas
Tipo de microseguro	Seguro de vida comppulsorio
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 terminus de estructura legal, un MBA puede proveer pólizas individuales a cada asegurado y rastrearlos como individuos
Término	Renovaciones son combinadas con renovaciones de prestamos
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 estatuarias. 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 **Clases de beneficios por primas mínimas y máximas en Yasiru**

Clase de beneficios	*Primas mensuales* *Minimum* LKR 5–15	*Maximum* 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 cumpli 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 **Cobertura de mercado de productos de seguro de vida voluntarios seleccionados**

Organización de microseguro	*Número de asegurados (vida voluntaria)*	*Tamaño del mercado*	*Cuota de mercado (market share)*
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 IFM 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 complemente 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 conmoción 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.

Riegos 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 areas 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

Proyecto 1	*Miembro*	*Cónyuge*	*Niños*	*Familia*
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

Proyecto 2	*Miembro*	*Cónyuge*	*Niños*	*Familia*
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 disponoble 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.

3 Operaciones del microseguro

3.1 Diseño de productos y seguro de manejo de riesgos

John Wipf, Dominic Liber y Craig Churchill[1]

Los autores desean agradecer a Bruno Galland (CIDR), Herbert Meister (Munich Re), Aude de Mostequiou (CGAP) y Ellis Wohlner (consultor de SIDA) su valiosa contribución y sugerencias.

El diseño de productos de microseguro sigue las mismas reglas que el seguro tradicional. El asegurador necesita establecer la demanda del seguro en el mercado, determinar qué riesgos son asegurables y determinar los procesos de administración de riesgos para asegurar la viabilidad del producto.

El diseño de productos de microseguro, sin embargo, tiene ciertas complicaciones únicas. Algunos retos particulares surgen de las primas pequeñas, de los beneficios esperados por los recursos limitados del mercado y de la carencia severa de flujo de dinero en efectivo, lo que restringe el ámbito de la suscripción, la gestión de reclamaciones y la complejidad de los productos. Estos retos requieren escalas, innovación, eficiencia, simplicidad y un manejo de riesgos inteligente.

Más aún, la labor de algunos microaseguradores es incluso más complicada que la de las compañías de seguros. Los disparadores financieros y económicos de un negocio de seguro fuerte pueden complementarse mediante el desarrollo de una agencia, por ejemplo, para expandir el acceso lo más ampliamente posible y para asegurar la inclusión de ciertos riesgos que pudieran estar excluidos comercialmente. No todos los microaseguradores están sujetos a esta influencia, pero, cuando lo están, es fundamental que los principios de un manejo de riesgos eficiente no se sacrifiquen. Donde se asume un riesgo «no comercial», este debe ser comprendido y administrado.

Según se explica en el Capítulo 1.2, no hay soluciones del tipo «un tamaño para todo uso». Las necesidades del cliente, las preferencias, los mecanismos apropiados de entrega y los requisitos de regulación varían extensamente entre un territorio y otro. El conocimiento profundo de las condiciones locales es un prerrequisito para diseñar productos de microseguro exitosos.

Esta visión general del diseño de productos contesta a los siguientes interrogantes:

[1] En este capítulo, las referencias a RIMANSI y a la investigación de mercado en Filipinas, a Dong Trieu (Vietnam), African Life (Suráfrica) y Constant Foundation (Georgia) se derivan de las experiencias de los autores, y no de estudios de casos.

– ¿Cuáles son las demandas del grupo-meta?
– ¿Quién es cliente potencial del microseguro?
– ¿Cuáles son los términos de cobertura y las opciones de pago de prima?
– ¿Cuáles son los beneficios?
– ¿Cómo el diseño de productos contribuye al control de los riesgos del seguro?

1 Investigación del mercado

1.1 Investigación inicial del mercado

El proceso de diseño del producto comienza con la investigación del mercado, la que conlleva cuatro pasos básicos.

a) Definir el mercado-meta

Algunas organizaciones, tales como las instituciones de microfinanzas, pueden determinar que el mercado de seguro es el mismo que el mercado de ahorro y crédito existente. Otras, pueden introducir el seguro para ganar acceso a nuevos mercados —por ejemplo, las personas que no están interesadas en pedir crédito, pero que quieren tener seguro—. Una decisión importante es si el microasegurador puede alcanzar a los más vulnerables o si quiere dar servicio a una comunidad de bajos ingresos más amplia en virtud de una gama de opciones de productos. Por ejemplo, los esquemas de seguros de salud de BRAC y de Grameen Kalyan, en Bangladesh, no sólo sirven a los miembros de sus correspondientes IMF, sino a la comunidad en general, cobrando primas más altas a los miembros como parte de la estrategia de sostenibilidad de la organización.

b) Identificar qué riesgos se afrontan y es necesario asegurar (y qué riesgos son asegurables)

La identificación de la demanda ayudará a identificar los eventos asegurables más necesitados de cobertura: ¿qué riesgos son más preocupantes para los grupos-meta?, ¿cuáles son más difíciles de afrontar a través de mecanismos informales? Según se ilustra en el Capítulo 1.2, las personas de bajos ingresos se preocupan especialmente por la muerte prematura de los jefes de familia, por sus propias enfermedades y por los miembros de su familia. A menudo, los pobres cuentan con algunos mecanismos para enfrentar esos eventos a nivel del hogar y/o de la comunidad a través de los ahorros, los préstamos y la reciprocidad. El seguro debe asumir estos mecanismos ya existentes.

c) Determinar qué características del producto son importantes para el mercado-meta

El tercer paso es determinar los criterios y demandas del mercado-meta y recopilar información en cuanto a los detalles de productos específicos, tales

como los niveles de cobertura (por ejemplo, las sumas aseguradas), los tipos de beneficios (por ejemplo, si son ofrecidos en el hospital o fuera de este, y los medicamentos) y cuáles de estos beneficios son más importantes para el cliente. Para el seguro de vida, por ejemplo, se demanda una cobertura pura de seguro (como sería un seguro de vida a plazo) o un seguro con un componente de ahorro (como sería el seguro de vida dotal). ¿Están interesados en cubrir sólo a su persona o prefieren incluir a sus cónyuges o a su familia entera? ¿En qué plazo necesitarían recibir los pagos por reclamación? ¿Dónde pueden los tenedores de pólizas hacer pagos de primas o cursar las reclamaciones?

d) Establecer cuánto pueden o están dispuestos a pagar, potencialmente, los tenedores de pólizas

Finalmente, es necesario determinar lo que el mercado-meta está dispuesto a pagar por estos servicios. La demanda puede variar tremendamente incluso dentro del mismo país. Dos encuestas a clientes de microfinanzas en Filipinas arrojaron resultados muy distintos. Los prestatarios de una IFM en la región central de Luzón querían al menos 120.000 Php ($2.160) en cobertura de seguro de vida para sí mismos y 60.000 Php ($1.080) para sus cónyuges y niños, y estaban dispuestos a pagar por ello tras haber estado obligados a pagar primas a la IFM dentro de un programa anterior de seguro. Una muestra de clientes similares de una IFM en Mindanao del Norte indica que podrían, a lo sumo, pagar primas que ofrecieran 30.000 Php ($540) de cobertura para sí mismos, 10.000 Php ($180) para su cónyuge y 5.000 Php ($90) por la muerte de un hijo.[2]

Es útil investigar las preferencias en cuanto a costos y diseño de productos en conjunto. Toda persona quisiera que sus reclamaciones se pagaran inmediatamente, o tener cobertura para su familia entera. Pero ¿cuánto estarían dispuestos a pagar por estas características? Dadas las limitaciones de costos que enfrenta el mercado-meta, un enlace explícito entre el diseño de productos y las consecuencias financieras ayuda a los clientes a tomar decisiones apropiadas basadas en el valor, mientras que afianzan su participación por compra en el esquema. Un ejemplo de este tipo de proceso se ha diseñado bajo el programa social Re para permitir decisiones sensatas en torno al diseño de un paquete de beneficios (Dror y Prekker, 2002).

Cuando se evalúa cuánto estarían dispuestos a pagar, a través de grupos focales o de entrevistas individuales, los clientes pueden subestimar su capacidad de pago, lo que podría resultar en cancelaciones subsiguientes. La infor-

[2] La investigación fue conducida por RIMANSI (Reach Management Solutions, Inc.), un centro de recursos de microseguro de Filipinas.

mación sobre el nivel del ingresos es otro medio, tal vez más fiable, de evaluar la capacidad de pago de la población-meta. Por ejemplo, cuando se compara el ingreso anual con la contribución actual pagada por un microseguro de salud, CIDR encontró que los hogares pobres en África occidental no dedicaban más del 2% de sus ingresos para ello (Galland, 2005a). Cuando se diseña un producto para los pobres, hay que tener en cuenta, además, que el ingreso puede cambiar de un año a otro. Un producto asequible durante un año puede no serlo al siguiente.

1.2 Investigación continua del mercado

La investigación del mercado no puede dejarse a un lado una vez que se introduce un producto. Los aseguradores deben mantener contacto con sus clientes periódicamente para asegurar que los servicios que ofrecen son todavía relevantes y valiosos para los clientes.

Es alto el número de colapsos experimentados por los microaseguradores como consecuencia de haber descuidado la atención a las variaciones del mercado: los elementos problemáticos del diseño de producto deben ser identificados y, siempre que sea posible, rectificados para asegurar que su viabilidad sea posible a lo largo del tiempo. Las renovaciones de pólizas o su persistencia y las nuevas tarifas comerciales, tomadas en conjunto, proporcionan información útil sobre el valor que perciben los clientes, y son aspectos que deberían ser estudiados continua y cuidadosamente. La investigación cualitativa, como la basada en discusiones de grupos focales, también puede ofrecer una mejor perspectiva en torno a los mecanismos del mercado y a las preferencias e insatisfacciones de los clientes.

1.3 La educación del consumidor

Debe evaluarse también la exposición o la familiaridad del mercado-meta al seguro. Según se discute en el Capítulo 3.2, si el mercado no comprende lo que es el seguro y no tiene confianza en él, entonces los clientes deben incluirse en la entrega del producto y en su mercadeo. El conocimiento sobre las preferencias y preocupaciones de los tenedores de póliza existentes también ayudarán al asegurador a diseñar una educación financiera apropiada para gestionar las expectativas del tenedor de la póliza.

1.4 La competencia

Hasta la fecha, muchas iniciativas de microseguro han sido las primeras en moverse hacia el mercado local, pioneras en un territorio virgen sin competencia. Según pasa el tiempo, no parece que esto vaya a cambiar, ya que los

competidores entran en el mercado con productos cada vez mejores. Es importante, por consiguiente, recopilar información en el mercado sobre lo que los competidores ofrecen y la percepción del mercado con respecto a esta oferta a la hora de considerar un nuevo producto.

¿Qué ventajas se siguen de ser «un observador inteligente», que aprende de los errores de quienes han sido pioneros? Las IMF de Uganda que colaboraron con AIG entre 2000 y 2002 se basaron en la experiencia de FINCA Uganda, la primera organización que se interesó en seguros orientados al mercado de bajos ingresos. Los costos de introducir seguros para estas organizaciones fueron significativamente más bajos que los que en su día asumió FINCA.

2 Elegibilidad

¿Quién es candidato a obtener cobertura? Esta difícil pregunta debe considerarse en el contexto de los objetivos del microasegurador y de las preferencias de los clientes, pero con una conciencia aguda en cuanto a los principios de distribución de riesgos aplicables. Para el microseguro, la meta es alcanzar un balance entre la incursión amplia, los beneficios suficientes, las primas bajas y la sostenibilidad. Las consideraciones de elegibilidad pueden venir dadas simplemente por circunstancias económicas, ya que un volumen grande de clientes con sumas nominales de primas requiere un mínimo de trabajo de suscripción, lo que permite una inclusión más amplia. También puede haber objetivos sociales que requieren una inclusión mayor.

Cuando se determina la elegibilidad, es necesario considerar si el producto está diseñado para grupos o para individuos, si debería ser obligatorio o voluntario y qué visión desea adoptar el asegurador para cubrir a personas de mayor riesgo.

2.1 Seguro grupal

La característica principal que distingue al seguro comercial de grupo del seguro individual es que en el primero muchas personas están aseguradas bajo una misma póliza maestra. El tenedor de una póliza grupal decide qué tipo de cobertura comprar para los miembros del grupo; es responsable de la inscripción de los miembros, del cobro de primas, de entregar los certificados de seguro, de dar información sobre el producto y de ayudar a los miembros a cursar las reclamaciones. La póliza describe y define a los miembros del grupo.

Las guías de suscripción para seguro grupal generalmente comienzan especificando los requisitos que definen al grupo. El criterio principal es que el grupo debe haberse formado por razones diferentes a la obtención

del seguro. Por ejemplo, si una compañía de servicios públicos (agua, luz, etc.) requiere que el hogar esté asegurado como condición para la prestación de sus servicios, entonces el grupo está claramente definido y la cobertura de seguro se requiere como medio para tener acceso a la energía o al servicio de que se trate. Es altamente improbable que una familia quisiera adquirir una conexión eléctrica para obtener acceso al seguro. Este mecanismo limita el ámbito para la selección adversa y permite una suscripción y un manejo de riesgos más solvente. Ejemplos de grupos identificados por los aseguradores como meta son los empleados de una determinada compañía, los miembros de una unión laboral o grupos de afinidad como las asociaciones profesionales.

El seguro de responsabilidad obligatorio es el tipo más común de microseguro. Por ejemplo, los programas de microseguro generados por muchas IFM son parecidos a la membresía CARD MBA en Filipinas, compuestos íntegramente por prestatarios de CARD. La membresía de CARD MBA es un grupo de riesgo muy bajo. Hay un mínimo de selección adversa gracias a la participación obligatoria; todos los participantes son mujeres entre los 16 y los 64 años de edad y están activamente comprometidas con sus respectivos modos de ganarse la vida (para los cuales toman a préstamo de la IMF); el grupo es, por tanto, relativamente homogéneo y tiene en promedio buena salud. Para minimizar el riesgo, los 30.000 tenedores de cuentas de ahorros en CARD Bank no pueden participar en el MBA, porque la cobertura electiva aumentaría los costos de reclamación, mientras que la cobertura obligatoria es difícil de vender a personas que ya tienen cuenta de ahorro.

Para que sea acorde a la demanda y enfocada en el cliente, parecería que la cobertura voluntaria es la más apropiada. Sin embargo, en el campo del seguro y del microseguro en particular, donde la capacidad de pagarlo es tan importante, existe un fuerte argumento en pro de la cobertura obligatoria. El seguro obligatorio:

- Reduce el costo por el volumen más alto de clientes y los menores gastos derivados de cobros de prima y de suscripción.
- Minimiza el tiempo, porque toma una base más amplia y limita la selección adversa.
- Mejora las tasas de reclamación porque agrupa a los individuos de menor riesgo (selección positiva), que de otro modo optarían por no tenerlo o esperarían para conseguir cobertura cuando tuvieran mayor edad.
- Reduce la vulnerabilidad del fraude administrativo, ya que la posibilidad de que los agentes puedan vender pólizas y quedarse con la prima son menores.

Una de las desventajas principales de la cobertura obligatoria, además del hecho de que obliga a comprar algo que puede no necesitarse, es que el sistema de distribución tiende a obviar la necesidad de los consumidores de tener información. Esto se desprende claramente de una investigación realizada en Uganda, donde muchos de los clientes desconocían significativamente las posibilidades de cobertura, lo que resultaba en una insatisfacción profunda (McCord *et al.*, 2005a). Según se discute en el próximo capítulo, cuando se ofrece cobertura obligatoria, los microaseguradores (o sus agentes) necesitan difundir constantemente los valores positivos del programa. Los clientes han de ser constantemente educados en torno a los beneficios de comprar un servicio intangible; por ejemplo, la seguridad y la tranquilidad mental.

2.2 Seguro grupal voluntario

El seguro grupal puede ofrecerse sobre una base voluntaria de dos maneras distintas: incluir a todos los miembros del grupo a menos que declinen específicamente la cobertura, o dar la opción a cada miembro del grupo de inscribirse en el esquema. Los costos y riegos asociados con la primera opción se acercan más a los de una cobertura obligatoria, mientras que la segunda opción es más parecida al seguro individual y alberga mayor posibilidad de selección adversa. A veces quedan áreas difuminadas entre el seguro grupal y la cobertura individual. Por ejemplo, tanto VimoSEWA (India) como ServiPerú tienen polizas grupales de compañías de seguros, pero se mercadean y se venden individualmente.

Si los asegurados potenciales no estan ya en grupos, entonces una estrategia empleada por algunos microaseguradores es crear dichos grupos. Este es el enfoque utilizado por las *mutuelles de santé*, como es la UMSGF (Guinea), a través de las cuales las comunidades rurales se organizan en grupos, y los grupos se integran en mutualistas, y las mutualistas se afilian a federaciones. Para vencer el riesgo de selección adversa que surge de los grupos expresamente creados para propósitos de seguros, la UMSGF estimula a todos los miembros de la comunidad a inscribirse, y la membresía es muchas veces concedida sobre una base familiar.

Los proveedores de microseguro pueden combinar las ventajas de la cobertura obligatoria y voluntaria de muchas maneras. Una forma de hacer el seguro obligatorio para todos los miembros de un grupo existente (lo que minimiza la selección adversa) es darles dos o tres opciones a elegir. Esto permite que los miembros opten por el nivel de cobertura que prefieren y aumenta la probabilidad de que reciban suficiente información para tomar una decisión educada. Hay que tener cuidado de no ofrecer demasiadas opciones, porque los individuos de más alto riesgo tienden a maximizar su cobertura, lo que reduce la ganancia por la participación en grupo.

Otro enfoque, común en algunas IMF, es ofrecer una cobertura de tipo «todo o nada» al nivel de grupo de deudores, como sería el banco de la aldea. Por ejemplo, en el arreglo inicial FINCA-AIG en Uganda, todos los miembros tenían que acogerse a la cobertura o ninguno la tendría, lo que simplificó la administración y generó un control de selección adversa, ya que los individuos no podían optar.

2.3 Seguro individual

Al otro lado del espectro se hallan las membresías ya citadas de MHIB de BRAC y de Grameen Kaylan, en Bangladesh. Aunque muchos de sus miembros vienen de las IMF asociadas, los esquemas también reclutan al público en general cobrando una prima un poco más alta y tarifas de copago. Se trata de ejemplos de microseguro individual (ya que permite la participación opcional), como son las polizas de seguro dotal ofrecidas por Tata-AIG (India) y Delta Life (Bangladesh). El microseguro individual es posible, pero requiere una participación alta entre el mercado-meta potencial para alcanzar los resultados financieros deseados.

El seguro individual puede costar más de la mitad de la cobertura grupal debido a costos de venta más altos, suscripción, administración y reclamaciones. Los costos de reclamación del seguro individual pueden reducirse a través de una suscripción más rigurosa, tal como sería la evaluación médica (que permite identificar los riesgos o los limita con una cobertura menor). Para el microseguro, sin embargo, esta preevaluación pudiera no tener sentido financiero, porque la cuantía de la cobertura es muy pequeña, y pudiera también controvertir la agenda social.

Ahí está el *quid* del funcionamiento del microseguro. Sería relativamente fácil si la población-meta fuera un grupo bien organizado que pudiera asumir un esquema de seguro grupal, pero es bastante más complicado por motivo de los altos costos de entrega y de procesamiento de reclamaciones. ¿Bajo qué circunstancias tendría sentido el microseguro individual? Tendría sentido cuando un grupo está cubierto por un producto de vida obligatorio y quiere tener una cobertura electiva adicional. La cobertura individual puede ser también justificable, aunque costosa, cuando la población-meta no está organizada.

Una ventaja clave del seguro individual es que el individuo puede continuar bajo cobertura una vez acaba su pertenencia al grupo, por ejemplo, cuando los clientes de la IMF co-requieren más prestamos. Las coberturas grupales pueden convertirse en pólizas individuales por medio de opciones de continuidad. En la medida en que la cobertura de grupo descansa en la infraestructura que apoya al grupo (por ejemplo, utilizando los mecanismos

de la IMF para el cobro de primas) las pólizas de continuidad pudieran acarrear tarifas y costos adicionales.

Según se discute a continuación, el seguro individual puede hacerse más viable con características en el diseño del producto que limiten su ámbito para la selección adversa, incluyendo declaraciones de salud, periodos de espera y beneficios por incrementos. También podrían ofrecerse coberturas individuales para el mercado de bajos ingresos si pudiera utilizarse la tecnología para minimizar los costos de operación, aunque no se identificaron ejemplos de ello en los estudios de casos.

2.4 Incluir o no incluir

Un aspecto único del microseguro es la conveniencia de hacerlo ampliamente inclusivo. Como regla general, los aseguradores limitan su exposición excluyendo los riesgos más altos, tales como personas de mayor edad o aquellas con condiciones preexistentes. El reto para el micro seguro es encontrar el modo de servir a las familias vulnerables con tarifas asequibles a lo largo de un plazo dilatado. Hay varios puntos que considerar:

- Una inclusión más amplia conlleva un atrayente social y de mercadeo. En algunos contextos, el mercado-meta prefiere subvencionar a los individuos de más alto riesgo, tal y como los miembros del Fondo de Ayuda Mutua Dong Trieu, en Vietnam, indicaron en una encuesta reciente, y también se ha dado en Indonesia (McCord *et al.*, 2005b) y en Camboya (McCord, 2001), mientras que en otros contextos hay una mayor preferencia por la exclusión para reducir los costos de la prima.
- Una inclusión más amplia produce unos costos operacionales más bajos al reducir los gastos de evaluación, mientras se aceptan personas de más alto riesgo y los costos de reclamación resultantes. Se requiere un volumen significativo de clientes para justificar esta estrategia.
- Los individuos de alto riesgo pueden incluirse si los beneficios se limitan, o si las primas son correlativamente más altas para los miembros de más riesgo que para el resto del grupo. Tanto uno como otro enfoque reducen la subvención-cruzada de los individuos de más riesgo por el resto del grupo, y apoyan una inclusión más amplia sobre una base sustentable.
- Un racional económico sólido también entra en consideración: los costos de dar seguimiento y fiscalizar las exclusiones deben sopesarse en comparación con las reclamaciones que se evitan; las pequeñas sumas aseguradas por los productos de microseguro no pueden respaldar procesos complejos de preevaluación ni de validación de reclamaciones.

Mientras que los esquemas a menudo están dispuestos a aceptar miembros de alto riesgo, pudieran ser reacios a incluir a tenedores de póliza de edad avanzada. La mayoría de los esquemas tienen topes por edad —60 años de edad para VimoSEWA y 67 años de edad para el beneficio por hospitalización de ServiPerú—, aunque algunos, como UMSFG, no tienen limitaciones por edad. Para suavizar el golpe de tener que pedirle a los miembros que se salgan del esquema justo cuando estan a punto de necesitar los beneficios, algunos microaseguradores, tales como CARD MBA y Yasser (Sri Lanka) ofrecen un pago por su salida.

Cubrir a los miembros de más edad puede ser posible o no. El compromiso estriba entre ofrecer primas más bajas para comercializar el programa más efectivamente a todo el mundo, o primas más altas para poder ser más inclusivos. Si la intención es ser inclusivos, ¿deberían todos pagar primas más altas, o sólo los miembros más viejos, o deberían recibir estos menos beneficio para minimizar la subvención por parte de los miembros más jóvenes? La mejor solución es explicar la diferencia entre el costo de una membresía de por vida y otra que finaliza a una edad temprana, y dejar que los tenedores de polizas decidan.

3 Términos y opciones de pago

3.1 Términos de la cobertura

Muchos productos de microseguro se contratan para doce meses o menos. Estas pólizas a corto plazo son generalmente preferibles por los aseguradores porque el seguro a largo plazo conlleva unos compromisos permanentes a un riesgo mayor —es más fácil predecir la probabilidad de un evento asegurado en el próximo año, que uno durante los próximos diez años—. Un asegurador necesita ser conservador al dar garantías de corto a medio plazo y debe cerciorarse de que se incluyen suficientes márgenes en las tarifas para compensar por error *(véase el Capítulo 3.5)*. Desde la perspectiva del regulador, la cobertura a largo plazo es supervisada más de cerca dadas las consecuencias tan devastadoras que una tasa de interés equivocada o asunciones de mortalidad erróneas pueden tener en el asegurador.

Para el asegurado, la ventaja de una cobertura a largo plazo es que tendrá protección incluso si desarrolla una condición. Por otro lado, es generalmente más cara en los primeros años que una cobertura renovable; si el seguro se ofrece junto con el préstamo, se recomienda generalmente que los plazos del seguro y del préstamo se cumplan al mismo tiempo, de modo que el cliente tenga la oportunidad de renovarlos a la vez. En Zambia, CETZAM y NICO Insurance tenían un arreglo interesante mediante el cual el seguro se prolon-

gaba dos semanas después de terminar el préstamo para que los prestatarios pudieran mantener la cobertura de seguro entre préstamos, ya que suele darse un corto periodo de tiempo entre la conclusión de un préstamo y el comienzo del otro.

Cuando el plazo del seguro es significativamente más largo que el del préstamo, sin embargo, las organizaciones tienen problemas por falta de pago. Por ejemplo, Tata-AIG vendió inicialmente sus pólizas de vida a cinco y quince años a través de instituciones microfinancieras. Sin embargo, de las casi 10.000 pólizas vendidas entre 2002 y 2003, sólo el 14% seguían activas en 2005. Una tasa de colapsos tan alta se atribuye principalmente a los clientes que dejaron de tomar a préstamo, puesto que si tomaban prestado, la IFM no tenía un sistema administrativo que permitiera seguir cobrando la prima.

Las coberturas a corto plazo tienen un arreglo a término para la renovación a través del cual el tenedor de póliza puede seguir con la cobertura hasta un máximo de edad sin suscripción ni aplicaciones adicionales, siempre y cuando pague la prima. Los plazos renovables combinan las ventajas de la cobertura a corto y a largo plazo. El asegurado tiene cobertura garantizada aunque el asegurador puede ajustar la tarifa hacia arriba o hacia abajo, dependiendo de la experiencia. La opción de renovación puede estar sujeta a la selección adversa, en que los tenedores de póliza estarán más inclinados a renovar su cobertura, y esto deberá tenerse en cuenta al establecer la tarifa.

Las preferencias locales son importantes para determinar el término. Microcare, en Uganda, ha pasado de los productos a un plazo de cuatro meses (en correlación a los ciclos de los préstamos) a una cobertura anual en respuesta a la demanda de la clientela. En contraposición, VimoSEWA ha tenido la experiencia opuesta. Históricamente sólo proveía ciclos de seguro a doce meses, pero ahora está experimentando con plazos a tres meses, ya que los clientes querían intervalos más regulares para las primas y la renovación de cobertura. En general, los plazos más cortos tienen costos operacionales altos, al igual que un costo significativo en las no renovaciones, porque cuanto más corto es el plazo, más frecuentemente debe tomar el cliente la decisión de compra, dejando menos tiempo para que el efecto demostrativo sea palpable.

3.2 Frecuencia de pago de prima

El mercado-meta del microseguro a menudo tiene fluctuaciones de dinero en efectivo que son irregulares e impredecibles. Para minimizar los colapsos (y maximizar las renovaciones), el mecanismo de pago de prima tiene que encontrar la forma de repartir los pagos a fin de que correspondan con los periodos en que las familias tienen un excedente de ingresos.

Cuando Delta Life comenzó a ofrecer microseguro, asumió que los pobres tenían que pagar prima sobre una base semanal porque eso es lo que hacían en Grameen, BRAC y en otras IMF de Bangladesh. Para lograr esto, Delta empleó a su personal de campo para ir de puerta en puerta cobrando primas de todos los tenedores de pólizas, en sus casas o en su trabajo, semanalmente. Este método no sólo se demostró extremadamente costoso para Delta, sino que tampoco alcanzó a cubrir las necesidades de los clientes. Cuando Delta introdujo opciones mensuales, trimestrales, semianuales o anuales, encontró que diferentes segmentos del mercado tenían diferentes preferencias.

Al determinar los itinerarios de pago de prima, otro factor que debe considerarse es el valor-tiempo del dinero. Según se describe en el Capítulo 3.5, cuando los aseguradores reciben la prima por adelantado, pueden invertirla; el rendimiento de esa inversión se utiliza, al menos en parte, para mantener el costo del seguro más bajo. Así, por lo general, los aseguradores prefieren el pago por adelantado en vez de por plazos.

Desde la perspectiva del asegurador, los pagos por adelantado también eliminan o reducen los problemas de colapso de las pólizas. Los colapsos de póliza ocurren cuando el tenedor de la póliza deja de pagar dentro de un periodo específico de tiempo, caso similar al de un deudor que deja de pagar uno de los plazos del préstamo.[3] La gran diferencia con el pago de un préstamo es que el prestamista sigue queriendo cobrar, mientras que una póliza colapsada podría conllevar una ventaja financiera para el asegurador, que ya no está obligado a proveer los beneficios del seguro, según se ilustra en el cuadro 26.[4]

Cuadro 26

Colapsos en Delta Life

Desde el principio, los productos de microseguro de Delta han sido voluntarios. El hecho de que el asegurador haya vendido casi dos millones de pólizas a lo largo de los años sugiere que existe cierto nivel de satisfacción del cliente. Sin embargo, menos de la mitad de esas pólizas todavía está en vigor, lo que posiblemente refleja una falta de conexión entre el diseño del producto y las necesidades del cliente. Una medida razonable de la satisfacción del cliente puede ser el pago continuado de las primas. Cuando las personas se sienten insatisfechas, dejan de contribuir. Ciertamente, los colapsos pueden deberse a otros factores, pero todavía constituyen un indicador razonable de la falta de satisfacción.

[3] Las caídas (o lapsos) constituyen un problema con las pólizas a largo plazo con pagos periódicos de primas. Para el seguro a corto plazo, el concepto correspondiente es la no renovación.

[4] De ordinario, una póliza que se cae por falta de pago puede activarse mediante el pago de las primas no pagadas y una suscripción adicional.

De las 1,9 millones de pólizas vendidas por Delta Life hasta septiembre de 2004, el 57% son inactivas. En algunos casos, esto se debe a la madurez y a transacciones. Las pólizas inactivas pueden ser el resultado de cambios en la situación financiera del cliente, o de diferencias entre lo que pensaba que estaba comprando y lo que compró realmente. En cambio, la causa puede ser simplemente la falta de satisfacción con el producto. Los clientes se han quejado de tardanzas en el curso de reclamaciones y en el pago de las mismas a través de cheques-cruzados, lo que les obliga a abrir una cuenta bancaria. Algunos tenedores de póliza comparan negativamente los rendimientos de Delta Life con los de los bancos.

La gerencia reconoce que tiene un problema con los colapsos. En el pasado, los colapsos no eran una prioridad, tal vez porque la organización se beneficiaba cuando las pólizas caían por falta de pago. El personal de campo no tenía seguimiento ni recibía reconocimiento del número de pólizas en vigor, y tampoco recibía entrenamiento sobre cómo incentivar pagos puntuales. Delta anticipa, sin embargo, que una reestructuración y un mejor manejo de la información mejorarían la situación.

Fuente: Adaptado de McCord y Churchill, 2005.

Según se describe en el Capítulo 2.2, una manera de prevenir los colapsos en pólizas de seguro dotal es a través de una cláusula de no-incautación. De forma perecida, el producto primario para una asociación de beneficios mutuos en las Filipinas, según requiere la ley, es el seguro de vida con participación compulsoria de todos los miembros del MBA. Según la ley aplicable, el 50% de la prima bruta tiene que consignarse por separado como activo de la membresía. Si una póliza colapsa, sin embargo, entonces la equidad puede ser utilizada por el MBA como un préstamo de prima, de modo que la cobertura continúe, al menos hasta que el activo se consuma. Si el miembro quiere entonces la preinstalación, se le requiere que primero cubra la suma tomada a préstamo. Es obvio que este canibalismo del valor de la póliza termina minando la utilidad del seguro como un vehículo de ahorro a largo plazo, pero al menos la cobertura permanece en vigor.

3.3 Mecanismo de pago de prima

Según se describe en el Capítulo 3.3, además de minimizar los colapsos y las no renovaciones, el otro factor crítico que debe considerase al diseñar los métodos de pago de prima es el mantenimiento de los costos administrativos (y los costos de transacción para el cliente) lo más bajos posible. Como regla general, el mejor momento para cobrar la prima es cuando los tenedores de pólizas tienen dinero en efectivo, como por ejemplo en el momento de la

cosecha o cuando reciben un préstamo o una transferencia en efectivo del gobierno. Todavía mejor es cobrar la prima de la fuente de ingreso, de modo que las primas puedan agruparse para múltiples clientes. Por ejemplo, Yeshasvini en la India cobra las primas de las cooperativas de los productores que deducen la suma de los ingresos de los miembros.

La cobertura grupal tiene la ventaja de refinar el proceso de cobro de la prima: podría haber un solo tenedor de póliza que cobra la prima en nombre de muchas personas. El cobro de la prima se deja externa y efectivamente a cargo de dicho tenedor de póliza.

Para refinar los pagos de prima, otra estrategia común es «cargarla sobre» otra transacción financiera. Por ejemplo, una de las maneras más fáciles de alcanzar renovaciones más altas y costos administrativos más bajos es vincular el pago de la prima a un préstamo, ya que los clientes tienen dinero en efectivo cuando reciben el préstamo y pueden pagar la prima fácilmente. El fallo de este enfoque es que sólo los clientes que reciben un préstamo pueden obtener cobertura.

Otro enfoque es deducir la prima de una cuenta de ahorros, como hacen en La Equidad, en Colombia, y en otros esquemas. Esta estrategia es muy recomendada en el Capítulo 2.3, siempre que los clientes sepan que se les está deduciendo el dinero. Otro vínculo innovador entre el ahorro y el seguro es establecer una cuenta de depósito con una tasa de interés fijo y dejar que el interés pague la prima de seguro, estrategia que VimoSEWA utiliza con éxito. Un reto de este método es que los clientes más pobres puedan ahorrar suficiente dinero para depositarlo en la cuenta. ¿Qué hace un asegurador cuando sus clientes no tienen un lugar fijo para vivir y trabajar, mucho menos una cuenta de ahorros? Hay otras maneras de «montar» un pago sobre otro en la economía informal. Por ejemplo, African Life encontró que muchos de sus clientes potenciales de uno de sus productos de menor precio en África del Sur tenían en común la práctica regular de ir a la iglesia cada domingo. Así, emitió unas «libretas» a sus clientes, que les eran estampadas en la iglesia cuando llevaban su pago semanal de la prima.

3.4 Cuantía de la prima

Es una práctica estándar que los aseguradores apliquen diferentes tarifas de prima dependiendo en la edad y sexo del tenedor de la póliza, especialmente en el caso del seguro individual. Para el microasegurador esto añade un nivel de complejidad que puede ser difícil de comprender tanto por el personal, como por los clientes. Dentro del contexto del modelo socio-agente, algunas IMF, incluyendo a TSKI (Filipinas) y Shepherd (India), han negociado con los aseguradores para ofrecer una tarifa única para todas las edades *(veáse el Cuadro 27)*.

Un tipo de arreglo como este es posible cuando la suma asegurada es pequeña, si hay un influjo continuo de miembros más jóvenes, si hay un máximo de cobertura y/o de edad de entrada y una revisión actuarial anual de la tarifa. Para las pólizas de mayor valor o de participación electiva, la IMF probablemente tendrá que implantar tarifas estructuradas por edad, preparadas por el asegurador o por el actuario.[5] Independientemente de los términos de la prima, es difícil sobreenfatizar la importancia de controlar los impagos de prima. Muchos esquemas de seguro han fallado por proporcionar cobertura sin cobrar la prima.

Cuadro 27 **Una tarifa fija para Shepherd**

Cuando Shepherd estaba desarrollando un producto de hospitalización con la United India Insurance Company (UIIC), uno de los puntos álgidos de la negociación fueron los contornos de edad propuestos por el asegurador. En un principio, UIIC quería ofrecer una prima mas baja para los miembros entre 18 y 45 años de edad, y cobrar a aquellos en el segmento entre los 46 y los 60 años una tarifa mayor. Como es su costumbre, Shepherd llevó esta propuesta a sus miembros, quienes expresaron preocupaciones significativas y prefirieron en cambio un precio uniforme. Dadas las complicaciones que surgen de tratar de determinar la edad de una persona en los campos de la India, y los costos administrativos y dificultades en segregar a los tenedores de pólizas en dos categorías, esta fue probablemente una elección afortunada.

Fuente: Adaptado de Roth et al., 2005.

4 Beneficios

Los beneficios que ofrece un producto de seguro deberían ser ampliamente determinados por la investigación en torno a la demanda: ¿para qué necesita la gente cobertura? La lección general es que los beneficios del microseguro deben ser lo más simples posible por varias razones. Primero, para mantener las primas bajas, los costos administrativos tienen que mantenerse bajos; y es más fácil alcanzar este objetivo si los beneficios son claros. Los productos más complejos podrían administrarse de manera más costo-efectiva si la organización tuviera un sistema de procesar información, aunque esta no parece ser un área en la que los microaseguradores hayan sobresalido.

Segundo, el mercado-meta para los microaseguradores es a menudo analfabeto o carente de educación, y no tiene experiencia de seguro. Los paquetes complicados de beneficios son difíciles y lleva su tiempo transmitir la información a los clientes. De hecho, una de las razones por las que los nue-

[5] Aunque una tarifación fija puede ser preferible desde una perspectiva operacional, el Capítulo 3.6 describe por qué no sería el enfoque ideal para la administración de riesgos financieros.

vos productos introducidos por ALMAO en Sri Lanka no han sido populares es porque, a la hora de proporcionar información a los clientes, son más difíciles que su producto básico anterior.[6] Si no son informados de forma fácil y clara, los clientes de bajos ingresos no entenderán el esquema y el producto no será bien recibido. De hecho, cuando el producto es complicado, los vendedores tienden a omitir la mención de ciertos beneficios.

Otra razón para procurar la simplicidad del producto es que muchos de los «fuegos artificiales» que deslumbran al cliente en los productos complicados son sólo «objetos de escaparate», y están pensados con fines comerciales para hacer el producto más atrayente. En la práctica, sin embargo, a penas hay reclamaciones de algunos beneficios y la gente paga por cosas que ni quiere ni necesita. Por ejemplo, ASA estaba ofreciendo seguro con la Life Insurance Corporation (LIC) de la India, que ofrecía múltiples beneficios *(véase la Tabla 17)* por una prima anual de solo 100 rupias ($2,22). El problema desde la perspectiva de ASA era que el asegurador apenas podía pagar las reclamaciones por muerte accidental, ya que se requería una documentación elaborada para probar que la muerte había sido a causa de un accidente, y prácticamente ningún cliente hacía reclamaciones por incapacidad. Por tanto, cuando ASA cambió de socios de seguro, la IMF simplificó los beneficios ofreciendo sólo cobertura por muerte, independientemente de la causa, y ningún beneficio por incapacidad.

Tabla 17 **Beneficios de LIC's Janashere Bima Yojana**

Evento	*Suma*
Muerte natural	Rs. 20.000 (US $ 444)
Muerte	Rs. 50.000 (US $ 111)
Incapacidad parcial	Rs. 25.000 (US $ 556)
Incapacidad total	Rs. 50.000 (US $ 111)

Fuente: Roth et al.

Al determinar los beneficios del seguro, es importante preguntar si será fácil para los tenedores de póliza cursar una reclamación. Si el cliente no puede reclamar fácilmente, entonces el beneficio propuesto no será tan beneficioso. Esto ha llevado a otras organizaciones a seguir el ejemplo de ASA de mantenerse fuera de la cobertura por muerte accidental y de los beneficos por incapacidad. Leftley (2005) está de acuerdo en que los beneficos por incapacidad no deberían incluirse en el microseguro: «Muchos clientes no pueden reclamar por incapacidad porque no pueden demostrar que no se trataba de una condicion preexistente al carecer de informes médicos. Además, tratar de explicar que recibirán el 50% de la suma asegurada por un brazo, o el 25%

[6] Otra razón para la demanda limitada es que el nuevo producto es más costoso, ya que incluye un componente de valor acumulado.

por un ojo, etc., es también complicado y puede disuadir al nuevo cliente de la compra del seguro».

En contraste, CARD MBA ofrece beneficos por muerte accidental *(véase la Tabla 21).* Como es un esquema propiedad de los miembros, es más fácil para ellos evaluar si la muerte fue verdaderamente accidental, incluso en ausencia de informes policiales o forenses, que son difíciles de conseguir en las remotas islas de las Filipinas. CARD MBA también sigue una regla simple en torno a la resolución de las reclamaciones: «si hay duda, paga». Este tipo de enfoque aumenta la confianza de los miembros en el esquema.

Aunque los beneficios deberían ser simples y «reclamables», los microaseguradores también deben considerar ofrecer un par de paquetes distintos de beneficios, de modo que el mercado de bajos ingresos pueda experimentar con un producto básico y barato. Si el cliente es inducido a creer que el seguro proporciona un buen valor por su dinero, se convencerá de las ventajas de optar por niveles de beneficios más altos. La graduación de los productos, en un nivel inicial, a beneficios más sustanciales sería una fuerte indicación de satisfacción y lealtad del cliente (y posiblemente un riesgo de selección adversa).

4.1 ¿Cobertura recipiente?

En la India, que es probablemente el mercado de microseguro mas sofisticado del mundo, hay una tendencia a la cobertura «recipiente», mediante la cual diversos beneficios se integran en una póliza de seguro integrado. Por ejemplo, el producto de VimoSEWA cubre muerte, hospitalización y pérdida de activos —beneficios que vienen de dos compañías de seguro distintas—, todos entremezclados dentro de un producto comprensivo *(véase la Tabla 16 en el Capítulo 2.4).*

La Tabla 18 resume los beneficios de una póliza de seguros provista por UIIC a Shepherd. El beneficio principal de este producto es la cobertura por hospitalización. Aunque se trata de un producto nuevo sin demasiada experiencia de reclamaciones, es poco probable que haya muchas reclamaciones para el resto de los beneficios. Si ese es realmente el caso, los clientes están pagando entre el 20% y el 25% más de lo que debieran por el beneficio de hospitalización. De hecho, un problema con la cobertura «recipiente» es que los tenedores de pólizas podrían estar comprando beneficios que no quieren (aunque esto no conlleva la ventaja de reducir la selección adversa).

La idea que subyace a un producto agrupado es que entrega una protección de riesgo más comprensiva mientras reduce los gastos (por ejemplo, resultaría más costoso vender tres productos por separado). El costo marginal de añadir beneficios adicionales es mínimo. Además, al vender el producto, el vendedor puede ofrecer una solución costo-efectiva a las distintas necesidades de control de riesgos del mercado-meta.

Una consideración principal al enfoque «recipiente» es su falta de transparencia. Nunca debería decirse a los clientes cuál es el beneficio de cada individuo del precio total, de modo que no escoja cada quien el beneficio específico que desea específico. Otro problema potencial es que el servicio inadecuado de uno de los componentes del producto puede enturbiar la percepción del producto total, ya que los riesgos de vida y de no-vida son generalmente cedidos a compañías distintas. De modo que si las reclamaciones de salud no se pagan a tiempo, por ejemplo, el paquete entero se verá afectado. Lo contrario también es posible: un buen servicio y un buen valor de uno de los componentes podría aumentar el atractivo del paquete completo, de modo que un componente inferior sea apuntalado por el otro, al menos durante algún tiempo.

En definitiva, este es un asunto sin resolver, ya que la ventaja de proporcionar cobertura más comprensiva está reñida con el convincente objetivo de mantener la simplicidad del producto.

Tabla 18 **Beneficios de proyecto de seguro de UniMicro de UTIC's**

Características del producto	*Comentario*
Grupal o individual	Grupal
Término	1 año
Requisitos de elegibilidad	De 18-60 años. Declaración de buen estado de salud
Modelo de entrega	Socio-agente con UIIC
Voluntario o compulsorio	Voluntario
Cobertura del producto	Rs. 15.000 (US $ 333) muerte accidental
	Rs. 15.000 (US $ 333) incapacidad permanente
	Rs. 250 (US $ 5,55)/ mes hasta un máximo de Rs. 750 por incapacidad temporera
	Rs. 5.000 (US $ 111) gastos de hospitalización
	Rs. 5.000 (US $ 111) por incendio del hogar y riesgos
Exclusiones clave	Periodo de espera de 30 días (excepto en accidentes); exclusiones por la cubierta de hospitalización; incluyen nacimiento, condiciones pre-existentes, VIH/SIDA, durante el primer año de cubierta; tratamiento de cataratas, histerecomía, hernia, enfermedades congénitas no cubiertas, pero estas están cubiertas desde el segundo año.
Precio	Miembro paga Rs. 100 (US $ 2,22); Rs. 84 (US $ 1,87) va al asegurador. Rs. 16 es tomado como comisión (unos Rs. 20 [US $ 0,44]) adicionales son cobrados por propiedades con techos de paja.

Fuente: Roth et al., 2005

4.2 Beneficios familiares

Mientras parece apropiado tener menos beneficios, generalmente es también preferible tener a más gente cubierta bajo un mismo producto. Un enfoque de beneficios familiares, que podría incluir a los cónyuges, dependientes e incluso a los padres, genera ventajas significativas para los microaseguradores.

- Una familia es una especie de grupo, y por lo tanto la cobertura familiar conlleva muchas de las ventajas de la cobertura grupal: más clientes, menor riesgo de selección adversa, etc. El precio por la unidad familiar es generalmente menor que la suma de las primas individuales.
- La cobertura familiar puede tener un efecto positivo en la selección a la hora de poder incluir a personas de bajo riesgo. Por ejemplo, African Life entró en el mercado más bajo y saturado de SIDA, desarrollando un producto mediante el cual la familia, en vez del individuo, era la unidad asegurada.
- La cobertura familiar a menudo tiene mejor salida comercial porque las reclamaciones son más frecuentes y, por ende, hay más oportunidades de comprobar el valor del microseguro.
- Las instituciones de microfinanzas, conscientes de la necesidad de proteger su cartera de préstamos, saben que los deudores tendrán problemas de pago cuando afronten la muerte o enfermedad de un miembro de la familia.
- Si la idea que subyace al microseguro es reducir la vulnerabilidad de las familias de bajos ingresos, entonces la cobertura debería extenderse para incluir a todos los miembros de la familia.

La desventaja de los beneficios familiares es que no todo el mundo tiene una familia, o que algunos tienen familias más grandes que otras. Para atender al tamaño de la familia, los microaseguradores piden al tenedor de la póliza que identifique los dependientes específicos que estarán cubiertos bajo la póliza, u ofrecen distintos precios para los hogares de distinto tamaño. Para asegurarse de que las mujeres y los niños no quedan excluidas, es preferible requerir cobertura familiar siempre que sea posible.

La póliza funeraria de ALMAO cubre hasta nueve personas, incluyendo a los padres y a los suegros. CARD MBA cubre al cónyuge y hasta tres hijos menores de 21 años de edad. Los que no tienen hijos pueden incluir a sus padres. Para aquellos que no están legalmente casados, CARD ofrece ayuda en la organización de la boda *(véase el Cuadro 28)*. Otra desventaja es que los beneficios familiares son más costosos en términos absolutos (aunque posiblemente no en términos per cápita), lo que haría la cobertura incosteable en algunos segmentos del mercado.

Cuadro 28

Bodas en masa

CARD MBA requiere, para la cobertura de otros miembros de la familia, documentación legal que pruebe la relación. Muchos miembros MBA aún no han formalizado su relación con el cónyuge, a menudo por razón de los costos que acarrea. De esta forma, como un beneficio de membresía, MBA organiza ocasionalmente bodas en masa para sus miembros. El evento ayuda a los miembros a cumplir con los requisitos de la MBA, coloca a las mujeres en una mejor posición legal y les ahorra dinero.

Fuente: Adaptado de McCord y Buczkowski, 2004.

Uno no puede asumir que los hogares están integrados por una madre, un padre y dos niños. Dependiendo del país, muchos hogares se componen de familias extendidas que incluyen abuelos, sobrinos, sobrinas, tías, los hijos de amistades, etc., particularmente en aquellas áreas devastadas por el SIDA, donde las abuelas están cuidando de los huérfanos. Por lo tanto, los microaseguradores deben tener claro a quién consideran dependiente, teniendo en cuenta, siempre que sea posible, las definiciones locales *(véase el Cuadro 29)*.

Cuadro 29

Definicion de «familia» de la UHC, en Uganda

Le gerencia de Health Partners, una OMS de inspiración estadounidense, al acordar auspiciar el desarrollo de la Uganda Health Cooperativa, esperaba que muchas de sus asunciones norteamericanas y su modo de hacer las cosas se adaptaran al contexto de Uganda. Una adaptación que pronto se estimó necesaria fue la designación de quiénes se incluían bajo la definición de «familia». La definición norteamericana de familia no refleja correctamente la realidad de las vidas de los tenedores de pólizas potenciales en Uganda. Por ello, la UHC desarrollo una definición mas «local»: «todo aquel que coma del mismo caldero».

Fuente: Adaptado de Brown y Churchill, 2000.

Por ejemplo, TSKI y su socio de seguros, Cocolife, acordaron que los niños nacidos fuera del matrimonio podían ser incluidos en la póliza siempre que compartieran el mismo apellido que el cliente de TSKI. Los hijos ilegítimos con diferente apellido no pueden ser incluidos. Sin embargo, los hijos de matrimonios anteriores pueden ser incluidos en el microseguro siempre que exista documentación que evidencie que son los hijos biológicos del cliente. Este ejemplo no representa una buena o mala práctica necesariamente, pero ilustra los tipos de asuntos que necesitan ser especificados para una cobertura familiar.

Todavía más importante que definir qué dependientes son elegibles, es identificarlos por adelantado. Para minimizar el fraude en las reclamaciones, cada persona cubierta por la póliza debe ser identificada individualmente utilizando documentos oficiales (siempre que sea posible) y/o fotografías. No es suficiente especificar qué personas están cubiertas por la póliza sin combinar esto con una identificación explícita de las personas adicionales. También es importante controlar los movimientos de los dependientes en y fuera de la póliza. Por ejemplo, los clientes pueden tener la opción de añadir recién nacidos a la póliza a la fecha del nacimiento (o dentro de un corto periodo de tiempo después), pero no subsiguientemente.

Al extender la cobertura de vida a los cónyuges, es importante reconocer que los hombres a menudo tienen niveles de reclamación más altos. Por ejemplo, en la experiencia de AIG Uganda, la ratio de reclamaciones de hombres a mujeres es de 4:1, mientras que en CARD MBA es de 3,2:1. Spandana tiene una experiencia similar. Hay varios factores en juego, por ejemplo, los hombres tienden a ser mayores que las mujeres en edad, mientras que tienen una expectativa de vida más baja. Sin embargo, también parece haber un problema de preevaluación. En cada uno de estos casos, las mujeres son deudoras que han tenido que cumplir con unos criterios específicos, como por ejemplo ser menores de 55 años de edad, estar activas económicamente y ser aceptadas por su grupo de deudores. Sin embargo, no se aplica ninguna preevaluación ni restricciones por edad a los conyuges, lo que conlleva a un escenario de selección adversa en el que las mujeres con esposos enfermos pueden unirse al esquema.

4.3 ¿En efectivo o en especie? ¿Ahora o más tarde?

Con el seguro de salud, los beneficios son entregados bien en especie, en cuyo caso se paga en servicios sanitarios, o en dinero en efectivo. Los beneficios de salud en dinero en efectivo se pagan generalmente por reembolso: el tenedor de póliza tiene que pagar la factura, y luego cursar la reclamación para su reembolso. Este tipo de arreglo es por lo general menos apropiado para los clientes pobres, que no cuentan con el dinero para pagar por adelantado las facturas *(véase el Capítulo 2.1).*

El beneficio de tener seguro de salud es que la gente no tiene que postergar su tratamiento por no tener dinero para costearlo. La mayoría de los esquemas comunitarios de cuidado de salud utilizan a un tercero o un sistema de pago sin dinero en efectivo mediante el cual el microasegurador paga al proveedor del cuidado de salud directamente, de forma que el asegurado no tiene que hacer ningún pago por sí mismo, excepto tal vez un copago o gasto de transporte (que a veces puede ser reembolsado por el asegurador). El

seguro de salud sobre una base de reembolsos es una segunda, pero peor, opción.

En Georgia, donde Aldagi Insurance es socio de la Constante Foundation, los tenedores de póliza reciben el efectivo en el hospital, de modo que puedan pagar los sobornos requeridos para recibir el cuidado (de los cuales no se tiene recibo, por lo que no son pagaderos al hospital ni reembolsables al beneficiario). Mientras que esta estrategia pudiera no ser recomendable en otros contextos, ilustra la creatividad necesaria para dar servicio al mercado de bajos ingresos.

Para el seguro de vida, los beneficios son casi siempre pagados en efectivo, aunque existen algunas excepciones interesantes. La cobertura de ServiPerú es pagada a través de servicios funerarios, que incluyen un ataúd, flores y el carruaje fúnebre. De hecho, ServiPerú ha encontrado al mercado de bajos ingresos más receptivo al servicio, porque es más fácil de comprender que el consorcio de riesgos. Una ventaja del enfoque en especie es que el asegurador puede estipular un descuento por comprar los servicios funerarios al por mayor, de modo que las familias de bajos ingresos puedan obtener un mejor valor por su dinero. La desventaja es que, al ocurrir una muerte, la familia a menudo tiene que pagar otros gastos además del funeral, y por lo tanto necesita también un pago en efectivo.

Otro factor que debe considerarse respecto a los beneficios del seguro de salud es el momento en que son pagados. Generalmente, tras cursarse una reclamación, el asegurado recibe un beneficio en una suma única, y ahí queda todo. Si el cabeza de familia es quien fallece, la familia tendrá que buscar la manera de reponer el ingreso perdido. Bajo tales circunstancias, un pago único en efectivo podría volverse sal y agua inmediatamente. En este sentido, La Equidad ofrece a las familias varios beneficios. Además de un pago si el tenedor de la póliza muere o se incapacita permanentemente, su producto *Amparar* —ofrecido al mercado de bajos ingresos a través de la IMF de la Fundación Mundial de la Mujer— también provee respaldo financiero para ayudar a los beneficiarios a pagar por víveres y otras utilidades (*véase la Tabla 19).* Por una prima adicional, los tenedores de póliza pueden comprar un complemento para la educación de los niños que les proporcionaría unos pagos mensuales adicionales durante dos años para ayudar con los gastos de educación.

La provisión de beneficios durante un periodo de tiempo posterior a la ocurrencia del evento asegurado tiene mayores probabilidades de tener un impacto mayor en el desarrollo que el pago de una suma única, que puede ser gastada en un funeral elaborado pero que no ayuda al hogar a enfrentar la pérdida de ingresos. El enfoque de beneficios escalonados se adoptó también en el producto «Senehasa» de ALMAO y en la cobertura de incapacidad total y

permanente de CARD MBA, que se paga durante un periodo de 18 meses. La desventaja principal de los beneficios escalonados son los costos de transacción que conllevan, especialmente si son provistos por un cheque que puede ser difícil de canjear para los beneficiarios. Esta desventaja puede ser obviada si los beneficios pueden ingresarse directamente en una cuenta de ahorros, o transferirse a un proveedor de servicios tales como la tienda de comestibles o las compañías de servicios (agua, luz, etc.).

Tabla 19 **Beneficios del producto de microseguro *Amparar* de la compañía La Equidad**

Cubierto (US$)	*Plan 1 (menor)*	*Plan 6 (mayor)*
Muerte (cualquier causa)	1.244	8.292
Incapacidad total y permenente	1.244	8.292
Comida/compra por 12 meses	25	104
Servicios (agua, luz, etc.) por 12 meses	12	62
Apoyo en funeral (cantidad fija)	62	332
Opcional:		
Gastos de educación para los niños por 24 meses	15	75

Nota: Existen seis planes. Solamente el menor y el mayor están incluidos en esta tabla.
Fuente: Almeyda & Jaramillo, 2005

4.4 Beneficios pagados en efectivo

Según se mencionaba anteriormente, una de las dificultades de comerciar con microseguros es la necesidad de convencer al cliente de que está obteniendo valor por su dinero, aun cuando no haga una reclamación. Los tenedores de pólizas a menudo se quedan con la percepción de un valor pobre si pagan las primas durante algún tiempo sin recibir beneficio, ya que no reconocen la importancia de haber disfrutado de la seguridad y protección que el producto les brindaba. Esto es especialmente certero en el caso de los asegurados cada vez más ancianos, a quienes se fuerza a salir del esquema.

Para ayudar a resolver este problema, se pueden añadir algunas características de beneficios a los productos a largo plazo, tal como se describe en el Capítulo 2.2, aunque éstas pudieran introducir riesgos de precios únicamente inherentes a la mayoría de las garantías a largo plazo *(véanse los Capítulos 3.5 y 3.6).*

Características de la devolución de primas. Generalmente la prima es devuelta total o parcialmente después de varios años de inscripción, tal como se requiere en las regulaciones de MBA, en Filipinas. Si el plazo es suficientemente largo, podría incluirse un pago modesto de interés. Yasiru (Sri Lanka)

también actúa así, distribuyendo el 40% de sus ganancias a los clientes con, por lo menos, cinco años de membresía, lo que sirve como un incentivo de lealtad.

El pago adelantado del seguro. Significa que, después de varios años de pago de prima, la cobertura puede continuar por la vida entera sin primas adicionales. La cuantía del seguro también puede determinarse por la edad de entrada o de salida de cada cliente. Por ejemplo, en el producto de ALMAO conocido como «Pilisarana», las primas se pagan hasta que el tenedor de la póliza cumple los 60 años de edad. El beneficio después de esa edad depende de cuántos años tenía cuando comenzó a pagar en el esquema.

Características de ahorro pueden estar ligadas al producto, y las contribuciones devueltas con interés dependiendo de las ganancias netas en el portafolio o cartera de préstamos. Puede ser difícil colocar una tasa de interés no garantizado, pero esto puede hacerse a través de proyecciones hipotéticas.

Los seguros dotales pueden pagar un beneficio garantizado en efectivo, tal vez equivalente a la suma de cobertura de vida durante un periodo de tiempo o cuando el tenedor de póliza alcanza cierta edad.

Estas características tienden a ser relativamente costosas y potencialmente arriesgadas para el asegurador si no están diseñadas propiamente, especialmente si los intereses son bajos o están en caída. Aunque un desembolso de dinero en efectivo por «no reclamación» o vinculado a la persistencia puede parecer atrayente a los clientes, al igual que con otro beneficio, debe ser cobrado para reducir efectivamente los riesgos de expansión del seguro, lo que supondría redistribuir recursos de aquellos no afectados por el riesgo a aquellos que sí los fueron. Hay que tener cuidado también de mantener la simplicidad del producto cuando se introducen características como éstas, para preservar su atractivo.

5 Manejo de riesgos y control de reclamaciones

Tanto para el seguro de vida como para el de salud es esencial diseñar productos con control de reclamaciones y características de selección adversa que respalden el esquema y puedan mantener las primas bajas. En general, la participación electiva, las poblaciones-meta diversas, las inclusiones más altas y las opciones más numerosas de productos tienden a aumentar la selección adversa, por lo que necesitan más controles, sobre todo en esquemas más pequeños.

El principio de la sencillez que se aplica al diseño de beneficios y de comercialización es también aplicable al manejo de riesgos y control de reclamaciones. Los aseguradores parecen tener tendencia a complicar las cosas, una tendencia que el microseguro debe evitar. Para propósitos de manejo de riesgos, las opciones de productos no deben ser alternativas en lo absoluto, sino opciones predefinidas y vinculadas a circunstancias fuera del control inmediato del solicitante. Por ejemplo, si los solicitantes tienen familia, entonces deben ser asesorados sobre la conveniencia de un paquete familiar.

Otros controles que deben ser considerados incluyen la declaración de salud, los copagos y deducibles, y alternativas fáciles de microseguro a las exclusiones.

5.1 Declaraciones de salud

Si el potencial para la selección adversa es significativo, entonces debe pedirse al solicitante una declaración de buena salud, un enfoque utilizado por muchas organizaciones que ofrecen seguro de vida. Es también útil con el seguro de vida a crédito para no alentar a los prestatarios de edad avanzada o enfermos a maximizar sus cuantías de préstamo una vez saben que padecen una enfermedad terminal como cáncer.

La idea básica de una declaración de salud es que los solicitantes manifiesten que, según su conocimiento, están en buenas condiciones de salud en el momento de la solicitud. Si los tenedores de póliza mueren, entonces el microasegurador puede determinar que conocían la condición terminal de salud en el momento de la declaración pero mintieron en cuanto a ésta, por lo que el microasegurador tiene el derecho de denegar la reclamación basándose en una declaración falsa. Por ende, en vez de invertir en los costos de preevaluación para todos los solicitantes, el asegurador concentra sus recursos en verificar algunas reclamaciones.

La declaración de salud es útil no sólo para denegar las reclamaciones sino también como un elemento disuasivo para la selección adversa. Por ejemplo, si un solicitante de préstamo, enfermo terminal, sabe que su reclamación de vida a crédito con toda probabilidad será denegada por razón de su declaración, entonces no dará curso a la solicitud de préstamo por la carga que ello presupondría en la familia que le sobrevive.

Por lo que respecta al seguro de vida a crédito, pueden exigirse declaraciones de salud para todos los préstamos o sólo para los préstamos de sumas más elevadas. Para fines de eficiencia, los esquemas de microseguro minimizan el control para las pólizas más pequeñas, pero los introducen para sumas aseguradas más altas. Si sólo se exige para préstamos mayores, el microasegurador todavía tendría riesgo de selección adversa, pero podría enfrentarla para aho-

rrarse los costos de administración que conlleva procesar la declaración para cada uno de los préstamos. En esos casos, el disparador para la declaración debe basarse en la suma total de todos los préstamos por pagar, en vez de en cada préstamo individual.

5.2 Copagos y límites de beneficios

Para el microseguro de salud, los deducibles y el co-aseguro (que son diferentes tipos de copagos) y los límites de beneficios son mecanismos importantes de control de reclamaciones. Esto es, en todas las reclamaciones por debajo de cierta cuantía, el deducible es pagado por el asegurador. Entonces, el asegurado paga un co-aseguro de un tanto por ciento de la reclamación (o una suma fija) en exceso del deducible. El asegurador paga la diferencia hasta una cierta suma máxima. Los mecanismos de control pueden ser aplicables a cada reclamación o sobre una base anual de años-póliza.

El punto para estos pagos tiene dos vertientes: 1) reducir las cantidades actuales de reclamación pagadas por el asegurador y, tal vez más importante, 2) ayudar a reducir la incidencia de las reclamaciones. Por ejemplo, los asegurados serán más renuentes a pedir su ingreso en un hospital por padecimientos menores si tienen que pagar un deducible, y tampoco querrán permanecer hospitalizados más allá del peroodo necesario si tienen que pagar un co-aseguro en exceso de deducible.

Un objetivo adicional de un deducible es reducir la carga administrativa que conlleva procesar tantas reclamaciones para el asegurador. De manera de que si el deducible estuviera operando, el asegurador solamente tendría que pagar las reclamaciones en exceso del deducible. Es interesante constatar que, aunque el co-aseguro es común en microseguro *(véase la Tabla 20)*, ninguna de las organizaciones en el estudio de casos incluyó los deducibles. La UMSGF *mutuelles* utilizó deducibles inicialmente, pero cuando la red introdujo un sistema de pago por tercero bajo el cual el asegurador reembolsaba directamente a los proveedores de cuidado de salud, los deducibles ya no se consideraron necesarios, porque los procesos administrativos estaban suficientemente simplificados. Desde una perspectiva de precios, sin embargo, todas las reclamaciones deben ser codificadas en un MIS, independientemente de si el deducible excede o no, o de si se hace un pago por reclamación o no. Esto es necesario para determinar verdaderas ratios de enfermedad y costos médicos *(véase el Capítulo 3.5).*

Los esquemas de cuidado de salud que solamente proveen beneficios para pacientes hospitalizados pueden también encontrar que el copago es innecesario. Por ejemplo, Yeshavini, que solamente cubre cirugía, no requiere ningún co-pago, ya que asume que la gente no se someterá a una cirugía a menos

que verdaderamente lo necesite (la cirugía electiva está excluida). De igual modo, ni VimoSEWA ni Shepherd tienen un co-pago por sus coberturas de hospitalización.

Tabla 20

Pagos y coaseguros límites de los microaseguradores de salud

Asegurador de salud	*Coaseguros*	*Máximo de beneficios*
UMSGF	- US $ 0,38 por pacientes externos - Ninguno por pacientes internos - 30% por cuidado primario	Ninguno
AssEF	- 30% de gastos por servicios específicos para pacientes internos o extertnos	Ninguno
BRAC MHIB	- US $ 0,03 por clientes del IMF - US $ 0,08 para otras personas aseguradas - Ninguno para los más pobres	Entre US $ 8,52 y US $ 17.04 por cada incidente cuando es referido fuera de las clínicas de BRAC
Grameen Kalyan	- US $ 0,09 para clientes del IMF - US $ 0,17para los que no son clientes - US $ 0,85 para personas no aseguradas	US $ 34,08 por hospitalización debido a complicaciones por maternidad y US $ 17,04 por hospotalización debido a otras complicaciones
Yeshavini	Ninguno	US $ 4,545 por año, que es suficiente para dos de las cirugías más caras y algunas cirugías menores
ServiPerú	- US $ 1,43 por consulta (excepto por rayos X, donde el asegurado paga 50% del costo) - US $ 11,43 por servicios de emergencia - 10% de los gastos por cuidado médico en el evento de un accidente y cuidado en el hospital como resultado de una enfermedad o accidente	Ninguno

La suma de copago debe ser cuidadosamente determinada. Si es muy alta, la tendencia del asegurado será esperar para obtener tratamiento, o no someterse a tratamiento alguno, lo que probablemente sea causa de que su condición empeore hasta convertirse en una enfermedad más severa, resultando a

veces en una reclamación mayor o incluso en la muerte. Cuando se consideran los copagos o deducibles, los microaseguradores deben tener en cuenta los copagos implícitos; por ejemplo, los costos de transporte para acceder a los servicios sanitarios o las pérdidas por ingreso durante el tiempo fuera del negocio, lo que podría ya representar un factor disuasivo para las reclamaciones innecesarias.

Otra consideración para los copagos en particular es determinar si existe una infraestructura para aceptar pagos en efectivo. Por ejemplo, tres de cada cuatro esquemas del gobierno analizados en Latinoamérica evitan los copagos porque las transacciones financieras generan vulnerabilidad al fraude (Holst, 2005a).

Para el seguro de salud, varias organizaciones controlan las reclamaciones instituyendo una reclamación máxima por año o por hospitalización, o al limitar el número de hospitalizaciones por año. BRAC y Grameen Kalyan aplican estos límites cuando los tenedores de póliza han sido derivados a otros proveedores de cuidado de salud, pero no limitan la atención ofrecida por sus propias clínicas. Yeshasvini Trust estipula una suma máxima por reclamación en el marco de un año ($4.545). Estos controles protegen la viabilidad del esquema —sobre todo por que los esquemas no tienen reaseguro—, pero los límites no pueden ser tan bajos como para que afecten a la utilidad de la cobertura del seguro.

5.3 Alternativas a las exclusiones

Los aseguradores pueden hacer exclusiones por diversas razones:

- Para controlar la selección adversa; por ejemplo, exclusiones por soluciones preexistentes.
- Para reducir el riesgo moral; por ejemplo, exclusiones por suicidio.
- Para reducir el costo del seguro al cursar reclamaciones comunes o de alta frecuencia, centrándose más en las causas específicas de las reclamaciones; por ejemplo, las coberturas para accidentes, las cuales sólo excluyen muerte por enfermedad.
- Como covariante de control o de riesgo catastrófico; por ejemplo, exclusiones de guerra y motín, o de catástrofe climatológica.
- Para reducir la extensión de la suscripción inicial; por ejemplo, exclusiones de un año por SIDA aplicables a una cobertura de vida para eliminar la necesidad de efectuar pruebas.

Según se ha apuntado, los microaseguradores pueden adoptar un enfoque distinto en cuanto a exclusiones con respecto a los aseguradores tradiciona-

les. Aunque la exclusión por riesgo moral es justificable, independientemente del tipo de seguro, un microasegurador puede permitir condiciones excluyentes para ciertos riesgos de selección adversa en aras de objetivos de protección social.

Tratándose de la asunción de riesgos covariantes, es esencial que existan estrategias apropiadas de mitigación de riesgos tales como el reaseguro o el respaldo de un donante a través de garantía. De otro modo, la única consecuencia de dejar caer la exclusión catastrófica será la insolvencia del esquema en la eventualidad de que ocurra una catástrofe, lo cual no beneficia a nadie.

El argumento contra las exclusiones de condiciones preexistentes no está tan claro. Cuando un microasegurador ofrece seguro individual voluntario, las personas de alto riesgo probablemente no se inscribirán; si sólo se inscriben personas de alto riesgo, el asegurador no podrá distribuir el riesgo efectivamente. No obstante, si se trata de una cobertura grupal, especialmente si es obligatoria, o si el microasegurador recluta a muchos clientes, entonces podrá ser más influyente en relación a las condiciones preexistentes. Este riesgo adicional es más alto en el momento del lanzamiento del producto. Si las tasas de renovación y persistencia pueden mantenerse altas mientras el esquema madura, el riesgo asociado con las condiciones preexistentes adviene más manejable, porque los nuevos asegurados se convierten en un menor porcentaje de la cartera completa. Podría ser apropiado financiar este riesgo al comienzo mediante el respaldo de donaciones, que irían disminuyendo a medida que el esquema refleje sustentabilidad.

Una alternativa adecuada para el microseguro y atractiva a las exclusiones es el periodo de espera, mediante el cual los tenedores de póliza no pueden acceder a ciertos beneficios durante un tiempo una vez inscritos. Por ejemplo, en África de Sur, la selección adversa relacionada con el SIDA es manejada a través de unos periodos de espera de seis meses a un año, sólo por accidente, en las pólizas de vida adscritas a préstamos para vivienda de bajo costo. Un periodo de espera tiene esencialmente el mismo efecto excluyente que las condiciones preexistentes, excepto que el asegurador no tiene que incurrir en gastos de reclamación. Si el evento asegurado ocurre durante el periodo de espera, la reclamación es denegada; el asegurador no tiene que apelar a doctores para la verificación, ni revisar informes médicos para determinar si el tenedor de póliza ya tenía un problema que se relacionara con las exclusiones por condiciones preexistentes.

Otra alternativa a las exclusiones, más en línea con el espíritu del microseguro, es ofrecer **tablas de beneficios (*Benefits Schedules*)** con beneficios que aumentan gradualmente. Por ejemplo, si el evento asegurado ocurre durante el primer año, el beneficio es pequeño, pero si ocurre después del primer año, el beneficio es mucho mayor. Tal enfoque es una manera efectiva de contro-

lar la selección adversa, a la vez que crea un esquema equitativo de microseguro que incentiva a la participación a largo plazo y a la renovación. CARD MBA ha adoptado este enfoque de beneficios por incremento, según ilustra la Tabla 21.

Tabla 21 **Beneficios en CARD MBA**

Duración de la membresía	*Causa de muerte*	*Miembro (US$)*	*Cónyuge legal y dependientes (US$)*
Menos de 1 año	Condición preexistente o evento durante el periodo de respuesta	18	
Menos de 1 año	No accidental	55	55
Menos de 1 año	Accidental	182	55
1-2 años	No accidental	55	55
1-2 años	Accidental	236	55
2-3 años	No accidental	302	110
2-3 años	Accidental	575	110
Más de 3 años	No accidental	302	110
Más de 3 años	Accidental	665	110

Fuente: McCord y Buzckowski, 2004.

5.4 Control de fraude

Un componente final y crítico de un producto de microseguro y de manejo de riesgos es un sistema para prevenir las operaciones fraudulentas. Los productos deben estar diseñados de forma que respalden la cobertura y la validación de reclamaciones con criterios objetivos claros. Una manera de implementar controles efectivos de fraude en los esquemas de microseguro es utilizar su relación con las estructuras de la comunidad.

Deben considerarse las necesidades de costo-efectividad, tanto desde la perspectiva del asegurador como desde la del tenedor de póliza. Si la comprobación del certificado de defunción conlleva la necesidad de hacer dos o tres viajes de 10 km cada uno, el pago de tarifas no oficiales y un periodo de espera de un mes, ¿sería realmente necesario si el agente asistiera al funeral del tenedor de la póliza?

6 Conclusión

Las conclusiones principales de este capítulo son:

– El diseño del producto del microseguro debe guardar un equilibrio entre la inclusión amplia, los beneficios apropiados, las primas bajas y la sustentabilidad o ganancia dirigida.

– Los productos tienen que estar diseñados de acuerdo con las necesidades del cliente.
– Las características del diseño del producto y cuán atractivo sea en precio tienen que considerarse en conjunto.
– El microseguro es relativamente fácil si el mercado-meta es un grupo bien organizado; se enfrentan retos significativos cuando se trata de servir a individuos no organizados en un grupo.
– La cobertura grupal es generalmente más apropiada para el microseguro porque minimiza los costos de administración, lo que debería resultar en primas más bajas.
– La cobertura obligatoria tiene ventajas significativas, mientras que sus desventajas pueden reducirse con esfuerzos de mercadeo y educación y mediante una opción en cuanto a paquetes de beneficios.
– El seguro a corto plazo es generalmente más apropiado para el mercado de bajos ingresos.
– El mercado heterogéneo de bajos ingresos prefiere una variedad de frecuencias y mecanismos para el pago de primas.
– Es aconsejable limitar los beneficios a aquellos riesgos asegurables más importantes.
– La distribución de beneficios de seguro de vida durante un periodo de tiempo puede ser ventajosa para ambas partes siempre y cuando los costos de transacción puedan minimizarse.
– Si los tenedores de pólizas no pueden cursar una reclamación de beneficios fácilmente, entonces la póliza no resulta beneficiosa.
– Los posibles copagos y límites de beneficio son controles importantes para la reclamación dentro de los esquemas de seguro de salud.
– Las características en el diseño del producto, tales como los diseños de periodos de espera y las tablas de beneficios, permiten a los esquemas de microseguro incluir a personas de alto riesgo sin incurrir en costos adicionales de evaluación.

3.2 Comercializando el microseguro

Craig Churchill y Monique Cohen

Los autores desean agradecer a Herbert Meister (Munich Re), a Dirk Reinhard (Munich Re Foundation) y a Tamsin Wilson (MicroInsurance Centre) sus cometarios sobre este capítulo

El microseguro bien diseñado puede ser una herramienta valiosa para los clientes de bajos ingresos. Sin embargo, aun con un producto fuerte, un esquema de microseguro fracasará sin una campaña comercial efectiva. Al preguntárseles sobre seguros, las personas de bajos ingresos frecuentemente muestran ignorancia o indican que sólo son para gente con dinero. Un obstáculo mayor para comercializar el seguro entre los pobres es la escasa diferenciación entre el microseguro y los productos de seguro convencional. La mentalidad de que el seguro es sólo para los ricos persistirá hasta que los microaseguradores puedan diferenciar adecuadamente su producto en el mercado.

Ofrecer seguro a los pobres presenta también otros obstáculos. Si han tenido acceso al seguro tradicional (o conocen a alguien que ha tenido seguro), la experiencia ha sido en muchos casos negativa, enturbiada por los retrasos en el curso de reclamaciones, reclamaciones rechazadas y pólizas colapsadas —todos los problemas que debiera evitar un buen diseño de producto de microseguro—. Los niveles bajos de alfabetización entre los clientes potenciales hacen de la venta del producto algo todavía más difícil. La mayoría de la gente, ricos y pobres, no contratan seguros porque no quieren pensar en riesgos o en la posibilidad de que ocurran. Muchos rechazan la idea de comprar tranquilidad mental y luego sentir que incurrieron en un gasto perdido cuando el evento asegurado no ocurre. Sin embargo, el concepto es más difícil de tragar cuando se es pobre y se vive al día, sin poder planificar el futuro, y sin dinero en efectivo sobrante.

Este capítulo se organiza en cuatro secciones. La primera resume los mensajes comerciales principales que comúnmente transmiten los microaseguradores. La segunda sección revisa las técnicas utilizadas para transmitir dichos mensajes. La tercera se centra en el importante papel del servicio postventa, y la última sección analiza las implicaciones comerciales del seguro obligatorio.

1 Mensajes comerciales más frecuentes

El primer paso a la hora de diseñar una estrategia de mercado es determinar qué tipo de cliente es objetivo del microasegurador, incluyendo su nivel económico y de educación. Una lección importante surgida de la ICMIF (2005) es que los microaseguradores deberían evitar dar servicio a demasiados segmentos diferentes del mercado, ya que esto haría necesario el diseño de muchos productos con sus canales correspondientes de distribución, lo que podría aumentar significativamente sus costos de operación.

Una vez identificado el mercado-meta, el siguiente paso es determinar el mensaje principal que desean comunicar los microaseguradores. Esto se logra teniendo en cuenta los argumentos en contra del seguro que pueda tener el mercado-meta y diseñando entonces un mensaje opuesto para contrarrestar los argumentos. De los estudios de casos disponibles, surgen cuatro mensajes principales: protección, solidaridad, optimismo y confianza. Desafortunadamente, es imposible evaluar la efectividad relativa de la información disponible, de manera que esta sección describe meramente los mensajes comerciales más comunes.

1.1 Protección

Uno de los principales mensajes que transmiten los microaseguradores es el de recordar a las familias de bajos ingresos que son vulnerables, que están permanentemente expuestas al riesgo, y que si no disponen de una forma de controlar esos riesgos podría irles peor. Este enfoque emocional a menudo descansa en **testimonios** de personas que sí se han beneficiado y que lograron superar una crisis, al igual que en testimonios negativos de aquellos que no tuvieron protección. Delta Life (Bangladesh) utiliza este enfoque con su nuevo producto de seguro dotal para matrimonio, que supuestamente beneficia a la hija del tenedor de la poliza cuando cumple los dieciocho años, bien a partir de los ahorros, bien a partir del beneficio del seguro si el tenedor de la poliza muere durante el plazo. En el anuncio gráfico del producto, la novia esta llorando —a pesar de tener una boda apropiada—porque su padre no esta allí para compartir la alegría *(véase la Figura 10)*.

1.2 Solidaridad

Mientras que el mensaje de protección es esencialmente el mismo para el seguro que para el microseguro, algunos microaseguradores también enfatizan la solidaridad como un mensaje clave de mercadeo. Este mensaje se construye sobre los mecanismos informales de autoayuda, con los que la gente

está familiarizada, para hacer el seguro y los consorcios de seguro más comprensibles a un mercado sin educación. Por ejemplo:

– **VimoSEWA (India):** «Todos contribuyen a un fondo común; los que tienen que afrontar los riesgos proscritos pueden tomar del fondo según un reglamento decidido por todos».

– **AssEF (Benin):** «Organización mutualista de salud. Gran afiliación + Pago regular de primas = Buena salud para todos. Manejo de riesgos y solidaridad para una mejor salud».

– **Yeshasvini (India):** «Todos para uno y uno para nosotros» *(véase la Figura 11)*.

Figura 10 **Plan de Seguros de la Boda de su Hija: Delta Life**

Fuente: Delta Life Insurance Company Limited, Bangladesh

Figura 11 **Opúsculo de mercadeo: Yeshasvini**

El mensaje de solidaridad es más común, y tal vez más efectivo, cuando los tenedores de pólizas están también implicados en el diseño de los beneficios y los procedimientos. Este mensaje es particularmente importante para evitar la confusión que a menudo se produce cuando la póliza a plazo llega a su fin, y los clientes que no sufrieron el evento asegurado quieren algo a cambio. El reto es ayudar a las familias de bajos ingresos a entender desde el principio que el seguro requiere de solidaridad y que incluso cuando no se vea el beneficio este año, podría verse en el futuro, así como que hizo posible que otros lo tuvieran.

1.3 Optimismo

Varios microaseguradores reconocen que necesitan dar un giro positivo en sus mensajes comerciales, ya que un enfoque oscuro y pesimista puede reforzar la idea negativa que tienen los consumidores pobres sobre el seguro. Este enfoque positivo se aprecia más en la niña sonriente del anuncio de TUW SKOK *(Figura 12)* que en la novia llorosa de Delta Life.

El enfoque optimista es probablemente más fácil de transmitir con el seguro dotal o con las pólizas de seguro de vida de valor acumulado. Este mensaje puede llamar la atención sobre la cuantía en ahorros que uno pudiera tener al final del plazo, o sobre los fines que se darían a ese dinero —como construir una casa, enviar a los hijos a la escuela o pagar una boda—, en vez de sobre la suma asegurada que el beneficiario recibiría si el tenedor de la póliza falleciera.

El giro positivo sobre el seguro de salud enfatiza que la gente esté y se mantenga saludable, en vez de centrarse en enfermedades y tratamientos médicos. Es posible también ofrecer una póliza de vida a plazo desde un ángulo positivo, al vincular la cobertura, que es relativamente barata, a un gasto superfluo común. La misma idea subraya el estribillo publicitario de un esquema de salud en India: «por solo una rupia al día», ya que cuesta 365 rupias, por persona, al año.[1]

1.4 Confianza

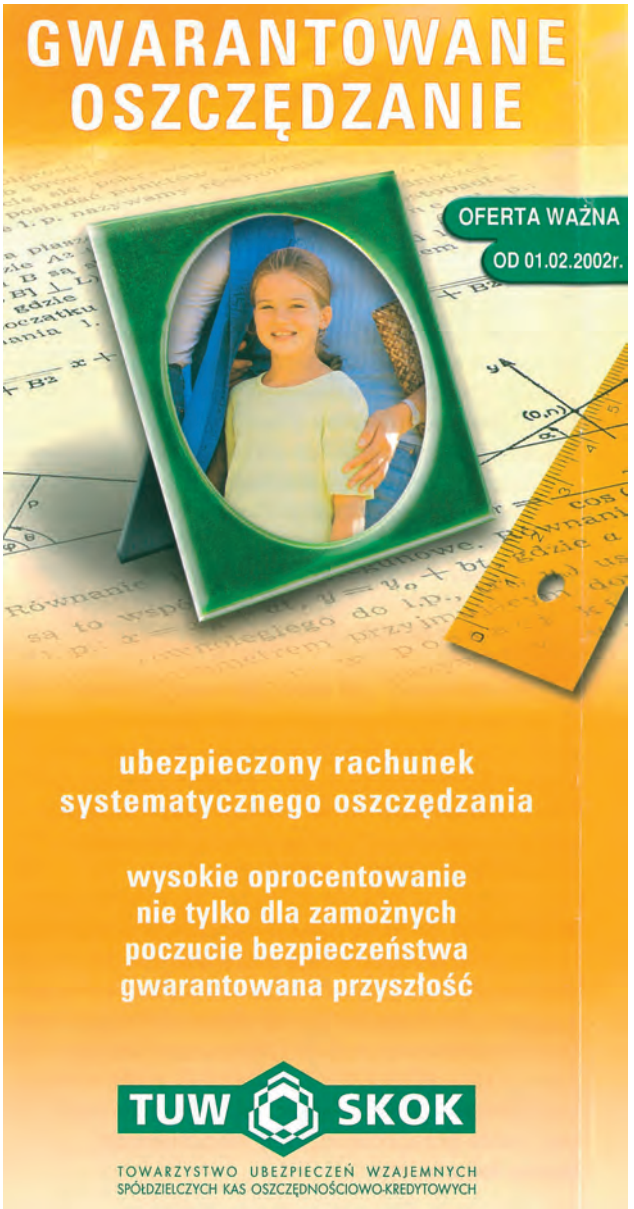
Uno de los problemas de vender seguros es que los tenedores de pólizas desconocen si el asegurador pagará los beneficios en caso de reclamación. Generalmente, el mercado percibe a los aseguradores como rápidos en cobrar y lentos en pagar. Las personas de bajos ingresos son particularmente susceptibles a esquemas fraudulentos, que en algunas localidades han erosionado la credibilidad de aseguradores legítimos. Incluso en lo que respecta a compañías respetables, el mercado de bajos ingresos tiende a experimentar una cantidad desproporcionada de tardanzas en las reclamaciones y de denegaciones. Esto se debe, en parte, a que los pobres no constituyen una base de clientes poderosa ni influyente, por lo que los aseguradores no tienen suficientes incentivos para mantenerlos contentos.

[1] Este esquema del sector público, Universal Health Insurance, no ha alcanzado a tanta gente como se esperaría, pero no es posible determinar si el problema fue la campaña comercial, el diseño del producto, el mecanismo de entrega, o una combinación de los tres. El producto es aún más barato para las familias que viven por debajo de la línea de la pobreza, que reciben un subsidio anual del gobierno central de 200 rs ($4,60) por un individuo, y hasta 400 rs ($9,10) para una familia de siete. A finales de marzo de 2007, 417.000 familias estaban bajo la cobertura (Radermacher *et al.*, 2005b).

Figura 12 **Anuncio de ahorros garantizados: TUW SKOK**

Traducción:

- Cuenta de ahorros sistematizados
- Interés alto
- No sólo para los pobres
- Sensación de seguridad
- Futuro asegurado



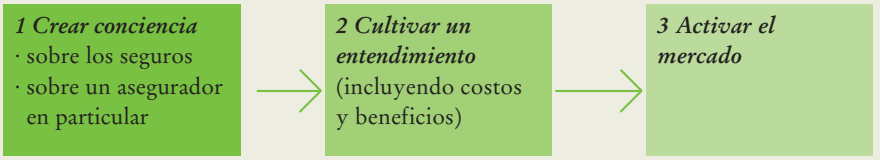
Los microaseguradores necesitan encontrar formas de convencer al mercado-meta de que son, realmente, fiables. Los aseguradores convencionales a menudo tratan de crear centros de operaciones grandes y visibles como forma de transmitir la impresión de que son una compañía estable. Localizadas en los centros de los pueblos, a menudo lejos de donde viven y trabajan los pobres, estos centros de operaciones no son efectivos para el mercado de bajos ingresos. Para el microseguro, tal vez la manera más efectiva de comunicar este mensaje es a través del reconocimiento de marcas, asociando al asegurador con algo que es fiable para los pobres. Por ejemplo:

– El logo de TUW SKOK (Polonia) se parece a los logos de las uniones de crédito con las cuales trabaja, para trazar una conexión entre la confianza que tienen los miembros en sus uniones de crédito y la compañía de seguros de la unión de crédito.
– SEWA tiene una imagen fuerte y consolidada entre las mujeres en la economía informal, lo que ha ayudado notablemente a VimoSEWA. Aun después de periodos difíciles, como cuando se produjo el terremoto de Gujurat, en que hubo tal caudal de reclamaciones que excedió la capacidad del microasegurador y los pagos de reclamaciones tardaron tres meses o más, los miembros confiaron en VimoSEWA, algo que no hubieran hecho con otras organizaciones.
– Cuando AIG entró en el mercado de la India, tuvo la suerte de empezar un negocio con el grupo de compañías de Tata, uno de los conglomerados industriales más respetados y fiables de la India. Cuando Tata-AIG entró en el mercado de bajos ingresos, supo explotar la marca Tata: los agentes de ventas del microseguro aseguraron a los clientes potenciales que una compañía tan grande tendría muy poco interés en robar sus minúsculas (en términos relativos) primas. También colaboró con una ONG local que les ayudo a fortalecer su credibilidad local.

2 Técnicas de marketing

Para transmitir estos mensajes, los microaseguradores utilizan una amalgama de técnicas comerciales. Para llevar a los clientes al punto de suscribir sus contratos y pagar la prima, los gerentes comerciales tienen que atravesar tres fases *(Figura 13)*. Primero, tienen que concienciar sobre el microseguro y sobre los proveedores de microseguro. Segundo, tienen que ayudar al mercado a entender los productos, incluyendo su costo y beneficio. Finalmente, tienen que activar el mercado convirtiendo el esfuerzo de información en una venta concreta.

Figura 13 **El Proceso de Mercadeo de Tres Pasos**



2.1 Concienciar

Concienciar a un cliente sobre el seguro conlleva dos aspectos: a) un conocimiento general del seguro y b) familiaridad específica con un proveedor de seguro. Por la experiencia de los microaseguradores, parece que lo general recibe menos atención que lo específico. Pocos microaseguradores utilizan sus herramientas comerciales para:

- educar más ampliamente a sus clientes sobre el seguro
- describir cómo encaja en el abanico más amplio de mecanismos de manejo de riesgos existentes
- ilustrar las ventajas y desventajas del seguro en relación con otras formas de manejo de riesgos (por ejemplo, ahorro o crédito)

El único ejemplo de cómo concienciar que surgió de los estudios de casos fue Tata-AIG, que repartió información sobre lo que es el seguro sin mencionar de hecho al asegurador o a su producto. La literatura fue diseminada por sus socios de la ONG, cuya credibilidad en el mercado de bajos ingresos ayudó a levantar la posición del seguro como una intervención valida para los pobres. (Obviamente, el éxito de este enfoque pudiera estar limitado por los niveles de alfabetismo de los tenedores de pólizas potenciales.)

Existen dos razones por las cuales la fase de concienciación no es más común en el microseguro. Primero, a los proveedores de seguro tradicional les resulta beneficioso que los clientes entiendan sus productos, pero que tengan poco conocimiento de la industria de seguro en general. Segundo, las campanas de concienciación del seguro en general pudieran beneficiar de igual manera a otros proveedores de seguro, de modo que los aseguradores individuales estarían más renuentes a tomar esa iniciativa. De hecho, ya que la concienciación general es un bien público, el gobierno o alguna asociación estarían en mejor posición de realizar campañas educativas, como es el caso en América del Sur *(véase el Cuadro 30)*. Esta es un área donde los donantes también podrían realizar contribuciones significativas.

Cuadro 30

Creando conciencia: la experiencia de la Asociación de Seguros de África del Sur

Bajo una carta federativa, los aseguradores de África del Sur han acordado asignar recursos para entregar productos de seguro a las familias de bajos ingresos. En adición, contribuyen con un 0,2% de las ganancias netas para la educación financiera.

Los miembros de la Asociación Suramericana de Seguros (SAIA, por sus siglas en inglés), proveedores de productos de seguro de no-vida y a corto plazo, decidieron entregar colectivamente un programa de educación al consumidor que cubre siete temas: gerencia financiera, presupuesto, deudas, ahorros, banca, seguro de vida y a corto plazo, y derechos y responsabilidades de los consumidores. Para levantar conciencia, SAIA ha iniciado tres actividades:

1. El desarrollo de un paquete de información dirigido a los estudiantes de enseñanza superior.
2. Un taller de un día de duración sobre educación financiera celebrado en áreas rurales. Hasta la fecha, 10.000 personas han recibido formación.
3. Red conmutativa: con 17,5 millones de personas que viajan diariamente, esta población ha sido identificada como un grupo-meta prioritario. Se han organizado varias iniciativas:

– Se han instalado pantallas de televisión en parques de taxis y se han diseñado anuncios televisados sobre los siete temas.
– Las cadenas de radio proporcionan educación interactiva.
– Se han distribuido 25.000 casetes con el mensaje financiero grabado en los parques de taxis.
– Se han distribuido cómics sobre educación financiera.

Fuente: Adaptado del portal de SAIA.

Concienciar sobre proveedores específicos de microseguro es más frecuente que la promoción de educación sobre seguros en general. Los tres enfoques más comunes son: el reconocimiento de marcas, las relaciones públicas y las campañas de prevención.

– **El reconocimiento de marcas** es una manera efectiva de dar a conocer una organización en el mercado. Los micro aseguradores, para promover su marca, tienden a utilizar anuncios en las carreteras o frente a sus oficinas, con colores reconocibles y con símbolos. Otro componente de la marca es el lema publicitario (eslogan) utilizado en los materiales de promoción de ventas para comunicar un mensaje general sobre la organización, a los clientes y a los clientes potenciales. Por ejemplo, los materiales de Delta dicen: «Delta Life,

vida próspera» , de igual forma, el lema de Tata-AIG es «Un vistazo nuevo a la vida». El reconocimiento de marcas simple, que utiliza fotografías o ilustraciones, es un medio efectivo de transmitir un mensaje comercial tanto a los segmentos del mercado instruidos como a los analfabetos.

– La mayoría de los microaseguradores se dedican a las **relaciones públicas** de una u otra manera. La actividad de relaciones públicas más común para los aseguradores de vida es celebrar ceremonias de pago de reclamaciones, donde el beneficiario recibe un pago del seguro durante un evento público. Los microaseguradores de mayor tamaño también se implican en actividades de auspicio corporativo. Por ejemplo, TUW SKOK financia un equipo juvenil de fútbol y convoca un concurso anual de dibujo y pintura para los niños, eventos sencillos pero intencionados para promover la imagen de TUW SKOK como una institución de base comunitaria. Spandana (India) utiliza algo del excedente generado por su esquema de seguro para financiar fondos para la educación. Estos tipos de programas demuestran el compromiso de la organización para con la comunidad de un modo tangible, sin necesidad de anuncios ostentosos ni productos promocionales.
– Según se describe en el Capítulo 3.9, **las campañas de prevención** también pueden concienciar en torno a un microasegurador. Shepherd (India) organiza campamentos de cuidado de ganado, financiados parcialmente a través de un cobro adicional en cada póliza de seguro, para promover el mantenimiento apropiado de los animales y para proporcionar vacunación y desparasitación gratuitas. Estos campamentos son para el público en general, no sólo para los afiliados. Además de prevenir las reclamaciones, estas iniciatias también sirven como un vehículo publicitario. De igual modo, ServiPerú tiene unidades médicas móviles que visitan las cooperativas y otros grupos afines para ofrecer consultas médicas gratuitas. Junto a estas unidades móviles, un *stand* promociona los servicios de seguro. BRAC MHIB y Grameen Kalyan (GK), ambos de Bangladesh, participan en la campana de vacunación del gobierno. Las autoridades gubernamentales proporcionan vacunas gratuitas y un costo nominal para cubrir los costos de promover la campana. Una participación de esta índole fortalece la propia campaña de los microaseguradores y enaltece su imagen.

La concienciación en un modelo de base comunitaria *(Capítulo 4.3)* es un poco distinta, porque el microasegurador no sólo está pidiendo a los clientes potenciales que compren seguro, sino también que participan en el diseño y la gerencia del esquema de seguro *(véase el Cuadro 31).*

Cuadro 31 **La estrategia comercial a tres niveles de UMSGF**

En un modelo de base comunitaria, la estrategia comercial pretende algo más que intentar persuadir a alguien para que firme un contrato y pague una prima. Es necesario trabajar con la comunidad para transmitir la idea de que el trabajo colectivo puede ayudar a la solución de los problemas individuales. En el caso de la UMSGF de Guinea, que promueve *mutuelles de santé*, el problema que tratan de resolver es cómo pagar el acceso a la sanidad.

La UMSGF utiliza una estrategia comercial a tres niveles para activar e implicar a la comunidad en la creación de *mutuelles de santé* u OMS.

El **primer nivel** es comunitario. En él, los promotores presentan el problema y sus posibles soluciones, y tratan de estimular el interés por el seguro. Este nivel es el equivalente a un esfuerzo de concienciación general.

El **segundo nivel** conlleva dos enfoques a nivel grupal, que procuran explicar cómo trabaja el seguro con más detalle. Con el primer enfoque, los promotores conocen los grupos existentes —los ROSCA, asociaciones religiosas, grupos de mujeres, asociaciones de negocios, etc.—, para ver si deciden formar una OMS. Con el segundo enfoque los promotores incentivan a los individuos que quieren seguro de salud a crear su propio grupo mutualista con otras personas de su confianza. Siempre que sea posible, el objetivo es trabajar con los grupos sociales de la comunidad, bien sean preexistentes u organizados alrededor de las actividades de las *mutuelles de santé.* De este modo, construyen sobre la infraestructura y el liderazgo existente.

El **tercer nivel** lo constituyen los hogares individuales, comenzando con aquellas personas que los organizadores han identificado como líderes de opinión. Hay quien no se siente cómodo hablando sobre condiciones de salud o sobre sus necesidades específicas de salud frente a otras personas. Por lo tanto, los organizadores tienen que dar seguimiento a las reuniones de grupo con discusiones a nivel de familia individual. Una vez que han convencido a algunos clientes, los promotores también pueden implicar a estos líderes comunitarios en la persuasión de sus vecinos para participar en el esquema.

Fuente: Adaptado de Galland, 2005a.

2.2 Aumentar la comprensión

Cuando el mercado tiene una idea general en torno al seguro y está familiarizado con el proveedor de seguros, el próximo paso en el proceso de comercialización es aumentar la comprensión respecto de los productos específicos que están disponibles, incluyendo las características del producto, los costos y los beneficios del seguro en relación con otras estrategias de administración de riesgos. Esto requiere educación sobre el seguro, que es particularmente difícil en mercados con mucho analfabetismo.

Sería de esperar que finalmente la educación pudiera provocar cambios en el conocimiento; destrezas y actitudes que a su vez condujeran a la adopción de microseguros por el mercado-meta. Desafortunadamente, los proveedores de microseguro tienden a limitarse, en primer lugar, a ofrecer información en vez de a dar educación. Hay sin embargo algunas excepciones notables. BRAC ha sido pionera en el uso del **teatro de calle** para educar a los grupos-meta sobre los beneficios del microseguro de salud. Desde 1998, el programa de desarrollo social de BRAC (Social Development Programe) ha creado obras que señalan prácticas injustas, ilícitas o de explotación ocurridas en la sociedad, mientras preservan la riqueza de la tradición local de Bangladesh en cuanto al drama y a las canciones típicas. Los participantes son seleccionados entre la clientela de los IFM, a quienes se entrena intensamente durante diez días en el teatro rural. Durante los últimos tres días de entrenamiento, los participantes visitan diferentes aldeas para recoger historias de la vida real que reflejen asuntos de crítica social. Estos métodos promueven los esquemas de seguro de salud al reseñar cuáles son sus beneficios a la hora de enfrentar un problema de salud.

Una versión moderna del teatro popular es el **vídeo** utilizado por organizaciones como Tata-AIG para ayudar a los clientes a entender cómo trabaja el seguro y por qué deben comprarlo. A diferencia del teatro de calle, el vídeo no tiene la ventaja de implicar a los participantes en el proceso de comunicación del mensaje, pero los filmes hechos en India al estilo «Hollywood» tienen un impacto poderoso sobre la audiencia-meta. Tata-AIG proyecta el vídeo desde camiones identificados y, una vez acaba el filme, los microagentes pueden contestar preguntas e inscribir a los tenedores de pólizas.

Estrategias de educación de tecnología sencilla también pueden ser efectivas si se tiene en cuenta el nivel de educación del mercado-meta. Tal vez una de las técnicas comerciales más comunes es el uso de **presentaciones pictóricas** —utilizadas por BRAC, MHIB, AssEF y otros— para ilustrar cómo trabaja el seguro. Una libreta con varias páginas ilustradas es una ayuda visual que permite uniformar la oferta de los mensajes principales y aumenta la probabilidad de que la audiencia comprenda el mensaje; sin embargo, este enfoque es todavía interactivo y permite a los tenedores de póliza potenciales hacer preguntas.

Los niveles de analfabetismo en una comunidad particular deben afectar al diseño de la campaña educativa. Al definir la profundidad y amplitud de su mercado, un microasegurador debe considerar si sus clientes potenciales son analfabetos o no. Si es el caso, los microaseguradores deben ofrecer la información necesaria sobre el microseguro en general y sobre el producto particular que se esta ofreciendo sin apoyarse en la comunicación escrita.

Uno de los retos al utilizar cualquiera de estas técnicas educativas es asegurar que las personas realmente entenderán y recordarán el mensaje principal que se está comunicando. Para atender a este reto, en Vietnam, el esquema de Ninh Phuoc ha convertido este esfuerzo en un juego. Las preguntas clave son escritas dentro de flores de papel, que se colocan en un árbol o un arbusto. Los clientes eligen las flores por turnos y tratan de contestar a las preguntas. Si las contestan correctamente, reciben un dulce o alguna otra recompensa.[2]

Al diseñar la campaña educativa, es importante considerar que el mercado es heterogéneo. Diferentes métodos de comunicación y de transmisión del mensaje pueden ser necesarios según el segmento del mercado potencial particular —una lección aprendida por CETZAM *(véase el Cuadro 32)*—. Es importante también definir los términos y evitar la jeringonza. Por ejemplo, en Uganda, el vocablo «beneficiario» está asociado a los beneficios del programa social. Por ende, frecuentemente los clientes consideran que son beneficiarios de sus IMF. Ya que no ha habido entrenamiento adecuado, ni los clientes ni los oficiales de préstamo comprenden lo que esta palabra significa en el contexto de seguros.

Cuadro 32

Diferencias regionales en Zambia

En septiembre de 2002, CETZAM realizó una investigación de mercado para medir la reacción de sus clientes a un nuevo producto de microseguro de vida conocido como *Ntula.* La investigación demostró que el 81% de los clientes pensaba que *Ntula* les proporcionaba protección personal y para su negocio en tiempos de dificultad. La investigación también desveló la razón de la demanda del seguro: el 41% de los clientes señalaron una muerte en sus familias durante el año precedente. El 15% de los clientes de CETZAM, curiosamente, se opuso a la introducción de *Ntula*, clientes que en su gran mayoría estaban localizados en Livingston, un pueblo de Zambia del Sur.

La oficina principal y la mayoría de los clientes de CETZAM tienen base en los pueblos al norte de Copperbelt. Es común para los clientes viajar por estos pueblos. Como hablan un lenguaje común, los clientes de otros pueblos del norte tuvieron noticia del producto piloto de seguros que se estaba explicando en Kitwe a través de las estaciones de radio de la comunidad. Cuando *Ntula* fue introducido formalmente en otros pueblos de Copperbelt, los clientes ya preguntaban a sus oficiales de préstamo sobre el producto, y, como resultado, la introducción del mismo fue recibida con mucho entusiasmo.

[2] Esta información sobre Ninh Phuoc fue proporcionada por Nguyen Thi Van, de la Oficina de OIT, en Hanoi.

En cambio, el sur de Livingston queda a un día por carretera de Kitwe y tiene un dialecto y una cultura local distintos. «*Ntula*», que quiere decir «levantando el obstáculo» en Bemba, no significa nada para la gente de Livingston. Los clientes y el personal de Livingston no habían sido informados en cuanto a *Ntula*, de modo que su introducción fue recibida con resistencias y sospechas.

Luego se supo que en el momento de la introducción de *Ntula* había otros dos factores que conspiraron para disuadir a los clientes de Livingston. En primer lugar, los desembolsos de préstamo se habían retrasado recientemente, lo que hizo que los clientes se preocuparan por la salud financiera de CETZAM. La introducción del producto de seguro, que era obligatorio e implicaba una deducción del préstamo, les pareció a los clientes una medida drástica para asegurar la supervivencia de la organización. No consideraron que *Ntula* fuese a pagar reclamaciones en su día, sino que lo vieron como una carga sobre el préstamo para que CETZAM siguiera operando. En segundo lugar, en el momento de su introducción, un periódico local había publicado un reportaje sobre «incidentes de magia negra» en el pueblo. Los clientes consideraron a *Ntula*, un producto que cubría la muerte del cliente y de hasta cinco miembros de la familia (para un total de seis personas), como de naturaleza demoníaca. Una organización local tuvo que hacer teatro de calle durante varias semanas para que cambiara la percepción pública del seguro en Livingston.

Fuente: Adaptado de Lefley, 2005.

Al desarrollar herramientas para la educación sobre seguros, es también útil considerar la diversa gama de **comunicadores potenciales.** Muchos microaseguradores forman un equipo con otras organizaciones (u otras partes de sus propias organizaciones), incluyendo a los trabajadores de salud, trabajadores sociales y oficiales del gobierno, para comunicarse con sus tenedores de pólizas potenciales. Por ejemplo, GK, en Bangladesh, utiliza servicios de salud para madres e hijos provistos por un número de asistentes itinerantes de la salud, pertenecientes a organizaciones afiliadas, como una herramienta promocional dirigida a los hogares pobres. Del mismo modo, los maestros no formales de educación de BRAC promueven el esquema de seguros de salud entre los padres de sus estudiantes. Las compañías mutualistas y los aseguradores cooperativos utilizan a sus grupos afines, que a menudo tienen comités de educación como medio principal para promover la educación sobre el seguro. Como regla general, para que estos «educadores del seguro» sean efectivos, necesitan disponer de suficientes herramientas y entrenamientos para poder transmitir los mensajes.

Una de las lecciones principales derivada de los estudios de caso es que es mucho más fácil comunicarse con los clientes si se mantiene la simplicidad del producto. «La Equidad», en Colombia, tiene dos productos de microseguro y ha tenido mucho más éxito con el más simple de los dos. Según se describe en el Capítulo 3.1, es más fácil para los clientes entender el producto si no contiene exclusiones, si los beneficios son uniformes, o por lo menos claros, y si el precio es transparente. Lo ideal es que se pudieran explicar los detalles del producto en cinco minutos o menos.

Cuando los productos son complejos, el personal de campo generalmente sólo explica una fracción de los beneficios, exclusiones y procedimientos. Si el personal no menciona ciertos beneficios, entonces los clientes no reclamarán esos beneficios si el evento asegurado ocurre. Si el personal no explica los procedimientos, entonces el proceso de cursar una reclamación será también extremadamente ineficiente para todas las partes implicadas. Un obstáculo principal a la hora de aumentar la comprensión de un producto de seguro en el mercado es el hecho de que mucha gente dentro del sistema de distribución no lo comprende. Este problema con el personal, común entre los microaseguradores, surge por varias razones, incluyendo la falta de entrenamiento eficaz para el personal, seguimiento insuficiente y falta de incentivos, además de muchos cambios en el personal de ventas. Este reto, que pocas de las organizaciones han podido superar, se discute en el Capítulo 3.7.

2.3 Activar al cliente

Siempre que el mercado conciencia sobre el seguro y el asegurador, y obtiene la comprensión del producto, la tercera parte en el proceso de comercialización es coordinar la firma de contratos y pago de primas de sus clientes.

Una manera de activar al cliente es mediante periodos de suscripción anuales o con **campañas de suscripción**, como las utilizadas por Vimo-SEWA y por UMSGF. Según se resume en la Tabla 22, hay ventajas tanto para las campañas anuales como para la inscripción continua. Las campañas anuales pueden motivar al personal para dar un gran empujón a la inscripción de clientes. Este tipo de actividad logra mover a los indecisos a comprar seguros, porque no quieren esperar otro año antes de recibir la cobertura. Por otro lado, la inscripción una vez al año proporciona algún control sobre la suscripción, ya que los tenedores de póliza que pudieran elegir inscribirse sólo si están enfermos, solamente pueden inscribirse durante la campaña. Una desventaja importante de este sistema es que crea un periodo-pico en el trabajo del personal. Más aún, los miembros que no aprovechan la campaña tienen que esperar un año para poder contratar el

seguro. La campaña también tiene que estar programada de modo que los tenedores de póliza tengan disponible el equivalente a un año entero de primas durante el periodo de inscripción —como constató Karuna Trust *(véase el Capítulo 3.3).*

Tabla 22 **Admisión periódica vs campaña actual**

Ventajas de la admisión periódica	*Ventajas de la campaña anual*
Volumen del trabajo está distribuido uniformemente a lo largo del año	Ayuda a controlar la selección adversa porque los miembros no pueden escoger cuándo se van a unir
El proyecto tiene la capacidad de añadir nuevos clientes	Enfoca el mercado en un periodo de tiempo concentrado
Segmentos de mercado diferentes pueden tener la necesidad de pagar en periodos de tiempo diferentes durante el año	Puede activar a cierto clientes

Otras actividades promocionales incluyen rifas o loterías. Por ejemplo, Columna organiza periódicamente rifas en las que los tenedores de pólizas pueden ganar artículos eléctricos para el hogar. Este tipo de enfoque puede diseñarse para beneficiar tanto a los tenedores de póliza como a los agentes de venta, o a ambos.

Una estrategia de activación que los microaseguradores deberían evitar fue utilizada por Delta Life en los años noventa. Delta Life introdujo un producto complementario a través del cual los tenedores de póliza podían adquirir un préstamo microempresarial. De hecho, la razón principal para el crecimiento exponencial de Delta durante este periodo fue que los agentes utilizaron la posibilidad de adquirir el préstamo como un incentivo para contratar la póliza de seguro. Esta oferta era bastante atractiva porque uno podía conseguir 5.000 TK ($83) después de pagar varios centenares de *takas* en primas. Sin embargo, muchas de estas pólizas colapsaron y muchos de los préstamos no fueron pagados *(véase el Cuadro 37 en el Capítulo 3.3).*

Independientemente de si el mercado se estimula por una campaña anual, rifas u otros recursos de venta, al final, el factor más importante en la venta del seguro voluntario es la técnica del agente, la persuasión que tiene su oferta de ventas y la fama adquirida a través de comentarios de los clientes sobre su buena experiencia con una póliza de microseguro. Desafortunadamente, los microaseguradores no cuentan mucho con esta ventaja, ya que los microaseguradores tienden a confiar en promotores de bajo costo, incluso voluntarios, o en personal de venta que distribuye el seguro como complemento a otra actividad principal (por ejemplo, ahorros y crédito), según demuestra el Cuadro 33.

Cuadro 33

Retos de venta en TUW SKOK

La razón de ser de TUW SKOK es servir a las uniones de crédito y a sus miembros. Sin embargo, la naturaleza de esa relación crea una tensión dinámica que debe ser equilibrada cuidadosamente. El éxito del asegurador depende totalmente del éxito de su sistema de distribución, las uniones de crédito: su capacidad de crecimiento, la capacidad de su personal de vender productos de seguro y la disponibilidad de los gerentes de CU para promover las ventas de seguro. Este arreglo genera retos relacionados con la calidad de la fuerza de ventas, su compromiso y motivación para vender y su disponibilidad para el entrenamiento.

El asegurador reconoce que es mas fácil para los CU y sus agentes de seguro a tiempo parcial, vender seguro que esté vinculado a productos de ahorro que pólizas de seguro por separado. Por ejemplo, si alguien quiere un producto contractual de ahorro, resulta de lo más natural preguntarle si desea un seguro económico para completar ahorro, en la eventualidad de muerte o incapacidad. Es mucho más difícil vender un producto de seguro a un arrendatario que no tiene vínculo ni al crédito ni al ahorro.

Para los productos en que la membresía paga, las uniones de crédito y el asegurador pudieran estar en competencia por los mismos recursos financieros finitos de un miembro.[3] La única manera en que los dos pueden salir adelante es si aumenta la cantidad de dinero que el consumidor quiere (y puede) pagar a ambos.

Para sobrellevar algunos de estos retos, TUW SKOK invierte tiempo y dinero en cultivar una buena relación con los CU enfatizando la comunicación y el intercambio de información. Dos veces al año, el asegurador celebra un retiro con los gerentes de las principales uniones de crédito y utiliza la oportunidad para informar a los CU de sus planes futuros, solicitar información en cuanto al diseño del producto y al servicio al cliente y cultivar la competencia en ventas entre las uniones de crédito.

Fuente: Adaptado del Churchill y Pepler, 2004.

FINCA Uganda, en los comienzos de su relación con AIG, reconoció que su personal tenía habilidades limitadas de venta, por lo que organizó un entrenamiento de *marketing* por parte de un profesor de Makarere University. Estas nuevas estrategias de venta les llevaron a mejorar considerablemente en cuanto a crecimiento: de una tasa de participación del 5% a una del

[3] egún se discute en el Capítulo 4.1, en el Modelo de Red de Cooperativas es importante distinguir entre el seguro comprado por la unión de crédito o SACCO, como un beneficio para el miembro, como protección de préstamo y ahorro de por vida, y aquellos productos de seguro que los miembros pagan, como por ejemplo el seguro de vida.

40% el año siguiente al entrenamiento. Más tarde, sin embargo, el producto de seguros se volvió obligatorio para los prestatarios, tras lo cual cesó la venta y también la transmisión de información se vio afectada (McCord *et al.*, 2000).

El microseguro requiere una cultura de venta diferente a la del seguro convencional. En vez de informar sobre el producto y sus beneficios, los agentes necesitan guiar a los clientes potenciales hacia la conclusión de que las emergencias son costosas, y que ellos son vulnerables a las emergencias. Lo logran indagando sobre sus experiencias o las experiencias de sus vecinos. Estos agentes actúan como consejeros en vez de cómo vendedores, ayudando a los hogares de bajos ingresos a reconocer qué riesgos sería apropiado que controlaran a través del seguro. Por lo general, y a causa de los niveles de analfabetismo del mercado y la falta de confianza en el seguro formal, los agentes de microseguro necesitan tener un contacto directo y personal.

Para activar al consumidor, la comercialización de microseguros necesita activar al vendedor, y ahí es donde las cosas se complican. Los microaseguradores quieren recompensar e incentivar las ventas sin proporcionar el seguro a las personas que no lo quieren. Encontrar este equilibrio es difícil y puede originar problemas. Los microaseguradores que alegan operar en el mejor interés del cliente tienen realmente que hacerlo así. Por ejemplo, aunque el seguro provisto por ASA (India) es nominalmente voluntario, en la práctica, el esquema tiene el mismo número de deudores que de tenedores de póliza. Los miembros se sienten obligados a comprar seguros ya que piensan que de otro modo no recibirán el préstamo (que es lo que verdaderamente quieren). Algunas estrategias para encontrar este equilibrio son:

- **Determinar metas de venta moderadas**, lo que puede lograrse sin medidas agresivas. Si los microaseguradores presionan a los agentes para lograr volúmenes grandes, entonces tendrán que utilizar técnicas de venta que no responden al espíritu del microseguro.
- **Equilibrar las comisiones de venta con incentivos de renovación** para asegurar que el servicio recibe la misma atención que la venta.
- En las compañías de seguro comercial, **establecer un departamento de operaciones preparado** para el microseguro, de modo que pueda desarrollar una cultura de ventas única.
- **Incentivar a sus agentes de ventas a comprar seguros para sí mismos,** de manera que puedan hablar de su experiencia.

Delta Life ha aprendido algunas cosas relativas a qué incentivos de venta deben evitarse. Inicialmente desembolsó por adelantado las comisiones para

las nuevas pólizas, lo que llevó a algunos agentes a utilizar parte de su comisión como un descuento no oficial para el primer año. Los agentes estaban pagando una porción de la prima del primer año de su propio bolsillo, y cuando los tenedores de póliza tenían que pagar la prima completa por sí mismos, muchas pólizas colapsaron. Otro esquema equivocado de incentivos ofrecía una batería de cocina a los agentes que vendían cierto número de pólizas nuevas, pero descubrieron que los agentes se turnaban para firmar contratos con un mismo nombre y repartirse los artículos.

Naturalmente, todas estas estrategias de mercado tienen un costo. Algunos microaseguradores ven la estrategia comercial como un gasto en vez de cómo una inversión, y por lo tanto son renuentes a comprometer dinero suficiente para la promoción de sus esquemas. También hay un problema en el otro extremo, particularmente con los aseguradores comerciales que pagan comisiones demasiado generosas.[4] Sin embargo, independientemente de cuánto sea suficiente, hay que preguntarse ¿cuánto es mucho? La cantidad varía según el ramo de producto, la madurez del esquema y el modelo institucional de un bajo 2% hasta un 40% de prima. Los productos individuales requieren inversiones mayores para el mercadeo, especialmente cuando toman en consideración las comisiones de la gente del campo. Para el negocio grupal, los gastos de *marketing* podrían ser mucho más bajos. Como regla general, dichos gastos en los productos de microseguro grupal (incluyendo comisión) deberían fluctuar entre el 5% y el 15% de la prima.

No obstante, la estrategia comercial no constituye una de fortaleza en la mayor parte de los microaseguradores. Por lo tanto, dado el rechazo del mercado hacia los seguros, es necesario prestar mayor atención, creatividad y recursos a dicha estrategia.

3 Servicio postventa

Una manera en que el microseguro demuestra su carácter único en relación con el seguro convencional es quitando énfasis a la venta y enfatizando el servicio. El servicio en el lenguaje de seguros está estrechamente relacionado con las reclamaciones: asegurando que los clientes saben cómo hacer una reclamación, asistiéndolos para que puedan cumplir con los requisitos de documentación necesarios y cerciorándose de que las reclamaciones son pagadas rápidamente con un mínimo de denegatorias. Por otro lado, puede ser necesario enfatizar en los recordatorios continuos relativos a un producto para asegurar que un mercado analfabeto no pierde de vista su cobertura de seguro.

[4] Por ejemplo McCord *et al.* (2005) estima que uno de los agentes de venta de AIG Uganda ganó $158.000 en comisiones durante 2004 (el 20% por la prima pagada por el IMF al asegurador).

Este énfasis en el servicio después de la venta es necesario; puede verse como una extensión del proceso continuado de fomentar la confianza entre el asegurador y el tenedor de la póliza. Por otro lado, los esquemas que ya han invertido en sus clientes a través de campañas de concienciación, educación, etc., se mostrarán extremadamente ineficientes si posteriormente pierden clientes por culpa de un servicio inadecuado. El servicio de excelencia crea un **efecto demostrativo** mediante el cual el no asegurado comienza a ver que el asegurador realmente quiere hacer negocio, que está cumpliendo con sus obligaciones y que es fiable. El servicio de excelencia puede ser también una estrategia de mercado, ya que estimula la publicidad del boca a boca que a menudo es uno de los canales de *marketing* más efectivos que existen.

Dada la importancia del servicio postventa, una de las deficiencias sorprendentes en muchos esquemas de microseguro es que los clientes a menudo no reciben un **documento de póliza** que explique los beneficios, las exclusiones y los procedimientos de reclamacion.[5]

Este tipo de informacion, y la explicación que la acompaña, es necesaria para reducir las reclamaciones denegadas. Cuando los tenedores de pólizas comprenden qué está y qué no está cubierto, son menos propensos a cursar reclamaciones por pérdidas que no están bajo cobertura.

VimoSEWA padeció el problema opuesto. Después de varios años con tasas de reclamación relativamente bajas, reparó en que muchos tenedores de pólizas podían cursar reclamaciones pero no las cursaban. Por lo tanto, en 2003, VimoSEWA inició una campaña importante relativa al servicio postventa. Ahora, *Vimo Aagewans* establece contacto con sus miembros durante los periodos de inscripción para reexplicar la cobertura, preguntarles si han estado hospitalizados y ayudarles a cursar reclamaciones. Los tenedores de pólizas reciben un cartel para colgar en la pared como recordatorio de su membresía, que indica el nombre del agente de venta, la dirección y el teléfono de la oficina, a fin de facilitar que el miembro pueda pedir ayuda. Los miembros reciben además una tarjeta presellada y con la dirección estampada que pueden enviar por correo a la oficina si necesitan que un *Aagewan* les visite. VimoSEWA espera que estas medidas faciliten a sus miembros, particularmente a los más pobres, el proceso de cursar reclamaciones. Las tasas de renovación en este momento, debido a estas intervenciones, se perfilan en un punto más alto que nunca.

[5] Una explicación para la falta de material escrito es el hecho de que el mercado-meta es, a menudo, analfabeto. Sin embargo, en la mayoría de los mercados, los adultos que no saben leer ni escribir generalmente conocen a alguien que sí sabe, a veces dentro de su misma residencia. Otra explicación es, que en algunas culturas, como en ciertos lugares de la India, la gente no confía en la información escrita. En realidad, sin embargo, las razones son: 1) no querer invertir en los costos de imprenta y 2) no querer comprometerse con plazos y condiciones específicas, ninguna de las cuales parece particularmente jus-

A pesar de los esfuerzos para educar a los clientes y asegurarse de que entienden los beneficios y el procedimiento para cursar reclamaciones, siempre habrá algunas reclamaciones que serán denegadas. El microasegurador «o su agente de distribución» tiene otra responsabilidad importante con respecto al asegurador despues de su venta —y tal vez con respecto a otros miembros de la comunidad tambien—: explicar por qué la reclamacion fue denegada de forma que minimize el impacto negativo de la denegacion y no se convierta en un obstáculo potencial. Por ejemplo, para minimizar el impacto de una reclamación denegada, VimoSEWA ha mejorado su comunicación con los miembros de su comunidad a través de visitas de los *Vimo Aagewans* acompañados por personal gerencial y miembros del personal de la oficina.

Por otro lado, se necesita **un proceso de apelación para las reclamaciones**, a fin de asegurarse de que los tenedores de pólizas reciben un tratamiento apropiado, aunque en la práctica pocos microaseguradores tienen este tipo de arreglo. TUW SKOK es una excepción. En un proceso de apelación de reclamaciones claramente definido, un miembro que está insatisfecho con la determinacion del adjudicador puede cursar la reclamación por escrito. Todas las apelaciones se reportan a la junta de TUW SKOK para su consideracion. En los casos de reclamaciones por incapacidad, se revocan o modifican los beneficios; por ejemplo, si el tenedor de la póliza aporta información médica suplementaria que apunte a un aumento en el beneficio.

El último aspecto del servicio postventa es **evaluar la satisfacción del cliente** y dar seguimiento a la retención. Los microaseguradores generalmente trabajan mejor en los segundo que en lo primero, aunque evaluar la retención es dificil en el seguro obligatorio, ya que la organización desconoce cómo el seguro contribuye o no a la deserción. En general, se da la necesidad de entender por qué los tenedores de polizas no renuevan su cobertura.

4 Comercializando el seguro obligatorio

Un reto de *marketing* importante surge en aquellas organizaciones en las que el seguro es obligatorio. Según se describe en el Capítulo 3.1, el seguro obligatorio ofrece muchas ventajas tanto para el asegurador como para el tenedor de póliza, pero para poder apreciar completamente esas ventajas los esquemas de microseguro tienen que compensar por las desventajas, que son igualmente obvias, especialmente el problema de la comercialización.

Cuando el seguro es obligatorio, no conlleva apenas actividades de venta. Alguien asume la cobertura de seguro autómaticamente porque a su vez ha obtenido algo más, tal vez un préstamo o una cuenta de ahorro. Por lo tanto, los agentes de distribución tienden a ignorar la necesidad del cliente de tener información. De la investigación realizada en Uganda con los clientes del

IMF y la cobertura obligatoria (McCord *et al.*, 2005a), y también en Zambia (Manje, 2005), surgen diversos problemas comunes:

– Los clientes no saben que tienen seguro.
– Si lo saben, pueden no ser conscientes de todos los beneficios.
– Puede que no sepan cómo cursar una reclamación.
– Consideran el seguro obligatorio como un costo más del préstamo.
– No saben cuánto van a pagar por el seguro porque las primas pueden ser deducidas del préstamo o combinadas con otros cargos (y la mayoría piensa que va a pagar más de lo que realmente paga).
– Algunos piensan que se merecen una devolución de la prima si no hacen una reclamación.

Para atender estos problemas de percepcion, los agentes de distribución tienen que tratar el seguro como un servicio *complementario* y persuadir a los clientes de su utilidad. El *marketing* del seguro obligatorio esencialmente se orienta a aumentar el número de clientes o el consumo de aquello que resulte ser el elemento al cual se vincula el seguro, tal como un préstamo o la pertenencia a una unión de crédito o empleo. En este contexto, el seguro necesita ser presentado como un beneficio adicional, valioso y sin costo.

La información del producto que se ofrece al cliente debe ser uniforme y suficientemente simple para evitar denegatorias de reclamaciones por falta de información. Como mínimo, las organizaciones deben proporcionar un formulario sencillo a cada cliente que demuestre el desglose de cargos y beneficios, y que describa el proceso para cursar una reclamacion. Según Manje (2005), aun cuando los productos sean obligatorios, hay varias oportunidades para el mercadeo de seguros, tales como:

1. Incluir algunos componentes voluntarios en la poliza de seguro, tales como vidas adicionales para el seguro funerario, con el fin de aumentar la probabilidad de que el personal explique estas opciones a los clientes.

Tabla 23

Lista de cotejo de mercado para los gerentes de microseguro:

- ¿Con quién estás tratando de comunicarte? ¿Cuáles son las maneras efectivas de llegar a esa audiencia?
- Cuál es el nivel de educación o analfabetismo de tu audiencia-meta? ¿Cómo se incorporará esto a su plan de mercado?
- Cuáles son las necesidades del cliente de cobertura de riesgo? ¿Cómo se está atendiendo esto? ¿Cuál es el beneficio del producto?
- Cuáles son los argumentos anti-seguro del mercado-meta? ¿Qué mensajes principales podrían contradecir estos argumentos?

- Qué puede hacer usted para fortalecer la confianza del mercado en su organización?
- Cómo puede usted comunicar el mensaje de distribución de riesgo o de solidaridad de modo que los tenedores de pólizas que no experimentan un evento asegurado no esperen la devolución de su dinero?
- Cómo puede el producto presentarse como algo positivo?
- Qué tipo de campaña de prevención u otras actividades de relaciones públicas podría tener mayor impacto en concienciar al cliente sobre su organización?
- Cómo puede su organización ir más allá de la información y la comunicación para incluir educación sobre el seguro?
- Tiene usted métodos para evaluar si sus clientes o su mercado comprenden realmente el verdadero mensaje que usted está tratando de comunicar?
- Qué posibles socios pudieran implicarse para ayudar en la educación y en las actividades promocionales? ¿Qué herramientas de entrenamiento se requerirían para poder cumplir esas funciones?
- Es el producto o el proceso de reclamaciones suficientemente simple para que el personal de venta pueda explicárselo a los clientes potenciales?
- Qué técnicas de *marketing* son más efectivas para atraer clientes exitosamente (por ejemplo, campañas de subscripcion o rifas)?
- Qué incentivos podrían efectivamente motivar al personal de ventas para generar una cultura de venta apropiada para el microseguro?
- Cómo puede usted incentivar o pedir la publicidad «boca a boca»?
- Cómo puede asegurarse de que los clientes perciben que usted está ofreciendo un servicio formidable para ellos?
- Está usted dando seguimiento a la satisfacción y retención del cliente?

¿Cómo puede usted persuadir a los clientes de que aprecien el beneficio del seguro obligatorio?

2. Resaltar el catálogo de opciones de servicios financieros con el precio del seguro obligatorio incluido dentro de un paquete completo de servicios, no como una condicion para obtener un préstamo.

Enseñando a los clientes cuánto tendrían que pagar por la misma cobertura si la compraran por sí mismos. Ya que algunos productos de seguro individual son muchas veces más caros que las pólizas grupales, esta es una característica de ventas importante para persuadir a la gente de que está obteniendo un buen precio por la póliza obligatoria grupal.

Hacer el producto real. Utilizar testimonios de beneficiarios que han recibido transacciones para comunicar la importancia de recibir dicha transacción cuando la familia más la necesite.

Promover la naturaleza solidaria del seguro, de manera que la gente no sienta que ha perdido su dinero si no ha hecho una reclamación. Con un producto obligatorio, es bastante dificil alcanzar un entendimiento firme en cuanto a la verdadera demanda para el microseguro. CARD ha hecho un esfuerzo para entender esta demanda y cómo la misma afecta al negocio. En una encuesta cualitativa realizada por Freedom from Hunger, muchos clientes identificaron el seguro como el aspecto más importante de la cartera completa de productos de CARD. Este hallazgo debería inspirar a otros microaseguradores a comercializar sus productos de seguro obligatorio de forma que los clientes verdaderamente los aprecien.

5 Conclusión

A modo de conclusión, este capítulo proporciona un cuestionario en formato de lista de cotejo *(véase la Tabla 23)* que puede ayudar a los microaseguradores a evaluar y mejorar sus estrategias de mercado.

3.3 Cobro de primas: minimizando los costos de transacción y maximizando el servicio al cliente

Michael J. McCord, Grzegorz Buczkowski y Priyanka Saksena[1]

Los autores desean reconocer la constribución a este capítulo de Aristotle Alip (CARD) y Ellis Wohlner (consultor de SIDA).

El proceso de cobro de prima es un reto principal cuando el seguro se extiende al mercado de bajos ingresos. El mercado-meta trabaja principalmente por cuenta propia o dentro de una economía informal, por lo que es menos dado a tener una cuenta de ahorros en un banco. Por lo tanto, el mecanismo primario para el cobro de primas utilizado por los aseguradores corrientes —las deducciones de salarios de los patronos y las órdenes de pago vigentes o débitos directos para descontarlos de las cuentas de ahorros— no funcionarán en muchos hogares pobres. Para complicar esta situación, por definición, el mercado-meta tiene unos ingresos bajos, a menudo irregulares e impredecibles, de manera que otro reto es el poder tabular el pago de la prima en el momento en que el tenedor de póliza tenga disponibles los fondos.

Para que el microseguro sea exitoso, el mecanismo de pago de prima necesita encontrar un equilibrio entre la eficiencia y la sensibilidad a las necesidades y capacidades de los clientes. El simple hecho de cobrar un número alto de pagos de primas pequeñas puede hacer que los productos sean más accesibles a los pobres, pero también puede resultar en unos costos altos de transacción que pueden aumentar las tarifas.

Basado en el análisis de estudios de casos, este capítulo propone soluciones posibles a estos problemas, organizadas alrededor de los siguientes cuatro tópicos:

1. Modalidades de cobro de prima.
2. Frecuencia y tiempo para el cobro.
3. Consideraciones de los clientes.
3. Controles de cobro de prima.

1 Modalidades de cobro de prima

La forma en que se cobra la prima tiene un impacto directo en los costos de transacción por unidad. De hecho, para hacer que el microseguro sea viable,

[1] Las referencias a Microcare (Uganda) en este capítulo se derivan de las experiencias de los autores.

es necesario minimizar los costos de transacción. Sin duda, el factor determinante a la hora de decidir el modelo de cobro de prima radica en las circunstancias del cliente y su acceso a otros servicios financieros. Esta sección describe cuatro modalidades de cobro de prima.

1.1 Primas vinculadas al préstamo

Muchos tipos de productos de microseguro estan vinculados a otros productos financieros, especialmente de crédito. El cobro de primas en el momento de desembolsar el préstamo o a la hora del pago es atractivo, ya que la transacción «se carga» sobre otra transacción financiera. Por ende, los costos marginales del cobro de prima se mantienen al mínimo.

Esto puede demostrarse al comparar los costos del cobro de una prima del seguro que se vende aparte con la cobertura que se combina con otro tipo de servicio financiero, como el préstamo. TUW SKOK (Polonia) paga, por ejemplo, para la cobertura que es individual, al agente que lo atiende, la comisión en el mercado de un promedio del 15%. Para sus productos integrados, tales como la cobertura vinculada al préstamo, muerte accidental e incapacidad (AD&D), el asegurador incurre en un costo total de menos del 1% de la prima. Los sistemas de TUW SKOK han sido diseñados para gestionar el cobro mensual de prima de los productos añadidos al préstamo para más de 200.000 asegurados, y de más de sesenta uniones de crédito del país, y son atendidos por tres miembros del personal destacados en el centro de operaciones del asegurador.

El vínculo del seguro al préstamo es el modelo de cobro utilizado por muchas IMF. Algunos clientes, tales como los de Pulse en Zambia, están contentos con este método porque no necesitan el «pinchazo». Según se describe en el capítulo anterior, la cobertura de seguro, además, puede ser comercializada como un beneficio adicional de conseguir el préstamo. Para otros clientes, el vínculo puede ser una causa principal de insatisfacción. Por ejemplo, con el producto de seguro funerario de CETZAM, en Zambia, los clientes se quejaron de que la deducción de prima del préstamo reducía la suma de dinero que recibían. Los mecanismos de pago de prima actuales varían según se describen en el cuadro 34.

Las desventajas más significativas utilizando estos sistemas de cobro son:

1. Falta de transparencia

Las mismas rezones que hacen que los clientes de Pulse no sientan el «pinchazo» económico, también pueden significar que los clientes no sean conscientes del costo actual que están pagando por los beneficios. Es interesante constatar que, en Zambia, muchos clientes asumieron que estaban pagando

por una cobertura de seguro más alta que la que realmente tenían (Mange, 2005).

Cuadro 34

Vinculando las primas de seguros a los préstamos

Muchas IMF ofrecen seguro al vincularlo con sus productos de préstamo. Hay, sin embargo, diferentes maneras en que la prima puede ser pagada, todas las cuales tienen ventajas y desventajas. Las cinco alternativas generales son:

1. *Deducir la prima de la suma del préstamo.* Este es quizás el enfoque más común, pero los deudores generalmente no aprecian el hecho de que, por ejemplo, para un préstamo de $400, sólo reciben $390 una vez que la prima de $10 ha sido reducida. Los deudores pagan un interés adicional a la prima, lo que aumenta el costo bruto del seguro.

2. Añadir la prima a la suma del préstamo. Otro enfoque es conceder un préstamo de, por ejemplo, $400, pero obligar al cliente a pagar la suma total de $410, más intereses. De este modo, el cliente por lo menos recibe la suma que esperaba, pero todavía paga interés sobre la suma de la prima.

3. *Convertir la prima a la tasa de interés del préstamo.* Algunas organizaciones aumentan su tasa de interés un poco y usan este ingreso adicional para pagar la prima en nombre de los clientes. De las cinco opciones, ésta es probablemente la menos ventajosa, porque: a) hace que la tasa de interés parezca menos competitiva y b) disfraza la prima de modo que el deudor pudiera no darse cuenta de que tiene cobertura de seguros. Sin embargo, este método es realmente el más simple de los métodos de pago de prima vinculados al préstamo, ya que es solamente una transacción de contabilidad interna.

4. *Pagar la prima con cada uno de los pagos del préstamo.* Para hacer que la prima sea más llevadera en términos de costo, la cantidad también puede ser dividida y pagada a plazos con cada pago. Sin embargo, este enfoque comparte algunas de las ventajas de combinar la tasa de interés con la prima: los clientes pueden no saber que tienen seguro y la IMF probablemente tenga que pagar al asegurador por adelantado. Además, pudiera cancelarse la cobertura si el cliente se atrasa en los repagos del préstamo.

5. *Pagar en efectivo por adelantado.* Si los deudores pagan la prima por adelantado, bien cuando solicitan el préstamo o cuando lo reciben, hay una probabilidad más alta de que sean conscientes de que tienen seguro. Sin embargo, comparada con las opciones 1 y 2, esta opción genera una transacción adicional y aumenta la vulnerabilidad al fraude, ya que se intercambia dinero en efectivo.

2. Desconocimiento de la cobertura

Peor aún, los clientes o beneficiarios pueden ignorar que tienen seguro, de manera que no pueden recibir los beneficios cuando les corresponden. Esta situación mina uno de los objetivos más importantes en el desarrollo del microseguro, que es crear una cultura de seguro en la que el mercado de bajos ingresos desarrolle una comprensión y una apreciación del papel del seguro en el control de riesgos.

3. Protección limitada al término del préstamo

Este mecanismo de pago significa que el mercado-meta puede solamente recibir protección del seguro mientras tiene un préstamo. Aunque pudieran requerir una cobertura continuada, la mayoría de la gente, rica o pobre, prefiere no estar eternamente endeudada.

En respuesta a este último problema, los miembros de las uniones de crédito asociadas con Columna (Guatemala) pueden renovar su póliza de seguro sin tener que tomar prestado nuevamente. Sin embargo, debido a que el sistema de distribución inicial está vinculado al crédito, es difícil conseguir que el personal de la unión de crédito renueve la póliza, porque ya no está relacionada con sus actividades principales. De hecho, en Filipinas, CARD MBA y CARD Bank se han enfrascado en una disputa porque el asegurador quiere que continúe la cobertura cuando los deudores ya no están cobrando a préstamo del banco. El banco argumenta que esto elimina el incentivo de pedir a préstamo.

Finalmente, las primas del seguro vinculado a un préstamo son ciertamente apropiadas para la cobertura que directamente aumenta la garantía del préstamo, tanto para el deudor como para el acreedor. El seguro de vida y el de propiedad colateral son productos que se prestan para estar vinculados. Otros productos pueden no ser tan apropiados, tales como la cobertura de vida para la familia o cobertura de salud. Estos productos no pueden ser generalmente parte de una cobertura obligatoria vinculada al préstamo, ya que son relativamente costosos y no tienen una conexión directa con el préstamo.

1.2 Automatización: deduciendo las primas de una cuenta de ahorros

El cobro automático de prima, siempre que sea posible, es ventajoso para reducir los costos de transacción. Para TUW SKOK, ya que todos sus tenedores de pólizas de bajos ingresos tienen cuentas de ahorros, la unión de crédito puede fácilmente deducir las primas de las cuentas de los miembros y enviarlas al asegurador, con cientos de primas menores agrupadas en una única transferencia electrónica. Órdenes vigentes para deducciones o débitos

directos bajan los costos de transacción y minimizan la vulnerabilidad al fraude.

La desventaja principal de los pagos automáticos es que el mercado-meta pueda no tener una cuenta de ahorrros, o incluso carezca de la posibilidad de poder abrir una. De hecho, para poder expandir la disponibilidad del microseguro a más hogares de bajos ingresos, una estrategia principal es la de aumentar su acceso a los servicios de ahorro. Sin embargo, algunos microaseguradores han tenido esta opción disponible y no la han tenido en cuenta. Por ejemplo, ALMAO, en Sri Lanka, fue fundada por las sociedades de ahorro y crédito del movimiento SANASA. A pesar de que SANASA cuenta con dos millones de miembros, ALMAO solamente tiene unos pocos miles de pólizas, en parte porque se basa en el cobro de puerta en puerta, en vez de en órdenes vigentes de deducciones para el pago.[2]

El modelo de cobro de prima es vulnerable a problemas de relaciones públicas si no se implementa apropiadamente. VimoSEWA (India) experimentó dificultades significativas cuando utilizó pagos automáticos para su esquema de seguro obligatorio, porque no había informado adecuadamente a las personas de que el pago sería deducido de sus cuentas. Como resultado, la organización experimentó un latigazo significativo de los tenedores de póliza, que finalmente provocó el cambio a una cobertura voluntaria.

1.3 Primas pagadas del interés de una cuenta de ahorros

Tal vez, el modo más sencillo de cobrar las primas es permitir que éstas se paguen del interés que renta una cuenta de ahorro. El ejemplo más común de este enfoque es el producto de ahorro de vida ofrecido por muchos aseguradores de uniones crediticias, según se describe en el Capítulo 2.3.

Del mismo modo, los tenedores de póliza de VimoSEWA —que ha puesto a prueba muchos mecanismos distintos para el pago de las primas— pueden hacer un depósito en una cuenta bancaria especial SEWA y, en vez de ganar interés, reciben una cobertura semipermanente hasta alcanzar los 60 años sin tener que hacer transacciones adicionales y sin necesidad de hacer transacciones operacionales. El depositante, por ende, nunca paga prima alguna y mantiene acceso y título sobre el dinero que está colocado en la cuenta de ahorros. En cierto sentido, esto equivale a prefinanciar la póliza de vida entera. Sin embargo, ya que el dinero todavía es del depositario, esta alternativa ayuda a responder a una de las quejas más comunes de los pobres en cuanto al seguro, que es que, si no cursan reclamación alguna, sienten que han derrochado el dinero pagando primas.

[2] En su apogeo, el predecessor no regulado de ALMAO proporcionaba seguro funerario a casi 50.000 personas, pero sus nuevos productos de seguro dotal no han sido particularmente populares.

Este enfoque de pago a través de un depósito fijo, sin duda, minimiza los costos de transacción. Sin embargo, pudiera también ser un enfoque limitado en cuanto a penetración, si las sumas requeridas del cliente son demasiadas altas. En ASA, en India, que también experimentó con este método de pago, los miembros que sí podían levantar los fondos no fueron suficientes para justificar la continuación del mecanismo. En el caso de VimoSEWA, si un miembro solamente se aseguraba a sí mismo, necesitaba hacer un depósito fijo de 2.100 Rs. ($46) o pagar la prima anual de 100 Rs. ($2). Aun cuando una cuarta parte de sus miembros utiliza la opción de depósito fijo, la proporción ha disminuido a lo largo de los años (bajando del 33% que mostraba el estudio de caso) (Garand, 2005).

Este enfoque de depósito fijo funciona mejor en un ambiente de intereses altos y resulta vulnerable a las bajas de los intereses, lo que puede llevar a una situación en la que el interés no resulte suficiente para cubrir el costo del seguro. En esas situaciones, al igual que cuando las tasas o las tarifas de primas se ajustan para aumentarse, VimoSEWA ha encontrado que es difícil para los depositantes cubrir el tope de la cuenta de ahorros. Cuando se alcanza el tope, el costo para el depositante es dramáticamente más alto que la suma del aumento en primas. Por ejemplo, si la tasa de interés es del 10% y el aumento en primas es de 10 Rs. ($0,22), la suma por encima del tope tiene que ser por lo menos de 100 Rss ($2,20) para cubrir el aumento.

1.4 Cobro físico de la prima

El cuarto enfoque es cobrar las primas físicamente, bien de puerta en puerta, para cobrar los pagos individuales, o a través de mecanismos grupales que permiten cobrar muchas primas a la vez, o requiriendo a los tenedores de pólizas que se reúnan en una localización central para pagar sus primas. Una distinción clave entre este método y los discutidos anteriormente es se trata solamente de una transacción de seguro, mientras que los demás métodos están vinculados a una cuenta de ahorro o a un producto de crédito. Por lo tanto, el cobro físico de prima es más apropiado para: a) las organizaciones que no tienen otras transacciones financieras tales como esquemas de seguro de salud con base comunitaria *(véase el Capítulo 4.3)* y b) las pólizas que acumulan valores, que son difíciles de combinar con otros servicios financieros *(véase el Capítulo 2.2).*

Este método de cobro físico de prima tiene la ventaja de ser accesible a los clientes. A la vez, proporciona oportunidades de interacción personal entre el asegurador y su clientela. Por ejemplo, Delta Life, en Bangladesh, que cobra de puerta en puerta, ofrece a sus clientes un vínculo físico con la compañía, a la vez que reduce colapsos potenciales (aunque esto todavía constituye un

problema significativo) mientras fortalece la relación entre el personal de campo y el cliente. En algunas familias, las mujeres están impedidas o no pueden viajar, de manera que el cobro de puerta en puerta también les proporciona acceso a un servicio valioso.

La mayor deficiencia que planta el cobro físico de la prima son los costos de transacción al asegurador —el cobro de prima de puerta en puerta es costoso—. La compensación para los empleados debe estar en línea con la supervisión del esfuerzo que conlleva. Si el personal no está motivado a cobrar las primas, los esquemas sin duda fracasarán. Por ejemplo, «La Equidad» experimentó problemas de cobro cuando puso a prueba el cobro de puerta en puerta, porque las comisiones pequeñas resultaron insuficientes para motivar a sus vendedores.

Pedir a los tenedores de póliza de bajos ingresos que acudan individualmente a una localización central para pagar la prima no es la solución más práctica, a menos que ya hayan tenido que acudir a esa localización para hacer otra transacción. La gente es naturalmente reacia a gastar tiempo y dinero para ir a hacer un pago, especialmente dentro de un periodo determinado.

La posibilidad de fraude también aumenta considerablemente a través de este modo de cobro, debido al número de personas que gestionan la prima. Un aspecto peligroso del cobro de prima de puerta en puerta es que, bajo muchos sistemas legales, una vez que la prima es cobrada por un agente o por el representante del asegurador, se considera que ha sido legalmente cobrada por el asegurador, dando derecho al asegurado a la cobertura, aun si el agente no ha hecho la transferencia de la prima al asegurador. Si esto no se detecta temprano, podría conllevar pérdidas económicas significativas, ya que las reclamaciones tendrían que pagarse incluso si el asegurador nunca ha recibido la prima. En muchas jurisdicciones es muy difícil y costoso cobrar la prima de aquellos que resultan culpables de fraude, aun cuando se les identifique y se les señale.

El fraude en el cobro de la prima no solamente provoca el déficit financiero sino que afecta a la confianza del cliente en el seguro, tal vez reforzando las preconcepciones negativas del mercado. En una de las organizaciones mutualistas de salud vinculadas a UMSGSF, en Guinea, los líderes de grupo malversaron las primas cobradas de los hogares. Los miembros perdieron confianza en el NHO, lo que hizo más difícil resolver la crisis. Se requieren unos controles muy fuertes para mitigar fraudes como este, que a su vez resultarán en gastos organizacionales.

1.5 Conclusión

La comparación entre estos cuatro enfoques, que se resume en la Tabla 24, tiene que tener en cuenta cuán costo-efectivo es el mecanismo en cuanto al

valor que otorga al tenedor de la póliza (por ejemplo, facilidad en el acceso, y comprensión del producto y de la tarifa).

La diferencia de costos entre mantener un equipo de agentes para el cobro de puerta en puerta y utilizar una entidad intermediaria puede ser sustancial. Consideremos una comparación entre Delta Life y AIG, dos entidades que sirven a un millón o más de clientes. Delta emplea a sus propios agentes para dar servicio a los tenedores de pólizas sobre una base individual, mientras que AIG Uganda ofrece sobre todo pólizas grupales obligatorias a través de 26 IMF. La diferencia en los costos de operación entre estos dos métodos como porcentaje de prima es de alrededor del 10%, siendo las agencias IMF significativamente más baratas que el ejército de agentes.

El cobro de prima de puerta en puerta ofrece una oportunidad para mantener una relación cercana con el asegurado, la cual, si se maneja y se trabaja propiamente, puede ofrecer información valiosa para el asegurador, a la vez que ayuda a mantener la lealtad del cliente y a mantener bajos los colapsos de póliza. Sin embargo, el cobro físico tiene costos altos debido a la necesidad de pagar comisiones de ventas de una prima de por sí muy baja y por los controles que se requieren para prevenir el fraude. Los peligros de fraude también deben tenerse en cuenta, ya que destruyen lazos cruciales de confianza entre las partes, y provocan pérdidas económicas para el asegurador. En general, es mejor evitar el cobro físico si existe un método alternativo.

2 Momento y frecuencia del cobro

Los microaseguradores, además del modo de cobro, tienen que considerar también la frecuencia y el momento concreto de ese cobro. Según se discute en el Capítulo 3.5, los aseguradores prefieren por lo general ser pagados por adelantado en el momento de la activación de la póliza, de modo que puedan generar ingreso adicional gracias a la inversión de este dinero; lo cual a su vez debería significar tarifas más bajas. Sin embargo, para el mercado de bajos ingresos pudiera no ser posible pagar la prima por adelantado; puede que sea necesario pagarla en plazos menores a lo largo del tiempo. Del mismo modo, podría ser útil permitir una variedad de maneras de pago para el cliente, ofreciéndole un periodo flexible para pagar la prima.

Los pagos periódicos —mensuales, trimestrales o anuales— son un modo muy popular de cobro de prima porque están más en línea con el poder limitado de compra y liquidez del mercado-meta. La desventaja principal estriba en los costos de transacción adicionales (especialmente cuando se trata de pagos más frecuentes) y la probabilidad más alta de que el tenedor de póliza elija cancelar la cobertura: cada oportunidad que el cliente tenga de renovar su afiliación es también una oportunidad para darse de baja.

Tabla 24 **Comparación de modos de recolección de primas**

Modo de recolección	*Aumento de valor para los clientes*	*Minimización de costos de transacción*
a) Relacionado a un producto de préstamo	+ Aumenta adquisición porque los prestatarios pueden pagar primas cuando obtienen el préstamos (pueden hacer pagos periódicos durante el término del préstamo. + Puede aumentar el costo del seguro por medio de costos de interés del préstamo + Cubierta de seguros disponible cuando la deuda de un préstamo está pendiente para pago (no hay acceso si no hay un préstamo).	+ Costos adicionales mínimos en transacciones existentes. + Especialmente cuando la cubierta mandatoria permite cubierta para grupos sencillos.
b) Deducido dea una cuenta de ahorros	+ Disponible solamente para personas con cuentas de ahorro. + Elimina costos de transacciones indirectas para los asegurados.	+ Transacciones electrónicas solamente.
c) Pagado por medio de intereses de ahorros	+ Asegurado tiene que tener dinero suficiente para pagar por la cuenta fija de depósito. + Clientes no sienten que los pagos de primas se pierdan. + Provee cubierta semi-permanente.	+ Tan fácil como una deducción de la cuenta de ahorros. + Notificación requerida para los aumentos. + No es apropiado cuando los intereses son bajos.
d) Recolección física	+ Recolección de puerta en puerta significa que no hay costos de oportunidad para los asegurados (no necesitan perder el día de trabajo para pagar la prima). + Puede aumentar el acceso para mujeres que no pueden viajar. + Un gran porcentaje de la prima es para pago de comisiones y costos de operación del asegurador.	– Costos de transacción altos que compensan los beneficios de acceso. – Costo de controles para limitar los riesgos de fraude pueden ser altos.

Una de las lecciones principales sobre la frecuencia del cobro son las asunciones hechas por los proveedores de microseguro en cuanto a las preferencias de sus clientes y su capacidad para pagar; esas presunciones no siempre son ciertas. En 1980, Delta Life comenzó con unos pagos semanales, pero la experiencia a lo largo del tiempo le llevó a tener una mejor apreciación de las preferencias del cliente; hoy en día, la mayor parte de las pólizas se pagan a través de pagos mensuales y trimestrales. BRAC MHIB atiende un mercado-meta particularmente pobre y económicamente vulnerable. Por ende, resultaría obvio que los pagos deben ser lo más bajos posibles y, por tanto, cobrados frecuentemente. Sin embargo, los clientes de BRAC MHIB no estaban contentos con el cobro semanal de prima, porque era muy oneroso hacer una contribución de ahorro y pago de préstamo mientras se pagaba la prima del seguro en el mismo momento.

El momento del cobro de la prima es otro factor crítico. Por ejemplo, BRAC MHIB aprendió que los clientes que se dedicaban a actividades como la agricultura, la pesca y la crianza avícola, que generan un ingreso trimestral o semianual, preferían que sus pagos de prima coincidieran con su flujo de efectivo. De hecho, el tratar de cobrar primas en unas fechas inconvenientes para los clientes puede ser un esfuerzo fútil. Al final de la fase piloto de Karuna Trust, las primas se cobraban en junio y en julio, cuando desafortunadamente había escasez de empleo para la mayor parte de los obreros jornaleros. Obviamente, no era apropiado cobrar la prima en un momento en que la mayoría de los hogares prácticamente carecían de dinero y de comida. Karuna, después de discutir más a fondo el asunto con sus clientes, se dio cuenta de que entre septiembre y noviembre era un momento más adecuado para el cobro de la prima, ya que entonces había más trabajo.

Para analizar la cuestión del momento del pago un poco más a fondo, es necesario considerar no sólo si el mercado-meta tendrá dinero, sino de dónde lo gana. Si mucha gente recibe el dinero de la misma fuente, podría ser posible que esa fuente pagara las primas en masa para muchos tenedores de pólizas, lo que resultaría en aumentar la eficiencia. Esta es la esencia detrás del mecanismo vinculado al préstamo anteriormente descrito —la gente (usualmente) tiene dinero cuando recibe un préstamo—. ¿Existen otros proveedores de dinero en común que puedan permitir al asegurador cobrar la prima en su origen?

Otro enfoque permite a los tenedores de pólizas hacer pagos de prima dentro de un periodo definido, en vez de tener que hacerlo en un momento concreto, y resulta bastante popular dentro de los proveedores de seguro funerario informal en África de Sur *(véase el Cuadro 35).* De hecho, este enfoque trata de compaginar las variaciones en el ingreso de la gente pobre con sus capacidades de compra. Sin embargo, se necesita más capacidad admi-

nistrativa para dar seguimiento a un sistema de pago flexible, y los costos de transacción son más altos si a los clientes se les permite modificar sus planes de pago.

Cuadro 35 **Pagos de prima flexibles para el seguro funerario en Suráfrica**

Para muchos surafricanos de bajos ingresos, los funerales son un gasto importante. En la aldea de Grahamstown, los hogares de bajos ingresos gastan aproximadamente quince veces su ingreso promedio mensual en un funeral. Una manera común de financiarlos es a través del seguro funerario. Una amalgama de aseguradores formales e informales compiten para vender cobertura en el mercado de bajos ingresos, incluyendo las agencias funerarias que proveen un beneficio en especie. Algunos de estos esquemas funerarios informales han adoptado un mecanismo de primas interesante.

Los hogares utilizan múltiples estrategias para ganarse la vida, con ingresos provenientes de una variedad de fuentes en momentos distintos. Necesitan pagar la prima cuando tienen el dinero, no en un momento específico del mes. Según lo plantea un asegurador informal, «la gente aquí vive al día; no puede esperarse que paguen en el mismo momento cada mes». Por lo tanto, muchos aseguradores informales permiten a los clientes pagar primas —incluyendo pagos parciales— llevando a la funeraria cualquier suma de dinero en efectivo que tengan a mano en múltiples visitas en el transcurso de un mismo mes. Cuando la prima se paga, se le sella una libreta al cliente con la fecha. En la medida en que estén al día con sus pagos al final de mes, la póliza permanece en vigor (algunos esquemas mantienen las pólizas activas siempre que los clientes no tengan retrasos de más de tres meses).

El uso de cupones o libretas de pago es atractivo tanto para los aseguradores como para los clientes. Con este sistema, los clientes sienten que tienen un documento fidedigno con el que evidencian el pago de la prima. Este sistema es comparativamente barato y fácil para los aseguradores. La flexibilidad de pago también es beneficiosa, ya que ayuda a adaptar el producto de seguro a los flujos de dinero en efectivo del cliente pobre.

Fuente: Adaptado de Roth, 2002.

La flexibilidad en el momento de pagar la prima es un componente importante del acceso al microseguro; sin embargo, conlleva costos significativos, incluyendo las pérdidas asociadas con una exposición mayor al fraude del personal implicado en proveer esa misma flexibilidad. La capacidad de manejar tal flexibilidad hace necesarios sistemas de información que puedan acomodarla sin aumentar los costos. De otro modo, los microaseguradores no pueden ofrecer este nivel de acceso sin implicaciones significativas sobre la tarifa.

3 Consideraciones del cliente

3.1 Financiando la prima del seguro

Los proveedores, con el fin de expandir el alcance del microseguro y de hacer viables los sistemas existentes, necesitan explorar formas de ayudar a los tenedores de pólizas para financiar sus primas. De hecho, para la mayoría de los hogares de bajos ingresos, los problemas a la hora de pagar la prima no son una barrera absoluta para comprar seguro. El problema surge, en cambio, porque no tienen suficiente dinero en el momento indicado —muchos hogares pobres podrían costear las primas si tuvieran acceso a mecanismos apropiados de financiación—. Estos mecanismos pueden permitir a los compradores de microseguro expandir sus mercados y alcanzar una clientela más fiable. Los mecanismos financieros aprobados también resaltan la naturaleza social del microseguro, ya que aquellos clientes que no podían costearse el seguro podrán beneficiarse ahora de esta cobertura formal de riesgo.

Una de las maneras más sencillas de ofrecer opciones de financiamiento es trabajar con grupos de autoayuda o asociaciones de ahorro y crédito rotativo. Los aseguradores que están vinculados a los SHG o ROSCA pueden incentivar a los miembros a aumentar ligeramente sus depósitos regulares de ahorro, de modo que cuando tengan que pagar la prima anual ya tengan el dinero. A través de sociedades financieras ROSCA, los aseguradores se benefician de unos mecanismos de ahorro informal ya existentes, mientras que sus organismos pueden reunir las primas sin costos adicionales de transacción.

Trabajar con cooperativas también puede ofrecer beneficios similares. Gracias a la relación financiera de las cooperativas con sus miembros, según ilustra el cuadro 36, podrían ofrecerse opciones a la medida para la financiación de primas, a la vez que se proporciona al asegurador una fuente de ingreso por pagos de prima grupal. Las cooperativas también son entidades más formales que las ROSCA, y por tanto parecen socios más seguros desde una perspectiva legal. También es preciso mencionar que debido a la naturaleza «seudo-patrono» de las cooperativas, sus miembros tienen un incentivo adicional para estar al día con los pagos de primas.

Un enfoque menos preferible a la hora de facilitar a los clientes el cobro de las primas es conceder préstamos separados para la cobertura de seguros. Por ejemplo, algunos agentes de la IMF de Microcare ofrecen préstamos específicamente para el pago de primas. Al emitir un préstamo separado para la prima, en vez de integrar la prima en el préstamo de la microempresa o de la vivienda, el costo del seguro se hace mucho más llevadero para el cliente. Sin embargo, la prima para los miembros se vuelve más costosa en términos absolutos por los intereses del préstamo. Una prima anual

de $50, por ejemplo, se convierte en $60 si se financia con un préstamo anual de una tasa efectiva del 20%. Esto resulta en un rendimiento menor para los tenedores de polizas en términos de reclamaciones a primas. De igual forma, el prestamista también corre un riesgo adicional en el rpago del prestamo, y por tanto requiere el pago total por adelantado cuando expira la cobertura.

Cuadro 36

Pagos de prima «en leche» en Yeshavini

Mangsandra es una aldea pequeña que cuenta aproximadamente con 1.000 habitantes. Alrededor de 200 familias son miembros de la Mangsandra Cooperative Milk Society, que es uno de los socios de Yeshavini Trust. El secretario de la sociedad, el señor Krishnamoti, es la persona responsable de ofrecer información sobre el seguro de salud de Yeshavini, de inscribir a los miembros y de cobrar la prima. En el primer año, 96 personas se unieron al esquema. En el segundo año, 230 miembros independientes se afiliaron.

El señor Krishnamoti reconoce que resulta difícil para una familia entera pagar la prima en un momento dado. Sin embargo, la unión de la leche desarrolló una solución a este problema. Cada mañana, los miembros de la cooperativa traen su leche y el señor Krishnamoti anota la contribución de cada miembro en sus libros. Cada día un transporte recoge la leche y la lleva a la unión para su procesamiento y distribución. La unión paga mensualmente a la sociedad por la leche recibida, y entonces la sociedad paga a los miembros por la cantidad de leche que han entregado en un mes.

Cuando los miembros se afilian a Yeshavini o renuevan su póliza, pueden deducir su ingreso de lo que la cooperativa les pagó. Cuando el señor Krishnamoti entrega la lista de personas inscritas a su unión, informa a su unidad de extensión de cuántas personas han optado por la deducción de prima. La unión de la leche adelanta el pago de prima a Yeshavini. Ese adelanto es entonces deducido del pago mensual de la unión a la cooperativa, que a su vez lo deduce de la participación del miembro en cuestion. Si los miembros deciden inscribir a sus dependientes en el esquema, la sociedad sólo deduce la suma de una sola persona al mes, permitiendo que el miembro le pague en plazos con leche fresca.

Fuente: Adaptado de Radermacher et al., 2005b.

TUW SKOK ha diseñado un mecanismo más apropiado de financiación para incentivar a los clientes a adquirir sus pólizas más costosas. El asegurador estimula a sus socios de las uniones de crédito a ofrecer préstamos libres de interés a sus miembros, haciendo así la suma más alta de prima,

fácil de pagar a los miembros de bajos ingresos. Para compensar a las uniones de crédito por el ingreso que pierden en el préstamo, TUW SKOK les paga una comisión más alta. De este modo, TUW SKOK ha logrado limitar sus pérdidas, a la vez que hace más fáciles de costear sus productos más caros.

En resumen, surgen varias lecciones de los mecanismos de financiación del microseguro. Primero, siempre que sea posible, hay que estimular a los tenedores de póliza a ahorrar sobre una base regular para que puedan pagar la prima anual. La colaboración con las cooperativas permite a los microaseguradores deducir las primas en la fuente de los ingresos. Al ofrecer un préstamo para financiar una prima, es más transparente si el préstamo es específicamente para la prima. Sin embargo, el costo aumentado de la cobertura hace de los préstamos que cobran interés una opción de segunda categoría.

3.2 Equilibrando eficiencia y capacidad de pago

El equilibrio entre la eficiencia para la organización y la capacidad de pagar de los clientes es un *quid pro quo* clásico. Las soluciones del tipo «un mismo tamaño para todos» no existen y el balance tiene que ser apropiado para el entorno de negocios. No obstante, Leftley (2005) propone una regla útil para poder gestionar la cuestión de la capacidad de pago:

Asegúrese de que los clientes más pobres pueden costear las primas. La manera más fácil de definir lo que es costeable es calcular cuánto efectivo tendrá de sobrante el cliente en un día promedio. Es dudoso que los clientes ahorren siempre para un pago de prima, por lo que la prima mensual necesita ser equivalente al costo de un artículo no esencial (como sería una botella de cerveza).

Al considerar los costos al cliente, es importante también reconocer que la prima no es el único gasto. Si los tenedores de pólizas tienen que viajar para pagar la prima, los costos de transporte y lejanía del trabajo pueden ser incluso más altos que los costos de la prima. Por lo tanto, hará falta dar seguimiento a la eficiencia sobre los costos de transacción para el asegurador y para el tenedor de la póliza en relación a la cantidad de cobertura que se proporciona.

Para crear un equilibrio entre la eficiencia y lo que puede pagarse, algunas organizaciones añaden un cargo a la prima para conveniencia del cobro. Por ejemplo, la prima se reduce para las personas que pagan por medio de una orden en vigor o en menos plazos. Este arreglo aumenta la eficiencia y hace el producto más fácil de costear.

3.3 Previniendo los colapsos y las cancelaciones

Los colapsos y las cancelaciones (no renovaciones) son indicadores importantes de cuán apropiados son los mecanismos de cobro de primas. El ideal de eliminar completamente las no renovaciones necesita equilibrarse con la realidad de servir a la gente pobre.

Sin embargo, los esquemas de microseguro deberían orientarse a la protección de sí mismos contra los colapsos y las no renovaciones. En vez de apoyarse sólo en penalidades, tales como la cancelación de la cobertura para los pagadores morosos, se necesitan innovaciones para ayudar a la gente que necesita un poco de indulgencia. Por ejemplo, con la póliza de seguro dotal de Tata-AIG, si los clientes faltan en las primas, el asegurador les deduce una suma del valor acumulado de la póliza para mantener la cobertura en vigor.

Los incentivos también pueden desempeñar un papel en la disciplina de pago. Por ejemplo, los tenedores de pólizas que pagan regularmente a tiempo podrían acceder a una prima más baja. La lección principal es que las reglas que competen a la falta de pago de la prima deberían reflejar las realidades de la gente pobre a la par de estar bien diseñadas para prevenir el abuso.

Cada vez que los clientes tienen que pagar una prima, se ven forzados a tomar una decisión de compra. Esto puede llevarles a decidir no pagar las primas de seguro pendientes de pago. Por lo tanto, cuanto más frecuente sea el cobro, más probabilidad de que los clientes abandonen sus pólizas de seguro. Esto se ilustra muy bien con la experiencia de AssEF (Benin), que cobra la prima mensualmente. En diciembre de 2003, AssEF solamente había recibido primas del 71% de los inscritos a principios de año, y así constató que en los esquemas con cobro frecuente de primas hacía falta un mayor trabajo promocional y comercial para estimular a los clientes a mantener sus pólizas en vigor. Después de algunas campañas de concienciación en 2004, las tasas de retención aumentaron entre el 84% y el 86%.

Otra estrategia para reducir los colapsos es ayudar a los tenedores de pólizas a fortalecer sus ingresos. De hecho, una de las maneras principales por las que los pobres dejan de pagar sus primas es la falta de dinero. Sin embargo, si tuvieran acceso a un préstamo micro empresarial que les permitiera aumentar su ingreso por familia, sería más fácil pagar la prima cada vez. Esta ciertamente fue la experiencia de un proveedor de seguros de salud de base comunitaria, en Tanzania, que aprendió la lección por accidente. UMASIDA empezó trabajando con dos OMS, de otro modo idénticas —la diferencia era que una tenía acceso a una institución de microfinanzas separada, mientras que la otra no—. Según demuestra la Figura 14, la tasa de deserción en el grupo sin acceso a las microfinanzas fue mucho más alta que la del grupo con acceso (Kiwara y Fungu, 2005).

Figura 14 **Abandono del microseguro y acceso a los microcréditos**

Fuente: Kiwara y Fungu, 2005

Este hallazgo sugiere que el vínculo entre el microseguro y las microfinanzas es incluso más importante que las ventajas que pueden obtenerse a través de servicios financieros integrados. El acceso a las microfinanzas puede también contribuir a que los tenedores de póliza paguen sus primas más fácilmente. Desde el inicio, Delta Life reconoció este vínculo entre la capacidad de pagar la prima y los prestamos microempresariales, e intentó resolver esta cuestión por sí misma. Sin embargo, según ilustra el cuadro 37, es bastante arriesgado para los aseguradores implicarse en préstamos microempresariales, directamente.

4 Controles de cobro de prima

El fraude y los errores son preocupaciones legítimas para los microaseguradores, ya que sus márgenes pequeños no permiten demasiados errores de administración financiera. Por lo tanto, necesitan controles para el cobro de la prima en función. Debería haber una combinación de controles jerárquicos y horizontales.

Cuadro 37

Delta Life. Combinando el microcrédito con el microseguro

Motivados por el éxito asombroso del microcrédito en Bangladesh, Delta también empezó a ofrecer prestamos por sí misma. Además de ofrecer **préstamos de plazas** contra el valor de entrega de la póliza, según se le requería por ley, empezó a ofrecer también **préstamos para proyectos** relacionados con actividades microempresariales que tenían el propósito de ayudar a los tenedores de pólizas a aumentar sus ingresos y, por lo tanto, a pagar sus primas con mayor regularidad.

Aunque los pagos fluctuaban dentro de un margen aceptable a mediados de los noventa, la tasa de recobro decayó casi al mismo tiempo que la cartera de seguro se ponía por las nubes. De hecho, una de las explicaciones del crecimiento fue que los organizadores (agentes) estaban utilizando los préstamos de proyectos como una herramienta de *marketing*, prometiendo conceder un préstamo siempre que la persona adquiriera una póliza.

La mala calidad de crédito de los préstamos de pólizas no fue una preocupación principal. Quedaban garantizados totalmente, y los organizadores estimularon activamente a los tenedores de pólizas para pagar sus primas en vez de sus préstamos, si es que tenían que escoger entre ambos pagos, para mantener el contrato de seguro en pleno vigor. Sin embargo, los problemas de pago con los préstamos de proyectos se convirtieron en una preocupación seria, porque las cuantías eran mayores y sólo estaban respaldadas por el compromiso de otros miembros del grupo. Estos eran los problemas principales con la actividad de préstamos:

– El personal no estaba entrenado en el uso de metodología de préstamos ni en la gerencia de grupos de prestatarios, por lo que la garantía del grupo no era particularmente efectiva.
– Los indicadores primarios utilizados para medir el desempeño de los organizadores eran el número de pólizas nuevas y las primas cobradas; sus pagos de préstamo no eran evaluados cuidadosamente ni se les daba seguimiento.
– La cultura asociada con el cobro puntual de los pagos es bastante distinta al cobro de primas con un pago de prima para una póliza de seguro dotal, la organización está esencialmente pidiendo al cliente que le deje guardar su dinero; por lo que es inapropiado ejercer mucha presión si el cliente no puede pagar en el momento. Con un préstamo, sin embargo, es el cliente el que tiene el dinero de la organización y la organización, el deber de recuperarlo.

Por otro lado, como es una compañía de seguros regulada, se podría cuestionar si Delta está legalmente capacitada para emitir préstamos para proyectos. Existen restricciones en cuanto a las prácticas de inversión de los aseguradores y es probablemente inapropiado que Delta invierta sus primas en su propia cartera de préstamos.

Fuente: Adaptado de McCord y Churchill, 2005.

Los controles jerárquicos requieren que el asegurador organice por lo menos una estructura rudimentaria dentro de la organización para dar seguimiento a la calidad del proceso de cobro de prima. Generalmente, estos controles funcionan mejor para los aseguradores que utilizan su propia estructura para manejar el proceso, que cuando se hace una contratación externa. De elegirse esta última solución, sería recomendable que el asegurador cerrara controles horizontales, por ejemplo, exigiendo alguna clase de garantía colectiva de cobro de la organización o estructura a la que el proceso ha sido contratado. Una solución que fue ampliamente utilizada en Polonia, hasta que se introdujo el seguro obligatorio de responsabilidad para los agentes, fue exigir un pagaré en blanco del agente, co-firmado por uno o más agentes de la misma organización o grupo. El pagaré sólo podía utilizarse en reclamaciones resultantes de las actuaciones fraudulentas de un agente en contra del asegurador, pero creaba un nivel de seguridad adicional para el asegurador a través de un acuerdo de responsabilidad colectiva entre los agentes.

El significado del fraude tampoco puede subestimarse. De hecho, la estructura de esquemas completos ha tenido que modificarse para poder atenderlo. Por ejemplo, en AIG Uganda, una razón por la cual el producto se movió originalmente de voluntario a obligatorio fue para reducir la incidencia del fraude por parte de los oficiales de campo de la IMF, que cogieron las primas de los clientes y se las guardaron en el bolsillo. Al hacer el producto obligatorio, se redujo el riesgo de fraude al hacer las primas pagaderas por medio de transacciones sin dinero en efectivo realizadas en la oficina.

ServiPerú ha implantado un sistema de auditoría de las primas cobradas para tratar de evitar el fraude y los errores. El proceso de cobro de tarifas comienza con cuentas por cobrar que se distribuyen entre los cobradores en sus zonas geográficas designadas. Los cobradores visitan a los clientes, principalmente en su lugar de trabajo, hasta tres veces, si es necesario, para cobrar las tarifas. Al final del día (o más frecuentemente si los volúmenes son altos) los cobradores depositan el dinero en las oficinas o en las cuentas de banco de ServiPerú, junto con un informe de las cantidades cobradas. Siempre que finaliza el periodo de cobro de prima para ese mes, los cobradores deben presentar un informe de las primas no cobradas, indicando la razón para no haberlas cobrado. Los auditores internos dan seguimiento a una muestra de las no renovaciones para cerciorarse de que realmente no pagaron la prima.

5 Conclusión

El cobro de prima es un aspecto importante de una provisión eficiente del microseguro. Algunos aseguradores (o sus canales de distribución) han encontrado formas de minimizar los costos del cobro de prima y maximizar

la eficiencia. Los arreglos eficientes significan el pago puntual y completo sin que se afecte la seguridad del mecanismo de transferencia ni las ventajas del servicio al cliente. Para alcanzar estabilidad financiera, los aseguradores deben esforzarse para comprobar que las primas son pagadas a tiempo.

Los métodos comunes de cobro de prima responden a las necesidades de los clientes con diversos grados de diferencia. Entre los métodos más baratos para el asegurador está el que el grupo comunitario pueda cobrar las primas entre sus miembros y hacer pagos consolidados al asegurador. El cobro por los aseguradores de las primas agregadas de las IMF y de otros grupos, que vinculan la prima a otro producto o que transfieren electrónicamente la misma, puede ser igualmente barato. El método de cobrar la prima de puerta en puerta de los tenedores de pólizas individuales es por lo general muy costoso.

Las lecciones respecto al pago de prima incluyen:

- Debe mantenerse un equilibrio entre la eficiencia del asegurador, y el flujo de dinero en efectivo y los costos de transacción para el tenedor de la póliza. En ausencia de un equilibrio aceptable entre ambos, el microseguro pudiera no resultar exitoso. La táctica de que el asegurador reduzca los costos de cobro a casi cero, mientras meramente transfiere los costos a los tenedores de póliza, que podrían entonces tener que viajar para hacer los pagos, no fomenta la retención ni el surgimiento de una nueva generación de clientes.
- Las transferencias electrónicas reducen los costos para todas las partes implicadas. Una mayor disponibilidad de servicios de ahorro para los pobres puede mejorar dramáticamente los costos de mecanismos de pago de primas.
- Cuando sea posible, cobrar las primas de una fuente específica de fondos en el momento en que esos fondos están disponibles, como cuando se hace el desembolso del préstamo, el pago mensual de una cooperativa lechera o el pago del salario a un empleado.
- El fraude es un problema importante para el cobro de primas. El hecho de que sean personas las que gestionan las primas requiere unos controles fuertes. Afortunadamente, algunos de los métodos más eficientes de transacción, como las transferencias electrónicas, pueden resultar muy fáciles de controlar.
- La frecuencia y el momento del cobro requieren un entendimiento del flujo de dinero en efectivo y de las preferencias del tenedor de la póliza. La asunción de que los tenedores de póliza prefieren pagos más pequeños y frecuentes no es necesariamente cierta. Se requiere una investigación de mercado.
- Los clientes deben comprender el mecanismo de cobro, y eso debe llevarles a un entendimiento de la póliza que están adquiriendo para lograr el desarrollo de una cultura de seguro entre los pobres. No basta simplemente pagar las

primas a través de tasas de interés cuando los tenedores de pólizas desconocen que están asegurados.
– Las estrategias para minimizar las no renovaciones deberían tomar en cuenta las realidades de la gente pobre. El objetivo es mantener al tenedor de la póliza activo en el pago de la prima. Es importante que las penalidades por pago tardío controlen la selección adversa y el fraude, pero que todavía permitan la retención del cliente.

Claramente la eficiencia no puede ser el único criterio para seleccionar el mejor método de cobro de primas. El asegurador deberá mantener en mente sus puntos más fuertes, al igual que las metas a largo plazo que desea alcanzar. Si el asegurador subraya el precio del producto como su punto más fuerte —por ejemplo, intentos de ofrecer métodos menos costosos— debe concentrarse en los métodos menos costosos, como la transferencia electrónica de productos añadidos. Aunque las fortalezas del asegurador descansan en una relación cerrada con el mercado y en una lealtad mutua alta, el costo adicional del cobro de puerta en puerta puede cancelarse por menos colapsos y menos reclamaciones fraudulentas de los clientes, que sienten que tienen una relación más cercana con el asegurador, a pesar de las primas más altas. En resumen, no hay un solo aspecto que pueda dar una solución al problema multifacético de la relación del asegurador con el asegurado, el éxito final del cual depende de la supervivencia del asegurador, que a fin de cuentas resulta en la protección del asegurado.

3.4 Procesamiento de reclamaciones

Michael J. McCord y Richard Leftley[1]

Los autores aprecian las sugerencias y colaboracion para editar este capítulo de las siguientes personas: Aris Alip (CARD), Dubby Mahalanobis (formerly Microcare) y Ralf Radermacher (University of Cologne).

El procesamiento de reclamaciones, desde la notificación hasta el pago de la reclamación, es a menudo una actividad costosa que conlleva tiempo y que puede estar plagada de dificultades. El equilibrio entre los costos operacionales —incluyendo controles para minimizar las reclamaciones inapropiadas— y el costo del fraude es un proceso costoso, especialmente para el seguro de salud. Sin embargo, para que el microseguro sea exitoso, los costos de operación y los controles deben controlarse y permanecer bajos para mantener primas que puedan costearse en el mercado.

El proceso de reclamaciones para el microseguro difiere del seguro tradicional en su reconocimiento de las realidades de la vida de bajos ingresos, por ejemplo,

- Las reclamaciones necesitan resolverse rápidamente porque la gente de bajos ingresos no tiene suficiente acceso a fondos para poder gestionar sus riesgos financieros.
- Las reclamaciones de salud deben pagarse directamente al proveedor, ya que generalmente la gente de bajos ingresos con frecuencia no tiene los fondos disponibles para obtener el tratamiento y esperar el reembolso.
- Los requisitos convencionales de documentación a menudo deben ser reemplazados por evidencia alternativa, dadas las dificultades de la gente pobre para obtener algunos documentos.
- El proceso de reclamaciones, con frecuencia, sustituye a la suscripción, porque es más barato estudiar con detenimiento las reclamaciones que requerir una suscripción externa para volúmenes grandes de reclamaciones pequeñas.
- Con primas pequeñas y beneficios bien limitados, las opciones para diferentes documentos de reclamación deben ser evaluadas atendiendo a sus costos y beneficios.

[1] Las referencias en este capítulo a Microcare (Uganda), Compartamos (México), Aldagi (Georgia), Kashf Foundation (Pakistán) y Gemini Life (Ghana) se derivan de las experiencias de los autores, y no

– Para ser eficientes, los aseguradores deben refinar sus controles para las pólizas más pequeñas, ya que el esfuerzo que conlleva hacer cumplir los controles puede ser más costoso que el beneficio real.
– En general, el proceso debe ser tan simple como sea posible.

Este capítulo discute estas diferencias en detalle, utilizando ejemplos para ilustrar por qué hay una necesidad de gestionar las reclamaciones de microseguro de manera distinta que en el seguro tradicional. También resume las lecciones aprendidas al tratar de hacer el proceso de reclamaciones de microseguro eficiente, efectivo y controlado. El capítulo primero atiende al proceso en general; luego se tratan específicamente la notificación de la reclamacion, su resolución, los controles y la administración.

1 Introducción

Supuestamente, el aspecto más importante del seguro es la reclamación. En ausencia de un procesamiento de reclamaciones efectivo y eficiente, será muy difícil para el asegurador vender pólizas cuando la insatisfacción de los clientes aumenta. Los tenedores de pólizas compran el seguro porque permite cursar reclamaciones eficientes bajo circunstancias específicas.

El costo de procesar las reclamaciones es un factor crítico para determinar el éxito de las compañías de seguro. Debe haber controles eficientes y efectivos para asegurar que sólo las reclamaciones legitimas se pagan, y por las cuantías correctas. Sin embargo, los controles y procesos que funcionan para un mercado más acaudalado pueden no ser efectivos en el mercado de bajos ingresos. De hecho, cuando el proceso de reclamaciones se vuelve muy costoso y oneroso, los productos relacionados simplemente no podrán ofrecerse al mercado de bajos ingresos. Así es la naturaleza crítica del proceso de reclamaciones.

1.1 El proceso de pagar reclamaciones

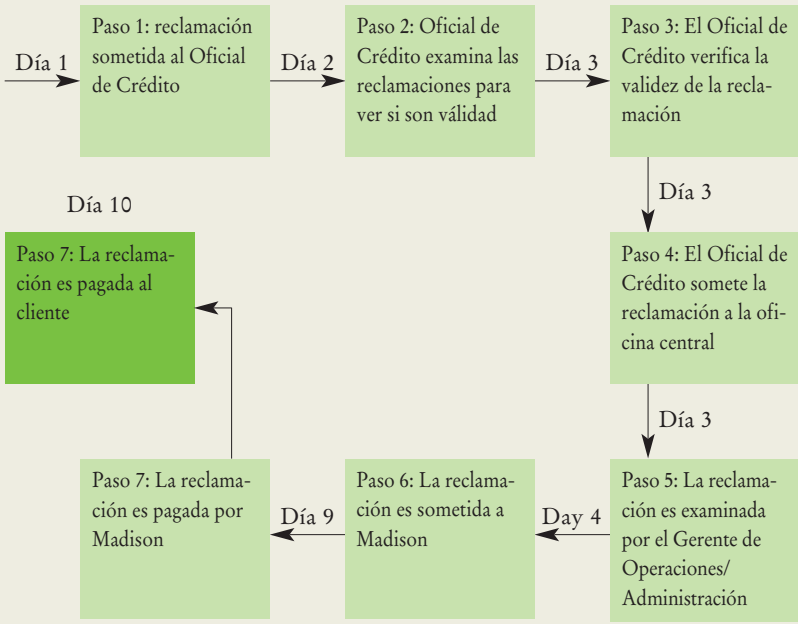
El proceso de reclamación generalmente incluye los siguientes componentes:

– Un evento asegurado que conlleva la notificación de una pérdida
– Recopilación de los documentos requeridos
– Presentación de la solicitud de reclamación a un intermediario o al asegurador
– Ajuste de la reclamación
– Pago de la reclamación

Para que el microseguro sea exitoso, la cantidad de información requerida para confirmar que el evento ha ocurrido debe ser compatible con la habili-

dad del tenedor de la póliza para obtener la información de manera eficiente y puntual. De hecho, debe mantenerse la sencillez del proceso de reclamaciones para ganar la confianza de los tenedores de pólizas. Según se ilustra en la Figura 15, el proceso de Madison Insurance en Zambia, por ejemplo, es claro y a veces puntual (comparado con otros casos).

Figura 15 **Proceso de resolución de reclamaciones para el producto de microseguro de Madisont**



Nota: en caso de que los documentos no hayan sido cumplimentados adecuadamente (pasos 1 y 5), la reclamación será devuelta al oficial de crédito/cliente y el proceso requerirá días adicionales - aproximadamente de dos a tres días adicionales.

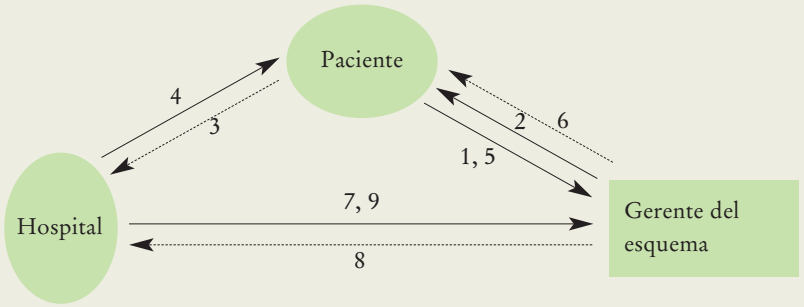
Fuente: Manje, 2005.

El proceso de Madison Insurance lleva cerca de diez días, siempre que la documentación sea correcta y la reclamación legítima. En Delta Life, en Bangladesh, el proceso puede llevar hasta seenta días o más. Aun cuando gran parte del proceso de Delta ha sido centralizado en los Centros de Operación de Zonas (ZOC, por sus siglas en inglés), ciertas actividades permanecen a cargo de la oficina principal y algunas aprobaciones de reclamaciones aún requieren la firma del director de Administración. Es cierto que hay necesidad de controles fuertes, pero cada paso lleva tiempo y dinero, por lo que aumenta los costos de operación.

Las reclamaciones de seguro de salud son más complicadas que las de seguro de vida, porque hay una nueva parte implicada —el proveedor del cui-

dado de salud— y la evaluación de la reclamación es subjetiva, requiriendo peritaje medico. Por otro lado, un tenedor de póliza único pudiera hacer varias reclamaciones durante el periodo de póliza. En UMSGF, un programa mutualista de seguro de salud en Guinea, el proceso comienza con la confirmación de que la persona que necesita cuidado médico está actualmente bajo la cobertura de la póliza. La Figura 16 ilustra los nueve pasos principales para obtener cuidado médico con UMSGF.

Figura 16 **El proceso de reclamaciones en UMSGF**



1°) El paciente solicita una autorización para tratamiento.
2°) El Gerente del esquema controla el hecho de que el paciente sea elegible para cuidado y emite la autorización.
3°) El paciente va a hospital y paga por la consulta.
4°) El hospital controla la validez de la tarjeta de membresía del paciente, provee el cuidado y emite un cupón de tratamiento.
5°) El paciente le da el cupón de tratamiento al Gerente del esquema, una vez lo dan de alta.
6°) El Gerente le reembolsa los costos de transportación al paciente.
7°) El hospital envía una factura resumida de los serviciuos.
8°) El Gerente verifica y paga la factura.
9°) El hospital emite un recibo.

Flujo de información
Flujo de las finanzas

Fuente: Gautier et al., 2005.

Según se describe en el Capítulo 2.1, un esquema de microseguro de salud que requiere que el tenedor de póliza pague por el tratamiento y luego solicite un reembolso, como en los beneficios de salud de VimoSEWA y de Shepherd (ambos en India), no proporciona la ventaja principal del seguro — poder procurar el tratamiento sin tener que acumular fondos para pagarlo.[2] En contraste, UMSGF, Yeshasvini (India) y Microcare (Uganda) le reembolsan al proveedor de cuidado de salud directamente.

[2] VimoSEWA está en proceso de probar pagos sin necesidad de dinero para superar este problema.

1.2 Preevaluación al comienzo versus controles posteriores

En muchos esquemas de microseguro, el esfuerzo de reducir costos ha cambiado la política normal de suscripción y la ha trasladado del departamento de suscripción al departamento de reclamaciones. Por ejemplo los tenedores de pólizas potenciales no se someten a un reconocimiento médico. No tienen que presentar certificados de nacimiento ni de matrimonio; tampoco expedientes médicos en el momento de la solicitud original de póliza. En muchos casos, la evaluación de los tenedores de póliza potenciales se elimina, o de algún modo se cubre con la suscripción de los socios. Por ejemplo, una mujer que pertenece a una IMF pudiera requerir microseguro. Ella sería aceptada automáticamente en el seguro, siempre que cumpliera con los criterios para préstamo de la IMF. La cobertura pudiera incluso extenderse a miembros de su familia, como es el caso con AIG Uganda, Spandana (India) y CARD MBA (Filipinas), sin requisitos adicionales de suscripción.

Aun con las ventas individuales, como con Delta Life, los tenedores de pólizas potenciales simplemente tienen que suscribir una declaración de buena salud. Si alguien sufre un evento asegurado, entonces el asegurador requiere confirmación de la declaración, constatando que no había condiciones preexistentes actuales. De esta manera, los microaseguradores minimizan la carga de trabajo asociada con evaluar las solicitudes de cobertura, y concentran sus esfuerzos en unos pocos reclamantes.

En general, debe haber suficientes listas de cotejo para asegurar que las reclamaciones fraudulentas no se paguen, pero el proceso tiene que ser suficientemente cómodo para la clientela y costo-efectivo para todas las partes. Sin embargo, debe tenerse en cuenta el proceso completo del seguro. Allí donde se simplifica el proceso para la masa de compradores de seguro, existe una carga más onerosa para los reclamantes. Otra estrategia para mejorar la eficiencia es establecer requisitos de reclamaciones limitadas, con un número limitado de documentos y un proceso simplificado para las reclamaciones más pequeñas, con controles más fuertes para las reclamaciones mayores.

Las próximas secciones analizan cómo los subprocesos de reclamaciones funcionan para los tenedores de pólizas y cómo los microaseguradores han conseguido que dichos procesos funcionen de manera eficiente y efectiva.

2 Notificación de reclamaciones

La notificación de las reclamaciones ocurre a distintos niveles. Puede enfocarse desde el tenedor de la póliza, el beneficiario o el representante del asegurador. Luego se completa la solicitud y se cursa, para iniciar efectivamente el proceso de pago de la reclamación.

2.1 Enfoque

Muchos microaseguradores dejan la responsabilidad de iniciar la reclamación a los beneficiarios. Aunque varias instituciones, como Delta Life, AIG Uganda y La Equidad (Colombia), requieren que los beneficiarios tomen contacto con el asegurador o con su agente, los aseguradores pueden mejorar su servicio al cliente tomando contacto con los beneficiarios, lo que aumenta la credibilidad del asegurador y fortalece la incipiente cultura de seguros.

Para MUSCCO, en Malawi, los beneficiarios generalmente avisan al SACCO de que un miembro ha fallecido, aunque hay ocasiones en que los beneficiarios desconocen su designación o la cobertura del seguro. Bajo tales circunstancias, los SACCO informan a los beneficiarios y les ayudan a preparar la documentación. El SACCO tiene una motivación de hacerlo así si el miembro muere con un balance pendiente en el préstamo.

De forma parecida, en CARD MBA, el oficial de campo y los miembros del grupo son instados a encontrar a los beneficiarios para poder saldar el balance de préstamo de la persona fallecida. Si no hay un beneficiario designado o esa persona ha pre-fallecido al asegurado, la política de CARD MBA es que «en el evento de la muerte de un miembro sin designación de su beneficiario, todos los beneficios debidos sean pagaderos a sus herederos legales de acuerdo con la ley» (McCord y Buczkowski, 2004).

Aun si no hubiera un préstamo que saldar, con el seguro de vida, es importante para los microaseguradores y sus intermediarios cerciorarse de que las reclamaciones se inicien, incluso si tienen que buscar a los beneficiarios. La confianza todavía se esta afianzando en muchos de estos programas, y los pagos de las reclamaciones le demuestran a los tenedores de póliza que pueden confiar en el asegurador.

En los seguros de cuidado de salud, o bien el tenedor de póliza se dirige a los aseguradores para el reembolso, o el asegurador mantiene al tenedor de la póliza fuera del proceso y paga directamente al proveedor de cuidado de salud. Este último enfoque es más simple para los tenedores de pólizas y más eficiente para los aseguradores. Grameen Kalyan (Bangladesh) utiliza un tercer enfoque que elimina totalmente el proceso de reclamaciones: se provee a los miembros con tarjetas para que las presenten en el momento del tratamiento. El costo del tratamiento es entonces simplemente descontado y no necesita hacerse una reclamación. Sin embargo, el tenedor de la póliza todavía necesita dinero en efectivo para acceder al cuidado en la tasa de descuento, y el costo del cuidado medico que esta más allá de la capacidad del centro de salud se cubre sobre una base de reembolso.

A fin de ayudar con el proceso de reclamaciones, TUW SKOK (Polonia) y Aldagi (Georgia) han implantado líneas telefónicas, libres de cargo, durante 24 horas para ayudar (entre otras cosas) con las consultas sobre reclamaciones. Para TUW SKOK, es interesante subrayar que sólo el 10% de las reclamaciones se inician a través del centro de llamadas, mientras que el resto se inicia a través de sus socios de la unión crediticia —una indicación clara de la preferencia de un contacto personal en este proceso.

2.2 Solicitudes de reclamación

Las solicitudes de reclamación para los productos de seguro son complejas y pueden ser problemáticas para los tenedores de pólizas de bajos ingresos, especialmente para aquellos que tienen una educación limitada. Por ejemplo, la solicitud de reclamaciones de Delta Life requiere información significativa, incluyendo detalles de las autoridades locales y del patrono de la persona fallecida, al igual que información específica de la causa de muerte. Tener que completar la solicitud con las firmas y la información requeridas genera tardanzas y frustración para los beneficiarios. Por otro lado, la tasa de denegaciones en Delta es de alrededor del 15%, lo que se debe en parte al curso de solicitudes incompletas.

En algunos microaseguradores como Delta, la documentación necesaria para las reclamaciones no ha evolucionado lo suficiente para adaptarse al mercado de bajos ingresos. Por ejemplo, mientras que la documentación de un patrono pudiera no ser difícil de obtener para una viuda en la ciudad, sí que podría ser difícil para un beneficiario de bajos ingresos que está en el campo. Las denegatorias de reclamaciones son a menudo el resultado de la complejidad burocrática y de la insensibilidad a la escasa capacidad de este mercado de adquirir la documentación formal, lo que puede afectar a la intención del microseguro, según se ilustra en el cuadro 38.

Cuadro 38

Denegación de reclamaciones: un caso de documentación insuficiente en Zambia

La esposa de Philip Zulu falleció y él comenzó el proceso de reclamaciones después del entierro. Después de completar el formulario de reclamación con los certificados de defunción y de entierro, se le pidió también a Philip el Certificado Oficial de Defunción. De regreso al hospital, fue informado de que era imposible producir el certificado porque había transcurrido demasiado tiempo desde el fallecimiento de su esposa. Después de pasar tres semanas entre la oficina de la IMF y el hospital, desistió de cursar su reclamación.

Fuente: Adaptado de Manje, 2005.

Algunos microaseguradores, sin embargo, han ajustado los requisitos de su proceso de reclamaciones para adaptarlo a su mercado-meta, por ejemplo:

– VimoSEWA requiere un recibo por la leña utilizada para construir la pira funeral.
– AIG Uganda y Madison admiten un permiso de funeral en lugar de un certificado de defunción.

Parte de la complejidad del formulario de reclamación tiene que ver con malas experiencias del asegurado con las reclamaciones por las pólizas con los aseguradores, así como por la complejidad del producto mismo. Los productos simples, con menos exclusiones, requieren menos información a la hora de hacer una reclamación, ya que el asegurador no tiene que verificar si la causa de la reclamación está cubierta, ya que (prácticamente) todo lo está. Un proceso más simple de reclamaciones no sólo reduce los costos para el beneficiario, su agente y el asegurador, sino que también resulta en un nivel más alto de satisfacción entre los tenedores de pólizas.

Por ejemplo, Microcare y Opportunity International utilizan un formulario para su paquete de póliza de vida a crédito y de seguro funerario que es muy claro *(véase la Figura 17),* aunque este formulario todavía requiere incluir un certificado de defunción, que puede ser muy difícil de obtener en la Uganda rural. Por lo tanto, Microcare ha comenzado recientemente a aceptar como prueba una carta del religioso que ofició el funeral si es que no están disponibles ni el informe de la policía ni un certificado de defunción. Sin estos ajustes, los beneficiarios pueden frustrarse, tal y como se describe en el cuadro 39.

Cuadro 39

Frustración del beneficiario

Un tenedor de póliza en Uganda comentó: «Conozco a alguien que perdió a su esposo y no tenía mucho dinero para cursar los documentos, aunque su esposo había perecido en un accidente y, por tanto, tenía derecho a una reclamación significativa. Como resultado, la esposa se dio por vencida».

Fuente: Adaptado de McCord et al., 2005a.

El objetivo es encontrar un equilibrio entre la confianza en que el evento asegurado ha ocurrido y la aceptación de documentación incompleta. TUW SKOK, por ejemplo, requiere el certificado de defunción de un tenedor de póliza y una forma aceptable de identificación para confirmar la identidad del beneficiario. Madison requiere el certificado de defunción, un reporte *post mortem*, el permiso de funeral, el informe de la policía e identificación. A

veces, obtener los formularios requeridos es costoso y lleva mucho tiempo. Sin embargo, en áreas rurales, Madison aceptará en su lugar tres confirmaciones escritas de la muerte (del secretario de Distrito, del jefe local y del patrono de la persona fallecida o de la policía local).

Yeshasvini ha adoptado un enfoque muy distinto al requerir que las reclamaciones sean preaprobadas por un tercero administrador antes de que el asegurado reciba tratamiento. Este enfoque proporciona un control por adelantado para asegurar que sólo los servicios autorizados son provistos, lo que ha minimizado, subsiguientemente, la probabilidad de denegar las reclamaciones.

En general, las solicitudes de reclamaciones deben ser simples, para que los beneficiarios puedan completarlas, y requerir sólo documentación suficiente para confirmar la ocurrencia de un evento asegurado. El frustrar a los tenedores de pólizas o a sus beneficiarios solamente dificulta la expansión del microseguro.

2.3 Retrasos con las solicitudes de reclamación

El curso lento de reclamaciones al asegurador puede deberse a una serie de causas. En Madison, las reclamaciones tardías se relacionan frecuentemente con problemas con la documentación. Se descubrió que los retrasos se deben, en gran medida, a los oficiales de préstamos, de quienes se espera que asistan con la documentación, pero que están demasiados ocupados persiguiendo a los deudores como para dedicar tiempo a comprobar si los documentos de la reclamación están en orden. Más aún, el personal de campo de las IMF indicó que la documentación para la resolución de reclamaciones de Madison era onerosa y que sería deseable que fuera más simple.

En contraste, el Vimo *Aagewans,* dedicado al seguro de VimoSEWA, se asegura de que los miembros sepan cómo hacer la reclamación y facilitan el proceso cuando es necesario. VimoSEWA ha descubierto que los documentos oficiales ocasionalmente no llegan, ya que los oficiales locales piden un dinero por adelantado para preparar o firmar los documentos requeridos. En estos casos, los Vimo *Aagewans* intervienen para cerciorarse de que el documento se consigue sin un costo adicional.

Las tardanzas en los MUSCCO tienen dos causas. La primera es la dificultad en Malawi de obtener un certificado de defunción, el cual es requerido por MUSCCO. La segunda es más interesante. MUSCCO trabaja a través de las uniones de crédito locales que dan servicio a las pólizas de seguro. Para combatir el problema de que las uniones de crédito dilaten en extremo la transferencia de prima a los MUSCCO, los pagos de reclamaciones se retienen hasta que los pagos están al día. Como resultado, las uniones de crédito retrasaron el curso de las solicitudes de reclamación.

Figura 17 **Solicitud de reclamación internacional de Microcare y de Opportunity International**

Solicitud de Reclamación de seguros - Vida a crédito grupal formal

Nombre del Prestamista: _____ Nombre de la Sucursal: _____

Nombre de contacto en sucursal: _____

Número de teléfono: _____

Nombre y apellidos del difunto: _____ Otro nombre(s): _____

Causa de muerte: _____

Fecha de muerte: _____ Día: _____ Mes: _____ Año

Valor de la reclamación: UGS _____

Del cuyal UGS _____ es el prestamista principal

Detalles del Prestatario o del familiar fallecido

Nombre y apellido de prestatario: _____ Otro nombre: _____

Fecha de desembolso del préstamo: _____ Día: _____ Mes: _____ Año

Firma del reclamante: _____ Fecha: _____

Nombre del reclamante: _____

Firma del Oficial de Préstamos: _____ Fecha: _____

Nombre del Oficial de Préstamos: _____

Firma del gerente de sucursal: _____ Fecha: _____

Nombre del gerente de sucursal: _____

Favor de incluir la reclamación y los documentos que se utilizarán como evidencia, como se requiere por medio de la condición núm. 12 de la póliza:

– Certificado de defunción.
– Reporte policíaco en caso de muerte accidental.
– Copia del acuerdo de préstamo.
– En caso de muerte de un miembro, la libreta original y la declaración de amortización del préstamo.
– Carta del miembro del Consejo Local.
– Carta del Gerente de la Sucursal o Líder de Grupo concerniente.

AIG Uganda tiene problemas similares con sus canales de distribución. Aunque el asegurador resuelve la mayoría de las reclamaciones en 30 días a partir del momento en que fueron recibidas, el tiempo total entre la ocurrencia del evento asegurado y el pago de la reclamación que llega al beneficiario es mucho más largo. Las reclamaciones presentadas por los beneficiarios a algunas de las IMF se acumulaban —a veces durante semanas— antes de que fueran transferidas al departamento de reclamaciones de AIG Uganda.

En caso de muerte accidental, donde la cobertura ofrece un beneficio adicional, se requiere generalmente un informe de la policía. Columna, en Guatemala, requiere además un certificado de un médico forense, al igual que un informe de la ambulancia (si es que se necesitó una ambulancia). La eliminación de diferencias específicas entre la muerte «natural» y «accidental» ayudaría a eliminar tales requerimientos.

Para reembolsar los costos de cuidado de salud, ServíPerú requiere sólo la identificación del tenedor de la póliza, el informe médico y las facturas, documentos que pueden ser recogidos en el momento del alta del proveedor que proporcionó el tratamiento. Tener esta documentación en el momento del alta hace que el curso de estos documentos sea más fácil para el tenedor de la póliza, y dado que queda el incentivo del reembolso, el tenedor de la póliza cursa su reclamación rápidamente.

Con el seguro para completar ahorro, TUW SKOK se toma un promedio de 60 días a partir de la recepción de la documentación de reclamación, en parte porque el beneficiario desconoce a menudo su cobertura. Adicionalmente, las reclamaciones son presentadas primero a los socios de la unión de crédito del TUW SKOK, y su incentivo de desembolsar estos fondos a la gente que se ha olvidado de la existencia del beneficio ha probado ser limitada. Con una póliza de muerte accidental e incapacidad, un retraso medio de 56 días en el curso de la reclamación es a menudo el resultado de un problema técnico, y no de un olvido. TUW SKOK y AIG Uganda han constatado que lleva más tiempo confirmar una muerte accidental o una reclamación de incapacidad, porque la confirmación descansa en otros, tales como la policía o los médicos, que no tienen incentivo alguno de tramitar la documentación.

3 Resolución

3.1 Mecanismos de resolución

Algunas IMF y uniones de crédito se esfuerzan en pagar todo o parte del importe de la reclamación casi inmediatamente una vez recibida la notificación. La fundación Kashf, en Pakistán, por ejemplo, prometía en un principio hacer los pagos de reclamación dentro del día siguiente de la ocurrencia del

evento asegurado. Esto funcionó muy bien para los beneficiarios, ya que podían conseguir los fondos que necesitaban sin tener que presentar la documentación requerida hasta más tarde. Sin embargo, los beneficiarios no tenían ya el incentivo de tener que recopilar los documentos y Kashf se quedó con muchas cuentas por cobrar y ninguna documentación para poder cobrárselas al asegurador. Subsiguientemente, la IMF cambió su póliza de pago a cinco días a partir de la presentación de los documentos pertinentes.

Para proveer fondos a los reclamantes rápidamente, mientras se mantiene aún el incentivo de conseguir los documentos, algunos socios cooperativistas de Columna hacen pagos parciales cuando los beneficiarios entregan la documentación inicial. Estos beneficiarios deben cumplir con ciertos requisitos *(véase el Cuadro 40)* para ganar acceso al pago parcial. Más aún, para protegerse a sí mismas, las cooperativas mantienen contacto con Columna para verificar el estatus del tenedor de la póliza bajo cobertura.

Cuadro 40

Requisitos para el pago anticipado en Columna

La reclamación no será denegada si se satisfacen las siguientes condiciones:

- La póliza debe estar en vigor.
- El tenedor de la póliza debe estar al día con sus pagos de prima.
- En el caso de una muerte natural, debe haber transcurrido un periodo de espera de 180 días entre la fecha de efectividad del contrato y la muerte. Este periodo de espera no se aplica en caso de muerte accidental.
- La(s) causa(s) de muerte declaradas en el certificado *post mortem* del médico no pueden incluir SIDA.
- En caso de suicidio, la póliza debe haber estado en vigor por lo menos durante dos años.

Fuente: Adaptado de Herrera y Miranda, 2004.

Para adelantar el proceso de resolución, TYM, CARD MBA y MUSSCO han creado sistemas descentralizados que permiten a las sucursales o a los agentes pagar reclamaciones sobre la base del recibo de la documentación total y pertinente. La mayoría de los restantes, incluyendo UMSGF, VimoSEWA y Tata-AIG, tienen un sistema más centralizado que requiere presentar la documentación al departamento de reclamaciones de la oficina central para su proceso. A menudo este procesamiento incluye un muestreo de la documentación para verificar su validez, y a veces, al igual que con VimoSEWA, una revisión de la reclamación por un comité de reclamaciones *(véase el Capítulo 4.5).* Las reclamaciones médicas también pueden estar sujetas a una evaluación clínica, como en VimoSEWA y Microcare en Uganda, con el doble propósito de confirmar que el cuidado ha sido el apropiado y de controlar el sobretratamiento.

Muchos microaseguradores entregan las reclamaciones resueltas a los beneficiarios, lo que contribuye a mejorar su imagen pública y promociona el esquema y sus beneficios entre los miembros. El efecto demostrativo resultante, por el cual otros son incentivados a unirse al esquema de seguro porque ven que las reclamaciones son realmente pagadas según lo prometido, es un elemento importante en la creación de una cultura de seguro, ya que mejora la confianza entre el asegurador y los tenedores de pólizas potenciales.

Los reclamantes de beneficios por incapacidad frecuentemente expresan insatisfacción con las resoluciones debido a controversias en torno a la extensión de la incapacidad. TUW SKOK ha desarrollado un proceso de apelaciones, en virtud del cual los beneficiarios pueden, y así lo hacen, apelar las decisiones. Durante los primeros nueve meses de 2003, la junta consideró 69 querellas sobre reclamaciones, de las cuales 16 decisiones fueron modificadas o revocadas, 48 fueron mantenidas y 5 están todavía en proceso. Del mismo modo, VimoSEWA tiene un comité de querellas al cual se puede apelar con respecto al resultado de una reclamación.

3.2 Reclamaciones denegadas

Como los requerimientos de suscripción se piden frecuentemente en el momento de la reclamación, en vez de en el momento inicial de la solicitud de la póliza, las denegaciones pueden ser un problema para el microseguro. En los estudios de casos, las tasas de reclamaciones denegadas, si disponibles, fueron generalmente de entre el 5% y el 22%. Las tasas más altas comunicadas por el seguro de propiedad de TUW SKOK, MUSCCO y La Equidad — 22%, 15% y 14%, respectivamente— pudieran reflejar un mejor registro de datos que el de aquellos microaseguradores relacionados con las uniones de crédito. También podría reflejar una mayor confianza en dirimir los problemas de suscripción a través de las reclamaciones. La alta tasa en TUW SKOK está directamente relacionada con las reclamaciones por daños de agua, para las cuales TUW SKOK ha implantado un periodo de espera de 15 días para poder confrontar el problema de aquellas personas que compran pólizas cuando su propiedad ya ha sido dañada por filtraciones de agua. Esto también se relaciona con la implantación de un deducible de $27 que TUW SKOK pide para minimizar las reclamaciones falsas.

Las denegaciones de reclamación a menudo se producen en distintos niveles, lo que hace que las tasas actuales de denegación sean bastante ambiguas. Para Madison Insurance, con una tasa de denegación de alrededor del 5%, era posible rechazar las reclamaciones en varios niveles, incluyendo los oficiales de campo, sus supervisores, la gerencia de la oficina principal o el departamento de reclamaciones del asegurador. Actualmente, sólo este último sigue

el curso de las denegaciones, pero es probable que las reclamaciones más controvertidas ya hayan sido rechazadas en el momento en que llegan al departamento correspondiente.

Las razones principales para denegar reclamaciones de salud están relacionadas con las exclusiones de la póliza y con la incomprensión o desconocimiento del cliente respecto a tales exclusiones. Por ejemplo, con VimoSEWA, ciertos procedimientos médicos y medicamentos no tienen cobertura; puesto que los miembros cursan reclamaciones de reembolso, hay un potencial significativo de denegaciones para dichas reclamaciones. VimoSEWA ha trabajado para combatir esto a través de un entrenamiento extensivo a sus agentes de campo.

Otra razón común para las denegaciones entre los microaseguradores es que los tenedores de pólizas no entienden que deben que pagar las primas anualmente para mantener sus pólizas en vigor, de manera que a menudo creen que están todavía cubiertos aunque la póliza no haya sido renovada. Con muchos esquemas, los tenedores de póliza no están suficientemente informados o han olvidado los detalles.

Delta Life tiene un problema de denegaciones que es común entre los microaseguradores con pólizas a largo plazo —los colapsos—. Durante el periodo 2000-2002, sólo alrededor del 43% de sus pólizas estaban en vigor. Por lo tanto, a la muerte de más de la mitad de sus tenedores de pólizas, no habría cobertura de seguro alguna, aunque el beneficiario probablemente recibiría alguno de los ahorros acumulados a lo largo de los años. Es probable que el crecimiento se haya restringido por la imagen pública negativa de estas denegaciones.

Para reducir las tasas de denegación son necesarias dos mejoras. Primero, los tenedores de póliza deben tener conocimiento pleno del producto que están comprando. Además de ofrecer educación a los clientes, los microaseguradores deberían proporcionarles un folleto o un documento simple de póliza que estableciera las fechas de cobertura, los beneficios y los procesos de reclamación. Segundo, los microaseguradores deben centrarse en las causas de las no renovaciones y los colapsos por falta de pago; es a veces necesario desarrollar una opción alternativa para el pago de primas que atienda la naturaleza variable y atempere los ingresos de los hogares *(véase el Capítulo 3.3).*

3.3 Plazos del acuerdo

En promedio, los plazos para resolver una reclamación pueden fluctuar entre los 7 y los 60 días, con un máximo de dos años para su resolución. En los estudios de casos, el promedio fue de 24 días.

La resolución de reclamaciones a veces se dilata por problemas en el proceso. En Delta Life, el problema es simplemente la política de la institución misma, ya que no ha hecho de la resolución puntual de las reclamaciones una prioridad *(véase el Cuadro 41).* Se estima que la resolución del 10% de las reclamaciones por muerte tarda alrededor de seis meses o más debido a problemas con el correo, a los sistemas manuales de manejo de información, a la documentación insuficiente y a la centralización del proceso de reclamaciones.

Cuadro 41

Interrupciones en el curso de reclamaciones de Delta Life

Es interesante reparar en el numero de personas que están implicadas en la verificación y aprobación de una reclamación, lo que tiene un impacto directo en la eficiencia del proceso de resolución, al igual que en su costo. En Delta Life, además de las tres personas que revisan la reclamación en la oficina, hay una o dos personas del departamento de servicio de ZOC, y por lo menos tres más en la oficina principal, junto con un médico, en caso de que la reclamación exceda de $180. Esto sin incluir el papel desempeñado por el departamento de control y cumplimiento, que comprueba todas las firmas requeridas en el formulario. No sorprende que el proceso de resolución tarde por lo menos un mes y a veces mucho más tiempo. En el futuro, Delta espera descentralizar el proceso completo de reclamaciones a ZOC, pero este cambio no aparenta ser inminente.

Fuente: Adaptado de McCord y Churchill, 2005.

Cuando trabajas con las IMF, la tardanza puede deberse a que el agente IMF no se concentre en la entrega de productos de microseguro. En un estudio de caso, se rastreó el plazo de resolución de reclamaciones para distintas pólizas específicas *(véase la Tabla 25)* y se constató que la IMF estaba provocando tardanzas sustanciales. El asegurador debería intervenir para resolver este problema. Sin embargo, como el seguro se vincula a una póliza grupal a través de la IMF, el asegurador cree que ha satisfecho los requisitos de la póliza una vez paga a la IMF. Aunque esto puede ser cierto desde un punto de vista técnico, es importante reconocer que cuando se reciben consultas de los beneficiarios, el personal de la IMF culpa al asegurador del retraso. De hecho, incluso una vez denegado el Caso 6 *(véase la Tabla 25)*, el personal de la IMF continuaba diciendo al beneficiario que estaba esperando a que el asegurado pagase la reclamación.

Algunas de las instituciones participantes en el estudio de caso intentan obtener pagos «rápidos de las reclamaciones». El documento de sociedad de Madison Insurance contiene el compromiso de «resolver las reclamaciones dentro de un máximo de 7 días laborables». El asegurador de Sheperd se com-

promete a resolver las reclamaciones en 15 días. Para ServiPerú, el gobierno toma la delantera al requerir que todas las reclamaciones sean pagadas en 30 días. AIG Uganda ha acordado pagar reclamaciones en 14 días, aunque su promedio es mucho más largo. Un enfoque alternativo interesante a la promesa del pago puntual de las reclamaciones fue implantado por Gemini Life Insurance Company, en Ghana; si se tarda más de 14 días en resolver una reclamación completa, se pagará una penalización del 25% de la suma reclamada al beneficiario. Microcare tiene una oferta similar.

Tabla 25

Una muestra del tiempo de duración de las reclamaciones

	Días que transcurren desde la muerte del asegurado hasta que la reclamación llega al asegurador	*Días que transcurren desde que la reclamación llega al asegurador hasta el pago MFI*	*Días que transcurren desde el recibo al MFI hasta el recibo del beneficiario*	*Días totales que transcurren desde la muerte del asegurado hasta el recibo del beneficiario*
Caso 1	91	38	280	409
Caso 2	60	26	101	187
Caso 3	46	21	101	168
Caso 4	75	33	221	329
Caso 5	77	31	Préstamo solamente	108
Caso 6	86	30	Denegado	N/A
Promedio	72,5	29,0	175,8	278

Fuente: McCord et al., 2005[a].

Los retrasos en la resolución de reclamaciones de LIC eran inaceptables para los clientes de VimoSEWA, ya que a menudo tardaban un mes o más una vez que toda la documentación había sido entregada. La administración de VimoSEWA decidió explorar alternativas. Se seleccionó a Aviva Insurance para sustituir a LIC en 2005, porque permitía a VimoSEWA pagar las reclamaciones de vida, reduciendo el tiempo de reembolso a una semana. Para el seguro de vida y activos, Vimo SEWA trabaja con el asegurador privado de no vida ICICI Lombard desde 2003. Esta relación mejoró el proceso de resolución de las reclamaciones a través de la provisión de un fondo de reembolso, del cual VimoSEWA paga las reclamaciones y que luego es reembolsado por el asegurador.

Es en el momento de cursar una reclamación cuando los tenedores de póliza comprueban si su prima ha merecido la pena. Todos los clientes esperan que las reclamaciones sean pagadas rápidamente. Sin embargo, «rápidamente» puede significar muchas cosas distintas. Por ejemplo, en Zimbabwe *(véase el Cuadro 42)* o en África del Sur, donde la gente se ha acostumbrado a las sociedades informales de entierro, el pagar las reclamaciones rápida-

mente puede significar en el plazo de un día; mientras que en Zambia, donde las sociedades de entierro son menos frecuentes, «rápidamente» puede significar una o dos semanas. Estas percepciones distintas tienen un efecto importante en el proceso de reclamación, el costo de entrega y el nivel de satisfacción del cliente.

Cuadro 42

Eficiencias del seguro informal

Zambuco Trust, una IMF de Zimbabwe, realizó una investigación de mercado para explorar posibles oportunidades de seguro. La investigación reveló que más de la mitad de los clientes de Zambuko pertenecían a una sociedad informal de entierros. Estas sociedades de entierro son organizadas por una persona en la comunidad que cobra pequeñas contribuciones regulares de sus miembros. Las contribuciones se depositan en un banco (o a veces en una lata) y en caso de muerte de un miembro o de alguien de la familia, la sociedad funeraria paga una suma de las contribuciones que se han ahorrado.

Debido al número limitado de personas que participan en una sociedad de entierros y a las limitaciones de su ámbito geográfico, las reclamaciones se pagan generalmente a las pocas horas de la muerte. Ya que estas sociedades de entierro son comunes en Zimbabwe, la mayoría de las personas de bajos ingresos están familiarizadas con el seguro funerario y esperan su pago en un plazo de 24 horas.

Fuente: Adaptado de Leftley, 2005.

Los controles eficientes son indispensables en cualquier producto de seguro. Según demuestra la experiencia de Delta, el tener más personas para verificar una reclamación no necesariamente conlleva un mayor control. Se obtienen ventajas significativas de mantener las decisiones de pago de reclamaciones cercanas al beneficiario. El éxito de los ejemplos de la India demuestra que aun con un asegurador regulado como espina dorsal del esquema, los retrasos pueden reducirse mediante la creación de estructuras dentro del canal de distribución, que faciliten esas transacciones. Sin embargo, la información incluida en la Tabla 1 demuestra que las IMF no son siempre los mejores árbitros de las necesidades de los clientes, por lo que los aseguradores deben cerciorarse de que es el cliente quien, a final de cuentas, queda satisfecho.

4 Controles

El éxito de los aseguradores no depende sólo de que las reclamaciones se paguen rápidamente. Deben también comprobar que las reclamaciones son

legítimas y que se corresponden con los requisitos de la póliza. Por ejemplo, para una reclamación de muerte accidental, no sólo necesitan documentación policial que confirme la muerte, sino también cerciorarse de que:

– El documento es legal
– La muerte fue un accidente
– La persona que murió realmente estaba cubierta por la póliza
– La muerte ocurrió dentro del periodo en vigor de la póliza
– El tenedor de la póliza estaba al día en sus pagos de prima cuando ocurrió la muerte

Los aseguradores prometen cubrir los eventos de riesgo bajo ciertas circunstancias. Sus tenedores de pólizas, e incluso sus agentes intermediarios, son incitados a burlar el sistema, especialmente si los tenedores de pólizas no son los dueños del esquema. Si los aseguradores quieren seguir funcionando, tienen que mantener controles fuertes y eficientes.

4.1 Ajuste de reclamaciones

Algunos microaseguradores, como TUW SKOK, trabajan con ajustadores profesionales de reclamaciones. TUW SKOK, por ejemplo, actúa así en el caso de reclamaciones de propiedad, en las que la valoración es relativamente complicada. Aquellos que ofrecen seguro de salud o incapacidad, a menudo utilizan médicos para revisar y ajustar las reclamaciones. Para el seguro de vida, muchos microaseguradores utilizan documentos en combinación con las relaciones que mantienen sus agentes intermediarios. TYM, por ejemplo, utiliza una agrupación local de mujeres para ayudar en los ajustes de reclamaciones, y MUSCCO utiliza a sus socios SACCO.

MUSCCO ha visto el ajuste de reclamaciones como un reto, porque Malawi carece de un sistema nacional de identificación. Por tanto, no puede confirmar si el reclamante es realmente el tenedor de la póliza. Varias instituciones superan este reto, o refuerzan la confirmación de identidad, solicitando a los agentes que conocían al fenecido simplemente que vean el cadáver. CARD MBA utiliza a sus coordinadores voluntarios, seleccionados de entre los miembros, para que confirmen visualmente la pérdida. Otros, como VimoSEWA, piden una fotografía de la persona fallecida. Opportunity International Bank Malawi solucionó la falta de tarjetas de identidad introduciendo «tarjetas inteligentes», que registran las huellas digitales de los clientes.

Confirmar la causa de la muerte como SIDA se ha demostrado difícil en países con una incidencia alta de la enfermedad, según ilustra el cuadro 43.

Cuadro 43

Ajuste de reclamaciones y SIDA

A la luz de las altas tasas de pérdidas potenciales a causa del SIDA, varios microaseguradores desarrollaron exclusiones específicas para las muertes causadas por la enfermedad. Tanto AIG Uganda como MUSCCO han llegado a la conclusión de que excluir el SIDA es una solución poco práctica. Ambas instituciones proporcionan seguro principalmente a los deudores que reúnen los requisitos del préstamo. Los préstamos son casi siempre a corto plazo. Por lo tanto, debido a que el deudor puede asumir el préstamo y su corta duración, desaparece gran parte de la probabilidad de reclamaciones por muerte a causa de SIDA. También en Uganda y Malawi, el SIDA rara vez se incluye como la causa de muerte. Las muertes de pacientes de SIDA se deben habitualmente a pulmonía, tuberculosis o alguna otra enfermedad oportunista. Estos factores hacen que la impopular exclusión del SIDA sea inefectiva. Por ende, la exclusión se ha eliminado de las pólizas de AIG Uganda y de MUSCCO.

Adaptado de Enarsson y Wirén, 2005; y de McCord et al., 2005a.

En 2004, VimoSEWA mejoró su atención al ajuste de reclamaciones cuando entrenó a tres empleados de oficina en técnicas de investigación de reclamaciones. El grupo fue entrenado por la COO, con el proposito de recabar directamente información básica de hospitales, médicos, personal de enfermería y parientes y vecinos de los reclamantes. También fueron entrenados en el análisis de facturas sanitarias y de información sobre los ingresos del reclamante, su trabajo y su familia, dependiendo de los detalles de la reclamación. Los resultados de la investigación se discuten con el coordinador de investigación y con el COO, junto con el principal oficial ejecutivo para las decisiones finales.

4.2 Otros controles generales

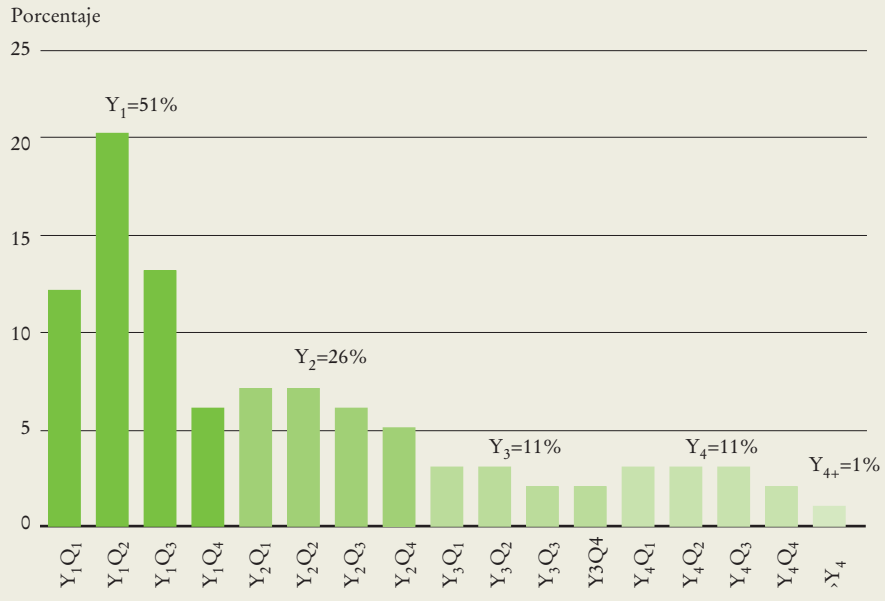
Algunos controles se relacionan con la estructura de deducibles y los copagos, que limitan el volumen y el valor de las reclamaciones. Por su parte, estas desempeñan un papel importante en evitar el incentivo al fraude para el tenedor de la póliza. Por ejemplo, con reclamaciones de propiedad, TUW SKOK limita las transacciones al 50% del valor de reemplazo. De esta forma, el tenedor de la póliza todavía asume el 50% de interés en el riesgo de la pérdida.

A veces no pueden desarrollarse controles comunes; por ejemplo, Tata-AIG no pudo introducir un periodo de espera porque las regulaciones nacionales de seguro lo prohibían. Los reguladores sienten que tal requisito puede causar malestar entre los tenedores de pólizas con poco conocimiento de

seguros cuando surge una reclamación dentro del periodo de espera. Tata-AIG ha pagado reclamaciones dentro del primer mes de la activación de la póliza.

En Grameen Kalyan y en BRAC, en Bangladesh, los empleados interactúan frecuentemente con los clientes y llegan a conocer a sus familiares personalmente, lo que resulta en un elemento disuasorio moral al fraude y a las reclamaciones falsas. Muchas IMF han observado que los grupos que toman a préstamo tienden a excluir a aquellos individuos con un historial de salud precaria o que se sabe que están enfermos. Los miembros del grupo temen que a estos individuos les cueste mucho pagar sus préstamos, dejando a los demás miembros la responsabilidad de pagarlos a base de su garantía común. Opportunity International ha utilizado esta observación al negociar con las aseguradoras en África y en Filipinas para eliminar los periodos de espera y las restricciones existentes por enfermedad de sus productos de seguro de vida.

Figure 18 **Cronometraje de Reclamaciones de CARD MBA**



Fuente: McCord and Buczkowski, 2004.

Además de otros métodos, CARD MBA utiliza la gestión de información para controlar las reclamaciones. El microasegurador ha analizado en qué momento de su relación con el tenedor de la póliza se presentan las reclamaciones. Según ilustra la Figura 18, más de la mitad de las reclamaciones surge durante el primer año, lo que sugiere un problema de selección adversa. Sin

embargo, este hallazgo debe ser analizado en su propio contexto: debido a un crecimiento acelerado, el 40% de todos los miembros de CARD estaba en su primer año, y el 40% de sus miembros era responsable del 51% de las reclamaciones.

Según se menciona en el Capítulo 2.1, el riesgo de reclamaciones fraudulentas en el seguro de vida es relativamente bajo porque es difícil fingir una muerte, especialmente en una comunidad rural donde la gente tiende a conocerse entre sí. Sin embargo, en el seguro de salud, el riesgo es mucho mayor. Los problemas comunes de fraude que ocurren en el microseguro de salud incluyen:

– Médicos que emiten facturas por un cuidado de salud que nunca se proveyó, posiblemente dividiendo el pago con el tenedor de la póliza
– Tenedores de pólizas que obtienen cobertura para personas no cubiertas bajo la póliza
– Sobre-tratamiento por parte de los proveedores
– Emisión de facturas fraudulentas por parte de los tenedores de póliza

Combatir estos problemas de fraude exige un análisis minucioso de las reclamaciones, pero es todavía más importante que se inserten controles en los sistemas para prevenir el fraude. Por ejemplo, Microcare, para controlar el fraude, utiliza a una recepcionista en la sala de espera del proveedor de cuidado de salud autorizado. Estas recepcionistas son enfermeras cualificadas que se aseguran de que sólo los individuos bajo cobertura reciben el tratamiento mediante la verificación de sus tarjetas de identificación; las fotografías en la tarjeta son verificadas con el paciente mismo y con la base de datos que manejan las enfermeras.

Mediante la utilización de esta tecnología, Microcare puede asegurar en todo momento que sólo se proporciona el tratamiento que está bajo cobertura y el asegurador recibe un informe inmediato de los costos de tratamiento que luego pueden ser comparados con la factura del hospital. Por ende, Microcare puede comprobar que sus tenedores de pólizas reciben el cuidado por el que han pagado, y puede mantener sus primas más bajas. Sin embargo, aunque este sistema mitiga el fraude de los tenedores de pólizas, no hace mucho por incentivar un mejor cuidado de salud, porque Microcare no tiene control sobre los médicos y sobre las clínicas.

Como medio de controlar la transacción financiera, Delta Life paga casi la mitad de sus reclamaciones con cheques cruzados (que requieren que su beneficiario deposite el cheque en una cuenta de banco). Este es un proceso común para las compañías de seguro. Sin embargo, a menudo el beneficiario no tiene una cuenta de banco en la que depositar el cheque, y muchos bancos

no pueden asumir el proceso de abrirles una cuenta porque saben que el beneficiario depositará el cheque e inmediatamente retirará la cuantía y cerrará la cuenta. Aun cuando los bancos accedieran a abrir una cuenta, impondrían unos cargos de servicio onerosos que harán la transacción todavía más costosa para el beneficiario.

El punto final para el microseguro es que sus controles sean fuertes, aunque han de tener en cuenta tanto el aspecto práctico, como la situación del mercado. Tiene poco sentido implantar controles costosos con los que el mercado no pueda cumplir o que sean más costosos de implantar que la pérdida posible. Como los márgenes son menores con el microseguro, el análisis de costo-beneficios es verdaderamente crucial.

5 Consideraciones sobre las reclamaciones en el diseño del producto

Un diseño simplificado del producto ayudará enormemente en el procesamiento de las reclamaciones. Los diseñadores de productos de microseguro deben sopesar los pasos que tienen que dar los tenedores de pólizas para hacer una reclamación. Cuando CARD MBA experimentó con un producto de seguro de salud, encontró que el manejo de riesgo y la documentación requerida eran simplemente demasiado costosos y onerosos para la MBA y sus miembros, de modo que canceló el producto. Los procesos y costos de reclamación deben ser reconocidos honestamente y atendidos en el proceso de desarrollo del producto.

En general, las pólizas de vida son relativamente fáciles porque hay un evento asegurado obvio: la muerte de la persona bajo la cobertura. Varios programas ofrecen una póliza sencilla por la cual, cuando la persona muere (y está cubierta, y la muerte es demostrada), el beneficiario recibe el pago. Otros programas añaden complejidad con exclusiones para los suicidios, la muerte a causa de un conflicto civil o actos de la naturaleza. La exclusión favorita del autor es la debida a que el tenedor de la póliza «muera como pasajero de un cohete de propulsión a chorro». Cuanto mayor sea el número de exclusiones, más complicado será el proceso de pago.

Una amplia gama de opciones en cuanto a beneficios también añade complejidad. Algunos microaseguradores ofrecen un beneficio adicional (por ejemplo, una doble indemnización) por muerte accidental; Columna tiene un beneficio adicional por muerte accidental para ciertas causas de muerte, por ejemplo, aquella acaecida mientras se viaja como pasajero en transporte público o en un ascensor, o como resultado de un incendio en un edificio público, en que la suma asegurada se multiplica por tres. Las pólizas por muerte accidental plantean dos problemas. Primero, la definición de lo que sea un accidente es significativamente ambigua, lo que puede dar lugar a conflictos en el proceso de ajuste —algo que los microaseguradores conscientes

del beneficio de las relaciones públicas deben evitar—. Es difícil y desagradable tener que explicar a los beneficiarios que esperan, que eso que ven como un accidente, o como un accidente especial, verdaderamente no lo es.

Una segunda consideración de las reclamaciones por muerte accidental es que incentivan a convertir una muerte por enfermedad en una por accidente. Los microaseguradores han informado de casos en que los beneficiarios falsificaban informes policiales y sobornaban a los médicos para obtener informes post mórtem falsos. El incentivo generado por el pago significativo de reclamaciones potenciales ha conllevado a muchos a cursar reclamaciones falsas. El problema se resuelve con una póliza sencilla en caso de muerte, que tenga un proceso de pago común. «Compartamos», por ejemplo, utiliza el estribillo publicitario «morirse es morirse» con su socio asegurador Seguros Banamex, y trata toda muerte de la misma manera. Las pólizas con beneficios simplificados y procedimientos de reclamación simples son esenciales para las operaciones eficientes del microseguro.

Tata-AIG ha desarrollado una estrategia amplia en el diseño de sus productos de microseguro. Su objetivo es limitar los costos de suscripción y centrarse en la verificación de las reclamaciones. Aunque se reducen los costos operacionales, el problema con una estrategia como esta es que los productos sean mal vendidos, por agentes ávidos de comisiones, a personas que no los necesitan. Cuando esas personas cursen una reclamación, la misma podría ser denegada durante el proceso de verificación de reclamaciones, lo que no genera una buena impresión de Tata-AIG, ni tampoco abona la creación de una cultura de seguros.

En algunos programas mutualistas y de base comunitaria, como Servi-Perú, los gerentes del esquema encontraron que era importante que los miembros se autolimitaran en sus reclamaciones, y trabajó para crear conciencia entre los tenedores de pólizas de los beneficios de prevenir y de minimizar las pérdidas, para que los precios pudieran mantenerse bajos para el futuro. Esto reduce el volumen y el valor de las reclamaciones, permitiendo finalmente una reducción potencial de las primas. BRAC da un enfoque interesante a este tipo de limitación para su seguro de salud, permitiendo a cada tenedor de tarjeta sólo un reembolso al año.

6 Conclusión

En resumen, merece la pena considerar las siguientes lecciones y recomendaciones en torno a la gestión de reclamaciones:

– Para ser eficientes, los aseguradores deberían refinar sus controles sobre las pólizas más pequeñas, ya que los esfuerzos que se necesitan para cumplir esos controles pudieran ser más costosos que el beneficio real.

- Un microseguro eficiente debe tener una cobertura simplemente definida, procesos rápidos de pago de reclamaciones y controles que puedan ser aplicados fácilmente.
- Cuanto más cercano es el proceso de pago para el tenedor de la póliza, más fácilmente puede proporcionarse, aunque queden pendientes asuntos potenciales en cuanto a control y aplicación inconsistente de las reglas sobre reclamaciones a las que haya que dar seguimiento.
- Las reclamaciones deben estar basadas en documentación que sea apropiada para los clientes.
- Los procesos generales del microseguro son más eficientes y costo-efectivos cuando la suscripción se realiza a través de las reclamaciones, en vez de en el punto de compra. Sin embargo, cuando los controles se minimizan para la masa de compradores de seguros, se transmite una carga mayor a los reclamantes y se acentúa el riesgo de ventas inapropiadas.
- Con el seguro de salud, el mayor beneficio para los tenedores de pólizas se da cuando el asegurador paga directamente al proveedor. Los procedimientos y los controles pueden ser más eficientes cuando los proveedores son responsables de iniciar las reclamaciones.
  - Un comité de apelación de pagos es importante para ofrecer a los beneficiarios la oportunidad de que los resultados de su reclamación sean revisados y clarificados.
- Los agentes de distribución tales como las instituciones de microfinanzas no siempre son los mejores árbitros de las necesidades de los clientes, por lo que los aseguradores tienen que comprobar que el cliente queda satisfecho al final.
- Los sistemas informáticos aumentan el potencial de desarrollar e implantar mecanismos más eficientes y deberían ser el elemento más importante para rentabilizar procesos, especialmente para los aseguradores de salud.
  - Un folleto simple para cada cliente, que ilustre el desglose de tarifas y beneficios, el periodo de cobertura y describa el proceso de reclamación, sería una consideración muy valiosa.

3.5 Tarifación del producto de microseguro

John Wipf y Denis Garand

Los autores desean agradecer a Susanne Daniela Bürger (Munich Re), Dominic Liber (Quindiem Consulting), M. Francisco Villagrasa y Carlos Martínez Gantes (DVK Seguros), y a Ellis Wohlner (consultor de SIDA) sus valiosos comentarios a este capítulo.

Las compañías de seguro comercial emplean a agentes entrenados en las matemáticas del seguro para calcular el impacto financiero de las contingencias para las cuales los tenedores de pólizas están asegurados. Más específicamente, el agente se asegura de que las tasas de prima de la compañía son prudentes y suficientes, que sus reservas para pérdidas futuras son adecuadas y que los dividendos pagaderos a sus tenedores de pólizas son equitativos.

De modo parecido, un programa de microseguro debería también contratar los servicios de un agente para calcular las primas de sus productos y ayudar en otros aspectos de la administración del esquema. En un principio, muchos microaseguradores subestiman el rigor técnico requerido para tarifar los productos correctamente. A menudo, se rinden a la tentación de duplicar productos y tarifas del mercado comercial de seguros o de otros programas de microseguro, sin considerar los motivos que fundamentaron dichas tarifas.

El objetivo principal de este capítulo es ilustrar cómo los productos de seguro se tarifan y cómo diseñar y mantener las bases de datos para que puedan utilizarse para fines de tarifación y de buena gerencia, y para subrayar algunos ejemplos, buenos y malos, de la tarifación del microseguro derivados de los estudios de casos. Este capítulo es particularmente relevante para los esquemas de microseguro que cargan con su propio riesgo, pero también para las organizaciones que distribuyen productos suscritos por compañías de seguros —si los canales de distribución entienden de tarifas, serán más aptos para manejar la información y en negociar con los aseguradores.

La discusión se limita al seguro de vida y de salud, aunque muchos de los asuntos y puntos planteados se aplican a la tarifación de otros productos también. No se trata en modo alguno de un estudio exhaustivo sobre la materia; de hecho, podría escribirse un libro entero sobre la facturación del microseguro.

Para que la información sea útil, algunas partes de la discusión son, por necesidad, algo técnicas —esto también indica la necesidad de profesionales que tarifen los productos correctamente—. El ejemplo ilustrado en el cuadro 44 es una ocurrencia común. Los esquemas que no descansan en agentes para tarifar sus productos, incluyendo varios de los ilustrados en los estudios de casos, tienden a ser demasiado cautelosos y a cobrar demasiado, o tarifan el producto por debajo, amenazando la viabilidad de su esquema, y ninguno de estos resultados contribuye al éxito del microseguro.

Cuadro 44

Problemas de tarifación

Una IMF en India comenzó su programa de microseguro con una prima mono-nivel para cobertura de seguro de vida para todos sus clientes. En febrero de 2003, organizó una sesión de entrenamiento en tarifación. Cuando los componentes de la tarifa que se discuten en este capítulo se evaluaron, la IMF se dio cuenta de que el esquema sería insolvente en unos cuantos años. La sesión ayudó a los gerentes a comprender sus necesidades de información, cómo los datos se utilizan en la tarifación, y que todos los componentes de la tarifación deben considerarse al derivar las tarifas apropiadas necesarias para las sostenibilidad a largo plazo del microseguro.

Aparte del impacto directo de la suscripción, es importante subrayar que una tarifación adecuada puede contribuir a estimular la confianza en el producto de microseguro, mientras que un producto mal tarifado puede conducir a unos ajustes abruptos en las tarifas y en la erosión de la confianza en el esquema.

1 Requisitos de diseño de una base de datos para la tarifación (y administración solvente) del microseguro

Las tarifas de prima son establecidas por el agente utilizando los **datos de experiencia** disponibles. En los inicios de un esquema de microseguro, cuando todavía no hay datos específicos disponibles sobre los participantes potenciales para calcular sus reclamaciones, las estadísticas de población y datos similares tienen que utilizarse en la medida en que estén disponibles. El agente debe entonces basarse en las observaciones de los participantes y en sus asunciones en el esquema de seguro propuesto o vigente para ajustar esa información en el cálculo de las tarifas.

Los agentes prefieren utilizar la información específica del grupo o población potencial, ya que esto resultará en unas tarifas más fiables y exactas. La credibilidad de la información aumenta con el volumen. Al deducir tasas de mortalidad cruda del grupo, por ejemplo, el agente tendría que considerar un

mínimo de 10.000 años-vida de exposición[1] como necesarios para que la información pudiera considerarse lo suficientemente creíble — cuantías menores de información tendrían menor credibilidad.

Desde el principio, entonces, debe quedar claro que uno de los factores determinantes del éxito a largo plazo del esquema es una base de datos diseñada apropiadamente y bien mantenida, así como sistemas de gestión de información (MIS, por sus siglas en inglés) para calcular y evaluar la información utilizada en revisiones de tarifas subsiguientes. El objetivo principal de un MIS es acumular la información y ayudar con la gerencia del esquema de seguros de una forma profesional, eficiente y técnicamente prudente. El diseño de la base de datos debería estar basado en el modelo de la base de datos relacional, construido con la ayuda de informáticos profesionales, y con la contribución tanto de un agente como de la gerencia del esquema *(véase el Cuadro 45)*.

Cuadro 45 **Problemas en el diseño de la base de datos**

TYM, en Vietnam, operó con su esquema de microseguro durante varios años. Sin embargo, la base de datos no estaba diseñada ni mantenida apropiadamente, lo que hizo muy difícil analizar y retarifar los productos posteriormente. Por ejemplo, la tabla de base de datos relacional con información sobre préstamos no podía ser vinculada apropiadamente a la tabla que contenía información sobre los miembros, lo que hacía imposible calcular las exposiciones de riesgo por edad y género.

El microseguro de salud de Gramen Kalyan gestiona y mantiene información detallada en cada uno de sus centros de salud. Esta información podría ser muy útil para el análisis y propósitos de tarifación si el número de afiliación de cada cliente se hubiese mantenido de año en año, en vez de asignarle un nuevo número en cada renovación; o si los informes hubiesen tenido algún otro campo de información única para cada miembro. Un identificador único hubiera permitido al agente dar seguimiento a la exposición y reclamaciones de cada miembro a través de los años.

Fuente: Tram Yun, 2004; Ahmed et al., 2005.

Debe ponerse mucho cuidado e invertirse tiempo en la fase de diseño de la base de datos, ya que es el cimiento de un buen MIS. Deben incluirse las siguientes tablas de información.

[1] Una exposición de un a?o-vida es equivalente al riesgo de morir de una persona durante exactamente un año. La tasa de mortalidad cruda es el número de muertes observadas dividido entre el número de exposiciones.

a) *Información institucional y de sucursales*
Si el esquema está dando servicio a varias instituciones, los detalles de cada institución deben actualizarse.

b) *Información de los participantes*
¿Quién está bajo cobertura? ¿Qué atributos tienen los participantes? Como mínimo, deben considerarse los siguientes atributos:

– Identificación única o clave
– Género
– Fecha de nacimiento
– Estado civil
– Número de hijos (campo calculado si se mantiene la historia del beneficiario y de sus dependientes bajo cobertura)
– Nombre
— Fecha de inscripción en el esquema
– Ocupación primaria/modo de vida
– Residencia: en el campo o la ciudad, provincia
– Para cobertura de salud, deben constar fotos recientes en el expediente para imprimir tarjetas de identificación

Esta información es utilizada para preparar un perfil demográfico del grupo, que es necesario para proyectar las tendencias de mortalidad futuras. Si el país tiene un número de identificación nacional, podría utilizarse como el identificador único; de otro modo, el esquema tendría que generar su propio numero de identificación única que los clientes retendrían a lo largo de su relación con el esquema.

c) *Beneficiarios y dependientes bajo cobertura*
Para el seguro de salud, debería mantenerse la misma información sobre cada uno de los dependientes bajo cobertura, incluyendo el nombre, un identificador único, género, fecha de nacimiento, relación con el participante y una fotografía.

d) *Historial de la cobertura*
¿Cuáles son los detalles de la cobertura? El historial de la cobertura para cada persona inscrita tiene que actualizarse, no solamente respecto a qué cobertura tiene efecto en determinado momento. Si ha de hacerse un cambio en la cobertura de un individuo entonces deberá crearse un nuevo informe en la tabla del historial de la cobertura, con la fecha de efectividad del cambio como uno de los campos.

Cuadro 46

La importancia de un seguro de salud MIS: la expereincia de AssEF

Para su esquema de seguro de salud, AssEF, en Benin, da un seguimiento cuidadoso a las reclamaciones reales en relación con las reclamaciones esperadas. En algunos casos surgen diferencias sustanciales entre las figuras actuales y las proyectadas. Una vez que la gerencia identifica las diferencias, también puede identificar cómo resolverlas. De los resultados para el 2004 *(véase la Tabla abajo)*, dos asuntos captaron la atención de la gerencia: la alta tasa de consultas prenatales y servicios de enfermería.

	Frecuencia esperada (%) 2004	*Frecuencia actual (%) 2004*	*Costo estimado*	*Costo promedio*
Consultas a generalistas	107	102,4	392	231
Consultas al ginecólogo	10	3,3	1.400	1.525
Consultas prenatales	12	33,1	259	368
Consultas postnatales	4	0	370	-
Cirugía menor fuera del hospital	8	1,2	1.694	1.960
Servicios de enfermería fuera del hospital	100	175,9	1.050	1011
Partos (excluyendo cesáreas)	4	3,7	3.360	8.655
Cesáreas	0,5	0,6	35.000	35.000
Hospitalización	10	20,1	2.327	1.373
Procedimientos quirúrgicos (excluyendo cesáreas)	2	0	34.320	-
Pruebas de laboratorio	20	58	2.730	2.938
Radiografías	5	4,2	4.865	3.589
Ultrasonidos	5	8,1	4.284	4.069
Drogas genéricas y esenciales	144	157,1	2.954	2281

En AssEF, un periodo de espera de tres meses para los miembros nuevos es la barrera principal para la selección adversa. Esta precaución aparenta ser suficiente para reducir la conducta oportunista con respecto a las consultas fuera del hospital y las hospitalizaciones; sin embargo, queda por probarse al término de los servicios de salud planificados. Por ejemplo, al dar seguimiento a las reclamaciones, la gerencia identificó un fuerte fenómeno de selección adversa con respecto a las consultas prenatales (que consiguientemente afectó a los partos en el 2005).

Este fenómeno se acrecentó tras las numerosas salidas de mediados del 2004, ya que muchas de las mujeres que quedaron estaban embarazadas. Se pudieron haber implantado medidas específicas para controlar la selección adversa, tales como aumentar el periodo de espera para consultas y alumbramientos. Sin embargo, se tomó la decisión de utilizar el fenómeno para fines comerciales.

Como las reclamaciones en curso no estaban fuera de control, podían utilizarse para aumentar la visibilidad del esquema, particularmente en el grupo-meta, compuesto de mujeres. La frecuencia de utilización se sigue con detenimiento y todavía podrían implantarse medidas si el riesgo de selección adversa se vuelve demasiado significativo.

En cuanto a los servicios de enfermería, la frecuencia de utilización también se siguió de cerca según el proveedor de cuidado de salud, y los resultados demostraron que una de las clínicas tenía un historial de reclamaciones mucho más amplio. En este caso, el microseguro claramente indujo a un cambio de conducta. Como los beneficiarios estaban asegurados, la clínica les pidió que regresaran varias veces durante la misma enfermedad para recibir tratamiento; la primera visita era registrada como una consulta y las que siguieron, como servicios de enfermería. La gerencia del esquema se dirigió a la clínica para discutir la anomalía en el patrón de tratamiento, lo que permitió volver a un historial de reclamaciones más normal. Si la gerencia no hubiera investigado, las reclamaciones hubieran excedido los recursos financieros del plan y posiblemente resultado en su bancarrota. Una base de datos bien diseñada y un MIS son cruciales para el microseguro.

Fuente: Adaptado de Guérin, 2006.

Aparte de para dar seguimiento y para fines de administración, el objetivo principal de mantener un historial de cobertura es permitir la reconstrucción de un historial completo de la exposición de cada persona a cada riesgo bajo la cobertura, a fin de calcular las reclamaciones esperadas contra la experiencia actual de reclamaciones (esto se discutirá más a fondo en la siguiente sección). De hecho, se pueden desarrollar aplicaciones informáticas para dar seguimiento a las reclamaciones esperadas en relación con las reclamaciones reales sobre una base continuada —esta es una herramienta poderosa de ayuda para los gerentes de las microaseguradoras—. Por ejemplo, en Yeshasvini en India, la gerencia advirtió que uno de sus hospitales acreditados estaba generando un número inusualmente alto de histerectomías. Al investigar más a fondo, encontró que la administración médica de los pacientes era inapropiada, lo que resultó en que terminara su relación con el hospital. AssEf tuvo una experiencia similar, según se describe en el cuadro 46.

e) *Historial de primas*

Para cada producto, debe mantenerse un historial de pago de prima por cada asegurado, que incluya los siguientes campos: la fecha de pago, la cuantía del

pago y el número de recibo si se expide.[2] Además de ser necesario para fines de administración, el historial de primas será utilizado para estudiar el patrón de las personas que se salen del esquema (por colapsos y entregas de la póliza), lo que a su vez afectará a la tarifación de muchos productos *(véase el Cuadro 47).* Para productos con características de acumulación de ahorros y activos, los valores de pago dependerán del historial de la prima, ya que habrá que acreditar el interés correspondiente.

Cuadro 47

Tarifas de renovación en VimoSEWA

VimoSEWA, en India, implantó un nuevo sistema de MIS en 2001 que le permitió medir sus tasas de renovación. La gerencia se sorprendió al descubrir que la organización había tenido una tasa de renovación muy baja —sólo el 22% de los miembros que pagaban prima anual—. Al conocer el problema, la gerencia tomó decisiones para aumentar la tasa de renovación, comunicando el valor de mantener seguro a sus miembros y estableciendo metas de renovación para cada *Aagewan* (promotor de ventas).

Se requiere una base de datos apropiada para medir las tasas de renovación. La tasa de renovación para el año X es el número de miembros que renovó en el año X+1 dividido entre el número de miembros de la misma clase que fueron asegurados en el año X.

Fuente: Adaptado de Garamal, 2003.

f) *Historial de reclamaciones*

¿Quién reclamó? ¿Dónde fallecieron o se enfermaron o fueron hospitalizados? ¿Cuánto reclamaron? ¿Cuál fue el costo incurrido, cubierto o no? ¿Cuál fue el método de tratamiento? ¿Cuál fue la causa de muerte o de hospitalización? ¿Cuándo se recibió la reclamación? ¿Qué se le pagó eventualmente y en qué fecha? Para las reclamaciones de salud, la causa de la reclamación debe ser incluida en el formato de Diagnósticos de Reclamaciones Internacionales (ICD, por sus siglas en inglés) y los cargos deben desglosarse por categoría de beneficios.[3] La experiencia de reclamaciones es vital para propósitos de seguimiento y administración continuados y es también una fuente primaria de información para la tarifación *(véase el Cuadro 48).*

[2] Algunos planes grupales inscriben a todos los miembros en la organización, tales como cooperativas de productos lácteos, y en algunos de los casos, en la práctica, sólo se pueden mantener informes colectivos del grupo.

[3] La Tabla ICD fue desarrollada por WHO y asigna una codificación a varias categorías de enfermedades. La Tabla ICD más reciente está disponible en la página web de WHO.

Cuadro 48

Proceso de reclamaciones en VimoSEWA

El MIS de VimoSEWA guarda la fecha de la reclamación, la fecha en que la organización recibió la reclamación y la fecha en que se pagó el beneficio a los miembros. Esta información demostró que había largos retrasos en el procesamiento de reclamaciones. Un análisis posterior demostró que parte del problema se debía a que los miembros desconocían cómo cursar las reclamaciones. VimoSEWA, conociendo esto, aumentó sus esfuerzos para educar a los miembros y para reducir el tiempo de rembolso de la reclamación. Al cabo de tres años, el tiempo para el pago de las reclamaciones se redujo notablemente —de tres meses a dos semanas—. Los miembros reconocieron las mejoras en el servicio.

Fuente: Garand, 2005.

g) *Reglas del producto/Historial de pólizas*

Las reglas de cobertura para cada producto deben estar definidas y cumplirse. Aunque el historial de cobertura descrito anteriormente podría también utilizarse para acomodar las reglas del producto, es mucho más eficiente separar los tipos de información general sobre cobertura, ya que esta no varía demasiado entre los individuos y necesita mantenerse en un grupo de tablas por separado. Esto es necesario para completar la información sobre las reclamaciones esperadas mencionadas anteriormente.

Todos los informes deberían mantenerse indefinidamente, bien en la base de datos actual o en un archivo, como experiencia acumulativa o para análisis actuarial. La información debería utilizarse cuidadosamente, como sería el caso en cualquier otro recurso del esquema de microseguro.

Los actuarios conceden gran importancia a la forma en que se recopila y se maneja la información, porque la información errónea e incompleta puede ser la más dañina si se malinterpreta. Para cerciorarse de que la información es completa e íntegra, deberán practicarse fuertes controles y sistemas de cotejo cruzado en la MIS. Deberían utilizarse para simplificar las consultas y mejorar la coherencia. Por ejemplo, las ocupaciones del participante deben ser seleccionadas de entre un menú de codificaciones de ocupaciones estándar, en vez de escribirse a máquina cada vez.

Toda la información debería también contrastarse, en la medida en que sea posible, con otros sistemas independientes, como por ejemplo contabilidad. Así, las primas, comisiones y reclamaciones se contrastan con el sistema de contabilidad al final de cada periodo de contabilidad, para comprobar que existe consistencia entre los dos sistemas (lo que es muy útil como herramienta de cotejo de integridad para el sistema de contabilidad). Por otro lado, los cambios en el sistema de base de datos deberían revisarse y confirmarse regularmente con sistemas manuales.

2 Componentes de la tarifa, factores clave y metodología

El objetivo principal de cualquier ejercicio de tarifación es cerciorarse de que las tarifas son suficientes para lograr los propósitos del esquema y cumplir con sus obligaciones a largo plazo, mientras mantiene la equidad entre sus participantes. Para el seguro de vida y de salud, las tarifas pueden variar por edad (estructuradas por edad) o, como es más común, permanecer iguales para todos los participantes (lo que a veces se describe como «tarifación comunitaria»). Si se utilizan tarifas niveladas, es aconsejable imponer una edad máxima de entrada y, tal vez, una edad máxima de cobertura también (de otro modo, las tarifas serían quizá demasiado altas, lo que a su vez afectaría a la comercialización del producto). Una alternativa al establecimiento de una edad máxima de cobertura es declinar la tabla de beneficios a los participantes con más edad.

Al establecer las tasas de primas, deben tenerse en cuenta diversos componentes. Cada componente debe ser cuidadosamente calculado sobre datos de experiencia y/o de otra fuente de información disponible. Según ya se ha mencionado, en la medida en que haya información específica disponible, el actuario deberá hacer asunciones razonables basadas en la experiencia, los estudios de la industria y las observaciones de programas similares.

Es muy importante señalar que en el diseño del producto de microseguro, los métodos de comunicación, las prácticas de administración y otros factores impactarán la experiencia observada. En poblaciones donde la concienciación sobre el seguro es baja, llevará mucho más tiempo que las tasas de reclamaciones se estabilicen y alcancen niveles predecibles. Por ejemplo, aun cuando estaba sirviendo una población similarmente asegurada, la experiencia de reclamaciones de Yeshasvini aumentó de 65 rs. ($1,43) por asegurado el primer año a 86 rs. ($1,89) en su segundo año de operaciones. La razón más probable para el costo más alto de reclamaciones en el segundo año es que existía una mayor concienciación de los beneficios asegurados y de los procedimientos de reclamaciones.

2.1 Productos de vida y ahorro

Los principales componentes de los productos de vida y ahorro son los siguientes:

a) Tasa de mortalidad

Generalmente, el actuario escoge una tabla de mortalidad apropiada preparada por una compañía colaboradora dentro de la industria de seguro y la adapta al grupo de microseguro. En ausencia de tablas de la industria, las

tablas de población preparadas por el World Health Organization (HHO) u otros pueden ser también utilizadas o adaptadas al grupo particular de participantes del microseguro, aunque este no es el enfoque más recomendable.

La selección y adaptación de la tabla de mortalidad es un paso crítico en el proceso de tarifación para el seguro de vida. Idealmente, la tabla final debe ser contrastada con la base de datos de los participantes, calculando el número de reclamaciones que se espera y el número de muertes ocurridas durante un periodo de estudio retrospectivo seleccionado, y entonces comparar estos resultados con la experiencia actual para el mismo periodo. Esta comparación debe realizarse, si es posible, para cada subgrupo de riesgo, tales como aquellos definidos por una combinación de vida, género y localización geográfica. Esta prueba determinará la corrección del modelo de mortalidad y solamente será posible si el esquema ha acumulado información fidedigna, según se describe en la sección anterior. La prueba de comparar las reclamaciones reales con las esperadas puede realizarse periódicamente hasta que la selección de la tabla de mortalidad y los ajustes requeridos se completen. El resultado final es el modelo de tarifación por mortalidad de grupo.

Siempre que sea posible, el agente debe utilizar un perfil demográfico del grupo asegurado potencial al calcular la tasa de mortalidad agregada esperada, en vez de simplificar el cálculo al utilizar el promedio de edad esperado. Este último enfoque no es muy fiable *(véase el Capítulo 3.6).*

El nivel de participación es una consideración muy importante al preparar el modelo de mortalidad. **Se recomienda la participación obligatoria de todos los miembros elegibles del grupo-meta**. Si la participación es opcional, entonces la selección adversa aumentará significativamente la tasa de mortalidad esperada.

Otro factor importante es **la tendencia esperada en mortalidad.** En ese sentido, el agente debe tener en cuenta la influencia de nuevos participantes durante los próximos meses o años. Por ejemplo, si la tasa de crecimiento proyectada de un esquema es «alta», y si los nuevos participantes son un segmento-meta de la población, tal como mujeres empresarias jóvenes, entonces la tasa de mortalidad agregada probablemente disminuirá o permanecerá estable durante un tiempo. De otro modo, tasas bajas de crecimiento probablemente resultarán en una tasa de mortalidad agregada que aumenta según envejece el grupo.

Por ejemplo, con el esquema voluntario de VimoSEWA, la tasa de mortalidad cambió drásticamente en unos pocos años, ya que una proporción mayor de mujeres jóvenes entraron en el programa y hubo una participación más amplia que en años anteriores *(véase la Tabla 26).*

Tabla 26 **Evolución de la tasa de mortalidad en VimoSEWA**

Año	*Número de asegurados*	*Tasa (a base de miles)*
1998	25.000	19,3
1999	31.000	14,2
2000	30.000	12,1
2001	29.000	11,6
202	93.000	4,3
2003	110.000	3,7
2004	104.000	4,7
2005	117.000	3,2

Fuente: Garand, 2005

El SIDA es un factor principal que introduce cambios a largo plazo y tendencias en las tablas de mortalidad. En regiones con epidemias significativas, las tasas de mortalidad pueden duplicarse o hasta triplicarse, particularmente en las bandas de ingreso y edad típicamente atendidas por las instituciones de microfinanza y las ONG de desarrollo comunitario.

Al completar el modelo de mortalidad, el actuario calculará el **componente de reclamaciones esperadas de la prima**, teniendo en cuenta las características del producto y los beneficios pagaderos contingentes a la muerte.

Otros productos como el seguro de incapacidad o salud también requerirán tablas de tarifación, aunque basadas en contingencias en vez de en tasas de mortalidad. Se les podrían aplicar la mayor parte de las consideraciones anteriores.

b) Tasa de bajas o de salidas (drop-out)

Los colapsos, o cancelaciones de pólizas por falta de pago, son otro factor significativo en la determinación del precio. Un colapso significa que el pago de prima se extendió más allá del periodo de gracia (que normalmente es de 30 a 60 días), mientras que una cancelación es la notificación de terminación o no renovación más allá del periodo de reinstalación permitido.

Es importante para el actuario poder preparar unas tablas de tasas de bajas o de salidas (*drop-out*) por edad, género y fecha de inscripción, para entender qué proporción de los colapsos reinstalará la cobertura durante el periodo de reinstalación permitido. Esta información puede derivarse de la base de datos del historial de prima que describimos anteriormente.

La ganancia del programa de microseguro puede aumentar o disminuir dependiendo del producto, de las tasas de bajas o de salidas y del patrón. Para todos los productos, una tasa alta de salida aumentará los gastos. Sin embargo, si el producto tiene un componente de liquidez o ahorro del cual

puede retenerse una porción mediante la entrega temprana de la póliza, entonces una tarifa de entrega más alta podría, de hecho, aumentar la ganancia. El agente debe elegir si utilizar algo de esta liquidez retenida proyectada, para financiar otros beneficios y, por ende, reducir las tarifas en general.

c) Cargo de riesgo

Los actuarios utilizan matemática de riesgo para computar la tarifa de riesgo apropiada, lo que se hace como una **previsión para desviaciones adversas** (PAD) de las reclamaciones esperadas sobre un plazo corto o mediano. Las reclamaciones esperadas, computadas a partir de la experiencia y de las tablas de mortalidad, probablemente nunca serán exactas[4] y el cargo de riesgo es una previsión para aumentar la probabilidad de que las reclamaciones reales no excedan la prima neta sobre un periodo predeterminado de tiempo.[5]

Generalmente, la experiencia con grupos más grandes de participantes homogéneos (en términos de edad, género, salud, ocupación, etc.) y con cobertura idéntica probablemente se desvía menos significativamente de las reclamaciones esperadas (por ejemplo, una variación menor) que de los grupos pequeños, grupos con participantes diversos o grupos con varias opciones de cobertura.

d) Cargo de no probabilidad

El agente puede incluir una cantidad para compensar por lo que no es probable. En general, mientras más asunciones deban hacerse, y más escasa sea la información, mayor es la incertidumbre.

e) La ganancia o contribución al excedente y liquidez del microseguro

Para expandir el esquema, se necesita cierta ganancia. La ganancia deseada puede ser expresada bien como un cargo o como un componente separado de la tarifa neta.

f) Gastos

Los gastos esperados de *marketing*, suscripción, pago de reclamaciones, pago de primas y administración deben ser cargados a la tarifa neta final. Para poder hacer esto correctamente, se debe hacer un análisis exhaustivo para

[4] Técnicamente, las reclamaciones esperadas pueden sacarse de la media de la distribución real /reclamaciones agregadas.

[5] La carga de riesgo se computa sobre una probabilidad deseada de contar con suficiente prima neta para cubrir todas las reclamaciones por un periodo definido, habitualmente entre 1 y 5 años. Un cargo que asegura una prima neta adecuada con una probabilidad de 95% es mayor que un cargo que asegura la misma con una probabilidad de tan solo el 90%, por ejemplo.

determinar cómo se incurre en los gastos del esquema entero, proyectándose luego estos y adjudicándose a los diferentes productos sobre una base incurrida. La distribución arbitraria de gastos resultará en un subsidio cruzado de productos (aunque esto puede ser deseable en algunos casos).

Recientemente se analizó el programa de seguro de salud de Grameen Kalyan para comparar la prima del centro de salud con el costo de operación del centro. El análisis demostró que algunos centros estaban produciendo un excedente después de tener en cuenta sólo sus costos locales, pero antes de considerar como factor la asignación de costos a la oficina principal y la depreciación del equipo. Revisiones futuras de las tarifas de producto deben incluir los costos de operar el programa completo.

g) Ganancias esperadas de las inversiones

Las ganancias esperadas de las inversiones son utilizadas en combinación con las tablas de mortalidad esperadas para preparar las tarifas netas para el seguro de vida antes de cargarle los gastos.[6] Más aún, las ganancias esperadas de inversiones, en combinación con las tasas de mortalidad esperada, son utilizadas para calcular el valor actuarial presente de las reclamaciones esperadas, lo que es entonces utilizado para derivar las tarifas. Por ejemplo, Yeshasvini invirtió la prima anual inicial y derivó interés de 2 rs. ($0,04) por persona asegurada, lo que le ayudó a cubrir algunos de sus gastos administrativos. El actuario, por tanto, necesita considerar cómo se invertirá el exceso de prima antes de ser utilizado para financiar los gastos del esquema y las reclamaciones incurridas. Por otro lado, el momento y la frecuencia del pago de prima (véase abajo) afecta a las ganancias por inversión, al igual que la calidad, la liquidez y las tasas de rendimiento de la inversión seleccionada.

Según se discute en el Capítulo 3.6, el riesgo principal en la tarifación de productos de seguro a largo plazo es la exactitud de las ganancias asumidas por inversión. Las garantías fijas a largo plazo son especialmente peligrosas si el activo utilizado para invertir la prima (como un bono de 20 a 30 años) no se identifica y se adquiere en el momento en que se da la garantía. Las tasas de interés pueden bajar relativamente rápido, por lo que podría resultar imposible invertir en activos que rindan lo suficiente como para financiar las garantías de tarifas. Una diferencia de sólo unos pocos puntos base bien podría llevar a la quiebra eventual debido al efecto del interés compuesto. Una solución es vincular las garantías de tarifa a los instrumentos de inver-

[6] Una máxima total anual también puede limitar el número de reclamaciones de los individuos o familias de alto riesgo dentro de un periodo definido.

sión, tales como los bonos emitidos por el gobierno o los depósitos a un promedio de 5 años ofrecidos por los bancos comerciales.

h) Diseño de producto

Las características de diseño de producto afectan a todos los componentes del precio. Por ejemplo, un producto común es el seguro de vida nivelada (o constante). Si la cobertura está vinculada a préstamos de una IMF, los riesgos cubiertos son predominantemente vida para mujeres (siempre que las mujeres sean la clientela-meta de la IMF). Al proporcionar cobertura adicional para los cónyuges e hijos de las clientas, el consorcio de riesgo se altera significativamente, porque los hombres son a menudo mayores que sus esposas y porque generalmente el hombre tiene una tasa de mortalidad más alta que la mujer. Características de productos tales como **periodos de espera y exclusiones por enfermedades existentes** son también consideraciones importantes para la tarifación *(véase el Capítulo 3.1).*

i) Momento y frecuencia de los pagos de prima

Los pagos de prima tienen que ser factorizados en la tarifa. Por ejemplo, si la prima anual pagadera al principio del año de cobertura es P, la prima mensual equivalente es mayor que P/12 por tres razones: 1) los costos adicionales de cobro (doce transacciones en vez de una sola); 2) ganancias por intereses dejados de percibir, y 3) el hecho de que los que mueran no completarán sus pagos de prima mensuales.

j) El tamaño del grupo de microseguro

El tamaño del grupo afecta a los niveles de gastos debido a las economías en escala, e influye notablemente en el cargo de riesgo antes discutido.

k) Tarifas de participación

Afectan a las tablas de mortalidad, las tablas de morbilidad y los gastos. Una comunidad con 100% de participación tendrá gastos de reclamaciones más bajos per cápita que una comunidad con sólo un 10% de participación. En el último caso, la selección adversa entra en juego, porque las familias que piensan que van a recibir un beneficio son más dadas a inscribirse en el programa de seguro.

l) Crecimiento del esquema de seguro

Se trata, junto con un flujo de participantes nuevos, de un factor crítico en las tendencias de mortalidad. La suma de poblaciones aseguradas, mayores o menores, puede cambiar la tasa esperada de mortalidad agregada del grupo.

m) Estabilidad del grupo
Un grupo con tasas de renovación bajas es más propenso a experimentar mortalidad y morbilidad como elementos de selección adversa.

n) La ocupación, las actividades y modos de ganarse la vida de los participantes
Afectan en gran medida a las tasas de salud, la mortalidad y la morbilidad, y por ende a las reclamaciones esperadas.

o) Tasas de inflación
Afectan a los gastos y quizás a los beneficios, dependiendo del diseño del producto. Las tasas de inflación generalmente tendrán también efecto en las ganancias por inversión.

p) Reaseguro
Se puede utilizar para manejar algunos riesgos de tarifación. En teoría, el reaseguro puede resultar en tarifas netas más bajas debido a los requisitos reducidos de cargo de riesgo, pero esto depende del diseño del programa de reaseguro y del reasegurador. Sin embargo, en muchos casos el programa de reaseguro añade un costo adicional.

2.2 Tarifando el seguro de salud

Gran parte de las consideraciones de la sección anterior pueden aplicarse también a la tarifación del seguro de salud. Sin embargo, hay ciertas consideraciones adicionales que hacen de la tarifación del seguro de salud un reto más difícil.

Los costos de reclamaciones esperadas se computan utilizando una combinación de tasas de morbilidad, incidencia de reclamaciones para cada categoría de beneficios y distribución de la cantidad de reclamaciones por categoría de beneficios —las reclamaciones deben estar separadas en la base de datos, porque ello permitirá la tarifación separada de cada categoría de beneficios—. Idealmente, los costos de reclamación deberían ser segregados por edad, género y localización geográfica. Para este fin, no hay nada comparable a una base de datos extensa y consistente para estimar la distribución de reclamaciones.

Las tasas de incidencia dependen de las tasas y tendencias de utilización, y estas pueden cambiar significativamente en un corto plazo de tiempo. La utilización depende de las características prevalecientes del asegurado, incluyendo su salud general, su acceso a los servicios, la dignidad con que los servicios se ofrecen, y muchas más. Por ejemplo, Vimo SEWA introdujo un

beneficio para niños en su plan de hospitalización en 2002. En el análisis de la experiencia, se observó que había un aumento en el número de familias que participaban en la cobertura de salud para los niños, y un aumento en la utilización disminuyó las tasas de utilización promedio.

Tabla 27 **Experiencia de reclamaciones sobre beneficios para niños de VimoSEWA**

Año	*Costo de reclamaciones actuales por asegurado*
2002	Rs. 97
2003	Rs. 85
2004	Rs. 70

Fuente: Garand, 2005

Las tarifas de inflación de beneficios son una consideración importante para el seguro de salud, ya que son muy difíciles de predecir y realmente mucho más altas que el Índice de Precio al Consumidor (Consumer Price Index, CPI por sus siglas en inglés). Para disminuir la incertidumbre en la tarifación, el producto debe ser diseñado con una máxima de beneficio para cada categoría, al igual que con una máxima anual total[56]. En la alternativa, uno podría seguir el enfoque utilizado por UMSGF y Yeshasvini y negociar tarifas fijas por servicios tales como cirugías con los proveedores de cuidados de salud.

Los copagos tienen un enorme efecto en las tarifas porque resultan en una disminución de la incidencia y en unos periodos de hospitalización más cortos. La base de datos de reclamaciones pueden utilizarse para determinar los efectos de los deducibles y lo copagos sobre la tarifa. En muchos casos, los pobres son renuentes a utilizar los servicios de salud ya que pierden varios días de ingresos e incurren en gastos mayores que su aportación, lo que efectivamente crea un «copago escondido» o deducible.

La localización geográfica del asegurado tiene un efecto significativo en el acceso al servicio, lo que afecta el precio.

3 Técnicas para hacer modelos

Los modelos actuariales son un enfoque excelente para planificar el negocio y la tarifación, ya que captan las numerosas y complejas interacciones desde muchos parámetros distintos. Los modelos no son un sustituto para la información fidedigna, pero permiten al actuario construir sobre la información disponible. Los modelos comprensivos pueden revelar asuntos que de otro modo serían difíciles de imaginar, permitir al usuario hacer pruebas de escenarios probables y utilizarse para dar seguimiento continuado y detectar las

tendencias de desarrollo. El modelo también permite tarifar múltiples productos al mismo tiempo.

Por ejemplo, el actuario tarifador puede preguntar: «¿cuál sería el efecto compuesto sobre la tarifa y sobre la solvencia a largo plazo del microseguro en los siguientes cinco a diez años, si el periodo de espera para el producto A se redujera de un año a seis meses, y si la edad máxima para entrar en el programa de microseguro se bajara de 64 a 60, pero la edad de salida se aumentara de 65 a 19, y se le añadiera un beneficio por muerte de $50 por los niños del miembro entre las edades de 90 días a 21 años?», etc. Este tipo de pregunta compleja puede surgir durante las etapas de planificación del negocio de un programa de microseguro o puede surgir a través de la administración en cualquier momento. Un buen modelo puede siempre utilizarse para probar estos tipos de escenarios.

El modelo debería utilizar una base de datos actualizada para evaluar los parámetros principales. Por ejemplo, los perfiles demográficos, las tasas de incidencia y las tasas de colapsos deberían actualizarse antes de diseñar el modelo. Los gastos de la organización basados en experiencias pasadas y en los planes de negocio del microasegurador deberían incluirse en el modelo. El resultado de un modelo de calidad incluye estados de ganancias prospectivos, hojas de balance y estados de flujo de dinero en efectivo. Estos resultados, por su naturaleza, son significativos y uno debe ser cuidadoso a la hora de interpretarlos. Generalmente, el usuario ajusta la prima y las características del producto hasta que los estados proyectados son razonables.

4 Conclusión

Los mensajes principales de este capítulo son los siguientes:

- La tarifación de los productos de microseguro es muy técnica y requiere la ayuda de un actuario o agente especializado.
- El actuario tiene que considerar el paquete entero —el mercado-meta, el diseño del producto, el *marketing* y la comunicación, la administración y el servicio de reclamaciones— para poder establecer una prima adecuada. Hay que dar seguimiento a estos parámetros periódicamente para anticipar cambios en la tarifa.
- Una tarifa adecuada comienza con una base de datos de calidad. La base de datos debe ser diseñada por un profesional de informática con la colaboración de un actuario, para asegurar que la información es relevante para propósitos de tarifación.
- La información, al igual que cualquier otro recurso, debe ser manejada cuidadosamente.

– El seguro de salud resulta más difícil de tarifar que el seguro de vida. Las tarifas deberán ser revisadas en periodos de 6-12 meses porque las tendencias de utilización y la inflación pueden cambiar rápidamente. Las técnicas para modelar el microseguro pueden utilizarse para tarifar mejor los productos, producir planes de negocio y detectar tendencias determinadas.

3.6 El riesgo y la administración financiera

Denis Garand y John Wipf[1]

Los autores aprecian las sugerencias técnicas y de edición ofrecidas por David Dror (Social Re) y Carlos Martínez Gantes (DKV Seguros).

La administración financiera efectiva es uno de los requisitos más importantes para el éxito a largo plazo del negocio de seguros. Es una tarea especialmente compleja porque el grueso de los activos del asegurador se utiliza para respaldar beneficios futuros que son pagaderos en la contingencia de que ocurra uno de los eventos asegurados.

Muchos microaseguradores —particularmente aquellos relacionados con el desarrollo comunitario— se quedan cortos a la hora de alcanzar un nivel adecuado de destrezas de administración de finanzas y riesgo. Muchos de estos, sin embargo, ofrecen solamente productos a corto plazo, de bajo riesgo, aunque algunos llevan productos a largo plazo y de algo riesgo *(véase el Capítulo 2.2).*

El propósito de este capítulo es ofrecer una visión general sobre los asuntos principales de la administración financiera que el asegurador debe dominar, al igual que ofrecer sugerencias prácticas e importantes sobre la administración financiera específica del microseguro. Concretamente, este capítulo discute: 1) el riesgo de seguro, 2) los requisitos de capital, 3) la reserva, 4) el reaseguro, 5) la administración de inversiones y 6) la distribución de ganancias.

1 Riesgos inherentes a los productos de seguro

El seguro es el negocio de gestionar el riesgo y, por lo tanto, requiere un entendimiento comprensivo de la naturaleza y del grado de los distintos riesgos presentes en los productos que se ofrecen. Muchos de estos riesgos son también inherentes a los productos de microseguro. Para que el microseguro sea sostenible, tienen que comprenderse y controlarse cuatro categorías principales de riesgo. La cuantificación de estos riesgos es la base para determinar las reservas actuariales y las sumas de capital requerido para la sostenibilidad a largo plazo de un programa de microseguro *(véase el Cuadro 49).* Las cua-

[1] Las referencias a Kasagna Ka (Filipinas) se derivan de las experiencias del autor).

tro categorías principales son: 1) tarifas inadecuadas, 2) depreciación de bienes y *default,* 3) tarifas de interés e inversiones incongruentes y 4) contingencias generales de administración.

Cuadro 49

Definición de reservas actuariales y capital

En este capítulo, las reservas actuariales se asumen para reflejar el valor presente actuarial de las pérdidas esperadas[2] menos el valor presente actuarial de las primas esperadas, incluyendo los márgenes apropiados según se determinan por un actuario de tarifas. Estas reservas son asumidas para ser reflejadas como una pérdida en la hoja de balance. Por otro lado, para simplificar la discusión, el término «capital» incluye aquí las ganancias retenidas, excedentes, fluctuación en las reclamaciones y reservas contingentes, fondos de garantía depositados por los reguladores, etc. **Incluye todos los bienes sobre y por encima de aquellos que financian las reservas actuariales.** Se asume que el capital está accesible en caso de deficiencia en las reservas actuariales.

1.1 Riesgo de tarifación

La importancia de la tarifación se refleja en el Capítulo 3.5. Según allí se señala, la tarifación requiere una proyección correcta de las reclamaciones esperadas, preferiblemente basada en datos específicos de experiencia.

Muchos programas de microseguro gestionan información inadecuada y, por lo tanto, tienen dificultad para obtener una proyección correcta de reclamaciones, lo que pudiera llevar a una tarifación incorrecta de sus productos. En otras palabras, la falta de datos de experiencia expone a estos programas a un riesgo de tarifación. Según se discute en el Capítulo 3.5, un buen MIS junto con una base de datos bien manejada permite al actuario que tarifa derivar el costo de reclamaciones esperadas y otros componentes de tarifación. El capítulo también describe los elementos específicos de información que deben ser incluidos en la base de datos.

Es importante entender que los costos reales de mortalidad y morbilidad varían por edad, género, región, estatus socioeconómico y otros parámetros. En ausencia de datos fiables y en lugares donde el perfil demográfico del mercado-meta no está comprendido, los microaseguradores que cargan tarifas niveladas a todos los participantes en esquema de vida y salud se exponen a un riesgo de tarifación significativo, ya que esta práctica requiere la asunción inherente sobre los perfiles de riesgo de un mercado-meta. Para

[2] Dicho simplemente, es el valor de las cantidades esperadas pagaderas en varios momentos en el futuro debido a contingencias tales como muerte o madurez de la póliza, descontadas a la fecha presente por la aplicación de tasas de interés particulares.

reducir la exposición a unas asunciones erróneas del perfil de riesgo, sería necesario que las primas fuesen fijadas de acuerdo con la edad, sexo y otros parámetros.

Para fines de simplicidad y popularidad comercial, o debido a requisitos legales como los hay en África de Sur, la mayoría de los programas de microseguro tarifan sobre una base comunitaria, lo que significa que todos los riesgos sobre un esquema específico son cargados con la misma prima. Por lo tanto, el esquema de microseguro se expone a un mayor riesgo de tarifación, ya que tanto el perfil corriente como las tendencias futuras en los datos demográficos de la población-meta se convierten en factores principales en las reclamaciones esperadas. La tasa de participación es aún más importante, porque se convierte en un determinante vital del éxito, ya que afecta al perfil demográfico de los participantes (un subgrupo de la población-meta) y a la exposición al riesgo agregado.

Por lo general, una tasa de participación menor resultará en una mayor exposición al riesgo, ya que los individuos más viejos y de alto riesgo tienden a inscribirse primero y a tener mayor disposición para participar. Por otro lado, una tasa de participación más alta generalmente significa que una proporción mayor de individuos de bajo riesgo también está participando. La experiencia de VimoSEWA lo demostró: la tasa de mortalidad declinó del 19 por mil en 1998 al 5 por mil en 2004 *(véase la Tabla 26 del Capítulo 3.5).* Esta tendencia positiva es sobre todo resultado de una organización que se expandió de 30.000 a más de 100.000 vidas cubiertas, y esta participación más amplia conllevó un aumento de los miembros más jóvenes.

Uno de los riesgos de tarifación más comunes para los microaseguradores es derivar una tasa comunitaria para los productos de grupo, a partir de una edad promedio del grupo, en vez de basarla en un perfil demográfico actual edad-sexo del grupo. La tasa de mortalidad para la edad promedio de un grupo, por ejemplo, es un pobre sustituto de una tasa de mortalidad promedio medida, ya que la última toma en cuenta el perfil demográfico del grupo.

Por ejemplo, la edad promedio de los 8.500 miembros de Kasagna (KSK), un IMF que opera en Manila, es de 39,95, con un 98,67% de mujeres. La tasa de mortalidad para KSK, utilizando la edad promedio de 40 años, es 2,292 por mil por año, mientras que utilizando una tasa promedio de mortalidad apropiadamente calibrada basada en el perfil edad-genero de la IMF, resulta en 3,395 por mil. Ya que la tarifa de mortalidad esperada utilizando la edad promedio es sólo el 67,5% de la tasa de mortalidad promedio calibrada, si la edad promedio fuese utilizada como base para derivar la tasa a nivel de un producto de vida obligatorio, por ejemplo, el producto estaría significativamente bajo precio.

Aunque las tasas de mortalidad generalmente varían por región,[3] los parámetros geográficos son mucho más importantes para muchos de los riesgos cubiertos por aseguradores de no vida. En el seguro de salud, por ejemplo, no sólo las tasas de morbilidad varían por región, sino que, más significativamente, el acceso al tratamiento, el tipo de tratamiento y sus costos pueden variar mucho entre hospitales[4]. Los costos de reclamación regionales varían en otros productos también, como aquellos que ofrecen protección contra desastres naturales.

Incluso si toda la información correcta estuviese disponible para proyectar las reclamaciones, los patrones de reclamaciones reales generalmente cambian el patrón esperado asumido por el actuario que tarifa. Ya que un aumento en reclamaciones esperadas podría afectar seriamente al programa de seguros, una suma cierta de capital es necesaria en caso de que el riesgo soslayado sea subestimado. Mientras que este riesgo de tarifación está generalmente presente en todos los programas de seguro, es mucho mayor en el microseguro, ya que los riesgos no son enteramente comprendidos por los actuarios.

Otro riesgo de tarifación importante para los productos de vida a largo plazo y ahorros es la tasa de interés asumida. Las reclamaciones proyectadas, otros beneficios y gastos son descontados de su valor actual usando la asunción de tasas de interés prospectivas —cuanto más bajas las tasas de interés asumidas, más alto el valor presente de los costos futuros reflejados en las primas, y viceversa—. El actuario tarifador puede a veces asumir una tasa de interés demasiado optimista para bajar el valor presente de reclamaciones y la tarifa neta resultante. Esta estrategia, sin embargo, podría afectar al programa más adelante, cuando las tasas de interés asumido no se alcancen. Por otro lado, el actuario podría ser demasiado conservador y asumir una tasa de interés demasiado baja, lo que haría el precio no competitivo. De una u otra forma, la asunción de la tasa de interés conlleva un riesgo de tarifación significativo para productos a largo plazo. Este y otros riesgos de tarifación necesitan ser respaldados por capital adicional.

1.2 Riesgo de depreciación de activos y de default

El ingreso de inversiones de los activos de una compañía aseguradora es una fuente importante de su ingreso total. Por lo tanto, un error en la gestión de

[3] Este hecho es generalmente aceptado por la mayoría de los actuarios, debido a numerosos factores tales como la dieta, las condiciones de vida, el estilo de vida, prácticas culturales, maneras de ganarse la vida, acceso al tratamiento medico, etc.

[4] En algunos países como en la India los costos esperados de reclamación son más altos en las áreas urbanas que en muchas áreas rurales, en parte debido a un aumento en la incidencia resultante de un mejor acceso.

inversiones puede ser una causa principal del fracaso de una compañía de seguros. Un error común es la exposición excesiva a bienes que no generan el interés esperado ni los pagos por dividendos. Esto se conoce como «riesgo de activos por *default*».

En los mercados de capital, la calidad del activo es generalmente clasificada en oposición a su rendimiento prometido; los activos que prometen una tasa más alta de rendimiento también conllevan un riesgo mayor de *default.* El interés alto a menudo se asocia con una clasificación de riesgo también más alto del instrumento de inversión. Por lo tanto, los inversionistas prudentes prefieren inversiones más seguras. Sin embargo, una sobreinversión en inversiones perfectamente seguras podría conducir a la erosión del valor real de la cartera a través del tiempo, ya que los rendimientos no son mucho más altos que (o muchos más bajos que) las tasas de inflación. Por otro lado, la sobreexposición a los instrumentos de alto riesgo podría conllevar una merma severa en el valor de la cartera, por causa del *default* del activo. El reto de una buena administración de inversiones es alcanzar un equilibrio entre estos dos extremos a través de una política de inversiones diversificadas. El objetivo es maximizar las ganancias de inversión mientras se mantiene un nivel adecuado de seguridad y el grado requerido de liquidez, de modo que los activos puedan estar disponibles cuando se requieren.

La mayoría de los esquemas de microseguro no acumulan bienes significativos porque proporcionan solamente productos a corto plazo, tales como seguros de vida, de crédito o de salud. Sin embargo, para aquellos que ofrecen productos a largo plazo, tales como seguros de vida dotal y pensiones, es necesario reforzar los activos sustanciales, ya que los beneficios se pagan en futuros distantes. La acumulación de excedentes a través de los años de un programa exitoso puede ser otra fuente significativa de bienes.

Sea cual sea la fuente, los activos deben ser invertidos y controlados diligentemente. Hay que implantar controles adecuados para asegurarse de que ni los administradores ni la junta de directores desvían esos fondos para su uso personal. Las instituciones financieras generalmente introducen las siguientes medidas en su política de inversión:

- inversiones permitidas
- clases de activos permitidos para diversificación
- máxima inversión permitida con cualquier entidad financiera o en un activo particular
- discreción permitida a las personas responsables de las inversiones
- procedimiento para modificar la póliza
- requisitos de reporte

Aun cuando se implante una buena política de inversión, sin embargo, la elección de la inversión es muy limitada en muchos países en desarrollo, lo cual puede también crear problemas.

En los estudios de casos hay muy poca información acerca de cómo se manejan los activos. Pocos microaseguradores han acumulado activos sustanciales, aunque las excepciones incluyen a VimoSEWA (India), CARD MBA (Filipinas), Delta Life y Grameen Kalyan, ambas en Bangladesh. Las dos primeras han invertido la mayoría de sus activos en organizaciones relacionadas, lo cual podría causar problemas por razón del riesgo o covariante.

Un microasegurador en la India recibió fondos para inversión a fin de generar un ingreso por intereses para cubrir sus gastos de operación. Todos estos fondos fueron invertidos en el mercado de valores. Por el momento la estrategia funciona, porque los mercados han subido sustancialmente en los últimos tiempos. Sin embargo, esta política de inversión es extremadamente arriesgada por falta de diversificación por clase de activos, y podría terminar siendo un problema para la organización. Los mercados de valores pueden ser extremadamente volátiles y se requiere algo de buena fortuna para salirse justo antes de que declinen significativamente.

En el otro extremo, un ejemplo de una política de inversión sumamente cautelosa es la que emplea ALMAO en Sri Lanka. Su estrategia de inversión requiere que el 30% de todos los bienes sea invertido en bonos del Tesoro y el balance en un depósito fijo. Las ganancias de esta cartera están por debajo de las tasas de inflación de Sri Lanka. A lo largo del tiempo, esto minará el valor real de las inversiones.

En resumen, diversificar los activos apropiadamente a través de diferentes vehículos de inversión y duración es una de las prácticas más importantes en la administración del riesgo de *default* de activos.

1.3 Riesgo de incongruencia entre las tasas de interés e inversión

El riesgo de incongruencia en la inversión puede ser ilustrado por un ejemplo. Si un asegurador ofrece un producto de ahorro que garantiza que los depósitos se duplicarán en 5 años, esta garantía solamente puede ser cumplida si el asegurador consistentemente gana un 14,8% de rendimiento en su inversión. Cualquier producto de seguro que tiene una garantía de tasa de interés implicado, debería requerir que el asegurador vinculara su flujo de activos con su flujo de pérdidas a la tasa correcta de ganancias de inversión. No hacerlo expone a la institución a pérdidas futuras si la tasa de interés cambia. Esto es lo que se conoce como «riesgo de incongruencia en la inversión» (*Investment Mismatch Risk*).

Utilizando el ejemplo anterior, una inversión que genere por encima de 14,8% en 5 años es la que se necesita para cumplir con las obligaciones, cubrir los gastos y generar un excedente. Cuánto más alto ha de ser depende de la eficiencia y de los objetivos del asegurador. La siguiente sección, dedicada a la administración de la inversión, analiza esto con más detalle.

1.4 Contingencias generales y riesgos de administración

Las operaciones de seguro siempre deben ser administradas activa y profesionalmente. Una administración pobre puede llevar a la disolución eventual o a la quiebra. Una falta de capacidad y comprensión sobre cómo manejar el programa es un riesgo sustancial para el microasegurador. El riesgo se complica todavía más cuando la junta de directores está inadecuadamente preparada para supervisar la administración *(véase el Capítulo 3.8).*

Una administración y gerencia inadecuadas son tal vez el mayor riesgo para muchos programas de microseguro *(véase el Cuadro 50).* Según se describe en el capítulo 3.10, el punto de referencia puede ayudar a superar parte de este riesgo, ya que no puede ser completamente eliminado. Por esta razón, deben hacerse los mayores esfuerzos para aumentar el conocimiento especializado de los directores y gerentes.

Teniendo en mente los riesgos antes mencionados, el microasegurador tiene que gestionar sus recursos financieros de forma que pueda cumplir sus obligaciones a tiempo. Una función esencial es mantener informes contables apropiados y preparar estados financieros, incluyendo hojas de balances y estados de situación.

Cuadro 50 **Ilustraciones de manejo de riesgos**

A lo largo de los años, la International Cooperative and Mutual Insurance Federation (ICMIF) ha tenido varios miembros que han experimentado dificultades e incluso han fracasado. Un repaso de sus experiencias a menudo revela problemas de administración y gobierno corporativo, tales como los siguientes.

La **Compañía 1** comenzó como una agencia para atender las necesidades de seguro de varias organizaciones afines[5] y negocios —agrícolas, comerciales y de finanzas— en una economía en desarrollo con un modelo centralizado y un asegurador del Estado. Cuando el mercado se abrió, la agencia se convirtió en un asegurador bajo el control y la propiedad de las organizaciones afines. La compañía duró apenas cinco años.

[5] El término «organización» o «grupo afín» se refiere a una asociación organizada según los principios cooperativistas o democráticos, tales como las asociaciones agrícolas, las uniones de ahorro y crédito, las cooperativas de vivienda, las uniones mercantiles, etc.

La **Compañía 2** fue organizada como la primera sociedad mutualista después de un lapso de 50 años en un país en transición, en el que la industria de seguros, hasta la Segunda Guerra Mundial, había seguido una tradición mutualista. Un auspiciador principal es una organización agrícola. Un desafío persistente ha sido la competencia de otras compañías por vender productos a precios más bajos, particularmente a los agricultores. La compañía aún está luchando por sobrevivir —con un déficit perpetuo de capital.

Establecida a mediados de los setenta, la **Compañía 3** dotó de protección a los trabajadores de medianos y bajos ingresos. El seguro de vida grupal se mostró una promesa temprana, pero la compañía incursionó también en el seguro de vida individual, que es un producto significativamente distinto. La compañía erró al pensar que necesitaba una red amplia de sucursales a través del país para distribuir el producto. Murió lentamente en los noventa.

La **Compañía 4** pertenece a un número grande de cooperativas de ahorro y crédito y a su federación nacional. Juntos han controlado —y gestionado— este asegurador durante varios años. Los gerentes van y vienen a través de una puerta giratoria controlada por la junta de directores, cuyas incursiones ambiciosas en líneas de negocio desconocidas no han tardado en producir pérdidas cuantiosas.

Fuente: Adaptado de ICMIF, 2005.

2 Requisitos de capital

Los programas de microseguro deberían procurar acumular capital para poder lidiar con los riesgos discutidos anteriormente. Ya que los microaseguradores generalmente comienzan con capital insuficiente, el actuario que tarifa debería inicialmente aumentar el riesgo y los cargos por incertidumbre, según se describe en el Capítulo 3.5. Estos cargos pueden ser utilizados para acumular excedente y reservas de contingencia a lo largo del tiempo. Los márgenes de tasas de interés también deben utilizarse para reducir las tasas de rendimiento asumidas o esperadas para tarifar los productos de largo plazo —los márgenes pueden ser utilizados para, por lo menos, financiar parcialmente los riesgos de incongruencia y de falta de pago *(default)*—. La prima también debe incluir un cargo pequeño para el reaseguro catastrófico, según se describe abajo.

Los actuarios pueden utilizar la teoría de la Ruina Matemática para describir el capital necesario para la solvencia a largo plazo. En la práctica, las técnicas para hacer modelos son superiores y pueden adaptarse fácilmente para hacer pruebas con los requisitos de capital a largo plazo de programas específicos de microseguro.

También cabe la posibilidad de que se tenga demasiado capital. Aunque uno siempre puede crear escenarios que consuman todo el capital acumulado, surge la cuestión de si el escenario es plausible o no. A los aseguradores comerciales en Canadá se les pide demostrar anualmente que su capital es adecuado bajo todos los escenarios que el asegurador enfrenta, hasta que hay, por lo menos, un porcentaje de probabilidad de que el escenario se materialice.[6] Los aseguradores de vida en Canadá utilizan escenarios a cinco años y los de no-vida, a dos años.

MUSCCO y CARD MBA han acumulado capital significativo debido a unos resultados de operación muy buenos hasta el presente. Para MUSCCO, cabe la posibilidad de enfrentar unas reclamaciones futuras más altas debido al SIDA y, como la organización ya no tiene reaseguro, la acumulación de capital está ciertamente justificada. CARD MBA, por otro lado, posiblemente ha acumulado demasiado capital a lo largo de los años. Los microaseguradores tales como CARD MBA tienen que considerar la posibilidad de reducir primas (o aumentar beneficios) y determinar una estrategia para repartir el capital en exceso equitativamente entre sus clientes y miembros.

3 Reservas

La definición técnica más general de una reserva es el valor presente actuarial de pérdidas futuras menos el valor presente actuarial de prima futura. En la práctica, hay muchas clases distintas de reservas en los libros de seguro, generadas por las características de sus distintos productos de seguro y por la naturaleza de sus operaciones.

Como otros aseguradores, la mayoría de los programas de microseguro mantienen reservas para cerciorarse de que pueden pagar sus obligaciones cuando se reciben las reclamaciones. Para poder tener una idea clara de las condiciones financieras de un programa, las reservas deben ser calculadas utilizando métodos actuarialmente aceptables. Las reservas también deben estar reflejadas en los estados financieros; los niveles de reserva son reflejados como una pérdida en las hojas de balance, mientras que los aumentos y las mermas en los niveles de reserva deben ser tratados como un gasto, en el estado de ingreso.

Los aseguradores a menudo utilizan un *proxy* y otros métodos simplificados para estimar las reservas actuariales verdaderas, aunque los reguladores

[6] lLa asignación de probabilidades al escenario implica un juicio profesional de parte del actuario principal del asegurador.

podrían prescribir la metodología y los límites de las asunciones que pueden utilizarse. Por ejemplo, el regulador podría especificar una tabla de mortalidad y una asunción de tasa de interés para ser utilizada en la valoración de los productos de vida entera en el reporte anual del asegurador.

Uno de los productos de microseguro más comunes es el de vida a crédito. En el caso de vida a crédito, la prima futura pagadera es usualmente cero, porque una prima sencilla es cobrada por el microasegurador en el momento en que se emite el préstamo. Si la prima es cobrada por adelantado, la práctica aceptada para el cálculo de la reserva es la siguiente:

Reservas actuariales =

Reserva Bruta de Prima No Devengada (GUPR, por sus siglas en inglés) + Reclamaciones Incurridas pero no Reportadas (IBNR) + Reclamaciones en Vías de Resolverse (CICS) + Provisión para la Desviación Adversa (PAD)

Una buena práctica para los microaseguradores es calcular la reserva bruta de prima no devengada sobre una base préstamo-a-préstamo, para cada periodo que se reporta. Esto se aplica al resto de componentes de la reserva también. La provisión para la desviación adversa es usualmente determinada a discreción del actuario. El método para calcular estos valores va más allá del ámbito de este capítulo.

Según se menciona anteriormente, para tener una idea clara de la condición financiera, las reservas deben ser calculadas con exactitud, y esto se logra a través de un buen sistema actuarial que acceda a una base de datos limpia y actualizada. Las herramientas informáticas para el cálculo de la reserva deberían ser programadas por un actuario. Si el producto tiene garantía de más de un año, las reservas deberían ser calculadas directamente por el actuario.

El cálculo de las reservas es solamente el primer paso. El microasegurador debe comprobar que las reservas son suficientemente sólidas en todo momento y que las inversiones que respaldan las reservas son gestionadas adecuadamente.

4 Reaseguro

El reaseguro es una herramienta de manejo de riesgo que debería ser utilizada por el microasegurador siempre que fuera posible. Se utiliza generalmente para estabilizar la condición financiera del asegurador. El Capítulo 5.4 atiende a este asunto con más detalle, pero es necesario discutirlo aquí someramente, ya que el reaseguro es un aspecto importante de la administración financiera.

En los mercados comerciales, el reaseguro se utiliza para cumplir con requisitos de capital del regulador o incluso como una fuente de capital para las compañías que tienen medios limitados. A veces, los aseguradores compran reaseguro con el propósito de recibir consejo profesional de los reaseguradores.

El reaseguro no es una varita mágica que uno puede mover para convertir una situación de pérdida en una situación viable. La condición *a priori* para que el reaseguro añada valor al negocio resulta si el asegurador tiene un producto viable o uno que pueda ser viable, si se toman las medidas apropiadas. Esto requiere el mantenimiento de registros apropiados sobre el asegurado, gestión de reclamaciones, reportes financieros y un plan de negocios adecuadamente articulados.

Hay varios tipos de riesgo que enfrenta un asegurador que pueden gestionarse a través del reaseguro. **El riesgo catastrófico** es un riesgo raro y asintomático, tal como lo es un temblor de tierra o un tsunami, que particularmente afecta a la seguridad de los activos y las carteras del seguro de vida. Una epidemia mayor, como la pandemia del virus aviar, que tanto se anticipa, puede también afectar a los aseguradores de vida. Una cartera que está demasiado concentrada geográficamente es más susceptible al impacto financiero de esta catástrofe.

No hay una definición única ni universal de la dimensión de los daños que constituyen una «catástrofe»; el término tiene diferentes significados para los extremos climatológicos, para su impacto en la salud o los incendios de bosque. En algunos casos, la catástrofe se mide en relación con el tamaño de la cartera, mientras que en otros puede expresarse con relación al ingreso anual de una familia. Un evento catastrófico único, generalmente podría afectar a la condición financiera de un asegurador debido al número poco usual de reclamaciones.

La cobertura catastrófica está disponible para la mayoría de los aseguradores comerciales —la prima es generalmente muy baja en relación con la cobertura, debido a la escasa probabilidad de una ocurrencia—. Los reaseguradores pueden asumir este riesgo porque distribuyen el riesgo por todo el mundo al reasegurar con otros reaseguradores. La naturaleza internacional del reaseguro permite que los riesgos se distribuyan a través de fronteras nacionales.

El riesgo de la severidad de reclamaciones se refiere a un riesgo desproporcionado dentro de un consorcio de riesgos homogéneamente más pequeños. Un programa de vida a crédito que cubra 20.000 préstamos de $500 y un préstamo de $10.000 es un ejemplo muy claro y sencillo. En este caso, el asegurador solamente deberá quedarse con una porción pequeña del riesgo mayor único, digamos $500, de los $10.000 y ceder los remanentes de $9.500

a un reasegurador, porque una reclamación del deudor particular podría impactar severamente o eliminar el excedente completo del programa. Una cobertura de reaseguro como esta se conoce como «reaseguro de exceso» o «reaseguro de pérdida de exceso individual».

Las reclamaciones agregadas son afectadas por el **riesgo de incidencia en reclamaciones**, que es una fluctuación entre la media de la distribución de reclamaciones, por ejemplo el número esperado de reclamaciones. En términos prácticos, el valor actual de reclamaciones es mayor que el valor esperado como factor de la tarifa. Un microasegurador puede administrar este tipo de riesgo a través de una distribución de cuota o reaseguro agregado para detener la pérdida (*aggregate stock loss insurance*).

En los planes de pensión o incapacidad, **la duración de la reclamación** o la probabilidad de que alguien cobre una pensión o beneficio de incapacidad durante más tiempo del esperado es un riesgo que afecta a los resultados económicos. La cobertura de exceso de pérdida individual, si estuviera disponible, debería utilizarse para manejar este riesgo.

El reaseguro también se utiliza para nivelar los **patrones irregulares de reclamación.** Una compañía de seguro, a lo largo de un determinado periodo de tiempo como un año, podría poder pagar todas sus reclamaciones. Sin embargo, estas reclamaciones no se distribuyen niveladamente durante el año y en cambio pueden producirse en patrones irregulares, como lo sería un bloque de reclamaciones o una reclamación particularmente grande en un mes particular. El reaseguro permite al reasegurado cumplir con sus obligaciones de reclamación y reducir la incertidumbre de reclamaciones irregulares. El reaseguro también permite a los aseguradores limitar sus fluctuaciones de año en año. Básicamente, el reasegurado toma a préstamo del reasegurador en años malos y le paga cuando la experiencia de pérdida es buena.

Para algunos microaseguradores hay poca necesidad de reaseguro por exceso o de distribución de cuota. Un ejemplo específico surge cuando el microasegurador cubre a un número elevado de clientes de «riesgo homogéneo» con un producto de vida simple, a término, que tiene una cobertura pequeña para todos. En ese caso, el número de reclamaciones permanecerá probablemente estable de un periodo a otro, ya que el número de miembros es grande —en otras palabras, la variante para la incidencia de reclamaciones es menor, gracias a la Ley de los Grandes Números (*Law of Large Numbers*) —. El número actual de reclamaciones debería acercarse al número de reclamaciones esperadas, si la tarifación se ha hecho correctamente. Ya que se presume que las sumas aseguradas son idénticas para todos los participantes, no hay un riesgo severo de reclamaciones (por ejemplo, una variante de cero en pago de beneficio cuando sí ocurre una reclamación).

Otros microaseguradores, sin embargo, necesitan reaseguro de excedente o de cuota compartida porque cubren un número relativamente «pequeño» de vidas (por lo que tienen una varianza mayor en incidencias que un consorcio de riesgos más grande) o porque tienen poco o ningún capital. El reaseguro también sería necesario si unos pocos individuos representan una porción significativa de la suma total asegurada. Algunos actuarios utilizan la regla de que la retención individual de riesgo no debería exceder el 0,5% del capital y el excedente del microasegurador. De modo que, por ejemplo, para un microasegurador con $100.000 de capital y $20.000 en excedente, la retención máxima debería ser de 0,5% de $120.000 o $600 —el riesgo remanente debería ser reasegurado—. Esta fórmula es demasiado simplista, porque no tiene en cuenta el número de riesgos cubiertos, pero provee una indicación inicial.

Es muy prudente que los microaseguradores compren reaseguro catastrófico, siempre que esté disponible y pueda pagarse. Sin embargo, uno de los obstáculos principales de la renuencia de los reaseguradores a proveer reaseguro a los esquemas de microseguro es porque no entienden el mercado del microseguro. Por otro lado, muchos microaseguradores no están autorizados legalmente y el reasegurador debe limitarse a hacer negocio sólo con los aseguradores autorizados.

El estudio de caso de AIG Uganda ilustra la relevancia limitada del reaseguro para algunos productos de microseguro. Para este asegurador comercial, la decisión de no reasegurar es lógica porque las sumas aseguradas son pequeñas y están repartidas a través de 1,6 millones de personas que viven en un área geográfica grande. Tal vez la cubierta catastrófica sería una estrategia adecuada de manejo de riesgos para este consorcio.

MUSCCO, en Malawi, sin embargo, no podía comprar seguro, aun si lo quisiera, porque no es un asegurador autorizado. Por otro lado, aunque no aparenta ser vulnerable a un riesgo inminente y súbito de tasas de mortalidad aumentadas, ha acumulado un fondo grande para cubrir aumentos en reclamaciones que podrían también cubrir las fluctuaciones en las reclamaciones. Como con AIG, sin embargo, el reaseguro catastrófico sería aconsejable si estuviera disponible.

5 Administración de inversiones

Según se menciona anteriormente, el objetivo de un buen programa de inversiones es optimizar el valor de las ganancias por inversión mientras se mantiene la liquidez apropiada y la seguridad de los activos suficiente para **cumplir las obligaciones, según surgen.** Esto se logra al diversificar el tipo de activo, con un tope sobre cualquiera de las inversiones. Muchas organizacio-

nes definen su visión de una política firme de inversión bosquejando sus objetivos, las responsabilidades de sus gerentes, los informes de seguimiento, y las categorías y tipos de activos permitidos.

Una tendencia y error común de muchos aseguradores en desarrollo es sobreinvertir en propiedades, muchas veces por cuestiones de prestigio o debido a la esperanza (especulativa) de que su valor aumentará y producirá una gran ganancia de capital. Como regla general, la propiedad no debería exceder el 10% de los activos invertidos, especialmente porque son poco líquidos.

Una función esencial de cualquier asegurador expuesto a pérdidas a un plazo más largo, como lo son el seguro dotal y las pensiones, es poder vincular el flujo de dinero en efectivo anticipado de los activos (tales como madurez anticipada, ganancias por intereses y dividendos) al flujo negativo anticipado de dinero en efectivo que surge por las pérdidas (sobre todo los beneficios que se espera sean pagados). Esto se conoce como **vínculo entre activos y deudas**.[7] El objetivo es asegurarse de que el patrón y la magnitud del flujo en efectivo siguen de cerca el flujo de efectivo negativo. Esto requiere seguimiento constante y, en la práctica, requiere la proyección de la corriente de pérdidas, que consiste en comparar las reclamaciones esperadas y los gastos (por ejemplo) con la corriente esperada de ingresos, que resultan de los pagos de interés establecidos y de la madurez de los activos (por ejemplo) que surgen de la cartera de activos. Lo ideal es tener una combinación exacta o casi exacta de las dos corrientes, de manera que pueda compensarse una con la otra. Si las corrientes son significativamente dispares, el asegurador tendrá problemas de flujo de efectivo en el futuro.

La corrección de esta combinación o situación desacertada requiere que se redistribuyan los activos, aunque esto genera un nuevo riesgo: encontrar un activo de igual o mejor rendimiento y de calidad similar. Si se intercambia un activo por otro activo, debe retenerse el producto de la inversión asumida en la tarifa.

Otro riesgo relacionado a los productos a largo plazo es el **riesgo de reinversión**, que surge cuando el asegurador asume una pérdida a largo plazo o una garantía fija pero no tiene activos, con los rendimientos requeridos ni la misma duración, para cubrir la garantía.

Por ejemplo, supongamos que un microasegurador promete una dotación fija a veinte años en el futuro y el actuario ha asumido un 6% de tasa de inte-

[7] Cada día más, los modelos de programación informática se utilizan para crear carteras de activos «más apropiadas para las necesidades anticipadas de pago». Esto permite que se produzcan una serie de escenarios «Qué pasaría si…», contrastando las implicaciones de varias mezclas de activos y asunciones.

rés sobre el periodo completo de los veinte años para determinar la tarifa. Si el microasegurador está limitado, por ejemplo, a invertir en depósitos a cinco años, plazo que al corriente produce marginalmente más del 6%, correrá un riesgo significativo de tarifa y de reinversión debido a la incertidumbre de las tasas de interés en la reinversión durante los 5 años en que los depósitos maduran. Si el rendimiento del depósito a plazo de 5 años baja a menos del 6% en años posteriores, el microasegurador podría quedarse totalmente sin fondos, dependiendo del tamaño de la cartera y del grado de desacierto. Tan sólo unos pocos puntos base de diferencia pueden ser devastadores a causa del efecto del interés compuesto. **La única manera segura de manejar este riesgo es vincular la tasa de interés garantizada (tanto la suma de interés como la duración de la garantía) con los activos disponibles en el momento en que se presta la garantía.**

Recientemente, el Provident Fund de CARD MBA se vio amenazado por este riesgo porque había prometido a sus miembros un rendimiento del 8% a lo largo de 20 años a base de sus depósitos de 5 Php a la semana. Esta garantía no estaba propiamente garantizada porque la organización se limitaba a una inversión a corto plazo o a inversiones en organizaciones relacionadas.

La cartera de préstamos de CARD produjo una tasa neta de aproximadamente 8% a finales de 2003, después de deducir el 20% de la contribución sobre la inversión y los gastos. Sin embargo, el riesgo se redujo porque a los miembros que se salían del esquema antes de los veinte años de pertenencia continua se les confiscaba el aumento en el rendimiento de la cartera de ahorros, y esto cubrió parte del riesgo desacertado. El peligro fue que la organización no midió el grado neto del riesgo que enfrentaba en el momento (y que continuará enfrentando hasta que las pólizas maduren). Desde entonces, la organización ha tratado de remediar este riesgo y ahora está aconsejando a sus miembros que el interés acreditado dependerá del rendimiento neto real de la inversión.

La Tabla 28 ilustra el efecto potencial cuando el rendimiento actual neto es menor del 8%. La ilustración asume que 100.000 miembros depositan 5 Php por semana, durante 1.044 semanas (20 años), y entonces reclaman sus depósitos al 8% garantizado. Este cálculo también asume que el ahorro confiscado a causa de las salidas tempranas ha sido factorizado en el rendimiento neto a 20 años.

Tabla 28 **Ilustración sobre el efecto potencial del desajuste de inversiones en el Fondo Previsorio de CARD**

Rendimiento neto actual de un periodo de 20 años (%)	*Valor actual acumulado (Php)*	*Pago actual acumulado (Php) al 8%*	*Déficit acumulado (Php)*	*Déficit acumulado (US $)*
8,00	1.241.123.685	1.241.123.685	0	0
7,90	1.226.889.442	1.241.123.685	(14.234.243)	(258.804)
7,80	1.212.836.564	1.241.123.685	(28.287.120)	(514.311)
7,70	1.198.962.701	1.241.123.685	(42.160.984)	(766.563)
7,60	1.185.265.529	1.241.123.685	(55.858.156)	(1.015.603)
7,50	1.171.742.756	1.241.123.685	(69.380.929)	(1.261.471)
7,40	1.158.392.119	1.241.123.685	(82.731.566)	(1.504.210)
7,30	1.145.211.384	1.241.123.685	(95.912.301)	(1.743.860)
7,20	1.132.198.345	1.241.123.685	(108.925.339)	(1.980.461)
7,10	1.119.350.826	1.241.123.685	(121.772.859)	(2.214.052)
7,00	1.106.666.676	1.241.123.685	(134.457.009)	(2.244.673)

Fuente: Php55 = US $1

6 Distribución de ganancias

La mayoría de los programas de seguro hoy día todavía son muy nuevos como para comenzar a distribuir ganancias; de hecho, muchos todavía están luchando por ser viables. A otros, como CARD MBA, no se les permite pagar dividendos debido a las restricciones legales de las asociaciones de beneficios mutuos, aun cuando estén en la posición financiera de devolver algunas de las ganancias acumuladas a lo largo de los años.

Antes de que puedan distribuirse las ganancias, deberán establecer una meta para mantener un nivel cierto de reservas para contingencias. El nivel de este excedente debe estar basado en el riesgo que enfrenta el asegurador. Por ejemplo, en el seguro de salud, muchas organizaciones tales como AssEF procuran entre 6 y 9 meses de prima como una reserva de contingencia.[8]

Para el seguro de crédito, el nivel de las reservas de contingencia puede calcularse utilizando las medidas de capital basadas en riesgo, por ejemplo, una medida de capital que vincula el riesgo y la adecuación del capital, según es práctica en las compañías de seguro comercial.

Algunas organizaciones tienen estatutos o están sujetas a estatutos de incorporación o a requisitos legales que determinan la distribución de ganancias según una fórmula proscrita. Por ejemplo:

[8] Otros microaseguradores procuran una reserva de contingencia basada en las reclamaciones pagadas en los pasados 1, 2, 3,… x meses.

– «La Equidad», en Colombia, cumple con la Ley de Cooperativas y asigna el 20% de sus ganancias para educación, el 10% a su fondo de solidaridad, el 20% a la reserva de los miembros y el 5% a los dividendos de los miembros a base de las primas pagadas y en las reclamaciones pagadas.
– «Spandana, en India, utiliza sus ganancias para financiar becas para los hijos de sus miembros.
– «Yasiru, en Siri Lanka, distribuye el 40% de sus ganancias entre los miembros con por lo menos 5 años de membresía, el 10% a un fondo de bienestar y el 50% a un fondo de contingencia.
– «UMSFG, en Guinea, está acumulando reservas a un nivel del 75% de las reclamaciones del año anterior. Una vez se consiga, planifica utilizar los excesos para financiar una campaña de promoción de salud y mejorar los servicios de salud.
– «MUFCCO está considerando una distribución de ganancia a los SACCO que han tenido un buen desempeño o una buena experiencia en reclamaciones. Sin embargo, sólo pagará cuando un SACCO pague sus primas a tiempo (una tercera parte de los SACCO van retrasados en los pagos de primas).

Por ley, el 90% de las ganancias de Delta Life debe devolverse a sus tenedores de pólizas de seguro dotal y el 10% restante puede pagarse a los accionistas. El microseguro no es excepción.

En el modelo socio-agente, el agente trabaja por lo general sobre una base de comisiones, y los accionistas del asegurador se benefician del desempeño total de la compañía. Sin embargo, hay otra manera de estructurar la relación. Por ejemplo, el canal de distribución podría negociar una parte del excedente con el asegurador, como ha hecho Pulse con Madison Insurance en Zambia. En este caso, después de pagar las reclamaciones, Madison deduce el 30% de la prima para sus gastos y comparte el balance 50/50 con la institución microfinanciera. Este enfoque parece estar más a la par con el espíritu del microseguro, ya que por lo menos una porción del excedente se devuelve a la comunidad. Es también una mejor práctica de manejo de riesgo para el asegurador, ya que da al agente un incentivo financiero para producir una cartera de riesgos de calidad y no ser indiferente a la selección adversa o al fraude.

7 Conclusión

Los principales mensajes de este capítulo son los siguientes:

– «La buena administración financiera es uno de los requisitos más importantes para el éxito a largo plazo del negocio de seguros.

– El seguro es un negocio de manejo de riesgos. La cuantificación de estos riesgos, que debería ser hecha por un actuario, es la base para determinar la suma de las reservas y el capital requerido para sustentar el esquema.
– Para propósitos comerciales tiene sentido cobrar el mismo precio para cada cliente, por lo menos por las pólizas pequeñas; la tasa aplicable debe derivarse tras haber sopesado la mortalidad promedio o tasa de morbilidad para tener en cuenta el actual perfil demográfico de edad y sexo del grupo.
– El objetivo de una buena administración de inversiones es conseguir un equilibrio entre el riesgo y el rendimiento, casando los ingresos anticipados por inversión con los gastos esperados, mientras se mantiene una liquidez apropiada para cumplir con las obligaciones cuando surgen.
– Los productos a largo plazo son vulnerables al riesgo de inversión. Para manejar estos riesgos es necesario hacer coincidir las tasas de interés de las garantías, tanto en su suma, como en su duración, con los activos disponibles en el momento en que se presta la garantía.
– Los microaseguradores deben tener políticas de inversión y controles que aseguren que esas políticas se implementan.
– El reaseguro no puede convertir una situación de pérdidas en una viable. El reaseguro es particularmente apropiado para pequeños consorcios de riesgo y para otros de riesgos heterogéneos con un patrón irregular de reclamaciones; es también extremadamente relevante en todos los esquemas de microseguro, grandes y pequeños, para cubrir el riesgo catastrófico.
– Los programas de microseguro deben procurar acumular capital y administrar sus riesgos; y sólo distribuir ganancias y excedentes una vez el actuario determine que el esquema tiene una reserva suficiente.

3.7 Desarrollo organizacional en el microseguro

Craig Churchill y Richard Leftley

Los autores aprecian los comentarios y sugerencias de Toon Bullens (Interpolis), D'Arcy Delamere (CUMIS) y Zahid Qureshi (consultor).

El desarrollo organizacional es un esfuerzo planificado de aumentar la efectividad de una organización al intervenir en sus procesos operacionales. El campo de desarrollo organizacional, que surgió durante la primera mitad del siglo XX, ha evolucionado desde entonces para centrarse en el cambio que enfatiza la noción de una organización en aprendizaje.

Warner Burke (1992) subraya que el desarrollo organizacional no es sólo una cosa que se hace para mejorar una organización, sino un proceso de cambio diseñado para conseguir un resultado final intencionado, que requiere reflexión organizacional, mejoras en el sistema, planificación y autoanálisis. Warren Bennis (1993), experto en liderazgo, describe el desarrollo organizacional como una estrategia completa para cambiar las creencias, actitudes, valores y estructuras de las organizaciones de modo que puedan adaptarse mejor a las nuevas tecnologías, mercados y retos.

De hecho, esos cambios, tanto en el asegurador como en los canales de distribución, son necesarios si se quiere ofrecer efectivamente seguro a los pobres.

Una medida básica del éxito de una organización es la extensión sobre la cual afronta las necesidades cambiantes de su clientela y de su personal. Las industrias de servicio dependen de la efectividad del personal de primera línea que interviene o que se espera suponga un valor para el cliente. Esto es particularmente cierto del seguro, que como servicio intangible a menudo no es bien visto ni comprendido. Más aún, ya que el que carga el riesgo y el distribuidor pueden ser dos organizaciones distintas, el asegurador tiene poco o ningún control sobre el personal que interactúa con las personas cubiertas por la póliza grupal.

La falta de control sobre el personal de primera línea, en combinación con un mercado desinformado y reacio, hace necesaria la creatividad a la hora de implantar, entrenar y reconocer al personal que entrega el microseguro. Este capítulo considera cinco aspectos del desarrollo organizacional: 1) estructura

organizacional, 2) reclutamiento, 3) entrenamiento, 4) compensación y 5) cultura institucional.

1 Estructura organizacional: ¿dónde encaja el microseguro?

El microseguro es, a menudo, sólo una pequeña parte de las actividades de negocio de un sistema más grande. En una compañía de seguros puede ser una línea de producto o un ramo de producto o incluso un puñado de pólizas. Para las organizaciones implicadas en la distribución, tales como las instituciones de microfinanzas, el microseguro tiende a ser tratado como un producto financiero más, pero menos importante que los servicios principales de ahorro y crédito de la organización.

La única excepción a esta generalidad es el modelo con base comunitaria *(véase el Capítulo 4.3),* cuyo único propósito es proporcionar microseguro a un grupo definido. Tal vez si el mercado tuviera más organizaciones solamente o principalmente enfocadas a ofrecer microseguro, se hubiese puesto más atención sobre la innovación estructural.

Para las organizaciones que se implican sólo marginalmente en el microseguro, hay ciertas lecciones simples y claras sobre cómo estructurase dentro de una organización más grande —tanto en el canal de distribución como en la compañía de seguro— para alcanzar buenos resultados.

1.1 Canales de distribución

Al considerar la estructura del microseguro en un sistema de distribución como una IMF, es necesario considerar cómo encajarla en las estructuras de oficina.

Oficina Principal

Para asegurar que se presta suficiente atención al microseguro, los canales de distribución deben tener personal designado o un pequeño departamento en las oficinas principales. Obviamente, esto dependerá del tamaño de la organización y de las funciones que el canal de distribución haya asumido del asegurador. Por ejemplo, si está implicado en el procesamiento de reclamaciones, necesitará más personal. Por lo general, sin embargo, el microseguro es solamente un pedazo o una parte del trabajo del otro, y a menudo tiene una prioridad más baja.

En una canal de distribución, el departamento de microseguro actúa como una respuesta de primera línea a las consultas del personal de campo y de los clientes. Consolida toda la prima de las sucursales y arregla o coordina los pagos mensuales a los aseguradores. Actúa como un filtro para las reclamaciones, al cerciorarse de que son válidas y de que la documentación está en

orden cuando llegan a la compañía de seguro. Para simplificar la administración, a menudo los departamentos de microseguro tendrán solicitudes de seguro que solamente remiten a la compañía aseguradora en caso de reclamación. El departamento también puede necesitar un contable a cargo de la función vital de mantenimiento de documentos. El departamento también podrá necesitar especialistas entrenados para proporcionar al personal de campo y a los clientes la suficiente información y experiencia. En ASA, en la India, por ejemplo, de las 350 personas que trabajan para la IMF, 7 trabajan exclusivamente en las actividades de microseguro. ASA necesita este nivel de compromiso porque la IMF es responsable de la gestión de reclamaciones. Si un agente de entrega prevé tener que crear un corretaje formal o incluso una compañía de seguro en el futuro, sería prudente que asumiera un papel más importante en la entrega del seguro, especialmente en el procesamiento de reclamaciones.

Además de tener un departamento dedicado al microseguro, también es esencial tener un portavoz dentro del equipo de administración ejecutiva y en la junta. Aunque estas personas no estén implicadas en la operación día a día del seguro, pueden representar y promocionar el producto en los círculos de administración y gerencia, dando al seguro una voz a nivel estratégico de la organización. Estos portavoces deberían recibir información actualizada regularmente del departamento que se ocupa del negocio.

Estructura de Campo

En cuanto a las operaciones de campo, hay dos maneras principales de estructurar las responsabilidades cuando el seguro no es el negocio principal de la organización. El enfoque más común es integrar el seguro con las actividades del personal de primera línea, tales como los oficiales de préstamos y los cajeros. En el momento en que están abriendo una cuenta de ahorros o comercializando productos de crédito, podrían también incentivar a los clientes a comprar seguros.

Sin embargo, si las operaciones de primera línea son lo suficientemente grandes, el reclutamiento de un especialista en seguro a nivel de la sucursal puede estar justificado. Por ejemplo, cuando las operaciones de seguro en las uniones de crédito que colaboran con TUW SKOK (Polonia) y con «La Equidad» (Colombia) generan un número determinado de pólizas por año, estos emplean a un miembro del personal de la unión de crédito para trabajar exclusivamente con seguro. Esta persona es entrenada para atender las preguntas más complicadas y resolver problemas que el personal de primera línea generalmente no puede resolver. Este arreglo tiende a tener un efecto en las ventas; las primas en las uniones de crédito con especialistas de seguro tienden a crecer más rápidamente que en aquellas que no tienen especialistas.

La elección entre los generalistas y los especialistas en el campo no es sólo una cuestión de escala. TSKI, en Filipinas, tiene unos 150.000 deudores o prestatarios, pero solamente se apoya en sus oficiales de préstamo para vender el seguro. Otro factor implicado es el tipo de producto. Si el seguro está integrado en los otros servicios del canal de distribución, tales como el ahorro y el crédito, y nunca se ofrece por sí solo, la organización puede no necesitar un especialista de seguro en el campo.

Los especialistas son convenientes si el producto de seguro es complejo. Por ejemplo, VimoSEWA (India), que ofrece una póliza «recipiente» que cubre muerte, hospitalización y pérdida de propiedad, cambió de los organizadores generales de SEWA a personal especializado que gestionaba su campaña de movilización anual. Estos *Vimo Aagewans* son líderes comunitarios a quienes se enseña cómo vender y dar servicio al producto de seguro. Se espera que, al especializarse en seguro, los *Vimo Aagewans* sean más efectivos que los generalistas. Dado el aumento en el volumen de negocio, las tasas altas de retención y las mejoras significativas en el servicio postventa durante los últimos años, parece que este cambio está empezando a dar fruto, a pesar de que conlleva costos de distribución más altos, aunque la información todavía no es suficiente para concluir que esta es una estrategia apropiada o no.

1.2 Aseguradores

Las compañías de seguro que sirven el mercado de bajos ingresos también pueden considerar la creación de una unidad especial que se concentre en el microseguro. Este esfuerzo enfocado les permitirá comprender mejor el mercado micro y encontrar maneras efectivas de responder a ese mercado. Este no era el caso en AIG en Uganda, donde nadie había tenido una visión total en cuanto a las relaciones del asegurador con las IMF y no había información sobre la contribución de las pólizas de microseguro a las ganancias de la compañía. Por lo tanto, hubo poca inversión en el producto de microseguro, prácticamente ninguna innovación durante más de seis años, y falta de entrenamiento para los empleados de la IMF.

Por contraste, Tata-AIG creó un departamento especial para los sectores rural y social con un presupuesto propio y flexibilidad para actuar creativamente en cumplimiento de un mandato del personal gerencial ejecutivo. Tal vez como resultado de la regulación única en la India para la entrada en un mercado de bajos ingresos, este arreglo permitió al asegurador experimentar con productos y canales de distribución que pudieran ser más apropiados para el mercado de bajos ingresos que la cobertura de muerte accidental e incapacidad que provee su organización afiliada en Uganda.

De acuerdo con el ICMIF (2005), las estrategias de expansión de la Compañía 3 en el estudio de caso también ilustran las desventajas de una estruc-

tura organizacional inadecuada *(véase el Cuadro 51)*. Al servir al mercado de medianos y bajos ingresos, su seguro de vida grupal prometía convertirse en un éxito temprano, pero la compañía se implicó en el seguro de vida individual, que es un ramo del producto significativamente diferente. A fin de entregar los productos individuales, la Compañía 3 creó una estructura organizacional que, finalmente, no pudo sustentar.

Cuadro 51

Desarrollo organizacional: cómo no hacer las cosas

La **Compañía 1** opera en un país en transición con un ingreso de prima neta anual de 3,5 millones de dólares, 27 empleados y ningún centro de servicio fuera de su oficina principal. En el mismo país, la **Compañía 2** tiene un ingreso de prima neta de 5,8 millones de dólares, 210 empleados a tiempo completo, 85 a tiempo parcial y 23 oficinas regionales con 32 suboficinas «para ventas y ajustes de pérdidas». La **Compañía 3**, en un país en desarrollo, tiene una prima neta de 2,8 millones de dólares, un personal a tiempo completo de 705 personas, más 1.825 personas a tiempo parcial, y 58 oficinas de servicio repartidas por todo el país.

Incluso haciendo concesiones por la diferencia en los productos, los segmentos del mercado y la geografía, no es difícil adivinar qué asegurador tiene mejor perspectiva de futuro, cuál de ellos continuará en aprietos y por qué el tercero se liquidó. Una medida de productividad básica aunque rudimentaria lo dice todo: prima por empleado. Son $129.629 en una; $19,661 en la otra, y sólo $1.106 en la tercera. La que tenía el número mayor de empleados obviamente también tenía la carga asfixiante de los cargos de operación del número mayor de oficinas de servicios.

La Compañía 3, la que tenía unos gastos operacionales inmensos que se liquidó antes de alcanzar la madurez, quería estar cerca de sus clientes repartidos a través del país. Así es que puso todas las funciones requeridas –subscripción, pago de reclamaciones, cobro de primas y comercialización– en cada una de sus 58 oficinas de servicio, sin distinguir entre los empleados de primera línea y los servicios suplementarios. Buena estrategia para crear empleos, pero los temporales son mejor para el seguro.

Fuente: Adaptado de ICMIF, 2006.

2 Reclutamiento: ¿dónde conseguir el adecuado peritaje especializado?

2.1 Personal de campo

La evaluación y selección del personal de campo implicado en la distribución del seguro depende habitualmente de cuál sea el criterio en cuanto a sus res-

ponsabilidades principales, tales como la concesión de préstamos. El hecho de que también estarán implicados en la venta de seguro rara vez afecta a la decisión de emplearlos. Sin embargo, las características requeridas para vender crédito son algo distintas de las que requiere la venta de seguro. Cuando alguien consigue un préstamo, el beneficio es mucho más tangible —efectivo en mano— que la tranquilidad mental y la seguridad asociada con el seguro.

Cuadro 52 **Los criterios de selección de micro-agentes en Tata-AIG**

Los criterios de selección para un líder de un grupo de seguro de comunidad rural («community rural insurance Group», CRIG) incluyen:
1. Ser un residente de la comunidad a la cual quiere vender y dar servicio de póliza.
2. Haber cursado preferentemente el 12.º año de escuela o por lo menos el 10.º, lo que asegura que puede tener licencia (un requisito de IRTA).
3. Estar casado: dado que el microseguro es un compromiso a largo plazo para el tenedor de la póliza, un líder CRIG soltero podría emigrar a la aldea de su cónyuge (futuro), dejando al CRIG y a los tenedores de póliza sumidos en la desinformación.
4. Escribir bien en inglés: ya que la suscripción en la oficina principal se hace en inglés, es imperativo que los formularios de propuesta se completen en inglés.
5. Contar con un buen historial de integridad: el manejo de dinero es una parte integral de su deber como líder.
6. Poseer cualidades de liderazgo efectivas: tiene que coordinar a un grupo de cuatro personas más.
7. Tener habilidad para hablar en público: se le requerirá que hable en público durante reuniones para promocionar los productos.
8. Tener habilidades de entrenamiento: ya que será la única persona entrenada en seguro, también tiene que entrenar a las otras cuatro.
9. Tener influencia positiva dentro del mercado–meta: cada líder debería ser admirado por su integridad, tener una naturaleza progresista y de vanguardia y poder utilizar su influencia para permitir que los miembros de su CRIG puedan alcanzar sus metas.
10. Haber tenido preferiblemente alguna experiencia de trabajo anterior en el sector social.

Fuente: Adaptado de Roth y Athreye, 2005.

Como resultado, la demanda de préstamos es generalmente mucho mayor que la de seguro, de modo que los oficiales de préstamo no necesitan tanta pericia en ventas como los de seguro. Los pobres, además, entienden el cré-

dito mejor que el seguro, así que hay menos necesidad de explicarles cómo funciona. Este requisito de educación para el cliente requiere unas habilidades distintas a las que típicamente tiene el oficial de préstamo.

Si una organización está interesada en reclutar personal para ofrecer seguro solamente, sería útil considerar los criterios de selección establecidos por Tata-AIG para sus micro-agentes, quienes se centran exclusivamente en la venta de seguro *(véase el Cuadro 52).* Tata-AIG también implica a las organizaciones no gubernamentales (ONG) en el proceso de identificar los candidatos a agentes micro, ya que están a menudo en una buena posición local para evaluar hasta qué punto los individuos son respetados en sus comunidades *(véase el Capítulo 4.5).*

Los agentes de Card MBA, en Filipinas, conocidos como «coordinadores», son elegidos entre sus miembros, en vez de ser reclutados por la institución *(véase el Cuadro 53).* Del mismo modo, la selección del personal de primera línea en el modelo de base comunitaria tiene la ventaja de implicar a los miembros directamente en la decisión de quién gestionará su esquema. Si este proceso de decisión se lleva a cabo adecuadamente, los miembros seleccionarán generalmente a alguien en quien puedan confiar y que tenga suficiente aptitud para aprender sus responsabilidades administrativas.

Cuando el personal de primera línea se especializa en seguro, puede ser útil considerar darle responsabilidades más especializadas. Por ejemplo, ServiPerú tiene algunos agentes que se centran en las ventas y otros que cobran primas y procesan reclamaciones. Esta separación de responsabilidades se justifica según las habilidades distintas que se requieran para estas funciones.

Cuadro 53

El personal de primera línea en CARD MBA

El personal de primera línea o los coordinadores en CARD MBA son miembros del esquema, elegidos por sus pares para cubrir una función de servicio al cliente. Sus actividades incluyen la verificación de reclamaciones y pagos, la educación de los clientes actuales y potenciales y la atención a las consultas del personal de CARD o de los clientes. También trabajan con los gerentes de sucursal para asegurar que el cobro y la transferencia de primas sean puntuales y documentan el cumplimiento.

De acuerdo con Pilar García, antigua coordinadora y presidenta de MBA, las tareas de un coordinador se delegan sobre aquellos miembros dignos de confianza y que están bien considerados en CARD. Los coordinadores se comprometen a trabajar por lo menos un día a la semana en negocios del MBA, aunque las responsabilidades a menudo exigen más tiempo. Este trabajo conlleva el desempeño de horas extra, ya que la verificación de reclamaciones debe hacerse inmediatamente para asegurar que los pagos son procesados en tres días.

Los coordinadores se contratan por el plazo de un año. Aunque este periodo más corto requiere mucho entrenamiento, el límite de tiempo reduce el fraude, ya que no permite a los coordinadores adquirir demasiada experiencia y conocimiento. Todavía más importante, al implicar a muchos miembros en las operaciones de seguro, se generan tenedores de póliza con más conocimiento, lo que mejora la efectividad en la administración del MBA.

Los coordinadores nuevos reciben entrenamiento por un día en la convección anual de los miembros, celebrada en marzo; y en el periodo que transcurre entre su elección (en diciembre o enero) y el entrenamiento, realizan sus funciones en cooperación con, o bajo la supervisón de, un coordinador MBA saliente, de la región. El grueso del entrenamiento se recibe en el trabajo, lo que es posible al simplificarse los procesos de negocio y los productos en el MBA.

Fuente: Adaptado de McCord y Buczkowski, 2004.

2.2 El personal de apoyo en la oficina

En cuanto a los gerentes y personal de apoyo, dado que el microseguro es un campo nuevo, los aseguradores y sus canales de distribución tienen poca probabilidad de encontrar muchos especialistas en microseguro. De modo que las organizaciones pueden actuar de dos maneras: o reclutan gente inteligente con experiencia en el desarrollo y les enseñan sobre seguro, o emplean a especialistas en seguros y les ayudan a entender el mercado de bajos ingresos.

Delta Life (Bangladesh) y Tata-AIG prefieren el primer enfoque. Realizan sus operaciones iniciales de microseguro con especialistas en el sector social, ya que sus organizaciones ya han tenido un peritaje de seguro. En ambos casos, las organizaciones vieron que necesitaban un nuevo concepto para vencer los obstáculos de extender el seguro a los pobres, concepto que no vendría de los aseguradores tradicionales. CARD MBA, por otro lado, necesitó contratar peritaje de seguros para resolver los problemas surgidos cuando los especialistas de microfinanzas estaban a cargo de las operaciones de seguro. SEWA adoptó ambos enfoques, entregando las riendas de VimoSEWA a un gerente durante varios años, pero reclutando a alguien de la industria de seguros como principal oficial de operaciones.

Por supuesto, los microaseguradores no tienen por qué albergar todo el peritaje dentro de sus oficinas si pueden obtenerlo externamente. De hecho, muchas compañías de seguro convencional no tienen actuarios internos, pero se apoyan en consultores actuariales. TUW SKOK, por ejemplo, utilizó un consultor actuarial durante años. Cuando se le concedió la licencia para comenzar una compañía de seguro de vida junto con su compañía de seguro en general, la organización sintió que tenía la suficiente necesidad de servicios

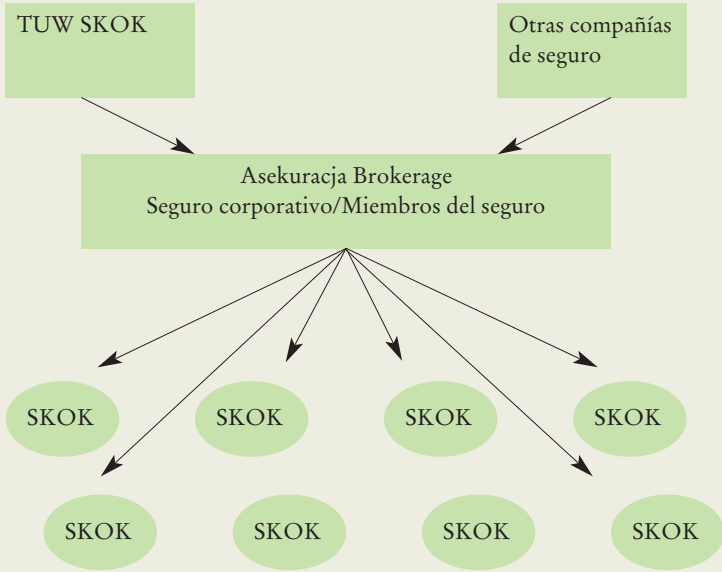
actuariales como para emplear a un actuario; sin embargo, al mismo tiempo, decidió contratar externamente su gerencia de inversiones, ya que las inversiones del seguro de vida requieren un peritaje mayor que el que hubiesen podido tener internamente *(véase el Cuadro 54).*

Puede no ser posible ni costo-efectivo para cada proveedor de microseguro contratar y retener expertos a tiempo completo. Sin embargo, la identificación de fuentes de peritaje adecuadas en las áreas de diseño de producto, análisis de necesidades de la clientela, estrategias de proceso, tarifación de productos, distribución, reaseguro y respaldo actuarial es imprescindible antes de iniciar una nueva operación de microseguro.

Cuadro 54

El modelo de contratación externa de TUW SKOK

La estructura de TUW SKOK se organiza principalmente alrededor del modelo de contratación externa. La agencia central en este modelo es Asekuracja, una compañía de corretaje propiedad de TUW SKOK, la Asociación Nacional de Uniones de Crédito (NASCCU, por sus siglas en inglés) y la Fundación para las Uniones de Crédito de Polonia. El corredor sirve como enlace entre las uniones de crédito (las SKOK) y las compañías de seguro, incluyendo, pero no limitándose, a TUW SKOK. Cuando es posible, el seguro provisto por corretaje a las uniones de crédito viene de TUW SKOK, pero como el asegurador no tiene licencia para ofrecer todo tipo de seguro, el corretaje irá al mercado abierto si TUW SKOK no ofrece el producto requerido y expenderá una oferta de servicios a varias compañías de seguro.



Este arreglo permite a las SKOK ofrecer productos, tales como seguro de automóvil, para el cual TUW SKOK no tiene licencia. Además de la relación con el corretaje, TUW SKOK contrata externamente otras actividades clave:
– Investigación de mercado: TUW SKOK realiza internamente investigación de mercado a menor escala, pero contrata estudios más profundos a una compañía de investigación de mercado.
– Servicios actuariales: cuando era un asegurador relativamente pequeño, TUW SKOK contrataba a un consultor actuarial durante algunos días mensualmente. Con la reciente adquisición de la compañía de seguro de vida, el negocio ha crecido hasta un tamaño que justifica el reclutamiento de un actuario interno.
– Desarrollo de sistemas informáticos de programación: TUW SKOK es dueña de parte de una compañía de productos de programación que desarrolla sistemas MIS para las uniones de crédito. H&S Software, con oficinas en el mismo edificio de TUW SKOK, CSCU y la Fundación, también desarrolla parte de la programación utilizada por la compañía de seguros.
– Ventas: además de contratar las ventas corporativas a una firma de corretaje, TUW SKOK (vía Asekuracja) contrata externamente las actividades de ventas al detal a las uniones de crédito y a su personal.
– Ajuste de reclamaciones: TUW SKOK se apoya en ajustadores de reclamaciones independientes para evaluar y documentar los daños. Para los productos de incapacidad, el asegurador también tiene una lista de doctores en medicina en quienes confía la determinación del grado de incapacidad.

Fuente: Adaptado de Churchill y Pepler, 2004.

3 Entrenamiento

Ya que que es difícil encontrar personas con experiencia en microseguro, las organizaciones necesitan compensarlo por medio de inversiones significativas en el entrenamiento de personal. Sin embargo, no es esto lo que sugiere la experiencia de campo hasta el momento. Los estudios de casos demuestran que el entrenamiento de personal todavía es una de las áreas principales que debe mejorarse.

Una de las primeras causas del problema es que los productos obligatorios prevalecen. Donde el seguro es obligatorio, el entrenamiento básicamente se ignora o se limita a los asuntos básicos del producto. Esto fue más evidente cuando FINCA y AIG Uganda cambiaron de seguro voluntario a obligatorio, y muy pronto ni el personal ni los clientes sabían nada de los costos, los beneficios o los procedimientos de reclamación (McCord *et al.*, 2000).

Aun cuando el producto es voluntario, muchos proveedores de microseguro admiten que el entrenamiento del personal de primera línea es uno de los retos más sobresalientes. En Delta Life, por ejemplo, el agente de ventas de microseguro aprende en el empleo, sin entrenamiento formal alguno. TUW SKOK, Columna (Guatemala) y «La Equidad» tratan de entrenar al personal de la unión de crédito, pero los continuos cambios de personal minan estos esfuerzos. Para resolver el problema, TUW SKOK ha establecido oficinas regionales que son primariamente responsables de proveer entrenamiento, regularmente, durante las noches o fines de semana, cuando el personal de la unión de crédito no está ocupado con sus responsabilidades diarias.

VimoSEWA se está tomando el reto del entrenamiento muy seriamente. Con la ayuda de un experto externo, ha desarrollado planes de entrenamiento para cada miembro del personal. El proceso documenta las capacidades existentes y las que faltan, y luego da prioridad a las necesidades de cada individuo. Los *VimoAagewans* ponían un énfasis particular en el conocimiento del producto, en el procesamiento de reclamaciones y en las habilidades de venta.

En general, el entrenamiento para el personal de primera línea debe incluir:

- Conocimientos básicos de seguro que proporcionen al personal la habilidad de responder a preguntas difíciles.
- Conocimiento específico de las pólizas del producto y de los procedimientos.
- Detalles de los resultados de un examen piloto (para los nuevos productos); familiaridad con el manual de operaciones.
- Estrategias para la educación de adultos, incluyendo cómo utilizar las herramientas educativas.
- Demostraciones de cómo utilizar los materiales publicitarios, tales como folletos y carteles.
- Ejercicios de cambio de rol que permitan al personal equivocarse en clase, en vez de frente a los clientes.
- Entrenamiento en el servicio al cliente.
- Un examen para comprobar que se ha alcanzado el necesario nivel de comprensión e identificar a aquellos que necesitan reentrenamiento.

Es importante que el entrenamiento en seguros no se limite al personal de primera línea. Por ejemplo, antes de iniciar su examen piloto, Opportunity International ofrece a sus oficiales de préstamos, supervisores, contables y gerentes de sucursal, operadores de MIS y jefes de departamento, un curso de

un día que cubre los conocimientos básicos de seguro y da respuesta a las preguntas frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés) y específicas sobre cómo funcionará el nuevo producto. Ya que el microseguro es un campo nuevo, la exposición internacional para los gerentes y directores también es ventajosa, ya que les permite compartir experiencias con otros profesionales del sector.

Por último, el entrenamiento no es un fenómeno puntual. Los microaseguradores deben actualizar las capacidades de su personal regularmente con la intención de estimular una carrera profesional que contribuya a la retención de personal.

4 Compensación

El problema ya mencionado del cambio continuo en el personal se asocia, en gran medida, con la compensación. Para que el mercado de bajos ingresos pueda pagar el microseguro, sus costos tienen que ser bajos; sin embargo, la intensa labor de los sistemas de entrega, que gestionan grandes volúmenes de transacciones pequeñas, puede fácilmente convertirse en muy costosa. Por lo tanto, los aseguradores tratarán de mantener los costos de personal lo más bajos posible *(véase la Tabla 29),* lo que puede resultar en un cambio constante de personal y en baja productividad.

Tabla 29 **Promedio de ganancias mensuales para el personal de primera línea**

Microasegurador (País)	*Promedio mensual de ganancias del agente*
Delta Life (Bangladesh)	16
UMSGF (Guinea)	7
VimoSEWA (India)	38
Tata-AIG (India)	15
CARD MBA (Filipinas)	11

Nota: Estos agentes solo trabajan con seguros parcialmente

De hecho, una de las cuestiones más interesantes sobre el microseguro se centra en el mecanismo adecuado de compensación para el personal de campo y los agentes. En el seguro voluntario, ¿cómo compensa el asegurador las ventas que tienen mayor alcance e impacto, sin tener que presionar con el seguro a las personas pobres? Delta Life reconoció este problema e inicialmente creó una estructura de salario incrementado basado en las primas mensuales (promedio para el trimestre anterior). Su sistema de incentivos incrementados, en vez de lineales, tuvo la intención de recompensar el buen des-

empeño, sin crear demasiada presión de ventas. Todavía hoy en día, después de un periodo de ventas bajas, la gerencia de Delta está experimentado con un enfoque de comisión solamente, utilizado por los esquemas de seguro convencional para aumentar la penetración.

Según se discute en el Capítulo 3.2, siempre existe el peligro de que las comisiones de ventas del seguro voluntario resulten en la venta de productos a personas que realmente no los necesitan. Sin embargo, el peligro de no compensar adecuadamente al personal de campo es que no venderá el producto o que minimizará sus esfuerzos, lo que conduce a clientes mal orientados o engañados. La remuneración debería incentivar las ventas y proporcionar servicio al cliente. Para asegurar que las pólizas se vendan de forma apropiada, la gerencia deberá entrevistar a los clientes regularmente, como parte de su investigación de mercado o de su programa de análisis de necesidades.

Un asunto relacionado es: ¿quién debe recibir el incentivo: el canal de distribución, el personal de campo, o una combinación de ambos? Cuando el seguro es obligatorio, no tiene sentido recompensar a los agentes individuales, pero la situación es distinta con los productos voluntarios. Por ejemplo, ya que TUW SKOK no está en una posición de forzar a las uniones crediticias ni a su personal a hacer nada, su modo principal de influir el desempeño es a través de incentivos. El asegurador, con diferentes productos, ha estructurado las comisiones de diferentes modos para compensar a las uniones crediticias y a los agentes. Aunque todavía no hay evidencia suficiente para evaluar qué combinación de incentivos es la más efectiva, TUW SKOK inclina los incentivos más hacia las uniones crediticias que hacia los agentes individuales para alcanzar mayor respaldo gerencial para las ventas de seguros.[1] En contraste, «La Equidad» está alcanzando mayor penetración de mercado cuando los agentes, y no la unión crediticia solamente, reciben una comisión. Yasiru en Sri Lanka paga una comisión del 25% de la prima: 10% a la organización y 15% al agente de campo.

Con los productos de seguro a largo plazo, las comisiones a menudo se pagan por adelantado. Por ejemplo, ALMAO, en Sri Lanka, utiliza la estructura oficial de comisiones aprobada por el regulador para el seguro de vida a largo plazo *(véase la Tabla 30).* Con una estructura de incentivos como esa, hay poco peligro de que la tasa de retención baje para el microasegurador cuando la comisión del agente se reduce. Cuando el agente gana entre tres y seis veces más por inscribir a un nuevo cliente, le será mucho más atractivo afiliar a nuevos miembros en vez de cobrar la prima por los clientes anteriores.

[1] TUW SKOK ha introducido comisiones adicionales para alcanzar metas de volumen. cuando una unión de crédito vende 1.000 pólizas, la firma de corretaje le paga un bono de $1.200.

Tabla 30 **Comisiones (% de primas) en póliza a largo plazo en ALMAO y Tata-AIG**

Año póliza	*ALMAO*	*Tata-AIG*
1	30	26 a 30
2	20	5,5 a 6
3	15	5,5 a 6
4	10	4 a 5
5 a 10	5	4 a 5

Tata-AIG tiene una estructura similar de incentivos en declive.[2] Estas estructuras de comisión tienen sentido cuando el trabajo se hace por adelantado, por ejemplo, cuando las primas se pagan a través de transferencias electrónicas en el sistema bancario. Con los productos dominantes en el mercado, después del tercer año, la mayoría de los clientes de la India pagan primas a las compañías de seguro directamente, no a través del agente. Sin embargo, cuando los agentes cobran las primas manualmente y el trabajo está distribuido más equitativamente a través del periodo de la póliza, una distribución más nivelada de comisiones también sería lo apropiado. Por lo tanto, Tata-AIG está tratando de que el regulador de la India acceda a una estructura de comisiones fijas para recompensar a sus agentes por el servicio continuado, no sólo por las ventas.

En contraste, ServiPerú ofrece seguro de salud y vida sobre una base mensual renovable. Los agentes de venta ganan comisión durante los primeros tres meses de una póliza a la siguiente tasa: 56% en el primer mes, 28% en el segundo y 42% en el tercero. La comisión en el tercer mes es más alta que en el segundo mes, para incentivar a los agentes a animar a los clientes a presupuestarse adecuadamente. Después del tercer mes, no hay pagos adicionales de comisión a los agentes de venta. Esto es así debido a la separación de las responsabilidades entre la venta y el cobro de prima. El 70% de la prima se cobra de puerta en puerta, no por el agente de venta, sino por un cobrador de prima.

Generalmente, ya que las sumas aseguradas son muy pequeñas, es difícil que las cuantías de comisión sean suficientemente grandes como para influenciar la conducta del agente de ventas. Una comisión de entre el 10% y el 20%, que suele ser la media, representa relativamente poco para el agente de microseguro. Se necesitan, por tanto, otras técnicas para motivar las ventas. Por ejemplo, Tata-AIG organiza una conferencia anual e invita a sus microagentes más exitosos. El asegurador también realiza concursos de vez en cuando para enfatizar la persistencia y estimular nuevo negocio, tales como los que se ilustran en la Figura 19. Para estimular la competencia entre sus agentes, TUW SKOK recompensa a los primeros veinte agentes de venta con un viaje

[2] En adición, Tata-AIG paga un bono de 10.000 rs. ($222) a las CRIG que construyan una base de clientes de 600 pólizas; no hay límite de tiempo para alcanzar esta meta.

a Roma o a París para dos personas (recompensando al cónyuge o compañero por su respaldo y sacrificio).

Al diseñar la compensación del microseguro, es útil considerar un **enfoque diferencial**. La estructura de salario en Grameen Kalyan está diseñada sobre la base de la distancia entre el lugar de trabajo y la capital —cuanto más remota el área, más alto el salario—, lo que estimulando a trabajar a las personas de las áreas rurales. Por el contrario, VimoSEWA recluta a sus *Vimo Aagewans* cerca de sus residencias, y paga más a los promotores urbanos que a los rurales, debido al alto costo de vida. En ServiPerú, se clasifican en cuatro categorías dependiendo de cuánto tiempo lleven en la organización y de sus informes de ventas: nuevos ejecutivos, ejecutivos jr., ejecutivos maestros y ejecutivos premium. El salario básico mensual varía según la categoría: el premium gana más que el maestro, etc. Cada categoría tiene un volumen mínimo distinto de ventas que cumplir cada mes: cuanto más alta la categoría, más alta la meta. De la experiencia de ServiPerú se deduce que establecer metas personalizadas para cada agente de ventas es un modo apropiado de controlar el entusiasmo exagerado hasta alcanzar un patrón manejable de crecimiento. VimoSEWA planifica experimentar con incentivos de compensación basados en las tasas de renovación, metas de venta y número de paquetes familiares vendidos. De hecho, los incentivos que recompensan la retención de clientes y la persistencia son probablemente más apropiados para el microseguro que los incentivos fuertemente vinculados a las ventas.

Figura 19 **Premios por ventas de Kharif Hungama**

5 Cultura institucional

Aunque el microseguro tiene que atenerse a los mismos principios básicos que el seguro tradicional, necesita hacerlo con una apreciación justa de las características únicas de su mercado-meta. Particularmente, la renuencia de los hogares de bajos ingresos a gastar sus recursos limitados en algo que carece de un beneficio tangible. La cultura de un microasegurador tiene que adaptarse a la preocupación social que aprecia «el resultado final».

Cualquier organización que trata de servir tanto a los pobres como a los mercados principales necesitará actuar positivamente para asegurarse de que su personal de campo está sirviendo activamente a los segmentos más pobres. Los incentivos basados en el volumen de ventas siempre recompensarán a aquellos que venden pólizas de mayor valor, de manera que el personal estará tentado de vender menos pólizas más grandes, en vez de muchas pólizas más pequeñas. Una manera de resolver esto es separar la fuerza de venta, con diferentes estándares y diferentes esquemas de recompensas para los diferentes mercados. Esto significa que la distribución también será distinta; los clientes más pobres requerirán más frecuencia en las visitas de campo que los segmentos más ricos, que requieren menos contacto pero durante más tiempo, generalmente en una oficina. La combinación de servir a los pobres y a los no tan pobres es difícil a menos que los directivos y la administración estén totalmente comprometidas en el servicio al mercado de bajos ingresos.

Este híbrido del seguro y el desarrollo social fue reconocido claramente por Delta Life, que trató de crear una cultura distinta para sus actividades de microseguro. Separó completamente al personal de microseguro del personal de Oridinary Life, tanto en el campo, como en la oficina principal, para crear distintos ambientes de trabajo. Una reflexión clave sobre las diferentes culturas se percibe en las responsabilidades del personal de campo. Los trabajadores de campo de microseguro, conocidos como «organizadores», gestionan toda la relación con el tenedor de la póliza, incluyendo el cobro de primas, los préstamos, los pagos de préstamos y las reclamaciones; mientras que los agentes de vida trabajan sobre una base de comisiones y cubren principalmente la función de ventas.

Otras manifestaciones de la cultura del microseguro incluyen:

- **Establecer relaciones**: El microseguro pretende de su personal de campo más bien relaciones que ventas. Delta y VimoSEWA han estructurado sus actividades de forma que los agentes sean responsables tanto de las ventas como del servicio. Este énfasis puede ser reforzado a través de incentivos basados en la retención.

- **Servicio postventa**: VimoSEWA enfatiza el servicio postventa asegurando que sus miembros saben lo que está cubierto y reciben toda la asistencia que necesitan para preparar sus reclamaciones. Se espera que los altos costos de estas actividades se compensen con una mayor retención de clientes.
- **Procesamiento de reclamaciones**: Muchos aseguradores convencionales hacen desistir a sus tenedores de póliza en el empeño de cursar reclamaciones fastidiosas, al especificar exclusiones, incluyendo deducibles, haciendo la documentación de reclamaciones difícil y cargando una tarifa por servicio a las reclamaciones o imponiendo un aumento gradual en la prima, según el número de reclamaciones que se hagan. En microseguro, los proveedores tienen que aumentar la confianza del cliente minimizando las exclusiones, facilitando el proceso de reclamaciones válidas e incluso avisando a los beneficiarios cuando tienen derecho a una reclamación.
- **Denegación de reclamaciones**: Los microaseguradores necesitan minimizar la denegación de reclamaciones. Si los socios de seguro de VimoSEWA rechazan una reclamación que entienden debió haber sido pagada, el asegurador asume la responsabilidad por estas reclamaciones extracontractuales. Si las reclamaciones tienen que ser rechazadas, los microaseguradores buscarán una manera que resulte aceptable para el consumidor de comunicar dicha decisión. Para minimizar el impacto de la denegación de reclamaciones VimoSEWA puede enviar a uno de los miembros principales de su equipo a explicar la razón de la denegación a los miembros y a su comunidad, al tiempo que intenta reforzar la confianza en el esquema.

Tal vez esta cultura de microseguro sea más fácil de instaurar en una compañía mutualista de seguro o en un esquema de base comunitaria que en una corporación privada por ganancia. Por definición, los esquemas que son propiedad de sus miembros tienen la intención de maximizar los beneficios de sus miembros en vez de las ganancias de sus accionistas, por lo tanto son más propicios a esforzarse para ofrecer un servicio apropiado de microseguro. Cualquier ganancia generada se devuelve directa o indirectamente al tenedor de la póliza.

6 Conclusión

Para que el microseguro pueda ofrecer mayores beneficios a largo plazo, quienes carguen el riesgo, ahora o en el futuro, y los canales de distribución necesitarán considerar su filosofía, actitudes, valores y estructura teniendo en cuenta la carencia actual de buenas prácticas (aspecto claramente mejorable). El desarrollo organizacional del microseguro es una prioridad alta y debería tener en cuenta las siguientes lecciones:

- El microseguro requiere su propio espacio en la estructura organizacional, tanto de quién carga el riesgo, como del canal de distribución, para comprobar que hay gente comprometida en que funcione mejor.
- El compromiso del personal ejecutivo y de la junta es factor del éxito del seguro.
- Contratar personal externo puede ser una manera efectiva de conseguir peritaje un en (micro) seguro.
- Tanto los aseguradores como los canales de distribución, al introducir el microseguro, tienen que considerar las implicaciones que pueda tener en las descripciones actuales de funciones de empleo o en los criterios de reclutamiento.
- Debe enfatizarse más el entrenamiento de personal, particularmente para el personal de campo. Una manera de probar la efectividad del adiestramiento es acceder independientemente al conocimiento del producto por parte de los clientes tras haber interactuado con el personal.
- La compensación y los incentivos que recompensan la retención del cliente son más apropiados para el microseguro que los incentivos vinculados fuertemente a las ventas.
- Una cultura de microseguro debe tener en cuenta las características de su mercado-meta. Debería subrayar el fortalecimiento de relaciones y el servicio postventa, a la vez que asegurar tardanzas mínimas en las reclamaciones y en las denegaciones.

3.8 Gobernabilidad

Zahid Qureshi

El autor desea agradecer a Hans Dahlberg (ICMIF), Klaus Fischer (Laval University), Augustine Hatch y John Pott (Aga Khan Agency for Microfinance), y Frank Lowery (The Co-operators Group) la revisión de este capítulo y sus comentarios detallados que añaden profundidad y valor a esta mirada sobre la gobernabilidad corporativa del microseguro.

Gobernar es el acto de planificar, influir y dar seguimiento a través de una política a los asuntos de dirección de una entidad. Conlleva sistemas y procesos que aseguran la fiabilidad y apertura en la operación de su negocio, tanto si se trata de un país, una comunidad, una corporación u otra organización. El gobierno corporativo conlleva el ejercicio de poder y la toma de decisiones que reflejen los intereses de todos los que participan en la entidad y de aquellos con quienes la entidad interactúa o sobre los que puede ejercer influencias.

A nivel organizacional, gobierno se refiere a las acciones de su junta de directores —el grupo oficial de personas, electas o nominadas, que asumen y supervisan la dirección a largo plazo de la organización—. Como otras empresas, los esquemas de microseguro no podrán salir adelante por completo sin un buen gobierno corporativo. Sin embargo, el buen gobierno para los proveedores de microseguro es difícil de alcanzar y puede obtenerse de diferentes modos, dependiendo de la estructura propietaria.

Este capítulo comienza por introducir el concepto de gobierno en general y describir sus características únicas en el contexto de microseguro. Luego analiza asuntos de composición y peritaje de la Junta. El grueso del capítulo describe cinco estudios de casos que enseñan sobre el gobierno corporativo del microseguro.

1 La gobernabilidad en el microseguro

¿Existe algo singular o especial en el gobierno de una organización que trabaja en microseguros? La respuesta es sí y no. No, porque el gobierno corporativo, como la administración, tiene unos principios fundamentales y unos objetivos que funcionarían tanto para una corporación multinacional como para una organización de base comunitaria *(véase el Cuadro 55).*

Cuadro 55

¿Qué es gobierno corporativo?

El gobierno corporativo conlleva una serie de relaciones entre la gerencia de una compañía, su junta, sus accionistasy otras partes interesadas. El gobierno corporativo también proporciona la estructura a través de la cual se establecen los objetivos de la compañía y se determinan los medios para alcanzar dichos objetivos. Un buen gobierno corporativo debería ofrecer incentivos apropiados para que la junta y la gerencia se centren en objetivos de interés para la compañía y sus accionistas, y que facilite un seguimiento efectivo. Por otro lado, factores tales como la ética del negocio y la conciencia corporativa respecto de los intereses sociales y ambientales de las comunidades en que opera la compañía también pueden tener un impacto en su reputación y en su éxito a largo plazo.

Fuente: Adaptado de OECD, 2004.

Y no, de nuevo, porque el gobierno, tanto de los aseguradores tradicionales como de los microaseguradores, implica una responsabilidad social corporativa (CSR, por sus siglas en inglés), además de unos objetivos comerciales. En la actualidad, pocos informes anuales dejan de reconocer la CSR y de apoyar la búsqueda honesta de una triple línea final, que beneficie al consumidor, a la comunidad y al accionista.

Sin embargo, el gobierno del microseguro es diferente porque el microasegurador no puede ni imaginar el cambio de su CSR por un programa de cooperación o un proyecto adicional. La CSR se halla en la médula del microseguro, y su dirección debe asegurarse de que la perspectiva social o de desarrollo está combinada con objetivos comerciales para sustentar la organización. La protección social, como la otra cara del microseguro *(véase el Capítulo 1.1),* siempre está presente, y no se puede dejar a un lado para prestarle sólo atención ocasional.

La United Nation Conference on Trail and Devolopment (UNC-TAD), en su estudio «Asuntos Selectos del Gobierno Corporativo», perfila los elementos principales del gobierno sobre distintas definiciones. Desde una perspectiva financiera, un principio fundamental del gobierno corporativo es que debe asegurarse de tener un rendimiento adecuado sobre su inversión para quienes suplen el capital. Más capital llegará a la compañía y ayudará a su crecimiento si los mecanismos producen un buen rendimiento para los inversores. Esta definición, aplicada al microseguro, debe incorporar no sólo el rendimiento financiero sobre la inversión, sino también el rendimiento social. De hecho, los suplidores de capital para el esquema de microseguro, incluyendo a los tenedores de pólizas en esquemas cooperativos y mutualistas, quieren

ver evidencias de que tal esquema permite, en efecto, a los hogares de bajos ingresos ser menos vulnerables.

Tal vez otro modo de definir el gobierno corporativo sea considerar los mandatos de la junta, que es responsable de guiar a la institución en el cumplimiento de su misión corporativa, de proteger los activos de la institución a lo largo del tiempo y de asegurar que respeta las leyes, reglas y reglamentos pertinentes al tipo de negocio que tramita o que gestiona. La junta establece la dirección estratégica de la organización, se asegura de que cumple con todos los requisitos legales y regulatorios (incluyendo cualesquiera códigos de práctica de la industria que suscribe), y realiza funciones fiduciarias o de liderazgo para proteger los activos de la institución. Para cumplir este mandato, el cuerpo de gobierno del microasegurador no debería ignorar los prerrequisitos universales del gobierno *(véase el Cuadro 56).*

Cuadro 56 **Los cuatro pilares del gobierno**

Responsabilidad, o capacidad de llamar a los oficiales a responsabilizarse de sus acciones.
Transparencia, que permita el acceso a bajo costo a información relevante y material.
Previsibilidad, resultante sobre todo de leyes y regulaciones que sean claras, conocidas de antemano y puestas en vigor, uniformemente y efectivamente.
Participación, necesaria para obtener información fidedigna y para servir como mecanismo de cotejo y de vigilancia, tanto para la acción corporativa como de gobierno.

Fuente: Adaptado de ADB, 1997.

Uno de los retos más grandes del gobierno es entender la **separación entre administración y supervisión.** La junta proporciona dirección estratégica; la administración es responsable de implantar el programa de actividades para logar esa dirección. En la práctica, sin embargo, la distinción entre administración y gobierno a veces se ve difuminada en detrimento de las operaciones exitosas, por ejemplo, cuando miembros de la junta cruzan la frontera de la administración, buscando un curso estratégico sin conocimiento ni aprobación de la junta.

2 Composición y peritaje de la junta

Otra característica distintiva del gobierno de microseguro es que puede llevarse a cabo dentro de una gama de distintos modelos institucionales y de entrega, según se describe en la Parte 4 de este libro. Cada modelo tiene retos

de gobierno específico, particularmente en torno a la composición y peritaje de la junta.

Los aseguradores corporativos que se orientan a las zonas bajas del mercado, para servir a los hogares de bajos ingresos —bien por su cuenta o en sociedad con un canal de distribución— son más propensos a adentrarse en terrenos desconocidos. La efectividad de una junta depende, invariablemente, del conjunto de sus directores individuales, de sus experiencias, su apetito de riesgo, sus causas y sus agendas. El presidente y el principal oficial ejecutivo deberían asegurarse de que el peritaje de los oficiales nombrados en la junta complementará, en vez de duplicar, el del resto de los directores y que será apropiado según la dirección de la organización. Por ejemplo, si el microseguro es una dirección estratégica importante, la junta necesitará guías para responder a las necesidades especiales y a la conducta de compras del mercado de bajos ingresos, y alguien tendrá que tener autoridad en la junta para compensar la orientación natural comercial del asegurador.

Los microaseguradores corporativos, mutualistas y otros con base popular tienen una ventaja sobre los aseguradores corporativos porque están más cerca y más familiarizados con el mercado-meta. Sin embargo, su enfoque social natural debe estar equilibrado con su orientación comercial. Los expertos en desarrollo que han ayudado a establecer programas de seguros basados en la población en diversos países durante unos años identifican el **entrenamiento de liderazgo** como un factor principal. Este eufemismo refiere a dos asuntos que necesitan mejorarse en muchos organizadores y oficiales electos de proveedores de servicios financieros originales: a) entendimiento técnico, y b) entendimiento de las responsabilidades de los miembros de la junta.

Exceptuando aquellos que son electos o seleccionados por virtud de su educación o experiencia en los servicios financieros, los miembros de las juntas de organizaciones basadas en la población sólo conocen el seguro superficialmente. Demuestran liderazgo también, pero este está más inspirado en una causa popular o creencia que en un conocimiento profundo de los servicios financieros.

El que no haya una combinación apropiada de capacidades y peritaje en la junta no sólo es peligroso para la organización, sino potencialmente fatal. Muchas organizaciones de base popular, entre ellas las cooperativas financieras, han luchado y han fracasado por falta de capacidades en las personas que las dirigen. Sus administradores no estaban al tanto de los elementos técnicos del negocio y los oficiales electos en la junta estaban muy centrados en su ideología pero carecían del más básico sentido de negocio.

Aun cuando en algunos casos la junta tiene la previsión de contratar a un gerente técnicamente cualificado, tiende a ponerlo bajo presión con conflic-

tos frecuentes que causan la renuncia del gerente antes de tiempo o su despido (véase ICIMF, 2005).

Aun cuando los retos de gobierno para las organizaciones de microseguro, corporativas y populares, aparentan ser diferentes, tienen tres asuntos en común. Primero, para salir adelante, una empresa necesita un **líder**. Cada junta directiva implicada en el ámbito del microseguro puede utilizar al menos a una persona visionaria como miembro —particularmente cuando el microseguro es sólo un producto o grupo de actividades con los que opera la organización—. También son necesarios otros apoyos que complementen la habilidad del líder para defender su causa con buen entendimiento del negocio y de sus propias responsabilidades.

Segundo, los **directores externos** pueden suponer un peritaje necesario en la junta. Esto es particularmente relevante si el microseguro difire sustancialmente de los servicios principales de la organización, o si el mercado-meta es bastante distinto. Un director externo independiente no representa a ningún accionista en particular, pero tiene la experiencia que hace falta y las capacidades para ayudar a formar la dirección de la junta. En situaciones donde la estructura legal o corporativa no permite directores externos, esta función podría ser desempeñada a través de una junta consultiva.

Tercero, los miembros de la junta necesitan saber lo que tienen que hacer. Aunque parezca obvio, no todos los directores tienen claras sus responsabilidades y cómo deben llevarlas a cabo. El entrenamiento intensivo de los nuevos directores y la puesta al día regular en asuntos de gobierno es esencial. Un buen comienzo es la «**descripción del puesto**» *(véase el Cuadro 57).*

Cuadro 57 **Responsabilidades de la junta directiva**

– Establecer y revisar los propósitos y objetivos a largo plazo de la organización.
– Desarrollar, con la recomendación y participación de la administración, las políticas y planes cuya implantación establecerá el carácter básico y la dirección de la organización.
– Para asegurar una evaluación del desarrollo, aprobar y evaluar el proceso de planificación de la corporación.
– Mantener la continuidad de una organización viable que entrega los productos necesarios y da servicio a sus miembros y tenedores de póliza y que es administrada en sus mejores intereses.
– Asegurar la representación adecuada con la implicación de auspiciadores y otras organizaciones pertinentes.
– Evaluar o supervisar el papel de la administración a la hora de asegurar el cumplimiento de los estatutos de gobierno y sus artículos de incorporación.

- Delegar aspectos específicos de la toma de decisiones a comités de la Junta.
- Asegurar la continuidad de la administración.

Fuente: Adaptado de Co-operators Group, 2005.

Por ejemplo, no todos los miembros de la junta son conscientes de que su posición conlleva **responsabilidades legales** y obligaciones de gobierno, que pueden resultar responsables del mal uso o negligencia de sus deberes legales, y que pueden tener que declarar un conflicto de interés si ellos (o sus parientes, socios de negocio o amistades) pudieran beneficiarse financieramente directa o indirectamente de cualquier decisión o acción. Las decisiones en torno a la concesión de contratos a terceros deben ser objetivas y suficientemente independientes y percibidas como tal.

Además de ser conscientes de sus propios conflictos de interés, los miembros de la junta deben prestar atención a las **relaciones con las agencias externas,** incluyendo los cuerpos supervisores, gubernamentales e industriales y las asociaciones. Necesitan tener en cuenta los efectos de sus decisiones o propuestas a los consumidores, suplidores, consejeros y miembros del público, porque el gobierno corporativo también debe preocuparse por los impactos fuera de la compañía.

Escándalos recientes, que han implicado a directivos de algunas grandes corporaciones, han sacado a la luz el papel de los auditores. Cuando se contratan auditores externos, estos pueden tener que reunirse con la junta directiva en ausencia de la administración. En muchas jurisdicciones, los auditores tienen ahora un deber legal de informar directamente a las autoridades relevantes de cualquier práctica no deseada o fallo respecto a los buenos principios de gobierno corporativo.

Se espera que los miembros de la junta asistan regularmente a las reuniones y revisen y cuestionen los informes y la correspondencia que se les provee. El presidente debe asegurarse de que la administración distribuye agendas e informes operacionales a tiempo para que los directores puedan hacer que sus reuniones sean productivas. Las minutas formales de los asuntos discutidos y las decisiones tomadas también deben distribuirse.

3 La piedra angular

Cuando el vehículo para la operación de microseguro es una compañía por acciones, el memorando y los estatutos de la compañía (conocidos a veces como «los documentos iniciales» de la compañía) son muy importantes para cimentar el buen gobierno. Con alguna modificación, deberían reflejar otras estructuras de gobierno como cooperativas, sociedades mutualistas y ONG. A menudo están acompañadas de, y se refieren a, el acuerdo de accionistas

que debe revisarse cuando un accionista significativo dispone o adquiere capital en la compañía.

Estos documentos establecen la intención de los proveedores de capital de una compañía y cubren cierto número de puntos importantes con respecto a cómo opera una compañía. En particular, los documentos diferencian entre, y establecen los límites de, los poderes de la gerencia y los poderes de los directores —con el poder, en ultima instancia, en manos de los accionistas y dueños de la compañía—. Por tanto, establecen tres niveles de control operacional: la gerencia, la dirección y los accionistas (principales partes con interés).

Estos establecen claramente lo siguiente:

1. Las áreas de negocio en las que la compañía espera operar.

2. Los usos que puede darse al capital de la compañía.

3. Los procedimientos para el nombramiento (y despido) de la gerencia (habitualmente, sólo el director o gerente o principal oficial ejecutivo, pero posiblemente también el principal oficial financiero y otros) y las decisiones que la gerencia puede tomar sin tener que referirlas a la junta directiva. El presupuesto anual es generalmente una importante herramienta a través de la cual la junta directiva controla el uso del dinero de la compañía por parte de la gerencia.

4. Los procesos para el nombramiento de miembros de la junta directiva (al igual que los procesos para su despido). Generalmente, hoy en día se nombra a un número de directores que no representan a los accionistas, y se espera que estos directores representen los intereses de aquellas partes con interés sin representación en las reuniones de junta, al igual que los intereses del público y de la economía en general. El nombramiento de un director generalmente requiere la aprobación de una mayoría de accionistas en una reunión formal de junta. El numero máximo y mínimo de directores permitidos también se especifica.

5. Los poderes que se permite ejercitar a la junta de directores sin tener que referirse a una reunión de accionistas. Generalmente, la junta ejercita casi control total sobre el uso de los fondos existentes y activos de la compañía, al igual que de las ganancias resultantes de sus operaciones. Sin embargo, tiene que referirse a los accionistas en cuanto al dinero nuevo que entra a la compañía, particularmente si se relaciona a cualquier cambio en el porcentaje de la compañía y/o si excede las normas prudentes (descritas en el punto 7) para tomar a préstamo y pone así en riesgo el capital de los accionistas.

6. La forma en que los votos de los directores se utilizan en la toma de decisiones (por ejemplo, algunas decisiones requieren unanimidad; para otras sólo hace falta un voto de mayoría).

7. Las normas de prudencia financiera (por ejemplo, los límites financieros) dentro de los cuales la compañía debe operar, incluyendo los límites para préstamos, las ratios de solvencia, la exposición a ciertos riesgos, el reaseguro y la suficiencia de capital. Estos también pueden ser establecidos por el regulador designado del gobierno (por ejemplo, el superintendente de seguros), pero no hay nada que prevenga a la compañía de tener unas normas que sean más conservadoras.

8. Los procedimientos para que los accionistas entren y salgan de la compañía.

9. Los procedimientos para que los accionistas ejerciten sus votos para tomar una decisión que les ha sido confiada. A menudo se requiere un 75%.

10. Las decisiones sobre las que los accionistas tienen el control son:
– cualquier cambio en los nueve puntos antes mencionados, cubiertos por el memorando y los estatutos;
– la venta, la liquidación o disposición de la compañía, y el
– nombramiento de auditores.

Los Documentos Iniciales son, por tanto, la referencia bajo la cual la compañía se gobierna. Es particularmente importante dar autoridad tanto a los directores como a los accionistas si la gerencia (que pudiera tener un interés financiero minoritario en la compañía) se desvía de lo que los dueños querían originalmente. Los dueños (accionistas) pueden, sin embargo, enmendar cualquier cosa prescrita en estos documentos iniciales, según se menciona en el punto núm. 10, si los directores o la gerencia así les persuaden. De este modo, los Documentos Iniciales son la piedra angular para la gobernabilidad de una compañía, pero pueden ser modificados con el tiempo, según la compañía y su entorno evolucionan.

4 La gobernabilidad del microseguro en la práctica

Para ilustrar algunos de los asuntos de gobernabilidad que deben afrontar los microaseguradores en diferentes categorías institucionales, he aquí un vistazo a cinco casos.

4.1 Un paso al frente (si los cimientos marcan el camino)

Delta Life, fundada en 1986 para proporcionar seguro dotal a las clases media y alta de Bangladesh, lanzó Grameen Bima (seguro de aldea) dos años más tarde para entrar en el mercado de bajos ingresos en colaboración con una ONG de microcrédito. Delta suscribió un producto de seguro dotal simplificado y la ONG lo entregó a los pobres, con sus préstamos. La sociedad se disolvió prontamente, porque el personal de la ONG estaban más interesado en vender sus propios préstamos que en el seguro de Delta.

Delta desarrolló entonces su propia red de entrega y tuvo éxito vendiendo directamente. En 1991, añadió las microempresas o préstamos de proyectos a su cartera, poniendo a sus agentes a ofrecer crédito al igual que seguro, y a cobrar los plazos de pago, al igual que las primas.

En 1993, Delta lanzó Gono (urbano) Bima, para los pobres en las ciudades. En conjunto, los dos esquemas de microseguro crecieron rápidamente — un aumento de 1.025% en pólizas nuevas, de 40.000 en 1994, a 450.000 en 1998. En el seguro, un crecimiento de esta magnitud, carente de un crecimiento proporcional en activos de capital y ganancias retenidas, siempre indica «¡peligro!». Y así fue para Delta, al revelarse una serie de problemas mayores (en los sistemas de información, los controles internos y la administración). Además, las deudas habían aumentado con el crecimiento exponencial, ya que los agentes habían estado utilizando los préstamos como una herramienta comercial: compre una póliza, consiga un préstamo.

En 2002-2003, Delta llevó a cabo una acción correctiva decisiva, que incluía consolidar el microseguro bajo una división única de Gono-Grameen Bima y eliminando los préstamos de proyectos. Estos y otros ajustes resultaron en beneficios claros para la compañía y para sus cerca de un millón de clientes pobres.

Si las decisiones trascendentales de Delta Life fueran adscritas a los componentes estructurales apropiados, este resumen diría que la junta directiva de Delta decidió lanzar Grameen Bima en su asociación con la ONG. Más tarde se decidió dar por terminada la asociación, y la junta directiva emprendió las acciones alternativas subsiguientes.

La gerencia también desempeñó un papel, pero sobre todo en investigar las opciones disponibles y preparar resúmenes para ayudar a la junta a analizarlas y evaluarlas, para luego implantarlas y dar seguimiento a las decisiones estratégicas. De hecho, ya que la gerencia fue parte de este problema, la reestructuración del 2002-2003 fue liderada por un consultor, contratado por la junta, a la que informaba.

La junta directiva fue finalmente responsable de la dirección que tomó Delta Life y de sus consecuencias, ya que se había mostrado partidaria de lanzar el negocio y de comenzar y finalizar la asociación con la ONG.

El papel de la junta, en una palabra, es llevar el timón de la nave, y ese es el caso en todas las jurisdicciones.

¿Cómo llevó la junta de Delta el timón de la compañía? El estudio de casos concluye: «A lo largo de los años, la motivación social de Delta Life ha evolucionado desde una motivación comercial, a buscar el beneficio de la compañía al igual que el de sus… clientes. En el camino, Delta Life ha aprendido un innumerables lecciones valiosas, muchas de ellas del modo difícil». El estudio enumera entonces algunas de estas lecciones institucionales, incluyendo:

- Subsidio cruzado para el inicio de operaciones de microseguro.
- Administración del microseguro con el mismo enfoque de negocios que el seguro tradicional.
- Atención a las competencias principales.
- Desarrollo de un buen sistema de gestión de información para volúmenes grandes de pólizas pequeñas.
- Establecer controles internos, ya que donde hay dinero implicado, hay posibilidad de fraude *(véase el Cuadro 58).*

Una lección que el estudio de casos hubiese demostrado, si no Delta misma, es que la junta directiva pudiera haber hecho mejor su asignación —incluyendo haber tenido la capacidad de entender que el crecimiento no puede ser desproporcionado con respecto al aumento de la fortaleza financiera de la compañía—. Tal vez, si no hubiera tenido 36 miembros, la junta hubiera podido ser más efectiva. De hecho, Delta Life podría haberse ahorrado estas lecciones. Para empezar, una investigación sólida y un análisis concienzudo de la conducta de compra de la base de clientes, y del enfoque comercial utilizado por la ONG de microcrédito, como su canal de distribución elegido, hubiesen evitado el primer error: una asociación destinada a disolverse desde el principio.

Cuadro 58

La confianza es buena, pero el control es mejor

Después de las experiencias de Enron, WorldCom y Parmalat, no fue el papel de los auditores externos lo único que entró en juego. Los auditores internos también se vieron afectados. El Institute of Internal Auditors con base en el estado de Florida (EE. UU.), por ejemplo, ha trabajado en encontrar la manera de que sus miembros puedan cumplir mejor con los estándares de gobernabilidad. Es posible que, durante sus años formativos, los aseguradores no puedan pagar una unidad de auditoria interna, pero sus juntas deberían instruir a la gerencia para que asigne dicha responsabilidad a un miembro del personal capacitado, que pueda trabajar con el comité de auditoria de la junta. Las uniones de crédito tienen una estructura de años, que asegura no sólo la

participación democrática, sino el control a través de sus comités, y otros proveedores de base popular harían bien en adaptarla.

El punto importante es, sin embargo, que en ciertos casos las uniones de crédito han enfrentado serios problemas económicos, causados sin duda por la ausencia de buena supervisión y la delegación errónea de confianza en personal clave (y a veces junior), y la gerencia.

4.2 Contrapreso del «corazón demasiado generoso»

La misión de la Mutual Benefit Association de CARD, en Filipinas, es promover «el bienestar de las mujeres marginadas, proporcionar ayuda financiera a sus miembros en forma de beneficios por muerte, darles subsidio médico, paquetes de pensiones y préstamos, y para implicar a sus miembros activamente en la administración directa de la asociación, incluyendo la implantación de políticas y procedimientos dirigidos a la sostenibilidad y la mejora de los servicios».

Hoy día, CARD MBA ofrece seguro de vida e incapacidad y un plan de ahorro para pensiones *(véase el Capítulo 2.2)* a 600.000 personas de bajos ingresos. Es una historia de éxito: la historia de un MBA que fue creado por una institución microfinanciera (IMF), pero cuando el IMF casi había entrado en bancarrota por estar ofreciendo seguro sin el personal ni el conocimiento técnico necesarios. Según explica uno de sus líderes, «es justo decir que CARD MBA… surgió de un grave fallo de cálculo a causa de un corazón demasiado generoso».

¿Qué fue lo que pasó?

En 1994, varios años antes de la creación del banco o de la compañía de seguros, la ONG de CARD comenzó a ofrecer un seguro de vida básico para sus miembros. Ya que estos servicios fueron muy bien acogidos, CARD ofreció productos adicionales y más complejos. En 1996, decidió introducir un producto de anualidad para retiro que probó ser extremadamente popular entre sus miembros. Sin embargo, CARD no había evaluado su impacto en la institución. Una evaluación posterior demostró que un miembro tendría que pagar prima durante dos años sólo para cubrir un mes de beneficio. La institución se arriesgaba a perder la totalidad de su capital.

CARD aprendió que el negocio de seguro debía ser gestionado por profesionales y que no debe estar atado al capital de una institución microfinanciera.

La gerencia desvinculó a CARD de la responsabilidad por pérdidas y transfirió los activos del fondo a sus miembros, quienes fundaron una compañía separada con una junta aparte.

Cuando la ONG CARD comenzó con el negocio de seguros, estaba administrada, pero no gobernada.

Desde la perspectiva de la gerencia, combinar los servicios de seguro ampliamente aceptados con el plan de pensiones tenía sentido. Sin embargo, no se dio importancia al impacto del producto sobre la dirección y futuro de la organización, hasta que fue demasiado tarde.

Para su crédito, CARD aprendió bien su lección. El estudio de casos dice: «Cuando la junta de una compañía de seguros se compone sólo de miembros o tenedores de póliza, que carecen de experiencia en gobierno corporativo, es necesario tener un grupo consultor experimentado y que tenga la autoridad de dirigir a la junta. Tal grupo consultor ha sido vital en la supervisión exitosa de CARD MBA».

4.3 Dirigiendo una organización con una mente estratégicamente dirigida

Es una cuestión de visión. Si la visión y la estrategia están presentes en las reuniones de junta —más allá de de las discrepancias políticas y los detalles operacionales— uno puede contar con la supervivencia y el éxito de la organización.

TUW SKOK, un asegurador de las uniones de crédito en Polonia durante ocho años, y de sus miembros y otros individuos durante los pasados cinco años, le debe su presencia en el mercado a la visión de los líderes del movimiento de uniones obreras, quienes diseñaron su entrada en el mercado a principios de los noventa.

En Polonia, fuera de las iniciativas gubernamentales para la protección social, el cuidado de salud y el retiro, no hay esfuerzos específicos para extender el seguro al mercado de bajos ingresos. Al igual que en la mayoría de otros países, existe un nicho en la parte de abajo del mercado que interesa a los aseguradores tradicionales, y que es el que TUW SKOK tiene en mente. La experiencia de cómo se logró y cómo se dirigió puede servir de lección a quienes consideren el microseguro como opción. Dos decisiones estratégicas en concreto hicieron prácticamente imposible el fracaso.

La idea de entrar en el negocio de seguro surgió en la junta del grupo principal (apex) poco después del reestablecimiento de las uniones de crédito en el país a principios de los noventa, y comenzaron a cobrar ahorros de sus miembros. Se organizó una compañía de seguros de vida, con el 90% de las acciones propiedad de CUNA Mutual, un grupo de seguro con base en una unión de crédito en los Estados Unidos. Este ofrecía tres productos básicos: seguro de protección de crédito, ahorros de vida y seguro funerario.

Poco después se añadió una compañía de corretaje para proporcionar a las uniones de crédito y a sus miembros coberturas no disponibles a través del negocio conjunto. La firma de corretaje se considera en los estudios de casos uno de los pasos más significativos en la evolución de los servicios de seguro al movimiento de uniones de crédito. Desde el punto de vista de la goberna-

bilidad, sin embargo, la decisión estratégica de envergadura se tomó realmente una vez caído el negocio en 1997.

Cuando CUNA Mutual adquirió el 10% de la titularidad local y vendió la compañía a un inversionista extranjero interesado en entrar en el mercado de Polonia, la junta del grupo principal pudo haber seguido operando el negocio como de costumbre, al reemplazar el negocio conjunto con una operación a título completo de la misma naturaleza —un asegurador de vida con el objetivo puesto en los miembros individuales de las uniones de crédito. Sin embargo, optó por una reevaluación estratégica. Sobre este análisis, la junta principal decidió que su prioridad principal y posibilidad más real de mercado era asegurar a las uniones de crédito mismas en vez de a sus miembros individuales.

De modo que, en vez de quedarse en el negocio del seguro de vida, optó por tener una compañía de seguros en general (propiedad y contingencia).

Entonces vino la segunda decisión estratégica: lanzar una nueva compañía, lo que requeriría planes de negocio, o comprar un asegurador ya existente y reestructurarlo para cubrir las necesidades de las uniones de crédito. La junta nuevamente decidió lo que a la postre resultó ser correcto: ir en pos de la adquisición. Pronto surgió la oportunidad apropiada, a través de TUW Praca, un asegurador mutualista apercibido por el regulador a conseguir nuevo capital en dos semanas plazo, o atenerse a un proceso de liquidación. La junta principal convenció al regulador de que le dejara inyectar capital nuevo a la compañía y la reorientara hacia las necesidades de las uniones de crédito, y TUW Praca se convirtió en TUW SKOK *(véase el Cuadro 59)*.

Cuadro 59 **Lea lo que esta escrito en la pared**

La reencarnación de TUW Praca como TUW SKOK no es su único legado —ya que su enfermedad terminal fue causada por el mismo virus que ataca a muchas juntas directivas—, sino también algo que debería servir de advertencia y de lección a los microaseguradores.

A principios de los noventa, a medida que crecía el desempleo en Polonia, un grupo de uniones mercantiles lanzó una iniciativa con el propósito de ofrecer alguna protección a los trabajadores de entidades propiedad del gobierno, identificadas para ser reestructuradas. La idea era crear una compañía mutualista de seguros propiedad de las uniones mercantiles y de sus miembros, que ofreciera seguro de desempleo a los trabajadores.

Los esfuerzos para levantar capital para la compañía entre las uniones de crédito no produjeron las cuantías establecidas como meta, lo que ya debió entenderse como una señal de peligro. En su lugar, los auspiciadores de la iniciativa se dirigieron al Ministerio de Trabajo. El momento de su petición fue afortunado, porque el Ministerio tenía algunos recursos adicionales y debía

aparentar que estaba haciendo algo para resolver el problema creciente del desempleo. Con $500.000 del Fondo de Trabajo del Ministerio, representando el 90% del capital por acciones, las uniones mercantiles pudieron adquirir una licencia para lanzar a TUW Praca. Desafortunadamente, el esfuerzo no tuvo fruto. Pasados sólo dos años, el asegurador sólo tenía 100 tenedores de póliza, los costos de capital habían acabado con la mayor parte de los recursos y los reguladores amenazaban con cerrarles las puertas.

Mirando hacia atrás, parecería que los fundadores de TUW Praca no habían cumplido con su labor. La investigación del mercado le hubiera demostrado que los trabajadores consideraban el desempleo como una responsabilidad del gobierno, en vez de una responsabilidad individual de los trabajadores. Por ende, los miembros de las uniones de crédito no estaban interesados en comprar su propio seguro de desempleo porque estimaban que era el gobierno el responsable de proporcionar este tipo de protección social.

Fuente: Adaptado de Churchill y Pepler, 2004.

4.4 El interés del cliente es clave para los resultados

El papel de la junta directiva (o junta supervisora, como es conocida en algunos países europeos) es el de supervisar las operaciones y la gerencia del asegurador. Su propósito principal es actuar en nombre de los accionistas/auspiciadores de la compañía y dirigir las actividades de la organización a fin de alcanzar sus objetivos corporativos. Para cerciorarse de su enfoque, y del nivel apropiado de cotejos y balances, la junta delega algunas tareas clave, como las auditorias, inversiones y asuntos ejecutivos, a comités especialmente designados.

En el caso de las mutualistas, más que en cualquier otro formato cooperativo, una responsabilidad clave de la junta es cerciorarse de que el uso de los fondos y otras decisiones operacionales no esta en conflicto con los intereses de los accionistas. La responsabilidad de velar los asuntos del día a día y de desarrollar políticas descansa en la gerencia ejecutiva (o en la junta de directores ejecutivos). Cuando se difumina la línea entre las responsabilidades de apoyo y de supervisión, surgen serios problemas y conflictos debilitantes. Un microaseguarador que ha hecho un trabajo notable en mantener esas líneas claras es Tata-AIG en la India.

Según se describe en el Capítulo 4.5, una de las innovaciones del equipo es un nuevo canal de distribución que utilice a la misma clientela para orientar y dar servicio. Un grupo de estos «micro-agentes» forma un grupo de seguros de base rural (CRIG, por sus siglas en inglés) que opera como una agencia de seguros. Los micro-agentes son cuidadosamente escogidos ente las mujeres de bajos ingresos de las comunidades a las que sirven. Los resultados iniciales aparentan ser prometedores.

Tener un líder de microseguro a nivel de junta ha supuesto una gran diferencia.

4.5 El gobierno en la gobernabilidad: saber cuándo soltar amarras

Karnataka, un estado al sur de la India, es conocido por su industria de productos informáticos y por la biotecnología, pero el 75% de sus cerca de 60 millones de personas viven de la agricultura y pudieran clasificarse como pobres. Desde 2003, también ha sido objeto de atención internacional por ser cuna de uno de los esquemas de microseguro menos frecuente pero más exitoso, que aparenta ser el modelo de colaboración entre el sector cooperativista, el gobierno y el sector corporativo privado.

Yeshasvini Cooperative Farmers Health Care Trust fue diseñado para acoger a un gran número de personas por primas muy bajas, proporcionando cobertura para más de 1.600 operaciones provistas principalmente por una red de hospitales privados a través del estado.

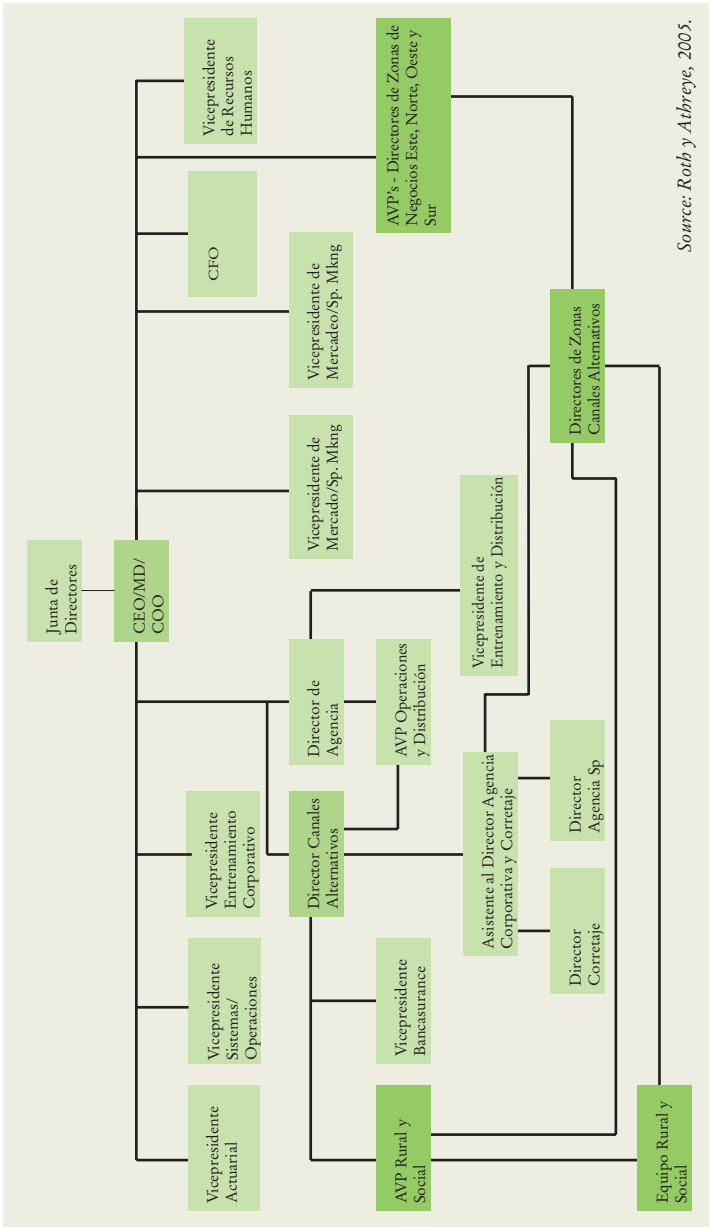
El movimiento cooperativista del estado, datado a principios de los noventa, tiene aproximadamente 31.000 sociedades en sectores que cubren desde la producción de seda y textiles hasta la crianza de animales, la horticultura y el crédito agrícola. Se estima que el 78% de la población adulta del estado está conectada a una cooperativa de una u otra manera. Teniendo en cuenta lo ambicioso de su alcance, especialmente hasta los pobres en los campos, el movimiento cooperativo fue la opción idónea para movilizar la base potencial de suscriptores para el esquema de seguro de salud.

El sector cooperativo en Karnataka y en otros estados de la India es auspiciado públicamente, con el gobierno proveyendo el capital, los subsidios, los préstamos y la asistencia técnica a las sociedades cooperativas. La colaboración de Yeshasvini con el movimiento cooperativista apoyado por el estado ha sido una bendición cuestionable, aunque en general bastante ventajosa.

Yeshasvini Trust está gobernada por una junta compuesta por 12 miembros, presidida por el secretario principal del Departamento de Cooperativas del gobierno. Cinco miembros son empleados del Departamento. Otros cinco representan los hospitales de la red y son profesionales de la salud altamente reconocidos. El miembro número 12 es el director del Departamento de la Salud del gobierno. Los representantes del tercero administrador (TPA, por sus siglas en inglés) y el sector cooperativista pueden asistir a las reuniones, pero no son miembros de la junta. La junta de fiduciarios gobierna el esquema completo y es responsable de su desarrollo continuado, de su desempeño, de enlistar nuevos hospitales, reembolsar reclamaciones y hacer las determinaciones finales sobre reclamaciones.

La fuerte implicación del Departamento de Cooperativas en la Junta de Yeshasvini ha hecho posible que un número significativo de fondos donados lleguen al microasegurador. El gobierno de Karnataka suplementó durante el primer año las 60 rs. ($1,36) de prima pagadas por los tenedores de póliza, con 30 rs. adicionales ($0,68) por persona. Aunque el subsidio per cápita terminó en el segundo año, el gobierno sí proporcionó fondos adicionales. En total, el gobierno inyectó 45.000.000 rs. ($1.022.727) en el primer año, y 35.000.000 rs. ($795.454) en el segundo año.

Figura 20 **Organigrama de Tata - AIG**



La otra ventaja principal que el Departamento de Cooperativas puso sobre la mesa fue la habilidad para estimular a las cooperativas a inscribir a sus miembros. En el primer año, solamente 1,6 millones de personas de bajos ingresos se inscribieron en el esquema, en parte porque el Departamento de Cooperativas estableció metas de membresía directamente para sus oficinas de distrito, las cuales pasaron esas metas a cada sociedad cooperativa, que, a su vez, utilizó su propio método para inscribir a los miembros. Algunos discutían el esquema con los miembros y le estimulaban a afiliarse; algunos inscribieron a la sociedad, utilizando sus cuotas; otros automáticamente inscribieron a todo el que tuviera un préstamo pendiente con la sociedad.

La combinación de primas subvencionadas y de presión comercial por parte del gobierno resultó en un aumento de socios de 2,2 millones en el segundo año. En el tercer año, sin embargo, cuando la prima había tenido que duplicarse para reemplazar la subvención, la membresía bajó a 1,45 millones, lo que significa que 750.000 personas no estaban suficientemente satisfechas con el producto o el precio para renovar. Dado este error de juicio, el estudio de casos se pregunta si la composición de la Junta debe ser reconsiderada:

Aunque el Departamento de Cooperativas facilita el contacto con el sector cooperativo, no ha tenido en mente que las sociedades cooperativas tienen la carga principal. Sería por tanto recomendable reemplazar a los fiduciarios del gobierno por representantes electos de las cooperativas, que sean un mejor reflejo de su importante contribución. Ya que la India está actualmente desvinculando el sector cooperativo de la estructura gubernamental, puede ser adecuado reflejar esto en la Junta de Fiduciarios también (Radermacher et al., 2005 b).

El movimiento cooperativista internacional se ha cobijado bajo el umbral de la intervención gubernamental, y del uso o mal uso de las cooperativas como herramienta para el desarrollo. En la India, donde el gobierno central está respondiendo a la llamada de las sociedades cooperativas para una reforma democrática en su regulación, supervisión y funcionamiento, el movimiento sin duda se fortalecerá según la intervención estatal disminuya. India no es un caso típico de interferencia arbitraria del gobierno en actividades cooperativas sujetas a dictámenes de los políticos y servidores del gobierno civil.

En la historia de éxito de Yeshasvini Trust, el gobierno merece un crédito significativo. La implicación del gobierno en que se organizara Yeshasvini Trust y en que funcionara puede haber comprometido la autonomía de las sociedades cooperativistas, pero no la ha minado. Las cooperativas aparentan haber pagado un pequeño precio por ganar un servicio necesario y bueno para sus miembros.

Según el Dr. Alex Laidlaw, propulsor de la ideología del movimiento cooperativista:

Las cooperativas tienden a llevar su color ideológico del entorno económico en el que existen. En países dominados por la ideología capitalista, tienden a hacer juzgados, y a juzgarse a sí mismas, por las normas del negocio dirigido hacer ganancias. En los países dominados por la ideología comunista, los planificadores del gobierno les asignan un lugar cierto y un rol en la economía, y sirven como instrumentos de política gubernamental. En los países en desarrollo, a menudo, parecen tener el peor de los dos mundos, tienen que ser competitivas con el negocio privado ya enraizado, incluyendo corporaciones multinacionales, y a la vez seguir los dictados de un control gubernamental cercano (Laidlaw, 1974).

Laidlaw añadió que ningún negocio en un sistema económico nacional es completamente independiente y autosuficiente, sino que opera bajo condiciones de dependencia e interdependencia. Tanto el negocio capitalista como las cooperativas dependen hasta cierto punto del Estado y de los servicios provistos por el estado. De igual forma, el Estado y la empresa pública dependen en gran medida de la empresa privada y de las cooperativas.

Parece que Yeshasvini Trust pasará a la historia como ejemplo de esta dependencia e interdependencia.

5 Conclusión

El gobierno corporativo asegura la integridad de las corporaciones, las instituciones financieras y mercados, fomentando la confianza en el público y en los inversionistas. Para aliviar la pobreza a través de las microfinanzas y el microseguro, es esencial tener un buen gobierno.

El buen gobierno comienza con el conocimiento de lo que ha de manejarse y de qué ha de gobernar. Para gobernar efectivamente a un microasegurador, hay que dedicar tiempo a comprender el seguro para los pobres y tomar en serio las responsabilidades y obligaciones de los directores. Es mejor dejar ciertas cosas en manos de la administración que decidirlas o implantarlas.

La junta directiva es en última instancia la responsable del éxito de la compañía. Ese éxito significa producir resultados para los auspiciadores, los accionistas y los clientes, de manera que el asegurador no se quede corto de capital y excedente, requeridos para mantener su fortaleza financiera.

El presidente y el principal oficial ejecutivo deberían asegurarse solidariamente de que los oficiales nombrados en la Junta tengan el peritaje y las capa-

cidades para integrar un buen grupo, incluyendo una composición bien equilibrada en representación de las partes interesadas. En el microseguro, se deben considerar preguntas tales como:

- ¿Se cuenta con un líder de microseguro para abogar por las necesidades especiales del mercado de bajos ingresos?
- ¿Cuál es el balance apropiado entre el desarrollo social y la orientación comercial/financiera?
- ¿Qué dirección estratégica tiene más sentido para alcanzar tanto los objetivos sociales como comerciales?

3.10 Indicadores de desempeño y guías

Denis Garand y John Wipf[1]

Los autores quieren agradecer a Alexia Latortue y a Aude de Montesquiou (CGAP), así como a Ellis Wohlner (consultor para SIDA), la edicion y sugerencias sobre este capítulo.

El microseguro tiene el potencial de ofrecer gran parte de la protección que tan necesaria es para los pobres. Como es relativamente nuevo, el microseguro representa una oportunidad para la industria de seguros de aprender destrezas nuevas y superiores, tales como mecanismos de entrega a bajo costo, a fin de aumentar este mercado efectivamente. Un número realista de puntos de referencia en forma de estándares operacionales e indicadores de desempeño pueden ser una guía excelente para aquellos gerentes de microseguro que buscan la continuidad y la excelencia.

En industrias de seguro maduras, por ejemplo, las agencias de clasificación y los reguladores utilizan proporciones claves de seguro para dar seguimiento e identificar a las compañías que están en riesgo de fracasar. Esto permite una intervención oportuna que pudiera salvar a la aseguradora. Del mismo modo, muchas compañías utilizan el desempeño de la industria como punto de referencia para compararse con sus competidores, y esto les permite reparar en las áreas que necesitan mejorar. Un grupo de indicadores unido a valores de referencia aceptados por la industria (estándares de desempeño) pueden ser una señal para la gerencia, las juntas y otras partes con interés, ayudándoles a cerciorarse de que la compañía continúa solvente y el desempeño continúa mejorando.

El desarrollo de indicadores clave del desempeño y la publicación periódica del desempeño de todos los esquemas de seguro participantes debería ser una prioridad del microseguro, ya que contribuye al desarrollo de un mercado de microseguro robusto, fuerte y transparente. Los estándares de desempeño son metas operacionales que ayudan a un microasegurador a alcanzar viabilidad, mientras que los indicadores se utilizan para medir el grado hasta el cual los estándares establecidos se alcanzan. Estos indicadores, tanto

1 Las referencias a Bungwe (Rwanda), TYM y Doug Trieu (Vietnam), Confederation Life (Canadá) y la industria de seguros pre-necesidad en las Filipinas se basan en las experiencias de los autores.

cualitativos como cuantitativos, deberían enfocarse primariamente hacia medidas financieras clave, ya que estas permiten una evaluación rápida de la organización. Estas deberían cubrir la gama total de las operaciones, incluyendo el *marketing* y la distribución, las inversiones y el manejo de riesgos. Los gerentes deberían medir el desempeño de sus operaciones y compararlas con las de organizaciones similares, por lo menos, anualmente. Los donantes también querrán evaluar la posición actual del socio en comparación a otros en la industria.

El objetivo principal de este capítulo es discutir algunos de los indicadores más importantes que deberían incluirse. Además, se explica por qué estos indicadores seleccionados son útiles para evaluar la salud general del programa de microseguro, y subraya las áreas que pudieran requerir mayor desarrollo. Para que sean útiles y manejables, debieran ser sólo entre cinco y doce indicadores iniciales. Si se necesitan más datos, los gerentes pueden profundizar con unos indicadores más detallados para aislar y destacar asuntos específicos.

Ya que la implantación del microseguro varía grandemente entre países, culturas y sectores afiliados, los indicadores revisados aquí tienen el propósito de cubrir la mayoría de las situaciones y ver al microseguro como un todo —esto es, un esquema que consta de uno o más de los siguientes actores: un agente de entrega de la compañía de seguros, un proveedor de servicios, un tercero administrador, y una compañía de seguros o una organización de microseguro que carga el riesgo por sí sola.

La idea básica es que una organización que promueve el microseguro tiene interés en entender todos los aspectos de su programa de seguros y procura su sostenibilidad a largo plazo. Este capítulo cubre los indicadores en cuatro áreas principales: 1) comunicación y distribución 2) administración financiera y viabilidad, 3) eficiencia y valor para el cliente y 4) gerencia de inversiones.

1 Marketing y distribución

La efectividad del *marketing* y la distribución es uno de los requisitos más importantes para la sostenibilidad a largo plazo del esquema de microseguro. Sin un *marketing* exitoso, la organización probablemente no logre alcanzar o retener la masa crítica que necesita para sobrevivir. El *marketing* exitoso, por su parte, depende en gran medida de la satisfacción de los clientes con los servicios y el valor percibido de los productos. En esta categoría hay tres factores clave: participación, renovación y persistencia.

Como un indicador de la efectividad del *marketing*, **la tasa de participación** se refiere a la proporción de miembros elegibles de una población-meta que participa en el programa de microseguro en un momento determinado.

Tasa de participación = *número total de miembros elegibles dentro de una población-meta*

La situación ideal es que una población muy grande de una población-meta participe voluntariamente en un programa de microseguro, lo que generalmente indica que la población ha aceptado el concepto de agrupar los riesgos y los recursos. También es probable que los participantes tengan un buen entendimiento del paquete de beneficios y de cómo acceder los beneficios.

En Rwanda, el esquema de microseguro Bungwe, lanzado en 2001, alcanzó una tasa de participación del 24% en su primer año de operaciones. Esta tasa ha aumentado anualmente y, en 2005, un impresionante 95% de la comunidad estaba participando. El éxito del programa puede obedecer a que los clientes comprendan el aspecto solidario y vean un gran valor en el esquema, ya que les proporciona acceso al centro de salud y a los servicios de ambulancia de la aldea, y a que los desarrolladores del esquema están bien atentos a las necesidades de la población. Este esquema fue viable en su primer año de operaciones.

Por el contrario, en TUW SKOK (Polonia) sólo el 10% de los miembros de la unión crediticia en la meta se inscriben en los servicios voluntarios del asegurador. Esta tasa tan baja de participación podría indicar que las líneas de producto no son atrayentes para la mayoría de los miembros, o que los miembros consideran que los productos y servicios que ofrece la compañía son de un valor insignificante, o posiblemente que las destrezas del canal de distribución son ineficientes. En cualquier caso, la gerencia debería tomar nota del escaso valor de este indicador y procurar entender por qué no le esta siendo posible atraer a un mayor porcentaje de su mercado-meta.

Una manera de lograr un nivel de participación más alto es hacer la cobertura obligatoria. Esto sólo es posible en algunos casos, tales como el de los deudores de una IMF o el de los miembros de una cooperativa que votan la cobertura obligatoria en su asamblea general de miembros, pero es virtualmente imposible en un esquema comunitario. CARD, en Filipinas, exige a todos sus deudores elegibles entrar en una asociación de beneficios mutuos (CARD MBA). De igual forma, TYM y Dong Trieu, en Vietnam, requieren que sus deudores de microfinanzas participen en el esquema de microseguro.

La cobertura obligatoria no significa que el microasegurador pueda descuidar sus esfuerzos de *marketing*. Estos productos y servicios deben venderse continuamente, y su valor debe mantenerse, de otro modo la resistencia a la participación obligatoria podría aumentar. CARD aparenta tener éxito en esto, pues muchos de los miembros de la MBA afirman que los productos de seguro son su razón principal para unirse a CARD *(vease el Cuadro 65)*. Por otro lado, en 2004, los clientes de Dong Trieu expresaron

en discusiones de grupos focales su satisfacción con el programa de microseguro, a pesar de las limitaciones en sus beneficios, principalmente porque se sentían honrados de contribuir a un fondo que en su momento pudiera ayudar a los clientes a afrontar dificultades. En ambos casos, las organizaciones tuvieron éxito en la implantación de programas de microseguro de participación obligatoria.

Cuadro 65

Gran valor adjudicado al seguro

En una encuesta cualitativa realizada en 2002 por Freedom from Hunger, 12 de 27 grupos focales entrevistados identificaron el seguro MBA como el *aspecto mas valioso de la cartera completa de productos de CARD.* Este resultado es contrario a la experiencia de otros países, donde el seguro obligatorio nunca es el más alto en la escala de valor de los productos de una institución que ofrece facilidades de ahorro y crédito, a menudo por razón de su naturaleza intangible.

Fuente: Adaptado de Mccord y Buczkowski, 2004.

La **tasa de renovación** es un indicador relacionado, pero se refiere específicamente a los productos a plazo (productos con un término fijo de cobertura, por ejemplo de un año). Se define como el porcentaje de clientes que tenía cobertura en el año anterior y que todavía es elegible para su renovación, que está renovando su cobertura a plazo. Entre otras cosas, refleja la satisfacción del cliente una vez adquirido el producto a plazo.

$$\textit{Tasa de Renovación} = \frac{\textit{(número de clientes del año X que renuevan cobertura en el año x+1)}}{\textit{(número de clientes en el año x)}}$$

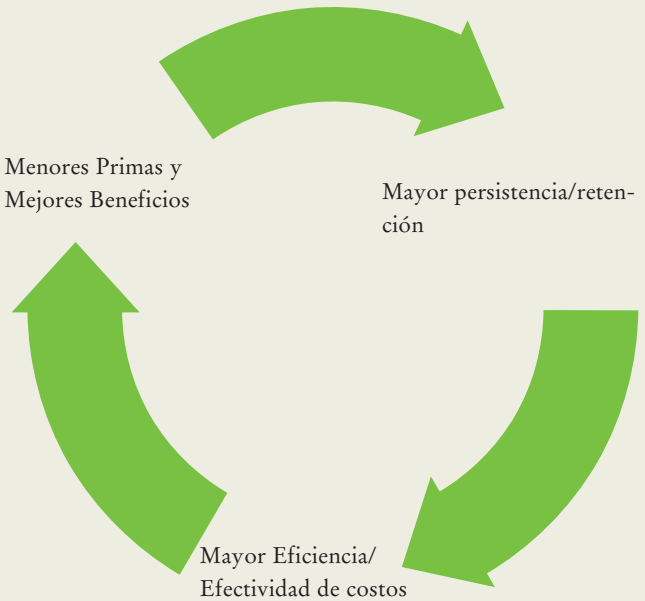
Una medida más general es **la tasa de persistencia**, que se refiere al número de clientes de un mismo grupo que renueva su cobertura en una fecha posterior, dividido por el número de clientes del mismo grupo con cobertura en el año x. Es más general que la tasa de renovación, ya que se aplica tanto a la cobertura a plazo como a la que es continua.

Para los esquemas con participación voluntaria, las tasas de baja renovación y persistencia son frecuentemente indicativas de la insatisfacción de los clientes, posiblemente a causa de una comunicación pobre, un valor de producto inaceptable, pagos insatisfactorios de las reclamaciones, etc.

Operacionalmente, las tasas altas de participación y persistencia ayudan a reducir los gastos administrativos. Esto añade valor al producto, ya que una mayor proporción de la prima puede devolverse como beneficios, lo que a su vez incentiva una participación todavía mas amplia a largo plazo *(véase la*

Figura 22). Por ejemplo, en Guinea, la tasa relativamente alta de participación de UMSGF, una tasa de renovación del 81% y un 30% de participación entre la población-meta ayudan a alcanzar una proporción de gastos baja, de sólo un 18%-20% de la prima bruta. Esta proporción baja de gastos permite al esquema ofrecer beneficios más atractivos, y podría ser la razón para la tasa tan alta de renovaciones.

Figura 22 **La lógica circular de la retención de clientes**



En contraste, las tasas bajas de renovación durante periodos largos de tiempo aumentarán los costos por unidad del seguro, ya que los costos fijos del programa deben ser distribuidos a través de menos unidades de seguro, lo que afecta a la participación y persistencia todavía más, ya que los gastos altos resultan en un valor reducido del producto. Es muy probable que la ambivalencia de Delta Life (Bangladesh) hacia su tasa tan baja de persistencia contribuya a su proporción tan alta (aunque mejorando) de gastos, e igualmente probable que su proporción tan alta de gastos refuerce las tasas bajas de persistencia por su valor tan pobre.

El lector pudiera preguntarse en este punto: «¿Cuáles son las tasas aceptables de participación y de renovación/persistencia?». No hay una contestación directa a esta pregunta, ya que dependerá de factores tales como el tipo de esquema de microseguro, el tamaño de la población-meta, el canal de distribución y cuánto tiempo hace que se estableció el programa. Un esquema

vinculado a una IMF, como el de CARD, por ejemplo, no se puede comparar favorablemente con un programa como el de Delta Life, que depende de agentes que venden pólizas individuales, sin calibración ni mecanismo de calibración alguno.

Esto sugiere que las fórmulas de calibración para el grupo de indicadores propuesto deberían considerarse como parámetros del tipo de esquema de microseguro, el tiempo que ha transcurrido desde que se estableció, sus líneas de productos, el mercado-meta, los canales de distribución, etc. Por ejemplo, bien podría significar que un esquema de seguro de salud con base comunitaria que alcanza un 30% de participación en el año 5 se reflejará tan bien o mejor que una unión crediticia que alcanza un nivel de penetración del 65% en el año 4 con un producto voluntario de vida de crédito comercializado en un mercado-meta muy definido, por ejemplo: quienes toman a préstamo. La percepción de lo que es un buen valor resulta no sólo de una proporción beneficio-a-prima alta, sino también de la satisfacción con el servicio. Es probable que las tasas bajas de renovación de VimoSEWA hayan mejorado recientemente gracias a un mejor servicio y gestión del tiempo en el proceso de reclamaciones *(véase la Tabla 32)*. Por otro lado, encuestas detalladas de la satisfacción de la clientela probablemente confirmarían que el nivel bajo de persistencia de Delta Life no se beneficia en modo alguno de las tardanzas extendidas en el pago de las reclamaciones, ni de los esfuerzos mínimos en el servicio al cliente, ni tampoco de las altas tasas de denegación.

Tabla 32 **El servicio mejorado aumenta en VimoSEWA**

Periodo	*Tasa de renovación*	*Tiempo para pagar las reclamaciones de salud*
2002	No disponible	90
2003	48	70
2004	51	62
2005	59	59

Nota: *El tiempo en días que se toma reembolsar reclamaciones referentes a salud es calculado desde la fecha de hospitalización. El tiempo promedio para que un miembro someta una reclamación es de 40 días.*

Desafortunadamente, en algunos entornos las tasas de persistencia baja pueden resultar en ganancias mayores para la compañía. Por ejemplo, la industria comercial pre-necesidad (que ofrece principalmente planes educativos, de pensión y de entierros pre-pagados), en Filipinas, se beneficia enormemente del valor nominal de los pagos en efectivo en el momento de la

entrega de las pólizas pre-necesidad.[2] La estrategia de algunas compañías sin escrúpulos es ofrecer comisiones muy altas a los agentes individuales en los primeros años de vigencia de la póliza, pero reducir luego las comisiones a un tercio en el tercer año y años subsiguientes, de un plan de 5-10 años. Esto conlleva unas ventas muy agresivas, a menudo a compradores renuentes que entonces cancelan las pólizas o las dejan caer en manada entre el tercer y el cuarto año, cuando el agente centra su atención en otro asunto. La compañía entonces se beneficia de las cancelaciones tempranas, ya que el pago por entrega es muy bajo.

Obviamente, estas prácticas de venta van en contra del espíritu del microseguro. En algunos países, el mercado de bajos ingresos se expone a esquemas de seguro deshonestos y, como resultado, los verdaderos microaseguradores tienen que trabajar más arduamente para demostrar que son, en efecto, diferentes.

2 Administración financiera y viabilidad

Uno de los indicadores más importantes es el resultado financiero neto o **ingreso neto** del microasegurador, ya que refleja su desempeño en todas las actividades durante el periodo revisado *(véase la Tabla 33)*. Este debería computarse neto de las subvenciones y de las donaciones recibidas. Para medir el ingreso neto, tiene que haber una ganancia correcta y declaración de pérdidas sobre contabilidad agregada,[3] que tiene en cuenta los costos de administrar el esquema, la depreciación del equipo, los aumentos en la reserva, etc.

***El ingreso neto** (antes de las subvenciones no-permanentes) = Prima devengada + ingreso por inversiones-reclamaciones incurridas-gastos operacionales-aumentos de la reserva.*

Producir estados financieros correctos es una función admisnistrativa importante de los esquemas de microseguro. Los resultados deben demostrarse por línea de producto para dejar claro dónde se gana y se pierde dinero en el programa. Esto requiere la asignación apropiada de gastos sobre una base acumu-

[2] La **industria de seguros pre-necesidad,** en Filipinas, es un subsector especial de la industria del seguro, en el que las compañías ofrecen planes de ahorros con características de seguro para enfrentar necesidades futuras como el retiro, las bodas de los hijos, los gastos funerarios, educación, etc. Actualmente es regulada por la Securities and Exchange Commission, pero hay un proyecto de ley pendiente para transferirla al Comisionado de Seguros.

[3] **Contabilidad agregada** es un método que mide el desempeño y posición de la compañía mediante el reconocimiento de los eventos económicos según ocurren, independientemente de cuándo se hicieron los pagos relacionados.

lada y por línea de producto, al igual que un cálculo correcto de las reservas actuariales, ya que los aumentos en reserva deben ser reconocidos como un gasto. La capacidad de producir una declaración de ganancias y pérdidas, una hoja de balance o un estado de flujo de dinero en efectivo por línea de producto deberían ser requerimientos estándar para todos los esquemas de microseguro, y debería darse seguimiento a dicha capacidad por medio de indicadores cualitativos. Algunos productos, como el seguro de vida de crédito, son generalmente lucrativos dentro del primer año si son implantados correctamente, mientras que otros, como el seguro de salud, pudieran necesitar varios años antes de generar ganancias. Obviamente, un ingreso positivo neto a traves de varios años sugiere la viabilidad del esquema de microseguro, al menos a corto plazo, mientras que una organización con ingresos netos negativos significativos y consecutivos se erosiona hasta tal punto que se vuelve insolvente.

Tabla 33 **Ejemplos seleccionados de ingreso neto**

Organización	*Fecha de comienzo del microseguro*	*Tipo de producto*	*Ingreso neto como porcentaje de la prima ganada*
CARD MBA	1994, informalmente 1999, registro formal	Vida de crédito, vida, productos de ahorro	31 (2003)
MUSCCO	1980	Vida de crédito, ahorros de por vida	40-45 (2003, información incompleta de prima ganada)
Spandana	1998	Seguros de vida y salud	20 (2003-2004)
AssEF	2003	Salud	-24 (2004) antes de subsidios
VimoSEWA	1992	Vida, accidente, salud y protección de activos	-51 (2004) antes de subsidios

La cantidad de ingreso neto debería reflejar las metas deseadas del esquema. Los objetivos de un esquema que comienza son habitualmente proporcionar un buen valor a los participantes y permanecer viable a mediolargo plazo. Para los programas más maduros, sin embargo, estas metas se expanden hasta reflejar el deseo de un rendimiento competitivo en el capital y excedente de los miembros y accionistas, o para transformar el esquema en una compañía de seguros completamente capitalizada.

El ingreso neto tiene un efecto directo en la **ratio de solvencia**, definida aquí como el total de deudas del esquema de microseguro dividido entre sus activos admitidos.[4] Claramente, el resultado tiene que estar por debajo de 1

[4] Los **Activos admitidos** son aquellos que el regulador permite incluir en el cálculo de la ratio de solvencia; generalmente, son activos de una calidad más alta, pero también pueden incluir entradas como el valor residual del equipo de la compañía.

para que el esquema se vuelva técnicamente solvente. Por ejemplo, a los MBA en Filipinas el Comisionado de Seguros les pide mantener una ratio de insolvencia de 0,80 o menor.

***Ratio de Solvencia** = deudas totales/activos admitidos*

Otro indicador importante para esta categoría es la **ratio de liquidez**. Incluso si un microasegurador tiene una ratio de solvencia saludable, todavía podría tener problemas a la hora de pagar las reclamaciones y gastos si no tiene dinero en efectivo suficiente o equivalentes a efectivo a corto plazo *(véase el Cuadro 66)*. Demasiado dinero en efectivo, por otro lado, generalmente significa que el esquema esta obviando oportunidades de inversión, lo que resultará en primas más altas o en menores beneficios para los participantes.

***Ratio de Liquidez** = dinero en efectivo e inversiones equivalentes a dinero en efectivo/pagos probables durante el año*

Cuadro 66

¿Qué acabó con la Confederation Life of Canada?

Para las compañías desarrolladas de seguro, una causa clásica de fracaso es la falta de liquidez. Una gran compañía canadiense, Confederation Life, fracasó principalmente a causa de que una proporción alta de sus fondos estaban invertidos en propiedad no líquida. En 1990, Confederation Life era una de las compañías más grandes de Canadá. Su sobreinversión en propiedades la llevó no obstante a tener problemas, que resultaron en grandes pérdidas en su valor. Aún más importante, le suscitó una crisis de liquidez. El 12 de agosto de 1994, los reguladores declararon la compañía insolvente. Muchos años más tarde, los administradores de la bancarrota pudieron pagar todas las obligaciones pendientes del asegurador, tras disponer de tiempo suficiente para vender las propiedades que la compañía mantenía como activos.

3 Eficiencia y valor para el cliente

Según se ha mencionado, un buen valor del producto es uno de los catalíticos más importantes para la tasa de participación y para que el esquema sea viable. Un buen valor, sin embargo, sólo puede alcanzarse con una ratio de gastos baja, que es la proporción de la prima devengada en un periodo par-

ticular consumida por los gastos operacionales incurridos durante el mismo periodo.

Ratio de gastos = *gastos operacionales incurridos/prima devengada*

Por definición, las primas de microseguro son pequeñas y generalmente cobradas en plazos frecuentes. El resultado es un número grande de transacciones relativas a las cuantías de la prima, que hacen difícil mantener un ratio de gastos bajo. Por ende, habitualmente la viabilidad sólo puede alcanzarse si se utiliza un sistema existente para el cobro *(véase el Capítulo 3.3)*. El mejor ejemplo es un programa de microseguro vinculado a una IMF, en que las primas son cobradas junto con los pagos de préstamos de microfinanzas. Otro ejemplo es Yeshasvini (India), que colabora con cooperativas productoras de leche fresca, cobrando directamente a las cooperativas, que a su vez deducen la prima de las ganancias devengadas por los agricultores de sus entregas de leche fresca. Los productos voluntarios dirigidos a una comunidad más amplia también requieren algún tipo de mecanismo para alcanzar eficientemente a números grandes de participantes, como por ejemplo utilizar grupos de crédito y ahorro.

Como regla, para ser efectivo en microseguro, la ratio de gastos-meta debería situarse por debajo del 30% en los primeros años del esquema, pero con una tendencia hacia el 20% o menos después de que el programa se haya estabilizado. CARD MBA alcanza una ratio de gastos bastante por debajo del 20%, descansando en el sistema de cobro de una IMF asociada. La meta es mucho más difícil de alcanzar para esquemas como Delta Life, que ofrecen productos de vida individual con cobro de prima realizado por personal de campo de puerta en puerta.

Un buen complemento de este indicador es la **ratio de reclamaciones incurridas**, definida como el total de reclamaciones incurridas dividido por la prima devengada en un periodo particular. Un buen valor de producto requiere que tanto de la prima como sea posible se devuelva a los miembros a modo de beneficio. **La médula del reto del microseguro es mantener una ratio de reclamaciones alta, al tiempo que se conserva viable**. Claramente, esto sólo puede lograrse con un máximo de eficiencia operacional resultante en una ratio de gastos baja y maximizando los rendimientos de las inversiones en el fondo de reserva del esquema *(véase la Tabla 34)*.

Ratio de reclamaciones incurridas = *reclamaciones incurridas/prima devengada*

Aun cuando CARD MBA tiene una ratio de gastos por debajo del 20%, su ratio de reclamaciones para vida de crédito es aproximadamente el 16%, lo

que es muy bajo. Si esta ratio de reclamaciones baja se mantiene a lo largo del tiempo, muchos miembros podrían cuestionar el valor del programa de seguro. El MBA debería considerar, bien reducir las tarifas del seguro de vida de crédito, bien proporcionar algún beneficio adicional, ya que ni los pagos de dividendos ni el subsidio cruzado de productos se permiten en una MBA.

Delta Life, con su ratio de gastos alta, sobre el 40%, y una ratio de reclamaciones bastante baja, llama la atención sobre el valor de proporcionar productos de seguro dotal a los mercados de bajos ingresos —tal vez los productos de seguro dotal individual no son los mejores vehículos para el ahorro para los pobres *(véase el Capítulo 2.2).*

Otra medida en esta categoría es el **tiempo para el pago** —cuántos días tarda un cliente en recibir un pago una vez que ha ocurrido un evento—. El pago puntual de las reclamaciones es un aspecto importante de servicio y de buen valor. Los modelos de microseguro de salud que utilizan un sistema sin dinero en efectivo proporcionan alivio inmediato al cliente, por lo que tales sistemas deberían calibrar alto este indicador.

4 Administración de inversiones

Según se discute en el Capítulo 3.6, dondequiera que exista una acumulación de fondos, se necesita una administración de inversiones tal que optimice el valor. La administración incorrecta de los activos es una razón principal para el fracaso de compañías de seguro comercial. Los microsaseguradores que ofrecen productos de acumulación de activos a largo plazo tienen que estar muy atentos si administran sus activos profesionalmente.

La diversificación y la calidad son las mejores maneras de proteger una cartera de inversiones, por lo que ambas son indicadores importantes para medir la sostenibilidad. La medida de **diversificación de activos** debería reflejar la cuantía invertida en un activo particular, incluyendo una organización relacionada, mientras que la medida de la **calidad del activo** debería reflejar la calidad total de la cartera. Por ejemplo, como regla general, no más del 10% de los activos debería asignarse a la misma inversión u organización relacionada. La sobreexposición a la propiedad es otro peligro, ya que finalmente afecta a la liquidez y hace difícil para el esquema cumplir sus obligaciones con reclamaciones y gastos de manera puntual.

Tabla 34 **Radios de gastos y reclamaciones para esquemas seleccionados**

Proyecto de microseguros	*Tasa de gastos*	*Tasa de reclamaciones incurridas*	*Comentarios*
CARD MBA	17	16 (vida de crédito 60 (vida total)	CARD MBA es extremadamente eficiente, pero un número reducido de estas ganancias son pagadas en forma de beneficios, como resultado del rapido crecimiento de los excedentes. Sin embargo, los clientes perciben el programa como uno que tiene un valor excelente. No se puede esperar que dure infinitamente.
Spandana	4	91	Spandana combina pocos gastos y una tasa de pagos alta. Esto provee gran valor a los miembros.
MUSCCO	15	40	Existe valor para los clientes pero luego que el proyecto acumula sus reservas, este necesita mejorar su valor.
AIG Uganda *	41	37	Poco valor.
Delta Life	41	10	Los altos gastos en combinación con los bajos beneficios crean dudas sobre la viabilidad del producto a largo plazo.
Yesashvini	10	140	La tasa de reclamaciones es alta porque el plan recibió un subsidio gubernamental en el año 2004; este puede disminuir en el próximo año cuando la prima se duplique. El programa es muy nuevo para someterlo a una evaluación sobre su viabilidad futura.
AssEF	71	71	Con estas tasas, el programa tiene un margen muy bajo para crear reservas para protegerse de la variación en las reclamaciones.

*. Estas tasas solamente tienen en consideración la prima pagada por el MFI al asegurador, pero no el pago adicional retenido por el MFI para pagar por sus gastos propios.

CARD MBA y VimoSEWA experimentaron recientemente una concentración alta de inversiones en una organización relacionada, la cartera de préstamos de la IMF principal.[5] Se trata de un peligro bien conocido y ambos microaseguradores se clasificaron abajo en esta categoría. La mayoría de los estudios de casos ofrecen poca información en cuanto a la diversificación de activos, la calidad de los activos o las inversiones en general.

Si la organización ha otorgado garantías a largo plazo, entonces debe tener la capacidad de llevar a cabo un **vínculo de activos y pasivos** (ALM, por sus siglas en inglés). Este proceso requiere proyecciones de fuentes de pérdidas

[5] Desde que se completaron los estudios de casos, CARD MBA y VimoSEWA han aplicado las medidas correctivas y han reducido significativamente sus inversiones en organizaciones relacionadas.

(reclamaciones, gastos, madurez, etc.) y capacidad de barajar periódicamente las inversiones para comprobar que los rendimientos de inversión requeridos están prorrateados para coincidir con obligaciones futuras de dinero en efectivo. Si una cartera con garantías a largo plazo no se gestiona así, pudiera fácilmente resultar en bancarrota. Si el esquema no tiene tal capacidad, debería confiar externamente su gestión de inversiones a una firma de profesionales. El desempeño de la administración de inversiones debe seguirse a través de indicadores cualitativos.

Un microasegurador que ofrece garantías de tasas de interés a largo plazo debe tener fácil acceso a instrumentos de inversión de calidad con tasas de interés y plazos suficientes para cubrir el pago de las garantías en su momento. Por lo general, no debería ofrecer garantías a largo plazo sin cerciorarse de si están vinculadas al desempeño real de la cartera *(véase el Capítulo 3.6)*. Deberán desarrollarse indicadores para dar seguimiento a estas prácticas.

5 Conclusión

El desempeño como punto de referencia es importante para que los proveedores de microseguro puedan evaluar su desarrollo o para que los donantes comprendan los requisitos para su desarrollo. Algunos de los indicadores más importantes para una evaluación preliminar de las operaciones y prácticas de un microasegurador son:

***Marketing* y distribución**
- Tasa de participación
- Tasa de renovaciones
- Tasa de persistencia

Administración financiera y viabilidad
- Ingreso neto
- Ratio de solvencia
- Ratio de liquidez

Eficiencia y valor del cliente
- Ratio de gastos
- Ratio de reclamaciones incurridas
- Tiempo hasta el pago (del beneficio)

Administración de inversiones
- Diversificación de activos
- Calidad de activos
- Vínculo entre activos y pérdidas
- Vínculo entre las tasas de interés de las garantías

El propósito de estos indicadores es señalar las áreas clave que requieren la atención de la gerencia. Una vez hay un hallazgo de deficiencia, se requiere una investigación más profunda para comprender la raíz del problema y para desarrollar soluciones que mejoren los resultados en años futuros de operación.

Además de estas cuatro categorías, deberán desarrollarse otros indicadores adicionales en las áreas de **manejo de riesgos, de estructura organizacional y legal, esfuerzos para alcanzar a la comunidad y seguro de salud.** Esta última categoría debería atender algunos de los retos particulares que conlleva la oferta de salud.

Los autores han creado un grupo preliminar bastante comprensivo de 40 indicadores en nueve categorías con sus correspondientes mecanismos de clasificación. Algunos de los microaseguradores más conocidos que se discuten en este libro fueron evaluados, a modo de prueba, utilizando este grupo —la información se sustrajo de los estudios de casos de CGAP.

Tabla 35 **Clasificación de proyectos de microseguro – una ilustración**

Microasegurado	*País*	*Potencial*	*Puntuación actual*	*Clasificación / Puntuación (%)*
Yeshasvini	India	122	100	82
TUW SKOK	Polonia	130	106	82
La Equidad	Colombia	86	70	81
VimoSEWA	India	86	65	76
Tata-AIG	India	89	66	75
AssEF	Benin	143	105	73
CARD MBA	Filipinas	151	109	72
Columna	Guatemala	150	108	72
Grameen Kalyan	Bangladesh	132	92	70
UMSGF	Guinea	117	77	66
ServiPerú	Perú	109	70	64
Spandana	India	114	63	55
MUSCCO	Malawi	137	75	55
Madison	Zambia	77	41	53
Yasiru	Sri Lanka	117	55	47
Delta Life	Bangladesh	127	58	46
AIG Uganda	Uganda	79	35	44
Karuna Trust	India	59	26	43
TYM	Vietnam	114	39	34

En la anterior ilustración, cada indicador recibió una puntuación potencial con el fin de darle un peso en la puntuación total. La puntuación total potencial para un microasegurador es la suma de las puntuaciones individuales totales para aquellos indicadores relevantes o mesurables de un microasegurador. Ya que no todos los indicadores son aplicables ni mesurables a un microasegurador, la puntuación total potencial varía. Por ejemplo, un indica-

dor cualitativo que mide si las tarifas por servicios son negociadas o no con los proveedores de servicios de salud sólo afecta a un microasegurador de salud —para los microaseguradores que no tienen un producto de salud, tanto la puntuación real como potencial de este indicador se estableció en 0—. De igual forma, en aquellos casos donde la información fue insuficiente para la evaluación de un indicador particular, tanto la puntuación potencial como real del indicador se quedó en 0. Sin entrar en la metodología de la puntuación ni en su fórmula, las clasificaciones para los microaseguradores en los estudios de casos se resumen en la Tabla 35.

3.10 Indicadores de desempeño y guías

Denis Garand y John Wipf[1]

Los autores quieren agradecer a Alexia Latortue y a Aude de Montesquiou (CGAP), así como a Ellis Wohlner (consultor para SIDA), la edicion y sugerencias sobre este capítulo.

El microseguro tiene el potencial de ofrecer gran parte de la protección que tan necesaria es para los pobres. Como es relativamente nuevo, el microseguro representa una oportunidad para la industria de seguros de aprender destrezas nuevas y superiores, tales como mecanismos de entrega a bajo costo, a fin de aumentar este mercado efectivamente. Un número realista de puntos de referencia en forma de estándares operacionales e indicadores de desempeño pueden ser una guía excelente para aquellos gerentes de microseguro que buscan la continuidad y la excelencia.

En industrias de seguro maduras, por ejemplo, las agencias de clasificación y los reguladores utilizan proporciones claves de seguro para dar seguimiento e identificar a las compañías que están en riesgo de fracasar. Esto permite una intervención oportuna que pudiera salvar a la aseguradora. Del mismo modo, muchas compañías utilizan el desempeño de la industria como punto de referencia para compararse con sus competidores, y esto les permite reparar en las áreas que necesitan mejorar. Un grupo de indicadores unido a valores de referencia aceptados por la industria (estándares de desempeño) pueden ser una señal para la gerencia, las juntas y otras partes con interés, ayudándoles a cerciorarse de que la compañía continúa solvente y el desempeño continúa mejorando.

El desarrollo de indicadores clave del desempeño y la publicación periódica del desempeño de todos los esquemas de seguro participantes debería ser una prioridad del microseguro, ya que contribuye al desarrollo de un mercado de microseguro robusto, fuerte y transparente. Los estándares de desempeño son metas operacionales que ayudan a un microasegurador a alcanzar viabilidad, mientras que los indicadores se utilizan para medir el grado hasta el cual los estándares establecidos se alcanzan. Estos indicadores, tanto

1 Las referencias a Bungwe (Rwanda), TYM y Doug Trieu (Vietnam), Confederation Life (Canadá) y la industria de seguros pre-necesidad en las Filipinas se basan en las experiencias de los autores.

cualitativos como cuantitativos, deberían enfocarse primariamente hacia medidas financieras clave, ya que estas permiten una evaluación rápida de la organización. Estas deberían cubrir la gama total de las operaciones, incluyendo el *marketing* y la distribución, las inversiones y el manejo de riesgos. Los gerentes deberían medir el desempeño de sus operaciones y compararlas con las de organizaciones similares, por lo menos, anualmente. Los donantes también querrán evaluar la posición actual del socio en comparación a otros en la industria.

El objetivo principal de este capítulo es discutir algunos de los indicadores más importantes que deberían incluirse. Además, se explica por qué estos indicadores seleccionados son útiles para evaluar la salud general del programa de microseguro, y subraya las áreas que pudieran requerir mayor desarrollo. Para que sean útiles y manejables, debieran ser sólo entre cinco y doce indicadores iniciales. Si se necesitan más datos, los gerentes pueden profundizar con unos indicadores más detallados para aislar y destacar asuntos específicos.

Ya que la implantación del microseguro varía grandemente entre países, culturas y sectores afiliados, los indicadores revisados aquí tienen el propósito de cubrir la mayoría de las situaciones y ver al microseguro como un todo —esto es, un esquema que consta de uno o más de los siguientes actores: un agente de entrega de la compañía de seguros, un proveedor de servicios, un tercero administrador, y una compañía de seguros o una organización de microseguro que carga el riesgo por sí sola.

La idea básica es que una organización que promueve el microseguro tiene interés en entender todos los aspectos de su programa de seguros y procura su sostenibilidad a largo plazo. Este capítulo cubre los indicadores en cuatro áreas principales: 1) comunicación y distribución 2) administración financiera y viabilidad, 3) eficiencia y valor para el cliente y 4) gerencia de inversiones.

1 Marketing y distribución

La efectividad del *marketing* y la distribución es uno de los requisitos más importantes para la sostenibilidad a largo plazo del esquema de microseguro. Sin un *marketing* exitoso, la organización probablemente no logre alcanzar o retener la masa crítica que necesita para sobrevivir. El *marketing* exitoso, por su parte, depende en gran medida de la satisfacción de los clientes con los servicios y el valor percibido de los productos. En esta categoría hay tres factores clave: participación, renovación y persistencia.

Como un indicador de la efectividad del *marketing*, **la tasa de participación** se refiere a la proporción de miembros elegibles de una población-meta que participa en el programa de microseguro en un momento determinado.

Tasa de participación = *número total de miembros elegibles dentro de una población-meta*

La situación ideal es que una población muy grande de una población-meta participe voluntariamente en un programa de microseguro, lo que generalmente indica que la población ha aceptado el concepto de agrupar los riesgos y los recursos. También es probable que los participantes tengan un buen entendimiento del paquete de beneficios y de cómo acceder los beneficios.

En Rwanda, el esquema de microseguro Bungwe, lanzado en 2001, alcanzó una tasa de participación del 24% en su primer año de operaciones. Esta tasa ha aumentado anualmente y, en 2005, un impresionante 95% de la comunidad estaba participando. El éxito del programa puede obedecer a que los clientes comprendan el aspecto solidario y vean un gran valor en el esquema, ya que les proporciona acceso al centro de salud y a los servicios de ambulancia de la aldea, y a que los desarrolladores del esquema están bien atentos a las necesidades de la población. Este esquema fue viable en su primer año de operaciones.

Por el contrario, en TUW SKOK (Polonia) sólo el 10% de los miembros de la unión crediticia en la meta se inscriben en los servicios voluntarios del asegurador. Esta tasa tan baja de participación podría indicar que las líneas de producto no son atrayentes para la mayoría de los miembros, o que los miembros consideran que los productos y servicios que ofrece la compañía son de un valor insignificante, o posiblemente que las destrezas del canal de distribución son ineficientes. En cualquier caso, la gerencia debería tomar nota del escaso valor de este indicador y procurar entender por qué no le esta siendo posible atraer a un mayor porcentaje de su mercado-meta.

Una manera de lograr un nivel de participación más alto es hacer la cobertura obligatoria. Esto sólo es posible en algunos casos, tales como el de los deudores de una IMF o el de los miembros de una cooperativa que votan la cobertura obligatoria en su asamblea general de miembros, pero es virtualmente imposible en un esquema comunitario. CARD, en Filipinas, exige a todos sus deudores elegibles entrar en una asociación de beneficios mutuos (CARD MBA). De igual forma, TYM y Dong Trieu, en Vietnam, requieren que sus deudores de microfinanzas participen en el esquema de microseguro.

La cobertura obligatoria no significa que el microasegurador pueda descuidar sus esfuerzos de *marketing*. Estos productos y servicios deben venderse continuamente, y su valor debe mantenerse, de otro modo la resistencia a la participación obligatoria podría aumentar. CARD aparenta tener éxito en esto, pues muchos de los miembros de la MBA afirman que los productos de seguro son su razón principal para unirse a CARD *(vease el Cuadro 65)*. Por otro lado, en 2004, los clientes de Dong Trieu expresaron

en discusiones de grupos focales su satisfacción con el programa de microseguro, a pesar de las limitaciones en sus beneficios, principalmente porque se sentían honrados de contribuir a un fondo que en su momento pudiera ayudar a los clientes a afrontar dificultades. En ambos casos, las organizaciones tuvieron éxito en la implantación de programas de microseguro de participación obligatoria.

Cuadro 65

Gran valor adjudicado al seguro

En una encuesta cualitativa realizada en 2002 por Freedom from Hunger, 12 de 27 grupos focales entrevistados identificaron el seguro MBA como el *aspecto mas valioso de la cartera completa de productos de CARD.* Este resultado es contrario a la experiencia de otros países, donde el seguro obligatorio nunca es el más alto en la escala de valor de los productos de una institución que ofrece facilidades de ahorro y crédito, a menudo por razón de su naturaleza intangible.

Fuente: Adaptado de Mccord y Buczkowski, 2004.

La **tasa de renovación** es un indicador relacionado, pero se refiere específicamente a los productos a plazo (productos con un término fijo de cobertura, por ejemplo de un año). Se define como el porcentaje de clientes que tenía cobertura en el año anterior y que todavía es elegible para su renovación, que está renovando su cobertura a plazo. Entre otras cosas, refleja la satisfacción del cliente una vez adquirido el producto a plazo.

$$\textit{Tasa de Renovación} = \frac{\textit{(número de clientes del año X que renuevan cobertura en el año x+1)}}{\textit{(número de clientes en el año x)}}$$

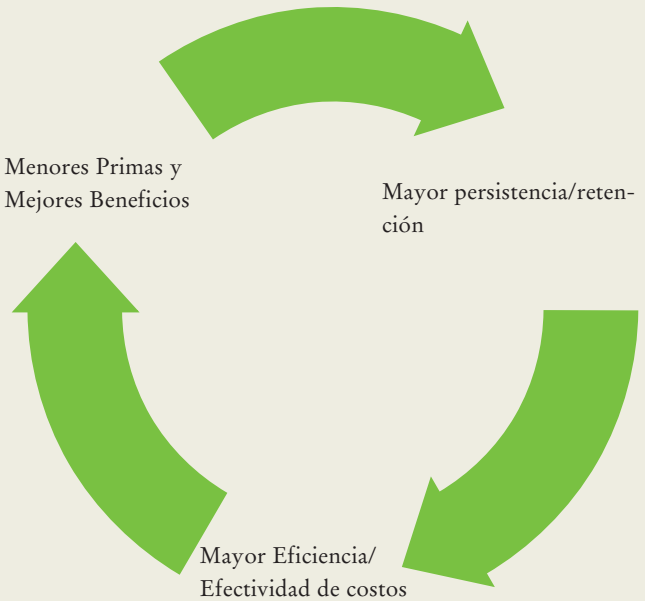
Una medida más general es **la tasa de persistencia**, que se refiere al número de clientes de un mismo grupo que renueva su cobertura en una fecha posterior, dividido por el número de clientes del mismo grupo con cobertura en el año x. Es más general que la tasa de renovación, ya que se aplica tanto a la cobertura a plazo como a la que es continua.

Para los esquemas con participación voluntaria, las tasas de baja renovación y persistencia son frecuentemente indicativas de la insatisfacción de los clientes, posiblemente a causa de una comunicación pobre, un valor de producto inaceptable, pagos insatisfactorios de las reclamaciones, etc.

Operacionalmente, las tasas altas de participación y persistencia ayudan a reducir los gastos administrativos. Esto añade valor al producto, ya que una mayor proporción de la prima puede devolverse como beneficios, lo que a su vez incentiva una participación todavía mas amplia a largo plazo *(véase la*

Figura 22). Por ejemplo, en Guinea, la tasa relativamente alta de participación de UMSGF, una tasa de renovación del 81% y un 30% de participación entre la población-meta ayudan a alcanzar una proporción de gastos baja, de sólo un 18%-20% de la prima bruta. Esta proporción baja de gastos permite al esquema ofrecer beneficios más atractivos, y podría ser la razón para la tasa tan alta de renovaciones.

Figura 22 **La lógica circular de la retención de clientes**



En contraste, las tasas bajas de renovación durante periodos largos de tiempo aumentarán los costos por unidad del seguro, ya que los costos fijos del programa deben ser distribuidos a través de menos unidades de seguro, lo que afecta a la participación y persistencia todavía más, ya que los gastos altos resultan en un valor reducido del producto. Es muy probable que la ambivalencia de Delta Life (Bangladesh) hacia su tasa tan baja de persistencia contribuya a su proporción tan alta (aunque mejorando) de gastos, e igualmente probable que su proporción tan alta de gastos refuerce las tasas bajas de persistencia por su valor tan pobre.

El lector pudiera preguntarse en este punto: «¿Cuáles son las tasas aceptables de participación y de renovación/persistencia?». No hay una contestación directa a esta pregunta, ya que dependerá de factores tales como el tipo de esquema de microseguro, el tamaño de la población-meta, el canal de distribución y cuánto tiempo hace que se estableció el programa. Un esquema

vinculado a una IMF, como el de CARD, por ejemplo, no se puede comparar favorablemente con un programa como el de Delta Life, que depende de agentes que venden pólizas individuales, sin calibración ni mecanismo de calibración alguno.

Esto sugiere que las fórmulas de calibración para el grupo de indicadores propuesto deberían considerarse como parámetros del tipo de esquema de microseguro, el tiempo que ha transcurrido desde que se estableció, sus líneas de productos, el mercado-meta, los canales de distribución, etc. Por ejemplo, bien podría significar que un esquema de seguro de salud con base comunitaria que alcanza un 30% de participación en el año 5 se reflejará tan bien o mejor que una unión crediticia que alcanza un nivel de penetración del 65% en el año 4 con un producto voluntario de vida de crédito comercializado en un mercado-meta muy definido, por ejemplo: quienes toman a préstamo. La percepción de lo que es un buen valor resulta no sólo de una proporción beneficio-a-prima alta, sino también de la satisfacción con el servicio. Es probable que las tasas bajas de renovación de VimoSEWA hayan mejorado recientemente gracias a un mejor servicio y gestión del tiempo en el proceso de reclamaciones *(véase la Tabla 32)*. Por otro lado, encuestas detalladas de la satisfacción de la clientela probablemente confirmarían que el nivel bajo de persistencia de Delta Life no se beneficia en modo alguno de las tardanzas extendidas en el pago de las reclamaciones, ni de los esfuerzos mínimos en el servicio al cliente, ni tampoco de las altas tasas de denegación.

Tabla 32 **El servicio mejorado aumenta en VimoSEWA**

Periodo	*Tasa de renovación*	*Tiempo para pagar las reclamaciones de salud*
2002	No disponible	90
2003	48	70
2004	51	62
2005	59	59

Nota: *El tiempo en días que se toma reembolsar reclamaciones referentes a salud es calculado desde la fecha de hospitalización. El tiempo promedio para que un miembro someta una reclamación es de 40 días.*

Desafortunadamente, en algunos entornos las tasas de persistencia baja pueden resultar en ganancias mayores para la compañía. Por ejemplo, la industria comercial pre-necesidad (que ofrece principalmente planes educativos, de pensión y de entierros pre-pagados), en Filipinas, se beneficia enormemente del valor nominal de los pagos en efectivo en el momento de la

entrega de las pólizas pre-necesidad.[2] La estrategia de algunas compañías sin escrúpulos es ofrecer comisiones muy altas a los agentes individuales en los primeros años de vigencia de la póliza, pero reducir luego las comisiones a un tercio en el tercer año y años subsiguientes, de un plan de 5-10 años. Esto conlleva unas ventas muy agresivas, a menudo a compradores renuentes que entonces cancelan las pólizas o las dejan caer en manada entre el tercer y el cuarto año, cuando el agente centra su atención en otro asunto. La compañía entonces se beneficia de las cancelaciones tempranas, ya que el pago por entrega es muy bajo.

Obviamente, estas prácticas de venta van en contra del espíritu del microseguro. En algunos países, el mercado de bajos ingresos se expone a esquemas de seguro deshonestos y, como resultado, los verdaderos microaseguradores tienen que trabajar más arduamente para demostrar que son, en efecto, diferentes.

2 Administración financiera y viabilidad

Uno de los indicadores más importantes es el resultado financiero neto o **ingreso neto** del microasegurador, ya que refleja su desempeño en todas las actividades durante el periodo revisado *(véase la Tabla 33)*. Este debería computarse neto de las subvenciones y de las donaciones recibidas. Para medir el ingreso neto, tiene que haber una ganancia correcta y declaración de pérdidas sobre contabilidad agregada,[3] que tiene en cuenta los costos de administrar el esquema, la depreciación del equipo, los aumentos en la reserva, etc.

***El ingreso neto** (antes de las subvenciones no-permanentes) = Prima devengada + ingreso por inversiones-reclamaciones incurridas-gastos operacionales-aumentos de la reserva.*

Producir estados financieros correctos es una función admisnistrativa importante de los esquemas de microseguro. Los resultados deben demostrarse por línea de producto para dejar claro dónde se gana y se pierde dinero en el programa. Esto requiere la asignación apropiada de gastos sobre una base acumu-

[2] La **industria de seguros pre-necesidad,** en Filipinas, es un subsector especial de la industria del seguro, en el que las compañías ofrecen planes de ahorros con características de seguro para enfrentar necesidades futuras como el retiro, las bodas de los hijos, los gastos funerarios, educación, etc. Actualmente es regulada por la Securities and Exchange Commission, pero hay un proyecto de ley pendiente para transferirla al Comisionado de Seguros.

[3] **Contabilidad agregada** es un método que mide el desempeño y posición de la compañía mediante el reconocimiento de los eventos económicos según ocurren, independientemente de cuándo se hicieron los pagos relacionados.

lada y por línea de producto, al igual que un cálculo correcto de las reservas actuariales, ya que los aumentos en reserva deben ser reconocidos como un gasto. La capacidad de producir una declaración de ganancias y pérdidas, una hoja de balance o un estado de flujo de dinero en efectivo por línea de producto deberían ser requerimientos estándar para todos los esquemas de microseguro, y debería darse seguimiento a dicha capacidad por medio de indicadores cualitativos. Algunos productos, como el seguro de vida de crédito, son generalmente lucrativos dentro del primer año si son implantados correctamente, mientras que otros, como el seguro de salud, pudieran necesitar varios años antes de generar ganancias. Obviamente, un ingreso positivo neto a traves de varios años sugiere la viabilidad del esquema de microseguro, al menos a corto plazo, mientras que una organización con ingresos netos negativos significativos y consecutivos se erosiona hasta tal punto que se vuelve insolvente.

Tabla 33 **Ejemplos seleccionados de ingreso neto**

Organización	*Fecha de comienzo del microseguro*	*Tipo de producto*	*Ingreso neto como porcentaje de la prima ganada*
CARD MBA	1994, informalmente 1999, registro formal	Vida de crédito, vida, productos de ahorro	31 (2003)
MUSCCO	1980	Vida de crédito, ahorros de por vida	40-45 (2003, información incompleta de prima ganada)
Spandana	1998	Seguros de vida y salud	20 (2003-2004)
AssEF	2003	Salud	-24 (2004) antes de subsidios
VimoSEWA	1992	Vida, accidente, salud y protección de activos	-51 (2004) antes de subsidios

La cantidad de ingreso neto debería reflejar las metas deseadas del esquema. Los objetivos de un esquema que comienza son habitualmente proporcionar un buen valor a los participantes y permanecer viable a mediolargo plazo. Para los programas más maduros, sin embargo, estas metas se expanden hasta reflejar el deseo de un rendimiento competitivo en el capital y excedente de los miembros y accionistas, o para transformar el esquema en una compañía de seguros completamente capitalizada.

El ingreso neto tiene un efecto directo en la **ratio de solvencia**, definida aquí como el total de deudas del esquema de microseguro dividido entre sus activos admitidos.[4] Claramente, el resultado tiene que estar por debajo de 1

[4] Los **Activos admitidos** son aquellos que el regulador permite incluir en el cálculo de la ratio de solvencia; generalmente, son activos de una calidad más alta, pero también pueden incluir entradas como el valor residual del equipo de la compañía.

para que el esquema se vuelva técnicamente solvente. Por ejemplo, a los MBA en Filipinas el Comisionado de Seguros les pide mantener una ratio de insolvencia de 0,80 o menor.

***Ratio de Solvencia** = deudas totales/activos admitidos*

Otro indicador importante para esta categoría es la **ratio de liquidez**. Incluso si un microasegurador tiene una ratio de solvencia saludable, todavía podría tener problemas a la hora de pagar las reclamaciones y gastos si no tiene dinero en efectivo suficiente o equivalentes a efectivo a corto plazo *(véase el Cuadro 66)*. Demasiado dinero en efectivo, por otro lado, generalmente significa que el esquema esta obviando oportunidades de inversión, lo que resultará en primas más altas o en menores beneficios para los participantes.

***Ratio de Liquidez** = dinero en efectivo e inversiones equivalentes a dinero en efectivo/pagos probables durante el año*

Cuadro 66

¿Qué acabó con la Confederation Life of Canada?

Para las compañías desarrolladas de seguro, una causa clásica de fracaso es la falta de liquidez. Una gran compañía canadiense, Confederation Life, fracasó principalmente a causa de que una proporción alta de sus fondos estaban invertidos en propiedad no líquida. En 1990, Confederation Life era una de las compañías más grandes de Canadá. Su sobreinversión en propiedades la llevó no obstante a tener problemas, que resultaron en grandes pérdidas en su valor. Aún más importante, le suscitó una crisis de liquidez. El 12 de agosto de 1994, los reguladores declararon la compañía insolvente. Muchos años más tarde, los administradores de la bancarrota pudieron pagar todas las obligaciones pendientes del asegurador, tras disponer de tiempo suficiente para vender las propiedades que la compañía mantenía como activos.

3 Eficiencia y valor para el cliente

Según se ha mencionado, un buen valor del producto es uno de los catalíticos más importantes para la tasa de participación y para que el esquema sea viable. Un buen valor, sin embargo, sólo puede alcanzarse con una ratio de gastos baja, que es la proporción de la prima devengada en un periodo par-

ticular consumida por los gastos operacionales incurridos durante el mismo periodo.

Ratio de gastos = *gastos operacionales incurridos/prima devengada*

Por definición, las primas de microseguro son pequeñas y generalmente cobradas en plazos frecuentes. El resultado es un número grande de transacciones relativas a las cuantías de la prima, que hacen difícil mantener un ratio de gastos bajo. Por ende, habitualmente la viabilidad sólo puede alcanzarse si se utiliza un sistema existente para el cobro *(véase el Capítulo 3.3)*. El mejor ejemplo es un programa de microseguro vinculado a una IMF, en que las primas son cobradas junto con los pagos de préstamos de microfinanzas. Otro ejemplo es Yeshasvini (India), que colabora con cooperativas productoras de leche fresca, cobrando directamente a las cooperativas, que a su vez deducen la prima de las ganancias devengadas por los agricultores de sus entregas de leche fresca. Los productos voluntarios dirigidos a una comunidad más amplia también requieren algún tipo de mecanismo para alcanzar eficientemente a números grandes de participantes, como por ejemplo utilizar grupos de crédito y ahorro.

Como regla, para ser efectivo en microseguro, la ratio de gastos-meta debería situarse por debajo del 30% en los primeros años del esquema, pero con una tendencia hacia el 20% o menos después de que el programa se haya estabilizado. CARD MBA alcanza una ratio de gastos bastante por debajo del 20%, descansando en el sistema de cobro de una IMF asociada. La meta es mucho más difícil de alcanzar para esquemas como Delta Life, que ofrecen productos de vida individual con cobro de prima realizado por personal de campo de puerta en puerta.

Un buen complemento de este indicador es la **ratio de reclamaciones incurridas**, definida como el total de reclamaciones incurridas dividido por la prima devengada en un periodo particular. Un buen valor de producto requiere que tanto de la prima como sea posible se devuelva a los miembros a modo de beneficio. **La médula del reto del microseguro es mantener una ratio de reclamaciones alta, al tiempo que se conserva viable**. Claramente, esto sólo puede lograrse con un máximo de eficiencia operacional resultante en una ratio de gastos baja y maximizando los rendimientos de las inversiones en el fondo de reserva del esquema *(véase la Tabla 34)*.

Ratio de reclamaciones incurridas = *reclamaciones incurridas/prima devengada*

Aun cuando CARD MBA tiene una ratio de gastos por debajo del 20%, su ratio de reclamaciones para vida de crédito es aproximadamente el 16%, lo

que es muy bajo. Si esta ratio de reclamaciones baja se mantiene a lo largo del tiempo, muchos miembros podrían cuestionar el valor del programa de seguro. El MBA debería considerar, bien reducir las tarifas del seguro de vida de crédito, bien proporcionar algún beneficio adicional, ya que ni los pagos de dividendos ni el subsidio cruzado de productos se permiten en una MBA.

Delta Life, con su ratio de gastos alta, sobre el 40%, y una ratio de reclamaciones bastante baja, llama la atención sobre el valor de proporcionar productos de seguro dotal a los mercados de bajos ingresos —tal vez los productos de seguro dotal individual no son los mejores vehículos para el ahorro para los pobres *(véase el Capítulo 2.2).*

Otra medida en esta categoría es el **tiempo para el pago** —cuántos días tarda un cliente en recibir un pago una vez que ha ocurrido un evento—. El pago puntual de las reclamaciones es un aspecto importante de servicio y de buen valor. Los modelos de microseguro de salud que utilizan un sistema sin dinero en efectivo proporcionan alivio inmediato al cliente, por lo que tales sistemas deberían calibrar alto este indicador.

4 Administración de inversiones

Según se discute en el Capítulo 3.6, dondequiera que exista una acumulación de fondos, se necesita una administración de inversiones tal que optimice el valor. La administración incorrecta de los activos es una razón principal para el fracaso de compañías de seguro comercial. Los microsaseguradores que ofrecen productos de acumulación de activos a largo plazo tienen que estar muy atentos si administran sus activos profesionalmente.

La diversificación y la calidad son las mejores maneras de proteger una cartera de inversiones, por lo que ambas son indicadores importantes para medir la sostenibilidad. La medida de **diversificación de activos** debería reflejar la cuantía invertida en un activo particular, incluyendo una organización relacionada, mientras que la medida de la **calidad del activo** debería reflejar la calidad total de la cartera. Por ejemplo, como regla general, no más del 10% de los activos debería asignarse a la misma inversión u organización relacionada. La sobreexposición a la propiedad es otro peligro, ya que finalmente afecta a la liquidez y hace difícil para el esquema cumplir sus obligaciones con reclamaciones y gastos de manera puntual.

Tabla 34 **Radios de gastos y reclamaciones para esquemas seleccionados**

Proyecto de microseguros	*Tasa de gastos*	*Tasa de reclamaciones incurridas*	*Comentarios*
CARD MBA	17	16 (vida de crédito 60 (vida total)	CARD MBA es extremadamente eficiente, pero un número reducido de estas ganancias son pagadas en forma de beneficios, como resultado del rapido crecimiento de los excedentes. Sin embargo, los clientes perciben el programa como uno que tiene un valor excelente. No se puede esperar que dure infinitamente.
Spandana	4	91	Spandana combina pocos gastos y una tasa de pagos alta. Esto provee gran valor a los miembros.
MUSCCO	15	40	Existe valor para los clientes pero luego que el proyecto acumula sus reservas, este necesita mejorar su valor.
AIG Uganda *	41	37	Poco valor.
Delta Life	41	10	Los altos gastos en combinación con los bajos beneficios crean dudas sobre la viabilidad del producto a largo plazo.
Yesashvini	10	140	La tasa de reclamaciones es alta porque el plan recibió un subsidio gubernamental en el año 2004; este puede disminuir en el próximo año cuando la prima se duplique. El programa es muy nuevo para someterlo a una evaluación sobre su viabilidad futura.
AssEF	71	71	Con estas tasas, el programa tiene un margen muy bajo para crear reservas para protegerse de la variación en las reclamaciones.

*. Estas tasas solamente tienen en consideración la prima pagada por el MFI al asegurador, pero no el pago adicional retenido por el MFI para pagar por sus gastos propios.

CARD MBA y VimoSEWA experimentaron recientemente una concentración alta de inversiones en una organización relacionada, la cartera de préstamos de la IMF principal.[5] Se trata de un peligro bien conocido y ambos microaseguradores se clasificaron abajo en esta categoría. La mayoría de los estudios de casos ofrecen poca información en cuanto a la diversificación de activos, la calidad de los activos o las inversiones en general.

Si la organización ha otorgado garantías a largo plazo, entonces debe tener la capacidad de llevar a cabo un **vínculo de activos y pasivos** (ALM, por sus siglas en inglés). Este proceso requiere proyecciones de fuentes de pérdidas

[5] Desde que se completaron los estudios de casos, CARD MBA y VimoSEWA han aplicado las medidas correctivas y han reducido significativamente sus inversiones en organizaciones relacionadas.

(reclamaciones, gastos, madurez, etc.) y capacidad de barajar periódicamente las inversiones para comprobar que los rendimientos de inversión requeridos están prorrateados para coincidir con obligaciones futuras de dinero en efectivo. Si una cartera con garantías a largo plazo no se gestiona así, pudiera fácilmente resultar en bancarrota. Si el esquema no tiene tal capacidad, debería confiar externamente su gestión de inversiones a una firma de profesionales. El desempeño de la administración de inversiones debe seguirse a través de indicadores cualitativos.

Un microasegurador que ofrece garantías de tasas de interés a largo plazo debe tener fácil acceso a instrumentos de inversión de calidad con tasas de interés y plazos suficientes para cubrir el pago de las garantías en su momento. Por lo general, no debería ofrecer garantías a largo plazo sin cerciorarse de si están vinculadas al desempeño real de la cartera *(véase el Capítulo 3.6)*. Deberán desarrollarse indicadores para dar seguimiento a estas prácticas.

5 Conclusión

El desempeño como punto de referencia es importante para que los proveedores de microseguro puedan evaluar su desarrollo o para que los donantes comprendan los requisitos para su desarrollo. Algunos de los indicadores más importantes para una evaluación preliminar de las operaciones y prácticas de un microasegurador son:

***Marketing* y distribución**
- Tasa de participación
- Tasa de renovaciones
- Tasa de persistencia

Administración financiera y viabilidad
- Ingreso neto
- Ratio de solvencia
- Ratio de liquidez

Eficiencia y valor del cliente
- Ratio de gastos
- Ratio de reclamaciones incurridas
- Tiempo hasta el pago (del beneficio)

Administración de inversiones
- Diversificación de activos
- Calidad de activos
- Vínculo entre activos y pérdidas
- Vínculo entre las tasas de interés de las garantías

El propósito de estos indicadores es señalar las áreas clave que requieren la atención de la gerencia. Una vez hay un hallazgo de deficiencia, se requiere una investigación más profunda para comprender la raíz del problema y para desarrollar soluciones que mejoren los resultados en años futuros de operación.

Además de estas cuatro categorías, deberán desarrollarse otros indicadores adicionales en las áreas de **manejo de riesgos, de estructura organizacional y legal, esfuerzos para alcanzar a la comunidad y seguro de salud.** Esta última categoría debería atender algunos de los retos particulares que conlleva la oferta de salud.

Los autores han creado un grupo preliminar bastante comprensivo de 40 indicadores en nueve categorías con sus correspondientes mecanismos de clasificación. Algunos de los microaseguradores más conocidos que se discuten en este libro fueron evaluados, a modo de prueba, utilizando este grupo —la información se sustrajo de los estudios de casos de CGAP.

Tabla 35 **Clasificación de proyectos de microseguro – una ilustración**

Microasegurado	*País*	*Potencial*	*Puntuación actual*	*Clasificación / Puntuación (%)*
Yeshasvini	India	122	100	82
TUW SKOK	Polonia	130	106	82
La Equidad	Colombia	86	70	81
VimoSEWA	India	86	65	76
Tata-AIG	India	89	66	75
AssEF	Benin	143	105	73
CARD MBA	Filipinas	151	109	72
Columna	Guatemala	150	108	72
Grameen Kalyan	Bangladesh	132	92	70
UMSGF	Guinea	117	77	66
ServiPerú	Perú	109	70	64
Spandana	India	114	63	55
MUSCCO	Malawi	137	75	55
Madison	Zambia	77	41	53
Yasiru	Sri Lanka	117	55	47
Delta Life	Bangladesh	127	58	46
AIG Uganda	Uganda	79	35	44
Karuna Trust	India	59	26	43
TYM	Vietnam	114	39	34

En la anterior ilustración, cada indicador recibió una puntuación potencial con el fin de darle un peso en la puntuación total. La puntuación total potencial para un microasegurador es la suma de las puntuaciones individuales totales para aquellos indicadores relevantes o mesurables de un microasegurador. Ya que no todos los indicadores son aplicables ni mesurables a un microasegurador, la puntuación total potencial varía. Por ejemplo, un indica-

dor cualitativo que mide si las tarifas por servicios son negociadas o no con los proveedores de servicios de salud sólo afecta a un microasegurador de salud —para los microaseguradores que no tienen un producto de salud, tanto la puntuación real como potencial de este indicador se estableció en 0—. De igual forma, en aquellos casos donde la información fue insuficiente para la evaluación de un indicador particular, tanto la puntuación potencial como real del indicador se quedó en 0. Sin entrar en la metodología de la puntuación ni en su fórmula, las clasificaciones para los microaseguradores en los estudios de casos se resumen en la Tabla 35.

4 Opciones institucionales

4.1 Las cooperativas y el seguro: la ventaja mutualista

Klaus Fischer y Zahid Qureshi

Karen Schwartz complementó parte de este capítulo con ideas y sugerencias obtenidas de años de experiencia de desarrollo internacional en el movimiento cooperativo. Los autores reconocen su contribución. Desean agradecer además a Jean-Bernard Fournier y a Catherine Tremblay (DID), Sabbir Pattel (ICIMF), Ralph Radermacher (University of Cologne) e Igor Vocatch-Boldyrev (OIT) su revisión del capítulo y sus ideas y comentarios, que ayudaron a poner muchas de las facetas de las mutualistas en la justa perspectiva.

1 Introducción

La mayoría de los proveedores de microseguro del mundo son instituciones mutualistas de alguna clase. Las instituciones mutualistas son propiedad de sus miembros-usuarios, y respetan el principio de «un miembro, un voto».[1] Las instituciones mutualistas pueden ser de distintos tipos, incluyendo tres que emergen de los estudios de casos:

1. Compañías mutualistas (o cooperativas) de seguro que operan por sí solas: son principalmente compañías mutualistas de seguros grandes, no afiliadas a ninguna red de instituciones mutualistas. CARD MBA en Filipinas y Yasiru Mutual Provident Fund en Sri Lanka son ejemplos de mutualistas independientes.

2. Seguro como negocio afiliado a una red de cooperativa financiera (cooperativa de ahorro y crédito, o SACCO, por sus siglas en inglés):[2] una compañía de seguros afiliada a una red de cooperativas, generalmente cooperativas de ahorro y crédito, provee servicios de seguros a los miembros de la red.[3]

[1] Las expresiones «institución mutualista» y «mutualista» utilizada en este capítulo se refiere tanto a las «cooperativas» y «asociaciones mutualistas». Las diferencias técnicas entre ambas de estas formas específicas se discuten en la Sección 2.

[2] Este capítulo utiliza el término SACCO, que es mas genérico que la «unión de crédito». El término «cooperativa financiera» no se utilice ya que a menudo representa tanto a las cooperativas de seguro de ahorro como a las de seguro de crédito.

[3] El termino «red» aplica a estructuras principales que vinculan a muchas instituciones independientes mediante un contrato a largo termino o una alianza para agrupar recursos. Por ejemplo, SANASA (dueña de ALMAO), una de las alianzas más grandes del mundo, se compone de 8,500 asociaciones de crédito y ahorro independientes y autorizados.

3. Redes de asociaciones mutualistas de seguros: se componen de asociaciones mutualistas de seguros que crean estructuras principales, tales como la Unión Tecniqué de la Mutualité Marlienne (UTM); las asociaciones y sociedades fraternas también operan de este modo. Este enfoque también se conoce como «basado en la comunidad», y se discute en detalle en el Capítulo 4.3.

La diferencia principal entre la segunda y la tercera categoría es que, para esta última, las mutualistas se crean solamente para proveer seguros a sus miembros, mientras que para las SACCO el seguro es solamente un producto adicional y a veces ni siquiera se considera como un servicio principal. Este capítulo se enfoca en el segundo tipo —aseguradores para una red cooperativa—, que incluye las instituciones que se resumen en la Tabla 36.

Tabla 36 **Estudios de caso que corresponden al modelo de redes de cooperativas**

País	*Institución (# de SACCO's afiliados)*	*Fecha de comienzo del proyecto*	*Personas aseguradas*
Perú	ServiPerú (86)	1994	94.000 (2003)
Polonia	TUW SOK (1.285)	1998	93.000 (2003)
Guatemala	Columna (87)	1993	54.000 (2003)
Various	9 ICMIF member insurers[1]		
Malawi	MUSCO (57)	1980	56.000 (2004)
Colombia	La Equidad Seguros (1.273)[2]	1970	30.000 (2004)
India	Yashasvini Health Care Trust (25.000)[3]	2002	1.450.000 (2004)
Sri Lanka	ALMAO (8.500)	1991	50.000 (2004)
Benin	AssEF (137)	2003	2.000 (2004)
Togo	MAFUCETO (68)[4]	1989	n.a.

Notas:

[1] *Este estudio de caso, ICMIF (2005), "Lessons Learnt the Hard Way", cubre nueve instituciones en ocho países. Los acuerdos de confidencialidad no permiten la divulgación de nombres de las instituciones.*

[2] *Incluye SACCOs y otras cooperativas.*

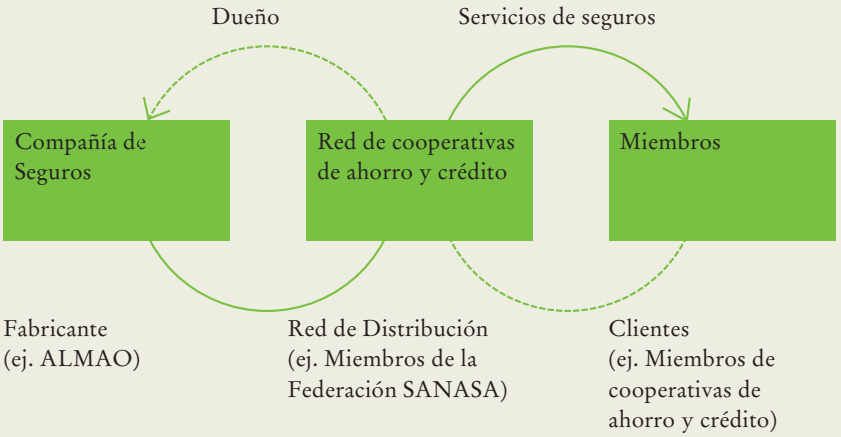
[3] *Las sociedades de cooperativas en una gran gama de organizaciones.*

[4] *Experiencia piloto en Togo, y si esta es exitosa, será extendida a las redes de SAACO en Burkina Faso, Benin, Mali y Senegal.*

En el modelo de red cooperativa hay dos componentes principales: 1) alguien que carga con el riesgo, a menudo una compañía de seguros, que crea y suscribe los productos de seguros, y 2) una asociación de cooperativas (financiera o no financiera) que sirve como red de distribución y más o menos como mercado cautivo. La figura 23 ilustra esta relación de una manera simplificada, donde la flecha entrecortada representa los enlaces de propiedad, y la flecha sólida, el flujo de los servicios. Mientras que estos casos cubren la mayoría de las redes SACCO, el modelo funciona igual de bien en otro tipos

de redes cooperativas, tales como las cooperativas agrícolas y de consumo. De hecho, Yeshasvini es un ejemplo de microseguro ofrecido a través de una red multisectorial.

Figura 23 **Distribución de los productos de microseguro en el modelo de la red SACCO**



En contraste con el modelo socio-agente discutido en el próximo capítulo, este arreglo no es un negocio conjunto entre dos organizaciones independientes, contractualmente obligadas a ofrecer productos de seguros. En el modelo cooperativo, la compañía es propiedad de la red que la controla, y se crea para el propósito de distribuir servicios de seguros a la red inicialmente, y más tarde, cuando la compañía se establece, a otros segmentos del mercado. Esta distinción tiene implicaciones importantes para la calidad y costo de los servicios provistos a los segmentos de bajos ingresos (*véase el Cuadro 67).*

Mientras que el propósito principal de la afiliada de seguro es dar servicio a la membresía del SACCO, también puede ofrecer productos de seguro para las cooperativas mismas. Por ejemplo, según se describe en Capítulo 3.8, TUW SKOK fue creado inicialmente por la National Association of Credit Union de Polonia para proveer seguros de depósito y otras coberturas corporativas a las uniones de ahorro y crédito; sólo después de varios años el asegurador introdujo productos para los miembros del SACCO.[4]

[4] En el caso de Yeshasvini, el fideicomiso es principalmente controlado por el Departamento de Cooperativas, en vez de por las cooperativas mismas. Aunque se trata de un caso único, la experiencia demuestra que las redes de cooperativas pueden ser útiles en una variedad de contextos.

Cuadro 67

¿Por qué el seguro cooperativo satisface a los mercados de bajos ingresos?

El 1977, UNCTAD pasó una resolución que endosaba el seguro cooperativo. En referencia a un estudio titulado *Cooperative Insurance: a Suitable Form of Insurance for Developing Countries,* UNCTADT llamó a las instituciones multilaterales y de otra índole de ayuda a «responder a los requerimientos de los países en desarrollo sobre asistencia técnica para el seguro cooperativista». Entre los hallazgos del estudio, figuran las razones por las cuales el seguro cooperativo es particularmente conveniente para los segmentos de bajos ingresos del mercado:

1. Afinidad

Una cooperativa es esencialmente un instrumento organizacional para capacitar a los productores pequeños y a los consumidores para agrupar sus recursos y asegurar ventajas económicas de escala —como individuos, ellos esencialmente no tienen voz, pero colectivamente pueden alcanzar resultados significativos—. Este principio es particularmente aplicable al seguro, que está basado en la distribución de riesgos a través del mayor número posible de asegurados.

2. Accesibilidad

La forma organizacional cooperativa cubre muchos sectores distintos, incluyendo la producción agrícola y de pesca, el *marketing*, el proceso de productos, la artesanía, la venta al detal, el almacenamiento, transporte, ahorro y préstamo, y la propiedad de residencia. Un asegurador cooperativo puede servir a una amplia gama de necesidades básicas y puede alcanzar a los agricultores en áreas rurales remotas, al igual que a grupos de bajos ingresos en los pueblos y ciudades.

3. Capacidad de pago

Hay muchas razones por las cuales los aseguradores cooperativos pueden reducir sus costos totales, por lo que sus primas pueden estar por debajo de las de los aseguradores privados. Un asegurador cooperativo puede evitar la necesidad de una fuerza de venta especial y de comisiones, ya que puede desarrollar una campaña de ventas para una aldea completa a través de la cooperativa agrícola existente, o comercializar directamente varias coberturas, sin agentes, a través de las cooperativas de ahorro y crédito. A través del uso de la red y de la sociedad local, el cobro de primas y los procesos de pago de reclamaciones son simples y costo-efectivos.

4. Inversión en la comunidad
El seguro cooperativo facilita la acumulación de capital y el ahorro en los segmentos de bajos ingresos y canaliza una porción de estos fondos hacia el comercio y la industria local, ayudando a mejorar los estándares de vida.

5. Propiedad
Los tenedores de pólizas son dueños de las empresas de seguro cooperativo. La estructura parlamentaria que nace de los principios cooperativistas les ofrece una oportunidad real de tener control directo sobre el proceso decisional. Tienen un especial interés en la promoción de la salud y la prevención de pérdidas, ya que su interés no es solamente en el seguro personal, sino en la protección de los activos de la sociedad que poseen en conjunto.

Fuente: Adaptada de UNCAT, 1977.

El modelo cooperativo toma esta forma básica en la mayoría de los países, tanto en los países desarrollados como en desarrollo, donde el movimiento cooperativista se ha enraizado. Es más, el modelo se ajusta solo, adaptándose a los estándares y a los requerimientos de la membresía de la red de los SACCO. En redes dominadas por la clase media (por ejemplo, SICREDI, en el sur de Brasil), estos productos tenderán a adaptarse a ese mercado. Si la red está enraizada en miembros de bajos ingresos, los productos de seguros se adaptarán a esa clientela. Si los servicios no se adaptan a las necesidades de seguros de sus miembros, puede venir el fracaso. Por ejemplo, en ALMAO, las restricciones de regulación están imponiendo una estructura de costo más alto, lo que a su vez ha estimulado el diseño de productos de un margen más alto, dirigidos a un mercado más rico, que ha alejado al asegurador de su clienta; no es sorprendente entonces que sus productos no se estén vendiendo bien.

Unas décadas atrás, el seguro cooperativista y mutualista se afianzó entre la gente de bajos ingresos en lo que actualmente son países desarrollados. En Canadá, tras la gran depresión, cuando el seguro para los hogares de bajos ingresos era inaccesible y no podía costearse, emergieron dos esquemas separados de seguro cooperativo, cada uno con cooperativas de ahorro y crédito, comercialización/oferta y cooperativas de consumo, asociaciones agrícolas y uniones comerciales. En muchos países en desarrollo están emergiendo actualmente estructuras similares.

Sin embargo, el modelo no está exento de problemas. En algunos países, un asegurador cooperativo podrá tener representación del segundo nivel de la red en su junta directiva, pero su microseguro se gestionará de acuerdo con la

gerencia y la junta de sólo un puñado de las cooperativas incluidas originariamente en la red. Es el caso de ServiPerú y de La Equidad. Ambos tienen programas de microseguro que están sostenidos, en efecto, no por una participación amplia de la red, sino por transacciones directas con unos pocos miembros solamente. Por otro lado, la ventas de microseguro de La Equidad, a través de una IMF no cooperativista, el Women's World Forum, fueron más exitosas que aquellas que se hicieron a través de las cooperativas participantes. Estas irregularidades a menudo están relacionadas con la historia particular de la red de respaldo o con las circunstancias bajo las cuales se creó la afiliada de seguros. Si la estructura de gobierno es débil, el resultado puede ser el atrincheramiento de la gerencia y un resultado menos adaptado a las necesidades de los miembros de la cooperativa.

El uso de otros canales de distribución por parte de un asegurador cooperativo puede parecer confuso y percibirse como un signo de independencia de la red cooperativista, pero ese no es el caso. No se diluye la propiedad de la red, al igual que el uso de múltiples canales de distribución por un asegurador privado no afectaría la tenencia de sus acciones. Por otro lado, las incursiones de los aseguradores cooperativos y mutualistas en sectores no cooperativistas usualmente conllevan asociaciones con organizaciones similares y basadas en popularidad —gestionadas pensando en el interés de los clientes en mente, y no en el de sus accionistas.

2 ¿Qué es un asegurador mutualista?

Hay dos tipos básicos de compañías de seguros: la de valor por acciones y la mutualista. Una **compañía de valor por acciones** es propiedad de los inversionistas, entre los cuales se divide la ganancia a través de dividendos. Una **compañía mutualista** es propiedad de sus clientes. Después de deducir las reservas, las ganancias se distribuyen entre los clientes-propietarios, generalmente en proporción al negocio que hicieron con las compañías.

Los aseguradores mutualistas pueden ser clasificados en tres tipos. El primero no requiere ni prima, ni cobro, ni aval de pólizas. En este tipo de organización, también llamada «post-pagada», las reclamaciones se cargan a los miembros después del evento. Esta forma fue común en el pasado, pero en la actualidad está prácticamente extinta porque los miembros tienen que ser localizados después de cada evento, y el cumplimiento de sus obligaciones se debilita según se sueltan los amarres sociales. El segundo tipo tiene primas y pólizas evaluables, mientras que el tercero tiene primas y pólizas no evaluables. En este último, los tenedores de pólizas reciben dividendos, pero no se hacen gravámenes adicionales por las pérdidas (se dividen los excesos pero no las pérdidas). No es sorprendente que los reguladores requieran unos niveles

más altos de ganancias retenidas y de reservas para el tercer tipo. El segundo y el tercer tipo son bastante frecuentes hoy día. La mayoría de los aseguradores mutualistas cubiertos en este capítulo son del tercer tipo; los mutualistas discutidos en el Capítulo 4.3 tienden a ser del segundo tipo, en el que los miembros dividen los riesgos y los rendimientos.

En los países con una tradición fuerte de autoayuda y cooperativismo, una compañía de seguros o sociedad puede ser incorporada como una **cooperativa**. Mientras que las dos son instituciones de autoayuda, de responsabilidad propia y de auto-administración, la diferencia entre las mutualistas y las cooperativas descansa en la estructura de propiedad. Un asegurador mutualista deber ser propiedad de sus tenedores de pólizas. Sin embargo, un asegurador cooperativo puede ser propiedad o de sus clientes o de cooperativas (instituciones de segundo nivel) que pueden o no ser clientes. En otros aspectos tales como el *marketing*, la implicación de la comunidad, la participación del personal y el bienestar, las mutualistas y las cooperativas tienen el mismos *ethos*. En algunos casos, un asegurador cooperativo será realmente una compañía por acciones, por las razones estratégicas y de regulación discutidas en la sección 6 de este capítulo.

Las compañías de seguros que se adhieren a los principios cooperativistas tienen diferentes raíces en diferentes países, pero comparten ciertas características:

- **Control democrático**, basado en la educación de su cliente base, con los tenedores de póliza implicados en el gobierno a través de delegados y grupos de trabajo.
- **Rendimiento limitado sobre el patrimonio líquido**, dividendos de patronazgo y otros principios cooperativos.
- **Afiliación de los miembros fundadores** y de la mayoría de los tenedores de póliza a instituciones sociales, comunitarias o profesionales.
- **Promoción** de la salud, la seguridad y la prevención de pérdidas para reducir los costos del seguro —influencia sobre la industria de seguros y los hacedores de política pública, en interés de los tenedores de póliza.

3 La diferencia cooperativista

¿Cómo se reflejan estas características cooperativistas en la operación real y qué las distancia de los aseguradores? Se muestran aquí cinco de los casos contenidos en Tabla 36:

1. ServiPerú

Su producto de microseguro, *Previsión Familiar*, proporciona servicio funerario y de salud a las familias de bajos ingresos. Sus beneficios son en especie, en forma de un servicio (de cuidado de salud y funerario) a través del centro médico propio de ServiPerú y de una compañía funeraria, en vez de un pago o reembolso por gastos. Este enfoque supera algunas de las aversiones al seguro inherentes al mercado, permite un mayor control sobre la calidad de servicios y ayuda a moldear características específicas del mercado de microseguro. Además de cobrar la prima mensual de puerta en puerta, para aumentar la accesibilidad, la cooperativa tiene un enfoque de servicio que trata a los pobres con respeto. Las personas de bajos ingresos que están acostumbradas a ser tratadas pobremente en las clínicas médicas son extremadamente agradecidas de la consideración que le tiene el personal de ServiSalud.

2. Seguros La Equidad, en Colombia

Este asegurador tradicional de más de tres millones de personas tiene dos productos especializados que cubren a alrededor de 30.000 personas de bajos ingresos. Opera bajo la supervisión del superintendente de la banca y está registrado bajo la Ley de Cooperativas. La Equidad distribuye su excedente a sus miembros sobre su uso de servicio de seguros, no sobre su inversión de capital.

La Ley de Cooperativas requiere que el 20% de cualquier excedente sea dedicado a la educación. En 1990, la compañía creó la Fundación La Equidad para el Desarrollo de la Solidaridad, para llevar a cabo sus responsabilidades comunitarias en cuatro áreas: a) el entrenamiento de los líderes cooperativistas; b) la educación cooperativista; c) publicaciones, y d) contribuciones sociales. El entrenamiento de líderes cooperativistas, con la meta en los jóvenes, está diseñado para asegurar que en el futuro las cooperativas estén bien administradas por gente capacitada profesionalmente y con valores sociales. La educación cooperativista se orienta especialmente a los miembros de la junta de las organizaciones asociadas con La Equidad, atendiendo primariamente a la mejora de su desempeño.

3. Columna, Guatemala

Cuando este asegurador fue creado en 1994 por la Federación SACCO y nueve cooperativas miembros, la Junta decidió que cualquier excedente generado durante los primeros cinco años sería añadido a las ganancias retenidas en vez de ser pagado a las cooperativas tenedoras de acciones como dividendos. Esta fue una decisión difícil, ya que las cooperativas fueron invitadas a invertir como una oportunidad de negocio, y no apreciaron realmente que una compañía de seguros requiere mucho capital para crecer. Ellos querían un

buen rendimiento. Cada año, desde 1999, se ha añadido el 50% del excedente neto al capital de los accionistas, y la otra mitad se les ha pagado como dividendo. Este arreglo ha fortalecido al asegurador, mientras que genera rendimiento para los propietarios cooperativistas. Columna también ha auspiciado cooperativas en el proceso de reclamaciones y en el desarrollo de productos.

4. TUW SKOK, Polonia

La misión de este asegurador mutualista es identificar las necesidades de seguros de sus miembros —cooperativas de ahorro y uniones de crédito y *sus miembros*— y proveer productos de seguro de alta calidad que llenen esas necesidades. TUW SKOK proporciona a las uniones de crédito seguros de depósito y protección de préstamos, bonos de fidelidad, y cobertura para robo y fuego; el asegurador también ofrece numerosos productos de seguro personal a los miembros de la unión de crédito. El seguro de depósito ofrecido por su afiliada cumbre es un arreglo poco usual, en parte debido al ambiente de regulación que existe en Polonia. Se requiere a los SACCO adquirir el seguro de depósito de TUW SKOK, lo que da al asegurador un flujo garantizado de prima, sin costo de adquisición. Como una compañía mutualista de seguro, TUW SKOK no puede declarar dividendos. Los excedentes son generalmente utilizados para aumentar el capital y las reservas, pero a veces son remitidos a las uniones de crédito en forma de reembolso de primas. En 2003, por ejemplo, la junta directiva de TUW SKOK, a nombre de sus propietarios, decidió reembolsar las primas del seguro de depósito a las uniones de crédito que habían registrado una experiencia de reclamaciones satisfactoria durante los tres años anteriores.

5. MUSSCO, Malawi

Los SACCO fueron fomentados por la iglesia y el gobierno en Malawi durante los años setenta, para servir a la gente que había sido ignorada por los bancos comerciales. En 1980, se creó una asociación nacional, MUSSCO, para dar servicio de apoyo a estas personas, incluyendo la protección obligatoria y esquemas de ahorro de por vida. Ambos productos fueron productos pagados por la unión de crédito, lo que hace muy efectivo el sistema de MUSSCO para el cobro de primas. La prima para todos los préstamos elegibles y los balances de ahorro para los 55.000 miembros es pagada por los SACCO trimestralmente, y por adelantado.

A través de productos como estos, pagados por la unión de crédito, se sobrepone uno de los retos más significativos del microseguro —el cobro de primas de la gente de bajo ingresos—. MUSSCO encontró que, en la práctica, el cobro de por lo menos 57 clientes corporativos puede ser difícil. Solamente un tercio de los SACCO puede ser descrito como clientela disci-

plinada; hay que invertir tiempo y esfuerzo considerables en procurar el remanente del pago. Sin embargo, el contrato de seguro no permite retener los pagos de beneficios hasta que se pague la prima.

4 El desarrollo de los modelos de seguro y sus etapas

El modelo cooperativo de seguro conlleva en la realidad diferentes arreglos institucionales y de regulación. Reinmuth *et al.* (1990), basándose en la experiencia de una variedad de países, describe un plan de desarrollo institucional en el cual los servicios de seguro ofrecidos a través de la red a los SACCO y sus miembros se hicieron más formales y complejos a través del tiempo, según la organización reforzaba su capacidad y sus recursos humanos y financieros. Ellos describen tres opciones institucionales: el modelo de la agencia, el departamento que carga el riesgo y la compañía de seguro, que a menudo representan diferentes etapas del desarrollo institucional para los aseguradores que sirven a las redes SACCO.

4.1 El modelo de la agencia

La Federación Nacional de los SACCO o su organización afiliada podían crear una agencia de seguro que fuera suya y que pudieran controlar. La agencia vende productos de seguros al detal, que son proporcionados por un suscriptor local (por ejemplo, una compañía de seguros que carga los riesgos) o por varios suscriptores. La agencia proporciona servicio a los miembros en su nombre, y su suscriptor le paga una comisión. La ventaja principal del modelo de la agencia es que la Federación no asume ningún riesgo. Un ejemplo son los NUCS (National Union of Cooperative Societies) Cooperative Insurance Services, organizado en Jamaica en 1984 con capital de acciones provisto por la Jamaica Cooperative Credit Union League.

4.2 Departamento que asume el riesgo

Con experiencia como agente para otros aseguradores, podría tener sentido para la Federación Nacional organizar un departamento propio para ofrecer un esquema de seguro grupal a través de su cooperativas miembros. Este paso requiere un personal más capacitado, mayor capital, la cooperación de un reasegurador y, por supuesto, la aceptación de un grado de riesgo. Sin embargo, con el riesgo viene la recompensa potencial de un rendimiento mayor. Un ejemplo fue el Mutual Protection Services de FENACOAC, la Federación SACCO Nacional de Guatemala. Este departamento que asume el riesgo ofreció coberturas para protección de préstamo, ahorro de por vida, gastos

funerarios, seguro de vida grupal para los directores y sus empleados, seguro de vida familiar y seguro de fianza de fidelidad, y seguro de antirrobo. El departamento fue el precursor de Columna. El esquema de seguros de MUSSCO está actualmente estructurado de esta forma.

4.3 Compañía de seguros

Los servicios básicos ofrecidos a través del departamento que asume el riesgo tienden a ser muy básicos. Sin embargo, según evolucionan las necesidades de los SACCO y sus miembros, probablemente requerirán una cobertura más compleja que sólo puede ser ofrecida a través de una compañía regulada de seguros. Una federación nacional, con un compromiso formal, medios financieros y perspectivas reales de asumir el negocio rápidamente, puede formalizar este departamento, creando una compañía de seguros totalmente operacional que reúna los requisitos mínimos, incluyendo el capital mínimo requerido y la aprobación del superintendente de seguros.

Por ejemplo, los orígenes de ALMAO están vinculados al Departamento de Seguro del movimiento SANASA y a una operación de corretaje de seguros dirigida a servir las necesidades de las sociedades de SANASA y sus miembros. El movimiento, sin respaldo de donante alguno, pudo movilizar suficientes fondos y peritaje para crear una compañía de seguros de vida en 2002 y una compañía de seguros en general en 2005.

5 Productos de seguro ofrecidos bajo el modelo de red cooperativista

Los aseguradores mutualistas ofrecen prácticamente toda clase de productos de seguro, pero la mayoría de estos aseguradores multilínea, como los miembros de ICMIF, no atienden al mercado de bajos ingresos. Las redes particulares de mutualistas que sirven a los pobres tienden a ofrecer pocos o, tal vez, un solo producto. Al final de ese espectro, las organizaciones mutualistas de salud (OMS) se especializan en seguro de salud, mientras que, en el otro extremo, algunas mutualistas ofrecen un menú de productos parecido al de una compañía propiedad de inversionistas.

En general, la gama de productos ofrecidos al mercado de bajos ingresos a traves de los SACCO es limitada. La intencion original de las redes de SACCO al crear afiliadas de seguros fue complementar la gama de servicios financieros que ofrecen, como son el crédito y el ahorro. Esto implica la protección de préstamos, o el seguro de vida de crédito (asegurando que «la deuda muere con el deudor»), que casi siempre se ofrece bajo este modelo *(véase la Tabla 2).* Este producto sirve a las necesidades de riesgo tanto de los miembros individuales, como de las SACCO mismas. La cobertura de aho-

rros de vida es otro producto clave ofrecido por las SACCO, porque también corresponde a los servicios principales de las cooperativas.

Otra razón por la cual el menú de productos de algunos aseguradores de redes SACCO es limitado es que estos esquemas estuvieron financiados y respaldados por proveedores de asistencia técnica, incluido CUNA Mutual, que eligió promover una cobertura muy básica y sencilla. Esta elección tenía sentido, particularmente, debido al desarrollo limitado de las redes de SACCO. También, el ofrecimiento de los mismos productos básicos en todos sitios fue una estrategia de réplica eficiente. Donde las redes y sus afiliadas de seguro han podido construir sobre la capacidad de hacer más, como en Colombia y Polonia, los productos básicos sirven como fundamento para coberturas más útiles; mientras que en Malawi, donde la capacidad permanence limitada, la red se ha quedado con el paquete básico.

La evolución que expande la línea de servicios de seguro es importante no sólo porque el asegurador está atendiendo a una variedad de necesidades distintas, sino también porque puede mejorar la relación entre el asegurador y su red de distribución. Existe una distinción interesante en el modelo de seguro cooperativista entre la cobertura que es pagada por los SACCO y los productos en que paga el miembro. Aunque los productos que paga el SACCO, tales como protección de préstamos y ahorro de vida, son una manera extremadamente eficiente de proporcionar protección a las familias de bajos ingresos, algunos SACCO terminan visualizando la prima como un gasto que preferirían no tener que pagar —lo que explicaría, en parte, por qué muchos SACCO en Malawi no pagan sus primas—. Por lo tanto, es importante para los aseguradores considerar la introducción de productos que paguen los miembros, que generen ingresos por comisiones para los SACCO, y que así aumente la consonancia entre los intereses del asegurador y los del canal de distribución.

La consonancia de los intereses es particularmente efectiva cuando el producto pagado por el miembro respalda un producto de crédito o de ahorro provisto por el SACCO, como el seguro para completar ahorros, provisto por TUW SKOK *(véase el Capítulo 2.2)*. No sólo el SACCO gana intereses de las ventas de seguro, sino que su característica de seguro ayuda a mercadear el producto. Por el contrario, el único ejemplo de productos de seguro dotal ofrecidos por el modelo de red cooperativista es ALMAO, y no es particularmente exitoso con estos productos. Una explicación para su falta de éxito es que el asegurador está compitiendo esencialmente con los SACCO, en pos de los ahorros de los miembros —un conflicto de intereses en vez de un alineamiento.

Una característica particular del modelo mutualista es el diálogo continuo entre el asegurador y sus canales de distribución, que a menudo son también los dueños. Por ejemplo, Columna hace evaluaciones anuales de las ventas de

seguro por los SACCO, que ofrecen una oportunidad de diálogo sobre nuevos productos y cambios que podrían introducirse. La oferta de una variedad de productos de seguro tiene una serie de ventajas para los SACCO: estimula el uso cruzado de productos, aumenta la fidelidad y genera ingresos por comisiones (si se trata de un producto pagado por el cliente, en el que el SACCO actúa como agente de ventas).

Tabla 37 **Productos de seguros ofrecidos or las redes de SACCO**

	Protección de prestamos	*Vida / Ahorros de por vida*	*Servicios funerales*	*Salud*	*Incapacidad*	*Otros*
ServiPerú	x		x	x		x
TUW SKOK	x	x	x		x	x
Columna	x	x			x	
MUSCCO	x	x				
La Equidad	x		x		x	
Yshasvini				x		
ALMAO	x	x	x	x	x	x
AssEF				x		
MAFUCETO	x		x			

6 Por qué las mutualistas desarrollan redes y cómo funcionan

La mayoría de las intermediarias mutualistas financieras (de depósito o seguro) se asocian con una organización macro o inter-mutualista. A menudo organizan alianzas complejas, capaces de ofrecer una gama de productos financieros. Estas alianzas son herramientas institucionales para controlar el riesgo del mercado que enfrentan los miembros de las mutualistas.

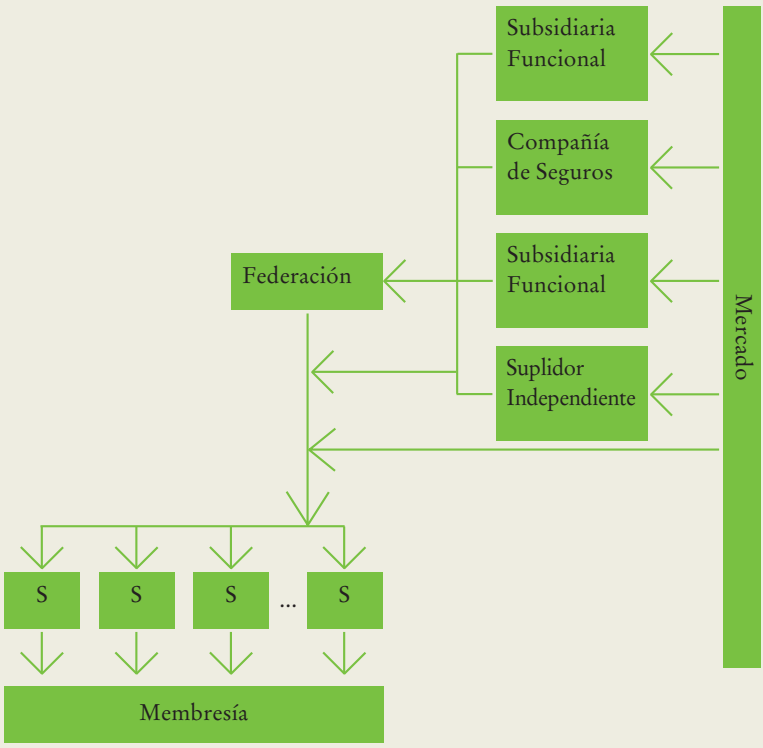
Las alianzas inter-mutualistas son tan vitales que pueden dar servicio tanto a algunos miles como hasta a algunos millones de miembros y ofrecer una sorprendente y rica gama de productos financieros. El tamaño es muy importante para (i) el desempeño que puede esperarse de los esfuerzos de alcance y de sostenibilidad y (ii) el papel del andamiaje legal y de regulación en cuanto a las alianzas inter-mutualistas. Los países con redes grandes y exitosas son típicamente lugares con un entorno de regulación y estructura legal que les apoya.

Las mutualistas crean alianzas y forman grupos colectivos (también conocidos como federaciones, uniones, etc.) para dar a sus miembros una mayor voz y control sobre la incertidumbre asociada con el acceso a los servicios. En ausencia de este esfuerzo colectivo, los miembros tienen un poder de negociación limitado con los suplidores, y se limitan a afrontar productos costo-

sos y de baja calidad y el riesgo de una conducta oportunista de parte de los suplidores. Como resultado, crean una «alianza de suplidores».

La figura 24 es una ilustración de la estructura institucional (en la que «S» representa un SACCO). Los miembros de las cooperativas son miembros de la estructura completa. Las cooperativas, por su parte, forman una federación para administrar el consorcio de los recursos y las contribuciones requeridas por la red. Para lograr esto, el grupo principal (apex) crea subsidiarias funcionales, como una compañía de seguros, diseñadas para crear productos y servicios para los miembros que son más favorables que aquellos disponibles en el mercado.[5] En algunos, el grupo principal agrupa la procuraduría a través de arreglos contractuales a largo plazo y gana economías de escala mientras protege a los miembros del riesgo de conducta oportunista por parte de los suplidores.

Figura 24 **Una estructura de red mutualista con su cartera de subsidiarias funcionales**



[5] En los países donde la sofisticación de los mercados financieros pone más presión sobre la red, la cartera de subsidiarias funcionales puede incluir docenas de entidades, agrupadas en todo tipo de arreglos con dueños y compañías tenedoras. Según se desenvuelve la demanda por los servicios financieros en la base del sistema (miembros y cooperativas), el grupo principal típicamente incorporará subsidiarias adicionales funcionales.

La titularidad de las subsidiarias varía. A veces puede ser una cooperativa (por ej., La Equidad), en cuyo caso se le considera una cooperativa de tercer nivel. En el primer nivel un SACCO tiene miembros individuales. En el segundo, una asociación nacional o regional que sirve a un número de cooperativas primarias. Este cuerpo principal —o cuerpos, si participan cooperativas de otros sectores fuera de banca y crédito— auspicia y controla a un asegurador en nombre de las cooperativas miembros.

El uso de titularidad por acciones está volviéndose extremadamente popular (ej., ALMAO, Columna).

De hecho, muchas compañías de seguro «mutualistas» y «cooperativas» tienen titularidad por acciones, pero se las conoce como mutualistas porque sus dueños, a fin de cuentas, no son los inversionistas individuales, sino las instituciones mutualistas. El formato por acciones es atrayente dadas su flexibilidad para levantar capital y su capacidad para implicarse en fusiones, adquisiciones y negocios en conjunto. Todas estas transacciones son útiles para expandir la gama de productos ofrecidos a sus miembros según surge la necesidad. También la opción de titularidad por acciones es a veces la única estructura propietaria que permite el andamiaje de regulación (por ejemplo, en Perú, e irónicamente en China y en Rusia). El riesgo es que según crecen estas compañías, podrían olvidarse de sus raíces y comportarse como compañías por acciones normales. Al hacerlo así, arriesgan la pérdida de sus ventajas comparativas de aproximación y de colocar a los miembros/clientes primero. Esto a veces representa un reto en términos de gobernabilidad y a la hora de comprobar que el asegurador continúa comprometido con el servicio a las necesidades de los miembros de la red SACCO.

También son posibles otras variantes. Cuando una nueva ley de seguros en Perú (1993) prohibió a las cooperativas ofrecer seguros, la compañía de seguros de la red SACCO peruana, SEGUROSCOOP, se transformó en ServiPerú, una cooperativa para ofrecer servicios sociales (servicios de protección funeraria y de salud). Transfirió su cartera de seguros a una compañía por acciones y creó una subsidiaria de corredor de seguros para distribuir los productos que ayuda a diseñar. La aseguradora afiliada, tomando ventaja de la adversidad, logro mantener la misma línea de negocio a pesar de los obstáculos de regulación, mientras que expandió su línea de productos (los servicios de seguridad social).

Más recientemente, en Ghana, cuando el regulador cuestionó el programa informal de manejo de riesgos de las cooperativas de ahorro y crédito, el grupo principal se asoció con un asegurador cooperativista autorizado, la Unique Insurance Company Limited, propiedad del movimiento de uniones de comercio y controlada por este. El asegurador, haciendo la suscripción del programa de manejo de riesgo de la cooperativa, le prestó el cumplimiento

necesario mientras ganó un nuevo segmento de mercado. Esto fue esencialmente un arreglo socio-agente. Lo que hizo de él una cooperativa fue la titularidad del negocio. El grupo principal optó por una participación de 50/50 tanto en los gastos como en las ganancias, con un grupo gerencial conjunto supervisando el programa. El grupo principal de la cooperativa de ahorro y crédito se salió de su red cooperativista protectora, como lo hizo el asegurador auspiciado por la unión de comercio, para crear una red de microseguro distintiva y suya.

Estas variantes ilustran la flexibilidad del modelo de red cooperativista para adaptarse a una diversidad de entornos económicos y de regulación, sin cambiar su esencia. El diseño organizacional de una institución particular dependerá del historial de la red de los SACCO, de cómo se creó/adquirió la afiliada, las restricciones de la regulación y de las oprotunidades disponibles en el mercado.

La estructura organizacional básica de una red, independientemente del contexto cultural o económico, replica las características de gobernabilidad de una mutualista de segundo nivel. La estructura ejecutiva comprende la gobernabilidad (la asamblea general y la junta de directores) y los cuerpos de regulación (el comité de supervisión). La estructura ejecutiva (el negociado) es responsable de implementar las decisiones y de manejar la procuraduría y entrega de contribuciones de los miembros. En estas estructuras, los tenedores de pólizas individuales son cesados en la titularidad, pero a menudo se les asegura una voz a través de un canal dedicado al control democrático en la estructura. Por ejemplo, un comité consultor de tenedores de pólizas reúne a miembros representativos para recibir informes de progreso, dar opinión sobre asuntos específicos y evaluar proyecciones en cuanto a resultados financieros y dividendos esperados. También, algunos aseguradores cooperativistas y mutualistas podrían demandar un asiento en la Junta para un representante de los tenedores de pólizas.

El análisis de la dinámica de la formación de una red tiene implicaciones importantes de política pública:

- Intentar la creación de mutualistas sin el apoyo de redes estructuradas puede conllevar a unos resultados mediocres. Los SACCO individuales, de ordinario, estarían imposibilitados para levantar el capital necesario para crear un asegurador para servir a sus miembros. Por lo tanto, el SACCO es parte de la red, y los beneficios descritos en este capítulo se hacen imposibles de alcanzar.
- Cuando las mutualistas se crean con una estructura integrada que apoya su desarrollo, tienen el potencial de convertirse en actores muy importantes en el mercado, cubriendo a un mayor número de personas y aumentando su

alcance. Más aún, estas estructuras de apoyo aumentan la oportunidad de sostenibilidad y reducen el riesgo de insolvencia. Por ejemplo, el seguro de depósito de TUW SKOK se beneficia enormemente del hecho de que la asociación nacional de uniones de crédito en Polonia sigue de cerca el desempeño de sus miembros y tiene un fondo de estabilización para asistir a los SACCO que tienen dificultades.

– Las mutualistas y sus redes estructurales necesitan un andamiaje legal apropiado. De hecho, muchas redes SACCO operan en entornos inapropiados que afectan al desarrollo de mutualistas y de sus redes, tales como Argentina y Uruguay, donde el andamiaje de regulación llevó a la destrucción de las estructuras de las redes, seguida de una reducción masiva de su tajada del mercado. Muchas de las dificultades que encontró el predecesor de ServiPerú en los noventa se deben a un andamiaje de regulación inapropiado que emergió durante las reformas post-crisis.

7 Ventajas y desventajas del modelo

Esta sección resume las lecciones principales relacionadas con la entrega del microseguro a través del modelo cooperativista. Las instituciones mutualistas también tienen debilidades. Existen literalmente cientos, por lo que probablemente habrá más de unas pocas que estén fallando en la entrega. Sin embargo, la mayoría de los problemas son solucionables, si no posibles de evitar.

Algunas de las **áreas problemáticas** son:

1. Los más pobres de los pobres pudieran no siempre ser beneficiosos (pero a menudo, sí).

Hay un criticismo clásico del modelo cooperativista. Las instituciones mutualistas son el intermediario financiero escogido en una gama amplia de sectores sociales, alcanzando a veces niveles muy altos en la escala de ingresos. Sin embargo, también se encuentran en la base de la sociedad y alcanzan a cientos de millones de personas que no tienen acceso a otras instituciones financieras, particularmente en áreas rurales donde incluso las instituciones alternativas más agresivas están, a menudo, ausentes. De hecho, esta característica permite a las mutualistas dar servicio al segmento pobre de la población sin necesidad de poner en juego su propia sustentabilidad. La frontera de su alcance se define por su habilidad de activar el potencial de sus miembros de ayudarse a sí mismos.

2. Los productos de seguros pudieran ser demasiado limitados, ya que tienden a estar vinculados a los productos de crédito.
Esto es muy cierto, particularmente en redes que son relativamente nuevas, con un nivel bajo de integración, o pocos recursos humanos, financieros y técnicos disponibles (por ej., Columna, MUSCCO, MAFUCECTO). Según se desarrolla la integración y confianza entre las cooperativas,[6] se acumulan los recursos financieros y el peritaje técnico, la red puede expandir la gama de sus productos financieros, incluyendo seguros. La oferta de productos de La Equidad, por ejemplo, compite con aquellos de los aseguradores comerciales en Colombia (aunque el estudio de casos sólo discute aquellos productos distribuidos en el mercado de bajos ingresos).

3. Los líderes pudieran tender a malgastar el capital de los miembros.
No hay evidencia directa de esta conducta en los estudios de casos, con la excepción de la crítica adelantada en *Lecciones aprendidas de manera difícil* (ICMIF, 2005). De hecho, no es inusual para una red SACCO tener una estructura de gobierno débil. Esto resulta en un control débil de los agentes (gerentes) en el grupo principal que pudiera incursionar en prácticas expansionistas con poca consideración hacia la riqueza de los miembros.[7]

4. El éxito de un asegurador mutualista depende del éxito de la red cooperativista.
Esto es inevitable, ya que la *raison d'être* de las «subsidiarias funcionales» es la de dar servicio a la red. Aunque es frecuente que estas desarrollen alguna actividad de negocio fuera de la red, generalmente esto representa una parte de los cambios entre entidades. El grueso del negocio tiende a quedarse dentro de la red. ServiPerú es un caso en el que el proveedor de servicios de microseguro sobrevivió a una crisis severa de la red que le apoyaba a principios de los noventa.[8]

5. Los riesgos pudieran no quedar siempre apropiadamente separados (firewalls).
Este podría ser un problema serio para los reguladores. En ausencia de la supervisión adecuada, podría darse la tentación de mezclar los riesgos de cré-

[6] Esto generalmente conlleva el desarrollo y financiación de cuerpos de gobierno para la red y de mecanismos de control que se cercioren de que la conducta de los miembros de la red es acorde con los términos de la alianza.

[7] Esto se conoce como conducta de «preferencias de gastos» o «costos de agencia». La gravedad de este fenómeno en las instituciones mutualistas —en gran medida a causa de la gran difusión de la titularidad, en la raíz de la mayor parte de los fracasos— está muy bien documentada en la literatura de investigación.

[8] Esta crisis resulta en el fracaso del banco cooperativo central de la red, de otras subsidiarias funcionales y de varias de las mayores cooperativas de ahorro y crédito. Resultó en una caída en los activos de las redes de casi el 50%.

dito y de seguro, lo que augura una gran probabilidad de fracaso. MUSCCO es ejemplo de un caso donde la separación es débil y podría romperse bajo estrés.

6. Entrar en un negocio peligroso falto de información.
Aunque esto no es específico de las redes de los SACCO, debe prevenirse. Si la red es pequeña, pudiera no poder desempeñar las destrezas necesarias, tales como servicios actuariales. La Company 4 (ICMIF, 2005), ejemplo de «la peor práctica», fue organizada como una aseguradora SACCO, pero terminó fracasando.

MAFUCECTO ha tenido una historia accidentada, resistiendo varias reestructuraciones con apoyo internacional. Mientras que la solución a este problema no descansa en los reguladores, estos pueden desempeñar un papel importante. Al igual que el área problemática señalada anteriormente, el andamiaje de regulación debe cerciorarse de que la aseguradora se ha creado después de tomarse en cuenta todos los riesgos, y bajo el liderazgo de individuos cualificados.

De todos modos, el modelo sí cuenta con unas ventajas sobresalientes**:**

1. Un riesgo bajo de «abandono» para los asegurados individuales.
El riesgo de «abandono» se refiere a la posibilidad de que una parte contractual pudiera fallar en el cumplimiento de sus obligaciones. La gente pobre es particularmente vulnerable a este riesgo por razón de su capital social bajo y su escasa habilidad para defender sus derechos en los tribunales.

La diferencia fundamental entre un contrato de seguro ofrecido por una compañía por acciones y el ofrecido por una institución mutualista es que, en el último, el asegurado también es dueño de la empresa de seguros. Mientras que las empresas de seguros, propiedad de inversionistas, podrían dejar de ofrecer servicios, actuar discriminatoriamente e incluso negarse a abonar las reaclamaciones cuando quisieran por razones estratégicas, estas prácticas están limitadas en una institución mutualista. No es una cuestión de ética, sino de incentivos económicos básicos *(véase el Cuadro 68)*. La titularidad del asegurador por parte del asegurado sirve para controlar las acciones del asegurado de forma que estén alineadas con los intereses de los miembros/dueños.

2. Acceso potencial a gran número de personas en una variedad de entornos culturales y económicos.
A menudo los SACCO y otras redes cooperativistas pueden ser bastante grandes, e incluir desde decenas de miles a millones de personas a través de las

cooperativas miembros. Yeshasvini alcanzó 1,6 millones de personas en un solo año. Más aún, la presencia del modelo en cada continente demuestra su versatilidad para adaptarse a diferentes entornos culturales y económicos. Gracias a su gran potencial y a una base «cautiva» de clientes, las aseguradoras pueden explotar las economías de escala (uno de los propósitos de crear compañías de seguro afiliadas) y volverse viables rápidamente.

Cuadro 68

La administración de colapsos y reclamaciones: la experiencia mutualista

Los dilemas enfrentados por Delta Life, un asegurador propiedad de sus invesionistas, y por MAFUCECTO (y otras mutualistas) pueden servir para ilustrar las diferencias en incentivos. Según McCord y Churchill (2005), Delta Life tiene una «actitud ambivalente» respecto a los colapsos. Mientras que la compañía esta comprometida con los objetivos sociales, se beneficia económicamente de las pólizas que colapsan cuando no hay obligación de devolver los ahorros acumulados. Por otro lado, el colapso le permite a la compañía evaluar periódicamente al cliente asegurado requiriéndole un nuevo certificado de salud. Por ende, los dueños y el personal enfrentan objetivos contradictorios entre ganancias y servicio a la clientela. Bajo estrés económico, es probable que la balanza se incline a favor de proteger el rendimiento para los accionistas a expensas de los beneficios del cliente.

MAFUCECTO previene los colapsos a través de deducciones automáticas de las cuentas de los miembros. También La Equidad (al debitar la cuenta del préstamo o de ahorro, a través de depósitos directos de salarios) y TUW SKOK (débitos a las cuentas). Obviamente, se trata de una ventaja asociada con el modelo de combinar el ahorro y el crédito con productos de seguros. Sin embargo, aun en ausencia de este vínculo, las mutualistas tratan los colapsos de manera distinta. Las OMS (discutidas en el Capítulo 4.3) no utilizan los colapsos para evaluar a los clientes. Los miembros que dejan que sus pólizas colapsen pudieran tener que entrar en un nuevo periodo de espera, de forma que se evite la conducta oportunista de miembros que pudieran buscar manejar los colapsos estratégicamente, pero que no son reevaluados.

De hecho, los colapsos en las OMS, en vez de procurar una ventaja económica, representan un factor clave de desestabilización. Lo mismo es cierto del manejo de las reclamaciones. En Delta Life, cuando ocurre una muerte, el beneficiario es responsable de la notificación al asegurador. En el caso de MAFUCECTO, los SACCO informan a sus beneficiarios de sus derechos y les ayudan en la preparación de reclamaciones.

Esta conducta excepcional tiene poco que ver con la ética del negocio y mucho que ver con el hecho de que los miembros son los dueños y gobiernan la institución. La asamblea general de los SACCO no hubiese aprobado ninguna otra conducta que procurar los mejores intereses de los dueños. Este

interés implica el no incentivar colapsos, sino prevenirlos, y no ignorar las reclamaciones fallidas, sino identificarlas. Esta dualidad de incentivos se acentúa en las comunidades pobres, donde los márgenes de ganancias sobre las pólizas individuales ofrecidas por firmas propiedad de inversionistas son muy pequeños, y donde los individuos no tienen modo de hacer cumplir sus derechos contractuales. En una institución mutualista, incluso en comunidades pobres, el miembro, como dueño, siempre tiene la razón. La junta directiva de MAFUCECTO esta compuesta por los miembros de la junta directiva de las SACCO (de por sí, miembros de la cooperativa). Por tanto, a través de la estructura de gobierno, los intereses de los miembros están protegidos (no obstante, véase el problema descrito bajo el epígrafe 3).

3. Disponibilidad de capital de riesgos para propósitos de inversión.
El capital para la creación de aseguradores afiliados es de los miembros de los SACCO, financiados bien a través de una inversión directa, bien cediendo capital a un grupo principal, que a la vez lo invierte en el asegurador afiliado. Los SACCO tienden a cumular un excedente líquido y capital según van madurando, particularmente si están operando en una economía saludable. Por lo tanto, estas redes constituyen una excelente fuente de capital de riesgo para financiar el seguro y expandir la gama de servicios que ofrecen los SACCO. En ocho de cada nueve casos presentados en la Tabla 37 (Yeshasvini Health Care Trust, una fundación, es la excepción), el capital inicial de los aseguradores afiliados fue provisto por las SACCO, con o sin participación externa. Por otro lado, las mutualistas no pueden levantar capital en el mercado por acciones. Sin embargo, no tienen restricción en cuanto a negocios combinados o sobre la emisión de bonos.[9]

4. Necesidad limitada de respaldo de donantes antes que de asistencia técnica.
En relación al último punto, la red de los SACCO puede a menudo proveer capital para crear/adquirir la afiliada de seguros, siempre que el marco de regulación no coloque los requisitos de capital mínimo fuera del alcance de la red. En estos casos, se daría la bienvenida a fondos externos, a modo de nego-

[9] Este es un debate complejo. Una mutualista por sí sola no puede emitir acciones, lo que limita el crecimiento potencial de los aseguradores mutualistas. Sin embargo, cuando la empresa es una afiliada de la red de los SACCO, su estructura de titularidad puede ser ajustada para acomodar difentes opciones de financiación. La mayoría de las redes han optado por no listar a las afiliadas en los mercados de inversión, pero algunas lo han hecho, nivelando el capital generado por la red. Generalmente, la red se queda con una parte del control de las acciones con voto. Por ende, los negocios en conjunto aparentan ser la manera más flexible de nivelar el capital de las redes de las SACCO.

cio conjunto, especialmente si vienen acompañados de apoyo técnico, como fue a menudo el caso con CUNA Mutual.[10] Sin embargo, los fondos no son esenciales. Pero los donantes pueden suponer una gran diferencia a la hora de proporcionar asistencia técnica para el entrenamiento de personal en las complejidades de administrar una empresa de seguros. Este ha sido el caso, por ejemplo, de Columna, donde las asociaciones estratégicas con SOCODEVI y AAC/MIS han sido un elemento clave en el desarrollo de la compañía, y de MAFUCECTO, dónde DID y CIF han desempeñado esencialmente el mismo papel. *(Véase el Capítulo 5.5).*

5. Las inversiones tienen un efecto de desarrollo distinto como rendimiento de ingresos para la comunidad.

Ya que los activos de las aseguradoras afiladas se mantienen en las cooperativas —bien directa o indirectamente— por su grupo principal, los fondos generados por la actividad de seguros son eventualmente devueltos a sus miembros. Según aumenta el tamaño de la cartera de las subsidiarias funcionales, así también aumentan los activos de la red. Si estos activos se administran prudentemente, el flujo de dinero en efectivo que generan se utilizará para beneficiar a las redes y a sus miembros. Por ejemplo, debido a restricciones de regulación, TUW SKOK no puede pagar dividendos a los accionistas. Aunque algunas ganancias se remiten a los SACCO a modo de reembolso de primas, el asegurador también ha acumulado suficiente capital para adquirir una compañía de seguros de vida, y así expandir los servicios a los miembros.

6. Acceso a reaseguro.

Según se describe en el Capítulo 5.4, el acceso al reaseguro es un obstáculo serio para muchos proveedores de microseguro. Sin embargo, aquellos que proporcionan microseguro a través de redes de SACCO tienen el conocimiento suficiente para acceder al reaseguro a través de alianzas contra corriente. ICMIF ha desempeñado un papel central a la hora de facilitar el acceso al reaseguro para sus redes miembros. Por lo tanto, la mayoría de las estructuras mutualistas de seguros tienen probabilidad de acceder a algún reaseguro en el mercado internacional —generalmente, aunque no exclusivamente, a través de otras firmas de seguro mutualista del mundo—.

[10] Por ejemplo, en 1993, CUNA Mutual y la Fundación para las Uniones de Crédito Polacas (FPCU, por sus siglas en inglés) lanzaron Benefit, una empresa conjunta que proporcionaba protección de crédito, ahorros de vida y seguro funerario. Junto con la asistencia técnica, CUNA Mutual proporcionó el 90% del capital inicial de Benefit. Después de cuatro años de operaciones y de un éxito moderado, los socios decidieron separarse. Sin embargo, ya para entonces las uniones de crédito de Polonia estaban bien encaminadas para desarrollar la cartera de productos de seguros tan impresionante que ofrecen hoy día.

8 Conclusión

Las compañías mutualistas de seguro son instituciones únicas y versátiles. Este capítulo atiende a un tipo de modelo mutualista, en el que la red de cooperativas de ahorro y crédito crea su propia compañía de seguros (o agencia, o un departamento de la red) para llenar las necesidades de seguro de las cooperativas y de sus miembros.

Las siguientes características pueden decirse de los aseguradores afiliados a las redes mutualistas: i) el modelo aparece con frecuencia y en una gran variedad de entornos culturales y económicos; ii) excepto por unas pocas variantes en su estructura organizacional, a veces condicionada por limitaciones de regulación locales, los ejemplos presentan constancia de características operacionales y de arreglos institucionales; iii) en gran medida, estas estructuras trabajan libres de cualquier subsidio; iv) las instituciones a menudo tienen acceso al reaseguro, atendiendo a un problema común para los proveedores de microseguro, y v) mientras que los ejemplos se basan en cooperativas financieras, este modelo trabaja de manera parecida también en otros tipos de cooperativas.

El modelo de redes de los SACCO no sólo es viable económicamente, sino que es robusto y aplicable potencialmente para proporcionar servicios de microseguro para la gente pobre en una amplia gama de situaciones. En general, las redes de los SACCO son mecanismos versátiles para entregar varios productos de seguros a un número relativamente alto de personas. Sin embargo, las estructuras individuales tienden a especializarse en productos de seguros que complemetan las carteras de ahorro y préstamos de los SACCO. Esta es una de las debilidades del modelo. Otro riesgo es que las compañías grandes olviden sus raíces y se comporten como compañías por acciones, perdiendo su ventaja competitiva.

Estas conclusiones sugieren que esta forma organizacional es apropiada siempre que haya una red de cooperativas de ahorro y crédito sobre la cual construir el negocio de seguros. Considerando el potencial de este modelo, tendría sentido explotar sus fortalezas y minimizar sus debilidades, por ejemplo, desarrollando guías claras para planes de negocio que incluyan modos de financiación, mejorando los arreglos de gobernabilidad (vínculos entre la red y el negocio de seguro), creando líneas divisorias (*firewalls*) y desarrollando productos de seguro, capacidad y productos de reaseguro que pudieran dar a los SACCO ventajas competitivas. Este capítulo toca algunos de estos puntos, pero es necesario más trabajo en esta línea.

4.2 El modelo socio-agente: retos y oportunidades

Michael J. McCord [1]

El autor quiere agradecer a Lemmy Manje (OIT), Gaby Ramm (consultora), Jim Roth (MicroInsurance Centre) y Constantin Tsereteli (Constanta Foundation) sus comentarios a este capítulo.

Desde que existe el seguro hay agentes que lo venden. Los agentes que vendían «seguro industrial» en los portones de las fábricas de las ciudades americanas a lo largo del siglo XX hicieron de la Metropolitan Life Insurance Company la compañía más grande del mundo —no sólo como compañía de seguros, sino en general— de aquel momento. El seguro industrial fue, en esencia, el precursor del microseguro comercial de hoy día. La transición del cobro de primas en los portones de las fábricas a pólizas grupales mejoró significativamente la costo-efectividad de la cobertura. Para poder alcanzar el mercado-meta histórico, los patronos se convirtieron en actores clave a la hora de agrupar los pagos de primas para el asegurador, y finalmente al ofrecer la cobertura como un beneficio del empleo. Sin embargo, para el mercado-meta en el microseguro de hoy, o sea, los trabajadores en la economía informal, las pólizas grupales necesitan encontrar un nuevo canal de distribución.

Tal opción surgió cuando las instituciones microfinancieras comenzaron a identificar las necesidades asegurables entre sus clientes, ya que las IMF sostienen transacciones financieras con grandes volúmenes de personas de bajos ingresos. Algunas IMF se dirigieron a los aseguradores, ofreciéndoles actuar como intermediarios, para darles a sus clientes acceso a productos de seguro. Viendo esto como una forma rentable, a bajo riesgo, de entrar en un nuevo mercado, los aseguradores también demostraron interés, al menos en términos de productos básicos. Por ende, el modelo socio-agente es simplenmente una extensión lógica del modelo de negocios que había sido utilizado por los aseguradores durante el siglo pasado.

Este capítulo repasa los retos y oportunidades de utilizar este modelo de agencia para entregar microseguro a las familias de bajos ingresos de manera

[1] Las experiencias descritas en el capítulo de Compartamos (México), CARE y GLICO (Ghana), Constanta y Aldagi (Georgia), K-Rep (Kenia) y Kashf Foundation (Pakistán) se derivan de las experiencias del autor, no de estudios de casos.

efectiva. En muchas maneras, el modelo socio-agente es parecido al modelo cooperativista descrito en el capítulo anterior, con un asegurador regulado que ofrece productos a través de un agente institucional. La diferencia principal es la estructura de titularidad de la compañía de seguros. Las uniones de crédito son dueñas del asegurador, mientras que en el modelo socio-agente los agentes (generalmente, IMF) están meramente vinculados al asegurador en una relación contractual.

El modelo socio-agente puede aplicarse a distintos canales de distribución. Hasta el momento, ha estado más comúnmente asociado a las IMF, pero se está trabajando para generar vínculos efectivos con otros canales como tiendas al detal, oficinas de correos, e incluso tarjetas pre-pagadas de teléfono. Este capítulo se centra generalmente en las IMF como agentes, y en sus experiencias con los aseguradores. El Capítulo 4.6 describe las asociaciones entre los aseguradores y los detallistas como agentes de distribución.

1 ¿Por qué un modelo socio-agente?

Las transacciones y las operaciones eficientes son componentes vitales para el éxito del microseguro. Si la eficiencia no puede mejorarse, la única manera de reducir el costo de las primas a unos niveles que puedan pagarse es reducir la cobertura. Por lo tanto, para proporcionar un buen producto a un precio cómodo, se requieren procesos eficientes y controlados. La clave para procesos eficientes es su interfase con el tenedor de la póliza.

Esta relación define la eficiencia de las ventas, del cobro de primas, la diseminación de información y, en muchos casos, el procesamiento de reclamaciones. La fortaleza del modelo socio-agente es que el agente, generalmente una institución de microfinanzas, tiene por lo general una interfase efectiva con el mercado de bajos ingresos que puede aumentar la eficiencia.

Desde su aparición como microcréditos en los setenta, las microfinanzas se convirtieron en un fenómeno global en los noventa, una vez los gerentes desarrollaron suficiente peritaje para prestarles dinero a los pobres sobre una base sostenible de ganancias. Construyendo sobre este cimiento sólido, los gerentes comenzaron a expresar su interés en expandir sus líneas de productos. Un escenario particularmente común para los gerentes de las IMF era ver a sus clientes funcionar bien durante los primeros ciclos del préstamo, sólo para caer en dificultades financieras. La investigación demostró que cuando los clientes tenían dificultad en pagar los prestamos, era a menudo debido a riesgos financieros de su propia idiosincrasia, como la muerte o la enfermedad de alguien en su familia. Para las organizaciones familiarizadas en el préstamo a grupos, una crisis personal que afectara a un miembro podría minar la cohesión del grupo y contaminar la calidad de varios préstamos. Algunos

gerentes de IMF reconocieron que el seguro podría reducir el impacto de estos problemas. Algunos IMF se centraron en proteger sus carteras de negocios a través del seguro; otros quisieron ayudar a sus clientes y a sus familias en tiempos difíciles. La decisión fue entonces encontrar un mecanismo para asegurar a sus clientes sin distraer a los gerentes ni al personal de sus productos principales.

Mientras que algunas organizaciones decidieron auto-asegurarse, para la mayoría la elección fue fácil: acudir a los aseguradores comerciales que ya tenían mecanismos para atender estos asuntos.[2] Según muchos han visto desde entonces, este modelo es generalmente la forma más simple, económica y rápida para una IMF de comenzar a ofrecer servicios de manejo de riesgos, fuera de sus productos tradicionales de ahorro y crédito, a su clientes. Como bono, esto puede realizarse con poco riesgo adicional para la IMF. Una línea de producto expandida, una fuente de ingresos basada en cargos por servicio, protección para las IMF y sus clientes, poco riesgo y virtualmente ninguna inversión de capital —¿cómo podría esto mejorarse?

Los aseguradores ganan con estos arreglos acceso instantáneo a decenas, incluso centenares de miles de tenedores de pólizas potenciales en el mercado de bajos ingresos, generalmente a través de una póliza grupal única. Aunque algunos se mostraron renuentes al principio, en muchos lugares, los aseguradores compiten ahora para servir a los IMF y a sus clientes. De hecho, cuando Compartamos en México buscaba un socio para sus seguros, los tres finalistas fueron los aseguradores internacionales que pujaron fuertemente por el negocio.

Este modelo también es beneficioso para los tenedores de pólizas de bajos ingresos. Ellos ganan acceso a los productos de seguro administrados profesionalmente, a los que de otro modo tendrían acceso muy limitado. Para los clientes de IMF de gran tamaño, simplemente los números deberían permitirles algún control sobre el diseño de los productos, y las primas deberían ser más favorables. Finalmente, si hay disputas, la IMF está ahí para respaldarles, evitando que los tenedores de pólizas tengan que procurar al asegurador para hacer cumplir la cobertura.

Claramente, este modelo tiene el potencial de ser beneficioso para todas las partes y puede resultar en una situación en la que todos ganan. Sin embargo, en muchas asociaciones todavía quedan asuntos que es necesario atender para optimizar los beneficios para todas las partes, especialmente para los clientes. De hecho, hay situaciones en las que los clientes podrían ganar más de este modelo, pero son los aseguradores y los agentes quienes se están bene-

[2] Véase el Capítulo 4.7 para un resumen de las ventajas y desventajas del auto-aseguro para las IMF.

ficiando. Las próximas secciones echarán un vistazo sobre la implementación del modelo y el origen de algunos de los problemas del mismo.

2 Cómo funciona el modelo socio-agente

2.1 Seleccionando al socio

A diferencia de los agentes tradicionales, a quienes se les proporciona un grupo de productos desarrollados por el asegurador para vender a un público que carece de conocimiento sobre ellos, las IMF generalmente identifican las necesidades de su clientela, haciendo de ellas un prototipo de producto de seguros y acercándose a los aseguradores. El concepto de producto propuesto a menudo a los aseguradores incluye una fluctuación del precio que los clientes estarían dispuestos a pagar, confiando a los aseguradores la decisión de ofrecer finalmente el producto.

El producto de subasta utilizado por CARE en Ghana *(véase el Cuadro 69)* ha demostrado ser efectivo para que una IMF consiga el producto que desea. Véase el Capítulo 4.7 para un resumen de las ventajas y desventajas del auto-seguro para las IMF. ASA, en India, también utilizó el método de la «invitación para hacer propuestas» con aseguradores que le permitieran realizar las verificaciones de las reclamaciones y pagar a los clientes directamente, ya que la IMF había tenido problemas significativos, relativos a las reclamaciones tardías y denegadas, con socios de seguros anteriores. Envió una carta de invitación a una docena de compañías aseguradoras y recibió propuestas de la mayoría de ellas, tal vez porque la carta destacaba en negrita: «tenemos cerca de 45.000 clientes». Es interesante el hecho de que ASA escogiera trabajar con tres aseguradores con productos prácticamente idénticos, cada uno cubriendo áreas geográficas distintas. Aunque el manejo de las tres relaciones conllevaba más trabajo, ASA prefirió esta solución porque creaba competencia entre los aseguradores. Si una de ellas tenía un rendimiento bajo, la IMF podía eliminarla fácilmente, transfiriendo sus clientes a cualquiera de los otros aseguradores.

Diseñar el producto y los procesos de este modo ayudó a CARE y a ASA a obtener justo lo que querían. Ya que el concepto de su producto reflejaba directamente las necesidades de sus clientes, los clientes fueron bien servidos.

Muchos han argumentado que los aseguradores no aceptarán un concepto de producto que haya sido desarrollado por un agente institucional, como sería una IMF. Ciertamente, hay algunos aseguradores que no están interesados en instituciones microfinancieras ni en clientes de bajos ingresos, pero estos son la minoría. La experiencia de muchas IMF ha demostrado que si una aseguradora recibe una investigación de mercado contundente, y un argu-

mento basado en un entendimiento sólido sobre seguros, entonces se aceptará un producto especializado. Claro está, el asegurador evalúa y establece la prima, y puede ajustar el producto para atender asuntos institucionales específicos, pero a fin de cuentas el producto debe responder a las demandas del mercado, según sean presentadas por el agente. Esta es una forma común de operación para los aseguradores que trabajan con corredores de seguros.

Cuadro 69

Vendiendo un concepto del seguro en Ghana

CARE realizó investigaciones sobre la oferta y la demanda para ofrecer microseguro en los bancos rurales de Ghana. Reunió a todos los bancos rurales y a los aseguradores en un taller de un día para explicar los resultados y el concepto de producto. Más tarde, CARE envió una invitación para hacer propuestas a todos los aseguradores. Los aseguradores interesados respondieron con sus tarifas para los productos solicitados (al igual que con otros requisitos específicos). CARE utilizó entonces una tabla de evaluación para seleccionar al elegido —Gemini Life Insurance of Ghana (GLICO) —. El proceso generó mucho interés de los aseguradores. Aseguradores y corredores asistieron a la reunión y ocho de ellos respondieron a la invitación para hacer propuestas, lo que ciertamente representó mejores resultados para CARE.

Fuente: Adaptado de McCord, 2004.

2.2 Seleccionando al agente

Cinco años atras, la forma más común de establecer este tipo de relación era que la IMF se acercara a los aseguradores con un concepto de producto. Hoy día, sin embargo, algunas compañías de seguros están reconociendo que este es un mercado que puede cubrirse, y han procurado proactivamente canales de distribución potenciales, incluyendo a las IMF y a otras organizaciones que hacen transacciones con el mercado de bajos recursos.

Para los aseguradores, encontrar un agente apropiado también es crítico para el éxito. Ya que el agente es el rostro del producto, su papel a la hora de convencer a los tenedores de pólizas potenciales de adquirir el producto es crucial. Una pobre selección de agentes puede implicar serias dilaciones en el crecimiento, una percepción pública errónea y costos dramáticamente altos.

Los aseguradores quieren canales de distribución con muchos clientes, un potencial de crecimiento, una reputación fuerte de satisfacción del cliente y un compromiso con el seguro por parte de la junta y de la gerencia. Las asociaciones son más exitosas si el agente tiene un sistema de información computerizado y una función de entrenamiento fuerte. Es cierto que los asegura-

dores se encuentran más a gusto cuando pueden ofrecer productos grupales a través de una póliza maestra para el agente institucional, como sería una IMF, una unión obrera u otro gran grupo de personas de bajos ingresos, y cuando el producto es obligatorio.

Al iniciar la búsqueda de un agente apropiado, el asegurador debe recordar que su propia capacidad para reconocer a las familias pobres como un mercado distinto que requiere productos diferentes es crucial para alcanzar el éxito. Los aseguradores deben estar dispuestos a cambiar sus productos estándar —o mejor aún, a desarrollar productos nuevos de la nada— para atender las características del mercado de bajos ingresos.

En algunas jurisdicciones, los agentes de seguros necesitan estar autorizados; en algunos casos, los agentes no pueden ser organizaciones, sino que deben ser individuos. El proceso de licencias podría conllevar un número específico de horas de entrenamiento y/o la aprobación de un examen. Estos requisitos a menudo no conducen al registro de una IMF o de miembros de su personal como agentes, y, por ende, habrá que explorar un modo apropiado de cumplimiento con la regulación de seguros *(véase el Capítulo 5.2)*.

2.3 Papeles clarificadores

Una vez se ha desarrollado el concepto de producto, y el asegurador y el agente se han identificado el uno al otro, es importante que las partes identifiquen los papeles que desempeñarán en el proceso de microseguro. Acuerdos formales o **memorandos de entendimiento** (MOU, por sus siglas en inglés) minimizarán desacuerdos futuros, fomentarán una relación de trabajo más armoniosa y formarán la base para gobernar las relaciones.

Al desarrollar el acuerdo, cada una de las partes debe entender los distintos componentes de la entrega del seguro y estar de acuerdo sobre dónde descansan las responsabilidades de cada cual.

Algunos de los elementos descansan claramente sobre una parte o la otra. Los informes de regulación quedan bajo responsabilidad del asegurador, y el cobro de la prima bajo la de la IMF-agente. Otros elementos pudieran no ser tan claros. Las responsabilidades clave que deben ser atendidas mediante un acuerdo se describen mas adelante.[3]

Suscripción

Para maximizar las eficiencias de este modelo, la suscripción típicamente se efectúa en el proceso de verificación de reclamaciones. En este caso, un tipo de

[3] Una lista completa de actividades de seguro que debieran ser parte de un acuerdo socio-agente puede verse en Churchill et al., 2003.

suscripción se realiza simplemente en virtud de la habilidad del tenedor de la póliza de cumplir con las políticas y requisitos de la organización a través de la cual compra el seguro. Por ejemplo, AIG Uganda acepta a todo tenedor de póliza provisto por las IMF. No hay restricciones de entrada, sino la capacidad de una persona de unirse a alguna de las muchas IMF en Uganda. Una de las ventajas principales de que los aseguradores colaboren con una IMF, en contraposición a una organización que no concede préstamos, es que la evaluación de crédito puede ser un sustituto para la suscripción de seguro de vida. El Capítulo 3.4 discute con más detalle la importancia de cambiar la suscripción de la fase inicial de la aplicación a la fase final del proceso de reclamaciones.

Entrenamiento de personal

Generalmente, los miembros del personal de primera línea del agente requieren entrenamiento sobre principios de seguros, *marketing* de seguros y los detalles del producto particular. Este entrenamiento puede ser proporcionado directamente por el asegurador. Como alternativa, el asegurador puede ayudar a desarrollar materiales que luego serán repartidos por el personal de entrenamiento de la IMF. La Equidad, en Colombia, por ejemplo, ha desarrollado un programa especial para entrenar a los analistas de crédito de su agente, la Fundación Mundial de Mujeres (WWF, por sus siglas en inglés). WWF invierte un promedio de dos días en entrenamiento en seguros de los 45 días de entrenamiento del programa diseñado por La Equidad. Otro personal necesita entrenamiento en asuntos tales como la administración del esquema y aplicaciones del sistema de información.

Cobro de primas y envío

Según el Cuadro 70, el proceso de cobro de primas es extremadamente detallado. Este proceso puede documentarse de modo que cada una de las partes esté clara en el momento y en el proceso. La eficiencia es crítica. Ya que las IMF tienen transacciones con sus clientes, es relativamente fácil para estas cobrar las primas como parte de sus pagos de préstamos o de los ahorros de los tenedores de pólizas.

El intercambio de información del tenedor de la póliza en términos de los pagos de primas también tiene que evaluarse cuidadosamente. ¿Qué información relacionada con los pagos de primas necesita realmente el asegurador? AIG Uganda, por ejemplo, requiere que las IMF paguen primas agregadas sobre una base mensual —lo que resulta eficiente—, pero el pago debe acompañarse de una lista física de todos los que están cubiertos bajo la póliza de grupo. Una IMF utilizó casi una resma de papel cada mes para satisfacer este requisito. Este proceso requiere un esfuerzo significativo, material de oficina e incluso espacio de almacenaje. Claramente, no es eficiente.

Cuadro 70

Lista de cotejo para el cobro de primas del socio-agente

- ¿Cuándo pagan la prima los clientes?
- ¿Cuándo remite los fondos el agente?
- ¿Se remiten las primas en efectivo?
- ¿Puede el agente utilizar las primas para pagar las reclamaciones?
- ¿Se deduce la comisión de las primas?
- ¿Qué información requiere el asegurador para respaldar cada pago de prima?
- ¿Dónde se guarda la información?
- En ausencia de números de identificación nacional, ¿cómo desea el asegurador designar al asegurado?
- ¿Entra la póliza en efecto cuando el agente cobra el pago de la prima?

Por otro lado, Aldagi en Georgia, con su IMF-agente, Constanta Foundation, utiliza un sistema electrónico que cursa automáticamente información pertinente sobre una base diaria. Virtualmente, no hay intervención humana en el proceso. Otras IMF con capacidad de ahorro, como K-Rep Bank en Kenya y los bancos rurales en Ghana, requieren que el asegurador retenga las primas en una cuenta en sus bancos. Este arreglo sencillo ayuda a los bancos microfinancieros en la gestión de su liquidez.

Cualquier acuerdo socio-agente debería asegurar que todo lo que sea posible se haga informáticamente. El uso de ordenadores y la comunicación electrónica son formas importantes de reducir los costos y el esfuerzo invertidos en la administración del microseguro, al igual que recopilar la información demográfica sobre los clientes que sea necesaria.

Proceso de reclamaciones

Ya que el pago puntual de reclamaciones es crítico para la credibilidad de las instituciones (sin mencionar las necesidades de los beneficiarios), un acuerdo sobre los **estándares de servicio** es imperativo. En algunas de las primeras experiencias con el modelo socio-agente, los aseguradores insistían generalmente en que ellos pagarían las reclamaciones, pero a menudo con resultados muy pobres. En las experiencias de ASA con la Life Insurance Corporation of India (LIC), las reclamaciones tardaron por lo general tres meses o más en ser pagadas, incluso cuando algunas fueron denegadas porque era imposible demostrar la edad de la persona fallecida (algunos nunca solicitaron un certificado de nacimiento) o porque en parte de la documentación requerida se utilizaba un apodo en vez del nombre oficial. Algunos microaseguradores iban retrasados en el pago de reclamaciones, y algunas databan de hacía un año. Esto es inaceptable para cualquier programa de microseguro.

Para evitar estos problemas, muchas IMF, tales como ASA y Kashf, en Pakistan, decidieron resolver las reclamaciones directamente. Este puede ser un asunto delicado para los aseguradores, pero allí donde se lleva a cabo, los beneficiarios salen satisfechos con la práctica. Común entre las afiliadas de Opportunity International, Leftley (2005) se refiere a este enfoque como un acuerdo válido de agencia enmendado. La IMF verifica que la reclamación sea válida y, si lo es, paga la reclamación de las primas cobradas, pero no cursadas todavía, al asegurador. Al final del mes, la IMF remite una tabla que ilustra el total de la prima cobrada y el total de las reclamaciones pagadas, junto con toda la documentación de las reclamaciones. En caso de que el asegurador identifique que una reclamación fue pagada por error, la IMF es responsable de reembolsar su importe a la compañía de seguros. El asunto se discute con más detalle en el Capítulo 4.5.

Si el asegurador insiste en pagar las reclamaciones, una alternativa innovadora ha sido la de la garantía de transacción, a través de la cual el asegurador acuerda que las reclamaciones (con la documentación presentada apropiadamente) serán resueltas en dos semanas o se pagará un plus, por ejemplo, del 25%. Esto reduce la responsabilidad de la IMF y crea un incentivo para que el asegurador funcione eficientemente. Claramente, el paso extra de remitir los documentos al asegurador para el pago a través de la IMF consume tiempo, y aquellos que pagan directamente tienen una ventaja con sus clientes siempre que los controles sean simples, claros y efectivos.

Mientras que pudiera ser posible para las IMF pagar reclamaciones de seguro de vida, es más difícil para otros tipos de coberturas. Incluso la distinción entre una muerte accidental y una natural puede ser difícil para el personal de campo de la IMF.

El seguro de salud es aún más complicado. Entre otros controles, VimoSEWA (India) y UMSGF (Guinea) emplean médicos para participar en comités de querellas que evalúen si las clínicas proporcionan el tratamiento correcto y siguen los protocolos aprobados. Generalmente, las reclamaciones de seguros de salud son demasiado onerosas para que los agentes las gestionen.

Con un enfoque diferente en cuanto a la verificación de reclamaciones, la United India Insurance Company (UIIC) trabajó con Shepherd, una ONG de microfinanzas, para crear un comité de evaluación que atendiera asuntos de implementación del microseguro y decidiera en cuanto a reclamaciones cuestionables. Este comité está compuesto por dos representantes de UIIC, dos tenedores de pólizas y uno de Shepherd. El comité permite respuestas efectivas para asuntos de reclamaciones y supervisa la implantación de productos, al igual que mejora el control total del programa.

2.4 Implantación

Como con otros aspectos del microseguro, la eficiencia en la implantación es critica —y aquí es donde el modelo socio-agente puede probar su valor—. En principio, el personal de la IMF frecuentemente interactúa con los clientes. Las oportunidades para las ventas cruzadas de seguros son, por ende, frecuentes y el incremento de costos es mínimo. La idea es utilizar las redes existentes y las relaciones de una IMF-agente para añadir otro producto, que en teoría debería reducir los costos de adquisición y de transacción, especialmente al compararse con la utilización de agentes de seguros especializados para vender productos individuales.

Sin embargo, la teoría de la implantación no se ha comparado con la realidad de lo que supone negociar con las IMF. El enfoque simple de ventas cruzadas no ha sido exitoso en muchas instituciones, principalmente porque el microseguro no es el negocio principal del agente. Por lo general, el ahorro y el crédito son el negocio principal de las IMF. El seguro puede respaldar el negocio principal, por ejemplo, mitigando el riesgo de crédito del agente al igual que el de sus clientes, pero cuando surgen los problemas de fraude, se hace muy poco para comercializar el seguro. Como la cartera de préstamos es el activo principal y generador de ingresos de la mayoría de las IMF, es lógico que, al verse amenazadas, la atención de la gerencia y el personal se centre en el problema. Este punto también es importante con respecto a otros canales de distribución e ilustra un obstáculo importante para el avance del microseguro. La oferta eficiente de microseguro a través de otras organizaciones siempre resultará en un tratamiento de segunda clase para aquellos productos comparados con el negocio principal del canal de distribución.

Aun cuando las cosas vayan bien, algunos agentes de microseguro potenciales no tienen interés en el seguro porque el crecimiento del negocio principal consume todos los recursos disponibles. ProCredit Bank, en Ucrania, por ejemplo, estaba interesada marginalmente en el microseguro y comenzó probando con una asociación con una compañía de seguros local. Antes de que la prueba concluyera, quedó claro que, debido al crecimiento fenomenal de su negocio principal, la gerencia no podía repartir su atención con el negocio no-principal.

La expectativa de que el microseguro pudiera implantarse facilmente en una IMF sin costos adicionales ha demostrado ser demasiado optimista. Varias instituciones han reconocido la necesidad de asignar a alguien dentro de la institución-agente como enlace entre el asegurador y la IMF. En algunos casos, el agente designa a alguien para gestionar la relación desde su lado, para supervisar el entrenamiento, manejar los informes y comunicarse con los ase-

guradores, contestar preguntas del personal y, generalmente, actuar como gerente de los productos de seguro.

En algunos casos, como con GLICO, el asegurador coloca a uno de los agentes para comprobar las ventas y la adecuación del servicio. La expectativa de que un empleado de la IMF haga ventas cruzadas de seguro generalmente tampoco ha sido satisfecha. Los estudios de demanda y de satisfacción han demostrado que los clientes de microfinanzas tienen poco conocimiento de los productos de seguro que han comprado, especialmente con respecto a los productos obligatorios. Cuando un producto es obligatorio, el personal de campo encuentra pocas razones para promover o siquiera discutir el producto de seguro. Un compromiso de mantener a los clientes informados es vital para el éxito del microseguro. Sin ese compromiso, los tenedores de pólizas sólo ven el seguro como un costo adicional del préstamo para productos obligatorios, y es probable que los productos voluntarios experimenten tasas de renovación bajas.

2.5 Acuerdos financieros con el agente

Aunque los agentes de las IMF han limitado sus ofertas de microseguro a productos que se relacionan directamente con sus necesidades de protección a la cartera de préstamos, también esperan con razón un beneficio financiero específico. En los estudios de casos fueron identificados tres métodos de remuneración:

1. Las comisiones pagadas al agente como un porcentaje de la prima cobrada.
2. La distribución de ganancias con ingreso variable/potencial de pérdidas.
3. Aumentos de prima cuando el agente de la IMF añade una suma adicional a la prima cargada por el asegurador.

Remuneración basada en primas

La forma más común de que los agentes de la IMF obtengan ingresos del seguro es a través de comisiones, que típicamente fluctúan entre el 5% y el 20% de las primas pagadas. Algunos de los agentes mas profesionalizados de las IMF dan seguimiento a los costos de vender y dar servicio a los productos de microseguro. Es crucial que el agente entienda la estructura de costos asociados al seguro y que compruebe que, por lo menos, se está manteniendo (sin ganancias, pero tampoco pérdidas) en la actividad. Algunos gerentes de las IMF argumentan que, debido a que las actividades son añadidas a la infraestructura existente y entregadas consecuentemente con los productos de crédito o de ahorro, el seguro, en efecto, no genera costos adicionales. Sin embargo, sin un análisis de costos, los agentes no estarán nunca seguros de la capacidad de ingresos del producto.

ASA, utilizando «costos-basados-en-actividad» (*activity-based costing*, ABC), precisó el costo asociado con las ventas y el servicio a sus productos de seguro y determinó que el costo administrativo por póliza al año era de $1,80 *(véase la Tabla 38)*.

Tabla 38 **Lista de cotejo para el cobro de primas del socio-agente**

Categoría	*Gastos anuales (Rs.)*	*Gastos anuales (US $)*
Costos del personal	1.500.000	33.333
Otros costos (renta, computadoras)	1.460.000	32.445
Costo de incentivos por la sucursal	1.325.250	29.450
Total de costo anuales por todas	**4.285.250**	**95.228**
Total de pólizas vendidas	53.010	
Total de costos de servicio por miembro	**80,84**	**1,80**

Fuente: Roth et al., 2005.

La Tabla 39 evalúa las ganancias de sus actividades de microseguro sobre la base del costo por póliza. La prima por póliza consiste en 125 Rs. ($2,78), pero la prima retenida es distinta para Max New York. Cuando el costo por póliza se compara con la prima retenida por póliza (columna B), queda claro que hay una ganancia con los primeros dos aseguradores y una pérdida con el tercero.

Cuando estos costos se estaban produciendo, los costos administrativos de ASA eran del 64,6% de las primas y las ganancias eran del 4,8% de las primas.[4] (Los costos administrativos adicionales también deben restarse del balance que fue pagado por el asegurador.) Al dar seguimiento a los costos y a los ingresos de este modo, un agente puede controlar mejor el nivel de costos, y en este caso es claro que existe la necesidad de identificar eficiencias adicionales potenciales para reducir los altos costos administrativos.

[4] El costo promedio sopesado por póliza es de 86,8 Rs. o 69,4% de la prima. El costo administrativo de primas es 80,84/125 = 64,6%, y la ganancia es (86,8-80,84)/125 = 4,8 %.

Tabla 39

Ingresos / pérdidas por póliza de ASA (enero de 2005)

Compañía de seguros	*A) Prima recibida por parte del cliente*	*B) Prima retenida para cubrir gastos*	*C) Ganancia o pérdida por póliza (columna B-Rs. 80.84)*	*D) Número de pólizas*	*E) Ganancia o pérdida en todas las pólizas*	*F) F. Ganancia o pérdida en todas las pólizas (US $)*
AMP-Sanmar	125	89	8,16	26.444	215.822	4.796
Allianz Bajaj	125	89	8,16	18.218	148.686	3.304
Max New York	125	75	-5,84	8.348	-48.740	-1.083
Total				**53.010**	**315.768**	**7.017**

Fuente: Roth et al., 2005.

Tabla 40

Interpretación de cuatro proyectos de microseguro en Zambia 2004

	Pulse holding	*PRIDE Zambia*	*FINCA Zambia*	*FINCA*
		2004		
Valor de la prima	25.345	28.098	31.826	17.507
Reclamaciones (US $)	12.252	5.034	3.302	1.613
Tasa de reclamaciones (%)	**48,3**	**17,9**	**10,4**	**9,2**
Primas netas (US $)	13.092	23.063	28.534	15.894
Repartición de beneficios (US $)	4.582			
Repartición de beneficios (%)	**18,0**			
Costos administrativos (10%)		2.810	3.184	1.751
		2005		
Valor de la prima	18.603	4.010	9.571	7.544
Reclamaciones (US $)	9.803	786	976	3.749
Tasa de reclamaciones (%)	52,7	19,6	10,2	49,7
Primas netas (US $)	8.800	3.224	8.595	3.794
Repartición de beneficios (US $)	3.080			
Repartición de beneficios (%)	**16,6**			
Costos administrativos (10%)		401	957	754

Fuente: Manie, 2005.

Distribución de ganancias

El segundo enfoque de remuneración, la distribución de ganancias, es un modo de compartir los riesgos y las ganancias para generar un ingreso (o pérdida) potencial mayor para la IMF-agente. Este método coloca algo del riesgo del seguro sobre el agente institucional. Típicamente, esta pérdida potencial encuentra un tope en la suma de las pérdidas pagadas, de modo que la IMF-agente pudiera posiblemente perder su inversión en los costos de vender y de dar servicio a los productos, pero cualquier pérdida adicional es asumida por el asegurador.

Madison Insurance trabaja con cuatro agentes institucionales en Zambia. A tres de ellos les paga una comisión garantizada del 10% de las primas, mientras que al cuarto, Pulse Holdings, se le paga sobre una base de distribución de ganancias (y pérdidas). La Tabla 40 ilustra algunos resultados clave de las cuatro IMF.

En este caso, el arreglo de distribución obliga a Madison a pagar las reclamaciones del consorcio de primas y a retener entonces el 35% de las primas netas (después de las reclamaciones) para cubrir sus costos. Cualquier balance es entonces distribuido equitativamente entre el asegurador y la IMF. Este arreglo proporcionó un rendimiento para Pulse Holdings durante dos años —16,6% para 2003 y 18% para 2004— más alto que el rendimiento del 10% garantizado para los demás, aun cuando Pulse tenía una tasa de reclamaciones dramáticamente más alta. Es importante reconocer que con un mecanismo de distribución de ganancias y pérdidas, el rendimiento podría ser cero. Sin embargo, parecería que Pulse y la propia Madison están protegidas por primas excesivamente altas. La tasa de reclamaciones para Pulse en 2005, por ejemplo, hubiese tenido que ser mayor del 70% para que Pulse obtuviera sólo el 10% que los otros ganaron. Dado que la tasa de reclamaciones agregadas para los agentes a comisión era sólo del 16%, queda claro que el precio de este producto estaba seriamente sobrecargado.[5]

Aumentos sobre el costo de primas

La tercera opción es la de los aumentos sobre el costo en las primas, tales como los utilizados por muchas IMF en Uganda, que imponen un cargo adicional de hasta el 100% en la prima. En otras palabras, si la cobertura de seguro cuesta el 0,5% de la suma del préstamo, la IMF cobra el 1% y se queda con el otro 0,5%. En el caso de AIG Uganda, el asegurador no paga comisión alguna a las IMF,

[5] Nótese que con una tasa de reclamaciones agregadas del 16% más el 10% de cargo por administración pagado a las IMF, Madison tiene el 74% de primas para dividir entre 1) los costos administrativos muy bajos de sus operaciones relacionadas con estos productos, 2) probablemente, ningún costo de reaseguro, y 3) probables ganancias de entre el 50% y el 60% de primas.

pero paga un 20% de comisión a su propio agente de seguros. Ello da lugar a un nivel inaceptable de costos administrativos y de primas, que multiplican lo que sería razonable. También, es probable que esos aumentos sean ilegales en países donde las autoridades de seguro aprueban las tarifas.

En Filipinas, Opportunity International dirigió a sus IMF afiliadas hacia este enfoque de «aumentos sobre el costo» después de saber que era una práctica común aumentar la tarifa significativamente si una comisión se pagaba a un intermediario. Por ejemplo, si se requiere una comisión del 20% para cubrir los costos de la IMF, entonces es común que la tarifa neta sin comisión se aumente sobre el 100%. Sobre la base de esta observación, se acordó que las IMF pagarían la tarifa neta al asegurador y que no recibirían comisión, pero que cargarían en cambio la tarifa cobrada a los clientes con un costo de administración. Esto resultó ser una solución más económica para los clientes de la organización.

2.6 Conclusión

Al implementar el modelo socio-agente, hay varias áreas de preocupación que deberían trabajarse antes de ofrecer el producto a los tenedores de pólizas potenciales. Cada una de las partes debe entender su papel, y los papeles deben adjudicarse según dónde radique la ventaja comparativa de cada una de las instituciones. Al negociar el producto y negociarlo con el asegurador, la IMF-agente tiene un papel dual: debe cerciorarse de que sus propios requisitos institucionales se cumplen en términos de distribución, costos y capacidad, pero también, a la vez, de que representa a su clientela, con sus necesidades. En algunos casos, especialmente en Asia, las IMF han hecho un trabajo encomiable a la hora de representar las necesidades de su clientela y negociando productos que respondan a esas necesidades. En la mayoría de los casos, sin embargo, las IMF se centraban demasiado en sus carteras y en generar ingresos significativos, lo que resultó en productos que ni reflejaban las necesidades de la clientela, ni les ofrecían valor real alguno.

3 Lo bueno y lo malo

El modelo socio-agente no ha funcionado bien para todo el mundo, aunque satisface las necesidades de muchos. Algunos, como VimaSEWA y ASA, comenzaron con el modelo socio-agente, luego se cambiaron al auto-seguro, y finalmente volvieron de nuevo al modelo socio-agente. Según se describe en el Cuadro 71, ASA se ha comprometido finalmente, y firmemente, con el modelo socio-agente, y puede controlar mejor su relación con los aseguradores e influir en el diseño de los productos.

Cuadro 71 **La relación ahora-si y ahora-no de ASA con el modelo socio-agente**

ASA ha alternado el modelo socio-agente y el modelo de servicio completo muchas veces a lo largo de los años, a veces combinando ambos (por ejemplo, cargando los riesgos de muerte natural internamente y contratando externamente los de muerte accidental con un asegurador). Sin embargo, ahora está firmemente comprometida en su colaboración con las compañías de seguros. Parte de este compromiso se debe a su experiencia; es consciente de los riesgos del seguro gestionado internamente sin reaseguro. Otro factor es que ASA ha acumulado suficiente experiencia con sus socios en el mundo de los seguros para saber qué preguntar y cómo manejar la relación —y con 45.000 prestatarios, es lo suficientemente fuerte como para poder ser exigente—. Como resultado, ASA ha diseñado su propio producto de forma que cubra sus necesidades y genere algunos ingresos, mientras que otro asume el riesgo.

Fuente: Adaptado de Roth et al., 2005.

Los aseguradores que trabajan con IMF-agentes han experimentando un éxito ambiguo con este modelo. La penetración ha sido relativamente baja, aunque algunos agentes han tenido más éxito con la distribución de seguros que otros. Algunos de los gastos correlacionados al éxito de las ventas son:

- **El tamaño de la base de clientes del agente.** Los agentes con más clientela tienden a alcanzar mayores tasas de penetración que los más pequeños.
- **Actitudes de administración.** Los agentes que son más exitosos aprecian la naturaleza estratégica del seguro en su oferta de productos y cumplen una disciplina de gerencia adecuada, por ejemplo, estableciendo metas de ventas.
- **Actitudes de los empleados.** La actitud del personal de campo hacia el seguro es un factor crucial para obtener resultados positivos. Si no hay entusiasmo con respecto al producto, difícilmente se tendrá éxito en las ventas.

Aunque muchos aseguradores habitualmente prefieren vender **seguro obligatorio**, esto sólo tiene sentido si existe una relación directa entre el producto y su naturaleza obligatoria. Por ejemplo, una IMF puede vincular una cobertura de vida a crédito a un préstamo de capital de trabajo o a un seguro de residencia. Cuando los aseguradores ofrecen productos que van más allá del vínculo de crédito, deben ser voluntarios, y entonces deben ser vendidos activamente por el intermediario, lo que se ha demostrado difícil.

Según se concibe actualmente, este modelo está limitado a los depositantes o, más probablemente, a los deudores de una IMF. Sin embargo, hay muy pocos lugares donde las instituciones microfinancieras trabajen siquiera con

el 10% del mercado potencial. En un país como India, donde las leyes sobre seguros obligan a los aseguradores a servir al mercado de bajos ingresos, Tata-AIG encontró el modelo socio-agente demasiado restrictivo. Ya demasiadas instituciones han tenido relaciones con otros aseguradores y la penetración de IMF en India era baja comparada con el mercado potencial. Por ende, Tata-AIG desarrollo su propio modelo usando a las ONG para buscar «micro-agentes» entre la gente local *(véase el Capítulo 4.6)*. La saturación de IMF dispuestas y capaces de trabajar con aseguradores en India, junto con el alcance relativamente limitado de las IMF, son consideraciones importantes para el modelo socio-agente que continuaran empujando a los aseguradores a identificar canales de distribución no-IMF y trabajar con ellos.

Delta Life experimentó retos parecidos cuando trató de ofrecer seguro a través de una ONG de microfinanzas en Bangladesh. Parte del problema descansa en el tipo de producto que ofrecen Delta y Tata-AIG. Las instituciones de microfinanzas no son distribuidores particularmente efectivos de **pólizas de seguro dotal** por dos razones. Las IMF típicamente vinculan sus pólizas a los productos de préstamo. Los seguros dotales requieren transacciones consistentes a largo plazo. El crédito IMF es generalmente a corto plazo, con brechas ocasionales de no-préstamos. Hay una compatibilidad limitada entre estos dos enfoques. También, para las IMF que aceptan ahorros, los productos de seguro dotal compiten por los recursos limitados del cliente de bajos ingresos.

El Capítulo 1.2 describe la demanda para el microseguro de un mercado de bajos ingresos y demuestra que, en la mayoría de los países, la demanda de ayuda en el control de riesgos y la mayor necesidad de seguro se dan en el área de cobertura de salud. Inicialmente, algunos pensaban que el **seguro de salud** surgiría como parte de este proceso de evolución. Si los aseguradores fueran persuadidos para entrar en el mercado de productos de vida y otros básicos, podrían luego moverse gradualmente hacia otros más complicados, como los de salud. Excepto por algunos casos notables —como VimoSEWA y Shepherd, ambos en India— esta evolución no ha sucedido. La razón para ello es tanto una renuencia general de los aseguradores como una falta de presión por parte de los agentes de las IMF, que están supuestos a representar a sus clientes. Ya que el seguro de salud no puede proporcionarse como un producto obligatorio en la mayoría de los casos, y dado que los productos no se relacionan directamente con el pago de préstamos, el desarrollo de una cobertura de salud bajo este modelo se ha visto afectado.

4 Ventajas y desventajas

En el modelo socio-agente hay tres actores claves: los aseguradores, las IMF o similares y la gente de bajos ingresos cubierta por las pólizas. Aunque anunciado como un enfoque en el que todos ganan, en la práctica este modelo ha demostrado tener ventajas y desventajas en cada uno de estos grupos.

4.1 Los agentes

Para las IMF, es más fácil ofrecer seguro en asociación con un asegurador formal que comenzar con su propia compañía de seguros o asegurar a sus miembros *(como se ilustra en la Tabla 41)*. La capacidad de ofrecer seguro sin requisitos de conocimiento, fondos o reglamentación hace de esta una opción fácil.

Las desventajas generalmente tienen que ver con asuntos de relación. Las IMF y los aseguradores negocian sobre bases de conocimiento distintas. El asegurador sabe de seguros, mientras que la IMF sabe de mercado. Lo que en principio hace de esto una relación ideal —la fusión de ambos grupos de destrezas—, puede ser también un potencial para el abuso. Aunque tanto el conocimiento sobre el seguro como sobre el mercado son elementos importantes, demasiadas veces la IMF difiere en el peritaje del asegurador deja de proporcionarle conocimiento sobre el mercado. Esto es un error. Donde las IMF pueden influir sobre el diseño del producto, o donde hay competencia entre aseguradores, se dan claramente mejores productos y condiciones para la clientela.

Para que el modelo socio-agente funcione para las IMF, habrá que satisfacer ciertos requisitos:

- Las IMF deben usar el tamaño del mercado que desean alcanzar para conseguir lo que quieren en cuanto a productos y condiciones. Deben presionar a los aseguradores para que ofrezcan productos que respondan mejor a las necesidades y demandas de sus clientes.
- Debe haber competencia formal entre los aseguradores, bien entre diversos aseguradores que venden a la IMF, bien con propuestas y revisiones anuales de las pólizas.
- Debe haber una mayor integración del microseguro en la oficina principal, de modo que el personal de campo aprecie el valor del seguro para sus clientes, reciba incentivos para vender productos voluntarios e informe a los clientes sobre los productos obligatorios.
- Debe reconocerse el valor de la gama de productos de seguro para los clientes directos o indirectos de la IMF. Esto incentivará a las IMF a presionar a los aseguradores para que ofrezcan y vendan sus productos de manera profesional.

Tabla 41 **Ventajas y desventajas para el agente en comparación con el auto-seguro**

Ventajas	*Desventajas*
1. A menudo, es la manera más fácil, más barata y más rápida de comenzar en el mundo del seguro.	1. Necesidad de negociar con un tercero para satisfacer las necesidades de los clientes y de las IMF.
2. Riegos financieros y de reputación más bajos.	2. El ingreso se restringe a menudo a las comisiones; bajo riesgo, pero también recompensas relativamente más bajas.
3. Ingresos garantizados por comisiones, o ingreso potencial/pérdidas de distribución de ganancias.	3. Los estándares de servicio pueden estar en mano de un tercero (si el asegurador está pagando reclamaciones).
4. No hay requisitos de capital.	4. El personal de campo tiene responsabilidades adicionales del negocio no-principal.
5. Pocos o ningún requisito de regulación.	5. Necesidad de crear una estructura de incentivos para motivar al personal a vender el producto o al menos para informar al cliente sobre el producto.
6. No hay necesidad de personal y gerentes especializados costosos.	6. Limitaciones potenciales en el diseño de productos y beneficios debido a restricciones legales en cuanto a lo que el asegurador puede cubrir.
7. Los productos son más seguros para los clientes.	

Para que el modelo socio-agente funcione para los aseguradores, estos deberán:

- Asumir un papel activo en el entrenamiento y la motivación del personal de primera línea (en coordinación con el agente institucional). Algunos aseguradores tienen personal responsable de estas cuentas y sus interacciones deben mejorar para hacer al personal del agente más efectivo.
- Reconocer que el seguro nunca será el foco primario de ningún agente institucional y centrarse en que cada proceso sea simple de ofrecer, simple de administrar y simple de transigir. Si el producto es simple en todos los aspectos, el esfuerzo por parte del agente se reducirá y habrá más posibilidades de mejorar las ventas.
- Cerciorarse de que los tenedores de pólizas están recibiendo información correcta, lo que mejorará las posibilidades de renovación.
- Aunque la teoría es que debería haber una intervención limitada de parte del asegurador, estos estudios de casos dejan claro que los aseguradores deben asumir un papel de mayor fortaleza en la dirección del proceso.

Tabla 42

Ventajas y desventajas para el asegurador

Ventajas

1. Forma más simple, económica y fácil de entrar en el mercado de bajos ingresos; el agente le da al asegurador credibilidad instantánea con un mercado escéptico, volúmenes grandes de clientes y un mecanismo de transacción eficiente.
2. Mejora la diversificación de riesgo al añadir números sustanciales de tenedores de póliza, especialmente con un producto obligatorio.
3. Impacto positivo en los requisitos de responsabilidad social corporativa y en las relaciones con los reguladores.
4. Entendimiento mejorado de los riesgos a través de datos históricos de los agentes sobre la clientela.
5. El prototipo del producto debe ser desarrollado a partir de una investigación de mercado llevada a cabo por el agente.

Desventajas

1. Los agentes tienen conocimientos limitados sobre seguros.
2. Es necesario un esfuerzo significativo inicial en entrenamiento del personal de la IMF, y en el desarrollo de procesos y de materiales de marketing.
3. Depende de un agente que podría cambiar de opinión respecto a los productos del asegurador o a sus servicios después de la inversión inicial.
4. Riesgo de perder una porción sustancial del negocio si el agente se cambia a otro asegurador o cambia sus prioridades.
5. Los estándares de servicio están en las manos de los agentes, lo que conduce a un riesgo de reputación potencial.
6. Es necesario adaptar controles para manejar productos especiales.

4.3 Los clientes

Los tenedores de pólizas potenciales están a la merced de sus agentes y de sus aseguradores. El acceso a los productos regulados de seguro debería ser beneficioso, pero en muchos casos no sólo ha probado ser inútil, sino también perjudicial, al menos en términos de pagar unas primas innecesariamente altas por productos insatisfactorios. Esto puede justificarse inicialmente, cuando los aseguradores adoptan un enfoque conservador al acercarse a la comprensión de los riesgos de este mercado. Pero a medida que va existiendo información significativa disponible, las primas deberían bajar, algo que no se constata. Gran parte del problema tiene que ver con la renuencia de los tenedores de pólizas a estar representados por dos entidades —el agente institucional y los aseguradores—, ambos motivados por la obtención de ganancias.

Las ventajas y desventajas del modelo socio-agente para el mercado de bajos ingresos se resumen en la Tabla 43.

Tabla 43

Ventajas y desventajas para los tenedores de pólizas

Ventajas

1. Acceso a productos que no podrían obtener de otro modo.
2. Pueden beneficiarse de precios de consorcio.
3. El asegurado es respaldado por las reservas, la legislación y, si es apropiado, por el reaseguro, de manera que no debería existir un riesgo real de fracaso.
4. Acceso a una gama amplia de productos.

Desventajas

1. Su representante (con frecuencia la IMF agente) tiene un papel conflictivo en las negociaciones, al representar tanto sus propios objetivos (maximización de ingresos) como los de sus clientes (valor para su dinero); a menudo, los productos se diseñan para el beneficio del agente.
2. Cuando hay un conflicto, los clientes son reacios a enfrentarse a su prestamista por miedo a los posibles efectos adversos a la hora de pedir préstamo.
3. Muy a menudo, las personas de bajos ingresos pueden acceder al seguro sólo si piden un préstamo, y pedir prestado no siempre es necesario para el cliente.
4. Las primas, en la mayoría de los casos, son altas, según ilustra el nivel mínimo de reclamaciones que se observa en muchos de los programas.

Para que el modelo socio-agente funcione en el mercado de bajos ingresos:

- Las necesidades de sus clientes y sus demandas deben ser la base de los productos y de cómo estos se ofrecen.
- Los reguladores deben permitir la sencillez en las pólizas y en los procedimientos, mientras protegen los derechos de este mercado.
- Las IMF deben desarrollar modos de incluir a los clientes en sus procesos de desarrollo y revisión de productos, y usar esa información en sus negociaciones.

5 Conclusión

El modelo socio-agente todavía está evolucionando. En los últimos años, los aseguradores han estado más interesados en el mercado de bajos ingresos. Las IMF y agentes similares se han vuelto más partidarios de estructurar el negocio en torno a sus necesidades y, a veces, en torno a las de los clientes. Todavía se da cierta resistencia entre los aseguradores a la hora de ofrecer productos de salud, aunque esto está cambiando. La renuencia inicial de trabajar con seguros de vida se ha reducido hasta el punto de que los aseguradores buscan

a las IMF y a otros socios para acceder al mercado de bajos ingresos. Las IMF ocupan una parte limitada de los mercados financieros mundiales de bajos ingresos. Ahora que los aseguradores ven el potencial del microseguro, están procurando activamente canales de distribución alternativos y complementarios *(véase el Capítulo 4.6)*. Está claro que un esfuerzo masivo para llegar a este mercado requerirá de canales de entrega nuevos y eficientes.

A nivel institucional, se esperaba que las primas fueran inicialmente altas, pero que cayeran tras uno o dos años de experiencia, y que la gama de productos se ampliara. También debería haberse dado una reducción correspondiente en las ganancias netas de los aseguradores. De hecho, esto ha ocurrido en algunos casos, aunque en otros los rendimientos son excesivos. Los controles sobre estas ganancias deben venir de las IMF y del resto de los implicados en la venta de productos a clientes de bajos ingresos.

Hay presión en el mercado para administrar estas primas de modo que beneficien a los clientes. AIG Uganda, que tenía el monopolio en este mercado hasta hace poco, se encontró de pronto con dos competidores nuevos. Así es el mercado en acción. La competencia en el microseguro debe dar lugar a mejores productos y a primas más apropiadas para los consumidores de bajos ingresos.

Los productos y las tarifas de los precursores de este modelo pueden no haber satisfecho las necesidades y demandas de este mercado. Sin embargo, sí que han abierto un camino, y los nuevos participantes generarán una competencia que mejorará el seguro para los pobres.

El modelo socio-agente actual parece funcionar mejor cuando:

- El seguro se relaciona directamente con los productos de la institución-agente.
- La IMF agente tiene suficiente conocimiento y motivación para poder representar realmente a sus clientes en las negociaciones con los aseguradores y para gestionar el proceso de desarrollo de productos.
- La IMF agente reconoce el beneficio del seguro no sólo para la protección de su propia cartera, sino, más importante, para sus clientes.
- Los productos son simples en todos los aspectos: en los requisitos iniciales de entrada, en las exclusiones, que han de ser mínimas, y en el proceso de resolución que facilite el curso de reclamaciones válidas.
- Los productos son valorados por los clientes de las IMF y son obligatorios.
- Las primas son justas para todos.
- El personal de campo del agente es suficientemente diestro y se toma realmente el tiempo necesario para explicar a los clientes en qué consiste el producto por el que pagan.

– Para el mercado de bajos ingresos, el asegurador desarrolla un modelo de negocios distinto al utilizado por la clientela tradicional.

El modelo socio-agente tiene un potencial significativo. Todavía es temprano para juzgar su evolución, que progresa lentamente sobre la base de lecciones aprendidas. Los fallos en el modelo pueden solucionarse de forma relativamente fácil a través del entrenamiento y el fortalecimiento de las capacidades de los que cargan el riesgo y de los canales de distribución. Sin embargo, los aseguradores deberían mirar más allá de las IMF. Los estudios de casos demuestran que la expansión masiva del microseguro requerirá una gama amplia de canales de distribución, y que trabajar sólo con las IMF no será suficiente.

4.3 El modelo de base comunitaria: las organizaciones mutualistas de salud en África

Bénédicte Fonteneau y Bruno Galland [1]

Los autores agradecen las contribuciones significativas a este capítulo provistas por la OIT/STEP, incluyendo a Christine Bockstal, Valérie Schmitt-Diabate, Olivier Louis dit Guerin y otros. Los autores también agradecen a las siguientes personas sus puntos de vista y sugerencias: Patrick Develtere (University of Leuven), Klaus Fischer (Laval University) y Ralf Radermacher (University of Cologne).

Este capítulo trata de un modelo específico de microseguro (el modelo de base comunitaria) en una región específica: África. También se detiene en un campo específico: el seguro de salud, el cual, ciertamente, no es el tipo de seguro más fácil de ofrecer *(véase el Capítulo 2.1).* Considerando que el acceso al cuidado de salud sigue siendo un asunto principal y carente de solución en África, los sistemas de microseguro de salud son una forma de resolver, al menos parcialmente, este problema.

El seguro de salud de base comunitaria no es un modelo teórico. Desde su desarrollo hace más de quince años, ha sido un enfoque pionero en la ampliación de la protección social. Este capítulo explica los desarrollos pasados y actuales en este modelo específico basándose en varios estudios[2] y en la experiencia de organizaciones de apoyo externas, activas en este campo —particularmente, el programa STEP de la OIT y el OGN CIDR francés.

El capítulo se divide en seis secciones. La primera sección describe un modelo específico de base comunitaria (la organización mutualista de salud [OMS]) y su aplicación teórica en el África occidental. La segunda sección ofrece información sobre la proliferación de este modelo en África occidental, a pesar de que otros enfoques también se han puesto a prueba en la región. La sección tres examina someramente el grupo-meta de las OMS en África occidental. La siguiente se plantea preguntas estratégicas, tales como: ¿funcionan bien las organizaciones mutualistas de salud?, ¿están teniendo impacto? Para explicar más a fondo algunas observaciones planteadas en esta cuarta sección, la sección cinco examina los orígenes específicos del problema descrito. Finalmente, la última sección ilustra el valor intrínseco añadido del modelo de base comunitaria.

[1] Las referencias a la Alliance Santé in Vence derivan de las experiencias de los autores, no de estudios de casos.

[2] Por ejemplo, véase Atim, 1998; Atim *et al.*, 2005; Fontaneau, 2004; Fontaneau *et al.*, 2004; Jütting, 2002, y Tabor, 2005.

1 ¿Qué es un modelo de base comunitaria?

Es difícil dar una definición estándar del microseguro de base comunitaria. La literatura sobre la materia acoge prácticamente tantas definiciones del modelo como organizaciones de base comunitaria (OBC) o especialistas existen. En la práctica, varios esquemas de seguro contienen algunos elementos de base comunitaria y se han puesto a prueba alrededor del mundo. Uganda ha probado varios sistemas gobernados y administrados por hospitales y ha implicado a varios grupos comunitarios en el diseño de paquetes de beneficios y en el cobro de primas (Dierrennic *et al.*, 2005). Tanzania ha implantado un sistema nacional llamado Fondo Comunitario de Salud (Community Health Fund, CHF). Los miembros se organizan en comités de administración que incluyen gerentes de cuidado de salud, aunque las reglas del CHF (incluyendo la cuantía de la prima) son establecidas por las autoridades de distrito (Musau, 1999). Otra manera de gestionar el microseguro de salud es a través de las IMF. Si una IMF tiene una base comunitaria, lo que significa que está organizada como una mutualista (como ASSEF, en Bening), su esquema de microseguro pudiera incluirse en el modelo de base comunitaria.

Algunas ONG han experimentado con el microseguro de salud administrado por profesionales, que comparte objetivos y características con el modelo de base comunitaria. Por ejemplo, en el programa SKY lanzado por la ONG francesa GRET, en Camboya, los profesionales empleados por la ONG administran el esquema. Los clientes en los comités de las aldeas son consultados con regularidad para asegurar que el esquema está respondiendo a las necesidades de los tenedores de póliza (CIDR, 2005).

Independientemente de esta variedad de esquemas de seguro de base comunitaria, este capítulo se centra en un tipo particular: la organización mutualista de salud o *Mutuelle de Santé*. La referencia geográfica principal es África occidental, porque este modelo es más común en esta región (Tabor, 2005).[3]

Las organizaciones mutualistas de salud fueron originalmente desarrolladas en Europa en el siglo XIX, cuando las organizaciones de trabajadores organizaban fondos mutuos para mejorar su acceso al cuidado de salud en ausencia de otras clases de protección social. En varios países, estas iniciativas han contribuido significativamente a la implantación de una política de protección social a nivel nacional.

[3] Algunos ejemplos provistos por CIDR vienen de otros países de África, ya que CIDR es una de las pocas organizaciones de apoyo externo que implanta OMS en todo el continente.

1.1 Características esenciales

Las características esenciales de las OMS demuestran su fuerte naturaleza de base comunitaria y reflejan los propósitos y operaciones del modelo:

- Mejorar el acceso al cuidado de salud a través de la distribución de riesgo y la agrupación de recursos.
- No tener ánimo de lucro.
- Organizaciones de intereses mutualistas basadas en grupos, que comparten características comunes.
- Los miembros son dueños y beneficiarios al mismo tiempo.
- Participación en el proceso decisional.
- Membresía voluntaria.
- Promoción de solidaridad, democracia y cohesión social.
- Funciones potenciales más allá del seguro.

Las organizaciones mutualistas de salud, al igual que otros sistemas de seguro, están basadas en un mecanismo de distribución de riesgo y de agrupación de recursos. Sin embargo, más específicamente, estas organizaciones no tienen fines de lucro y no seleccionan sus miembros sobre una base de perfiles individuales de riesgo. El acceso al cuidado de salud a través de la solidaridad es, por tanto, el objetivo principal de estas organizaciones.

Los miembros de las organizaciones mutualistas de salud son: sus propietarios, los que toman las decisiones y los tenedores de póliza, lo que supone una gran diferencia entre este modelo y otros esquemas de seguro. Esta característica requiere una participación fuerte y unos mecanismos de control que hagan la toma de decisiones colectiva más efectiva. Las reuniones generales anuales deciden sobre asuntos tales como el presupuesto, las cuentas, qué hacer con los excedentes y asuntos operacionales, al igual que asuntos de estrategia total. Los miembros gobiernan sus OMS a través de representantes electos, quienes son responsables de implantar mecanismos de control, tales como el seguimiento de la implantación de reglas internas, el control de flujos financieros y la recopilación de querellas relacionadas con el servicio ofrecido.

La membresía es voluntaria. Este principio claramente distingue a las OMS de esquemas obligatorios de seguro, tales como la mayoría de sistemas de seguridad social nacional que a menudo son operados estatalmente. Como toda organización sin fines de lucro, las OMS no imponen la pertenencia, sino que esta es una decisión optativa del miembro.

En la mayoría de las OMS, los miembros comparten algunas características comunes, tales como pertenecer a la misma organización, habitar la misma aldea o trabajar en la misma ocupación, a menudo porque se cons-

truyen sobre una organización ya existente *(véase el Cuadro 72).* Teniendo en cuenta que la membresía es voluntaria, una OMS tiene que encontrar una manera de cerciorarse de que puede reunir un número «suficiente» de miembros para activar los mecanismos de distribución de riesgo de forma eficiente y atractiva: cuanto mayor el grupo, mayores los beneficios para los miembros. Organizarse en un grupo preexistente (formal o informal) facilita este proceso. Por otro lado, compartir las mismas características, o mejor, haber estado previamente implicados en un mecanismo parecido de toma de decisiones colectivas con el mismo grupo, facilita el funcionamiento de la OMS.

Cuadro 72

Perfiles para iniciar la organización de OMS

En Burkina Faso, la Asociación *Yekouma Dakoupa* y la Asociación de Viudas y Huérfanos de Leere *(Association des Veuves et Orphelins du Leere)* ofrecen una variedad de servicios tales como apoyo agrícola, microcrédito y cobertura de gastos escolares para los niños huérfanos. Un grupo de mujeres organizó un fondo informal de solidaridad para ayudar a los miembros y a sus familias a afrontar imprevistos de salud. Preocupadas porque este fondo no fuera suficiente para cubrir todas las necesidades y gastos de salud, decidieron establecer un sistema más sostenible. Contactaron con el programa STEP y establecieron con él, en 2001, una organización mutualista de salud llamada Leere Laafi Bolem.

En el caso de *Lalane Diassap* OMS, en Senegal, una organización de jóvenes de la aldea (*Association des Jeunes de Lalane)* tomó la iniciativa de lanzar una organización mutualista de salud a mediados de los años noventa. El personal que ya trabajaba con otras organizaciones mutualistas de salud en la región de Thiès ayudó a lanzar esta iniciativa.

En el caso de la *Mutuelle de Fatako* (Guinea Conakry), una asociación de mujeres *(Association des Femmes Ressortissantes de Fatako)* identificó el acceso al cuidado de salud como un problema principal para los habitantes de Fatako. Junto con un programa de STEP y la *Association Guinéenne de Bien-Etre Familial* (ASBEF), han creado una organización mutualista de salud en 2002.

Fuente: Adaptado de Fonteneau et al., 2004, y de Fonteneau, 2004.

Las OMS promueven activamente algunos ideales tales como la solidaridad, la democracia o la cohesión social. Estos valores son particularmente importantes para la agrupación de recursos y la distribución de riesgos del microseguro, ya que la familiaridad de los miembros entre sí puede ayudar a controlar el riesgo moral y el fraude, y puede incentivar las renovaciones.

Sin embargo, a diferencia de otros proveedores de seguro, una OMS no puede reducirse a sus funciones de seguro. Como organización de participación e intereses mutuos, la OMS cumple funciones más allá del seguro. Por ejemplo, los objetivos de la OMS casi siempre incluyen educación sobre la salud. También actúan en un sector (el del cuidado de la salud) donde los intereses de los usuarios sólo han sido representados recientemente. La OMS, al organizar a los usuarios potenciales de los servicios de salud, puede hacer llegar sus intereses a los proveedores de cuidado de salud. Del mismo modo, ya que el Estado es un actor principal en los sistemas de cuidado de salud, la OMS puede representar a la población en discusiones de política pública. Por ejemplo, estas organizaciones de base comunitaria pueden mediar en asuntos de financiación de los servicios de salud y participar en procesos de reforma de protección social *(véase el Capítulo 1.3)*.

1.2 Características importantes

Además de estas características esenciales, deben mencionarse otras características del modelo OMS para ofrecer un cuadro más completo. Estas características son importantes «en el sentido de que resultan del modelo», pero no son características inherentes a él.

La organización de una OMS a menudo implica la creación de una nueva organización, aun cuando una organización existente tome la iniciativa de comenzar un esquema de microseguro. En otros modelos, el seguro puede, de hecho, ser desarrollado como un producto que ofrece y administra una institución existente (por ejemplo, las IMF o las compañías de seguro). En el caso de una OMS, el esquema de seguro es la propia organización. La nueva organización creada para el propósito de proveer seguro conduce a un proceso de institucionalización que requiere un esfuerzo adicional de la organización que lo inicia y/o respaldo de proveedores externos.

Los esquemas OMS son manejados y controlados por miembros que los apoyan financieramente. Esto no significa que una OMS deba ser auto-administrada, pero en la realidad ese es, a menudo, el caso. Los gerentes, que son miembros de por sí, son elegidos o designados por los miembros de los esquemas de seguro. A menudo, ellos son los encargados de realizar esta función sobre una base voluntaria sin compensación. La auto-administración «voluntaria» es una de las maneras de asegurar la continuidad entre los miembros y las instituciones, de evitar conflictos entre la gerencia y los beneficiarios. Sin embargo, por falta de recursos, necesariamente también se realizan trabajos sin remuneración y voluntarios. Esta práctica reduce los costos del producto de seguro, pero no es una solución a largo plazo.

Según se ha mencionado, los esquemas de microseguro se basan en que los miembros compartan algunas características comunes. Este rasgo asegura un nivel mínimo necesario de confianza y de cohesión social para organizar y operar una OMS de acuerdo con las características descritas (por ejemplo, la auto-administración, un proceso colectivo de toma de decisiones, mecanismos de participación, distribución de riesgos). Especialmente al principio, el conjunto de miembros de una OMS es a menudo homogéneo, lo cual puede tener efectos negativos a causa de la falta de diversificación de riesgos. Tal situación lleva a una capacidad limitada de alcanzar solidaridad vertical, lo que da pie a subsidios cruzados entre ricos y pobres.

2 ¿Por qué fue —y es— este enfoque implantado en África occidental?

La existencia e implantación de las OMS en África no se dio por azar. Las OMS africanas hicieron su primera aparición a finales de los ochenta y principios de los noventa, coincidiendo con dos desarrollos: 1) el proceso de democratización y 2) la implantación de la iniciativa Banako.

En muchos países de África, las postrimerías de los ochenta representaron el principio de la democratización y la emergencia de una sociedad civil. Como resultado, la población tomó muchas iniciativas para responder a las necesidades urgentes y a los asuntos políticos. Estas iniciativas fueron estimuladas por agencias de cooperación con el desarrollo, que querían respaldar el proceso de democratización. En este contexto, la afiliación por asociación de una OMS con organizaciones sin ánimo de lucro, autónomas y de interés mutuo, fue una forma fácil y flexible de lanzar una iniciativa colectiva.

Durante los noventa, la iniciativa Banako (lanzada en 1987 por la Organización Mundial de Salud [World Health Organization]) y UNICEF fueron implantadas progresivamente. La iniciativa Banako, diseñada para asegurar el acceso universal a un cuidado de salud primario de calidad, descansa en tres principios. Primero, los servicios de cuidado de salud primario deben alcanzar un nivel suficiente para autofinanciarse, lo que requiere de los pacientes contribuir a través de cargos por utilización. El segundo es el principio de un mejor acceso a los medicamentos, particularmente a fármacos genéricos. El tercer principio es la participación comunitaria para mejorar la calidad del cuidado. Si los representantes de la comunidad local son miembros de las juntas de los centros de cuidado de salud, esto hará que los proveedores sean más transparentes y de mejor respuesta. Este último principio reconoce la gama de actores que deben estar implicados en un sistema de cuidado de salud, incluyendo las organizaciones de base comunitaria.

Sin embargo, otras regiones también han pasado por un proceso de democratización y han pasado de un sistema de cuidado de salud gratuito a un sis-

tema de tarifas por servicio. ¿Qué explica el carácter relativamente único del modelo de seguros implantado en África occidental? Una explicación se deriva del perfil y del historial de las organizaciones externas de apoyo implicadas y, más específicamente, de la historia colonial de la región. El desarrollo de una OMS no es puramente un fenómeno de abajo hacia arriba, ya que los actores externos desempeñan un papel estratégico desde el comienzo. En Senegal y Burkina Faso, por ejemplo, la Iglesia católica ayudó a finales de los ochenta a crear algunas de las primeras mutualistas.

Las organizaciones actualmente envueltas en el desarrollo de microseguros en África occidental tienen algunas características comunes. Desde el principio, las ONG belgas y francesas (por ejemplo, CIDR y la OGN belga World Solidarity) han desempeñado un importante papel en la diseminación del modelo OMS, al que consideraron un mecanismo apropiado en un ambiente carente de protección social; también era el modelo a través del cual podían ofrecer su experiencia única. Otras organizaciones de apoyo externo (por ejemplo, la Alianza para la Reforma de Salud de los Estados Unidos [Partnership for Health Reform of the United States]) siguió esta tendencia en África occidental. Por razones parecidas, las agencias de cooperación para el desarrollo francesas, alemanas y belgas también estuvieron activas en este campo.

Entre las organizaciones internacionales, la Organización Internacional de Trabajadores (OIT), a través de su programa STEP («Strategies and Tools against Social Exclusión and Poverty», en inglés), se implicó en el desarrollo del microseguro de salud como una estrategia para extender la protección social a una población no protegida. El grupo-meta principal de la OIT (los trabajadores) y la referencia a ciertos modelos de protección social y de andamiaje normativo (la economía social y el sector sin ánimo de lucro) también explican la afinidad de la OIT al modelo OMS.[4]

3 ¿Cuál es el grupo-meta de un modelo de base comunitaria?

Las organizaciones mutualistas de salud no se definen por el perfil de su grupo-meta y el modelo no está limitado a la gente pobre *(véase el Cuadro 73).* Este tipo de organización, que pertenece al tercer sector —siendo los otros el sector estatal y el sector privado por ganancia—, puede ser adoptada por razones normativas y/o porque estas organizaciones pueden ofrecer algunos servicios más eficientemente.

[4] Hoy día, la OIT también respalda otros modelos de microseguro alrededor del mundo.

Cuadro 73

Una variedad de perfiles de membresía

Entre los miembros de la OMS asociada con UTM (Mali) se encuentran desde empleados del Estado a grupos informales de mujeres que producen jabón artesanal. Se podría decir que los miembros de la OMS proceden de la gama completa de los grupos poblacionales, trabajadores a tiempo completo o parcial, residentes rurales o urbanos y hombres y mujeres. En otras palabras, el movimiento OMS penetra en cada nicho posible de la sociedad de Mali y está creciendo lentamente, pero seguro.

Fuente: Adaptado de Fischer et al., 2006a.

Las OMS afiliadas con UMSGF (Guinea) buscan generalmente personas que trabajen en la economía informal y que no tengan acceso a un seguro de salud a través de sus empleados. En las áreas rurales, los lugares de residencia determinan la población-meta. Aquí, los agricultores representan la mayor parte de la población que trabaja en la aldea. En los sitios urbanos, la mayoría son artesanos y comerciantes. Las personas retiradas, los funcionarios y otros empleados pueden también ser miembros, ya que las OMS no discriminan por criterios socioeconómicos ni de salud. Las personas empleadas representan entre el 10% y el 20% de la membresía urbana. Los analfabetos representan el 57,6%. El ingreso medio se estima en ?120 ($150) por persona al año, o en ?0,33 ($0,41) por día, según un estudio preliminar realizado en 2000.

Fuente: Adaptado de Gautier et al., 2005.

Una característica común de los miembros de las OMS es que no tienen acceso a, o son insuficientemente cubiertos por, sistemas de seguridad social, y que no pueden costear las primas de las compañías de seguro por ganancia, si es que esos servicios estuvieran de hecho disponibles (lo cual es raro, especialmente en áreas rurales). En la práctica, la mayoría de los miembros de las OMS tienen ingresos variables o irregulares de sus actividades en la economía informal y/o en el sector agrícola. No obstante, las OMS también pueden cubrir a los empleados estatales o del sector formal. En África occidental, dada la distribución de la población, las OMS están más presentes en ambientes rurales que en áreas urbanas *(véase el Cuadro 74).*

4 ¿Funcionan (bien) las OMS y tienen suficiente impacto?

La transición de la teoría a la práctica proporciona una oportunidad para saber cómo operan estos esquemas y si están alcanzando sus objetivos. Para dar una respuesta justa, es importante tener en cuenta la información dispo-

nible sobre estos asuntos y la perspectiva adoptada. Hasta el momento, la mayor parte de la investigación se ha centrado en los aspectos organizacionales de los esquemas de base comunitaria. Como resultado, hay información sobre las OMS en funciones y sobre las dificultades experimentadas durante sus fases de organización, su administración y su dinámica social.

Cuadro 74

La población-meta de las OMS rurales

En las áreas rurales, la población-meta de la mayoría de las OMS respaldadas o estudiadas por CIDR en África oriental u Occidental puede considerarse pobre. Sin embargo, dentro de la población-meta, el estatus económico de las familias que se inscriben en las OMS no siempre se conoce. Para evaluar el perfil de los miembros de la OMS promovida por CIDR en Tanzania, en 2005 se realizó una encuesta entre 185 familias. El resultado demuestra que el ingreso promedio y medio de los miembros es más alto que el de los no-miembros. El número de miembros de la familia es menor que en las familias de no-miembros, lo que sugiere que las familias más numerosas tienen más dificultades para pagar las primas.

	Nivel de ingreso en €		*Tamaño de la familia*	
	Promedio	*Media*	*Promedio*	*Media*
Miembros OMS	1.061	713	7,4	6,0
No-miembros	872	664	8,0	6,0

(€1 = $1,26)

Aunque la cantidad de prima no exceda los $2,50 por individuo y por año, estos resultados demuestran claramente que las familias menos ricas están menos representadas en las OMS. Los destituidos no son los únicos que no pueden unirse a estos esquemas.

Fuente: Adaptado de Dkhimi, 2005.

Sin embargo, saber cómo de bien funcionan es diferente de saber cómo funcionan según una norma definida. Por ejemplo, ¿tendrán las OMS que ofrecer protección social solamente a sus miembros o deberían contribuir activamente a la extensión de protección social a la población excluida? ¿Es el objetivo primario de una OMS mejorar el acceso al cuidado de salud o mejorar la seguridad financiera cuando los hogares afrontan imprevistos de salud? ¿Es la función de seguro de una OMS más o menos importante que la participación social y el potencial económico que hace posible? Las respuestas diferirán según la perspectiva adoptada, que puede ser el punto de vista de las organizaciones nacionales, de las organizaciones mutualistas de salud, de las

agencias de respaldo externo o de las autoridades de salud nacionales. Según esta identidad autónoma, el capítulo responde esta pregunta en relación con los objetivos y perspectivas de las OMS.

El mismo problema surge para la segunda parte de la pregunta, relacionada con su impacto: ¿contra qué criterios podemos medir el desempeño y la efectividad de las OMS? Por otro lado, ¿existe suficiente información sólida para responder esta pregunta con justicia? Con pocas excepciones, la respuesta es no, lo que limitará el análisis posible sobre el desempeño de organizaciones mutualistas de salud en África occidental.

4.1 ¿Funcionan (bien) las OMS?

En un estudio de once países franco-africanos, se identificaron 622 esquemas de microseguro de salud (Consertation, 2004). Esta estimación no sólo incluía a las OMS, sino también a una amplia gama de modelos de seguro. No obstante, el 88% de los esquemas se definieron a sí mismos como *mutelles de sante* (OMS). De los 622 esquemas de seguro de salud, 366 estaban funcionando (58,8%). La mayoría de los restantes habían sido creados recientemente (22,8%) o estaban en una fase piloto (12,4%). El último 5% no pudo cubrir las reclamaciones de sus miembros.

El funcionamiento de las OMS ha recibido mucha atención por parte de investigadores y de quienes gestionan los esquemas. Esta sección, apoyándose en varios estudios, resume lo que se ha revelado en esta área.

La mayoría de las OMS tienen una membresía pequeña. Con pocas excepciones, la mayoría de ellas cubren a menos de mil personas. Además de la naturaleza voluntaria de la membresía, hay otras razones para esta penetración limitada: la introducción reciente de este mecanismo, la capacidad limitada de las organizaciones que lo inician para ofrecer asistencia técnica y la dificultad para alcanzar a la población más allá de los miembros originales de las organizaciones. Por otro lado, muchos esquemas afrontan problemas de comercialización a medida que tratan de concienciar y educar a los miembros. Considerando que esta función ha estado constantemente atendida, los problemas de comercialización constituyen serios obstáculos a la estabilidad y el crecimiento de las OMS.

La administración de la OMS es atendida por voluntarios sin remuneración, generalmente electos o designados por los miembros. Debido a la naturaleza voluntaria del trabajo, se produce cierta interrupción en la administración, al igual que se percibe una falta de motivación y de destrezas de administración. Por estas razones, los mecanismos de participación y los órganos para tomar decisiones colectivas no funcionan en la práctica según se había vislumbrado. La fase de aprendizaje de estas organizaciones jóvenes, la falta

de recursos humanos (que conlleva alguna concentración de poder) y el trabajo administrativo continuo necesario para mantener el esquema de seguro también podrían explicar la observación anterior relativa a la administración. Sin embargo, estas organizaciones muestran algunas tendencias positivas hacia la viabilidad institucional. Constantemente tratan de adaptar sus sistemas de administración para hacerlos más eficientes, tomando en cuenta sus recursos limitados. Por ejemplo, algunas OMS descentralizan sus sistemas de administración, o ponen a personas externas, tales como proveedores de cuidado de salud, a cargo (para acercar a la organización a la membresía, al igual que para aumentar el grupo-meta).

Según se demuestra en la Tabla 44, las primas de seguro a menudo son bajas. El grupo-meta frecuentemente no puede pagar más, debido a su ingreso modesto y variable. Estos niveles de primas bajas también se deben al objetivo esencial de la OMS, a saber, mejorar el acceso al cuidado de salud al ofrecer un seguro que puede costear la mayoría de la gente. Finalmente, y especialmente en estas etapas tempranas, las OMS cobran primas bajas para atraer al mercado-meta, ya que necesitan cubrir a muchas personas para que los mecanismos de distribución de riesgo sean efectivos. También se ha observado que los miembros implicados en la toma de decisiones sobre el nivel de prima a menudo prefieren comenzar con pequeñas cuantías, para ganar experiencia en el desempeño del seguro. Cuando la confianza en el seguro aumenta, y una cultura del seguro comienza a enraizarse, puede espe-

Tabla 44 **Comparación entre primas y beneficios para MHO (por sus siglas en inglés) seleccionados**

	Mutuelle Wer werlé (Thiès, Senegal)	*Mutuelle de Sirarou (Sud Bourgou, Benin)*	*Mutuelle Leere Laafi Bolem, (Zabré, Burkina Faso)*	*Mutuelle Têkêyé (Boni, Burkina Faso)*
Prima de seguros (beneficiario/año	2.400 FCFA	Individual: 2,000 FCFA 2-5 personas: 8,000 FCFA 6-10 personas: 16,000 FCFA 11-15 personas: 24,000 FCFA	2.400 FCFA	500 FCFA
Paquete de beneficios y tarifa de cobertura	Cuidado de salud y secundario (100%) excepto en ecografías / medicinas y envío	Cuidado de salud primario y secundario (100%)	Cuidado de salud primario y secundario (100%)	Cuidado de salud primario (25%)

Fuente: Fonteneau et al., (datos recolectados en el año 2003). Euro1= 656 FCFA, US$1= 514 FCFA

rarse que la disponibilidad para el pago aumente, aunque esta asunción necesita ser verificada.

Si la prima permanece baja, no es sorprendente que el paquete de beneficios también sea limitado. Las primas dan acceso, principalmente, a los niveles primarios y secundarios de cuidado de salud en los servicios públicos (ya que éstos son los proveedores más importantes en África occidental, especialmente en las áreas rurales). En algunos casos, la falta de proveedores limita la elección del diseño del modelo. En otros casos, los niveles de prima simplemente no permiten la cobertura por parte de proveedores privados de cuidado de salud.

Aun cuando las primas son bajas, existen tasas bajas de cobro de prima y altas tasas de cancelaciones o abandonos. Estos factores, en combinación con la baja membresía, plantean ciertos interrogantes en relación con la satisfacción de los miembros (paquetes de beneficios, procedimientos), distribución (sistemas de cobro de prima) y accesibilidad financiera (niveles de ingresos, niveles de prima, etc.).

Para hacerse viables de cara a estos retos, algunas OMS se unen a redes, uniones o federaciones. Actualmente existen en África occidental algunas federaciones efectivas, incluyendo:

- *Union des Mutuelles de Santé de Dakar* (más de 30 OMS)
- *Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès* en Senegal (39 OMS)
- *Union Technique de la Mutualité* (UTM) en Mali (32 OMS)
- *Alliance Santé in Benin* (27 OMS).
- *Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière* (28 OMS)

En algunos casos, la creación de una unión fue parte del proyecto inicial (por ejemplo, la UTM en Mali) *(véase el Cuadro 75)* y los MHO en Benin (respaldados por CIDR). Este diseño implica intervenciones más costosas y técnicamente complejas, pero aumenta la probabilidad de la sostenibilidad.

Cuadro 75

Union Technique de la Mutualité Malienne

La UTM se creó después de que el gobierno de Mali pidiera a la *Mutualité* y a la Cooperación francesa (French Cooperation) ayuda para desarrollar una red de OMS dirigida a los trabajadores de la economía informal. El gobierno se decidió a ello después de observar que aumentar la disponibilidad de servicios básicos de salud no resultaba en un aumento de la demanda para estos servicios, porque la población tenía dificultades para pagar los cargos que requería la Iniciativa Bamako.

La UTM se creo en 1996 y pronto se convirtió en una estructura principal que daba apoyo a OMS ya existentes o nuevas. Actualmente, 32 OMS,

que cubren a 40.000 beneficiarios, son miembros de la UTM. La Union ofrece una variedad de actividades tan distintas como apoyar el desarrollo de nuevas OMS, realizar estudios de viabilidad, desarrollar nuevos productos, dar seguimiento a las OMS, representarlas en reuniones del gobierno y cerciorarse de que el marco legal y de regulación respalda las actividades de la OMS.

Cada OMS diseña su propio paquete de beneficios. Además, la UTM ha lanzado un producto altamente estandarizado, administrado al nivel central, que ha atraído a grandes segmentos de la población urbana. Este producto es tan competitivo que algunos trabajadores formales, bajo cobertura del plan de seguros de salud auspiciado por legislación del Estado, escogen afiliarse a una OMS para tener acceso a él. Este plan estándar simplifica dramáticamente la gerencia por parte de la OMS y permite la explotación de economías en escala.

Fuente: Adaptado de Fischer et al., 2006a.

En otros casos, como en las dos redes en Senegal *(véase el Cuadro 76),* la unión se creó tras haberse creado la OMS. En esta integración de abajo hacia arriba deben hacerse esfuerzos para crear relaciones estructurales entre las OMS con diferentes culturas organizacionales y diferentes perfiles de membresía. Además, las herramientas de administración y los estilos de seguimiento a menudo tienen que ser armonizados para permitir la supervisión y, si es necesario, el flujo financiero entre las OMS.

Cuadro 76

Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès

La *Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès* fue creada a mediados de los noventa por algunos líderes OMS en la región Thiès. Las 39 OMS miembros se benefician de una variedad de servicios ofrecidos por la *Coordination*, como por ejemplo el respaldo al desarrollo de nuevas OMS, el entrenamiento de líderes OMS, la realización de estudios de viabilidad, la gestión de contratos entre los proveedores de servicios de salud y las OMS, y la puesta a disposición de los miembros de programas de educación de salud. En este proceso de abajo hacia arriba, el nivel de integración es menor que, por ejemplo, en el caso de UTM. La variedad de prácticas OMS (por ejemplo, en términos de diseño, funcionamiento, paquetes de beneficios y de manejo de riesgos) hace la integración mucho más difícil.

Fuente: Adaptado de Fischer et al., 2006b.

En cualquier caso, las redes desempeñan tres papeles: a) el papel político (representación de intereses); b) el papel de respaldo financiero, por ejemplo, a través de los fondos de garantía o de mecanismos de reaseguro, y c) el papel técnico, a través del cual se da respaldo administrativo *(véase el Cuadro 77).* Las federaciones también representan una manera de integrar «más fácilmente» a las OMS en un sistema más amplio de protección social a nivel regional o nacional.

Cuadro 77

Réseau Alliance Santé, Benin

Alliance Santé es una asociación de 25 OMS que representan a 21.000 beneficiarios (en 2005). Con la ayuda de CIDR, la asociación da apoyo técnico y financiero a las OMS. Tres agentes mutualistas empleados por la Alliance Santé ayudan a los miembros de la Junta de la OMS con la gerencia técnica y financiera, el curso de reclamaciones y la organización de la Asamblea General.

Alliance Santé es la dueña de un fondo de garantías que presta dinero a OMS seleccionadas cuando sus reservas se extinguen, al igual que un fondo de reaseguro para ayudar a las OMS a desarrollar sus actividades. La OMS paga por estos servicios asignando el 10% de sus contribuciones a la Alliance.

La asociación también tiene una unidad técnica, que cuenta con un doctor en medicina y un especialista en manejo de riesgos que se responsabiliza de las funciones especializadas de la gerencia del microseguro, la auditoría médica, el cálculo de la prima y el diseño de nuevos servicios. La unidad técnica está también a cargo de los informes financieros anuales y de los controles externos. La OMS separa un 10% adicional para financiar la unidad técnica.

Los proveedores de seguro de salud y, más generalmente, los sistemas de cuidado de salud desempeñan un papel estratégico en la *raison d'être* de las OMS. Si no hay facilidades de cuidado de salud, o si estas no ofrecen estándares de calidad mínimos, no hay una razón para establecer un mecanismo de seguro que mejore el acceso a un cuidado de salud no existente o de mala calidad. Aun si los proveedores de cuidado de salud existen, y ofrecen un nivel de cuidado aceptable, la relación entre los proveedores y las OMS puede ser problemática. Estas relaciones representan un nuevo factor para los proveedores de salud acostumbrados a operar como la única parte con interés para todos los asuntos de salud en sus distritos (Wiegandt *et al.*, 2002). El surgimiento de nuevos actores en el campo de la salud que tienen otros puntos de vista y que exigen condiciones específicas puede constituir una amenaza para los proveedores. En la práctica, los proveedores de salud pueden desestabilizar a las OMS al no cumplir con lo que se ha negociado, ofreciendo, por

ejemplo, un cuidado de salud pobre, manteniendo relaciones interpersonales insatisfactorias, interrumpiendo la provisión de medicinas, etc. (Fonteneau *et al.*, 2004; Criel *et al.*, 2002).

4.2 ¿Están teniendo las OMS un impacto significativo?

El impacto de las OMS podría evaluarse a través de varios indicadores, incluyendo la comparación entre tasas de utilización y gastos en las personas aseguradas y las no-aseguradas. Sin embargo, es difícil saber si las OMS están teniendo impacto, a causa de la ausencia de información, especialmente en comparación a los grupos de control. Hay poca información disponible en torno al perfil de los miembros, los determinantes de afiliación y de participación o las razones para salirse. Por otro lado, se sabe poco del efecto de la membresía: los beneficios de estar asegurado (más visitas por enfermedad, menos gastos por visita, etc.) y los efectos sociales de ser miembro (mejor representación, mejora en la calidad del cuidado de salud). Se han realizado pocos estudios esquemáticos para evaluar el efecto de las OMS en la accesibilidad a los servicios de cuidado de salud y los niveles de gastos de salud por familia. Cuando se ha investigado, parece existir un impacto positivo *(vease el Cuadro 78)*, pero quedan algunos interrogantes que aún necesitan contestarse para entender el impacto de estos esquemas.

5 ¿Cuál es el origen de los problemas?

Las secciones anteriores dieron una impresión algo negativa del desempeño y funcionamiento de las OMS. Aunque interconectadas, los problemas discutidos anteriormente no comparten necesariamente el mismo origen. Algunos son más específicos en contexto, otros se relacionan con el modelo mismo y, finalmente, algunos se relacionan con el respaldo externo.

5.1 Problemas relacionados con el contexto

Cuando las OMS comenzaron a principios de los noventa, muchas de ellas fueron creadas por ONG nacionales u organizaciones basadas en la comunidad. Algunos problemas, tales como la falta de seguimiento o de destrezas técnicas y de recursos humanos, pueden explicarse dada la naturaleza joven, multipropósito e inexperta de las organizaciones que comenzaron.

Cuadro 78

Desempeño de las OMS: algunas tendencias

Basándose en un proyecto de investigación de acción en Guinea Conakry, Criel *et al.* (2002) demostraron cómo una OMS local tuvo un impacto considerable en la tasa de utilización (nuevo contacto/persona/año) de un centro de salud.

	Utilización por miembros	*Utilización por no-miembros*	*Miembros/ No-miembros*
Consultas curativas	primarias	1,8	0,5 3,6

CIDR también muestra algunas tendencias interesantes. Por ejemplo, en Tanzania y en Guinea, la ratio de personas admitidas se había duplicado para miembros de la OMS. En Benin, el porcentaje de mujeres OMS que dan a luz en una infraestructura sanitaria está por encima del 80%, comparado con el tan sólo 50% del total global de la población-meta. En las OMS de la Isla de Comoros, Guinea, Tanzania y Benin, los proveedores de salud están de acuerdo en que los miembros acuden a los hospitales en una etapa más temprana.

Si el nivel de satisfacción de los miembros de la OMS es un indicador indirecto de su nivel de efectividad, entonces las OMS parecen estar teniendo impacto. Por lo común, el nivel de satisfacción con respecto a los servicios ofrecidos por las OMS es alto.

Desafortunadamente, el nivel de satisfacción de los miembros es constantemente más alto que lo que la ratio de retención aparenta indicar: muchos miembros que se salen no están satisfechos con el esquema, pero en realidad, sencillamente, experimentan dificultades económicas.

Nivel de satisfacción con los servicios de la OMS (%)	*Muy satisfechos*	*Satisfecho*	*Algo satisfechos*	*No satisfechos*
UMSGF (Guinea)*	50,5	42,4	2,0	5,1
Organizacion de salud autoadministrada (Tanzania)**	56,8	20,0	10,6	10,6

* Encuesta del CIDR sobre evaluación de satisfacción, 2004.
** Encuesta del CIDR sobre evaluación de satisfacción, 2005.

La oferta limitada de cuidado de salud, junto con la escasa y pobre calidad del cuidado ofrecido por el sector público, fue otro problema de contexto. Los sistemas un poco «cerrados» de cuidado de salud de estos países hacían que los nuevos actores, como las OMS, no siempre fueran bienvenidos. Considerando los problemas internos de los proveedores de cuidado de salud (mecanismos financieros, falta de recursos humanos y motivación para los

empleados, etc.), la presencia de las OMS —y aun más, la presencia de organizaciones externas—, aumentó las expectativas de los proveedores de cuidado de salud. Si estas expectativas (entrenamiento, incentivos económicos) no se cumplían, los proveedores de cuidado de salud podrían no actuar como «socios» de las OMS y poner obstáculos a su funcionamiento, a pesar de su postura oficial positiva.

Esta micro-realidad (la buena intención de los proveedores de cuidado de salud) debe combinarse con un factor más «macro», a saber, la voluntad de la política nacional de reconocer y promover los esquemas de base comunitaria. En casos recientes, varios países, incluyendo a Benin, Senegal, Burkina Faso y Guinea, han incluido esquemas de microseguro, y a veces, específicamente, a *mutuelles de santé*, en sus políticas nacionales de salud. De algún modo, muchos documentos de los West African Poverty Reduction Strategic Papers (PRSPs) también mencionan el microseguro como una herramienta potencial para la protección social o como fuente de financiación para el sector del cuidado de salud. Sin embargo, estas políticas no siempre se traducen en medidas operacionales.

En África occidental, sólo Mali y Senegal han votado por un andamiaje de regulación para las OMS (en Senegal[5] en particular) o por *mutuelles* (Mali en general). En otros países, el trabajo preparatorio legislativo ya está en camino.[6] En el nivel regional, un proyecto *(Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de l'UEMOA)* fue lanzado por la unión económica y monetaria de África occidental, la cooperación francesa y la OIT-STEP en 2004. Sin embargo, muchas OMS operan bajo las leyes nacionales que regulan las asociaciones o bajo un estatuto legal de sus organizaciones de inicio. Aunque esta situación no es el problema principal en la gestión cotidiana de estos esquemas (Fonteneau *et al.*, 2004), las OMS y sus organizaciones de apoyo están pidiendo un andamiaje apropiado de regulación que tenga en cuenta las características específicas de las OMS y promueva la creación de tales organizaciones en vez de descorazonarlas.

5.2 Problemas relacionados con el modelo

Algunos de los problemas identificados se relacionan específicamente al modelo de seguro de base comunitaria. Sin embargo, hay que reconocer una sutileza. Los problemas relacionados con el modelo presentado a continuación no pueden desconectarse del contexto de África occidental donde este

[5] En Senegal, el *Loi sur les mutuelles de santé*, elegido en 2003, no está todavía en funcionamiento porque hasta el momento no han sido promulgados los decretos de solicitud.

[6] En algunos países, el proceso es complejo porque varios ministerios (por ejemplo, el de Salud Pública, Protección Social, Laboral, y Asuntos Sociales, reclaman responsabilidad administrativa por las OMS).

modelo ha sido principalmente implementado. Esto significa que el modelo, como tal, puede no conducir automáticamente a las mismas consecuencias en otros ambientes.

Hasta ahora, la mayoría de las OMS son gestionadas por voluntarios sin remuneración sobre una base de auto-administración. Aun si las características esenciales del modelo conllevan la participación activa de los miembros en la toma de decisiones y en política estratégica, esto no significa que los gerentes sean miembros no compensados y desmotivados. La prudencia financiera (especialmente al inicio) y los recursos escasos explican por qué ha sucedido esto. Con pocas excepciones, la inestabilidad e insatisfacción de los voluntarios es reconocida como un problema recurrente. Se han encontrado soluciones (por ejemplo, fuentes externas para fondos, uso efectivo de la prima), pero no siempre son suficientes.

Toda las historias basadas en la participación o en la acción colectiva demuestran que estos procesos llevan más tiempo que los enfoques de arriba hacia abajo (Esman y Uphof, 1984). Si las características específicas «de aprendizaje» de estas organizaciones se tienen en cuenta —especialmente en los procesos de democratización—, esto también significa que se necesita mucho más tiempo para tomar decisiones cuando todo depende de la buena voluntad y la preferencia de los miembros. También explica por qué a veces es difícil para las OMS ser efectivas a corto plazo.

Los factores sociales desempeñan un papel en la limitación de la efectividad del modelo. Por ejemplo, la pertenencia a una OMS es a veces determinada por atributos como religión y género (Jutting, 2002). Esto siempre será un problema para las OMS, especialmente a la hora de aumentar la membresía. Del mismo modo, hay que tomar medidas para proteger el esquema de los elementos negativos, tales como la selección adversa, el riesgo moral, la sobremedicación y el fraude. Sin embargo, muchas de estas medidas tienden a ser poco populares. Delbetere *et al.* (2004) informó de la insatisfacción de los miembros con los periodos de espera iniciales, la afiliación obligatoria de todos los miembros de la familia, la verificación de identidad del estatus de seguro y la exclusión de ciertos tratamientos. En esquemas autogestionados, como aquellas OMS donde la proximidad de los miembros es un factor de confianza, no es difícil imaginar las dificultades en la aplicación de estas medidas.

La pertenencia a la OMS es normalmente voluntaria. Sin embargo, cuando se han registrado pocas inscripciones, algunas organizaciones han intentado hacer la membresía obligatoria para el grupo-meta completo, o automática (por ejemplo, si alguien es miembro de una organización, es miembro de la OMS). En la mayoría de los casos, estos intentos fracasaron y fueron suprimidos, porque los miembros los rechazaron o porque no había medios para asegurar su implantación.

El énfasis en la accesibilidad financiera o en la capacidad para costear el esquema resulta en primas más bajas y en límites en los paquetes de beneficio. Aumentar el nivel de prima puede excluir implícitamente a los miembros actuales o potenciales. Esta limitación no es intrínseca del modelo OMS, pero se vincula al grupo-meta primario de la OMS, a saber, la gente de bajos ingresos.

Por último, pero no por ello menos importante: las OMS tienen a menudo estructuras complejas debido a la diversidad de actores implicados, como se ilustra en la Figura 25. Las organizaciones iniciales desempeñan un papel en el proceso de movilización social y pueden proporcionar algún apoyo técnico a las OMS. Las organizaciones de apoyo técnico (nacionales o internacionales, sobre una base permanente o esporádica) también están implicadas y pueden tener una influencia significativa cuando el esquema es nuevo. Donde estas existen, las federaciones procuran asumir las responsabilidades de las organizaciones de apoyo técnico a lo largo del tiempo. Finalmente los proveedores de cuidado de salud desempeñan un papel instrumental, aunque no siempre constructivo. La variedad y diversidad de actores, cada uno con una función necesaria a corto plazo, complica un proceso decisional de por sí ya complicado.

5.3 Problemas relacionados con el apoyo externo y límites

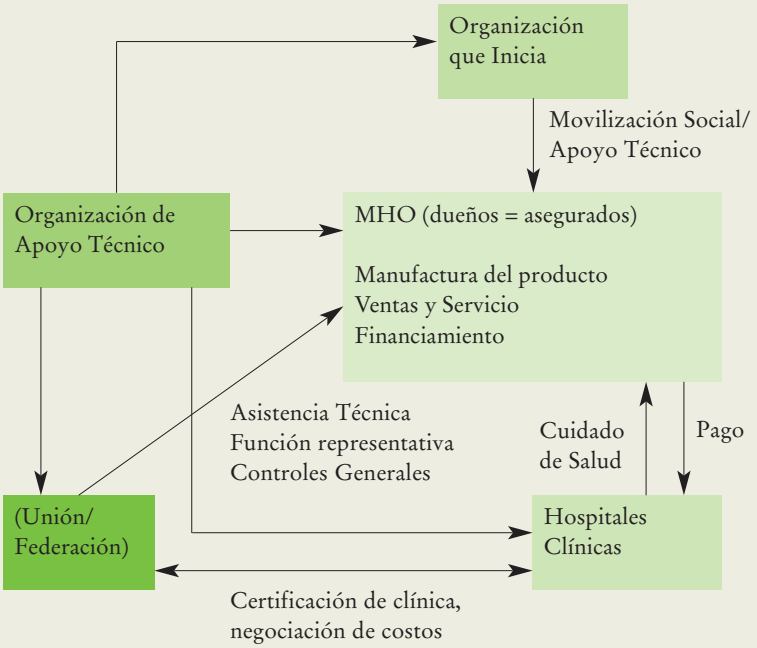
El desarrollo de un seguro de salud con base comunitaria no puede ser analizado sin considerar el papel crucial de las organizaciones de apoyo técnico y financiero. Las organizaciones de apoyo externas son diversas.[94] Sin embargo, con pocas excepciones, algunas características comunes al papel de apoyo externo pueden explicar la situación actual de las OMS.

El microseguro es un campo nuevo para todas las organizaciones de apoyo externo implicadas en establecerlo. Algunas eran especialistas en seguros de salud en sus propios países (Francia, Bélgica), pero no tenían experiencia específica en África. Otras tenían experiencia en África, pero en otros campos, tales como la microfinanza. Para todos ellos, el apoyo del seguro de salud para las poblaciones excluidas de los esquemas de protección social representó una nueva área de ingeniería social.

Se eligieron algunas opciones. Había consenso implícito, salvo pocas excepciones, en que el paquete de beneficios y la suma de prima deberían

[7] El término «organización de apoyo externa» se refiere a organizaciones técnicas y/o de apoyo financiero. Esta sección solamente atiende a un aspecto de sus intervenciones, a saber, el apoyo directo a la OMS. Por ejemplo, la contribución política provista por OIT-STEP y otros para influenciar las reformas de protección social no se discuten en este capítulo.

Figura 25 **El Sistema del MHO (por sus siglas en inglés)**



estar equilibrados desde el principio. Los esquemas no ofrecen más beneficios que los que los miembros están dispuestos o pueden pagar. Hasta cierto punto, las organizaciones de apoyo externas preferían la sustentabilidad financiera y los procesos de aprendizaje de base comunitaria a los éxitos artificiales a corto plazo.

El proceso de participación social necesita tiempo. Sin embargo, el proceso es a veces difícil de respaldar debido a constricciones en el tiempo para una intervención externa y a contingencias de las agencias proveedores de fondos. En la práctica, esto significa que las organizaciones de apoyo a menudo tienen que parar o restringir sus respaldos cuando la OMS todavía necesita fortalecer sus actividades o sus cuerpos administrativos, o vencer dificultades.

En general, las organizaciones de apoyo no atribuyen igual importancia a los aspectos sociales y técnicos. El enfoque con base comunitaria implica la movilización social, la educación, la cohesión social y la titularidad. Esto conduce a hacer un énfasis importante en los aspectos sociales del seguro de salud, para asegurar la viabilidad social y la permanencia de las dinámicas creadas, mientras que el diseño del producto de seguro se dejó, en cierto modo, a un lado. Esto se explica mejor si se consideran las circunstancias (por ejemplo, opciones limitadas entre infraestructuras de cuidado de salud, conoci-

mientos insuficientes de lo que es una conducta saludable, bajos ingresos, etc.). Por otro lado, llevó tiempo desarrollar metodologías relevantes, herramientas apropiadas de gestión y sistemas de seguimiento.

Desde un principio, las organizaciones externas de apoyo tomaron algunas decisiones racionales, motivadas por las preocupaciones sobre la sustentabilidad institucional y/o consideraciones para la reducción de costos. Además de no poder pagar las reclamaciones, el apoyo financiero intensivo a menudo era limitado durante las etapas iniciales. Sin embargo, lógicamente, los líderes de OMS en dificultades afrontaron muchos problemas que no pudieron resolver a causa de su falta de experiencia y conocimiento.

La mayoría de las organizaciones de apoyo utilizan enfoques de participación que requieren la participación activa del grupo-meta durante la fase organizacional, incluyendo la recolección de datos para un estudio de viabilidad. Sin embargo, no es fácil encontrar un equilibrio entre el conocimiento técnico necesario para un estudio de viabilidad y la titularidad necesaria por parte de los miembros de la OMS. La auto-administración y el trabajo voluntario también forman parte de este enfoque de participación, lo que genera los problemas discutidos anteriormente. Hay algunas soluciones, por ejemplo, contratar oficiales profesionales con remuneración, pero estos aumentan las consideraciones para la OMS en términos de costos, autonomía y sustentabilidad, y para las estrategias de salida de las organizaciones de apoyo.

Muchas OMS fueron creadas en aislamiento; entrelazándose con otras OMS y/o sistemas de protección social a nivel regional o nacional, y no planificados desde el inicio. Algunas organizaciones externas no favorecieron al principio este tipo de interconexión. Aunque algunas características intrínsecas (específicamente aquellas basadas en la comunidad) podrían explicar esta laguna, ahora se reconoce que esos esfuerzos son necesarios para forjar relaciones estructurales entre los actores en etapas tempranas del proceso. Esto no es fácil ni carente de riesgo. Idealmente, cada OMS debería forjar su propia identidad antes de implicarse en dinámicas de nivel superior. Estas observaciones demuestran por qué ha sido y es difícil encontrar el equilibrio apropiado entre la naturaleza de la organización con base comunitaria y el diseño de la intervención de apoyo.

6 ¿Cuál es el valor añadido de este modelo?

El modelo con base comunitaria no es la manera más fácil de organizar el seguro de salud. En el contexto de África occidental, con su proceso de democratización naciente, los altos niveles de pobreza, la mala administración de las infraestructuras sanitarias y la disponibilidad limitada de recursos humanos capacitados ciertamente no facilitan la implantación de este modelo.

Entonces, ¿cuál es su valor añadido?

Las OMS no son sólo instituciones que venden seguros a sus clientes. En este sentido, las OMS tienen que ser evaluadas no sólo por su efectividad en la función de proporcionar seguro y por su papel potencial en la extensión de la protección social, sino también por el efecto de su participación social.

El acceso al cuidado de salud en África —y en otros lugares— no es sólo un asunto de seguros. Muchos sistemas de protección social estatutaria existentes en África no son efectivos *(véase el Capítulo 1.3).* Los procesos de reforma están en camino en muchos países, pero es obvio que las reformas exitosas de protección social necesitan incluir la participación y representación de la población. También se reconoce que los sistemas reformados de protección social incluyen toda una gama de herramientas tanto públicas como privadas (OIT, 2002).

Intrínsecamente, las OMS han añadido algún valor. A través de su naturaleza sin fines de lucro, su política de no exclusión y sus primas bajas, garantizan acceso a algunos servicios, incluso si la cobertura es limitada. La participación no sólo contribuye a la satisfacción del cliente sino también a su mayor poder y a su aprendizaje. En este sentido, las OMS adquieren ventaja a través del control interno y los mecanismos de participación. Aunque todavía es necesario investigar sobre los mecanismos de participación, las OMS son parte del proceso de democratización. Por otro lado, una ventaja de este modelo es su influencia sobre la administración de los servicios de salud (transparencia en la administración, seguridad de los recursos financieros, etc.) y su capacidad de mejorar la calidad del cuidado de salud *(véase el Cuadro 79).* El tamaño de la OMS refuerza este poder. Si bien no debería sobreestimarse este poder, si podría ejercerse alguna presión sobre los sistemas de salud, especialmente cuando las OMS se organizan en una federación. Por ejemplo, muchas OMS se están deshaciendo de los agentes públicos que no cumplen con sus obligaciones.

Cuadro 79

El poder de la acción colectiva

En 2004, al solicitárseles la renovación de sus primas, ningún miembro de la Réseau Alliance en Borgou-Benin quería hacerlo. La razón era que la comadrona del dispensario contratado por la OMS había decidido que no atendería a las mujeres embrazadas, miembros de la OMS, durante el fin de semana. El oficial de la red Alliance Santé organizó una reunión en la aldea tanto con los miembros, como con los no-miembros. La comadrona tuvo que pedir excusas a los participantes y comprometerse a no cometer más discriminaciones en el futuro. Tras la reunión, el número de asegurados aumentó de 1.000 a 1.200.

Este poder de la acción colectiva sólo es eficaz en la negociación de los precios por los servicios entregados a los miembros. Algunas OMS han obtenido tarifas más bajas para sus miembros y, aunque no siempre es este el caso, la reducción de tarifa puede ser vista por las infraestructuras sanitarias como un valor añadido a la hora de ser más accesibles financieramente para la población. El aumento de poder de los miembros que aprenden a influir sobre la calidad del cuidado de salud es también un valor añadido para las OMS en comparación con los modelos de seguro que no son auto-administrados.

7 Conclusión

Las organizaciones mutualistas de salud, un modelo de base comunitaria para la provisión de seguros, han estado activas en África occidental durante más de una década. Para muchas personas, son la única forma de protección social «formal» que tienen. El modelo está plagado de problemas, pero una comprensión clara de su origen ayuda a identificar soluciones que pueden ayudar al enfoque a alcanzar su potencial de ser algo más que un mecanismo de seguro.

En la actualidad, otros modelos (por ejemplo, productos de microseguro de salud ofrecidos por instituciones de microfinanzas como ASSEF, en Benin) también se estudian en África occidental. Muchos tratan de adoptar la filosofía con base comunitaria de las OMS y heredan las ventajas del modelo, mientras aumentan su efectividad al mejorar su funcionamiento y crecer su potencial para subir en la escala. Aunque es muy pronto para juzgar si estos enfoques tendrán éxito, esta evolución hacia un paisaje más heterogéneo de modelos de microseguro de salud es positiva y pudiera proporcionar mayor cobertura a través de la colaboración con las ONG, las instituciones de microfinanzas, las cooperativas, etc. A pesar de esta diversificación positiva, quedan algunos interrogantes. Por ejemplo, ¿cómo puede un sistema de seguros de salud con base comunitaria estar mejor respaldado para cumplir sus funciones multipropósitos? Más aún, ¿son estos sistemas de microseguro de salud relevantes sin un mecanismo más amplio de protección social redistribuida?

4.4 Opciones institucionales para la entrega del microseguro de salud

Ralf Radermacher e Iddo Dror[1]

Los autores agradecen los detallados y útiles comentarios de Klaus Fischer (Laval University), Bénédicte Fonteneau (University of Leuven) y Michael McCord (MicroInsurance Centre), al igual que las estimulantes discusiones mantenidas con David Dror (Erasmus University Rotterdam) y con Gerald Leppert (University of Cologne).

El seguro de salud implica la transferencia de riesgos de salud a cambio de una prima pagadera por adelantado. Esta breve descripción sugiere que el arreglo conlleva flujos de información en dos direcciones: del cliente al asegurador y del asegurador al cliente. La parte con mayor control de estos flujos de fondos e información puede inclinar el negocio para sacar su propia ventaja.

Esta noción de que una parte pueda buscar la ventaja sobre otra provoca conflictos de intereses entre los aseguradores y los asegurados. Pero ¿es este el caso en la provisión de microseguro de salud? Y, si es así, ¿puede la opción institucional influir sobre tales conflictos y en la eficiencia de la provisión del seguro? Este capítulo se acerca a estas interrogantes ofreciendo una topología básica de diferentes opciones de procesos de negocio identificadas en la provisión de microseguro de salud. Dicha topología ayudará a identificar los conflictos de intereses y remediará las ineficiencias en un flujo cómodo bidireccional de fondos e información.

Este capítulo resume los principales tipos de proveedores de microseguro de salud y analiza su efectividad relativa para satisfacer las necesidades del mercado de bajos ingresos a largo plazo.

1 Opciones institucionales

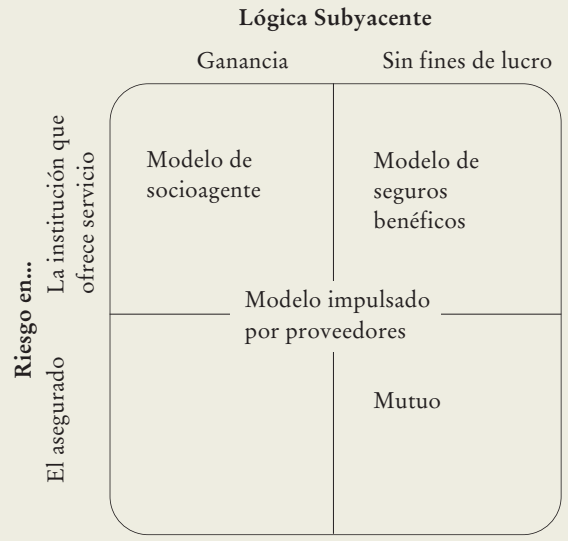
Todos los aseguradores deben satisfacer una proposición de valor básica, a saber, que reduzcan el costo a largo plazo del riesgo del asegurado. Un requisito adicional, que es específico del microseguro, es que el tipo de organización funcione efectivamente en un entorno de primas bajas. Según se discute en el Capítulo 2.1, una situación como esta puede llevar a un racionamiento severo de beneficios y, cuando está unida a la gran variedad de necesidades de seguro del mercado heterogéneo de bajos ingresos, resulta en una fragmentación de

[1] Las referencias en este capítulo a los siguientes esquemas de microseguro de la India se derivan de las experiencias de los autores: BAIF, Arogya Raksha Yojana y Voluntary Health Services.

productos para satisfacer a muchos grupos pequeños de clientes. Para reducir el riesgo de costo a largo plazo, el asegurador tiene que agregar muchos perfiles individuales de riesgo que tienen distribuciones estadísticas distintas y que pueden ser diversificados a lo largo del tiempo. Mientras que algunos tipos de proveedores de microseguro pueden cumplir el requisito de grandes números más fácilmente que otros, también pueden padecer otras debilidades en el proceso de negocio. La topología presentada en este capítulo considera cuatro proveedores principales de microseguro de salud: 1) aseguradores autorizados que operan con el modelo «socio-agente», 2) modelo de seguro caritativo, 3) proveedores de cuidado de salud que también operan con seguro de salud, y 4) modelo mutualista, discutido en el capítulo anterior.[2]

Esta topología resulta de la clasificación de las organizaciones según dos criterios: a) la motivación primaria para entrar en el mercado, ya que esta motivación influye en el diseño del proceso de negocio y, por ende, en el producto, y b) la entidad que asume el mayor riesgo de pérdidas, según se ilustra en la Figura 26. La descripción de los modelos organizacionales que sigue a continuación incluye una discusión de las ventajas y desventajas de cumplir con unas funciones de negocio-y-proceso, y su efectividad para minimizar (o no) conflictos de interés dentro del sistema. El análisis también tiene en cuenta ciertas diferencias, tales como mecanismos de gobernabilidad.

Figura 26 **Tipos de provisión de Seguros de Salud**



[2] Los autores reconocen que existen otros arreglos institucionales, pero la tipología aquí descrita emerge más claramente de los estudios de casos. Por otro lado, estos cuatro tipos de proveedores se pueden dividir en subcategorías, algunas de las cuales tendrían características «híbridas» de más de un proveedor.

1.1 El modelo socio-agente

Según se describe en el Capítulo 4.2, bajo el modelo socio-agente, la relación entre el tenedor de póliza y la compañía de seguros («el socio») se facilita por vía de un intermediario («el agente»), tal como una ONG, una institución de microfinanzas o cualquier otra organización con contactos cercanos al grupo-meta.

Debido a las condiciones de regulación discutidas en el Capítulo 5.2, los ejemplos del modelo socio-agente de microseguro de salud son comunes en India, incluyendo a:

- VimoSEWA e ICICI Lombard
- Shepherd y la United India Insurance Company (UIIC)
- Karuna Trust y la National Insurance Company (NIC)

La compañía de seguros es responsable de todas las decisiones que afectan al producto: la manufactura, las ventas, el servicio y el mantenimiento de una sostenibilidad a largo plazo, o sea, que asume el riesgo. Aunque podría consultar con la organización-agente al diseñar el producto, el asegurador mantiene el control sobre las operaciones estratégicas que definen el mecanismo de transferencia de riesgo.

El agente atiende a las ventas y al servicio al producto dentro de los límites de los productos que la compañía de seguros puede vender, y con las comisiones reguladas o que acordadas con el socio.

Los agentes tienen mayor conocimiento de (y vínculos con) el mercado-meta, pero su papel primario es representar al asegurador ante los clientes. Se trata de un área donde pueden surgir conflictos de intereses, ya que las organizaciones de agentes generalmente aparecen como defensoras de sus clientes, y pudieran sentirse incómodas al transmitir la postura de la compañía de seguros.

Considérese el caso de un proceso de reclamación en el que el agente debe defender la posición del asegurador frente a sus clientes. Si surge un conflicto en cuanto a si una reclamación es válida y pagadera, el agente debería estar de acuerdo con una de las partes, corriéndose el riesgo de marginar a la otra. Generalmente, su posición como agente del asegurador significa apoyar la postura de este, y comunicar la denegación al cliente. Si casos así se dan con frecuencia, la reputación de los agentes podría resultar dañada y la confianza de la comunidad en ellos —el mismo atributo del agente que atrajo al asegurador—, afectada o perdida. Por ende, en la práctica, agentes como VimoSEWA cubren ocasionalmente las reclamaciones de sus propios fondos si estiman la denegación de la reclamación injustificada.

Otro conflicto de interés potencial surge de los ajustes en las primas. Por ejemplo, después de que la ratio de reclamaciones de BAIF excediera el 100%, UIIC decidió aumentar el importe de la prima cargada a los clientes asegurados de BAIF alrededor de un 80%. Como no podía justificar tal aumento ante sus clientes, BAIF decidió convertir su esquema de seguros en una mutualista.[3]

Según se ilustra en la Figura 27a, ni los clientes ni los proveedores de cuidado de salud participan directamente en el proceso de producción, ni asumen responsabilidades en la sostenibilidad a largo plazo. El papel del agente se limita habitualmente a las ventas y al servicio postventa, aunque esto último es a veces tarea del asegurador o de un tercero administrador (TA). Por ejemplo, el esquema Arogya Raksha Yojana, cerca de Bangalore, en India, está vinculado con ICICI Lombard para el seguro de salud y ha contratado a un TA para la administración *(véase la Figura 27b)*.

En el arreglo socio-agente, cada parte puede beneficiarse de las ventajas comparativas de la otra, pero a menudo quedan por resolver un par de problemas inherentes. Una compañía de seguros está generalmente interesada en vender un producto prediseñado (a menudo, una versión a menor escala de sus productos para el sector formal). Este tipo de producto es más fácil de gestionar para la compañía y no es necesario tarifarlo de nuevo. Algunos reguladores de seguro requieren que se archiven los productos nuevos y muy pocas compañías están dispuestas a hacer esto para cada agente/comunidad; habitualmente, sólo las grandes organizaciones de agentes tienen el poder de negociar para comerciar con un producto hecho a la medida.

Esta falta de flexibilidad en el diseño del producto es particularmente importante, ya que, según se discute en el Capítulo 2.1, las características de los productos influyen en que la población-meta se decante más por el seguro de salud que por el seguro de vida o de propiedad. Sin embargo, este problema puede resolverse en el modelo socio-agente. Gracias a su proximidad al grupo-meta, el agente se halla en buena posición para explorar la demanda real, mientras que el asegurador puede utilizar a sus actuarios para convertir la demanda en un producto bien tarifado. Este fue el arreglo para Karuna Trust, que se enfrascó en un análisis detallado de la demanda antes de vincularse con NIC. Aunque los beneficios que se procuraban y el precio negociado supuso un serio quebradero de cabeza para los actuarios de NIC, el asegurador estuvo dispuesto a probar este esquema. Del mismo modo, Shepherd y UIIC diseñaron un paquete de beneficios junto con el uso que hicieron de sus respectivas competencias.

[3] BAIF es una ONG que trabaja en el desarrollo rural de la India. Se originó en el ámbito de la crianza de ganado, y luego expandió sus actividades a una variedad de servicios. Ahora proporciona microseguro y, en un área piloto, microseguro de vida y de salud.

Figura 27a **Opciones institucionales para entregar el microseguro de salud**

El modelo socio-agente

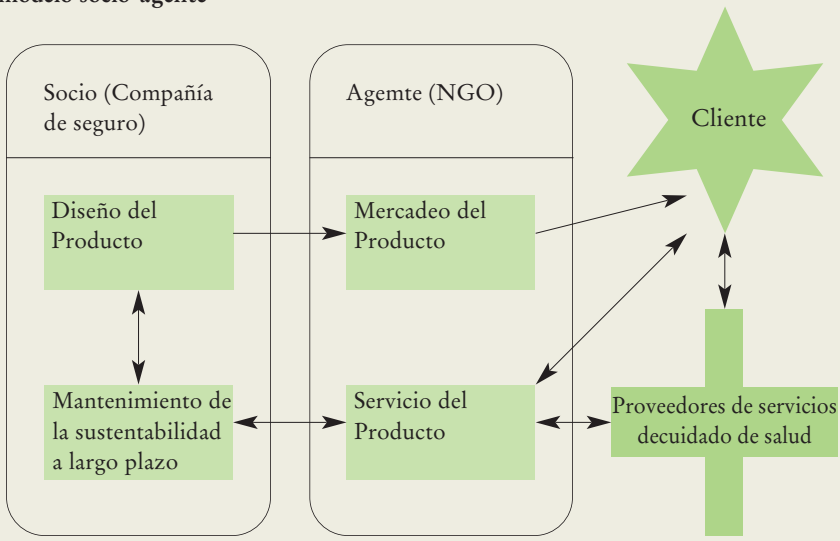
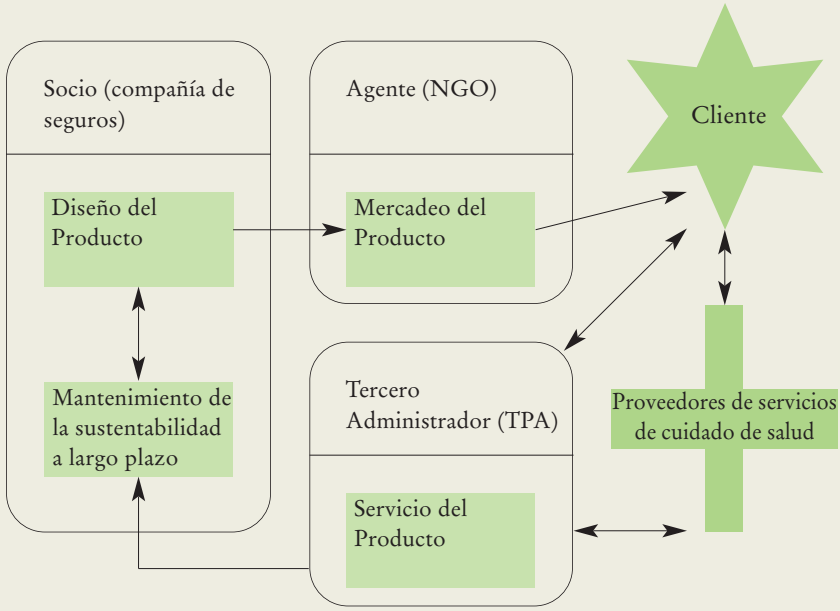


Figura 27b **El modelo socio-agente con 3er administrador (TPA)**



Para el microseguro de salud, la ventaja comparativa real del agente (y, por ende, su fuente de atractivo para el asegurador) se subraya en el proceso de ventas. Los aseguradores, que a menudo carecen de una relación de confianza y de acceso, tanto físico como psicológico, a los clientes potenciales, des-

cansa en la proximidad del agente al mercado y en la confianza en otras operaciones del agente labrada a través de los años. Sin embargo, la penetración en el mercado es una cosa, pero la transparencia completa es otra: los clientes se dan cuenta rápidamente de que hay poca motivación para ofrecer información sobre su estado de salud o sobre el de su vecino que, saben, está ocultando información, de manera que el flujo de información en ambas direcciones es incompleto en el modelo socio-agente. Esto supone un aumento de riesgo para las compañías de seguros, por el cual sus accionistas (lógicamente) esperan ser compensados con rendimientos mas altos (lo que invariablemente, *ceteris paribus*, conlleva primas más altas). Las primas más altas, a su vez, pueden implicar la demanda creciente por parte de los clientes «de valor para su dinero» y, por ende, aumentar el riesgo moral (nuevamente, un riesgo más alto para el asegurador). Por tanto, se plantea un círculo vicioso de disfuncionalidad que puede causar que las oportunidades inherentes a este modelo se pierdan. En la medida en que el riesgo y los rendimientos no estén equilibrados desde la perspectiva del asegurador, no habrá un incentivo para entrar en el mercado de manera significativa.

Este problema de incentivos se magnifica cuando se trata del servicio al producto y de verificación de reclamaciones. La compañía de seguros pudiera esperar que el agente verifique las reclamaciones y, si ese es el caso, esperará que los fuertes vínculos entre el agente y los grupos-meta aseguren un buen flujo de información. Sin embargo, como en cualquier esquema de seguro comercial, los clientes no tienen incentivos para proporcionar información que beneficie a la compañía de seguros a su costa (o a la de su vecino). Los clientes pudieran considerar legítimo hacer trampas a una compañía grande en un lugar distante sobre el argumento: «somos pobres; ellos son ricos; luego, que paguen ellos». Esta manifestación del paradigma «ellos y nosotros» implica una identificación con ciertas redes, normas y confianza, a nivel de comunidad/cliente —que captura la esencia del concepto de capital social—, al menos desde la perspectiva de Putnam (1995) y de sus seguidores.[4]

Según las compañías de seguro padecen este problema con clientes de cada segmento del mercado, se establecen mecanismos de seguimiento para la verificación de reclamaciones. Sin embargo, estos mecanismos son muy costosos y en el contexto del microseguro podrían resultar tan prohibitivamente caros

[4] El concepto de capital social ha sido objeto de mucho examen interdisciplinario tras ver la luz el artículo de Robert Putnam «Bowling alone: America's declining social capital». Se acepta generalmente que para utilizar el término, es necesario definir cómo se utilizará. Aunque es el propósito de este libro desarrollar una definición de capital social en el contexto del seguro de salud para los pobres, se incluyen en la bibliografía referencias a algunos artículos sobre la materia: Farr (2004), Manski (2000), Portes (1998), Sobel (2002) y Woolcock (1998).

que la posibilidad para los pobres de acceder a ellos podría resultar perjudicada. Por otro lado, intentar resolver este problema según la lógica de los procesos del negocio tradicional para los clientes de capital alto es el puntal de los productos de seguro comercial a menor escala —para nada una solución de microseguro innovadora.

Para resolver este problema, VimoSEWA entrenó a su gente en técnicas de investigación de reclamaciones y estableció un comité de reclamaciones con el peritaje adecuado. No obstante, puede hacerse más: sincronizar los incentivos de la clientela con los incentivos de la compañía de seguros (por ejemplo, a través de arreglos de distribución de ganancias) modifica el proceso de negocio de forma que evita el problema, porque los clientes tendrían un incentivo mayor para mantener el flujo de información (tal vez no sobre sí mismos, sino más bien sobre otros defraudadores).

Una aplicación parecida (aunque no idéntica) se ha documentado extensamente en el campo relacionado del microseguro, a través del cual se han puesto en funcionamiento mecanismos (notablemente de responsabilidad solidaria y renovaciones contingentes) para utilizar el poder de la comunidad en compensación de la ventaja de información de los clientes sobre el prestamista (Van Bastelaer, 2000). Se trata de un ejemplo excelente del capital social en funcionamiento, reemplazando los medios tradicionales, más formales (y costosos), de evaluar la capacidad de crédito utilizada por los bancos comerciales con la presión de pares y el préstamo basado en carácter (DeFilippis, 2001).

El punto principal es que un verdadero sentido de la propiedad y de la compra entre los clientes (preferiblemente a través de la nivelación del capital social de las comunidades) es indispensable para el éxito de un esquema de microseguro de salud, y podría ser incluso más importante que en otras áreas de negocio de las compañías de seguro corporativas.

1.2 El modelo de seguro caritativo

Los modelos de seguro caritativo cubren una gran variedad de opciones institucionales, que comparten dos características importantes: (i) ser sin fines de lucro y (ii) no poner el riesgo en el asegurado. Es especialmente la primera característica la que distingue este modelo del modelo socio-agente (por lo menos por lo que respecta al lado del asegurador) y de algunos modelos impulsados por el proveedor de cuidado de salud, en los que el objetivo principal es aumentar la utilización de sus servicios. El grado de riesgo en el asegurador y su implicación en el proceso de negocio le distingue del modelo mutualista (que se discutirá posteriormente en este capítulo). Los proveedores de este tipo de seguro pueden ser las ONG, las asociaciones religiosas y

cualquier otra organización bien intencionada. Por tanto, este modelo también puede aplicarse a algunas iniciativas respaldadas por el gobierno.

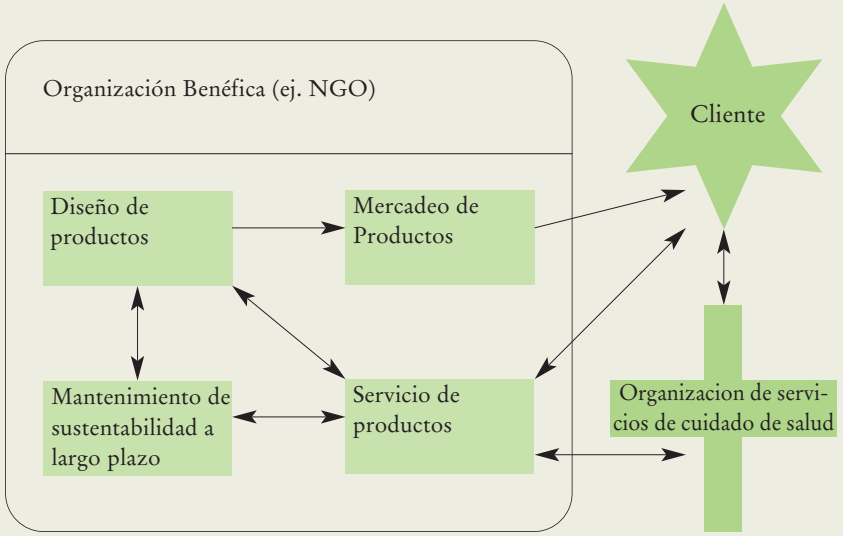
Una motivación para el establecimiento del esquema de seguro es aumentar el acceso de los clientes al cuidado de salud. La motivación es puramente social, resultando antes que nada del historial de desarrollo de estas organizaciones. Las características paternalistas y sociales del modelo caritativo sí provocan algunos conflictos de intereses potenciales, sobre todo anteponer las prioridades de los clientes a las de otras partes con interés (tales como los donantes o la gerencia de la OMS). Por otro lado, en situaciones donde el sostenimiento se basa en la financiación externa, el esquema podría descuidar la educación de sus clientes en temas de seguros, lo que podría dificultar la creación de una cultura de seguro entre el mercado-meta.

Como la mayoría de estas organizaciones han trabajado con el grupo-meta durante algún tiempo, están familiarizadas con las necesidades de los clientes. Sin embargo, es difícil convertir esto en un producto tarifado actuarialmente, ya que estas organizaciones generalmente carecen de peritaje en seguros. El asegurador de salud asume el riesgo de las pérdidas. Las ganancias generadas se mantienen como reservas para pérdidas futuras. Todas las actividades del proceso de negocio son realizadas por la institución oferente, a veces con el respaldo del grupo-meta. Las responsabilidades del asegurador caritativo se ilustran en la Figura 28.

VimoSEWA gestionó su seguro de salud bajo este modelo entre 1996 y 2002. En 1996, VimoSEWA encontró que los productos de seguro de salud en el mercado eran inapropiados para su clientela. Los procesos administrativos no satisfacían las necesidades de las mujeres pobres que debían esperar largo tiempo para su reembolso. Por ende, VimoSEWA terminó su relación socio-agente y se convirtió en su propio asegurador caritativo. Pero después del terremoto de 2001 en Gujarat, las limitaciones de ser un asegurador independiente de baja escala se hicieron obvias y VimoSEWA entabló una nueva relación socio-agente.

Yeshasvini Trust, en India, es una mezcla del modelo de seguro caritativo y del modelo impulsado por el proveedor (discutido abajo). Iniciado por proveedores de cuidado de salud, es gestionado actualmente por un fideicomiso en el que está representado equitativamente el sector cooperativo de Karnataka. Los proveedores dieron forma a los beneficios que todavía se obtienen hoy día; el sector cooperativista dio forma al proceso de ventas y de negocio. Mientras que la influencia de los proveedores en el proceso de manufactura del producto hace lo convierte en un modelo orientado al proveedor, el hecho de que el fideicomiso como un todo asuma el riesgo (respaldado por el Gobierno de Karnataka), no tenga ánimo de lucro y gestione todas las partes del proceso de negocio hace de él un modelo de seguro caritativo.

Figura 28 **El modelo de seguros benéficos**



Para muchos esquemas de seguro caritativo, la sostenibilidad es un reto mayor debido a su historial social. Por ejemplo, podrían encontrar dificultades en la denegación de reclamaciones, incluso si la reclamación no está totalmente justificada. Esto se debe a lo que a veces se describe como la «hipótesis del trabajo sucio»: los gerentes de las instituciones caritativas pudieran sentir que amenazan la reputación de la institución al rechazar las reclamaciones, ya que, a diferencia del modelo socio-agente, la institución caritativa no puede culpar a nadie más a la hora de justificar una decisión poco popular.

Algunas organizaciones caritativas llevan esta lógica de motivación social más lejos, hasta el punto de no considerar la sostenibilidad del esquema de seguro como un objetivo. En lugar de eso, simplemente asumen que se producirán pérdidas y que tendrán que cubrirse con subsidios externos.

Esta interpretación social de esta tarea de la organización también afecta al diseño de su proceso de negocios en seguros: el flujo de información en el proceso de ventas es principalmente unidireccional hacia el cliente. Se proporciona información sobre cómo se pagarán los beneficios por reclamación, pero no se obtiene información alguna sobre enfermedades preexistentes. El proceso de distribución es generalmente realizado por el personal de la organización, que también tiene otros deberes. Voluntary Health Services (VHS), en Chennai (India), por ejemplo, distribuye su producto de seguro a través de trabajadores de la salud móviles o en sus centros de seguro. Su objetivo es dar cobertura a aquellos que más lo nece-

sitan, sin equilibrar necesariamente los riesgos negativos y positivos para estabilizar el consorcio de riesgos.

Las organizaciones caritativas habitualmente están de acuerdo en que la provisión relativamente irrestricta de beneficios al servicio de los productos es simple. Por ejemplo, VHS y la Society for Social Services (Bangladesh) gestionan sus propias infraestructuras de salud y los clientes están obligados a utilizarlas. Sin embargo, a diferencia de los modelos impulsados por los proveedores (descritos a continuación), aquí la motivación no es aumentar la utilización de sus propias infraestructuras (comerciales) y consiguientemente su viabilidad financiera, sino asegurar que sus clientes tienen acceso a los servicios de salud.

El mantenimiento de una estabilidad a largo plazo es argumentativamente el punto más débil del modelo caritativo. A menudo la gerencia no mira la estabilidad financiera como algo deseable: «Nosotros recogemos café: pero sólo los granos malos», como un señala un gerente de VHS —ilustrando adecuadamente las diferencias de mentalidad—. La Society for Social Services no puede, de modo alguno, cubrir los costos administrativos de su programa de salud a través del seguro. Ello representa aproximadamente el 2.000% de la prima recaudada. Por tanto, los medios para asegurar la sostenibilidad dependen de los donantes, y no de una solución basada en el mercado (como el reaseguro).

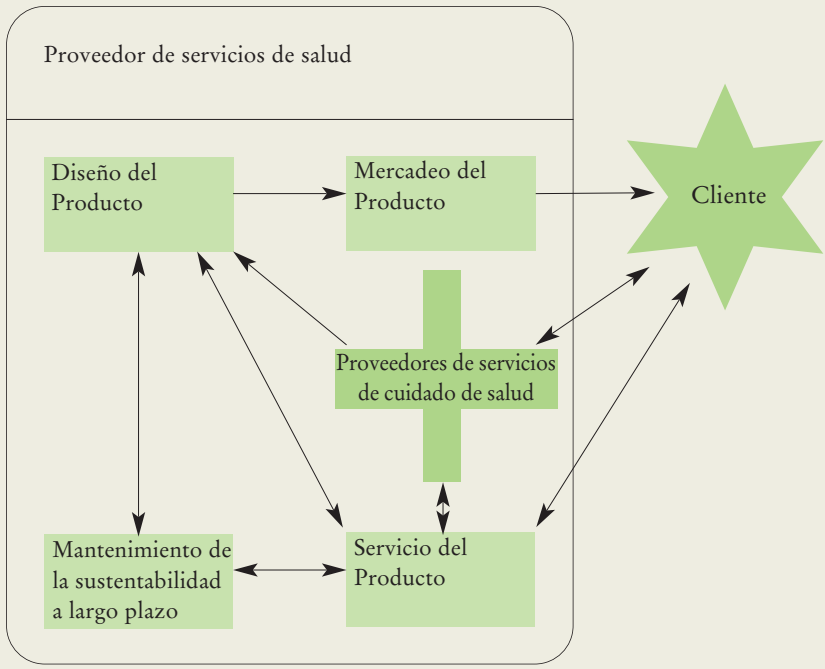
1.3 El modelo impulsado por el proveedor

Los proveedores de cuidado de salud (por ejemplo, hospitales, clínicas…) pueden lanzar un esquema de seguro para generar volúmenes grandes de negocio en servicios especiales, así como abrir el acceso al cuidado de salud a diferentes precios para los distintos segmentos de la población-meta *(véase la Figura 29).* La característica única de este modelo es la implicación del proveedor del cuidado de salud en el diseño del proceso de negocio (incluyendo el lado financiero).

Esta es una característica importante: un proveedor de cuidado de salud que decide directamente sobre el paquete de beneficios difiere significativamente de una compañía de seguros que establece su propia infraestructura de cuidado de salud, o que directamente emplea proveedores para servirle el producto. La diferencia puede ser teórica, pero la pregunta por el control último sobre el diseño del paquete de beneficios no es trivial. Considerando el caso de una cirugía a corazón abierto, si quien toma la decisión es el cirujano, cuyo servicio no tiene gran demanda debido a su alto costo, la probabilidad de que este beneficio sea incluido en el paquete es más alta que si la decisión fuera tomada por los profesionales del seguro o los clientes.

Esto explica que muchos esquemas impulsados por proveedores restrinjan la opción de los clientes en cuanto a la facilidad del proveedor o a los profesionales de la salud, o que, como sucede en Grameen Kalian y BRAC MHIB (Bangladesh), limiten significativamente los beneficios disponibles fuera de sus propios proveedores de cuidado de salud. Los clientes pagan su prima al proveedor de cuidado de salud, lo que a su vez ofrece a los clientes un mecanismo de financiación que les permite consumir servicios de salud, presumiblemente de una manera más costo-efectiva que si pagaran por ellos de su bolsillo. Al mismo tiempo, el proveedor se beneficia del arreglo de distintas maneras: a) aumenta su mercado potencial al permitir que más gente utilice sus servicios; b) restringe la opción de los clientes a sus propios servicios; y c) recibe ganancias de aquellos que de otro modo no hubiesen tenido tratamiento o hubiesen ido a otro lugar, o de aquellos que habrían usado los servicios de cualquier modo, pero a más bajo precio o gratuitamente.

Figura 29 **El modelo impulsado por el proveedor**



En algunos esquemas, la prima se utiliza para gestionar la infraestructura sanitaria, mientras que el proveedor se compromete a proporcionar ciertos beneficios a los clientes si estos los necesitan, con el pago a los proveedores

sobre una base de capitación. Por lo tanto, el riesgo en los peores periodos descansa sobre el proveedor de cuidado de salud, que es el que proporciona los servicios. En los años buenos, el excedente también es absorbido por el proveedor de cuidado de salud. En estos sistemas de pago, el proveedor tiene el incentivo de limitar sus servicios o de comprometer la calidad del cuidado ofrecido.

En otros esquemas, la prima cobrada es transferida al proveedor de cuidado de salud de acuerdo con los servicios prestados o los casos que fueron atendidos (tarifas por servicios o pagos por casos). Este mecanismo requiere una separación más estricta entre la provisión del seguro y del cuidado de salud. Por ejemplo, Yeshasvini Trust fijó los precios para más de 1.600 cirugías y reembolsa a los hospitales de la red según qué cirugía se lleva a cabo (por ejemplo, caso a caso). La tarifa por servicios es aplicada en el Nkoranza Community Health Insurance Plan, de Ghana *(véase el Cuadro 80).*

Cuadro 80 **Plan de seguros de salud de Nkoranza Community**

El Hospital St. Theresa es el proveedor principal de servicios de hospitalización en el distrito de Nkoranza, en Ghana. En 199, lanzó el plan de seguros de salud Nkoranza Community, un programa de microseguro de salud basado en el proveedor, en respuesta a la incapacidad de los residentes para pagar por sí mismos los servicios de salud, especialmente los de hospitalización. El servicio cubre totalmente los costos de admisión en el hospital, incluyendo el importe de medicamentos con receta no disponibles en el hospital, el de otros hospitales y el de algunos servicios en clínicas externas.

Cuando los clientes requieren el cuidado, entregan su tarjeta de seguro al doctor o a la enfermera a cargo, quien escribe el número de seguro en la tarjeta de admisión del paciente. De acuerdo con los servicios prestados (cargos por servicio) se envía al asegurador una factura mensual. Los precios por los servicios son determinados por un ente externo al Comité Diocesano de Salud, sobre una base anual, y son válidos para todos los hospitales católicos de la región. El seguro reembolsa al hospital los servicios prestados, pero no tiene derecho a cotejar si son apropiados. Aunque no se observa en este esquema, el mecanismo de tarifas por servicio con división institucional (entre el asegurador y el proveedor) ofrece un incentivo al proveedor para sobre-recetar servicios y aumentar el rendimiento financiero.

Fuente: Adaptado de Atim y Sock, 2000.

Muchos proveedores de cuidado de salud no tienen capacidad administrativa (ni muchas veces financiera) para gestionar un esquema viable de seguro de salud. Establecer el precio del producto actuarialmente es ciertamente un punto débil, incluso si se dispone de información relativamente fiable sobre los gastos de cuidado de salud en este modelo. El problema principal se da en el servicio al producto: en el caso de los pagos de tarifas por servicios, el proveedor de cuidado de salud puede tener un incentivo de proporcionar más servicios de los necesarios, mientras que el proveedor de seguro necesita mantener su estabilidad a largo plazo. La unificación de los papeles del proveedor y el comprador de los servicios pudiera entonces generar un conflicto de intereses.

1.4 El modelo mutualista de base comunitaria

Las sociedades mutualistas de beneficios, también conocidas como esquemas de seguro de salud con base comunitaria u organizaciones mutualistas de salud, son sistemas sin ánimo de lucro que distribuyen el riesgo sobre la base de la ética de ayuda mutua y la solidaridad *(véase el Capítulo 4.3).* Este modelo se basa en la premisa de que el riesgo es asumido por el asegurado, que es el propietario del esquema, y que las ganancias son retenidas de alguna forma para beneficio del asegurado.

Sin embargo, los esquemas de base comunitaria y mutualista no son idénticos. El modelo de base comunitaria se compone habitualmente de un grupo pequeño local formado sobre la base de los vínculos sociales desarrollados por interacción diaria. Los administradores tienen poca experiencia profesional en seguros y el grado de implicación de los miembros es por lo general bastante alto. Los esquemas mutualistas, por otro lado, tienen gran experiencia como proveedores de seguridad social.[5] A menudo se construyen sobre líneas políticas o religiosas comunes y proporcionan servicio de seguro a sus miembros. Las mutualistas son a menudo más grandes que los esquemas con base comunitaria, y suelen tener una administración profesional. Dependiendo del tamaño del grupo, y la consiguiente ausencia de vínculos personales entre sus miembros, puede haber menos cohesión social en las mutualistas que en los esquemas con base comunitaria.

En el modelo con base comunitaria/mutualistas, los clientes o miembros desempeñan un papel central. Según se ilustra en la Figura 30, son responsables de todos los aspectos de la fabricación del producto, su venta y su

[5] Las mutualistas, derivadas del concepto francés de las *Mutuelles*, son conocidas por muchos nombres: «sociedades amistosas» en los países anglosajones (y sus colonias anteriores), «sociedades fraternas» en los Estados Unidos, *Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit* en Alemania y «sociedades de socorro mutuo» en España.

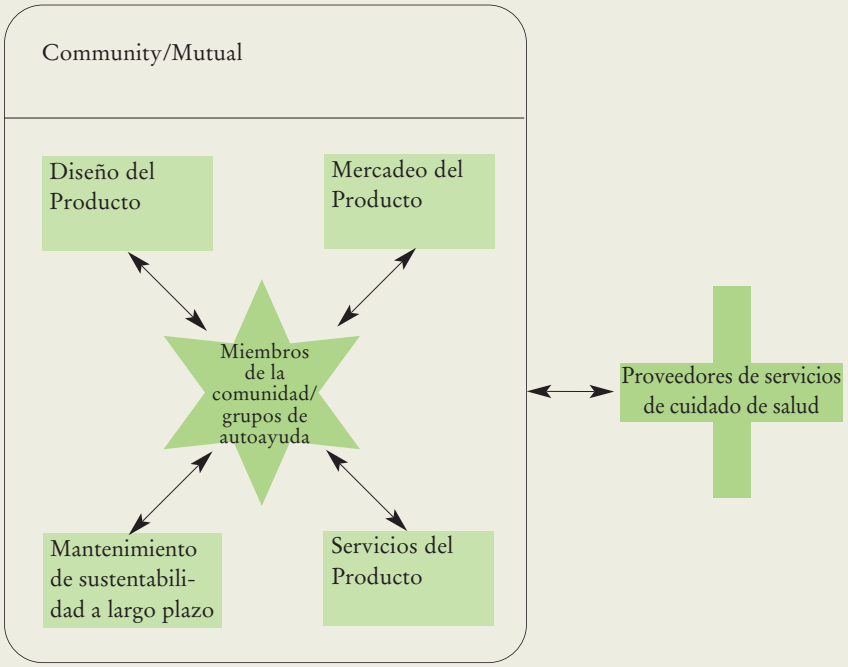
servicio, al igual que del mantenimiento de la estabilidad a largo plazo. Los miembros son tanto los aseguradores como los asegurados, ya que el grupo suscribe el riesgo colectivamente. Como propietarios de estas sociedades, los miembros se implican activamente en la administración y en la toma de decisiones. Tienen influencia directa a la hora de determinar el ámbito de la cobertura y el tamaño de las contribuciones. Este conocimiento de primera mano sobre las necesidades y preferencias da a los esquemas mutualistas una ventaja especial en el diseño de los productos. La implicación de los miembros asegura un alto grado de satisfacción con el producto, pero este factor está supeditado a una inclusión representativa verdadera en el proceso del diseño, al igual que a la administración justa y transparente del esquema. En la UMSGF, la asamblea general de los miembros decide en cuanto a qué beneficios deben cubrirse. Sin embargo, para diseñar y gestionar un sistema de seguros, es necesario el conocimiento del especialista, y este es el tendón de Aquiles de muchos esquemas mutualistas. A veces cuerpos cúspides, por ejemplo en forma de cooperativas secundarias, son establecidos para proporcionar asistencia técnica *(véanse los Cuadros 75, 76 y 77, en el Capítulo 4.3).*

Como organizaciones gestionadas por sus miembros, las sociedades de beneficios mutuos están basadas en los principios de autoayuda, auto-administración y auto-responsabilidad. Según este último principio, los miembros asumen el riesgo actuarial y son responsables de las pérdidas potenciales. Por el mismo motivo, las ganancias permanecen en el sistema para la ventaja de todos los miembros. Este modelo de compartir pérdidas y ganancias sugiere que el interés del individuo permanece alineado con el del grupo, fortaleciendo la cohesión social del mismo. Este modelo, especialmente cuando opera en comunidades pequeñas, generalmente disminuye los costos que surgen del fraude del riesgo moral y la selección adversa. Esto se debe a los altos niveles de cohesión social, que son generalmente más prominentes en grupos pequeños, donde las interacciones sociales tienden a ser tanto más importantes cuanto más fáciles de rastrear (Sovel, 2002) y de traducir (en el contexto del microseguro de salud) a un flujo informal y frecuente de información. Sin embargo, este flujo de información también puede provocar controversia respecto a la privacidad, ya que la gente puede temer la exclusión social en caso de ciertas enfermedades, como SIDA, y de enfermedades mentales, y por lo tanto pueden preferir no confiar en los beneficios del esquema.

Otra desventaja de estos esquemas mutualistas es el pequeño tamaño de sus grupos: los grupos pequeños generan mayores dudas en cuanto a sus costos por reclamación y son más vulnerables al riesgo catastrófico. Mientras que el control social puede ser un instrumento adecuado para reducir el riesgo

moral, la distribución exitosa del riesgo —o al menos una transferencia de los riesgos aceptados— requiere consolidarlos con otros grupos de distribución de riesgo o acceder a otras formas de reaseguro. El que se agregue un riesgo mayor no sólo llevaría a un aumento en la estabilidad financiera, sino que también conllevaría primas más bajas a través de una inyección menor de capital (Dror *et al.*, 2005a). Sin embargo, este tipo de reaseguro generalmente no está disponible.

Figura 30 **El modelo con base comunitaria/ modelo mutualista**



En una institución propiedad de sus miembros, la responsabilidad por la estabilidad descansa en la administración operada por los miembros, la cual a veces se delega en administradores profesionales. Según el principio de titularidad, todos los miembros deberían idealmente sentirse comprometidos con la estabilidad del sistema. La noción de titularidad en términos de identificación con el sistema y un sentido de responsabilidad personal pudieran representar una ventaja mayor para los esquemas de base comunitaria. Para fortalecer la responsabilidad personal y prevenir las pérdidas causadas por la sobre-utilización, UMSGF ha desarrollado una «herramienta de tendencia de ratios de pérdidas» para consolidar información estadística que informe a los miembros y fortalezca su sentimiento de titularidad.

Sin embargo, la responsabilidad personal pudiera fácilmente perderse cuando las organizaciones mutualistas crecen y se vuelven más profesionales. En este proceso, la administración gestionada por los miembros de los esquemas con base comunitaria es reemplazada por la de gerentes profesionales que pudieran desarrollar su propio grupo de metas en vez de centrarse en los objetivos de los miembros.[6] Los gerentes tienen un incentivo de expandir el esquema, ya que esto puede mejorar su remuneración, su reputación y su poder. Aunque esto es positivo en términos de estabilizar la viabilidad financiera del esquema, la voz de los individuos asegurados resulta perjudicada. Se vuelve mucho más difícil para los miembros asegurados dar seguimiento a su propio esquema debido a la asimetría de la información y a la asimetría en las destrezas entre los miembros profesionales y ellos mismos. El esquema no es solamente gobernado por los miembros, sino controlado por los gerentes. Esto puede hacer que los miembros pierdan su sentido de titularidad y, por lo tanto, que se pierdan muchas de las ventajas mutualistas, aunque las ganancias todavía permanezcan dentro de los grupos de asegurados.

2 Valores, intereses y conflictos en el proceso de negocio de seguros

Además de estos cuatro tipos principales, existen otros posibles subtipos, todos con sus propias combinaciones de fortalezas y debilidades. Sin embargo, un análisis de estos modelos principales ilustra que los principales conflictos de intereses surgen de la provisión del microseguro de salud. En el microseguro, la eficiencia puede ser aún más importante que en el seguro convencional, y por lo tanto se debe prestar especial atención a los conflictos de intereses en el proceso de negocio. Si estos conflictos permanecen sin resolverse, se añaden a los costos del arreglo del seguro. Utilizando el andamiaje presentado en el Capítulo 2.1, está sección considera los conflictos de intereses y las eficiencias en el proceso de negocio de los distintos modelos de entrega.

2.1 Diseño del producto: ofreciendo valor por el dinero y respondiendo a los deseos de la clientela

Los clientes de microseguro de salud generalmente prefieren cobertura amplia que incluya costos bajos y eventos de alta probabilidad (por ejemplo, cobertura fuera del hospital, fármacos), mientras que a los aseguradores les gusta cubrir eventos que raramente ocurren. Este conflicto de intereses es más notorio en el modelo socio-agente, donde el propósito principal del asegura-

[6] El conflicto potencial entre los miembros y los gerentes se discute extensamente en la literatura cooperativista, por ejemplo: Dulfer (1995), Vierheller (1983, 1977), Neumann (1973), Eschenburg (1972) y Hanner (1992).

dor es habitualmente la ganancia, y donde la menor frecuencia de reclamaciones aumenta los márgenes de ganancia al dejar los costos administrativos bajos. Por ejemplo, los planes ofrecidos por VimoSEWA/ICICI Lumbar y Sheperd/UIIC sólo cubren hospitalización. Los productos de microseguro de salud ofrecidos por los aseguradores comerciales típicamente se centran en este tipo de beneficio.

Los aseguradores comerciales son reacios a lidiar con un número infinito de pequeñas reclamaciones, especialmente cuando un arreglo con proveedores de cuidado de salud no regulados produciría costos de seguimiento adicionales. Sin embargo, el asegurador, que mantiene el control sobre el diseño del producto, también tiene difícil saber lo que el asegurado quiere: ¿cuál es el precio que los clientes están dispuestos a pagar y por qué beneficios? En este sentido, el agente puede ayudar a resolver parte del problema. Cuanto más dispuesto esté el asegurador a implicar al agente —en nombre del cliente— en el diseño del paquete de beneficios, más responderá el producto a las necesidades del cliente. Sin embargo, los aseguradores pueden considerar a algunos segmentos del mercado de bajos ingresos demasiado pequeños para justificar un proceso costoso de adaptación. En cambio, el asegurador estará tentado de persuadir a los agentes a vender productos ya desarrollados.

El modelo del proveedor estaría posiblemente en mejor posición, consciente de las prioridades del cliente, si el consumo de los servicios de salud fuese sistemáticamente registrado y analizado antes de lanzar un producto de seguro, aun cuando existe, por lo general, poca información en cuanto a la disponibilidad del pago y las prioridades del cliente. Más aún, dependiendo del tipo de servicio que ofrezcan, los proveedores pueden adoptar una actitud más flexible que tenga en cuenta el deseo de los clientes de tener costos bajos y cobertura para eventos de alta probabilidad (por ejemplo, cuidado fuera del hospital). Esto también es cierto, por lo general, de los modelos benéficos, y se puede aplicar igualmente a los modelos de base comunitaria. Sin embargo, la perspectiva al definir el paquete de beneficios es distinta: los modelos impulsados por el proveedor de los servicios se incluyen en el paquete de beneficios solamente si son realmente ofrecidos por el proveedor de cuidado de salud. Por lo tanto, es el proveedor, no el cliente, el punto de partida.

Los proveedores de seguro benéfico y de base comunitaria podrían ser más dados a tener en cuenta las necesidades del cliente como punto de partida, ya que su preocupación no es ni la ganancia ni el desarrollo de su propio servicio de cuidado de salud, aunque el modelo pudiera no considerar necesario implicar a la comunidad, ya que contempla asumir el riesgo en cualquier caso.

El modelo con base comunitaria, que por definición implica al cliente en el proceso de diseño de beneficios, tiene una fuerte ventaja en el conocimien-

to de las necesidades del cliente y su disponibilidad de pago. El producto de seguro en este modelo es dado a responder más directamente a las necesidades de los clientes y pudiera incluso aumentar su disponibilidad para pagar. Sin embargo, hay que hacer hincapié en que esta fortaleza de los modelos con base comunitaria solamente puede ser explotada con la participación de los miembros, lo cual no siempre ocurre en la práctica, especialmente cuando estas asociaciones se expanden.

Otro conflicto de intereses puede surgir en el modelo impulsado por el proveedor cuando el precio de los servicios se negocia, ya que la misma institución representa tanto al comprador como al suplidor de los servicios. Aunque uno asume que la mayoría de los esquemas de proveedores utilizan este conocimiento de su propia estructura de costo para el beneficio del cliente, un conflicto de intereses básico permanece y requiere de especial atención. El esquema impulsado (en parte) por el proveedor Yeshasvini Trust, por ejemplo, tiene unas tarifas fijas para cirugías en los 150 hospitales de la red. Sin embargo, no todos los tipos de cirugías se ofrecen en cada clínica, y algunos gerentes de clínicas reclaman que los gerentes de los hospitales que participan en la administración del fideicomiso se aseguran mejores tarifas para las operaciones que son primordialmente realizadas en sus hospitales. Aunque este puede ser un caso de percepción distorsionada, se trata de un asunto que las principales redes de proveedores necesitan resolver si quieren aumentar su eficiencia.

La frecuencia del pago de prima es otra área en la que los intereses del asegurador y del asegurado son fundamentalmente distintos: los clientes a veces prefieren pagos pequeños más frecuentes. Esto, junto con el tamaño relativamente pequeño de la prima, representa un reto para los aseguradores. Los socios, los proveedores de cuidado, los aseguradores benéficos y los esquemas con base comunitaria son propensos a salvar este obstáculo estableciendo un sistema donde el cobro pueda hacerse por adelantado o a través de una deducción en la fuente, o procurando un subsidio de un tercero o un adelanto.

Sin embargo, en el modelo de base comunitaria, el asegurador benéfico y las organizaciones de agentes, con su acceso a los clientes, están naturalmente equipados para resolver este desequilibrio entre los intereses del asegurador y el asegurado. Esto se consigue confiando en las estructuras sociales existentes en la comunidad y en trabajadores comunitarios que pueden cargar sobre sus hombros otras interacciones con la comunidad. Esto hace que sea mucho más fácil para ellos responder a los requerimientos de pago frecuentes que para los proveedores de cuidado de salud, que generalmente no tienen contactos regulares con el mercado-meta.

2.2 Comercialización del producto: confianza y acceso

Un proceso eficiente de ventas depende en gran medida de los niveles de confianza y del acceso fácil de los clientes al intercambio de información, ya que este intercambio y la educación del cliente constituyen la actividad principal en este proceso. La falta de una relación de confianza y acceso (tanto físico como psicológico) con los clientes potenciales provoca habitualmente que las compañías de seguro formal eviten operar sólo en este mercado. Esto encaja bien con la filosofía que se esconde detrás del modelo socio-agente, donde la principal responsabilidad y la fabricación del producto descansa en el asegurador, que después delega las responsabilidades de distribución en los agentes. Desde el punto de vista del cliente, los agentes facilitan el acceso a las comunidades de los aseguradores y proveedores, que de otro modo no tendrían acceso a esos clientes, y proporciona a estos últimos acceso a unas marcas «reconocidas y fiables».

En este sentido, la comercialización del modelo de proveedor puede por ende beneficiarse del profesionalismo de hospitales de renombre. Muchos de los hospitales privados asociados con Yeshasvini Trust gozan de una excelente reputación. El hospital Narayana Hrudayalaya, en Pangalore, por ejemplo, tiene buena reputación por su cirugía cardiaca incluso más allá del estado de Karnataka. La participación de hospitales como estos es recibida positivamente por muchos miembros asegurados, que de otro modo tendrían dificultad para acceder a estos proveedores de cuidado de calidad.

Sin embargo, la confianza de los clientes en la organización que lleva a cabo el proceso actual de ventas es de vital importancia, y mientras las compañías de seguros carecen de esta relación de confianza, los agentes (en forma de organizaciones locales como lo son las ONG) usualmente tienen más reputación y, por tanto, la capacidad de llegar a más clientes potenciales. Los esquemas con base comunitaria, según dice su nombre, están en constante contacto con sus miembros y son más propensos a tener mayores niveles de confianza y acceso que muchas otras organizaciones. Como resultado, el costo de informar a los miembros sobre los beneficios del cuidado de salud disminuye, y las probabilidades de ventas aumentan.

2.3 Servicio al producto: gestionando el flujo de información

En general, los intereses de los diferentes aseguradores se alinean en el área del servicio. Todos quisieran un sistema eficiente que mantuviera los costos bajos y redujera el fraude. Un sistema sin dinero en efectivo es usualmente lo mejor para conseguir estas metas y ha añadido varias ventajas para el asegurado, al no tener que adelantar dinero para recibir el tratamiento. En un

modelo socio-agente y en el modelo de base comunitaria, el sistema sin dinero en efectivo tiene el beneficio adicional de permitir al que asume el riesgo negociar con los proveedores de cuidado de salud para aminorar costos. No es sorprendente que esta negociación no se lleve a cabo en el modelo impulsado por el proveedor, lo que efectivamente limita la competencia y puede resultar en precios más altos y en una calidad de servicio más baja.

Sin embargo, muchas compañías de seguros no quieren negociar y establecer una relación con una red cerrada de médicos rurales o de hospitales, ya que encuentran difícil controlar la adecuación de los servicios prestados y de las reclamaciones cursadas. Para obtener la información necesaria para verificar una reclamación sin tener que negociar con una parte adicional (el proveedor), algunas compañías de seguros resuelven las reclamaciones sobre una base única de reembolso. Este arreglo supone una onerosa carga para los hogares pobres. Debido al trámite documental complicado e inapropiado, a las exclusiones y a los procedimientos requeridos por las compañías de seguros, el reembolso a menudo se retrasa, a veces durante meses.

El seguro impulsado por los proveedores, los esquemas con base comunitaria y la mayoría de los aseguradores benéficos están en mejor posición en este aspecto. Debido a su presencia local, pueden ofrecer beneficios en especie más fácilmente —especialmente en el esquema del proveedor—. Su proceso de verificación de reclamaciones también está generalmente mejor adaptado a las circunstancias locales. Esto ayuda a mantener a los clientes satisfechos y resulta en unas tasas de renovación más altas y en una mayor disposición para el pago, y probablemente promueve la equidad.

2.4 Asegurando la sustentabilidad a largo plazo

De la misma manera que el asegurador presta poca atención a las probabilidades, también tiende a descuidar otros aspectos técnicos relacionados con la provisión del seguro, tales como la necesidad de agrupar los riesgos (la ley de los grandes números), la necesidad de invertir en el futuro, o los efectos de una carga de reclamaciones particularmente alta durante el año corriente sobre la prima (o incluso la disponibilidad de seguro en total) para un año futuro. Sin embargo, el asegurado espera que el proveedor de seguro cumpla con todas sus responsabilidades y constantemente reduzca sus pérdidas.

Este conflicto impone unas dificultades considerables para todos los aseguradores, pero es un reto particular para los esquemas con base comunitaria por dos razones principales. Primeramente, los miembros son más proclives a ejercitar un mayor control sobre las decisiones del esquema en el modelo con base comunitaria que en cualquier otro modelo. Por lo tanto, en un año con relativamente pocas reclamaciones, los miembros pueden intentar forzar al esquema

para redistribuir reservas no utilizadas o para aumentar los beneficios, lo que pudiera suponer un peligro para la sustentabilidad a largo plazo. En segundo lugar, los esquemas con base comunitaria pudieran no tener experiencia en el manejo de los riesgos y serían más dados a evaluar el riesgo actuarial incorrectamente. Mientras que el reaseguro puede ayudar a resolver ambos problemas, el hecho es que el modelo basado en la comunidad que se sostiene por sí misma es más propenso a ser vulnerable en términos de sustentabilidad a largo plazo (además del modelo benéfico que descansa en subsidios indefinidos).

Como resumen, las estructuras básicas de incentivos de los cuatro modelos se ilustran en la Tabla 45. En la última línea de la tabla, se articulan los principales conflictos entre las personas con interés o accionistas para cada modelo.

3 Conclusión

Este capítulo repasa la tipología básica de los proveedores de microseguro de salud basándose en un examen de su desmotivación principal y sus procesos de negocio. Un asunto interesante destaca al plantear una pregunta básica: ¿qué interés es beneficiado si un asegurado (cliente) reclama beneficios? Obviamente, puede asumirse que gana la reclamación individual, pero ¿qué pasa con los diferentes proveedores de seguro?

Pudiera argumentarse que las organizaciones benéficas y, hasta cierto, punto las organizaciones impulsadas por los proveedores consideran la utilización de los servicios de salud como un fin último positivo. Sin embargo, bajo el modelo socio-agente, el socio tendría un incentivo para no estimular las reclamaciones (idealmente a través del fomento de la buena salud, aunque los requisitos complejos de reclamación pudieran ser una alternativa). De hecho, en los esquemas donde los asegurados sólo reciben beneficios si están enfermos (o cuando reclaman exitosamente), la estructura de incentivos pudiera verse como un estímulo para las reclamaciones falsas e innecesarias. El modelo socio-agente es el ejemplo primario de este conflicto, y es imprescindible considerar este riesgo adicional al diseñar el proceso de negocios.

Desde el punto de vista del negocio de seguros, otros modelos también podrían preferir tener menos reclamaciones por individuo, pero (esta es una salvedad importante) el interés principal sería la buena salud de los clientes, por lo menos en teoría. En la práctica, en los esquemas con base comunitaria, los miembros más poderosos pueden tratar de ejercer influencia sobre el diseño del paquete de beneficios o tratar de persuadir a otros miembros a no cursar reclamaciones, con el fin de mantener los costos de reclamación bajos. Las desigualdades en la estructura social de las comunidades tienen que examinarse con detenimiento y tenerse en cuenta.

Tabla 45 **Motivaciones básicas e interés primario a través del proceso de negocios**

	Socioagente	*Asegurador caritativo*	*Proveedor*	*Comunidad*
Motivación Básica	Ganancia (para el asegurador) Cubierta para el grupo meta (para el agente).	Reducir el costo a largo plazo de los riesgos de salud para el grupo meta.	Generar negocio y aumentar el acceso a los propios servicios.	Reducción del costo a largo plazo de los riesgos de salud para los miembros.
Manufactura	Eventos que representan menores reclamaciones para mentener los costos de transacción bajos.	Responder a las necesidades de los clientes de la mejor forma posible.	Paquete de beneficios diseñado a tono con los servicios ofrecidos.	Balance óptimo entre beneficios y primas para los miembros.
Ventas	Uso de agentes (IMF) para aumentar la proximidad y la facilidad de pago.	Uso de estructuras comunitarias existentes (por ejemplo, SHG, ONG's, etc.) para mantener costos bajos.	Distribuir entre pacientespotenciales siempre y cuando este numero de personas pueda ser atendido en las facilidades.	Uso de estructuras comunitarias existentes (por ejemplo, asociación de mujeres) e involucrar a sus miembros.
Servicio	Reducción del fraude (sistemas de pago sin efectivo) y negociar a escala con suplidores para disminuir costos.	Reducción del fraude (sistemas de pago sin efectivo) y negociar a escala con suplidores para disminuir costos.	Reducción del fraude (sistemas de pago sin efectivo) y negociar a escala con suplidores para disminuir costos.	Reducción del fraude (sistemas de pago sin efectivo) y negociar a escala con suplidores para disminuir costos.
Sustentabilidad	Establecer precio a productos correctamente, alcanzar un grupo grande y diversificación de riesgos, mientras se mantienen altas tasas de renovación.	Establecer precio a productos correctamente, alcanzar a tener un grupo grande y diversificación de riesgos, mientras se mantienen altas tasas de renovación.	Alcanzar altas tasas de renovación, sostener el grupo de clientes deseado para servicios que tienen exceso de capacidad.	Establecer precio a productos correc tamente, alcanzar a tener un grupo grande y diversificar los riesgos, mientras se mantienen altas tasas de renovación; prevenir a los miembros de despojarse de reservas de años futuros.

	Socioagente	*Asegurador caritativo*	*Proveedor*	*Comunidad*
Principal conflicto de interés	Socioagente: Usualmente, los agentes son defensores del asegurado en vez de defensores del asegurador, aunque sus incentivos financieros están alineados con los del asegurador. Clienteasegurador: Sienten que su dinero ha sido perdido para ir a una compañía distante si estos no hacen una reclamación cada año. Asegurador-cliente: Motivación de ganancia por parte del asegurador puede aumentar primas. Asegurador-cliente: Capital de riesgo perteneciente a los inversionistas resulta en altas expectativas de rendimiento por parte de los accionistas de microseguros.	Asegurador-cliente las características socio paternales del modelo benéfico pueden estar a favor de los objetivos de salud de los donantes/gerencia del ONG sobre las preferencias de los clientes. Asegurador-cliente cuando se depende de fondos de los donantes, puede no reducirse el costo real a largo plazo del riesgo para el cliente. Clienteasegurador espera que los servicios sean provistos independientemente si el costo es sustentable o no.	Asegurador-cliente Interés en la buena utilización de las facilidades. Esto incluye solamente servicios propios en el paquete de beneficios. Esto resultará en que los paquetes de beneficios sean muy pequeños para la protección del riesgo efectivo del grupo meta.	Gerentemiembros es tentador para los gerentes el crecer el esquemade seguros; pero esto no beneficia a los miembros. Con el aumento del tamaño del esquema de seguros, los gerentes tienden a perder el enfoque en sus miembros; y los miembros raramente tienen las destrezas para controlarlos efectivamente. Personal de campoasegurados Normalmente, el personal de campo se escoge del grupo de asegurados. La desigualdad social entre el grupo de asegurados puede llevar al tratamiento desigual de los asegurados. Algunos pueden ser persuadidos a no utilizar los servicios a fin de lograr la estabalidad al proyecto en su totalidad.

Otro punto importante es si el esquema opera bajo un paradigma de ganancias o bajo uno sin ánimo de lucro. En el modelo impulsado por el proveedor, por ejemplo, si el hospital trabaja con un esquema por ganancia, debería compartir muchas de las características del modelo socio-agente y tendría un interés en tener menos reclamaciones y más ganancias. Sin embargo, si el proveedor trabaja con un esquema de seguro sin ánimo de lucro, a través del cual los excedentes permanecen dentro del esquema, entonces tendría interés en aumentar la utilización, lo que a su vez aumentaría el consumo de sus propios servicios de salud (y, por ende, su capacidad de generar ganancias) hasta un cierto grado de utilización. Cuando la demanda por servicio excede la capacidad del proveedor, también sería un incentivo reducir el consumo, habitualmente a través de largos periodos de espera para eventos asegurados (que pueden reducirse o eliminarse en caso de que el asegurado esté dispuesto a pagar un extra por el servicio).

El modelo con base comunitaria presenta el reverso de esta estructura de incentivos, al mantener las sumas no reclamadas a disposición del grupo. Más aún, a través de un uso juicioso del capital social (particularmente a través del seguimiento a sus pares en cuanto a selección de miembros y curso de reclamaciones), el modelo con base comunitaria reduce la selección adversa y el riesgo moral, pero sólo si es verdaderamente participativo y si los miembros controlan la titularidad. Por lo tanto, si puede asegurarse su sustentabilidad a largo plazo, parecería que el modelo con base comunitaria tiene un número de ventajas en cuanto a la provisión de microseguro de salud, ya que tiene mejor información sobre (y contacto con) sus clientes, un margen reducido para conflictos de intereses y mejores mecanismos para mitigar la selección adversa y el riesgo moral.

Sería bastante ingenuo asumir que un modelo combina todas las ventajas y ninguna de las desventajas. Todos los modelos necesitan aprender de los otros para alcanzar un proceso óptimo de negocio. El modelo socio-agente, por ejemplo, se fortalece considerablemente cuando integra características del esquema con base comunitaria, tal como implicar al grupo-meta en el diseño del paquete de beneficios o introducir un arreglo para la distribución de ganancias en los años buenos. De la misma forma, el modelo con base comunitaria puede aprender notablemente de los aseguradores profesionales en cuánto a cómo resolver los problemas técnicos y de sustentabilidad (incluyendo el acceso al reaseguro, lo que no sólo añadiría estabilidad financiera, sino que ayudaría en la adquisición de los recursos técnicos necesarios para gestionar un negocio viable).

El microseguro de salud es muy diferente del seguro para el sector formal, y lo que funciona bien para los clientes adinerados no necesariamente es aplicable en las comunidades rurales e informales. Mientras que el microseguro

de salud es muy prometedor, la pregunta por cuáles son las opciones institucionales apropiadas y los canales para su distribución debe considerarse cuidadosamente tanto por los teóricos como por los que lo llevan a la práctica. Si esta pregunta no se tiene en cuenta, el propio concepto de microseguro de salud se vería afectado e ilustrado como ineficiente a causa de modelos inadecuados de provisión.

4.5 Más allá de las IMF y de los modelos de base comunitaria: alternativas institucionales

Richard Leftley y James Roth[1]

Los autores desean agradecer a Vijay Athreye (Tata-AIG), Doubell Chamberlain (Genesis) y Jeremy Leach (Fin Mark Trust) sus comentarios y sugerencias de utilidad.

Por lo general, el seguro para el mercado de bajos ingresos es un negocio de alto volumen y primas bajas. En algunos momentos los clientes del microseguro se preocupan más por la calidad que por el precio, por ejemplo, en el seguro funerario en África del Sur, pero por lo general el mercado de bajos ingresos es altamente sensible a los precios. Mantener los costos bajos es por tanto un requisito necesario para atraer clientes y hacer el negocio sustentable.

Según se discute en los capítulos anteriores, en muchas circunstancias el socio-agente, la cooperativa o los modelos con base comunitaria ofrecerán soluciones adecuadas. El modelo socio-agente y los modelos cooperativistas se construyen sobre redes establecidas de distribución (por ejemplo, una IFM o Unión Crediticia) que ya proporcionan servicios financieros a los pobres, de modo que el seguro se añade meramente a un canal existente por un costo marginal. En el modelo con base comunitaria, que es administrado por los propios tenedores de póliza, los costos se minimizan, al descansar sobre el trabajo voluntario y nivelarse el capital social para controlar los riesgos de seguro. Estos no son, sin embargo, los únicos modelos de microseguro.

Este capítulo explora otras opciones institucionales para la provisión de seguro a los pobres. En una estructura de seguro, alguien tiene que: 1) asumir el riesgo, 2) administrar el producto y 3) manejar la distribución *(véase la Figura 31).* Todas estas funciones podrían ser realizadas por una organización (por ejemplo, el enfoque de venta directa de Delta Life, en Bangladesh), o cada una podría ser manejada por distintas organizaciones o por alguna combinación de las anteriores. Al utilizar este andamiaje para separar la provisión en tres segmentos definidos —el que asume el riesgo, el administrador y el distribuidor—, este capítulo considera una gama de arreglos alternativos para proveer microseguro y se centra en las distintas opciones apropiadas y en cómo pueden aminorar los costos y/o mejorar la calidad del producto.

[1] Las referencias a la Agencia de Microseguros son seleccionadas de las experiencias de los autores.

Figura 31 **Tres componentes para la provisión de seguros[2]**

1 Alternativas de asunción de riesgos

Mientras la mayor parte de quienes asumen el riesgo son compañías de seguros reguladas, existen otros modos alternativos de suscribir el riesgo. Esta sección considera el auto-seguro y las compañías de seguro cautivas.

1.1 Auto-seguro[3]

Tal vez la alternativa más comúnmente considerada para asumir el riesgo es el auto-seguro, en el que una organización no autorizada y sin licencia ofrece su propio producto de seguro. Esta opción es empleada por TIM (Vietnam),

[2] Los autores agradecen a Jeremy Leach el haberles proporcionado este recuadro de trabajo.

[3] El término «auto-seguro» se utiliza de modo diferente en este capítulo que en el capítulo 1.2. En aquel, el auto-seguro se refiere al modo en que los hogares de bajos ingresos afrontan las pérdidas asumiendo el riesgo por sí mismos, por ejemplo, cubriendo los gastos con sus ahorros o liquidando sus activos. En este capítulo y en el Capítulo 4.7, el concepto de «auto-seguro» se aplica a nivel institucional para designar esquemas formales y no regulados que asumen el riesgo de sus miembros.

MUSCCO (Malawi), ASSEF (Bennin), Hispandana (India), etc. Muchas otras organizaciones han tratado el auto-seguro, pero han vuelto finalmente al enfoque socio-agente, entre ellas ASEWA y ASA, en India.

El auto-seguro cae a menudo fuera de la estructura legal. Mientras muchos supervisores de seguros están dispuestos a hacer la vista gorda, los esquemas generalmente operan en un área gris, vulnerable a los cambios políticos. La mayoría de los auto-aseguradores no tienen acceso a la experiencia actuarial requerida para calcular las primas ni las reservas. Como aseguradores no regulados, estas organizaciones no pueden adquirir reaseguro para reducir sus pérdidas potenciales en caso de catástrofe. De hecho, según se discute en el Capítulo 4.7, si las organizaciones quieren auto-asegurarse, una de las precondiciones será alguna forma de atender los riesgos variables en vez de solamente excluirlos.

Las organizaciones de auto-seguro a menudo ofrecen productos a precios pobremente establecidos que proporcionan a los clientes un escaso valor por su dinero o que implican pérdidas para la organización que los vende. Las organizaciones que logran calcular una tarifa rentable son a menudo incapaces de evitar la tentación de meter la mano en el bote al final del año fiscal. El resultado es que no se acumulan reservas para las pérdidas («incurridas, pero no reportadas», IBNR) o para cubrir potenciales pérdidas futuras surgidas de catástrofes tales como desastres naturales y epidemias.

Las reservas son particularmente importantes para las organizaciones que no pueden conseguir reaseguro. Incluso si el reaseguro estuviera disponible para los auto-aseguradores informales, todavía se necesitarían reservas, porque los reaseguradores no proporcionarán una cobertura que garantice la ganancia. Si el reaseguro se coloca sobre una base proporcional (por ejemplo, una parte de la cuota o un tratado de excedente), entonces el tratado debe disponer que quien asume el riesgo primario tenga algún riesgo retenido; de otro modo surgirá un problema de riesgo moral por el cual el asegurador primario no tendrá motivación para asegurar la calidad del negocio ni el valor de las reclamaciones. Si el reaseguro se coloca sobre una base no proporcional (por ejemplo, en exceso del tratado de pérdidas), las reservas serán entonces usadas para cubrir la retención, al igual que las pérdidas que exceden el tratado *(véase el Capítulo 5.4).*[4]

[4] Un tratado de pérdidas en exceso puede excederse en dos maneras: 1) verticalmente, donde las pérdidas acumuladas exceden el valor de la cobertura que sería adquirida sobre la base de una pérdida máxima probable o PML, o 2) de una serie de pérdidas que exceden la cobertura dispuesta para reinstalaciones limitadas de las capas más bajas del programa.

1.2 Compañías cautivas

La opción del auto-seguro tiene algunas limitaciones significativas, pero en algunos momentos el producto requerido simplemente no está disponible por parte de un asegurador autorizado. Cuando el producto de microseguro no está disponible, el precio no representa una ventaja para el cliente, o el nivel de servicio requerido por el cliente aparenta ser más bajo de lo que el mercado espera, entonces una compañía cautiva (Protected Self Company, PPC) podría ser una opción viable.

Una compañía cautiva gestiona seguros utilizando el capital de su compañía de seguros anfitriona y su estatus de autorización. Las pólizas son emitidas en nombre de la compañía de seguros. Un contrato entre la compañía de seguro anfitriona o matriz y el dueño de la cautiva estipula, entre otras cosas, que la tarifa por servicios será pagadera al anfitrión por el dueño como un arrendamiento de la licencia requerida para tramitar el seguro.

El dueño de la cautiva tiene derecho a determinar los términos y condiciones de los productos de seguro que se proveen a los clientes. El dueño puede determinar el precio de cualquier producto, al igual que el estándar del servicio, por ejemplo, la rapidez en el pago de reclamaciones. Al final del año, cualquier ganancia o pérdida es responsabilidad del dueño. Si el precio de los productos se establece incorrectamente, entonces la compañía cautiva tendría que financiar la pérdida. En muchos casos, el anfitrión tendrá que ayudar al dueño a conseguir reaseguro, como un límite al costo financiero de cualquier pérdida suscrita. Hasta la fecha los microaseguradores que utilizan cautivas como métodos para asumir el riesgo son muy escasos *(véase el Cuadro 81).*

Una compañía cautiva es esencialmente una manera legal de auto-seguro. Al suscribir pólizas bajo la licencia del asegurador, le es también posible contar con la experiencia de una compañía amistosa de seguro que pudiera ayudarle a establecer una cobertura de reaseguro. Como en el caso del auto-seguro, la desventaja más significativa es que cualquier pérdida en la suscripción debe ser financiada por el dueño de la cautiva. Por otro lado, el dueño debe tener acceso a la experiencia especializada en seguro sobre una base regular para manejar la cautiva y establecer productos y tarifas adecuadas. Otra desventaja es que la organización de una cautiva puede ser muy difícil, a menos que el dueño tenga una relación cercana y de confianza con el anfitrión prospectivo. Es más, si el producto que ha de venderse está ya disponible en la compañía de seguros, el incentivo para ofrecer una estructura cautiva sería mucho más ventajoso para la compañía y para el dueño como canal de distribución y cargar con el riesgo por sí mismo (el modelo socio-agente).

Cuadro 81

Zambuko Trust, Zimbabwe

En abril de 2003, Zambuko Trust, una ONG de microfinanzas de Zimbabwe, buscanba desarrollar un producto de seguro funerario con asistencia técnica de Opportunity International. El análisis de necesidades del cliente demostró que los clientes esperaban que se les pagara en el plazo de 24 horas. Este requerimiento surgía porque muchos de los clientes participaban en sociedades informales de entierro, que a menudo pagan las reclamaciones en pocas horas.

Mientras que diversas compañías reguladas de seguro estaban dispuestas a ofrecer un producto funerario adecuado para los clientes de Zambuko, ninguna podía pagar las reclamaciones tan rápidamente. La gerencia de Zambuko creía que, a fin de competir con los proveedores informales, los pagos en 24 horas eran una característica esencial del producto. La única alternativa era tratar de ganar control sobre el producto y, por ende, del servicio provisto a los clientes.

Tras alguna negociación, una compañía de seguros se mostró dispuesta a ser anfitriona de una «compañía cautiva», administrada por Zambuko Trust y propiedad de este. Finalmente, sin embargo, la gerencia de Zambuko decidió que, debido a la situación económica y a la inflación creciente en Zimbabwe, tarifar el producto de seguros sería difícil y los riesgos asociados con el negocio serían demasiado altos, de modo que la iniciativa nunca despegó del suelo.

Fuente: Adaptado de Leftley, 2005.

2 Alternativas administrativas

Típicamente la carga de trabajo asociada con la administración de los productos de seguro puede dividirse en dos etapas principales: la formulación de la póliza, cuando el cliente completa la solicitud y paga una prima, y el proceso de reclamaciones, en el que se registran los detalles de una pérdida y el beneficio pagado al reclamante.

Los procedimientos relacionados con el cobro de primas *(véase el Capítulo 3.3)* y la administración de reclamaciones *(véase el Capítulo 3.4)* se consideran en otras partes de este libro. Está sección tiene en cuenta dos alternativas para esta administración: contratos enmendados de agencias y terceros administradores. A modo de comparación, es cierto que en el modelo socio-agente, la formulación de pólizas y el cobro de la prima son realizados por el agente (por ejemplo, una IFM) y que la administración de reclamaciones se realiza en conjunto, con el agente que recopila la documentación de la reclamación y el socio (el asegurador que asume el riesgo, verifica y paga la reclamación).

2.1 Acuerdos de agencia enmendados

Un elemento crucial de un producto de seguro para el tenedor de pólizas de bajos ingresos es la rapidez con que se pagan las reclamaciones. En el modelo socio-agente, mientras que el agente puede informar a los clientes sobre la implicación de una compañía de seguros, es bastante común para los clientes culpar al personal de campo del agente cuando las reclamaciones se retrasan. Aun cuando las compañías de seguros den pasos para reducir los periodos de espera para el pago de reclamaciones, a veces lleva unas cuantas semanas el procesar una reclamación. Cuando este tiempo de procesamiento se añade al tiempo que puede llevar a un cliente recoger la documentación requerida para las reclamaciones, y al IFM realizar su propia administración, pueden pasar meses desde la ocurrencia del evento asegurado hasta la resolución de las reclamaciones.

En muchas organizaciones esta tardanza es causa de insatisfacción considerable de los clientes. Para resolver este problema, muchos agentes IFM han procurado enmendar sus acuerdos de agencia de manera que puedan asumir responsabilidad por el manejo de las reclamaciones. Aunque se trata de una modificación del modelo estándar socio-agente y no de una alternativa institucional, vale la pena mencionarla, ya que traslada las tareas clave, como la verificación y pago de reclamaciones, del asegurador al IFM. Por ejemplo, ZETZAM fue pionero en el microseguro funerario en Zambia al colaborar con NICO Insurance en 2001 para ofrecer el producto NTULA Funeral Insurance. En mayo de 2002, la investigación de mercado dejaba claro que los pagos de reclamaciones llevaban demasiado tiempo y, como resultado, se solicitó a NICO que considerara enmendar el acuerdo de agencias.

Se acordó que ZETZAM pagaría las reclamaciones que considerara válidas. Los documentos que respaldaban las reclamaciones se cursarían junto con el informe mensual de primas y el pago de primas (las reclamaciones netas pagadas), y NICO verificaría los documentos para asegurarse de que correspondían a las reclamaciones que habían sido pagadas. Si ZETZAM pagaba una reclamación no justificable, entonces NICO demandaría el repago del valor de la reclamación; hasta la fecha ninguna reclamación ha sido refutada por NICO. El tiempo de resolución de reclamaciones cayó de dos meses a menos de dos semanas como resultado de este acuerdo. Un acuerdo de agencia enmendada es una manera de mejorar el modelo socio-agente. Es particularmente apropiado para el seguro de vida, ya que el evento asegurado aplicable es fácil de verificar y difícil de disimular. Para otros riesgos, se podrá requerir un entrenamiento adicional para el personal de campo del agente que aprenda a verificar las reclamaciones. Por ejemplo, el personal tendrá que aprender a distinguir entre muertes naturales y accidentales si conllevan bene-

ficios distintos. En India, VIMO SEWA ha desarrollado tal experiencia especializada en la verificación de reclamaciones que sus socios de seguros le permiten pagar las reclamaciones de salud y propiedad *(véase el Cuadro 82).*

Cuadro 82 **El comité de reclamaciones de VimoSEWA**

Durante el periodo en que VimoSEWA administró su propio fondo de seguros, la organización contrató a un experto en reclamaciones de seguros para establecer protocolos, formar un comité de reclamaciones y entrenar al personal. Cuando VimoSEWA cambió al modelo socio-agente en 2002, negoció con sus socios de seguro para continuar pagando las reclamaciones.

VimoSEWA tiene un comité de reclamaciones de ocho personas, integrado por personal de la oficina principal, agentes de campo *(Vimoagewans)* y trabajadores de campo *(Aagewans)* de los equipos de salud, unión, cuidado de niños y banca. El comité se reúne tres veces a la semana y el médico asiste al comité si las reclamaciones de salud son complicadas. También ayuda al comité proporcionando información sobre enfermedades y terminología médica.

La representación de varios *Aagewans* es esencial para una práctica de resolución de reclamaciones justa. Ayudan al comité a tener conocimiento sobre prácticas de seguro y llevan el mensaje de una resolución de reclamaciones sin influencias para sus miembros y sus equipos. Ocasionalmente, los aseguradores deniegan una reclamación que el comité opina que debe ser pagada, y VimoSEWA asume la responsabilidad de estas reclamaciones extracontractuales. El comité de reclamaciones desempeña un papel vital a la hora de detectar el fraude y prevenir el riesgo moral. El médico es particularmente útil para comprobar qué proveedores de cuidado están suministrando tratamiento costoso e innecesario.

Fuente: Adaptado de Garand, 2005.

2.2 Contratación externa de terceros administradores (TPAs)

Es una práctica común para las compañías de seguros, particularmente para aquellas implicadas en el seguro de salud, confiar externamente el trabajo administrativo a un tercero administrador (TPA, por sus siglas en inglés). Existen, sin embargo, pocos ejemplos de esta contratación externa entre los esquemas de microseguro, primordialmente porque los productos simples como el de vida a crédito son relativamente fáciles y económicos de administrar, de modo que rara vez motivan a la administración a considerar los costos y beneficios de contratar externamente a otros para su administración.

La contratación externa debe evaluarse en el caso del seguro de vida. El

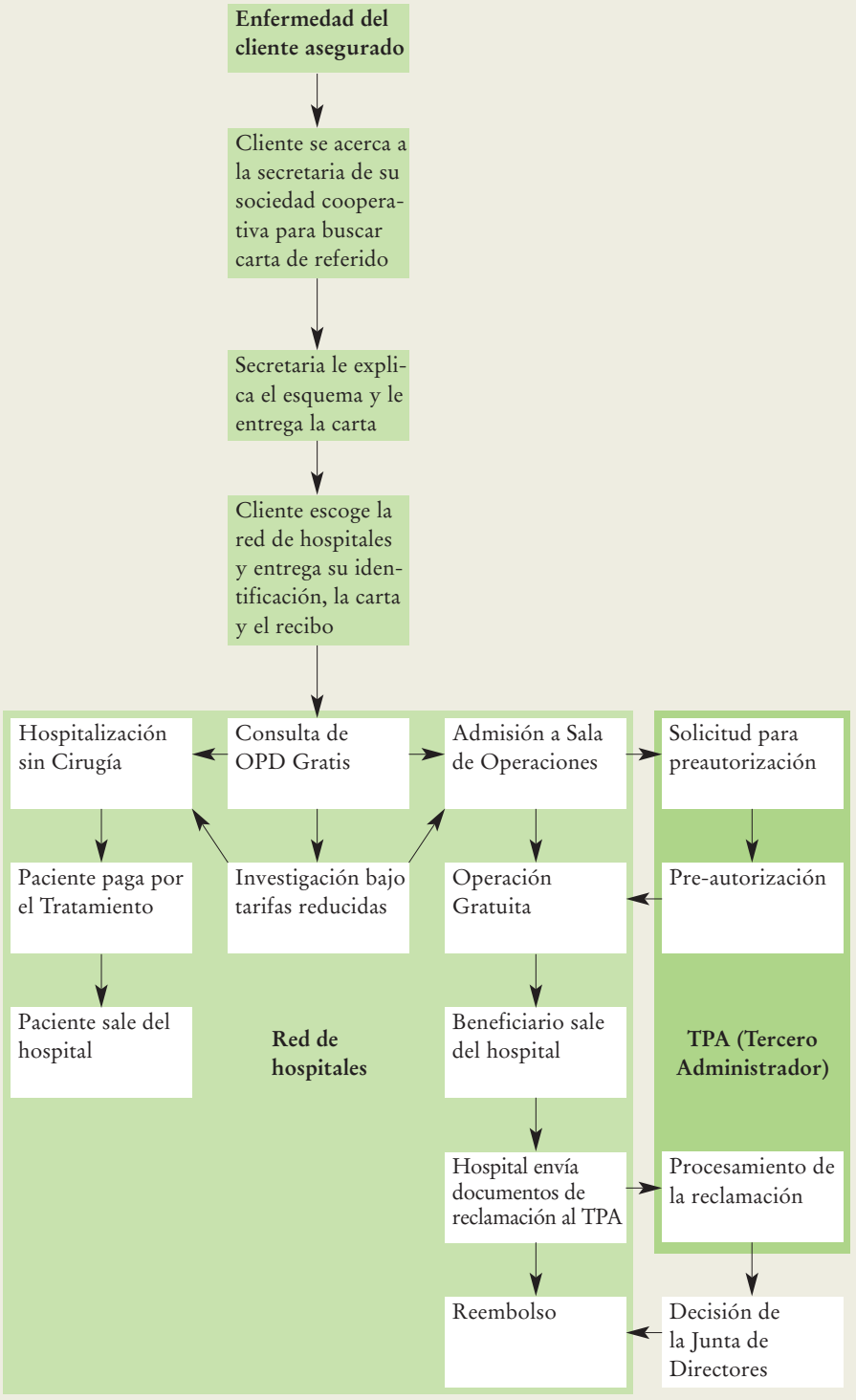
seguro de salud típicamente implica la relación con un proveedor de servicio de salud. Entre otros factores, esta relación introduce costos y nuevos cargos administrativos, tales como asegurar que el proveedor de salud no está defraudando al esquema. Los esquemas de seguro de salud a veces contratan externamente parte de sus operaciones administrativas a un tercero administrador profesional. Por su especialización, los terceros administradores a menudo pueden disminuir los costos totales de administración.

Los terceros administradores son bastantes comunes en África del Sur, donde las compañías locales de seguros los utilizan para administrar seguro funerario —de hecho, algunos administradores han desarrollado una base de clientes tan amplia que ellos mismos se han convertido en compañías de seguros—. Los terceros administradores compran cobertura de seguro al por mayor a la compañía de seguros y la distribuyen entre los clientes individuales o entre grupos de clientes a un precio que puede ser mucho más alto que el precio pagado a la compañía de seguro (aunque debe subrayarse que los administradores a menudo pueden proporcionar acceso a un precio más bajo que el que cobran los aseguradores a través de sus canales normales de distribución). Las pólizas se emiten a nombre de la compañía de seguro. El tercero administrador está autorizado para verificar y pagar todas las reclamaciones en nombre de la compañía de seguros sin supervisión del asegurador, lo cual puede conllevar fraudes y denegaciones. Como resultado, una sección del mercado de terceros administradores en África del Sur ha ensuciado considerablemente su imagen ante los consumidores, las compañías de seguros y los reguladores.

Yeshasvini Trust, un esquema indio de microseguro de salud, decidió contratar externamente sus funciones administrativas un tercero administrador. El Yeshasvini Trust ofrece seguro para cubrir cirugía de alto costo, pero de baja frecuencia, por tan sólo 120 Rs. ($2,70) por año para una cobertura máxima por persona y año de 200.000 Rs. ($4.545). Para ayudar al esquema a manejarse con sus 1,45 millones de miembros, Yeshasvini desarrolló una relación con un tercero administrador privado, el Family Health Plan Limited (FHPL), que también administra esquemas de seguros para la policía en los estados sureños de Carnaja y de Andhra Pradesh. El tercero administrador asume las siguientes tareas:

- Mantener un registro de clientes asegurados
- Autorizar los tratamientos
- Emitir tarjetas de identificación para los miembros
- Preparar los documentos de resolución de reclamaciones, incluyendo la verificación
- Preparar reportes y estadísticas de gestión de fondos

Figura 32 **Proceso de resolución de una reclamación según Yeshavini**



Fuente: Radermacher et al., 2005 b.

FHPL desempeña un papel crítico en la aprobación de cirugías y el pago a hospitales, de modo que los tenedores de pólizas que requieren cirugía no tengan que pagar de su bolsillo los costos de cuidado de salud *(véase la Figura 32).* Este arreglo no está libre de dificultades; mientras que la contratación externa puede aumentar la eficiencia, la existencia de una institución adicional también puede añadir complejidad. A veces, el FHPL tarda entre cuatro y cinco días en autorizar una cirugía, y ocasionalmente los reembolsos a los proveedores de cuidado de salud también tardan. En general, sin embargo, el arreglo de tener agencias especializadas centradas en sus áreas de especialización tiene sentido, especialmente cuando se atienden volúmenes tan grandes de tenedores de pólizas que acceden a servicios de más de 150 infraestructuras sanitarias.

En términos de costos, FHPL y Yeshasvini Trust negociaron el pago de 7.000.000 Rs. ($159.000) en el primer año, y 4.000.000 Rs. ($90.900) en los años segundo y tercero. Ya que estos costos son el equivalente del 2% al 3% de la prima durante los pasados dos años, esta parece una solución muy conveniente para Yeshasvini. Según Radermacher *et al.* (2005b), FHPL reclama implantar el esquema sobre una base sin ánimo de lucro, porque lo ofrece con la experiencia de servir el mercado «en la base de la pirámide».

3 Alternativas de distribución

Muchos clientes del microseguro hoy en día han accedido a él a través de organizaciones financieras con las cuales tienen un préstamo pendiente o una cuenta de ahorro. Aun cuando este arreglo institucional ha reducido significativamente los costos de transacción asociados con la provisión de seguros, tiene también algunas limitaciones, porque los clientes sólo pueden pagar el acceso al seguro cuando tienen un préstamo activo con una cuenta de ahorro.

En principio, hay múltiples opciones que podrían utilizarse para distribuir productos de seguro a las familias de bajos ingresos, incluyendo:

- *Los detallistas*; por ejemplo, supermercados que cobran la prima en caja.
- *Las uniones de trabajadores y las* cooperativas, donde la prima puede descontarse de las cuotas de membresía.
- *Ventas directas a través de la televisión*, al dar publicidad directa de los productos al consumidor y mantener a operadores listos para tomar orden de la suscripción.
- *Teléfonos móviles*, que pueden usarse para el cobro de primas.
- *Sociedades funerarias y ROSCA*, es decir, sociedades informales que informen sobre los productos regulados.
- *Comercialización en el lugar de trabajo*, es decir, vender los productos a los trabajadores de bajos ingresos durante el periodo de almuerzo.

Aun cuando estos canales pueden funcionar en los países desarrollados, muchos países en desarrollo no cuentan ni con la infraestructura ni con una clientela educada para implantar tales métodos de distribución. Así las cosas, ¿qué formas de distribución de las que están disponibles pueden utilizarse en el microseguro? Con la excepción de las asociaciones con detallistas, que se discuten en el próximo capítulo, este capítulo considera el papel de los agentes de microseguro.

3.1 Agentes de microseguro

Tata-AIG, en India, ha desarrollado un sistema de microagentes para ofrecer pólizas de seguro a plazo o de seguro dotal al mercado de bajos ingresos. En este modelo, el asegurador identifica aquellas ONG que tienen una buena relación con la comunidad y desarrolla asociaciones con ellas. A cambio de una tarifa por consulta, las ONG sugieren personas que podrían ser buenos agentes para vender pólizas de microseguro: el microagente. Si estos microagentes son aceptados, entonces se les pide que formen grupos de sus pares.

El grupo, denominado en el modelo Tata-AIG «Grupo Comunitario de Seguro de Salud» (GCSS) [«Community Health Insurance Group» (CRIG), por sus siglas en inglés], consta de cinco mujeres con bajos ingresos que viven bastante cerca entre sí, de las cuales la líder tiene licencia como agente. El GCSS se registra como una estructura de sociedad. Los miembros del GCSS son típicamente mujeres, porque éstas suelen proceder de grupos de autoayuda (GAA) («self help groups» o SHG, por sus siglas en inglés), cuyos miembros son generalmente mujeres. Aunque las GAA no son el único mercado-meta, representan una manera fácil de alcanzar a un gran número de tenedores de pólizas potenciales, porque los miembros ya están accediendo servicios financieros y haciendo pagos regulares al sistema.

Tata-AIG ayuda al líder de grupo a obtener una licencia agente, lo que requiere una inversión en el entrenamiento de este individuo. De ahí, entonces, la GCSS, como una empresa estatutaria, obtiene una licencia de agente corporativo bajo la guía del supervisor de seguros de la jurisdicción. Todos los miembros del grupo venden pólizas por cuenta propia, pero solamente el líder con licencia de agente completa y remite las pólizas a las compañías bajo la supervisión de la ONG. A cambio de esta tarea, la ONG recibe un porcentaje de comisión adicional de Tata-AIG.

Además de este enfoque grupal, en aquellos sitios donde es difícil conseguir mujeres preparadas y convencidas para poner en marcha una firma, Tata-AIG utiliza microagentes individuales. Al igual que los GCSS, los microagentes individuales tienden a ser mujeres (aunque algunos también son hombres) que se implican en un GAA o trabajan voluntariamente para una ONG. Los micro-

agentes, tras ser certificados, son estimulados para conseguir clientes dentro de su propio vecindario, que puede extenderse hasta otras aldeas cercanas.

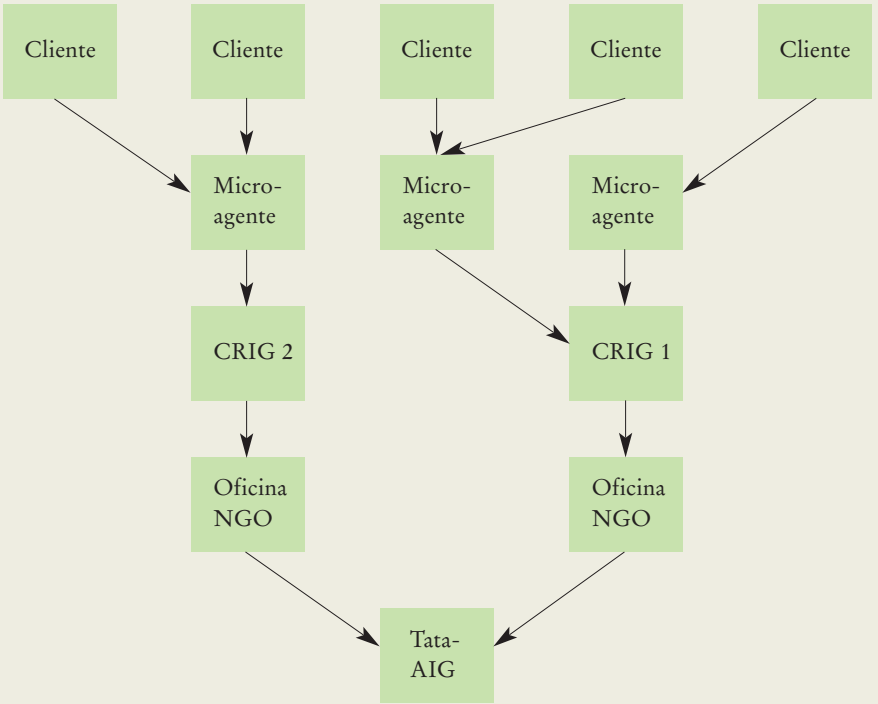
La ventaja de un GSCC sobre los agentes individuales es que sólo uno de cinco agentes necesita tener licencia, lo que abarata los costos adicionales. El grupo puede también estructurar responsabilidades de forma que pueda acomodar la experiencia particular de los individuos; por ejemplo, algunas personas pueden desarrollarse mejor como vendedores y otras como cobradores de primas. Si un miembro del GCSS está enfermo o está de viaje, o elige dejar de trabajar como agente, otros miembros del GCSS pueden sustituirle adecuadamente. Esto conlleva una mejor administración de pólizas huérfanas de apoyo. Con el tiempo, una vez son funcionales, los GCSS también pueden ser vinculados a otras organizaciones de comercialización, para distribuir productos que no compitan y servicios que mejoren su ingreso.

En este modelo, las ONG llevan a cabo una variedad de tareas que incluyen agrupar el cobro de primas y enviarlas a Tata-AIG *(véase la Figura 33),* permitiendo a los agentes utilizar sus oficinas para hacer negocios, desempeñando un papel en el entrenamiento de los microagentes y ayudando en la documentación de reclamaciones y en la distribución de los beneficios de reclamación. El modelo, por tanto, tiene un resultado adicional positivo en el hecho de que provee una nueva fuente de ingresos para las ONG rurales y para los microagentes.

Este método de distribución es similar al modelo de venta directa de firmas como Tupperware y AVON, donde los vendedores trabajan sobre una base de tiempo parcial u ocasional, vendiendo a sus familiares, amigos y vecinos. Para los agentes, este tipo de trabajo es particularmente apropiado como fuente de ingresos suplementarios. Generalmente, la comisión de los GCSS por póliza está entre el 26% y el 30% de la prima durante el primer año, y entre el 5,5% y el 6% para el segundo y el tercer año. Del cuarto año en adelante, las comisiones pueden variar entre el 4% y el 5%.

Tata-AIG no ha evaluado qué porcentaje de los ingresos de los microagentes deriva de su trabajo en el seguro, aunque el ingreso mensual devengado por los miembros de los GCSS fluctúa entre las 45 Rs. ($1,20) y las 2.487 Rs. ($55,26), con un promedio de 665 Rs. ($14,78). Se estima que los microagentes podrían ganar al menos $15 al mes durante quince años, si vendieran 250 pólizas en dos años y dieran luego servicio a las pólizas durante el plazo completo de los quince años. Las ganancias son mayores durante los dos primeros años porque las comisiones se pagan por adelantado. Sin embargo, durante el tercer año se entrena a los microagentes para mejorar sus ingresos enfocando hacia la venta de productos con primas más altas, de modo que puedan ganar significativamente más de $15 mensuales si tienen éxito en llegar a una población de mayores ingresos.

Figura 33 **Microagentes, CRIG's y NGO's (por sus siglas en inglés) en el proceso de cobro de primas**



Fuente: Roth y Athreye, 2005.

Aun cuando el asegurador no incurra en ningún costo fijo (por ejemplo, salarios y beneficios) para sus agentes, el modelo microagente puede todavía ser un modelo costoso para comprar seguro. El costo de dar entrenamiento y respaldar a los agentes es bastante alto en relación al valor de la prima. Aunque los costos iniciales de transacción son bajos para los agentes, tras haber vendido pólizas a todas las personas que conocen y haber tratado de alcanzar también a los extraños, esto puede resultar mucho más costoso y difícil, especialmente para llegar a personas que viven lejos.

3.2 Intermediarios independientes de microseguro

A diferencia de los agentes de micro seguro de Tata-AIG, hay un papel creciente para los intermediarios de seguros que son independientes de una única compañía de seguros. Un intermediario independiente puede ser una estructura de sociedad corporativa o individual, que trabaje en una escala local o global, que colabore con el que asume el riesgo (probablemente una compañía de seguro).

Mientras que los agentes mencionados anteriormente trabajan en nombre de una compañía de seguros única, un corredor trabaja para múltiples aseguradores. Para alcanzar el mercado de bajos ingresos, el corredor busca dar servicio a grupos grandes de clientes a través de otros, conocidos como «agregados» de las personas de bajos ingresos. Estos tienen una estructura financiera semejante a la de una IMF, un banco rural o una unión de crédito. Sin embargo, asociaciones tales como las cooperativas, las uniones e incluso las organizaciones religiosas también pueden estar en el punto de mira. Los beneficios del intermediario son los siguientes:

1. Desarrollo del producto

Todo negocio a menudo coloca el diseño del producto en manos del que asume el riesgo, lo que no es el ideal. Un intermediario que entiende las necesidades del cliente, las realidades operacionales del agregado y las necesidades de la compañía de seguros debería poder diseñar un producto que sea más adecuado para todas las partes.

2. Costos de transacción

No es costo-efectivo para un agregado individual desarrollar su propio MIS (por sus siglas en inglés) para gestionar un negocio de seguros. Un intermediario con una base más amplia se beneficia de las economías de escala que justifican tales gastos de oficina. La inversión en sistemas reduce los costos de transacción y aumenta la eficiencia operacional, al ofrecer servicio a una base de clientes más amplia que la que puede alcanzar un agregado único.

3. Administración

Un intermediario está en una buena posición para atender la administración relacionada con el curso de reclamaciones, al igual que para informar a la compañía de seguros sobre quién está bajo cobertura y qué primas están pendientes de pago.

4. Canales adicionales de venta

Los agregadosa menudo no pueden ofrecer seguros a las personas que no están utilizando sus servicios de crédito. Un intermediario genera la capacidad de rastrear a los clientes y de registrar las primas pagadas, aun cuando no haya un préstamo vigente.

5. Entrenamiento de personal

Un intermediario puede proporcionar al personal de administración el entrenamiento necesario. Esto aumenta el nivel de alfabetización financiera y resulta, a fin de cuentas, en la satisfacción del cliente.

En noviembre de 2005, Opportunity International estableció un intermediario conocido como Micro Insurance Agency, una agencia de microseguro. Esta primera subsidiaria se inauguró en Uganda en enero de 2006 para trabajar como intermediaria para Microcare Insurance Company. Esta gama de producto inicial ha sido diseñada por las instituciones de microfinanzas y se basa en un paquete de seguro de vida a crédito, seguro funerario y cobertura de incapacidad y propiedad. Hay planes para introducir productos de salud a partir del 2006, al igual que para establecer subsidiarias en Ghana, África del Sur y Filipinas.

Además de abordar a los clientes de microfinanzas, la Micro Insurance Agency planifica vender productos a clientes atendidos por uniones, cooperativas y organizaciones religiosas. Opportunity International ha desarrollado, para reducir los costos de transacción, su propio programa de ordenador conocido como AIMS, por sus siglas en inglés (Automative Insurance Management System).

4 Conclusión

Hay tres elementos institucionales esenciales para proporcionar seguro: el que asume el riesgo, el administrador y el distribuidor. Dentro de cada una de estas categorías se pueden utilizar múltiples opciones para servir a las comunidades de bajos ingresos. Al pensar al margen de la experiencia actual colectiva de la industria, debería ser posible combinar varias opciones para lograr formas nuevas e innovadoras de ofrecer microseguro. Por otro lado, ser flexible podría ser responsabilidad de las diferentes entidades, pero haría posible reducir los costos de transacción y ofrecer mejores productos.

Claramente, las opciones en la categoría de quién asume el riesgo son restrictas, y en la mayoría de los casos utilizar una compañía de seguro autorizada seguirá siendo la solución más probable. Las IMF aparentan afrontar mayores niveles de regulación a causa de un interés creciente del gobierno en este sector. Esta carga de regulación dificulta el seguro y lo hace menos apropiado; ningún banco de microfinanzas quiere afrontar el cierre como resultado del incumplimiento de algunas de las regulaciones de seguro locales. La alternativa que queda para la asunción potencial del riesgo es la compañía cautiva (*protected cell companies*, los «PCC»), pero son raras fuera de África del Sur y de Brasil. Tal vez se deberían investigar otras razones para esto y considerarse el potencial de desarrollar cautivas como alternativa de asunción de riesgo.

Hasta la fecha, la mayoría de los productos de microseguro han sido distribuidos y administrados por la IMF. Mientras que algunas organizaciones proporcionan la escala necesaria para hacer el seguro sostenible, el ámbito y

profundidad de los productos que realmente pueden ser ofrecidos a través de las IMF son limitados. Si el microseguro ha de alcanzar su potencial pleno, entonces necesita diversificar su distribución y administración para incluir otras organizaciones que se dediquen a las transacciones financieras dentro del mercado de bajos ingresos. Ciertamente, los acuerdos enmendados de agencias son importantes para proporcionar niveles más altos de servicio al cliente (más rapidez en el pago de reclamaciones), pero, en el futuro, deberían explorarse otras soluciones administrativas. Por ejemplo, los terceros administradores han demostrado que pueden disminuir significativamente los costos de transacción a través de todas las líneas de negocios.

Está claro que el factor principal que afecta a la distribución de los productos de microseguro son los márgenes pequeños que pueden ser devengados. Con primas de poca cuantía, la remuneración recibida por el tercero administrador o por un intermediario de seguro por póliza es bastante pequeña. Esta es la razón principal para la ausencia de agentes de microseguro. Para poder aumentar significativamente el acceso del mercado de bajos ingresos al seguro, existe un fuerte argumento para que los donantes, en conjunción con los pioneros de la industria, encuentren la forma de distribuir y administrar los productos, lo que llevará a que un número mayor de productos esté disponible para más personas de bajos ingresos.

4.6 Los detallistas como canales de distribución del microseguro

James Roth y Doubell Chamberlain[1]

Los autores agradecen la información interna y las sugerencias proporcionadas por Vijay Athreye (Tata-AIG,) Jeremy Leach (Fin Mark Trust) y Marc Nabeth (consultor).

Aunque gran parte de la discusión sobre el microseguro se ha centrado en los IFM o en las cooperativas como distribuidores de microseguros, algunos aseguradores han comenzado a explorar nuevos canales de distribución para alcanzar al mercado de bajos ingresos. Muchos han desplazado su atención a los detallistas, compañías que venden bienes y servicios que no son servicios financieros para los hogares pobres. Entre estos se incluyen los supermercados, las tiendas de productos del hogar, los proveedores de transporte, las funerarias, las tiendas de venta de teléfonos móviles, las oficinas de correo, las gasolineras, los suministradores de productos agrícolas y los agentes de bienes raíces que venden viviendas a bajo costo. En algunos casos, el proceso es liderado por los detallistas que quieren ofrecer servicios adicionales a sus líneas de productos; en otros casos, los aseguradores (a veces obligados por la ley o persuadidos más sutilmente por el Estado) están buscando formas de alcanzar a los pobres.

Este capítulo comienza considerando las precondiciones necesarias, tanto para el asegurador como para el detallista, para que este modelo pueda ser efectivo. Se consideran los modelos de distribución de seguros y las combinaciones de productos que han sido ofrecidos por los detallistas, sobre todo en África del Sur. La experiencia surgiere que, para los productos particulares, los detallistas pueden ser un canal efectivo de distribución para el mercado de bajos ingresos, pero los modelos actuales todavía han de afrontar retos para poder abrir este potencial.

1 ¿Por qué los detallistas? ¿Qué detallistas?

Hay una variedad de razones por las cuales la distribución de los productos de microseguro a través de detallistas resulta interesante. Los detallistas a

[1] Este capítulo se apoya en gran medida en los resultados de un informe de consultoría comisionado por el Fin Mark Trust (Chamberlain et al., 2006). Los ejemplos de Africa del Sur, sin notas de referncia, se derivan de dicha fuente. Las conversiones de Rs./Dolar estan basadas en la tasa de intercambio promedio en diciembre 2005. (6,35 Rs.= $1).

menudo tienen una red más extensa de distribución que la de los proveedores dedicados al servicio financiero, y pueden alcanzar a un mercado mucho más amplio. A quienes no están interesados en ahorro o préstamo puede interesarles comprar comida, fertilizantes y muebles. Al alcanzar (potencialmente) a un mercado más amplio, esta red puede distribuir productos a un costo más bajo (compartido) que los proveedores dedicados al servicio financiero. Muchos detallistas han establecido una presencia visible y fiable en los hogares de bajos ingresos, creando una oportunidad para distribuir otros productos posiblemente más completos, tales como el seguro, en el cual la confianza es esencial.

La evidencia en el mundo del desarrollo de distintos modelos sugiere que los detallistas participantes y las compañías de seguros deben tener ciertas características para que la distribución por detallistas pueda ser exitosa:

- Los detallistas deben tener **transacciones regulares con personas de bajos ingresos**, de manera que el cobro de la prima pueda sobreponerse a una transacción existente. Este requisito asume que las personas de bajos ingresos son menos dadas a hacer un viaje especial sólo para pagar la prima.
- Necesitan tener unos **sistemas financieros**[2] sofisticados para poder registrar la prima. Mientras algunos detallistas, especialmente cadenas como supermercados y gasolineras, tienen servicios adecuados, los detallistas informales pueden tener problemas en este punto.
- Como el microseguro es un negocio de primas bajas pero de alto volumen, un detallista único **necesita tener acceso a un número de clientes potenciales.** Se necesita alcanzar volumen para llegar a las economías en escala que puedan justificar los costos iniciales y de administración para el asegurador. Por lo tanto, es ventajoso para los aseguradores colaborar con una red de detallistas en vez de tener que lidiar con las tiendas individuales. Esto tiende a precubrir el uso de tiendas informales más pequeñas, a menos que el seguro sea pagadero por adelantado por el detallista o se agrupe con el producto vendido o con alguna otra forma de seguro prepagado (según se describe en la sección 2).
- Para todos los productos de seguro es necesaria la **confianza en que los beneficios se pagan realmente.** Esto es particularmente importante para el microseguro, ya que los tenedores de pólizas pobres probablemente no retarán al asegurador en los juzgados y no tendrán suficiente conocimiento

[2] En África del Sur, muchos detallistas tienen larga experiencia en suministrar crédito a los consumidores de bajos ingresos, reforzando así la competencia de servicios financieros de su personal. No es una condición necesaria para los detallistas distribuir microseguros, pero sin duda les ayuda.

financiero para comprender los términos de la póliza. Debido al poco uso del seguro en muchos países en desarrollo, la gente de bajos ingresos a menudo no conoce los nombres de los aseguradores. Por ejemplo, en una encuesta sobre marcas realizada por una compañía de investigación del mercado en Suráfrica, en 2005, se encontró un reconocimiento derivado de seguros (menos de uno de cada diez consumidores de bajos ingresos podía nombrar una compañía de seguros) y un reconocimiento de marcas extraordinariamente alto para tiendas de ropa. Un escenario parecido se da en la India, donde, como se describe en el Capítulo 2.2, los clientes de TATA-AIG conocían generalmente el grupo de TATA-AIG y confiaban en él, pero no habían oído hablar de ninguno de los aseguradores más grandes del mundo.

- Los aseguradores necesitan mantener **mecanismos para supervisar la labor** de los detallistas, y para poder compelerles legalmente a gestionar las primas sin posibilidad de fraude. Si bien es posible introducir controles para detener el fraude, estos pueden resultar costosos, especialmente en relación a la suma de la prima.
- El **detallista debe tener incentivos** para llevar a cabo su trabajo, los cual no siempre se reduce al simple pago de comisiones. Cuando el detallista vende productos que llevan asociado un seguro, hay una gran convergencia entre los intereses del detallista y los del asegurador. En algunos países, sin embargo, puede haber un conflicto de intereses. Los clientes muy pobres, al tener que pagar una prima de seguro, podrán comprar mucho menos de lo que el detallista quiera vender.
- Finalmente, según se menciona en el Capítulo 3.4, en el microseguro es particularmente importante proporcionar beneficios rápidamente, de manera que sean accesibles al tenedor de la póliza. Para ello, podrá ser necesario dar autoridad a los detallistas a la hora de resolver reclamaciones, antes de que sean reembolsadas por el asegurador. Sin embargo, no todos los detallistas pueden hacer esto.

2 Combinaciones de distribución y productos de microseguro para los detallistas

Hay cuatro formas principales en las que pueden venderse microseguros a través de detallistas:

– Seguro agrupado vinculado al producto vendido
– Seguro agrupado no vinculado al producto vendido
– Seguro voluntario vinculado al producto vendido
– Seguro voluntario no vinculado al producto vendido

Lo más común es agrupar un seguro con otro producto. Cuando el producto es adquirido, se compra automáticamente el seguro. Con algunos grupos, hay un vínculo directo entre el producto y el seguro; sin embargo, en otros, ese no es el caso. Lo mismo se puede decir de los productos de seguros voluntarios.

2.1 El seguro agrupado vinculado al producto vendido

Un ejemplo del seguro agrupado que está vinculado al producto vendido por el detallista surge de un grupo de fabricantes de muebles de África del Sur (ELLERINE Holdings)[3], que tiene 1.220 tiendas a lo largo del país. Las tiendas venden productos para el hogar (principalmente artículos electrónicos y muebles) y están enfocadas, principalmente, a los consumidores de bajos ingresos. Las pólizas de seguro se incluyen cuando los bienes se venden con opción a compra (un contrato de arrendamiento con opción a compra). Una póliza típica de Ellerine contiene cuatro tipos principales de cobertura:

- **Seguro de activos.** Garantiza la reparación de un artículo adquirido si se daña, se pierde o es hurtado. A discreción del asegurador, el tenedor de la póliza también puede recibir una compensación en efectivo.
- **Seguro de préstamo.** Garantiza el pago total del balance pendiente sobre el préstamo al detallista si muere el tenedor de la póliza, se enferma y/o se queda sin empleo.
- **Seguro de vida.** Garantiza un beneficio fijo funeral de $472 (3.000 Rs.) en caso de muerte del tenedor de la póliza (es decir, no cubre a la familia del tenedor de la póliza). Cualquier deuda remanente se deduce del beneficio funeral y el remanente se le paga a los beneficiarios. Un beneficio adicional de $1.575 (10.000 Rs.). La cantidad total es pagada a los beneficiarios y no se hacen deducciones para cubrir la deuda pendiente.
- **Seguro de salud.** Garantiza tratamiento antirretroviral (para el periodo del acuerdo de crédito) si el tenedor de la póliza se expone al VIH-SIDA.

En África de Sur, como en muchos países, el comprador/arrendatario no está obligado a contratar el seguro del detallista. En la práctica, sin embargo, los codeudores son conscientes de este derecho.

Las reclamaciones se llevan al asegurador y el pago, excepto en los casos de seguro de vida y seguro de salud, se hace a la tienda pertinente. La administración de las pólizas y la gestión de las reclamaciones son atendidas por la

[3] Ellerine Holdings es una de las detallistas de muebles a crédito en África del Sur. Aunque la política de Ellerine sirva como modelo, los hallazgos generales son aplicables a todo detallista de muebles que trabaje con seguros. Para más detalles sobre otros detallistas a crédito, vease Chamberlain et al., 2006.

compañía de seguros de que se trate (en el caso de Ellerine Holdings, el asegurador es un miembro del grupo).

Los cuatro tipos de cobertura contenidos en la póliza se entrecruzan de muchas maneras, limitando la responsabilidad del asegurador y, por extensión, la cobertura final del tenedor de la póliza. El conflicto, por ejemplo, ocurre si la muerte del tenedor de la póliza no es accidental. En este escenario, el balance pendiente en la cuenta del tenedor de la póliza estará cubierto por el seguro de vida si el balance pendiente del préstamo es menor que la suma asegurada. Si la deuda pendiente, sin embargo, es mayor que la que se define en el beneficio funeral, el exceso de la deuda por encima del beneficio funeral definido estará cubierto por el seguro de préstamo. Para que la cobertura esté en vigor, el tenedor de la póliza no puede haber estado atrasado en sus pagos mensuales.

La administración del detallista indicó que el 95% de todos los clientes que arrendaron productos con opción a compra también compraron su producto de seguro[4]. En el año fiscal 2004-2005, sólo 6.400 reclamaciones surgieron de una base de 500.000 consumidores a crédito. Por lo tanto, por cada cien individuos que compraron la póliza en la tienda del detallista, sólo se registraron 1,28 reclamaciones. Esta ratio de reclamaciones podría interpretarse como indicativo de que los clientes no experimentaron las contingencias de la póliza. Sin embargo, en el contexto de la inestabilidad de empleo en Suráfrica, las tasas altas de criminalidad y la alta tasa de mortalidad debido al VIH-SIDA, esto es poco probable. La ratio tan baja de reclamaciones indica que pocos clientes saben realmente que compraron un seguro y, por lo tanto, no hacen reclamaciones.

Vender pólizas de *facto* obligatorias vinculadas a un producto ha sido la verdadera ventaja para los detallistas, que no necesitan vender nada al tenedor de la póliza. La naturaleza «rápida» de la transacción significa en muchos casos que no tienen que cumplir con la regulación de licencias no ofrecer información. El seguro obligatorio reduce la selección adversa (la tendencia a comprar seguro por parte de individuos de alto riesgo). En teoría, estos beneficios deberían ser transferidos al cliente en forma de primas más bajas. En la práctica, sin embargo, vender productos agrupados a menudo resulta en el abuso. En África del Sur, entre el 34% y el 38% de los clientes de bajos ingresos de las tiendas detallistas pagan habitualmente por artículos comprados a través de plazos mensuales que llevan seguros asociados. Sin embargo, menos del 8% de esos individuos sabe que tiene un seguro.[5]

[4] En otras palabras, el 5% de los clientes de créditos obtienen su seguro de vida a crédito de otra fuente distinta.

[5] Datos obtenidos de una encuesta de FINSOCSOP, 2004.

En teoría, los reguladores podrían mejorar la situación obligando a las tiendas a informar a los clientes de que tienen un seguro y de que podrían adquirir la cobertura requerida en cualquier otro lugar. En la práctica, esto es muy difícil de fiscalizar. Aun cuando los clientes sean conscientes de sus opciones, puede haber poca diferencia en su conducta por distintas razones: en primer lugar, el costo más significativo de la compra es el artículo mismo (además de los costos de interés). En segundo lugar, realizar transacciones en áreas rurales puede ser costoso y difícil para los clientes; pueden pensar que no merece la pena comparar precios para obtener alternativas de seguro. O, dada la falta de proveedores de seguros alternativos para bajos ingresos en esta área, puede simplemente no haber otra opción. El seguro agrupado vinculado al producto vendido podría en teoría proporcionar cobertura relativamente económica para algunos de los activos más importantes y costosos que compran los clientes de bajos ingresos. En la práctica, sin embargo, la venta de estos productos conlleva a menudo abuso; los clientes no son conscientes de que han comprado seguro o de que han sido víctimas de una venta de seguro muy costosa.

2.2 El seguro agrupado no vinculado al producto vendido

Hay pocos casos de microseguro agrupado en los que el producto de seguro no guarde relación con el bien o el servicio vendido. En la India, la póliza Sankats Haran, vendida por IFFCO-Tokio, proporciona cobertura de muerte accidental e incapacidad. La cobertura se obtiene cuando los clientes compran 50 kilos de fertilizantes de las marcas IFFCO y de Indian Potash. El recibo por la bolsa de fertilizante actúa como prueba del pago y el documento de póliza se imprime en la bolsa de fertilizante. La suma de la cobertura es de $90 en el evento de una muerte accidental y de $45 para ciertas categorías de desmembramiento e incapacidad. El asegurado es el comprador de la bolsa de fertilizante y una sola persona puede tener múltiples pólizas hasta un máximo de $2.260 de cobertura. La reclamación sobre estas pólizas aparenta ser bastante onerosa, ya que los reclamantes deben cursar una variedad de documentos a IFFCO-Tokio directamente. Este esquema, sin embargo, pudiera ser uno de los esquemas comerciales de microseguro más grande del mundo. A finales de 2005, el periódico de la India *Thihintu* (Revathy, 2006) reportó que cubría a 25 millones de personas.

Esencialmente, el esquema vende el seguro prepagado, en el sentido de que el detallista compra el fertilizante, incluyendo su componente de seguros, de un mayorista. *El detallista prepaga la lista de seguros* de manera que no hay necesidad de que el asegurador cobre primas del cliente o de hecho del detallista.

En un mercado competitivo como lo es el del seguros por muerte o desmembramiento para la industria del fertilizante, es difícil imaginarse qué valor resulta para el consumidor con este tipo de obligación. Cualquier consumidor que quisiera fertilizante con el seguro AD&D podría comprarlo separadamente en las cantidades requeridas sin necesitar comprar ambos a la vez. Sin embargo, el mercado rural de la India no es competitivo y esta puede ser la única manera de distribuir este seguro. Es también posible que el seguro de muerte accidental e incapacidad suponga un incentivo para la compra de una marca particular de fertilizante (al modo en que algunas tarjetas de crédito traen una cobertura similar vinculada a los viajes). Otra explicación para la importancia de este esquema es la reaparición de la ley en la India que estipula que un porcentaje de las pólizas de seguro debe venderse a clientes en desventaja social, y derivar un porcentaje total de las primas de los clientes en áreas rurales.

El seguro es obligatorio, lo que en teoría debería controlar la selección adversa. Con esta configuración particular, sin embargo, no es este necesariamente el caso. Una persona con una profesión extremadamente arriesgada pudiera comprar una bolsa de fertilizante, guardar el recibo y el documento de póliza, reempaquetar el fertilizante y vendérselo a otro agricultor, aunque dado el número de personas que compran el seguro, no es probable que la selección adversa resulte un problema.

Este modelo es sólo apropiado para los productos de microseguro que tienen un pago de prima único. Por otro lado, es poco probable que los productos que ofrecen algo más que la cobertura mínima puedan venderse de esta manera. Si se hiciera, aumentaría el costo del servicio, del bien o del artículo a tal punto que el cliente que no quisiera comprar el seguro no podría comprar ni el servicio ni el producto.

2.3 El seguro voluntario vinculado al producto vendido

En muchos países en desarrollo, cuando se vende un bien duradero es bastante común que el vendedor ofrezca seguro, generalmente en forma de una garantía extendida sobre el producto. Un detallista de África del Sur, MAKRO, que vende productos duraderos al consumidor, también ofrece garantías extendidas voluntarias. Las primas para algunas de estas garantías son suficientemente bajas para llegar al mercado de bajos ingresos. Por ejemplo, una extensión de dos años de garantía cuesta 299 Rs. ($47) para una nevera de un costo menor de 6.000 Rs. ($943). Este tipo de garantía podría ser beneficioso para las microempresas. Muchos productos duraderos de consumo comprados a los detallistas son utilizados en empresas informales en el hogar. Las neveras en África del Sur, por ejemplo, son

comúnmente utilizadas para operar negocios de comida informal o para vender al detal carnes compradas a los mayoristas. Podría ser bastante difícil para los consumidores de bajos ingresos adquirir garantías extendidas independientes, por lo que la opción de poder comprarlas con el producto puede resultar atractiva.

2.4 El seguro voluntario no vinculado al producto vendido

La cadena de supermercados sudafricana SHOPRITTE sirve a los consumidores de bajos ingresos. Dentro de cada uno de los supermercados hay un mostrador de mercado de dinero, «money market counter», donde los clientes pueden llevar a cabo una variedad de transacciones financieras. Los mostradores tienen la intención de fomentar la compra, facilitar la lealtad del cliente y proporcionar una gama de servicios de transacción, incluyendo el pago con licencias para televisiones y las facturas por las utilidades, con aproximadamente 220 compañías representadas en los mostradores. Durante el año fiscal 2004-2005, el número de transacciones realizadas en los mostradores de mercado de dinero alcanzó alrededor de los $21 millones al mes.

El supermercado vende seguros de funeral en los mostradores a nombre del asegurador HTG Life. HTG Life es un miembro del grupo HT, que también incluye negocio de servicio funeral (las funerarias DOVES y SAFFAS). La póliza cubre núcleos familiares específicos (el tenedor de la póliza, el cónyuge y los niños). Los criterios de elegibilidad y cobertura se ilustran en la Tabla 46.

Tabla 46 **Producto de seguro de funeral de HTG[6]**

Característica	*Descripción*
Prima mensual	Determinada por la edad de la persona que sea mayor y esté cubierta, 14-55 años: US $3,93 (R25) edad de 56-58 US $6,61 (R42).
Elegibilidad	Asegurado debe estar entre las edades de 14 a 68 años. No se requiere examen médico.
Beneficio	Edades de 0-6 años: US $197 (R1250); edades 7-13 años: US $393 (R2500), mayores de 14 años: US $787 (R5000): cónyuge del asegurado: US $787 (R5000).

Fuente: Chamberlain et al., 2006.

[6] Información de diciembre de 2005.

Shuprise es responsable del mercadeo, la venta y el cobro de la prima sobre la póliza. Mientras que HTG-Life atiende la administración de la póliza, la gestión de reclamaciones y el pago. Shuprise gana una comisión por cada póliza que vende. Ya que el grupo-meta no tiene cuentas de banco con órdenes o facilidades de débito directo, las primas se pagan en efectivo en los mostradores de mercado de dinero.

En caso de reclamación, el pago puede hacerse de dos maneras. Los beneficiarios tienen la opción de utilizar cualquiera de los proveedores funerales del grupo HTG-Life u otro agente identificado. Si se selecciona esta opción, el beneficiario obtiene un descuento en los servicios funerales provistos. La segunda opción es solicitar una reclamación en efectivo, la cual es pagadera desde la Oficina Central de HTG-Life dentro de las 48 horas siguientes a la presentación de los documentos requeridos. Si el cliente requiere el pago, el dinero se transfiere a una cuenta de banco del tenedor de la póliza y/o de sus beneficiarios. Si ni el tenedor de la póliza ni los beneficiarios tienen una cuenta de banco, el dinero se paga a la funeraria participante. Sin embargo, este último método implica un riesgo de seguridad, y HTG-Life trata de evitarlo siempre que sea posible. Esto plantea interrogantes a cerca de cuán práctica es esta póliza para los clientes de bajos ingresos que todavía carecen de cuentas bancarias. La ventaja competitiva que tiene Shuprise y HTG-Life para poder cobrar la prima de seguro de aquellos clientes sin cuenta bancaria puede conllevar pagos de pólizas más lentos.

La ventaja de vender (y cobrar) primas a través de canales extensos de redes de redistribución de los detallistas se ve afectada por el hecho de que los pagos de reclamación sólo pueden hacerse en las salas funerarias participantes. Aparte de las características atractivas de distribución y costo, este modelo no ha alcanzado volúmenes significativos de tenedores de pólizas. Durante sus tres años de existencia, se han vendido menos de 6.000 pólizas. Un problema clave que se plantea es que se trata de un modelo de distribución «pasiva», que descansa en que el cliente se acerque al mostrador y pregunte por el producto. Esto difiere de los modelos tradicionales corredor/agente, donde los productos son activamente vendidos. Hay también poco incentivo para que los empleados en las tiendas de Shupry vendan el producto.

África del Sur ofrece otro ejemplo interesante de cómo utilizar detallistas para vender seguro voluntario. Las tiendas de ropa JET y Edgar (pertenecientes ambas al grupo Edcon) proporcionan seguro a clientes de bajo costo (aunque Edgar vende sobre todo a clientes de más altos ingresos) para quienes obtienen la tarjeta de crédito de la tienda. Hay más de 280 tiendas Jet localizadas por todo África del Sur, mientras que Edgar tiene más de 750 tiendas en Suráfrica (*véase el Cuadro 83*).

Edcon y Hollart Insurance LTD establecieron un negocio en sociedad, Etkon Insurance Services, en junio 2001. Las dos compañías acordaron que el grupo Etkon vendería una gama amplia de pólizas de seguro suscritas por Hollart Life y otras compañías de seguro de no vida. Las pólizas de seguros tienen la marca de la tienda (no la del asegurador) para explotar el alto reconocimiento del detallista.

Tanto Edcon como Hollart Insurance estuvieron activamente implicados en el diseño de los productos. Todos los productos fueron diseñados para satisfacer las necesidades del cliente promedio Edcon. Las pólizas se vendieron en el mostrador. El personal de venta proporciona el seguro como una oferta (extra) y, por lo tanto, no necesita cumplir con las obligaciones que rigen a los agentes. Edcon Insurance Services es responsable del mercadeo y venta de las pólizas, mientras que los detallistas cobran la prima y se la pasan a Hollart. La compañía de seguros administra la póliza y el proceso de reclamaciones, y atiende el pago de la reclamación.

El motivo que subyace al modelo «tarjeta de tienda» tal y como se utiliza es que las primas mensuales pueden ser cobradas más fácilmente si son simplemente añadidas al balance de una cuenta con la tienda. En otras palabras, la prima mensual se paga junto con el plazo mensual total que se debe (el cual es pagadero en efectivo). Una desventaja de este enfoque es que los clientes que no obtienen las tarjetas no pueden comprar seguros. El modelo, por tanto, excluye a aquellos individuos que podrían potencialmente pagar una prima de seguro pequeña mensualmente, pero que no son aptos para el crédito.

Cuadro 83

Detallistas y áreas rurales

Todas las tiendas descritas tienen sucursales en las áreas rurales, más comunes en África del Sur que en otros países. Varias piezas legislativas de 1923 dividieron a África del Sur en áreas «proscritas» (mayormente urbanas) y «no proscritas» (mayormente rurales), y controló estrictamente el movimiento de los negros surafricanos entre los dos. Las autoridades del *Apartheid* descorazonaban activamente el establecimiento de campamentos permanentes de negros en los grandes centros urbanos. La existencia de estas leyes y de otras leyes separatistas restrictivas contribuyó a crear «arrabales urbanos en pueblos rurales». La densidad poblacional en estas áreas creó oportunidades para establecer detallistas que no podrían existir en otras áreas rurales de países en desarrollo, con poblaciones rurales más dispersas. Consiguientemente, el modelo de entrega para el microseguro podría ser más efectivo para alcanzar a los surafricanos rurales que a las poblaciones rurales en otros países.

El esquema ha demostrado generar ganancias. Durante el año fiscal 2004-2005, se registró un crecimiento del 23,4% en pólizas de seguros activas, aumentando las ganancias de Etkon por productos relacionados con seguros de $30,2 millones a $41,4 millones.

Una ventaja de vender productos voluntarios a través de un detallista o de otra organización con clientes de bajos ingresos o miembros, es que el canal de distribución puede utilizar su significativa base de clientes para conseguir descuentos de los aseguradores. Esto es, además de cualquier ahorro que puedan obtener los clientes como resultado de costos de distribución más bajos. De hecho, en algunos países desarrollados, por ejemplo, el Reino Unido, las pólizas más baratas de seguro de vida a menudo se venden en los supermercados.

Aunque no son detallistas, algunas uniones mercantiles tienen experiencia vendiendo seguro voluntario. La Federación de Unión Mercantil más grande de los Estados Unidos, la AFL-CIO, ha negociado una serie de descuentos para una variedad de productos de consumo y productos financieros para sus miembros (*véase el Cuadro 84*). Esto se menciona aquí porque muchos detallistas tienen clubes de membresía o esquemas de lealtad que pueden utilizarse de manera parecida a como AFL-CIO usa sus membresías para vender seguro.

Cuadro 84

Esquema de privilegios de la unión de AFL/CIO

Desde 1986, «Union Privilege» ha utilizado la vasta membresía de AFL/CIO para negociar descuentos sobre una gran variedad de productos y de servicios, incluyendo una variedad de productos de seguros. El esquema parece asegurar la calidad de la provisión de seguros a través de la selección cuidadosa de compañías de seguros «socias» y del seguimiento regular. También ha utilizado su poder de negociación para conseguir complementos (*riders*) adicionales para hacer las pólizas más atractivas para sus miembros. Por ejemplo, para un producto de seguro de vida, los trabajadores en huelgas sancionadas por la unión, cierres o suspensiones involuntarias que duren más de treinta días consecutivos no tienen que pagar primas durante tres meses. Para el producto de AD&D, los tenedores de pólizas no tienen que pagar primas de seguro contra accidente durante el periodo de la huelga sancionada por la unión, o el cierre hasta un máximo de un año. Esto le da valor a los miembros a quienes sirve (compran seguro a un precio más bajo), fortalece las uniones al proporcionar una razón adicional para inscribirse y ofrece una nueva fuente de ingresos a las uniones participantes —un ingreso por comisiones.

Fuente: Adaptado de Koven, 2006.

Otra ventaja para los tenedores de pólizas es que el distribuidor carga un riesgo a la reputación significativa. El canal de distribución es la cara de la póliza. Si los tenedores de póliza están satisfechos con la póliza, pueden terminar su relación con el detallista o con la unión mercantil.

Una preocupación con los seguros voluntarios vendidos por distribuidores no especializados es que el consumidor a menudo está comprando un producto importante con consecuencias de por vida. Las pólizas vendidas en las tiendas al detal son a menudo vendidas como una oferta (adicional). Los términos y condiciones pueden ser presentados al cliente por el personal de la tienda, o simplemente quedar escondidos entre otra información. Este enfoque puede ser económico, pero también puede ser de un valor nominal. En teoría, los términos y condiciones están en el documento de póliza, pero para el microseguro esta no es la manera adecuada de educar al cliente, ni este método de tramitarlo facilita las preguntas de un cliente potencial en cuanto a los términos de la póliza.

3 Conclusión

Es prematuro derivar conclusiones firmes de los pocos ejemplos existentes de los detallistas como distribuidores de microseguro. Lo que sigue son unos pensamientos iniciales, muchos de los cuales necesitan probarse con investigaciones continuadas.

Líderes y seguidores

La fuerza motriz detrás del desarrollo de la distribución de microseguro por detallistas en estos ejemplos aparenta ser iniciativa bien de los detallistas, que buscan expandir el valor de sus ofertas y aumentar la lealtad de sus clientes (como en el caso de Shopry), bien de los aseguradores, que necesitan cumplir con unos requerimientos de ley (como en los casos de la India y de África del Sur). En estos pocos ejemplos, los detallistas o los reguladores son los líderes, y los asegurados son los seguidores.

Las ventajas de los detallistas como agentes de distribución de microseguro

La confianza en la marca del detallista es uno de los atractivos críticos para este canal de distribución. Reduce el esfuerzo de ventas y, por lo tanto, el costo de la entrega. Sin embargo, los detallistas también necesitan considerar el riesgo que afrontarían si el asegurador no cumple con las expectativas de los clientes.

Una ventaja principal de este mecanismo de distribución es que permite el cobro de primas en efectivo y el pago de reclamaciones en lugares que están más convenientemente localizados que las oficinas de las compañías de seguro y de sus agentes. En los países en desarrollo, esto hará que el modelo sim-

plemente no canibalice el mercado de seguros existente (lo cual sería el caso con la distribución del detallista en los países desarrollados, que tienen mercados de seguros ya saturados), sino que expanda realmente el mercado a individuos que de otro modo no tendrían acceso al seguro.

Sin embargo, no todos los detallistas han explotado al máximo esta oportunidad (por ejemplo, el procedimiento de pagos de reclamaciones de Shopry).

Una ventaja obvia de la distribución del detallista es que proporciona acceso centralizado a la base de clientes del detallista, lo que de otro modo sería muy difícil para los aseguradores. En ciertos casos, el detallista controla el acceso a la base de clientes, lo que significa que el asegurador no puede acceder a ella sin una relación continuada con el detallista (por ejemplo, para los tenedores de una cuenta de crédito al detal). Esto coloca a los detallistas en una posición poderosa para negociar con los aseguradores.

El problema principal del seguro voluntario vendido a través de detallistas

Está claro que los detallistas pueden reducir los costos de la distribución del seguro para el mercado de bajos ingresos. Existen aún unos pocos ejemplos del seguro voluntario vendido a través de detallistas. El problema parece ser que los detallistas no son necesariamente buenos en la *venta* del seguro. El personal necesita ser entrenado y motivado para vender el seguro voluntario. La experiencia se aplica a muchas instituciones de microfinanzas. Según demuestra el ejemplo de Shopry, no está claro lo exitoso de este enfoque pasivo para un producto que es famoso por ser «vendido, no comprado».

Productos agrupados: los problemas de abuso

Aunque los productos de seguros agrupados simplifican los costos de vida y aseguran un mejor perfil de riesgos, no está claro que beneficien a los consumidores. Los costos más bajos y el riesgo no siempre se reflejan en la prima.

Dadas las bajas tasas de alfabetización asociadas con el mercado-meta, el riesgo de vender inadecuadamente productos a clientes, que pueden no ser conscientes de su compra agrupada, es significativo.

Aun cuando la relación no conlleve abuso, el agrupar reduce finalmente el incentivo para el asegurador de comprobar que su producto satisface las necesidades del consumidor.

Productos agrupados: el problema de la protección continuada

El seguro agrupado con los productos de crédito para el consumidor conlleva el mismo problema que algunos productos de seguros de los IFM vinculados a los préstamos, cuando la necesidad de cobertura de seguro se extiende más allá del periodo del pago del préstamo.

Productos agrupados: los límites de agrupar seguro con productos no relacionados

Los productos de seguros agrupados que no están relacionados al bien ni al servicio primario vendido parecen ser una manera de comerciar con el bien o el servicio primario y tienden a ser bastante básicos en su cobertura o en sus beneficios. Cualquier producto de seguro que ofrece un valor significativo es más dado a ser más caro y a subir potencialmente el costo del bien o del servicio primario hasta un punto en que ya no lo hace atractivo.

«El seguro como oferta extra: los pros y los contras»

Existe realmente un compromiso inherente entre la simpleza del producto y los costos más bajos, por un lado, y la educación y la orientación, por otro. Cuando los detallistas pueden reducir los costos de distribución utilizando productos simples que son vendidos a través del método «oferta», son a menudo los clientes de bajos ingresos los que necesitan consejos financieros y educación. Sin embargo, estos servicios aumentan los costos de las pólizas y disminuyen la capacidad de los clientes de pagarlos. Como mínimo, se requiere la divulgación apropiada de la información del producto para asegurar que los clientes son conscientes de las características y condiciones de los productos que han comprado. Esto no resulta sólo en el interés del negocio del vendedor (una retención mayor y la acumulación de clientes a largo plazo), sino que también evita las ventas inapropiadas y el riesgo asociado de una intervención costosa por parte del asegurador.

Entonces, ¿cuál es el potencial del modelo de distribución del detallista para el microseguro? La discusión anterior llega a conclusiones conflictivas en cuanto al potencial y a la realidad de distribuir el microseguro a través de detallistas. La distribución por parte de los detallistas ofrece oportunidades para vencer algunos de los obstáculos claves en la distribución del microseguro, que podría beneficiar tanto a los proveedores como a los clientes de los aseguradores.

Sin embargo, está claro que este método de distribución sea todavía un fenómeno nuevo que no ha sido probado en el mercado de bajos ingresos. La evidencia en torno a la capacidad de vender seguro voluntario a traves de los detallistas es menos que positiva y existen limitaciones en los modelos actuales que deben atenderse para garantizar el éxito. Muy importante es que los detallistas encuentren maneras de reemplazar la función de hacer-mercado de los intermediarios del seguro tradicional, sin afectar a sus ventajas de bajo costo en la distribución. Sin esto, es poco probable que los modelos voluntarios alcancen alguna escala en los mercados que no están familiarizados con los beneficios del seguro.

La agrupación del seguro, por otro lado, ha tenido mucho éxito entre los detallistas y los aseguradores. En los ejemplos, sin embargo, se ve que el beneficio para los clientes es muy escaso, y que están probablemente pagando demasiado sin siquiera saber, muchas veces, la cobertura que tienen. Si se mejora la divulgación, este modelo puede proporcionar una valiosa protección para los clientes, que no tendrían, de otro modo, acceso a tal seguro. Es imperativo hacer un cambio para ofrecer valor al cliente en vez de utilizar el seguro simplemente como mecanismo de generar grandes ganancias. Esta nueva oportunidad se acompaña de un gran potencial para el abuso y requerirá de un seguimiento activo y de regulación, por parte tanto de los grupos de consumidores como de las autoridades.

4.7 Microseguro: oportunidades y retos para las instituciones de microfinanzas

Craig Churchill y James Roth[1]

Los autores agradecen los comentarios y sugerencias de Javier Fernández Cueto (Compartamos), Lemmy Manje (OIT), Michael McCord (MicroInsurance Centre) y Constantin Tsereteli (Constanta Foundation).

Según se discute en el Capítulo 4.2 y en otros sitios, las instituciones de microfinanzas representan un canal de distribución importante para extender el microseguro a los pobres. Sin embargo, ver este asunto desde la perspectiva de la IMF.

Cuando las instituciones de microfinanzas se interesan en los seguros, su motivación primaria es a menudo reducir su riesgo de crédito en caso de que los deudores o los miembros de la familia experimenten muerte, enfermedad u otras pérdidas. Si el seguro puede ayudar a proteger a las familias en tales circunstancias, indirectamente protegerá la cartera de la IMF.

Otra motivación importante detrás del interés en el seguro es proteger el bienestar de sus clientes. Las IMF, generalmente, tienen la misión dual de aliviar la pobreza o de promover el desarrollo económico mientras generan un ingreso (o cubren sus costos). La misión social de mejorar el bienestar de las familias pobres puede mejorarse por medio de la protección que ofrece el seguro.

Existen además diversas razones legítimamente comerciales por las que las IMF pudieran estar interesadas en ofrecer seguro, tales como:

- **Mejorar la retención:** Muchas IMF saben que necesitan ofrecer una variedad de productos para mejorar la retención, de modo que cuando los clientes no quieran gestionar un préstamo, todavía vean el valor de una cuenta de ahorro, del servicio de transferencia de fondos.
- **Ganancias generadas por el producto:** Un menú de productos diversos proporciona oportunidades para ventas cruzadas y reparte los costos de adquisición para un cliente a través de múltiples productos, aumentando las ganancias por el producto.

[1] Los ejemplos de Compartamos (México) y Constanta (Georgia) fueron proporcionados por los lectores y no se desprenden del estudio de casos.

- **Diversificando fuentes de ingreso:** El microseguro crea una fuente adicional de ingresos, bien de las ganancias, si el esquema se proporciona internamente (*in-house*) (y bien manejados), bien de tarifas, si se hace en asociación con un asegurador. Este último es de interés particular para las IMF, que dan la bienvenida a oportunidades de generar ingresos sin asumir riesgos.
- **Procurando alcanzar nuevos mercados**: En las comunidades heterogéneas de bajos ingresos, puede haber personas que no estén interesadas en crédito o en ahorro, pero sí en seguros, aunque en realidad pocas IMF han sacado ventaja de este beneficio, ya que se les requeriría tener un canal de distribución exclusivo para el seguro, lo que hasta el momento evitan la mayoría de las IMF.

Claro está que ofrecer seguro también conlleva desventajas. Es un negocio distinto del ahorro o el crédito, que requiere un peritaje diferente. Aun ofreciendo productos de seguro en sociedad con un asegurador, puede consumir mucho tiempo y demandar mucho esfuerzo. Ciertas organizaciones, como ProCredit Banks en Europa Occidental, no tienen interés en ofrecer seguro, directa o indirectamente, para no descuidar sus servicios principales. Por otro lado, las familias de bajos ingresos tienen recursos infinitos. Si una IMF ofrece seguros, algunos clientes tendrán que escoger entre pagar el préstamo o hacer un depósito y pagar una prima de seguro.

Si una IMF cree que hay más pros que contras, y decide entrar en el mundo nuevo del seguro, hay dos preguntas clave que necesita considerar al ofrecer microseguro:

1. ¿A través de qué arreglo institucional deberá ofrecer seguro?
2. ¿Qué tipos de cobertura debería ofrecer?

1 Arreglos institucionales

Si una IMF desea ofrecer seguro a sus clientes, hay cuatro maneras de hacerlo: a) en asociación con una compañía de seguros, b) creando su propio corredor de seguros, c) auto-asegurándose, o d) creando su propia compañía de seguros.

1.1 Modelo socio-agente

¿Bajo qué circunstancias es una opción preferible a las otras? El Capítulo 4.2 describe en detalle las ventajas y desventajas de colaborar con una compañía de seguros, y las estrategias para mejorar la asociación. Ciertamente, si no hay un socio disponible dispuesto a ofrecer seguro a través de la IMF, podría hacerlo por su cuenta. Sin embargo, la posibilidad de no poder encontrar un

socio de seguros interesado se está convirtiendo en algo menos probable a medida que un mayor número de aseguradores buscan oportunidades para alcanzar nuevos mercados. Las IMF también se están volviendo más convincentes, armándose de argumentos y experiencias para persuadir a los aseguradores de que esta es de veras una oportunidad de mercado valiosa para ellos.

En general, si una IMF no puede persuadir a un asegurador de asociarse, probablemente no está comunicando efectivamente lo que tiene que ofrecer. Muchos aseguradores se ven atraídos por el prospecto de acceder a muchos clientes nuevos a traves de una red de distibución económica.[2] Las IMF deben reconocer que los aseguradores y los banqueros pueden tener actitudes muy distintas respecto al colectivo de bajos ingresos. Para los banqueros, cuyo dinero está en riesgo cuando prestan, los pobres son un mercado arriesgado.

Los aseguradores, sin embargo, tienden a estar interesados en otros modos de alcanzar un mercado expansivo costo-efectivamente. Para hacer que el socio-agente trabaje eficientemente para las IMF, se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones surgidas de las experiencias de las IMF alrededor del mundo:

- **Diles lo que quieres**: Para conseguir buenos productos y procesos de los aseguradores a un precio decente, las IMF necesitan saber lo que quieren y tienen que ponerse al mando de las negociaciones. Cuanto mayores son, más pueden pedir. Varias IMF, entre ellas Compartamos (México) y algunas afiliadas de Opportunity International, han diseñado sus propias especificaciones de productos y han invitado a los aseguradores a hacer propuestas sobre su producto.
- **Conozca su asunto**: Las IMF necesitan hablar con autoridad, utilizando un lenguaje que los aseguradores comprendan, respaldado por data convincente. Una posible ventaja de una IMF es que puede aportar información útil de su propia experiencia de trabajo con los clientes, a la que el asegurador, de otro modo, no tendría acceso. Por ejemplo, antes de que comenzara a negociar con aseguradotes, FINCA Uganda investigó y documentó su experiencia histórica de mortalidad.
- **No tenga miedo de cambiar su estilo:** Las IMF no tienen que estar vinculadas a un socio de seguros para siempre. Si el socio no cumple, la IMF puede buscar un nuevo socio, aunque sin llegar al extremo —ASA, una IMF de la India, cambiaba sus socios de seguro con demasiada frecuencia, lo que causó alguna confusión entre los clientes y el personal.

[2] Consejos sobre cómo negociar con las compañías de seguro pueden encontrarse en Churchill *et al.*, 2003.

- **Seleccione un asegurador de confianza:** Es a menudo preferible trabajar con una compañía de seguros bien conocida, porque ayuda a crear confianza en el seguro. Sin confianza, los clientes serían renuentes a pagar unas primas sobre la promesa de un posible beneficio futuro.
- **Implique al asegurador**: La alternativa a cambiar de socios es conseguir socios ya existentes para mejorar. Shepherd (India) vio la utilidad de invitar a los aseguradores al campo de operaciones para permitirles entender mejor el mercado-meta y para comenzar a reconocer la diferencia entre el seguro y el microseguro. Esto puede reforzarse a través de una reunión anual de evaluación con el asegurador.
- **Solicite entrenamiento:** Un reto principal al trabajar con seguros es entrenar a los empleados de la IMF, particularmente, al personal de primera línea que es responsable de las ventas y del servicio. Varias IMF han persuadido a sus socios de seguro para entrenar a sus empleados en el funcionamiento del seguro en general y en el producto en particular.
- **Gestione las reclamaciones:** Un sistema eficiente de gestión de reclamaciones es uno de los puntos más importantes en la negociación. Según se describe en el Capítulo 4.5, cuando las cantidades de beneficios son pequeñas, las IMF deberían insistir en pagar las reclamaciones (al menos para el seguro de vida) y ser luego reembolsada por el asegurador, sobre la base de la documentación apropiada para sus clientes.
- **Cree un comité de revisión:** Ya que la gestión de reclamaciones tiende a ser uno de los asuntos más conflictivos, Shepherd creó un comité de revisión, con representantes de la IMF, del asegurador y de los clientes, que se reúne trimestralmente (o con más frecuencia, de ser necesario) para mejorar los procesos de reclamación
- **Elimine las exclusiones:** Procure persuadir a los aseguradores de eliminar tantas exclusiones como sea posible, incluso si la IMF tiene que pagar un precio más alto, porque esto simplifica el producto y hace más fácil la explicación a los clientes. También reduce las reclamaciones rechazadas que pudieran causar problemas significativos de relaciones públicas para la IMF.
- **Actualice y analice la información:** Las IMF deberían conservar información fidedigna en cuanto al funcionamiento del seguro, permitiéndole desarrollar peritaje con el tiempo y lograr mejores negocios de los aseguradores. Un sistema de gestión de información (MIS) apropiado y «aprobado actuarialmente» es crucial. *(Véase el Capítulo 3.5).*
- **Determine los costos:** Las IMF necesitan realizar un análisis de costos para determinar cuánto necesitan ganar en comisiones (o a través de un aumento sobre el costo) para cubrir sus gastos administrativos.

- **Sea dueño de los clientes:** Las compañías de seguros empresariales pueden estar interesadas en «robar» clientes en el futuro. Las IMF deberían «ser dueñas» del cliente. Esto puede hacerse si la IMF es siempre la institución que trata con el cliente.
- **Compartir las ganancias:** En vez de recibir una comisión, la IMF de Zambia, Pulse, ha negociado un acuerdo de distribución de ganancias con Madison Insurance *(véase el Capítulo 3.6)*, que se corresponde mejor con el espíritu del microseguro, si la IMF está dispuesta a asumir el riesgo.

1.2. Corretaje de seguro o agencia

La creación de una entidad de corretaje propiedad de una IMF es esencialmente una versión más sofisticada del modelo socio-agente. Este enfoque, utilizado con frecuencia por las redes de las uniones de crédito *(véase el Capítulo 4.1)*, facilita el acceso al seguro formal tanto para las IMF como para sus miembros. Como con el modelo socio-agente, este arreglo tiene la ventaja de contratar el riesgo a los aseguradores informales.

La ventaja del arreglo de corretaje sobre el modelo básico de socio-agente es que una organización afiliada a una IMF (o a un grupo de IMF) desarrolla un peritaje de seguros para negociar los mejores términos en nombre de las IMF y de sus miembros. El corretaje no está vinculado a ninguna compañía de seguros, de modo que puede explorar varias opciones en nombre de sus dos clientes principales, las IMF y los clientes de estas. Una vez comprende las necesidades del mercado de bajos ingresos, puede explorar otras estrategias para extender el seguro a las familias pobres y a sus negocios. Según se menciona en el Capítulo 4.5, Opportunity Internacional ha lanzado recientemente una iniciativa como esta: la Micro Insurance Agency. El corretaje de seguros también podría verse como un primer paso para la creación de una compañía de seguros (descrita con más detalle más adelante), aunque no necesariamente tiene que ser este su objetivo.

1.3 Funcionar sola

Una tercera opción para las IMF es auto-asegurarse, en otras palabras, asumir el riesgo por sí mismas. Hay razones de peso por las cuales algunas instituciones de microfinanzas quisieran auto-asegurarse, al igual que poderosos argumentos en su contra.

Algunas IMF no desean trabajar en asociación con un asegurador por razones ideológicas. Las instituciones de microfinanzas con misiones sociales fuertes pudieran entender que las firmas comerciales, que se centran en la ganancia, debieran estar proporcionando servicios financieros para los

pobres. Las IMF con compromisos ideológicos de este tipo no siempre serán convencidas por el argumento de que las compañías de seguro por ganancias proporcionan a sus clientes mejor seguro y más barato.[3]

Entre las razones no ideológicas para el auto-seguro está la creencia de que las IMF (o sus clientes) tendrán que pagar extra por los gastos de administración del asegurador. Para la mayoría de los productos básicos, como vida a crédito, tal lógica sería válida. Sin embargo, el seguro básico de vida a crédito beneficia enormemente al prestamista, ya que implica que la IMF no tendrá que solicitar el pago del préstamo a los sobrevivientes de la persona fallecida.[4]

Si la IMF verdaderamente quiere reducir la vulnerabilidad de sus clientes, se requieren productos mas complicados —productos que probablemente la IMF no podrá ofrecer por sí misma.

Tanto TYM (Vietnam) como CARD (Filipinas) tuvieron experiencias negativas tratando de aumentar el valor para el cliente por su cuenta. Ofrecieron seguro de vida de crédito sobre una base de auto-seguro y generaron excedentes significativos. Por tanto, pensaron que sería buena idea ofrecer beneficios adicionales, incluyendo a otros miembros de la familia o cubriendo riesgos adicionales. Añadieron estos beneficios, sin embargo, sin evaluar el impacto que pudieran tener sobre las reclamaciones. Como resultado, el plan de pensiones de CARD casi llevó a la compañía a la quiebra, y el beneficio por hospitalización de TYM amenaza con lo mismo, aunque se trate de un beneficio relativamente modesto.

Otra preocupación en torno al auto-seguro es la medida en que la IMF enfrentará pérdidas catastróficas. Este problema no puede sobreenfatizarse. La razón primaria por la cual las IMF no deberían auto-asegurase es que además de no tener el peritaje para tarifar y diseñar los productos apropiadamente, enfrentaran dificultades para pagar las reclamaciones si muchos clientes se ven afectados por el mismo peligro a la vez. Como no son aseguradores formales, no tienen acceso al reaseguro, que es el método de los aseguradores para enfrentar los riesgos de co-varianza.

Los reaseguradores, esencialmente, generan un mayor consorcio de riesgos que los que el asegurador puede asumir por sí mismo, repartiendo los

[3] En algunos casos, las preferencias ideológicas pueden desempeñar un papel importante en la selección de socios. Por ejemplo, Shepherd seleccionó socios de seguro público porque entendió que era un deber patriótico trabajar con los aseguradores del Estado.

[4] Existe algún debate en cuanto a la utilidad del seguro de vida a crédito. Algunas IMF defienden que es una forma innecesariamente complicada de atender las pérdidas de préstamos a causa de muerte, y prefieren echar a pérdida el préstamo y la provisión según sea necesario. Este argumento pudiera ser válido para las pérdidas predecibles de préstamos a causa de muerte, pero no sería apropiado si una IMF experimenta un desastre natural u otros riesgos de co-varianza. El enfoque de provisión tampoco es relevante para las IMF de menor tamaño, que no pueden echar a pérdida los préstamos, ni para las IMF que conceden préstamos mayores, que crean un riesgo de concentración, o si las tablas de mortalidad son volátiles o cambiantes, en un área con alta incidencia de VIH/SIDA.

riesgos a través de fronteras nacionales, pero sólo los aseguradores autorizados pueden acceder al reaseguro *(veáse el Capítulo 5.4)*. VimoSEWA (India) aprendió esta lección de la peor manera. Después de varios años de experiencias negativas con sus socios de seguro, comenzó ofreciendo seguro de salud interno en 1996, y luego, en 1998, añadió seguro de activos. Inicialmente, la transición de VimoSEWA al auto-seguro tuvo positivos beneficios financieros y de servicio, las reclamaciones se pagaron más rápido y no fueron denegadas, y VimoSEWA comenzó a acumular algunas reservas. Sin embargo, cuando en enero de 2001 un terremoto asoló Gujarat, se necesitaron unos 3,4 millones de rupias ($75.000) para satisfacer las reclamaciones, causando una crisis financiera severa. Antes del terremoto los pagos anuales por protección de activos eran menores de 30.000 Rs. ($662). Esta experiencia ayudó a VimoSEWA a apreciar la necesidad de reaseguro, y redirigió a la organización hacia el enfoque socio-agente.

Mientras que los desastres naturales como las inundaciones y los terremotos se utilizan generalmente como ejemplos para alejar a las IMF del auto-seguro, fue algo mucho más mundano —un accidente de camión en el que varios prestarios perecieron— lo que convenció a ASA de buscar un nuevo socio de seguros. Si las IMF comienzan a ofrecer préstamos mayores, podrían encontrar que la muerte de tan sólo unos pocos de los prestatarios podría dañar severamente el fondo de auto-seguro. Las IMF más pequeñas también son más vulnerables si se auto-aseguran, porque tienen un consorcio de riesgos más pequeños (aunque también están en una posición más débil para lograr una asociación apropiada con el asegurador).

El punto principal es que una IMF auto-asegurada debe considerar seriamente cómo controlará los riesgos de co-varianza. Podría excluir dichos riesgos para limitar su exposición, que es lo que hace Spandana, aunque tal enfoque aboca a los clientes a verse abandonados cuando más ayuda necesitan. Por otro lado, excluir la cobertura no ayuda a la IMF a gestionar su riesgo de crédito en una situación de desastre. Como alternativa, una IMF auto-asegurada podría resolver este problema adquiriendo seguro catastrófico de una compañía de seguros, de modo que la IMF cubriese los riesgos idiosincrásicos «en casa» mientras contrata los riesgos de co-varianza con un asegurador.

Un argumento adicional en contra del auto-seguro es que en muchos países es ilegal ofrecer seguro sin licencia. Los reguladores generalmente no pierden tiempo en esquemas pequeños de microseguro. Algunas organizaciones se las arreglan para disfrazar sus esquemas llamando al servicio «beneficio de membresía» en vez de seguro. Los reguladores de seguro podrían hacer la vista gorda o ni siquiera darse cuenta de que el esquema existe. Sin embargo, una vez que adquiere una escala significativa, es probable que atraiga la atención. Por otro lado, las IMF reguladas pudieran no poder mantener pérdidas de seguro en su

situación, de modo que para estas (o para una IMF que planee transformarse) el auto-seguro pudiera no ser la opción, Los donantes también se están volviendo reacios a respaldar a organizaciones que eluden las regulaciones de seguros.

Algunos IMF, como TYM, escogen el auto-seguro porque quieren retener los fondos como una fuente de capital para préstamos. La situación en Vietnam es única, porque el entorno de regulación ha prevenido a las IMF de acceder a finanzas al por mayor, excepto de donantes que se han vuelto un tanto parsimoniosos. Por lo tanto, TYM (y otras IMF vietnamitas) han tenido que ser creativas para satisfacer sus requisitos de capital. El fondo de seguro de TYM ha sido una fuente de capital de préstamo, a pesar de que es poco inteligente combinar el seguro con los riesgos de crédito.

Otra razón por la cual las IMF pueden querer auto-asegurarse es que así no dividen ganancias con otra organización. Del mismo modo, si ir por su cuenta significa unos costos de operación más bajos, la cobertura pudiera ser más barata para los clientes. Por ende, algunas IMF sostienen que pueden ofrecer un mejor valor por cliente sin necesidad de implicar a un asegurador. Según demuestra la Tabla 47, utilizando la tasa de reclamaciones (el porcentaje de las primas devueltas a los tenedores de póliza en forma de reclamaciones), la evidencia sugiere que el auto-seguro proporciona un valor mayor, a pesar de la muestra tan pequeña de experiencias.

Tabla 47 **¿Provee el auto seguro un mayor valor al cliente?**

Auto Seguro		Socio-agente	
MFI	Tasa de reclamaciones	Asegurador	Tasa de reclamaciones
TYM	53	AIG Uganda	37
Spandana	85	Madison	10

Los esquemas internos (*in-house*) deberían ser más eficientes. Se ahorra mucho dinero en la administración y el mercadeo porque el producto tiende a ser simple y, generalmente, hay un solo producto para todos. Además, los esquemas internos (*in-house*) no cumplen con el rigor técnico de la regulación de seguros, que es costoso. Tampoco tienen que pagar por los costos de operación adicionales ni por el margen de ganancias de una compañía de seguros.

Además de los costos, otro aspecto del valor del cliente es el estándar de servicio para los pagos de reclamaciones. Para las IMF que han tratado de trabajar con aseguradores y se han rendido, los problemas con las reclamaciones —incluyendo las tardanzas y las denegatorias— son probablemente la razón número uno para el divorcio. Si la IMF se auto-asegura, puede pagar las recla-

maciones rápidamente e imponer unos requisitos de documentación menos onerosos sobre sus beneficiarios. Por ejemplo, cuando Spandana estaba colaborando con LIC, las reclamaciones a menudo tardaban de dos a tres meses o más en pagarse. La IMF cambió el esquema para hacerlo interno, y ahora el 73% de las reclamaciones se resuelven dentro de siete días.

Los expertos tienen diferentes opiniones sobre el tema del auto-seguro. Leftley (2005) opina firmemente que no hay buenas razones por las cuales las IMF debieran asumir riesgo de seguros siempre que exista capacidad de suscripción en el país. Otros expertos están dispuestos a conceder que el autoseguro pudiera ser un enfoque preferible al enfoque socio-agente si ciertas condiciones se cumplen: 1) que el IMF es suficientemente grande para hacer un consorcio de riesgos (por lo menos, 10.000 miembros) y que esos miembros sean homogéneos; 2) el producto mantiene su simplicidad; 3) la IMF obtiene cobertura catastrófica de una compañía de seguros; 4) la IMF usa la asistencia técnica apropiada para ayudar con el diseño del producto, la tarifa, el manejo de información, el seguimiento al desempeño, y, 5) los reguladores lo permiten.

Finalmente, hay casos en que la IMF elige ir por su cuenta, a pesar de un mercado de seguro activo, porque no puede incentivar a las compañías de seguro para que proporcionen la cobertura que buscan los clientes a un buen precio. La autonomía bajo tales condiciones debe plantearse con mucho cuidado. Si el mercado no esta dispuesto a proporcionar un servicio a un determinado precio, a menudo hay una buena razón: pudiera no ser viable.

1.4 Crear una compañía de seguros

La cuarta opción es que una IMF o una asociación de IMF creen su propia compañía de seguros. Durante muchos años, en muchos países, las uniones de crédito y las cooperativas satisficieron sus necesidades de seguro a través de aseguradores que eran propiedad de la asociacion y de sus miembros. Según se discutió en el Capítulo 4.1, el enfoque típico ha sido que las uniones de crédito creen una compañía de corretaje que facilite en acceso al seguro para la unión de crédito y para sus miembros por igual. A lo largo del tiempo, el corredor gana suficiente peritaje en suscripción, solución de reclamaciones, manejo de información y suficientes fondos para formar una compañía de seguros propiedad de la unión de crédito.

En algunas jurisdicciones, podría ser apropiado para otros tipos de IMF o de asociaciones de IMF crear su propia compañía de seguros. De hecho, eso es precisamente lo que ha hecho CARD, creando una asociación de beneficios mutuos que es «propiedad» de sus miembros, pero estructurada para satisfacer las necesidades de seguro de la IMF.

Algunas ventajas de crear una compañía de seguros sobre el auto-seguro son que:

- separa los riesgos de crédito y de seguro en diferentes organizaciones,
- garantiza que el peritaje se ocupa de la administración del negocio de seguros,
- puede colaborar con muchos canales de distribución para extender el seguro a los pobres, y por ende, alcanzar a más personas,
- concede al microasegurador acceso al reaseguro.

En comparación con el enfoque de socio-agente, una compañía de seguros propiedad de una IMF, permite a la IMF mayor influencia en el diseño del producto y en los estándares de servicio. Por otro lado, permite que cualquier ganancia sea redistribuida a los tenedores de pólizas.

Sin embargo, la gerencia de la compañía de seguros debería mantenerse suficientemente separada de la IMF, de modo que no pusiera en peligro la sabiduría de las decisiones de seguros. En particular, la estrategia de inversiones debería justificar una consideración cuidadosa, ya que no es inteligente mezclar los riesgos de crédito y de seguro, invirtiendo una porción demasiado grande de la prima en la cartera de préstamos de la IMF *(véase el Capítulo 3.6).*

La transformación de un esquema de seguro informal en una compañía de seguros no está libre de retos. En algunas jurisdicciones podría haber requerimientos significativos para el inicio y para los informes, que no justifiquen el esfuerzo.

Durante años, SEWA ha incluido la creación de una compañía de seguros entre sus objetivos. Sin embargo, no ha podido levantar el mínimo de capital requerido y los reguladores de la India no están interesados en hacer una excepción con el microseguro.

2 El tipo de seguro

Uno de los factores clave a la hora de decidir qué tipo de seguro debiera ofrecer una IMF es su motivación para ello. En general, las motivaciones de la IMF son de dos categorías: 1) organizaciones que quieren ofrecer seguro primariamente, para reducir sus riesgos de crédito al poder cobrar los préstamos si los prestatarios mueren o están demasiado enfermos para pagar, y 2) las IMF cuya principal motivación es asistir a sus clientes en el manejo de los riesgos y en la superación de crisis y baches económicos *(véase el Cuadro 85 para un ejemplo de la segunda categoría)*. Naturalmente, muchas organizaciones pueden estar motivadas por ambos objetivos, pero su motivación primaria probablemente influirá su selección de servicios de seguro y los medios de ofrecerlos.

Cuadro 85

Reduciendo la vulnerabilidad de los pobres: el caso de Shepherd, India

Está bien claro que la motivación de Shepherd para ofrecer seguros es reducir la vulnerabilidad de los pobres. Al así hacerlo, ha diseñado una estrategia comprensiva para la prevención y el manejo de riesgos que incorpora el seguro entre su variedad de medidas, incluyendo:

– **Seguridad de alimentos:** En cada reunión, se pide a los miembros del grupo que ahorren un puñado de arroz; según se acumula este ahorro de arroz, los miembros pueden tomar a préstamo del arroz o donarlo a los miembros más necesitados de la comunidad.

– **Seguridad de ingresos a través del seguro de vida:** El negocio principal de Shepherd es la provisión de ahorro y crédito mediante grupos de auto ayuda (GAA), a través de los cuales los préstamos se usan sobre todo para respaldar actividades generadoras de ingresos. Para proteger a las familias de la muerte del jefe del hogar, los miembros del grupo (y sus cónyuges) pueden escoger entre cuatro esquemas de seguro de vida distintos que ofrece Shepherd en nombre de compañías de seguros.

– **Seguridad de ingresos a través de ganado:** Para miembros que piden préstamos para ganado y animales, Shepherd promueve una estrategia de tres puntos: prevención, promoción y protección. La *prevención* se atiende a través de la organización de campamentos regulares de cuidado de ganado. En ellos, un veterinario identifica y da tratamiento al activo principal de la familia. Para la *promoción*, Shepherd ha entrenado a veterinarios para educar a los miembros de los GAA a cuidar a sus animales adecuadamente y a darles tratamiento continuado, de ser necesario. Para la *protección*, Shepherd ofrece seguro de ganado en nombre de una compañía de seguros que cubre la muerte natural y accidental de los animales.

– **Seguridad de salud:** En 2003, Shepherd introdujo UniMicro Health Insurance, en asociación con la United India Insurance Corporation (UIIC), para cubrir tratamientos en el hospital *(véase la Tabla 18 en el Capítulo 3.1)*. Para complementar el producto de seguros, Shepherd organiza campamentos médicos regulares en los que se realizan exámenes para diagnosticar enfermedades. Shepherd también ofrece préstamos de emergencia, que son utilizados sobre todo para partos a través de su Sugam Fund *(véase el Cuadro 23 en el Capítulo 2.4)*.

– **Seguridad de activos:** Un aditamento en el producto UniMicro de UIIC incluye seguro de la choza, y paga un beneficio de $100 si la casa del tenedor de la póliza se consume por el fuego.

Fuente: Adaptado de Roth et al., 2005.

En general, es más fácil para las IMF de la primera categoría alcanzar sus objetivos que para las de la segunda. Gracias a su simplicidad relativa, el seguro de vida de crédito básico es más accesible para la IMF, y más fácil de costear para el cliente; por ello, es más probable que la IMF pueda ofrecerlo por sí misma, mientras que la cobertura comprensiva —proteger a los pobres de los muchos riesgos que realmente les preocupan— es más difícil de ofrecer y pudiera no estar disponible de otras fuentes.

Si las IMF están motivadas para ofrecer seguro primariamente, porque quieren ayudar a sus clientes a manejar los riesgos, y si ofrecen también ahorros, entonces esa debiera ser su primera prioridad (donde la ley les permite aceptar depósitos). Según se describe en el Capítulo 1.2, los pobres son vulnerables a una variedad de riesgos y de baches económicos, muchos de los cuales representan gastos relativamente pequeños, pero molestos, para los cuales el seguro no es una solución apropiada. El seguro cubre pérdidas mayores y es muy específico en los riesgos: por ejemplo, una póliza de seguro de vida no puede ayudar a quien ha sido robado, ni el seguro de salud puede ayudar a reconstruir una vivienda destruida. Los ahorros (y los préstamos de emergencia) son más flexibles y tienen mayor capacidad de respuesta que el seguro al enfrentar los riesgos.

La dificultad principal con los ahorros como mecanismo para enfrentar el riesgo es que los fondos son frecuentemente insuficientes para cubrir las pérdidas, y su uso deja al que ahorra vulnerable para riesgos adicionales. Las IMF con un objetivo de desarrollo más amplio también debieran considerar ayudar a sus clientes a prevenir o a mitigar sus riesgos, como Shepherd, que ofrece talleres de salud y campamentos de cuidado de ganado. Mientras que una IMF pudiera enfrascarse en estrategias para llenar esta misión social, tales medidas podría tener la ventaja adicional de reducir las reclamaciones, teniendo un impacto positivo y costo-efectivo en la experiencia de reclamaciones *(véase el Capítulo 3.9)*.

Parece haber un compromiso entre llegar a mucha gente con un producto simple y llegar a menos gente con seguro voluntario más complejo y variado. En general, tiene sentido para las IMF comenzar con una póliza de vida simple para aprender sobre seguro. Los productos simples funcionan mejor porque son más fáciles de administrar y también más fáciles de entender para los clientes. Una vez que las IMF saben cómo manejar sus riesgos de seguro (bien de por sí o en asociación con un asegurador), entonces pueden ir hacia adelante y proporcionar cobertura que responda mejor a las necesidades de sus clientes. De igual forma, una vez el mercado entiende lo que es el seguro y comienza a desarrollar una cultura de seguros, los clientes estarán más dispuestos a pagar por beneficios más amplios.

Al seleccionar productos de seguro, es importante que las IMF reconozcan que no pueden cubrir todos los riesgos y que los clientes no pueden costearse numerosos productos de seguro. De hecho, esto puede ser una razón para evitar el seguro totalmente, ya que la IMF no quiere clientes que paguen primas de seguro a expensas del pago de un préstamo o de depósitos de ahorro. Si la IMF decide seguir adelante con el seguro, el reto es determinar las soluciones más costo-efectivas para los principales problemas de sus clientes.

2.1 ¿Integrado o independiente?

Para ofrecer seguro costo-efectivo a los pobres, una de las estrategias principales es combinarlo con otro servicio financiero, por ejemplo, con ahorro o préstamo, de modo que los costos de transacción puedan ser minimizados. Ya que el crédito es el negocio principal de la mayoría de las IMF, los términos del seguro y de préstamo pueden coincidir, de modo que los clientes puedan renovar su préstamo y su seguro al mismo tiempo. Al vincular la cobertura al préstamo, la IMF también puede hacer la prima más fácil de pagar, al añadirla a la cuantía del préstamo. Sin embargo, según se discute en el Capítulo 2.3, no todo el mundo quiere un seguro, e incluso quien quiere un préstamo, no lo querrá perpetuamente, de manera que el seguro vinculado al crédito ofrece una cobertura incompleta.

Por tanto, un vínculo entre el ahorro y el seguro no sólo proporciona cobertura más continua que el vínculo de crédito-seguro, sino que puede reducir significativamente los costos de transacción. Para el seguro de ahorros de vida, por ejemplo, no hay costos de transacción para los clientes, ya que ellos no tienen que pagar la prima (a cambio, aceptan una tasa de interés más baja en sus ahorros). Para otros productos vinculados al ahorro, las primas también se pueden pagar deduciendo la suma de los ahorros, aunque hay riesgo de que los depositantes no sean conscientes de que se les está deduciendo una cuota *(véase el Capítulo 3.3)*.

De la perspectiva de una IMF, los productos de seguro más interesantes están integrados o vinculados a los servicios principales de crédito, y posiblemente de ahorro, de la organización. No sólo los productos integrados aumentan la eficiencia, sino que también promocionan los productos principales de la IMF. El seguro de propiedad, por ejemplo, tiene el mayor sentido cuando se vincula a los activos adquiridos con un préstamo de la IMF, como una casa, material de negocio o ganado.

Sin embargo, podría haber una justificación para considerar el seguro que se ofrece independiente. Aunque muchos ejemplos extraídos de los estudios de casos sobre seguro independiente eran de las uniones de crédito, otros tipos de IMF también podrían considerar esta opción como un área posible

de crecimiento. Unos de los retos principales sería la estructura de recursos humanos, ya que la venta de seguro independiente requiere un mayor peritaje del personal de campo *(véase el Capítulo 3.7)*.

El argumento principal a favor de ofrecer seguro independiente es retener a los tenedores de pólizas que no quieren pedir más préstamos. Las IMF que ofrecen seguro vinculado al crédito deberían considerar una póliza de continuidad que permita a los clientes tener cobertura de seguro entre préstamos. Mientras la IMF tenga un método de cobro de primas independiente de un préstamo, el producto, relativamente, tiene bajo riesgo, porque no requiere pre-evaluación adicional.

Una segunda razón para ofrecer seguro independiente, es expandir el mercado de la IMF y llegar a personas a las que no podría servir a través de ahorros y préstamos. Si la IMF adopta este enfoque y vende microseguro a los no-miembros, la organización (o sus socios de seguro) es vulnerable a los riesgos de selección adversa. Para controlar este riesgo, el seguro sólo debe ofrecerse a personas que se unen al grupo para fines distintos a la obtención de un seguro o para aumentar sus beneficios a lo largo del tiempo *(véase el Capítulo 3.1)*.

2.2 Cuestiones relacionadas con el seguro a largo y corto plazo

El seguro a corto plazo es más fácil de ofrecer que el de largo plazo para las IMF. Es más fácil prever si un evento asegurado ocurrirá en el plazo de un año que a lo largo de los próximos cinco o diez años. Si el asegurador comete errores en la tarifación, sólo sufrirá esos errores durante un periodo de tiempo corto, transcurrido el cual podrá hacer sus ajustes. Se recomienda encarecidamente que las instituciones de microfinanzas no se impliquen por su cuenta en seguro a largo plazo.

Por otro lado, muchas IMF no están en posición de ofrecer seguro a largo plazo en asociación con una compañía de seguros, porque sus canales de entrega giran en torno a préstamos a corto plazo. En India, Tata-AIG (un asegurador) y la Bridge Foundation (una IMF) se vincularon para vender un producto de seguro de vida a largo plazo que requirió que las primas se cobraran durante muchos años. El plan piloto no resultó porque el plazo de los prestamos y el plazo del seguro no coincidían. Cuando los clientes dejaban de tomar prestado, la IMF carecía de un mecanismo para que continuaran pagando las primas, lo que hizo que muchas pólizas colapsaran.

Una IMF que utiliza una cuenta de ahorros a través de un mecanismo de seguros pudiera, en teoría, ofrecer seguro a largo plazo. Sin embargo, las instituciones de microseguro pudieran ver el seguro a largo plazo ofrecido en nombre de una compañía de seguros como una competencia para los productos de ahorro de la propia IMF.

2.3 Seguro de salud

El seguro de salud es un producto difícil de ofrecer para las IMF, pero existen algunos ejemplos —incluyendo a BRAC y a Grameen, en Bangladesh; SEWA y Shepherd, en India; AssEF, en Benin; IMF que colaboran con Microcare, en Uganda, y TYM, en Vietnam— que proporcionan lecciones y reflexiones sobre otras IMF. El vínculo entre los servicios principales de la IMF y el seguro de salud no ha de ser necesariamente fuerte, por lo que la mayoría de las IMF tienden a renunciar a un producto de seguros tan complejo y tan costoso.

Sin embargo, dos argumentos contundentes pudieran llevar a las IMF a las aguas profundas del seguro de salud. Primero, las IMF con agendas sociales cargadas pudieran verse como algo más que sólo instituciones microfinancieras, lo que es ciertamente el caso de las IMF que ofrecen seguro de salud en Bangladesh e India.

El segundo argumento es que los gastos de salud, para los prestatarios y para los miembros de la familia, podrían afectar adversamente a la cartera de préstamos de la IMF. Esa fue la motivación que subyacía a la relación inicial de FINCA Uganda con Microcare. AssEF tuvo una motivación parecida. Su investigación del mercado determinó que los miembros de AssEF que no tenían protección de riego financiero por enfermedad, a menudo utilizaban sus préstamos generadores de ingresos para pagar sus gastos de salud, y entonces tenían dificultad para pagar el préstamo. El resto de opciones para cubrir los gastos de salud —sacar dinero de cuentas de ahorro, pedir un préstamo o vender equipo productivo— tenían un efecto negativo en la microempresa, y consiguientemente en la cartera de préstamos de la IMF. AssEF procuró encontrar la raíz del problema proporcionando seguro de salud. La experiencia que proporcionan las IMF que cubren seguro de salud puede clasificarse en tres modelos posibles:

1. El modelo del proveedor de salud

Tanto el Programa de Seguro de Salud de BRAC como el de Grameen Kalyan se construyen en torno a clínicas propias, que proporcionan la mayor parte de los servicios sanitarios. En el caso de BRAC, las clínicas y el esquema de seguro de salud se administran de manera separada; en ambos casos, las clínicas y el seguro son independientes de las operaciones de microfinanzas de su compañía matriz.

El único vínculo es que los miembros de la microfinanciera reciben un descuento en la prima y están implicados, informalmente, en el *marketing*.

2. Modelo socio-agente

VimoSEWA, Shepherd y Constanta Foundation (Georgia); todas ofrecen seguro de salud a través de su compañía de seguros. Como resultado, las IMF

son en primer lugar responsables de las ventas y de la educación de los clientes, pero, con excepción de VimoSEWA, no están implicadas en el diseño de productos, el manejo de información, pagos de reclamaciones, ni en la provisión de cuidado sanitario.

3. Auto-seguro

Tanto AssEF como TYM proporcionan seguro independiente, incluyendo el diseño del producto y la asunción del riesgo. TYM ofrece un beneficio de hospitalización de 200.000 VND ($13) pagadero sólo una vez en la vida, así que es tanto simple, como de valor limitado. AssEF, sin embargo, proporciona una cobertura muy comprensiva, incluyendo el 70% de muchos gastos de cuidado sanitario siempre que sean provistos por los proveedores de cuidado de salud bajo contrato. El departamento de seguros de la IMF paga las reclamaciones directamente a las clínicas y a los hospitales.

Las IMF interesadas en ofrecer seguro de salud deberían mantener el esquema lo suficientemente separado de sus actividades de microseguro. A diferencia del seguro de vida, en el que gestionar las reclamaciones supone una ventaja para las IMF, con el seguro de salud la IMF debe mantenerse fuera del peso administrativo de la gestión de reclamaciones. También, según se discute en el Capítulo 2.1, es difícil que el microseguro de salud pueda mantenerse por sí solo. Por ende, las IMF necesitan comprobar que cualesquiera pérdidas por el seguro no afecten adversamente a sus operaciones de microfinanzas.

Irónicamente, AssEF ha experimentado el problema opuesto: el esquema de microseguro ha estado sufriendo debido al desempeño tan pobre de la cartera de préstamos. Debido a que el microseguro estaba integrado como un servicio voluntario adicional, para los miembros de la microfinanciera, el seguro arrasó inicialmente con los beneficios de la confianza de los miembros. Sin embargo, debido a un aumento de competencia entre los microprestamistas, la IMF experimentó altos niveles de delincuencia y de tasas de salida (*drop-out*). Estas dificultades llevaron a una falta de satisfacción del personal y a que se distrajeran del cobro de primas para dedicarse al cobro de los préstamos.

2.4 ¿Seguro para las IMF?

Además de considerar qué productos de seguro ofrecer a sus clientes, las instituciones de microfinanzas también necesitan tener en cuenta sus propias necesidades de seguro. Curiosamente, la implicación de AIG con el microseguro en Uganda comenzó durante las negociaciones sobre cobertura comer-

cial para FINCA. Las IMF que trabajan en sociedad con una compañía de seguros deberían considerar agrupar todas sus necesidades de seguros — aquellas de la IMF y de sus clientes— en las negociaciones, para obtener ventajas. Además, si el personal esta cubierto bajo pólizas similares a las de los clientes de las IMF, es más probable que el personal comprenda la póliza. Si a ellos no les gusta el producto, hay una gran probabilidad de que tampoco les guste a los clientes de la IMF.

En general, las IMF deberían evaluar si necesitan las siguientes clases de cobertura corporativa:

– **Seguro de vida y de salud para los empleados:** Las IMF deberían preocuparse de proteger sus activos más preciados: sus empleados. Inversiones moderadas en cobertura de vida y de salud para sus empleados pueden generar rendimientos significativos en forma de retención del personal, productividad lata y menos días de trabajo perdidos por enfermedad.
– **Seguros de fianza:** Los bonos garantizan el pago resultante de una pérdida financiera consecuencia de la deshonestidad**,** falta de desempeño u otros actos. Un tipo de bono es el seguro de fianza, que protege a la IMF de pérdidas debidas a actos fraudulentos perpetrados por un tipo de personal específico.
– **Transporte y custodia de dinero:** Cualquier IMF que guarde o transporte diento en efectivo es vulnerable al hurto. Las IMF harían bien en intensificar sus controles internos y las políticas de seguridad con cobertura de seguros.
– **Pérdida o daño a la propiedad:** Muchas instituciones microfinancieras tienen mucho dinero invertido en su estructura de oficina principal y sucursales, y esas oficinas a menudo están localizadas en comunidades de alto riesgo. Ciertamente, es bueno considerar la protección contra fuego, vandalismo u otras pérdidas de propiedad.
– **Seguro de depósito:** En muchos países, el seguro de depósito es un servicio público proporcionado por o en asociación con el banco central para instituciones que toman depósitos. Sin embargo, tal arreglo puede ser delegado a una compañía de seguros que tenga mejor información sobre la salud de ciertas instituciones financieras que el banco central. Por ejemplo, en Polonia, TUW SKOK proporciona seguro de depósito sobre todas las cuentas de ahorro hasta 20.000 euros ($25,000).

3 Conclusión

No hay razones por las que una IMF tenga que ofrecer seguro. De hecho, la mayoría de las IMF debieran enfocarse en mejorar la efectividad de sus actividades de préstamos antes de distraerse con el seguro.

Si una IMF decide ofrecer seguro, debe reconocer que no puede atender los riesgos de todo el mundo; necesita determinar la forma más costo-efectiva de ayudar a los clientes a resolver su problema sin que ello afecte al negocio principal de la organización. También debería preguntarse si tiene suficientes destrezas para proporcionar seguros, bien de por sí, bien con una compañía de seguros. El entrenamiento en seguros para los gerentes de microfinanzas fortalecerá su habilidad de negociar productos apropiados en nombre de sus clientes.

Las instituciones de microseguro que están empeñadas en ofrecer seguros para protegerse a sí mismas, a sus clientes o a ambos deberán explorar su potencial para asociarse con compañías de seguros. Cuando esas asociaciones sean posibles, deberán adaptar los productos y los sistemas para acomodar las características del mercado de bajos ingresos. Donde el entorno de regulación lo permite, las IMF o las asociaciones de IMF deben considerar la creación de firmas de corretaje o incluso su propia compañía de seguros, aunque esta tendría que gestionarse separadamente para garantizar que las políticas de crédito no influyen en la política de seguros, y viceversa.

Al determinar qué productos ofrecer, y a través de qué canales, una consideración importante es cómo puede una IMF crear una cultura de seguros en su mercado-meta. Por ejemplo, ¿qué puede hacer una IMF en términos de diseño de productos, estándares de servicio y de educación al consumidor para crear condiciones en las que las familias de bajos ingresos aprecien el seguro y estén dispuestas a pagar primas adicionales?

Todavía queda una brecha entre los riesgos que realmente preocupan a los pobres —tales como poder pagar el cuidado sanitario y la protección contra desastres naturales— y los productos de seguro que las IMF pueden ofrecer sobre una base realista, aun en sociedad con un asegurador. Las instituciones financieras tienen que ser realistas sobre lo que pueden ofrecer o no, y a qué costo. De hecho, algunos tipos de seguro para los pobres, tales como el seguro de salud, necesitan subvencionarse, lo que pudiera no tener sentido para una IMF con un modelo de negocio comercial.

5 El papel de otras partes interesadas

5.1 El papel de los donantes

Alexia Latortue

La autora agradece las ideas y sugerencias de Frank Bakx (Fundación Rabobank), Jeremy Leach (FinMark Trust), Jeanette Thomas (CGAP) y Ellis Wohlner (consultor en SIDA), y la excelente ayuda prestada en la investigación por Aude de Montesquiou (CGAP), así como sus extensos comentarios.

Las personas pobres en los países en desarrollo carecen casi siempre de protección ante los numerosos riesgos que presenta la vida. No han resultado agraciadas en la «lotería geográfica»: viven en países con economías informales extensas e instituciones débiles. Los gobiernos, sin liquidez y plagados de sistemas ineficientes, con frecuencia no pueden proporcionar protección social adecuada. Los sectores privados y formales de estos países suelen ser minúsculos e inaccesibles para la mayoría de la ciudadanía. Los aseguradores no constituyen una excepción a la regla, y a menudo no se percatan de la oportunidad de mercado que representa la base de la pirámide. Así pues, para las personas pobres la norma es la exclusión de la protección social y también del sistema formal de seguros.

En este contexto, cabría preguntarse cuál es el papel de las instituciones internacionales de desarrollo, el asunto central que trataremos en este capítulo. Partiendo de la iniciativa sobre la eficacia en la ayuda emprendida por el Grupo Consultivo de Ayuda a los Pobres (conocido por sus siglas en inglés, CGAP), en este capítulo se persigue lograr una comprensión de los sistemas de donantes y examinar como estos pueden obstaculizar o fomentar la aplicación de buenas prácticas. También nos referimos al documento de las guías preliminares para donantes, *Preliminary Donor Guidelines for Supporting Microinsurance,* al sugerir estrategias específicas que estos pudiesen emplear para ampliar los servicios de microseguro.[1]

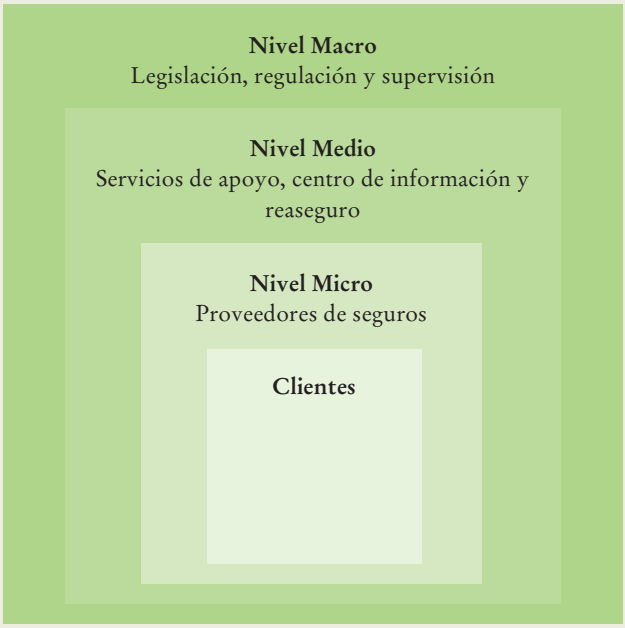
Los donantes favorecen cada día más el microseguro, puesto que permite atender la vulnerabilidad de los pobres. Los objetivos del microseguro, que son ayudar a las personas de bajos ingresos a lidiar con los riesgos y romper con el círculo vicioso de la pobreza y la vulnerabilidad, responden a las prioridades de muchos donantes. A la vez, las «dos caras de Jano» que se describieron en el Capítulo 1.1 tienen igual importancia para éstos. Sea desde la perspectiva de la protección social o dentro del contexto del sector privado y

[1] Este documento fue preparado por el Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro (2003).

financiero (o desde la óptica en que se combinan ambos), a los donantes les interesa la aportación que pueda hacer el mundo de los seguros a los objetivos de desarrollo del milenio (ODM). Sin embargo, ante el entusiasmo de los donantes, hay que ser a la vez cautelosos y optimistas.

Los donantes[2] están muy bien ubicados para asumir un rol ante el fracaso, tanto de la gestión del sector público como del sector del mercado privado. El uso inteligente de los subsidios podría funcionar como agente catalizador para atraer el interés de actores privados a un segmento de mercado nuevo y desconocido, además de proporcionar inversiones muy necesarias en la infraestructura social, tales como centros locales de servicios médicos, ayudar a fortalecer la capacidad de los actores locales y fomentar cambios en la política para eliminar las barreras al acceso.

Figura 34 **Una estructura analítica para el apoyo de donante para el microseguro**



[2] Para fines de este capítulo, los donantes incluyen las agencias bilaterales y multilaterales, bancos de desarrollo regional, fundaciones e inversionistas aceptables socialmente. Gran parte de la discusión también podrá aplicarse a otras organizaciones que financian microseguro o diseñan y manejan programas de microseguro en nombre de los donantes, tales como organizaciones no gubernamentales internacionales (ONG), consultores y redes internacionales.

1 Un marco de análisis

El campo del microseguro tiene muchas facetas y su gestión requiere acción en todos los niveles del mercado *(véase la Figura 34)*. Con respecto a los clientes, los factores clave son (1) la capacidad de los proveedores minoristas para ofrecer servicios de seguro adecuados para las personas de escasos ingresos (nivel «micro»); (2) la infraestructura y apoyo de segunda línea (asesoría, servicios, enlaces, etc.) a los proveedores de nivel micro para reducir los costos, mejorar la información y transparencia del mercado y alcanzar una escala viable (nivel «meso»), y (3) el entorno de las políticas gubernamentales y de agencias (nivel «macro»).

Antes que nada, los donantes que contemplen la intervención en el microseguro deben comprender estos tres niveles del mercado, así como el contexto de cada país, y el grado de desarrollo del mercado. Para que el microseguro pueda prosperar, es vital que se comprendan las necesidades de los clientes además de educarlos acerca de este tipo de seguro. Hace falta tanto un abanico de proveedores de seguros (aseguradores comerciales, cooperativas, mutualistas, etc.) como los mecanismos para atender a las personas que no tienen acceso en su lugar de residencia o trabajo. Para que estos proveedores minoristas puedan gozar de solidez y transparencia, tienen que tener acceso a una amplia gama de servicios que incluya tanto reaseguro y adiestramiento como centros de acopio de información al nivel nacional. Por último, el entorno regulatorio y de política pública tiene una importancia vital en la protección del consumidor, la reducción de las barreras al acceso y la promoción de la competencia.

2 Requisitos para que el apoyo de los donantes al microseguro sea eficaz

A falta de conocimiento y recursos adecuados, los donantes excesivamente centrados en sus buenas intenciones pueden diseñar programas ineficaces que nunca llegan a alcanzar una escala viable y representan un derroche de dinero. Peor aún, cuando fracasa un plan de microseguro, se puede crear desconfianza entre los clientes, quienes de por sí no tienen mucha confianza en los servicios de seguros, y entre los proveedores de seguro, que miran a este nuevo segmento del mercado con escepticismo. Las intervenciones bien dirigidas de los donantes, sin embargo, pueden crear un nuevo ímpetu, así como pericia e innovaciones que tienen un efecto poderoso de modelaje, al aumentar el acceso de las personas pobres a los servicios de seguros.

El trabajo realizado por CGAP acerca de la eficacia de la ayuda, nos ha enseñado mucho acerca de lo que hay que hacer para que los donantes gestio-

nen programas eficaces.[3] Los cinco elementos clave conocidos como la «Estrella para la eficacia» *(véase la Figura 35)* conforman un marco de gran utilidad para hablar sobre los prerrequisitos que los donantes necesitan cumplir para apoyar exitosamente los servicios de seguros para las personas pobres. Aunque todos los elementos de la «Estrella» son importantes, variará la capacidad de cada donante con respecto a éstos. Por otro lado, los donantes deberán usar estos cinco elementos para evaluar sus sistemas internos e identificar las áreas donde pueden mejorar. Pueden usar este análisis para determinar: 1) *si deben* intervenir en el microseguro y 2) *cómo pueden* intervenir aprovechando la ventaja comparativa.

Figura 35 **La Estrella de Ayuda Efectiva**

2.1 Claridad estratégica

¿Posee el donante una visión y comprensión claras de lo que es el microseguro, de cómo el microseguro contribuye a sus metas generales de desarrollo y de qué se requiere para que el donante pueda apoyar al sistema de microseguro de manera eficaz?

[3] Por ejemplo, véase Cook et al., 2005.

La afinidad que pudiera tener un donante por el microseguro puede surgir de distintos puntos de partida, como la protección social, la salud, la agricultura, la administración de riesgos o los servicios. Por ende, no es motivo de sorpresa que los programas de microseguro surjan de varios departamentos dentro de la misma agencia donante. En la OIT, por ejemplo, el programa de financiación social trabaja con el sector financiero, mientras que el programa STEP trabaja desde la perspectiva de la protección social. Pocas agencias de desarrollo tienen departamentos o unidades dedicadas exclusivamente a los seguros.

Debido a esta dispersión de la actividad de microseguro entre las agencias donantes se pierden oportunidades para compartir información y lograr un impacto significativo. El personal de las agencias donantes con frecuencia trabaja en compartimentos estancos. Aunque son colegas que trabajan en torno a un mismo asunto, lo miran a través de distintos «cristales», sin hablarse entre sí o hasta desconociendo las actividades que realiza el otro.

Hay algunos proyectos de microseguro que funcionan como entes separados dentro de la cartera de algunas agencias donantes, pero lo común es que los seguros se incluyan como un componente de otros proyectos mayores. Por tanto, el microseguro puede carecer de la atención especializada que se requiere. Rara la vez se da el caso de que una sola parte de la organización tenga la autoridad para tomar decisiones fundamentales o administrar el control de calidad.

La claridad estratégica también afecta a cómo interactúan los donantes con los actores clave en el ámbito local —el Estado, el sector privado y la sociedad civil—. La preferencia marcada por una de las caras de Jano (por ejemplo, por la protección social frente al sector privado) influirá en la decisión que tome el donante con respecto a la entidad con la cual colabora y el contenido de las negociaciones para la colaboración. Se plantean también asuntos de la política pública. Desde la perspectiva de la cara de Jano que es la protección social, la cuestión clave para el donante puede ser determinar hasta qué grado el promover el microseguro libera al Estado de su responsabilidad de proveer seguridad social. Con respecto a la cara de Jano que representa el sector privado, el donante podría preguntarse si es apropiado usar los recursos del donante para subsidiar a las empresas del sector privado.

Los donantes no tienen una perspectiva neutral. La claridad estratégica afecta a cómo se fijan los objetivos, qué personal experto se recluta y cómo se da seguimiento al programa. Las decisiones que parecerían ser de naturaleza operacional podrían tener implicaciones estratégicas de gran envergadura. Por ejemplo, decidirse por pólizas de seguro grupal, en contraste con las pólizas individuales, produce, en general, una cobertura más inclusiva y econó-

mica. Independientemente del punto de partida, el cliente debe ser el eje de las decisiones que se tomen. En particular, los donantes deben tener una perspectiva amplia de las necesidades que tienen los clientes con respecto a las estrategias de administración de riesgos; el seguro no siempre es la mejor solución. Hay otros servicios, como los ahorros, que pueden ayudar a los clientes a administrar los riesgos de manera muy eficaz.

2.2 El personal adecuado

¿Hay suficiente personal en la agencia de donantes, con suficiente conocimiento en seguros con respecto al tamaño de la cartera de seguros? Aun en los casos en que el donante dependa de expertos externos, se requiere un mínimo de "alfabetización" con respecto a los seguros dentro de la agencia.

Para involucrarse en este campo hay que tener conocimientos básicos de los principios y las prácticas del seguro. Además, dependiendo del tipo y nivel de la intervención, los donantes podrían necesitar de la ayuda de expertos específicos tales como especialistas en gestión y contabilidad de seguros, ciencias actuariales, suscripción y ajuste de reclamaciones, o conocimiento de la reglamentación del seguro.

Sin embargo, el conocimiento experto sobre seguros es escaso entre la mayoría de las agencias donantes, siendo el desconocimiento sobre el microseguro mayor, lo cual se complica aún más, dada la tendencia predominante entre el personal de los donantes de convertirse en generalistas. La falta de especialización del personal tiene consecuencias muy serias para la calidad del programa. Mientras que no sería realista pretender que todas las agencias tuvieran expertos en microseguro entre su personal, el personal que administra proyectos que incluyen seguros debe tener un nivel mínimo de conocimiento sobre la materia para saber cómo buscar ayuda externa de manera inteligente y formular las preguntas adecuadas.

Lamentablemente, en el caso del microseguro escasean los expertos. Varios de los donantes dependen del mismo número limitado de consultores en el campo. En algunas de las áreas de especialización que se necesitan en el campo de los seguros, por ejemplo, las ciencias actuariales y la suscripción de pólizas, las redes de los donantes son muy pequeñas o inexistentes.

Además de contar con expertos en seguros entre su personal de plantilla, los donantes eficaces deben conocer el mercado local. Los donantes descentralizados, con personal localizado en distintos países o regiones, pueden gozar de alguna ventaja en este sentido. Si no conoce bien el ámbito local, el donante no puede juzgar de manera adecuada si las entidades que instrumentan el proyec-

to han evaluado las necesidades prioritarias de la población que se persigue ayudar, los tipos de riesgo a los que se enfrenta, los mecanismos existentes de administración de riesgo y la protección adicional que se necesita.

2.3 Los instrumentos adecuados

¿Tiene la agencia donante los instrumentos adecuados para un programa piloto innovador? ¿Puede el donante asignar pequeñas cantidades de dinero de manera flexible, dentro de una perspectiva a largo plazo? ¿Puede trabajar directamente con el sector privado?

El abanico de instrumentos que tienen los donantes incluye ayuda técnica, subvenciones económicas, préstamos, capital, garantías y políticas de apoyo. Ya que el campo del microseguro todavía está en una etapa experimental, los donantes deben ser pacientes y cautelosos, proveyendo cantidades módicas de dinero, quizás durante un plazo más largo. Solicitar el vínculo de fondos de las entidades con quienes se asocian es una forma de comprobar el compromiso verdadero a largo plazo. Se deben discutir desde el principio los planes para alcanzar la sostenibilidad.

El campo de los seguros es muy especializado. Por tanto, cuando sea posible, los donantes deben tratar de trabajar con las instituciones que ya tienen el conocimiento especializado, como los aseguradores o las sociedades mutualistas de salud (*health mutuals*, en inglés; *mutuelles de santé*, en francés). Trabajar con los aseguradores formales trae a colación el asunto de si es apropiado proveer subsidios públicos a las compañías privadas. La mayoría de las agencias de desarrollo apoyan con mucho entusiasmo el desarrollo privado y el trabajo conjunto entre el sector público y el privado. Sin embargo, a muchas de las personas que trabajan en las entidades donantes les incomoda poner los escasos fondos que tienen en manos de actores privados. Además, falta mucho por aprender sobre la manera en que se puede estructurar este apoyo y sobre cómo se puede planificar el retiro del donante *(véase el Cuadro 86)*.

Cuadro 86

Desatando el papel catalítico del sector privado con subsidio público[4]

El subsidio público, cuando está bien dirigido y a tiempo, puede incitar al sector privado a ayudar a reducir las brechas y reponerse a los fallos del mercado. Los siguientes principios se refieren a la provisión de subsidios al sector privado:

[4] Este cuadro se basa en una entrevista con Jonathon Ridley de Enterplan, que trabaja en la administración del Financial Deepening Challenge Fund, de DFID, que ha provisto donaciones a firmas en el sector privado, incluyendo a compañías de seguros. Véase DFID/FSCF, 2004.

– Los donantes sólo deben financiar actividades que sean aceptables por ser pro-pobres y de alta calidad y, por lo tanto, resultar en rendimientos sociales mensurables.
– La financiación de donantes debería permitir o acelerar el proceso que, de otro modo, no se habría realizado o hubiera llevado demasiado tiempo.
– Los donantes deben poner cuidado en no subvencionar algo que el sector privado estaría dispuesto a hacer por sí mismo, y a no subvencionar injustamente la competencia dentro de una iniciativa del sector privado.
– Las compañías privadas debieran proporcionar algunos de sus propios fondos (cofinanciación), y los márgenes/ganancias devengadas de la actividad no deben ser excesivos.
– Los donantes deben identificar socios con un probable alto grado de nivelación.
– Las metas de las actividades financiadas deben alcanzarse de una forma comercial viable, por ejemplo, la entidad privada debe reconocer un caso de negocio viable.

Sin embargo, la realidad de algunos países es que los aseguradores formales no van a entrar en el mercado de ingresos limitados hasta pasados muchos años. En estos países, una serie de instituciones no especializadas ofrecen seguros, desde cooperativas de ahorro hasta sociedades mutualistas de salud. Se puede hacer buen uso de los fondos de los donantes de esta manera, especialmente para la asistencia técnica y subvenciones específicas. La ayuda técnica puede contribuir a mejorar la investigación del mercado, el desarrollo de productos, el adiestramiento y la educación que se proporciona a los clientes. Las subvenciones se pueden usar para sufragar gastos de capital fijo o para cubrir pérdidas operacionales. Para evitar la creación de incentivos negativos con respecto a la sana administración y la eficiencia, los donantes sólo deben cubrir las pérdidas operacionales en los primeros años, mientras la clientela es limitada y las primas aún no cubren la totalidad de los costos.

Los donantes también pueden otorgar préstamos y ofrecer garantías para apoyar al microseguro. Los préstamos otorgados por las agencias multilaterales a los gobiernos con frecuencia se usan en programas de protección social. Las garantías son sobre todo indicadas para ayudar a relacionar a los reaseguradores con los microaseguradores *(véase el Cuadro 87)*. Los fondos para garantías parciales bajo un arreglo en el cual el reasegurador asume una parte sustancial del riesgo, aunque reciba alguna cobertura de los fondos del donante, pueden ayudar a introducir a los reaseguradores en este nuevo mercado. La clave del éxito de las garantías es que se fijen los incentivos de mane-

ra que los aseguradores operen como si fuera su propio capital el que estuviera en riesgo, a la vez que se asegure que el rendimiento vaya disminuyendo a través del tiempo. Los donantes deben obtener asesoría experta para estructurar los fondos de garantía adecuadamente y deben dar seguimiento a su impacto y eficiencia económica.

Cuadro 87

Apoyo mediante garantías prestadas por donantes

Durante la fase inicial del Plan de Seguro Médico-Hospitalario de Nsambya, en Uganda (NHHP), ahora conocido como Microcare, una garantía DFID ofrecida por la agencia británica de ayuda internacional fue de vital importancia. El NHHP no tenía reservas, ni acceso al reaseguro (la siguiente línea de defensa de los aseguradores después de las reservas) porque aún no era un asegurador regulado. Los subsidios de DFID facilitaron que NHHP probara algunas metodologías para ayudar a las personas pobres, tales como proporcionar planes de seguro médico a las comunidades de bajos ingresos usando la clientela de una institución de microfinanzas. Para limitar su propio riesgo, DFID se reservó el derecho de monitorear las prácticas de tarifas y los logros de objetivos del plan comercial de NHHP.

Fuente: Adaptado de Dror y Preker, 2002.

Ciertos costos, como los costos de gestión de reclamaciones, rara vez deben ser cubiertos por los donantes. Los clientes deben encarar desde el principio los costos reales de un sistema de seguros bien administrado. Se podrían exceptuar los planes de protección social que tienen acceso a subvenciones estables (del Estado, por ejemplo) y pueden subsidiar las primas para las personas muy pobres o de alto riesgo a largo plazo. Aun así, hay un alto riesgo de que la entidad se retire del mercado o colapse financieramente al terminar el subsidio.

Por ahora, el grupo de apoyo de los donantes se debe dirigir al nivel de los detallistas. Al pasar el tiempo, las inversiones en la infraestructura del mercado y los niveles de política pública tendrán más importancia a medida que los donantes ayuden a fomentar un sistema general coherente para aumentar el acceso de las personas pobres a los servicios de seguros. Por regla general, los instrumentos más aptos para trabajar al nivel de la infraestructura del mercado y con las organizaciones que formulan política pública son las subvenciones de dinero, la asistencia técnica y la armonización de las políticas.

2.4 Responsabilizarse por los resultados

¿Hay transparencia en la agencia donante respecto a todos los proyectos que incluyen microseguro? ¿Se ocupa el donante de dar seguimiento al desempeño del programa de microseguro, y toma alguna medida como consecuencia de los resultados?

Mejorar la manera en que se rinde cuentas sobre el uso del subsidio público es de crucial importancia. Para lograrlo, hay que hacer mucho más que evaluaciones *ex post facto.* Hay que incentivar la actitud de rendir cuentas en todas las etapas del proyecto.

Puesto que, con frecuencia, el microseguro surge de varios departamentos dentro de una misma agencia, es importante que los objetivos principales se tengan claros desde el principio. Hay que preguntarse ¿qué es el microseguro bueno? ¿Aquel que trata de lograr sostenibilidad económica y de alcanzar los objetivos sociales, como por ejemplo, satisfacer las necesidades prioritarias de los clientes, mejorar la calidad del cuidado médico o defender las mejoras en la legislación laboral? Los donantes deben ponerse de acuerdo acerca de las expectativas de desempeño, independientemente de cuál de las caras de Jano tengan como orientación.

Las agencias también tienen que decidir si van a tener un criterio único para evaluar todos los proyectos que tienen componentes de microseguro. Parte de la mejora de las prácticas de responsabilidad desde el inicio es asegurarse de que haya un proceso de auditoría y evaluación de riesgos (ya sea por el donante, mediante expertos externos o instrumentándolo la entidad misma).

También se deben discutir en las primeras etapas cuáles son las estrategias de retiro del donante. El donante sólo se puede retirar cuando se haya logrado una capacidad de mercado sostenible. Si no se logra esta capacidad, se hará muy difícil que el donante retire su apoyo sin perjudicar el acceso de las personas pobres a los seguros. Por ejemplo, la empresa Rabobank Group y su empresa de reaseguros, Interpolis N.V., han encarado dificultades al tratar de retirarse de Yasiru en Sri Lanka, un plan de microseguro que apoyan desde el año 2000. Si Rabobank se retira, Yasiru tendrá que reducir sus gastos significativamente o aumentar las primas anuales en un 60% para compensar totalmente por la reducción en el apoyo financiero.

Para asegurar la mejor implementación posible, los donantes deben escoger a los expertos externos con cuidado y evaluar a sus posibles socios. Todos los contratos que se otorguen a los proveedores de servicios (por ejemplo, un consultor para administrar el proyecto) y a los proveedores de microseguro se deben fundamentar en el desempeño, de manera que la subvención conti-

nuada esté atada al logro de metas concretas. Por ejemplo, los desembolsos pueden depender del cumplimiento de unas normas mínimas de desempeño, tales como el número de asegurados y un índice adecuado de gastos, junto con el examen satisfactorio por parte de un actuario de seguros.

Es de vital importancia que haya una combinación de supervisión interna y externa de los proyectos de microseguro para que se identifiquen los problemas en las fases tempranas, se asegure el uso adecuado de los fondos y se documente lo aprendido de los errores. Los donantes deben pedir que los proyectos de microseguro les envíen informes trimestrales, los cuales, aparte de los indicadores clave de desempeño, deberán incluir información cualitativa sobre el personal administrativo así como información sobre el progreso logrado con el plan comercial, el presupuesto, las metas, los problemas, las tendencias observadas y los problemas administrativos como cambios significativos en el personal.[5] Es muy aconsejable que se haga un examen actuarial por lo menos una vez al año. Este debe incluir una evaluación integral del desempeño, incluida la suficiencia de las primas y de las reservas.

Tal como sucede con los ahorros, la responsabilidad importantísima de proteger el dinero de las personas pobres no se puede asumir a la ligera. El reto al que se enfrentan los donantes es equilibrar el rol de entidades que asumen riesgos (subvencionando innovaciones que pudieran o no tener éxito) con el de inversionistas responsables. Los programas de microseguro que fracasan pueden tener consecuencias negativas a largo plazo para los clientes, los proveedores actuales y futuros, los donantes y el Estado.

2.5 Uso del conocimiento pertinente

Las agencias donantes deben cuestionar cuánto aprenden de su propia experiencia y de la de otros y cómo usan ese aprendizaje al diseñar programas nuevos. Se deben preguntar si están utilizando la literatura sobre microseguro, cada día más abundante, para informarse sobre la variedad de modelos que existe y los posibles enlaces y alianzas.

Dada la complejidad y las muchas facetas de los objetivos del microseguro, los donantes se ven obligados a compartir información y coordinarse en varios niveles. Deben coordinarse con (i) los aseguradores del sector privado, (ii) las agencias gubernamentales de protección social, para sincronizar los

[5] Los estándares para dar seguimiento todavía están bajo desarrollo y los puntos de referencia pertinentes también están en sus etapas formativas. *(Véase el Capítulo 3.10).*

esfuerzos del Estado con los del microseguro, y (iii) otros proveedores de fondos, para crear estrategias comunes y evitar que se dupliquen los esfuerzos. El consorcio iniciado por la agencia alemana GTZ para apoyar al seguro VimoSEWA es un buen ejemplo de un esfuerzo conjunto para proporcionar fondos de una manera coherente. El consorcio incluye CGAP, la Fundación Ford y la OIT (apoyo de investigación). Todas estas agencias se comunican constantemente y coordinan la entrega de fondos para sostener el plan comercial de VimoSEWA.

Aunque recientemente se ha escrito mucho sobre el microseguro y existen algunos cursos de adiestramiento para las personas que trabajan en este campo, no hay mucho material dirigido específicamente al personal de las agencias donantes. Debido a que el tema es relativamente nuevo, dicho personal necesita foros para intercambiar experiencias y discutir las razones de los fracasos y éxitos de los programas de microseguro.

Los donantes también pueden identificar alianzas con otros donantes cuya «estrella» complementa la de ellos. Por ejemplo, una agencia de desarrollo con muchos expertos podría aliarse con un donante que tiene un sistema flexible para proveer fondos a los programas piloto. Los donantes con sistemas fuertes de gestión de datos y conocimiento sobre seguros pueden promover los centros de acopio y diseminación de información.

En la siguiente sección comentaremos con más detalle las acciones de los donantes que pudieran mejorar el acceso de las personas pobres a los servicios de seguros.

3 Tipos de apoyo de donantes para el microseguro

Los donantes no son los que están al timón con respecto al desarrollo de los servicios de seguros para las personas pobres. El rol del donante es el de agente catalizador; el Estado, el sector privado y la sociedad civil son los que tienen que ser los protagonistas. Sin embargo, los donantes pueden ejercer una gran influencia sobre la manera y la rapidez con que el microseguro alcance el nivel de escala. Los donantes deben esperar a que surja la demanda por parte de las personas afectadas en los países, en vez de fomentar activamente el microseguro.

La decisión de intervenir se debe fundamentar en la comprensión adecuada de todos los niveles del mercado y su grado de desarrollo, así como de las fortalezas del propio donante. A continuación se presenta una variedad de posibles intervenciones por parte del donante, partiendo de los clientes como centro. No todos los donantes pueden, ni deberían, trabajar en los tres niveles.

3.1 Los clientes

Los proveedores de microseguro son los que están más cerca de los clientes reales y potenciales, y los que mejor pueden entender las necesidades de estos, así como educarlos. Además, los donantes pueden comisionar la realización de estudios y crear herramientas. En lo posible, los resultados de esos trabajos deben considerarse bienes públicos y ser utilizados por múltiples proveedores.

La educación de los clientes sobre los beneficios de los servicios de seguros es de importancia clave para el éxito de los seguros, aunque cabe señalar que los costos de diseñar materiales educativos adecuados y de adiestrar al personal para impartir educación son costos que no son propiamente asociados a la tramitación de seguros. En última instancia, habrá que contabilizar esos costos como gastos de comercialización de los proveedores. Los donantes pueden ser de ayuda:

- invirtiendo en el diseño de la educación de los clientes, incluyendo los costos de traducir y adaptar los materiales al contexto específico;
- ofreciendo adiestramiento sobre la educación al cliente;
- subsidiando los gastos iniciales de la educación de los clientes para los proveedores nuevos de microseguro;
- asegurando que se incluya una estrategia (con su presupuesto correspondiente) para que la educación al cliente forme parte del plan comercial de los proveedores, e
- incluyendo información sobre seguros en las campañas educativas sobre finanzas.

Con demasiada frecuencia **la demanda por parte de los clientes se da por sentada, se simplifica demasiado o no se comprende correctamente.** Los donantes pueden ayudar a mejorar la comprensión entre la clientela:

- subvencionando el desarrollo de herramientas fáciles de usar para llevar a cabo encuestas sobre los mercados de seguros;
- subvencionando encuestas nacionales sobre los mercados para lograr una mayor comprensión de las necesidades y los mecanismos de administración de riesgos de las personas de bajos ingresos (la demanda) y cómo las organizaciones públicas, privadas e informales atienden esas necesidades (la oferta); las encuestas FinScope son un buen ejemplo de este tipo de apoyo *(véase el Cuadro 88)*.

3.2 Nivel «micro»: los proveedores al detal del microseguro

Los proveedores al detal y sus canales de distribución forman el andamiaje para proporcionar servicios de seguros a las personas pobres. Uno de los mayores retos con respecto al acceso a los servicios de seguros es lograr que se incremente la capacidad de las instituciones para ofrecer servicios adecuados y de buena calidad, a precios accesibles al segmento de bajos ingresos. Sin embargo, no se debe dar por sentado que hace falta el apoyo de algún donante. Por ejemplo, Delta Life en Bangladesh nunca ha tenido apoyo de donantes. Aunque se haya cuestionado la calidad y la idoneidad de los productos de Delta, indudablemente es uno de los microaseguradores más grandes y más antiguos. Con todo, hay muchos mercados en que los donantes tienen un papel que desempeñar para lograr que los seguros estén ampliamente disponibles.

Cuadro 88

Encuestas FinScope: conociendo el mercado[6]

El FinMark Trust, iniciado con una subvención de la agencia DFID, se ha abierto camino en Suráfrica con las *Encuestas FinScope*, encuestas especializadas de casa en casa sobre el uso de servicios financieros. Estas encuestas rastrean los patrones cambiantes de acceso a los servicios financieros en todas las categorías principales: banca transaccional, ahorros, crédito y seguros, del sector formal y del informal. Por ejemplo, en la encuesta FinScope de 2005 de Suráfrica se encontró que el 34% de las personas habían tenido algún tipo de seguro. Gran parte de esta cobertura era ofrecida por proveedores informales o semiformales, como las sociedades funerarias. La encuesta reveló que el «costo excesivo» era la barrera principal a la cobertura de los servicios funerarios y que por lo menos una tercera parte del 53,5% de los ciudadanos de Suráfrica que no usan los bancos tienen acceso al teléfono móvil y las personas que saben que hay acceso a la banca a través del móvil piensan que el medio abaratará el costo de los servicios financieros.

Las encuestas FinScope representan una herramienta poderosa para los directivos tanto del sector público como del privado que les ayuda a dilucidar cómo se pueden eliminar las barreras al acceso y cómo se puede llegar a nuevos segmentos del mercado mediante la innovación, incluidas las personas de bajos ingresos y pobres. FinScope Suráfrica actualmente recibe fondos exclusivamente del sector privado, y se está repitiendo en otros países.

Cuando sea posible, al servir a las personas pobres, los donantes deben tener como prioridad trabajar con aseguradores formales; también pueden ayudar a fortalecer la capacidad de organizaciones de base como las cooperativas. Por

[6] Más sobre Finscope en www.finscope.co.za.

regla general, los donantes no deben promover ni alentar la creación de nuevos proveedores de microseguro, aunque en algunos lugares los proveedores existentes posiblemente no tengan ningún interés en proporcionar servicios a las personas pobres o se enfrentan a limitaciones legales o regulatorias para ampliar sus servicios. Para ser eficaces, los donantes podrían reaccionar ante esto de varias maneras: desarrollando un argumento convincente desde el punto de vista comercial ante los aseguradores formales, trabajando para mejorar el marco jurídico o tanteando el apoyo a los nuevos proveedores.

Dada la relación estrecha entre el microseguro y las microfinanzas, los donantes deben tener particular cautela en no alentar a las microfinancieras a asumir el riesgo de proveer seguros. La gestión de los seguros representa una actividad especializada que requiere destrezas que pocas microfinancieras tienen o pueden desarrollar económicamente. En cambio, los donantes deben ayudar a las microfinancieras a negociar con aseguradores formales. Aun bajo el modelo de asociación, algunas de estas no tendrán la solidez necesaria para asumir la actividad de seguros.

En casi todos los casos habrá que solidificar la capacidad de la entidad, independientemente del modelo o el enfoque que se use, incluyendo el mode-

Figura 36 **El qué, quién y cómo de la asistencia técnica en el microseguro**

Áreas de asistencia técnica (¿qué?)

- Educación a clientes
- Estudio de mercado
- Estudios de viabilidad
- Desarrollo del producto/refinamiento
- Planificación de negocios
- Operaciones (procedimientos, manuales)
- Mercadeo

Proveedores de servicio técnico (¿quién?)

- Consultores independientes
- Firmas de consultoría privadas
- Redes
- Asociaciones
- Institutos técnicos / universidades
- NGO's internacionales
- Proyectos con Donantes/ Personal
- Compañías de seguros (como parte de la responsabilidad social corporative o por medio de fundaciones)

Mecanismos de entrega (¿cómo?)

- Asesores en-el-campo
- Consultores a corto plazo
- Contratos gerenciales
- Entrenamiento
- Visitas de estudio
- Herramientas
- Fondos de donantes multiples

lo socio-agente. Mientras que los aseguradores formales ya tienen destrezas en la gestión de seguros, con frecuencia necesitan mejorar sus sistemas de *marketing*, distribución y tramitación de reclamaciones para servir a las personas de bajos ingresos de manera eficaz.

Quizás la aportación más importante que pueda hacer el donante es proveer **asistencia técnica** y, en menor grado, ayuda económica, a los proveedores detallistas al nivel «micro». En la Figura 36 se esbozan las áreas en las cuales se necesita asistencia técnica para fortalecer las instituciones. También se sugieren los tipos de proveedores de servicios técnicos que existen (los donantes tienden a subvencionar la asistencia técnica, no a proveerla directamente) y los mecanismos usados para transferir el conocimiento y las destrezas. El tema de la asistencia técnica se trata más a fondo en el Capítulo 5.5.

Para incrementar la capacidad de los proveedores, primero hay que definir las destrezas, para luego diseñar la mejor combinación de servicios (por ejemplo, véase Goodwin-Groen *et al.*, 2005). Es de vital importancia que se escojan el proveedor de servicios técnicos y el mecanismo de ofrecimiento adecuados. Los donantes deben sopesar el historial del proveedor de servicios técnicos y deben asegurarse de que su personal tenga por lo menos un conocimiento básico de lo que es el microseguro. Sobre todo si no se usa el modelo socio-agente, los donantes probablemente deberán tener algunas personas con conocimientos sobre seguros dentro de su propio personal.

Se requiere paciencia y tiempo para fortalecer las capacidades de la entidad y, por lo tanto, los donantes deben comprometerse a largo plazo, usando contratos basados en el desempeño. Las dos partes deben respetar sus compromisos: para los donantes eso significa servicio y pagos puntuales. Si los resultados son deficientes, los donantes deben retirar el apoyo. Lamentablemente, no hay suficientes proveedores de calidad que ofrezcan asistencia técnica ni institutos de adiestramiento preparados con respecto al microseguro, lo cual dificulta los objetivos de fortalecer a los proveedores al detal y construir con alguna rapidez la cartera de microseguros de los donantes.

Los donantes pueden proveer *asistencia financiera*. En la sección sobre instrumentos ya se describieron las opciones de asistencia financiera, que varían desde comprar activos de capital y proveer garantías hasta cubrir las pérdidas operacionales. En general, los donantes no deben capitalizar nuevas entidades aseguradoras, ni se recomienda que subsidien las primas *(véase el Cuadro 89)*.

3.3 Nivel «meso»: infraestructura de mercado y bienes públicos

La falta de información adecuada sobre la clientela, la cantidad limitada de proveedores de servicios técnicos especializados, la falta de sistemas de infor-

mación ya estructurados y la escasez de reaseguros pueden afectar marcadamente el crecimiento de los seguros entre los clientes pobres. Los proveedores al detal necesitan una gama de servicios e información para ser eficaces, evaluar los riesgos adecuadamente, reducir los costos y hacerse más transparentes.

Cuadro 89

Las lecciones aprendidas: ejemplos de India

Yeshasvini Trust. El gobierno de Karnataka subsidió parcialmente las primas de Yeshasvini Trust. Sin embargo, cuando se acabaron los subsidios, hubo que duplicar las primas de 60 Rs. ($1,35) a 120 Rs. ($2,70) por cada adulto, y el número de tenedores de pólizas bajó precipitadamente de 2,2 millones a 1,45 millones.

Karuna Trust. Al principio, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, subsidiaba completamente las primas de los afiliados que estaban por debajo del nivel de pobreza y de otros grupos necesitados. Muchos de los afiliados no sabían que estaban asegurados. Cuando el subsidio a la prima se eliminó dos años más tarde, cerca de un 70% de los afiliados querían salirse. No querían pagar por servicios que antes eran gratis y les parecía que la prima era muy alta. Tras una campaña a gran escala para educar e informar a la clientela, los clientes acabaron por renovar y pagar las pólizas.

Como hemos visto, los donantes pueden aportar de manera significativa con los fondos, actuando de intermediarios y aun proporcionando algunos de estos servicios. Para que haya acceso a estos servicios a largo plazo, se tendrán que conseguir soluciones locales y regionales encabezadas por el sector privado. Las áreas de apoyo a la infraestructura de mercado al nivel local y regional y los bienes públicos de información representan una novedad para las agencias donantes. De hecho, al nivel «meso» se requiere el subsidio por parte de los donantes en una gama de áreas que incluyen el apoyo a elementos de la infraestructura de mercado, como las redes, y el adiestramiento de los proveedores, la promoción de la transparencia y el fomento de la gestión del conocimiento.

Las instituciones y los mecanismos de apoyo al nivel «meso»

– **Las redes y las asociaciones comerciales.** Las redes internacionales pueden servir para fortalecer a los proveedores de microseguro, como ha sido el caso de Opportunity International. Los donantes pueden aprovechar al máximo el tiempo, el conocimiento experto y los recursos canalizando los fondos por las redes bien administradas. También pueden concienciar a las asociaciones de seguros acerca del segmento de mercado de bajos ingresos.

- **Los centros de acopio y diseminación de información.** En general, los aseguradores formales tienen escasa información, si es que tienen alguna, sobre el segmento de mercado de las personas de bajos ingresos. Hace mucha falta crear centros de acopio y diseminación de información acerca de los riesgos más relevantes de este segmento del mercado. Para que se pueda establecer una escala de precios adecuada para los productos y desarrollar programas de prevención de pérdidas hay que tener los datos sobre las causas y las frecuencias de determinados riesgos. Los donantes deben trabajar en conjunto para estimular la creación de estos centros de acopio y diseminación de información al nivel nacional y regional y proveerles fondos. También pueden apoyar estos centros proporcionando información sobre proveedores cualificados de asistencia técnica.
- **Los proveedores de adiestramiento y servicios de asistencia técnica.** Puesto que es muy difícil fomentar la creación de proveedores de asistencia técnica y de adiestramiento en el sector privado, los mejores resultados se obtienen mediante los programas conjuntos de donantes. Los donantes pueden ayudar a fortalecer la capacidad de los proveedores locales y regionales mediante programas de adiestramiento a adiestradores, el desarrollo de materiales y la planificación comercial.

Promover la transparencia

- **Los sistemas de información para la administración (MIS)**. Se requiere mucho tiempo y dinero para crear un sistema de información en cada entidad. Las agencias donantes pueden invertir en el desarrollo de sistemas para mejorar la calidad y precisión en la gestión de la información. La transparencia en el manejo de la información permite una mejor gestión y puede atraer a los socios comerciales como los reaseguradores. Los sistemas que se desarrollen con los fondos de los donantes deben ser de código abierto, para facilitar la duplicación y adaptación.
- **Los indicadores y normas de desempeño**. Los donantes deben compartir información acerca de los indicadores de desempeño que usan y las definiciones de cada uno de éstos. Las entidades que tengan el mayor conocimiento técnico deben dirigir el proceso mediante el cual se establezcan los indicadores principales de la sana administración de los sistemas de seguros. Los informes que los donantes exijan se deben fundamentar en esos indicadores en vez de en una lista interminable de indicadores que no tienen importancia para los administradores del microseguro.
- **El análisis referencial**. El uso del análisis referencial para estudiar el desempeño de otros microaseguradores puede ser muy útil para mejorar el propio desempeño *(véase el Capítulo 3.10)* y también para ayudar a los reaseguradores y a los donantes a tener una mejor comprensión del desempeño en el área

del microseguro. El análisis referencial sólo se puede hacer si los donantes exigen que haya transparencia y se acuerda compartir y recopilar la información con las mismas normas.

Fomentar el manejo del conocimiento

- **Investigación sobre la clientela**. Todos los microaseguradores deben incluir entre sus gastos operacionales el costo de lograr una mejor comprensión de la demanda de la clientela. Dicho esto, las encuestas nacionales pueden ser muy valiosas para los proveedores, sobre todo en los mercados donde la información, además de escasa, es difícil de recopilar.
- **Desarrollo de herramientas**. A medida que los donantes y sus expertos externos vayan adquiriendo experiencia en el campo del los microseguro, deben asignar fondos para el desarrollo de herramientas y guías que se pueden publicar en Internet para que todos las usen. Las herramientas, que podrían ser de gran utilidad, incluyen las guías sobre cómo realizar la investigación de mercado y los estudios de viabilidad.
- **Lecciones aprendidas y guías para la buena práctica**. Para los novatos y los programas incipientes, lo aprendido de las experiencias, positivas y negativas, será de gran provecho, y los donantes deben incluir componentes de gestión de conocimiento en sus programas para que se incorporen activamente las lecciones aprendidas en estas experiencias.

3.4 Nivel «macro»: El ambiente propicio y la intercesión

Como se expondrá en los siguientes dos capítulos, el ambiente regulatorio y de política pública en algunos países no propicia el desarrollo del microseguro. Por otra parte, si el ambiente es propicio, surgirá una variedad de proveedores. En el nivel «macro», sólo deben involucrarse los donantes que tengan: destrezas técnicas adecuadas (lo cual incluye personal ubicado en el lugar), conocimiento del nivel al detal y capacidad para ejercer influencia y confianza en el gobierno en cuestión. Los donantes deben ser sumamente cautelosos al tratar de influir en las políticas gubernamentales, sobre todo en los países que carecen de experiencia al nivel minorista.

- **La intercesión ante el Estado**. Los donantes podrían actuar de intercesores de muchas maneras: promoviendo mejoras en la seguridad social, ayudando a incrementar la capacidad de los ministerios de salud para mejorar el cuidado sanitario, impulsando normas laborales y así sucesivamente. También pueden reducir las barreras de entrada para los actores nuevos. Con frecuencia, hace falta llevar a cabo una investigación para hacer planteamientos bien fundamentados ante el Estado.

- **El marco regulatorio y la supervisión**. A veces los donantes se enfrentan a obstáculos regulatorios al trabajar en el nivel al detal. La experiencia del detallista los puede ayudar a negociar con mayor eficacia para lograr cambios específicos. Por ejemplo, cuando el gobierno de India preparaba la reglamentación del microseguro se publicó una propuesta en el portal de Internet de la Autoridad de Regulación y Desarrollo de Seguros (IRDA) y muchas agencias donantes, incluyendo la agencia alemana GTZ y la OIT, presentaron comentarios oficiales sobre la propuesta.
- **La protección al consumidor**. Los donantes pueden promover una mayor transparencia sobre las primas, la naturaleza exacta de la cobertura y el proceso de reclamación para asegurar que los clientes sepan lo que están comprando. La protección del consumidor se relaciona con la educación del cliente, pero también puede incluir normativas legales sobre la terminología en las pólizas de seguros y sistemas para acoger las quejas de los clientes.

4 Conclusión

Ayudar a las personas pobres a mitigar los riesgos y planificar con respecto a éstos es una prioridad importante; proveer seguro es sólo una de las estrategias para lidiar con el riesgo. Los sistemas exitosos de microseguro se fundamentan en una comprensión sólida de lo que requieren los clientes, y con frecuencia es necesario que se formen alianzas entre muchas partes interesadas, tanto del sector privado como del público. Los donantes pueden actuar como intermediarios para forjar estas alianzas, atraer a los actores del sector privado, apoyar las iniciativas del Estado y cubrir las lagunas que existen en el mercado en cuanto a capacidad e información. Los donantes son más eficaces cuando desarrollan requisitos internos adecuados y analizan los mercados a fondo antes de actuar. Deben lograr un equilibrio entre su rol como innovadores y su rol como entidades que asumen riesgos, con la apreciación de las posibles consecuencias negativas a largo plazo que pudieran resultar de un plan mal diseñado.

5.2 Un entorno de regulación para el microseguro

Martina Wiedmaier-Pfister y Arup Chatterjee

Los autores han recibido comentarios valiosos sobre este capítulo de varias personas, entre otras: Klaus Fischer (Laval University), Serap Oguz Gonulal (Banco Mundial), Brigitte Klein (GTZ), Jeremy Leach (FinMark Trust), Hunter Murdock (jurista) y Bikki Randhawa (Banco Mundial).

Los casos que se analizan en este libro demuestran que las personas de bajos ingresos son asegurables. Más aún, hay indicios de que el negocio del microseguro puede ser sostenible, aunque cabría plantear que para que sea así, se tiene que operar dentro de un marco regulatorio que proteja a los asegurados y propicie el desarrollo de un mercado de seguros que incluya a los segmentos de bajos ingresos de la población.

La función primordial de los reguladores y los supervisores[1] de seguros es proteger a los consumidores. Esto se manifiesta por lo menos de tres maneras:

1. **Protección a los asegurados en general** al asegurar la solvencia de los aseguradores, lo cual incluye la determinación de que los productos de seguros sólo pueden ser ofrecidos por entidades autorizadas (aseguradores e intermediarios) de solidez económica, que cumplen con sus obligaciones.
2. **Protección a los asegurados en particular**, incluidos los clientes potenciales, frente a ventas engañosas y una gestión incorrecta de reclamaciones, al asegurar que las querellas se atiendan de manera expedita.
3. **Desarrollo de los mercados de seguros,** mejorando la eficiencia del mercado y mediante el diseño de productos adecuados y mecanismos de ofrecimiento, logrando la inclusión de las personas que actualmente no tienen acceso o no pueden costear los seguros.

Las autoridades que supervisan los seguros no dan igual importancia a estos tres objetivos y centran gran parte de su trabajo en los dos primeros. Aunque el mejoramiento de la eficiencia del mercado mediante la corrección de las imperfecciones es una tarea clásica de los supervisores, no todas las autoridades están de acuerdo con respecto a su función en el desarrollo de los

[1] Los autores utilizan el termino «supervisor de seguros» para referirse a la autoridad responsable de regular la conducta del negocio de seguros —tanto de los aseguradores como de los intermediarios—, para proteger a los intereses de los tenedores de pólizas en una jurisdicción particular.

mercados. Si examinamos la base de datos de la Asociación Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS), encontramos que en muy pocos países existe un mandato oficial con respecto al desarrollo. Para ejercer esta función, las autoridades pueden ordenar a los aseguradores que presten servicios en el mercado de bajos ingresos, pueden ejercer presión moral para hacer conscientes a los aseguradores de la necesidad de ampliar su alcance o se pueden decidir por un camino intermedio. Los supervisores se han dado cuenta de que el ambiente de regulación propicio y una mejor comprensión de la dinámica del mercado de seguros podría eliminar los obstáculos percibidos que normalmente desalientan a los aseguradores de prestar servicios en los mercados de bajos ingresos.

En el presente capítulo se describe cómo los supervisores han adaptado sus reglamentos y lo que podrían hacer para apoyar al desarrollo del microseguro, limitándonos a los aspectos de regulación del mercado de seguros.[2] En la primera sección se ofrece alguna información general acerca del entorno regulatorio del microseguro, y en la segunda sección se resumen las principales barreras de regulación, las cuales varían según se trate de crear una institución o de distribuir productos de microseguro. En la tercera sección se describen las experiencias en India, Suráfrica y Filipinas, donde las autoridades y directivos han tratado de lograr que los mercados de seguros sean más incluyentes, pero usando soluciones muy diversas. En la última sección se resumen los retos y lecciones más importantes y se sugieren algunas medidas que se pudieran tomar.

1 El trasfondo

1.1 Los sistemas financieros incluyentes

Una de las estrategias clave para estimular el desarrollo económico y aliviar la pobreza es lograr que los sistemas financieros sean más incluyentes, por ejemplo, mediante la mejora del acceso a los servicios de ahorro y crédito en los mercados que no han sido servidos o en que el servicio es muy escaso. La pobreza, en parte, se debe a que las personas y los mercados de bajos ingresos no tienen las mismas oportunidades para financiar inversiones, acumular capital o proteger los activos (incluido el capital humano). La dependencia que tienen las personas pobres con respecto a los servicios financieros informales

[2] Este capítulo no explora los aspectos de supervisión del microseguro, que son importantes pero que no han sido analizados suficientemente todavía, ya que el microseguro es relativamente nuevo. Tampoco considera las regulaciones que no son de seguros o áreas de política pública que pueden afectar al microseguro, tales como la regulación de la industria del cuidado de la salud y las políticas de protección social, que quedan fuera del ámbito de este capítulo.

(prestamistas, dinero guardado en colchones, sociedades de asistencia mutua) podría resultar ineficiente y costosa, y hasta agravar la situación de pobreza.

Los sistemas financieros incluyentes proveen acceso a los seguros a las personas de bajos ingresos. Sin embargo, muchos aseguradores comerciales y directivos públicos y privados entienden que proporcionar seguros a las personas pobres es responsabilidad del estado. Aunque muchos gobiernos tienen programas de protección social, con frecuencia estos sistemas no identifican a la clientela de manera eficaz. Los segmentos más pobres no siempre se benefician del subsidio, mientras que las personas que pueden costear un seguro con frecuencia encuentran la manera de acceder a estos beneficios. En general, los gobiernos han hecho muy poco para lograr que los sistemas de mercado asuman la carga de la agregación de riesgos en los sistemas orientados al mercado; y el sector privado (los aseguradores comerciales), al parecer, no siente ningún incentivo para procurar este segmento.

1.2 La informalidad del microseguro

Ante la falta de cobertura de protección social y de seguros comerciales, han surgido muchos sistemas informales de microseguro, los cuales operan sin licencia. Manteniéndose pequeños y callados, estos proveedores informales esperan evitar que los supervisores reaccionen. Este ha sido el enfoque de muchas microfinancieras que han provisto cobertura de seguros a sus afiliados con el concepto de auto-seguro. Sin embargo, también existen sistemas de microseguro de mayor tamaño *(véase el Cuadro 90)* que funcionan fuera del ordenamiento jurídico de los seguros.

Otra manera de obviar la regulación de los seguros es declarar que los servicios de microseguro representan una actividad sin fines de lucro. En muchos países, en los centros de servicios médicos se permite que se presten servicios médicos gratuitos o con descuento, a cambio de que se hagan pagos periódicos (primas). Aunque estos sistemas encierran un elemento de agregación de riesgos, con frecuencia se les llama sistemas de pre-pago, para disfrazar la realidad de que son una especie de seguro. Como estos sistemas no están autorizados, los clientes no tienen donde acudir si el hospital no cumple con lo prometido. Muchas sociedades o cooperativas de ahorros también obvian las regulaciones de seguros ofreciendo seguros informales como un beneficio para sus afiliados.

1.3 Las implicaciones de la falta de un marco de regulación

La falta de obligación de cumplimiento con las regulaciones le ofrece ciertas ventajas a los microaseguradores. Los proveedores informales no tienen que

cumplir con las normas de regulación ni tienen que asumir la carga de las exigencias que éstas representan (rendir informes, controles internos, atender a los actuarios). Tienen más libertad para innovar y posiblemente puedan ofrecer productos más baratos, lo cual en última instancia parece que redunda en beneficio de los clientes.

Cuadro 90 **El seguro informal en África del Sur**

En África del Sur, diversos esquemas ofrecen productos que se parecen mucho al seguro de vida. En el sector informal, se estima que hay 8 millones de miembros en las sociedades informales de entierro que contribuyen en exceso de $1 billón por año en «primas» para cobertura por riesgo de muerte. Algunos de estos esquemas son bastante grandes. La Great North Burial Society, una sociedad amistosa (Friendly Society) registrada, tiene mas de 20.000 vidas bajo su cobertura, pero no tiene acceso al reaseguro, ya que no es un asegurador autorizado.

Como la Ley de Enmiendas al Seguro (Insurance Amendment Act) (2003) prohíbe el uso de los vocablos seguro, funeral, entierro y derivados de los mismos en la descripción y el *marketing* de estos productos, se les conoce por distintos nombres, tales como «beneficios por duelo» o «planes de beneficios por muerte». Parecería que la Ley tuvo la intención de prohibir la suscripción de cobertura funeral en ausencia de una licencia de seguros a corto plazo, pero las lagunas legales permiten que tal seguro informal se venda bajo distintos nombres.

Fuente: Adaptado de Genesis Analytics, 2005.

Sin embargo, la naturaleza informal de estos sistemas también representa inconvenientes significativos. El más obvio de éstos es que el asegurado está desprotegido ante la conducta oportunista. Con la ausencia de supervisión, la protección del cliente se convierte en un problema. La viabilidad a largo plazo de estos sistemas es incierta, ya que las primas no se apoyan en cálculos actuariales y sus administradores pueden carecer de destrezas adecuadas. Los planes de microseguro también están sujetos a un mayor grado de riesgos covariantes y son menos propensos a gozar de la protección de los reaseguros. Un suceso catastrófico puede representar una amenaza seria a la solvencia de los sistemas locales de microseguro.

Por último, el aumento en los sistemas informales puede amenazar la sostenibilidad, por ejemplo, cuando las sociedades funerarias crecen, se socava la eficacia del sistema de gobierno corporativo de los afiliados y hay que deslindar la gerencia de los propietarios. En este punto, la sociedad funeraria acu-

mula activos considerables, lo cual incrementa el riesgo de fraude o robo que el gobierno corporativo ejercido por los afiliados no puede controlar (Genesis Analytics, 2005).

Cuadro 91 **Formalización de ALMAO**

ALMAO, en Sri Lanka, que utiliza a las uniones de crédito como principal mecanismo de distribución, pasó de ser un esquema informal a un asegurador autorizado en 2002. Cuando se le sometió a regulación como un asegurador autorizado en todo derecho, la organización se sintió obligada a cambiar su línea de productos. En vez de continuar centrándose en las pólizas funerarias y en otros productos simples y a bajo costo, que ofrecía como asegurador informal, ALMAO introdujo pólizas de seguro dotal que no se han vendido bien, tal vez porque las primas son mucho más altas que lo que el mercado está acostumbrado a pagar, y la comercialización de estos productos más complicados requiere un personal más educado y entrenado en las uniones de crédito. También es posible que la gerencia profesional de seguros que se contrató para la nueva compañía de seguros dirigió sin intención alguna, lejos de su mercado principal, o no tomó en cuenta las prioridades de las uniones de crédito y de sus miembros. La dificultad general de comprometer al personal de la unión de crédito en la comercialización de seguros también pudo haber aumentado, ya que ALMAO se convirtió en una organización comercial, profesional, más distante.

Fuente: Adaptado de Enarrson y Wirén, 2006.

Los efectos positivos de proveer microseguro fuera del ámbito controlado por los supervisores de seguros se tienen que sopesar contra los efectos negativos sobre las instituciones y los mercados, así como sobre la economía. En cuanto a las instituciones, muchos de los proveedores de microseguro en la actualidad no tienen alternativa. Si pudieran obtener una licencia, tendrían la oportunidad de mejorar sus operaciones, crecer y atraer inversionistas. Sería de esperar que muchos de éstos optaran por integrarse en la industria formal de seguros.[3] Como resultado de las barreras de regulación, los proveedores de microseguro existentes y potenciales se han visto excluidos, y, por lo tanto, el mercado sigue sin desarrollarse, los segmentos de bajos ingresos carecen de protección, los presupuestos de los gobiernos

[3] En India y Sri Lanka, los microaseguradores han negociado por unos requisitos menores de entrada, hasta el momento, sin éxito.

siguen sobrecargados, los mercados de seguros no son incluyentes, la innovación financiera se estanca y no se da una mayor penetración de los servicios financieros.

Sin embargo, la formalización también puede acarrear una serie de problemas para los aseguradores que provean servicios al segmento de bajos ingresos. Uno de estos problemas es que, al obtener la licencia, la orientación social de algunos microaseguradores se podría desdibujar. Esto a su vez crea nuevos problemas, como los que experimentó ALMAO (*véase el Cuadro 91).*

1.4 Los supervisores de seguro y el microseguro

Algunos supervisores de seguros se están interesando en los retos y el potencial del microseguro y se están sensibilizando con respecto al tema. De acuerdo con los esfuerzos que se realizan en todo el mundo para extender el alcance de los servicios financieros y de seguros, los supervisores se enfrentan cada día más con el mandato de facilitar los esfuerzos de sus gobiernos por desembarazarse de la carga al erario que representa financiar los sistemas de seguros y protección social, y pasar parte de la protección básica de las poblaciones de bajos ingresos al sector privado. Como resultado, algunos supervisores apoyan las iniciativas que promueven hacer más incluyentes los mercados de seguros, de manera que los aseguradores formales puedan aprovechar esta nueva oportunidad de mercado y los sistemas informales se puedan integrar en el sector formal de los seguros, como se ilustra más adelante, en la Sección 3.

Sin embargo, en general los supervisores carecen de información y experiencia en torno al microseguro y desconocen que existen regímenes legales y de regulación alternos para estimular los seguros para las personas pobres. En algunos casos, los directivos públicos y privados piensan que las personas pobres no quieren los seguros o no pueden cumplir con las obligaciones financieras,[4] y, por lo tanto, hay que cubrirlos bajo sistemas estatales o de seguridad social. Todavía no han comprendido el papel del microseguro en el desarrollo del sector financiero. Otra presunción común es que las leyes y reglamentos que ya existen no son discriminatorios y, por lo tanto, ya se ha asegurado el acceso equitativo a los seguros por parte de las personas de bajos ingresos, una presunción que no resiste el análisis riguroso.

Aun cuando los supervisores se hayan informado acerca de los sistemas de microseguro, no ven que haga falta reaccionar ante la existencia de otras prio-

[4] La experiencia del microseguro ha demostrado justamente lo opuesto, que, a menudo, las tasas de delincuencia en los préstamos son mucho más bajas para el mercado de bajos ingresos que para las compañías más grandes o el mercado de ingresos más altos.

ridades. Con frecuencia sienten presión con respecto a la supervisión de los aseguradores comerciales, que representan una mayor amenaza a la estabilidad del sistema financiero, en vez de dedicarse a autorizar y supervisar a otros proveedores, que suelen ser pequeños y representar una participación mínima del mercado, a la vez que requieren un enfoque de regulación distinto.

Además, los supervisores desconocen cómo pueden cumplir con su papel desarrollista debido a la escasez de soluciones de regulación innovadoras con respecto al microseguro y, lo que no es menos importante, en muchos de los mercados emergentes los supervisores no se interesan por el microseguro porque la misma industria de seguros está en ciernes y se encuentran bajo mucha presión para regular y supervisar la industria en general.

El alcance de la responsabilidad representa otro problema. Aunque los supervisores de seguros son responsables de la ejecución de los reglamentos de seguros, con frecuencia los proveedores de microseguro operan bajo otras autoridades, como, por ejemplo, una comisión que rija las cooperativas, el negociado de las ONG o el Ministerio de Salud. Por consiguiente, estos sistemas no son vistos como parte del sector de seguros, aunque claramente provean servicios de seguros. Además, las personas encargadas de la supervisión en general carecen del conocimiento experto y de los mecanismos para llevarla a cabo *(véase el Cuadro 92).*

Cuadro 92

Las cooperativas de seguros en Malawi

En Malawi, el departamento de supervisión del Banco de Reserva de Malawi es responsable de regular y supervisar el sector de seguros. Los recursos del Departamento son limitados y su método principal de regulación es estudiar los informes que reciben de los aseguradores. El Departamento sabe que la cooperativa de crédito, Malawian Union of Savings and Credit Cooperatives (MUSCCO), proporciona seguros de vida a más de 55.000 personas de bajos ingresos, pero alega que, ya que MUSCCO está inscrita como cooperativa, el Departamento no tiene jurisdicción ni para apoyar ni para controlar sus actividades. Sin embargo, la Oficina del Registrador de Cooperativas, bajo la cual debe funcionar MUSCCO, carece de los recursos, destrezas e interés que se requieren para supervisar las actividades de seguros.

Fuente: Adaptado de Enarsson y Wirén, 2005.

La mera existencia de seguro informal sugiere que las leyes y reglamentos existentes de alguna manera obstaculizan la inclusividad de los mercados formales de seguros. La interrogante para las autoridades y los directivos es qué

pueden hacer para remediar esta situación. Según Leach (2005), el dilema del regulador es tener que equilibrar la estabilidad con el acceso.[5] Hay que preguntarse si se deben formalizar los sistemas informales en aras de la protección del consumidor, lo cual podría sobrecargar los recursos, o si se debe obligar a los sistemas informales a dejar de operar, ya que en esencia son ilegales. Si se permite que los sistemas informales funcionen, hay que determinar cuándo deberá intervenir el regulador. Es posible que exista un término medio que permitiría el acceso a los seguros con cierto grado de protección al consumidor.

2 Las barreras del marco regulatorio

No hay consenso entre los supervisores de seguros con respecto a cómo se debe adaptar la regulación a las características específicas del microseguro. Según una encuesta de la IAIS, la mayoría de los supervisores opinan que las leyes y reglamentos en sus jurisdicciones no desalientan el microseguro. Sin embargo, en muy pocas jurisdicciones existen leyes o reglamentos que promuevan el microseguro. En esta sección se exponen las barreras en la regulación que limitan a las empresas de microseguro e impiden la expansión de productos de microseguro.

2.1 Las barreras en la regulación para la creación de institucionesformales de microseguro[6]

Si se aborda el tema del microseguro de la misma manera que los seguros de vida y otros seguros comerciales, se va a desalentar el desarrollo del microseguro. Una política de tipo «un tamaño sirve para todos» facilita el trabajo del supervisor, pero no se puede justificar. A continuación se describen algunos de los requisitos que constituyen barreras para la formalización del microseguro.

Donde exista una opción institucional única, **la exigencia de un capital alto** puede impedir que se establezcan instituciones de seguros dedicados al mercado de bajos ingresos, ya que llevaría años acumular la cantidad de pólizas pequeñas que se requeriría para que la inversión fuera rentable, si es que puede ser rentable. Además, imponer requisitos de capital cuyo propósito es

[5] Leach (2005) identifica tres dilemas para los reguladores del sector financiero: 1) compromisos entre la estabilidad y el acceso (que sólo se relaciona en parte con el asunto de regular a los proveedores informales), 2) el manejo de la innovación, y 3) manejar la presión internacional para adaptarse a los estándares y códigos.

[6] Las entidades formales de microseguro pueden ser compañías (instituciones de primer nivel) o instituciones con base de membresía bajo un nivel más bajo.

proteger el sistema financiero parece algo inapropiado en el caso de pólizas tan pequeñas. La tendencia actual en muchos países de exigir más capital podría obligar a los microaseguradores a cerrar sus operaciones *(véase el Cuadro 93).* Sus asegurados, al verse sin cobertura alterna, estarían expuestos a quedarse sin protección.

Cuadro 93

Requisitos de capital en Perú

En Perú, la ley de seguros que se promulgó en 1993 no promovía los productos de seguros para el mercado de bajos ingresos. Se establecieron requisitos de capital más exigentes, lo cual resultó en la fusión de algunas empresas, mientras que otros abandonaron el mercado. El asegurador del segmento de ingresos bajos a medianos, SEGUROSCOOP, a partir de octubre de 1994, tuvo que dejar de operar como asegurador. Sin embargo, la empresa encontró una solución: formó una empresa nueva llamada ServiPerú, que ofrecía servicios de seguridad social, es decir servicios médicos y funerarios. La empresa también creó una subsidiaria de corretaje de seguros y traspasó la cartera de seguros a una aseguradora. La Superintendencia de Banca y Seguros supervisa a ServiPerú en su calidad de corredor de seguros. En cuanto a los servicios de seguridad social, ServiPerú está bajo el control de la Comisión Nacional Supervisora de Empresas y Valores (no se rige por las leyes de seguros). Aunque no es una solución ideal, el antiguo asegurador encontró una nueva manera de operar (nueva estructura empresarial, nuevos productos y un nuevo canal de distribución), se quedó en el mercado y siguió prestándole servicio a sus clientes.

Fuente: Adaptado de Rodríguez y Miranda, 2004.

Hay muchas otras disposiciones en las leyes y los reglamentos sobre seguros que impiden que los microaseguradores obtengan licencias, como el **requisito en cuanto a las calificaciones de los gerentes principales**. Los gerentes de seguros más calificados no son muy dados a dirigir las organizaciones de microseguro, las cuales, generalmente, ofrecen una remuneración más baja y menos opciones de desarrollo profesional que los aseguradores comerciales. Si bien es necesario que haya un cuerpo gerencial calificado para administrar la empresa, cabría preguntar si las exigencias podrían modificarse en el caso de los microaseguradores.

Los requisitos complejos en cuanto a los informes y divulgación pueden hacer que los costos de gestión y administración sean prohibitivos para los microaseguradores pequeños. Si se le imponen a estos aseguradores, cuyos procedimientos son sencillos, requisitos de informes y divulgación que origi-

nalmente se diseñaron para los aseguradores grandes, con estructuras complejas, los costos aumentarán. De igual manera, el **requisito de una revisión actuarial** puede resultar costoso y difícil de cumplir en algunas jurisdicciones.

Esta carga en la regulación, que a veces viene acompañada de impuestos sobre **primas**, aumenta el costo del producto y reduce el acceso para las personas pobres.

Habrá que analizar estos aspectos para que se pueda evaluar dónde se pueden eliminar las barreras de acceso al microseguro. Ciertamente, se podría justificar que los supervisores no autoricen a las entidades de seguros con personal gerencial poco cualificado y con poco capital. Sin embargo, hay que cuestionar si se debe negar una licencia a las organizaciones, con frecuencia locales y orientadas al mercado de bajos ingresos, a base de requisitos que no son ni pertinentes ni adecuados para el tipo de servicios que ofrecen. Este es el caso sobre todo de las mutualistas y las sociedades, para las cuales existe una larga tradición legal de no exigir ningún capital, ya que todo el riesgo lo asumen los socios.[7]

Sin autorización, los microaseguradores se ven atrapados en un círculo vicioso: no tienen acceso a las fuentes de capital adicional ni a los reaseguros, lo cual en última instancia significa que el operador prudente no podrá crecer. Si estos sistemas no pueden crecer, será difícil que alcancen la economía de escala para extender la cobertura al vasto mercado que no recibe servicios. En un entorno como ese, los asegurados no están protegidos)[8] y el aprendizaje institucional no se estimula ni mediante el control externo (supervisión) ni mediante normas exigentes (regulación). La única ventaja para los supervisores es que no tienen que lidiar con una cantidad numerosa de sistemas pequeños de seguros.

2.2 Las barreras de regulación a la distribución de los productos de microseguro

Como se ha mencionado en muchos de los capítulos de este libro, una de las maneras de expandir los servicios de microseguro es que un asegurador autorizado ofrezca líneas de productos que lleguen al mercado de bajos ingresos mediante mecanismos de distribución alternos, los cuales incluyen organiza-

[7] Este es el caso en Bélgica, Francia, Alemania, Irlanda, Japón, Reino Unido y Estados Unidos (prácticamente todos los estados), al igual que en Belize, India, Mali, Martinica y Suráfrica, entre otros.

[8] Las regulaciones del seguro comercial a menudo estipulan prácticas onerosas que son inapropiadas para los clientes de bajos ingresos, que pueden ser analfabetos y entender muy poco sobre seguros. El resultado es irónico, ya que este mercado-meta requiere aún más protección del consumidor. Los argumentos en contra y a favor de coberturas compuestas o «en canasta» se discuten en el Capítulo 3.1.

ciones comunitarias, bancos, detallistas, compañías de teléfonos móviles y otros. Sin embargo, las barreras de regulación también pueden limitar el uso de estos canales de distribución, a pesar de que estos podrían ser muy eficaces para llegar a los mercados de bajos ingresos. Los supervisores deben mantenerse al tanto de las tendencias para asegurarse de que la regulación no esté restringiendo la innovación de canales de distribución en una manera que afecte negativamente el desarrollo del mercado (Leach, 2005).

Las instituciones de microfinanzas (IMF o microfinancieras) constituyen uno de los canales clave para el microseguro, porque ya realizan de por sí transacciones financieras en el mercado de bajos ingresos. Sin embargo, en algunas jurisdicciones, las IMF —y otras instituciones que trabajan en estrecho contacto con las personas pobres— no pueden distribuir seguros sin cumplir con unos **requisitos estrictos de licencias de agentes o corredores**. Por ejemplo, el requisito de que el agente sea una persona natural puede impedir que la microfinanciera venda seguros. El requisito de que haya personal especializado para vender los seguros desaprovecha la eficiencia lograda mediante la venta de seguros por parte de oficiales de préstamos y cajeros. En algunas jurisdicciones se prohíbe totalmente la venta de seguros por parte de las organizaciones, so pena de que se den conflictos de intereses.

Además, los requisitos de adiestramiento para obtener una licencia de agente pueden ser excesivos, dada la sencillez de los productos de microseguro. Hay que preguntarse si una humilde ama de casa que quiere vender pólizas dotales de $500 a sus amistades y vecinos debe completar un adiestramiento de 100 horas. Algunas jurisdicciones no requieren un cumplimiento estricto con los requisitos de licencia para los agentes y permiten que las IMF y los microaseguradores vendan seguros, aunque sea bajo circunstancias legales precarias *(véase el Cuadro 94).*

Las restricciones en cuanto a la suma de comisión que se puede ofrecer al agente también puede ser un obstáculo para el microseguro. La justificación de esta cláusula es que impide que se agote el capital debido a que las estructuras de distribución son demasiado costosas. Pero estas cláusulas pueden crearle problemas a los microaseguradores, porque los mercados de bajos ingresos son más caros de atender y se podría justificar una estructura de costos más altos.

Donde los microaseguradores ofrecen pólizas a largo plazo, es posible que la estructura de comisión no sea adecuada. Por ejemplo, las comisiones aprobadas por la Junta de Seguros de Sri Lanka (IBSL) son del 30% en el primer año, pero bajan al 5% después del cuarto año. En el entorno donde no se acostumbra a usar sistemas bancarios o pagos por correo, el agente es responsable de cobrar las primas, muchas veces casa por casa. Dada la estructura de comisiones que se exige por ley, Enarrson y Wirén (2006) plantean que la

retención bajará marcadamente cuando baje la comisión del agente, puesto que es más atractivo reclutar a clientes nuevos que cobrar primas de clientes viejos. Por lo tanto, se puede esperar un índice alto de caducidad que afectará a la credibilidad de los seguros en el mercado de bajos ingresos.

Cuadro 94

Requisitos para los agentes y corredores

En Filipinas, el Comisionado de Seguros expide licencias a los agentes que hayan cumplido con determinados criterios (por ejemplo, pagar una cuota de inscripción, pasar un examen y no tener antecedentes penales). Los agentes tienen que ser personas naturales. Sin embargo, unas cuantas entidades microfinancieras en Filipinas colaboran con Cocolife para asegurar a más de 300.000 hogares pobres —aunque esas microfinancieras no estén inscritas como agentes—. Venden los productos de Cocolife, sin recibir comisiones; a cambio le añaden a la prima neta un cargo por administración que el cliente paga a la microfinanciera al inicio de cada préstamo (Leftley, 2005).

AIG **Uganda** tiene una alianza con 26 IMF en tres países para proporcionar cobertura a más de 1,6 millones de personas. En Uganda, una persona que vendiera seguros en su calidad de empleado de una IMF tendría que tener una licencia; en la práctica, no la tiene que tener. Por consiguiente, los oficiales de crédito de las IMF con frecuencia no tienen las destrezas necesarias para vender seguros y aconsejar a los clientes (McCord y otros, 2005a).

En **Bangladesh**, también se requiere que los agentes de seguros tengan licencia, lo cual podría ayudar a asegurar un nivel mínimo de calidad, aunque también podría impedir el acceso a los servicios de los campesinos pobres. Delta Life, por ejemplo, certifica a sus agentes para sus productos habituales dirigidos a las personas de ingresos medios o altos en las zonas urbanas. Sin embargo, denomina a sus agentes de microseguro «organizadores», para obviar los requisitos de autorización. Otra complicación es que los agentes tienen derecho a recibir comisiones sobre las primas de renovación, aun cuando ya no trabajen como agentes, lo cual crea otras complicaciones administrativas con el trámite de cientos de miles de pólizas muy pequeñas por miles de organizadores (McCord y Churchill, 2005).

Otra barrera de la regulación relacionada con los productos es el hecho de que los aseguradores no pueden vender pólizas compuestas, aunque esta fuera una estructura adecuada para los productos en el mercado de bajos ingresos.[9] En muchas jurisdicciones, el reglamento sobre licencias no permite que se

[9] Argumentos a favor y en contra de las pólizas compuestas de bolsas de cobertura están presentes en el capítulo 3.1.

formen empresas compuestas de seguros, sino que requieren que haya empresas separadas para las pólizas de vida (largo plazo) y otras pólizas (corto plazo). La protección que se logra si no se combinan los riesgos a largo y a corto plazo se justifica para los seguros comerciales o las pólizas por cantidades mayores. No se puede aplicar el mismo razonamiento al microseguro, donde las pólizas en general no superan plazos de cinco años, y la gran mayoría tienen términos de un año o menos *(véase el Cuadro 95).*

Cuadro 95

AIG Uganda

AIG Uganda cubre a muchos prestatarios de microfinanzas, pero como su licencia no incluye seguros de vida, sólo pueden ofrecer seguros por muerte accidental e incapacidad. Sin embargo, las personas pobres no distinguen entre las clases de muerte; no importa si la persona muere en un accidente de tránsito o de malaria o de un infarto. Estos clientes de las microfinancieras quieren protección independientemente de la causa de la muerte. AIG Uganda no puede proporcionar cobertura de seguro de vida legalmente, aunque la mayoría de los plazos son de cuatro a seis meses (lo cual corresponde a los plazos de los préstamos de las microfinancieras).

Fuente: Adaptado de McCord et al., 2005a.

Con respecto **a las clases adecuadas de productos para los segmentos de bajos ingresos**, al parecer los productos grupales son los más adecuados. No se puede afirmar con certeza que tan siquiera se deban recomendar las pólizas dotales a los clientes de microseguro, ya que estas requieren una disciplina de ahorro que con frecuencia los segmentos de bajos ingresos no tienen, debido a sus problemas de liquidez, lo cual conlleva un alto índice de bajas *(véase el Capítulo 2.2)*. Además, las pólizas dotales podrían representar una forma de ahorro que no conviene a estas personas debido a la estructura de costos del asegurador y los requisitos fiscales.[10]

Los requisitos sobre el lenguaje de las pólizas a veces no son adecuados para los clientes de bajos ingresos, quienes suelen ser analfabetos (aun las personas muy instruidas no comprenden la mayoría de los contratos de seguros). Las pólizas de seguros para las personas pobres deben estar redactadas en un lenguaje sencillo sin terminología jurídica, para asegurar que se comprendan los términos y condiciones con facilidad.

[10] Por ejemplo, las familias de bajos ingresos están a menudo exentas del pago de contribuciones sobre ingresos, implícita o explícitamente, mientras que las compañías de seguros pagan impuestos corporativos sobre el rendimiento de sus inversiones y, por lo tanto, el rendimiento para el tenedor de póliza es neto de contribuciones.

En las jurisdicciones donde se favorece el **régimen de tarifas**, las tarifas, las pólizas y los términos y condiciones se normalizan mediante la práctica de la industria o la regulación. Aunque dicho régimen parecería ofrecer muchas ventajas, también puede coartar la innovación y la competencia, las cuales también son importantes para el microseguro.

2.3 Las barreras al nivel «macro»

Hay otras barreras que tienen que ver con las políticas públicas y privadas y el ordenamiento jurídico, los cuales no se han analizado adecuadamente aún, pero que vale la pena identificar. En primer lugar, en muchas jurisdicciones existe una **regulación excesiva del sector de seguros en general**. Por ejemplo, algunos países restringen las inversiones foráneas en la industria de los seguros, lo cual dificulta la transferencia del conocimiento que se requiere para que el microseguro y los servicios de seguros sean más eficaces y eficientes. Más aún, las políticas proteccionistas pueden exigir que se compre reaseguro local de mala calidad y/o a sobreprecio.

Segundo, **la duplicación del alcance de los reglamentos** puede crear complicaciones en el diseño y la implementación del microseguro. Por ejemplo, en Suráfrica, una sociedad funeraria grande debe tener personalidad jurídica (registrarse con el Departamento de Comercio e Industria), registrarse como un asegurador (con el regulador de servicios financieros), podría ser supervisada por una agencia sombrilla o autorreguladora,[11] y, si provee un beneficio en especie (servicios funerarios), podría estar regulada por el Departamento de Salud.

Tercero, cuando el **Estado mantiene o lanza un sistema de seguros subsidiado**, no suele considerar si se podría ofrecer el seguro usando los mecanismos de mercado. No se analiza si estos sistemas se podrían mantener sin subsidio. En vez de lograr una mayor aceptación de los sistemas existentes, este tipo de acción gubernamental socava a los proveedores de microseguro, porque los asegurados se pasan al sistema subsidiado. Como resultado, permanece la carga al erario y los subsidios con frecuencia no se usan ni se encausan adecuadamente.

3 Las experiencias en distintos países. Reflexiones preliminares

A pesar de las múltiples y complejas barreras de regulación, existen algunas soluciones que se han podido implementar. Varios países han adaptado su

[11] Entre las instituciones mutualistas, las organizaciones cumbre (*apex*) a menudo desempeñan un papel importante como reguladores, no sólo en seguros sino también en el mercado de ahorro y crédito.

marco regulatorio al los microseguros.[12] En esta sección se describen las experiencias de India, Suráfrica y Filipinas, que emplean diversas estrategias para franquear las barreras regulatorias a la expansión del microseguro.

3.1 India

La Autoridad Regulatoria y Desarrollo de Seguros de India (IRDA) ha asumido un enfoque proactivo en la promoción del microseguro al obligar a los aseguradores a servir a las personas pobres, con la esperanza de que esto ayudará a los aseguradores a darse cuenta del potencial del mercado de bajos ingresos. En lo que en esencia es un sistema de cuota, se obliga a todos los aseguradores a vender en determinadas áreas rurales[13] y sectores sociales.[14]

Los resultados de estos requisitos de cuota son mixtos. El incumplimiento de las metas ha resultado en sanciones económicas para algunos aseguradores, y las infracciones repetidas podrían provocar que el asegurador perdiera su licencia. Algunos aseguradores ven los requisitos como un costo comercial y lanzan pólizas de mala calidad al mercado. Otros aseguradores, como ICICI-Lombard y Tata-AIG, ahora consideran que las personas pobres representan una oportunidad de mercado viable y han excedido sus cuotas voluntariamente, así que el enfoque del acercamiento obligado quizás esté dando frutos. El grado en que se pueda duplicar el sistema de cuotas en otros países es dudoso, ya que no está a tono con las políticas de desarrollo de sistemas financieros basados en el mercado.

Para ayudar a los aseguradores a cumplir con estos requisitos, la IRDA recientemente ha promulgado un nuevo reglamento sobre microseguro para facilitar las alianzas entre las entidades reguladas y las no reguladas (IRDA, 2005). Estos nuevos requisitos tienen como propósito asegurar que se siga supervisando a los aseguradores, pero a la vez que puedan explorar canales diversos de distribución para llevar los seguros a las personas pobres.

[12] India, Morocco, Trinidad & Tobago, las Filipinas y Japón están entre los pocos países donde la regulación se ha adaptado al microseguro. Suráfrica tiene adapataciones en progreso.

[13] Las áreas rurales se definen en el Censo de la India como lugares que simultáneamente satisfacen o se espera que satisfagan los siguientes criterios: (i) un mínimo de población de 5.000, (ii) al menos el 25% de la población masculina que trabaja se dedica a faenas en la economía agrícola, y (iii) una densidad poblacional de al menos 400 km^2 (1.000 por milla cuadrada). En estas áreas, el seguro de vida debe contar para el 5% de todas las pólizas del año 1, aumentando 16% a partir del año 5, y el seguro general debe ser el 2% de la prima bruta total suscrita en el año 1, aumentando hasta el 5% a partir del año 3 (IRDA, 2002).

[14] Los sectores sociales se definen como «trabajadores no organizados, vulnerables económicamente o clases retrógradas en las áreas rurales y urbanas». Aquí cada asegurador tiene que mantener por lo menos 5.000 pólizas en el año 1, aumentando a 20.000 en el año 5, tanto para seguro general como de vida. Esto es independiente de las operaciones (IRDA, 2002).

La reglamentación crea un nuevo intermediario, el agente de microseguro, que podría ser una ONG, una microfinanciera u otra organización comunitaria designada por un asegurador para distribuir el microseguro mediante determinadas personas. Los agentes de microseguro hacen un contrato formal con el asegurador y cumplen con el código de conducta definido por la IRDA, asistiendo a 25 horas de adiestramiento (rebajado de 100 horas para los agentes de seguros convencionales) en la lengua local por cuenta del asegurador. No se requiere un examen de cualificación, como es el caso de los agentes regulares. Se fija un máximo para las comisiones, de entre el 10% y el 20% de las primas por año, según el tipo y la modalidad del pago de los seguros, lo cual es más de lo que ganarían los agentes convencionales.

El nuevo reglamento también permite combinar seguros de vida con otros tipos en un solo producto, siempre y cuando las primas y los riesgos estén claramente delimitados en el lado del asegurador. Los parámetros de los productos de microseguro también están regulados *(véase la Tabla 48)* y están sujetos a la revisión de un actuario y los requisitos de la modalidad «archivar y usar» (*file and use*). Los productos que sobrepasan la cantidad límite no cuentan para el microseguro y, por lo tanto, los agentes autorizados deberían tener más conocimiento especializado.

Tabla 48 **Definición del microseguro en India**

Línea de productos asegurados (INR)	*Cobertura máxima (años)*	*Cantidad máxima*	*Plazo asegurado (INR)*
Vida	5.000 ($113)[15]	50.000 ($1.130)	5
No Vida	5.000 por activo	30.000 ($678)	
Médico	5.000	30.000	1
Accidente personal	10.000 ($226)	50.000	1

Se entiende que esta reglamentación representa un paso importante en la expansión del microseguro en India. Sin embargo, los críticos de este sistema plantean que el reglamento es muy rígido porque se concentra en una sola modalidad, el modelo socio-agente. También plantean que los detalles de los productos no deben estar sujetos a la regulación central. Ya que no se ha bajado el requisito mínimo para un asegurador, que es muy alto ($22 millones), es posible que no haya suficiente competencia entre los aseguradores. Con respecto a esto, el supervisor ha recomendado al Estado que se reduzcan los requisitos de capital para los seguros de salud a la mitad, para aumentar el número de operadores de microseguro de salud.

[15] $1 = 44.25 Rs. (rupias de la India).

La nueva regulación sobre microseguro marca uno de los caminos hacia la distribución más eficiente, mediante la relajación parcial de los requisitos de adiestramiento y las normas de remuneración, además de permitir la combinación de productos, sin comprometer la capacidad de riesgo del asegurador comercial.

3.2 Suráfrica (SA)

En Suráfrica se han emprendido sistemas de microseguro durante años, pero no se han llamado así. La forma más común de microseguro son los seguros funerarios (en Suráfrica, con frecuencia ofrecidos bajo una Licencia de Asistencia Comercial), «una póliza de seguro de vida mediante la cual el valor agregado de los beneficios, aparte de la renta vitalicia, a ser provistos… no excedan las 10.000 R ($1.500)[16] u otra cantidad máxima dispuesta por el ministro». La Licencia de Asistencia Comercial permite comisiones ilimitadas. La ley de Sociedades Mutualistas permite cobertura de hasta 5.000 R ($750). Todos los demás proveedores de seguros funerarios se tienen que registrar bajo la Ley de Seguros a Largo Plazo, que requiere un capital mínimo de 10 millones R ($1,5 millones). Pueden ofrecer seguro funerario por cualquier cantidad asegurada, pero las comisiones tienen tope (Genesis Analytics, 2005).

La mayor parte del microseguro en Suráfrica se genera en la industria funeraria, la cual ha participado en el mercado de bajos ingresos durante bastante tiempo, pero todavía es un mercado desatendido. La cuestión es cómo se pueden expandir los seguros funerarios de manera sostenible. La Junta de Servicios Financieros de África (FSB, por sus siglas en inglés), la entidad reguladora y supervisora no bancaria, se enfrenta a un dilema. La mayoría de los seguros funerarios en efecto carecen de regulación, puesto que los principales proveedores, las sociedades funerarias y las funerarias comerciales están registradas bajo la Ley de Sociedades Mutualistas. A la entidad reguladora le preocupa la viabilidad continuada y la sostenibilidad de este modelo, así como la habilidad de los proveedores existentes para manejar sus riesgos en el futuro.[17] En el caso de un fracaso económico, el supervisor de seguros y la industria de seguros verían su reputación en entredicho y se podría derrum-

[16] $1 = 6.65 R (divisa de Suráfrica).

[17] Además de revelar la escala significativa de las sociedades de entierro en Suráfrica *(véase el Cuadro 90),* las encuestas de FinScope en África sobre servicios financieros (www.finscopeafrica.com) indican que los mecanismos informales no son ideales: el 9% se queda sin dinero para pagar reclamaciones y el 4% sufre de fraude. Las tasas de delincuencia a estos niveles entre los aseguradores formales pueden ser vistas por los reguladores como un problema sistemático, particularmente por el gran número de personas afectadas (Genesis Analytics, 2005).

bar la confianza en el mercado. En vez de conformarse con reaccionar, la entidad supervisora, el Estado y la industria contemplan medidas proactivas.

Los supervisores en Suráfrica no han intervenido de manera tan directa como sus homólogos en India para legalizar y promover el microseguro. Por otro lado, se fundamentan en el Convenio del Sector Financiero,[18] mediante el cual todos los proveedores de servicios financieros han acordado voluntariamente servir al mercado de bajos ingresos. Por consiguiente, la industria de seguros surafricana ha experimentado una gran ola de innovación a medida que los aseguradores experimentan con nuevos canales de distribución para llegar a las personas pobres, incluidas las sociedades conjuntas y alianzas con detallistas *(véase el Capítulo 4.6)*. Sería prematuro determinar si la innovación habrá de ser exitosa. Actualmente, menos del 1% del 60% de los más indigentes de Suráfrica tienen seguro a corto plazo (es decir, pólizas que no son de vida), cifra que deberá subir al 6% para cumplir con la meta del Convenio. Para ayudar a las empresas a cumplir con las metas, el FSB es responsable de promover la educación del consumidor, y, por lo tanto, tiene un papel de gran importancia en la facilitación, subvención, seguimiento y coordinación de una mejor educación al consumidor.

Actualmente, existe una iniciativa para crear una situación más equitativa y pasar las sociedades funerarias y las empresas funerarias del ámbito de la Ley de Sociedades Mutualistas al ámbito de una Ley de Cooperativas que funciona en paralelo y es más adecuado para el contexto surafricano. El desarrollo de esta nueva categoría comprenderá una licencia específica para los seguros funerarios disponibles para todos los participantes del mercado, con requisitos menores para la entrada y el cumplimento. La categoría debe ser accesible a los aseguradores que son asociaciones voluntarias y a las comerciales. Las sociedades funerarias pequeñas con miembros estarían bajo la nueva Ley de Cooperativas.

3.3 Filipinas

En Filipinas, el supervisor de seguros ha creado un sistema de dos categorías, similar a los entornos de regulación que han surgido en el ámbito de las microfinanzas. Se requieren unos 50 millones de pesos filipinos, Php (cerca de

[18] La Carta del Sector Financiero (Financial Sector Charter) (2003) en Suráfrica se concibió originalmente como un plano para la transformación de la industria de servicios financieros, por ejemplo, la no-segregación del sector financiero en términos de su dominio —hasta entonces particularmente blanco—, practicas de titularidad, empleo y solicitación; sin embargo, también incluye metas específicas para la mejora del acceso financiero. Los suscribientes de la Carta incluyen al gobierno, los cuerpos industriales y a representantes de la sociedad laboral y civil. En términos específicos, los bancos y los aseguradores se han comprometido a proveer ciertos productos y servicios a las personas de bajos ingresos para el 2008.

un millón de dólares) para crear un asegurador de vida de primera línea, y unos 100 millones Php (dos millones de dólares) para crear un asegurador con otras coberturas.[19] La Comisión de Seguros (CS) de Filipinas contempla aumentar la cantidad mínima de capital que requiere para todos los actores nuevos en el ámbito de los seguros.

La categoría de segunda línea comprende las sociedades de beneficio mutuo (MBA, por sus siglas en inglés), una institución creada por la CS al amparo de la ley de seguros. Aunque la mayoría de las mutualistas son pequeñas y no están inscritas, una vez que se destaquen por su volumen y cantidad de miembros, tienen que inscribirse, es decir, obtener una licencia del Comisionado.

Según la Ley de Asociaciones de Beneficio Mutuo,[20] estas asociaciones están sujetas a supervisión y deben contratar a un actuario. Las sociedades de beneficio mutuo deben depositar $182 de capital inicial y continuar aportando por lo menos el 10% de sus activos a un fondo de garantía, hasta llegar al capital mínimo que se requiere de un asegurador autorizado normal. El otorgamiento de licencias y la supervisión de las mutualistas representan cierta protección para los miembros, ya que la supervisión significa que el sistema es menos vulnerable al fraude y a prácticas administrativas malsanas. La Comisión de Seguros ha establecido una unidad especial para supervisar a las mutualistas.[21] Sin embargo, en la práctica las asociaciones de beneficio mutuo que no se registran no representan ningún reto, debido a la capacidad limitada de supervisión de la Comisión, lo que pone en duda la protección al consumidor bajo la situación actual. Los agentes de las mutualistas no tienen que tener una licencia.

Uno de los problemas de este arreglo es la diferencia marcada entre los aseguradores comerciales y estas instituciones de segunda línea en cuanto al pago de contribuciones, lo cual es un factor disuasorio para la conversión a una entidad de primera categoría. Por ejemplo, CARD MBA, que ofrecía seguros de vida a más de 600.000 filipinos pobres en 2004, al principio pensaba convertirse en un asegurador en todo el sentido de la ley. No se ha podido lograr, sin embargo, debido a la fuerte carga contributiva para los aseguradores, a pesar de que CARD MBA tendría una serie de oportunidades comerciales interesantes al convertirse en un asegurador de primera línea.

Aunque el asunto contributivo no está directamente relacionado con el ámbito de los supervisores de seguros, su situación les permite hacerles comentarios pertinentes a las personas que formulan la política pública. En la

19 $1 = 52.87 Php (peso filipino).

20 Capítulo VII de la Ley de Seguros (secciones 390-409).

21 En 2001, 18 de las 32 MBA autorizadas (56%) eran examinadas *in situ*.

actual situación en que los gobiernos de muchos países están buscando alternativas a los mecanismos de mercado para proteger las vidas, la salud y los bienes de sus pueblos, los directivos muy bien podrían ver sus propuestas con buenos ojos.

Algunas mutualistas están registradas para aprovechar una situación contributiva más favorable (el arbitraje cautelar) y otras no gozan de solidez financiera, posiblemente debido a malas prácticas administrativas, entre otros motivos. En vista de estos problemas, el Comisionado piensa ajustar la regulación de las mutualistas en un futuro cercano.

4 Conclusión

El punto de partida para la creación de mercados inclusivos de seguros es que los supervisores tengan un mandato para hacerlo. Para que los supervisores de seguros puedan cumplir con ese mandato y asumir con seriedad la responsabilidad de desarrollar el mercado, necesitan recibir alguna indicación clara de los directivos públicos de que, en efecto, dicho desarrollo es una prioridad. Dado el papel de los seguros en el logro de los objetivos de desarrollo del milenio *(véase el Capítulo 1.1)* y los recursos limitados para los beneficios de protección social auspiciados por el Estado *(véase el Capítulo 1.3),* dicha prioridad tendría sentido.

El reto mayor que enfrentan los supervisores es crear un ambiente facilitador para llegar a los clientes y la sostenibilidad del mercado de microseguro. Desde la perspectiva del asegurado, los supervisores tienen que garantizar que el creciente número de sistemas de microseguro semi-informales o informales cumplan con sus obligaciones para con sus miembros. La protección del escaso dinero que tienen las personas pobres es la preocupación central.

Resulta muy difícil proporcionar esta protección al consumidor a la vez que se estimulan soluciones innovadoras para responder a las necesidades de seguros de las personas de bajos ingresos. Con frecuencia se percibe que ajustar el marco regulatorio confluye con los principios de prudencia y se arriesga a distorsionar el mercado. Por ello, los supervisores tienen que encontrar el equilibrio entre promover la inclusión, lo cual significa extender los seguros al vasto mercado de bajos ingresos, y proteger las inversiones y la confianza en el mercado, sin sobrecargarse de trabajo. No es una tarea fácil. Puesto que los requisitos de capital extenso son inadecuados para las pólizas pequeñas del microseguro, una de las soluciones que hay que explorar es el enfoque de usar capital de riesgo. El capital de riesgo representa la porción del capital que una empresa debe tener para proteger a los clientes en contra de situaciones adversas, basado en una evaluación de los riesgos. Se suele calcular aplicando a las cifras agregadas ciertos factores que representan varios riesgos a

los cuales la empresa está expuesta. La supervisión del índice de capital de riesgo se ha reconocido como norma internacional, respaldada por la IAIS y los supervisores del mercado desarrollado.

Cada jurisdicción tiene sus características particulares y no existe una sola solución que se ajuste a todas, como se observa en los ejemplos de India, Suráfrica y Filipinas, donde cada país ha usado un enfoque distinto. India obliga a los aseguradores a atender a las personas pobres y ha ajustado su sistema de regulación para reformar la manera en que se regulan los corredores y agentes, lo cual podría ser la manera más fácil de estimular un ofrecimiento mayor de microseguro. Suráfrica, que está en vías de establecer un ordenamiento nuevo para el microseguro, está abordando la vasta industria informal de seguros con mucha cautela. La entidad supervisora quiere proteger a los consumidores de seguros informales, pero no quiere que la regulación elimine estos sistemas. La solución que se encontró en Filipinas era aprovechar la fortaleza de las mutualistas. El modelo del fondo de garantía, que se basa en un gran volumen y poco capital inicial, es un mecanismo adecuado para proteger a los consumidores de estos proveedores de segunda línea.

La revisión de los requisitos de autorización de agentes y corredores podría ser la manera más ligera y fácil de estimular un aumento en el ofrecimiento de servicios de seguros, mientras que la creación de otra categoría de instituciones sería un avance, que, por otro lado, requiere la inversión de tiempo y esfuerzo. El uso de terceros administradores podría ser importante, ya que el microseguro representa operaciones de alto volumen y margen bajo, que requieren de mucho conocimiento experto. Se deben considerar también canales alternos de distribución del microseguro, por ejemplo, detallistas y empresas de teléfonos móviles y todas las organizaciones que realizan transacciones financieras en el mercado de bajos ingresos.

Debe haber un marco regulatorio coherente, fundamentado en ciertos principios, para tomar en cuenta los distintos requisitos institucionales del microseguro. Dicho marco no tiene que significar hacer una legislación separada para el microseguro, como en el caso de India. Podría comprender enmiendas a la ley de seguros, como en Filipinas. En vez de tratar de encajonar a todos los aseguradores bajo un solo ordenamiento, este enfoque incluye reglamentación distinta para los distintos modelos de proveedores. En otras palabras, las opciones especiales que ofrecen las instituciones para el microseguro tienen una mayor probabilidad de acrecentar la inclusividad de la industria de seguros que el uso de una reglamentación uniforme con una sola categoría.

La promoción del microseguro implica que los directivos y los supervisores deben tomar medidas concretas, a la vez que comprendan que incorporar los sistemas de microseguro en la esfera de regulación implica ciertos costos

para los supervisores y para los microaseguradores, los cuales posiblemente se tendrán que cobrar a los asegurados. Además, se tiene que mantener un ojo crítico ante la amenaza de que la formalización de los planes informales puede resultar en la pérdida de la orientación social.[22]

La buena supervisión exige que haya competencia técnica específica relacionada con los seguros. No es apropiado delegar la responsabilidad en otras ramas del Estado. La capacidad de los supervisores de seguros es otra consideración importante. No sería realista promover ajustes en el ambiente de regulación, ya que esto resultaría en un mayor número de aseguradores regulados, algunos de los cuales requieren un enfoque de regulación distinto, sin incrementar la capacidad y los recursos de los supervisores de seguros.

Un asunto de importancia crítica es cómo se deben tratar los planes pequeños que todavía no pueden adoptar la orientación comercial que requiere la formalización. Es importante que se defina el umbral en que se requiere la formalización y dónde hay que imponer la regulación (Genesis Analytics, 2005). Las operaciones de microseguro por debajo de este umbral estarían exentas de supervisión. Sin embargo, una vez se rebase el umbral, estas entidades tendrían que tener una licencia formal.

Un paso intermedio para los proveedores de microseguro pequeños que son demasiado grandes para operar fuera del ámbito regulatorio pero todavía muy débiles para poder solicitar una licencia para convertirse en aseguradores formales, podría ser la autorregulación (normas de conducta en el mercado) organizada por un organismo sombrilla. La autorregulación podría ayudar a la industria, pero nunca liberará a los supervisores de seguros de cumplir con su responsabilidad. Este enfoque sólo será factible en los países con un número importante de proveedores (Genesis Analytics, 2005).

Los planes de microseguro existen en la frontera entre la protección social ofrecida por el Estado y las intervenciones de mercado. Por consiguiente, se requiere un dialogo intenso entre todas las partes afectadas para asegurar la compatibilidad y cohesión de las políticas públicas y privadas. Por ejemplo, un buen análisis del mecanismo de precios de los planes de seguros subsidiados por el Estado podría servir de referencia para determinar cómo dichos planes hubieran funcionado en ausencia de los subsidios. Además, ofrecería evidencia sobre las bondades de las alianzas entre el sector público y el privado para proveer una mejor administración, bajar los costos y subsidios y dirigir los subsidios al segmento más vulnerable de la población. Hay que definir

[22] En microfinanzas, los datos demuestran que la correlación entre los aires de formalización y la misión es mucho más débil de lo que se sospechaba, y que nunca se consideró un problema serio. Esto puede estar parcialmente relacionado con el hecho de que encontrar propietarios «comerciales reales» era, en la mayoría de los casos, una necesidad no urgente para la transformación de las IMF, dados los muchos inversionistas orientados-hacia-el-desarrollo que estaban disponibles.

unas reglas de contabilidad claras y normas de solvencia para mantener los productos subsidiados por el Estado como renglón separado en la cartera del asegurador.

Por último, para que funcionen bien las adaptaciones de regulación, hay que invertir bastante en la educación en muchos niveles. Los directivos y los supervisores tienen que comprender los riesgos y el potencial del microseguro, y por lo tanto la transferencia de conocimiento y el dialogo son asuntos centrales. Los donantes y otros promotores también están en un proceso de aprendizaje y tienen que prepararse para proporcionar ayuda financiera y técnica para ayudar a los supervisores, además de ayudar a los proveedores de microseguro; y claro está, los clientes que representan la demanda para los servicios de microseguro no tienen mucha instrucción; el Estado y los donantes tienen que asumir un rol en esta área también. Estos retos se tienen que atender junto con los aspectos de regulación y de supervisión.

5.3 El papel promotor del Estado

Sabine Trommershäuser, Roland Lindenthal y Rüdiger Krech

Los autores agradecen los comentarios a este capítulo de Christian Jacquier (OIT), Jeremy Leach (FinMark Trust) y Gabriele Ramm (consultora).

La protección contra los riesgos constituye un derecho ciudadano. Por lo tanto, el Estado tiene la responsabilidad de usar todos los medios a su alcance para proporcionar este bien público y crear un ambiente en el cual se promueva el acceso igual a los sistemas de protección social (OIT, 2002c).

El Estado puede desempeñar distintos papeles en el cumplimiento de esta responsabilidad. En primera instancia, como se expuso en el Capítulo 1.3, el Estado puede ofrecer protección social, como cuidado de salud universal, beneficios por incapacidad laboral y pensiones para la vejez. Sin embargo, las recaudaciones fiscales del Estado no son ilimitadas. En muchos países en desarrollo, no más del 20% de la población activa se suele incluir en los sistemas de seguridad social (OIT, 2000). En la actualidad, muchos gobiernos no pueden ofrecer estos servicios básicos a la gran mayoría de la ciudadanía.

En segundo lugar, el Estado tiene la responsabilidad de regular y supervisar la industria del seguro, que proporciona una protección muy valiosa a las empresas y los ciudadanos del país, sobre todo a los que pueden costear las pólizas. Si el Estado por su cuenta no puede proporcionar un grado adecuado de protección social, por lo menos debe crear un ambiente en el cual el mercado puede ofrecer planes de protección a los segmentos desatendidos. Como se explicó en el capítulo anterior, los ajustes a las leyes y reglamentos de seguros pueden contribuir mucho a ayudar a los aseguradores comerciales a servir al mercado de bajos ingresos.

Sin embargo, incluso en un ambiente de regulación propicio para el desarrollo del microseguro, las fuerzas del mercado por sí solas no resolverán el problema de la insuficiencia de la cobertura de la protección social. En términos puramente comerciales, el microseguro, con sus pequeñas transacciones, recaudaciones bajas por concepto de primas, costos administrativos relativamente altos y un mercado-meta difícil de alcanzar, no es muy atractivo para la mayoría de los aseguradores. Donde la cobertura y la calidad de los planes formales de seguridad social son limitadas, y donde los aseguradores no

ofrezcan servicios a las personas pobres, los gobiernos necesitan explorar otras opciones para aumentar la cobertura de la protección social.

Esto nos conduce a un tercer enfoque, en el cual el Estado asume el papel de facilitador que ayude a superar las imperfecciones del mercado, promoviendo el microseguro mediante una variedad de opciones institucionales. En este papel de promotor, el Estado podría usar sus recursos limitados para promover la inversión del sector privado en protección. En este capítulo describimos esta tercera función y las maneras en que el Estado puede fomentar el microseguro.

1 Política pública, participación y consenso

Si el Estado considera que la protección social es una prioridad, como asunto de política pública, y entiende que el microseguro puede servir de complemento a un sistema de protección social integral, puede decidir promover el microseguro. Antes de hacerlo, seguramente sopesará los pros y los contras de este tipo de seguro. El Estado tiene que incluir a todas las partes afectadas en las etapas iniciales del proceso de discusión y formulación de sus políticas.

El microseguro no constituye la única, ni siquiera la mejor, alternativa para proteger a la población-meta contra los riesgos más importantes. La mayoría de los sistemas de microseguro sólo alcanza a una fracción de la población y no resuelve el problema de acceso para los grupos más pobres y más vulnerables, que no pueden pagar las contribuciones y cuyas necesidades de protección son mayores de lo que puede ofrecer un plan de microseguro. Por lo tanto, no sería realista presumir que los planes de microseguro puedan cubrir a todas las personas que no están cubiertas bajo los planes formales actuales. Sin embargo, el microseguro puede aportar en algo, y ese algo dependerá del proceso político.

Las decisiones sobre la política pública, en particular con respecto a los asuntos sociales, son netamente un asunto político, puesto que se trata de una serie de asuntos fundamentales, pero subjetivos, que se tienen que atender como parte de una política pública integral sobre la protección social. Hay que decidir, por ejemplo, si hay un nivel deseado de solidaridad. Un primer paso en la formulación de una política con respecto al microseguro es que el Estado facilite un proceso participativo en el que se evalúe si las metas sociales del país se pueden alcanzar con eficacia y de manera sostenible por medio del microseguro. En este contexto, el compromiso del Estado con los objetivos sociales será un factor determinante en cuanto a la manera en que se involucre con el microseguro. El marco de las políticas nacionales deberá definir el papel de los microaseguradores en el contexto más amplio, así como los papeles del Estado y otras partes afectadas.

Todas las partes afectadas se tienen que involucrar en el proceso de formular las políticas si se quiere que la mayoría de la ciudadanía las acepte y las apoye. Las partes afectadas incluyen grupos de la sociedad civil como entidades religiosas, ONG, organizaciones cooperativas de auto ayuda y sus entidades sombrilla, y aseguradores nacionales e internacionales. Otros actores importantes son las organizaciones patronales y laborales, los proveedores de servicios, las asociaciones profesionales y las alianzas desarrollistas bilaterales y multilaterales.

El éxito de la promoción del microseguro depende de que haya una colaboración estrecha entre todas las partes interesadas; sin embargo, hay ciertas actividades que sólo puede realizar el Estado, como por ejemplo el ordenamiento jurídico y los servicios que ningún actor comercial estaría dispuesto o sería capaz de ofrecer. Las alianzas público-privadas, denominadas por sus siglas en inglés PPP, pueden ser particularmente importantes donde los recursos nacionales y el conocimiento experto son limitados. Por ejemplo, uno de los aseguradores más grandes del mundo, Allianz AG, se ha aliado con GTZ y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, para desarrollar productos de microseguro en India e Indonesia.

El Estado debe facilitar el proceso participativo para la formulación de las políticas, lo cual requiere la voluntad política de hacerlo. En ese sentido, el que los trabajadores en la economía informal por lo regular carecen de la organización necesaria para comunicar sus necesidades podría representar un problema técnico (Carrin, 2002). Políticamente podría ser difícil llegar a un consenso con el grado de solidaridad necesario para extender la cobertura de protección social a toda la población. Se requiere una fuerte voluntad política para proporcionar cobertura a los más pobres, ya que reducir la vulnerabilidad de ese sector choca con otras prioridades.

Las partes interesadas tendrán que definir el concepto de microseguro, el cual incluye una amplia gama de opciones. Por ejemplo, habrá que tomar una decisión en cuanto al modelo de ofrecimiento, si se hará mediante organizaciones de auto-ayuda tipo cooperativas, bajo el modelo socio-agente, con planes de seguro de base comunitaria, usando el modelo de ventas directas, o con una mezcla de modelos. Otros asunto es la afiliación obligatoria o voluntaria, el grado de financiación compartida o subsidio de las primas, y los planes basados en índices de riesgo o seguros derivados (por ejemplo, planes de seguros climáticos).

Según las circunstancias particulares del país y previa consulta con las partes interesadas de mayor relieve, el gobierno necesita escoger las opciones más viables para la promoción del microseguro. Una evaluación minuciosa permite establecer prioridades entre los posibles instrumentos y asegura que se escojan los que tienen el potencial para surtir el mayor efecto en los objetivos

sociales de la nación en proporción a su costo. Las herramientas y opciones que tienen los gobiernos incluyen (a) crear un entorno facilitador, (b) fortalecer las instituciones y (c) proporcionar ayuda económica.

2 La creación de un entorno facilitador

Aunque se suela asociar el tema del entorno facilitador con el marco legal y de regulación, en realidad este tema abarca muchos aspectos. De hecho, todas las actividades del Estado, desde la legislación hasta los servicios (salud, educación, seguridad física, políticas laborales que promueven el trabajo digno) se entienden como aportaciones a un entorno facilitador. Al identificar los posibles obstáculos del entorno o de la infraestructura que impiden el desarrollo y la expansión del microseguro, mediante una inversión limitada, el Estado podría lograr ciertos ajustes que aumentarían de modo significativo la disponibilidad y la calidad de los seguros para los pobres.

2.1 El marco legal y de regulación

Muchos proveedores de microseguro operan al margen de las leyes que rigen los seguros. Ni los intereses ni el dinero de los consumidores reciben suficiente protección. Como se expuso en el capítulo anterior, un marco regulatorio bien diseñado es un factor importante para que se puedan ofrecer servicios de microseguro de manera eficiente y eficaz.

Aparte de la legislación específica para las instituciones de microseguro, hay una variedad de elementos de regulación que influyen en la creación, operación y expansión de los sistemas de microseguro, entre otros, y para mencionar sólo algunos:

- El marco de regulación para las microfinancieras, que podrían ser corredores o canales de distribución.
- Leyes que gobiernan otras clases de instituciones, como las cooperativas.
- El ordenamiento jurídico del mercado de seguros en su totalidad, incluidos los reaseguros.
- Reglamentación gubernamental en torno a la contabilidad con el fin de impedir las irregularidades fiscales.
- Legislación fiscal.

Los directivos que formulan política pública tienen que armonizar las políticas, las leyes y la reglamentación del microseguro; tienen que ser sistemáticos. Por ejemplo, el ordenamiento de regulación va a determinar si las organizaciones sin fines de lucro, las cooperativas y los microaseguradores de

base comunitaria pueden ingresar formalmente en el mercado. Además, este ordenamiento define las iniciativas privadas, por ejemplo, si se asignan responsabilidades adicionales de manera obligatoria a los aseguradores comerciales por medio de un sistema de cuotas, como se ha hecho para las personas pobres en India. Como alternativa a obligar a los aseguradores a participar en el mercado de bajos ingresos, se les podría estimular mediante incentivos, como por ejemplo, ofrecerles ventajas fiscales a los aseguradores del sector privado que ofrecen productos a los pobres. En una situación como esa, es importante que se reconozca que el mercado de bajos ingresos puede necesitar un tipo distinto de protección al consumidor *(véase el Cuadro 96)*. Asimismo, quizás se debe explorar cómo se podría extender la protección al consumidor a los asegurados de los planes de seguro informal.

Cuadro 96

El Ombudsman del seguro en Sri Lanka

La nueva oficina del Ombudsman de Seguros in Sri Lanka se inauguró el 1 de febrero de 2005. Las experiencias positivas del Ombudsman de Finanzas en Sri Lanka fue lo que dio pie a esta nueva oficina. El propósito del Ombudsman de Seguros es lograr la resolución satisfactoria de las querellas y quejas de los asegurados para los aseguradores que están cubiertos por el sistema, los cuales incluyen a ALMAO (All Lanka Mutual Assurance Organization), que ahora es un asegurador regulado. El Ombudsman está facultado para ordenar el pago de dinero de manera vinculante para las instituciones de seguros cubiertas.

Aparte de la función primaria de atender las quejas, el Ombudsman se dedica a educar al pueblo de Sri Lanka acerca de los seguros. Dado el alcance logrado por ALMAO en el mercado de bajos ingresos, las modalidades de comercialización social y el procesamiento de quejas tendrán que adaptarse a las características de sus asegurados.

Fuente: Adaptado de Enarrson y Wirén, 2006.

2.2 La prevención de riesgos y la comercialización social

El papel del Estado puede ser clave en la prevención y reducción de riesgos. Al nivel «macro», las políticas de prevención para mitigar el impacto de sucesos como las crisis económicas, los desastres naturales y los conflictos sociales pueden crear un entorno estable en que pueda prosperar el microseguro. Además, las actividades de reducción de riesgos, tales como los sistemas de protección contra inundaciones, mejoras a los sistemas sanitarios, la medicina preventiva y la monitorización de las enfermedades contagiosas pueden

disminuir los riesgos, y por lo tanto reducir los gastos por las reclamaciones, lo cual a su vez permite bajar las primas, haciendo así que los productos de seguros sean más económicos para las personas pobres *(véase el Capítulo 3.9).* Por supuesto, estas son iniciativas que el Estado querría establecer para la ciudadanía en general, no solamente para apoyar a los sistemas de microseguro.

El Estado puede también avanzar hacia un mercado laboral más equitativo e inclusivo. Como la mano de obra suele ser el activo principal, o el único activo, de la persona pobre, el acceso equitativo al trabajo digno es uno de los aspectos más importantes de la reducción de riesgos. Igualmente, hay que optimizar la rapidez y la calidad del crecimiento económico a la vez que se aumenta la elasticidad del empleo y la proporción del empleo formal; ambas cosas facilitarán la habilidad del Estado para obligar a que se proporcione la financiación para la cobertura universal (OMS, 2004). Por último, cuanto más crezca el sector formal, menos seguros alternos se necesitarán, puesto que es más fácil dar cobertura formal de seguridad social a los trabajadores formales.

Además de actuar directamente para crear un ambiente más saludable para las personas pobres, el Estado se puede involucrar en campañas de comercialización social para crear más conciencia y comprensión entre la ciudadanía acerca de la importancia de prevenir y evitar los riesgos. Varios planes de microseguro, incluidos BRAC y Grameen Kalyan en Bangladesh, participan en el programa del Estado de vacunación infantil. Las autoridades sanitarias proporcionan las vacunas gratuitamente y se hacen unas pequeñas aportaciones para cubrir el costo de promover la campaña. Este tipo de participación puede fortalecer los programas de prevención que ofrece el microasegurador y acrecentar su imagen pública. Sin embargo, se ha visto que las campañas de salud pública no siempre logran cambiar el comportamiento de la gente.

La comercialización social se puede emplear para promover estrategias de gestión de riesgos y fomentar la cultura de seguros. De hecho, la falta de una cultura de seguros se identifica con frecuencia con uno de los principales obstáculos a la expansión del microseguro, y es algo que el Estado puede atender con un mínimo de recursos. El Estado podría emprender este esfuerzo o podría alentar a la industria de los seguros para que asuma la responsabilidad de fomentar la cultura de seguros.

Las campañas educativas sobre las características y ventajas específicas del microseguro podrían explicar cómo se puede participar en estos sistemas, cómo se pueden formar, y cuáles son los deberes y derechos de los asegurados, además de los costos de cobertura, que con frecuencia se sobreestiman, y el costo de no tener seguridad social, que se suele subestimar (GTZ, 2005). La comercialización social podría ayudar a cambiar las ideas incorrectas y expectativas irreales de los consumidores, las cuales pueden ser otro obstáculo importante y llevar a malentendidos entre las partes (Huber y otros, 2003).

En Guatemala, por ejemplo, uno de los temas clave de la Superintendencia de Bancos, que incluye al Delegado de Seguros, es el fomento de las mejores prácticas en la gestión de riesgos, entre las instituciones financieras y los clientes. La persona encargada de la división de seguros se ha ocupado de alentar a los aseguradores para que asuman el liderazgo, en vez de la Superintendencia, en la introducción de las mejores prácticas para la gestión de riesgos, centrándose en: (a) prácticas corporativas, (b) el código de ética para los clientes y (c) la protección al consumidor (Herrera y Miranda, 2004).

2.3 Investigación, información e instalaciones de cuidado de salud adecuadas

Otro aspecto del entorno facilitador es que tiene que haber ciertos servicios en funciones para que la industria de seguros pueda operar adecuadamente, especialmente datos obtenidos de investigaciones, información pertinente e instalaciones de cuidado de salud adecuadas.

La gestión de riesgos conlleva reconocer sus orígenes y características; por ejemplo, si afectan a las personas simultáneamente o de manera independiente. La combinación más adecuada de estrategias y sistemas de gestión de riesgo en una situación determinada dependerá del tipo de riesgo y la viabilidad de los instrumentos disponibles (Dixon y otros, 2002). La información y los datos estadísticos confiables pueden sustentar el argumento a favor de la cobertura universal, y por consiguiente, de la necesidad del microseguro como elemento de un marco mayor de protección social.

Asimismo, cuanta más información tengan los microaseguradores para determinar las tarifas y características adecuadas de los productos, más bajas podrán ser las primas para los asegurados pobres. Los servicios de estadísticas para la industria de los seguros necesitan tener recursos y capacidad. Dichos servicios, que podrían estar subvencionados por el Estado, proporcionan información que ayuda a los aseguradores a establecer las primas y los paquetes de beneficios. En el caso de los seguros de salud, por ejemplo, esto podría incluir información sobre la frecuencia de las enfermedades, la calidad relativa de las instalaciones y el costo recomendado para las distintas intervenciones. También pueden facilitar el intercambio de experiencia y aprendizaje entre las instituciones y las personas que trabajan con el microseguro y su promoción.

Otro elemento es que haya suficiente cantidad de instalaciones de cuidado de salud. De hecho, la facilidad de acceso a las instalaciones de cuidado de salud existentes y la calidad de cuidado que estas ofrecen son factores determinantes para el éxito de un seguro de salud *(véase el Cuadro 97)*. Por lo tanto, el Estado puede apoyar y fomentar el desarrollo del microseguro mejorando el acceso, la disponibilidad y la calidad de los servicios de cuidado de

salud para toda la ciudadanía en sus centros de cuidado primario y los hospitales públicos (OIT, 2002c).

Cuadro 97

Los proveedores de servicios médicos y las organizaciones mutualistas de salud (OMS) en Mali

Los socios más importantes de UTM (Union Technique de la Mutualité Malienne) son los proveedores de servicios de salud, los cuales tienen una relación simbiótica con las mutualistas. De hecho, la mayoría de las mutualistas se estructuran en torno a una clínica *(aire de santé)* que da servicio a las personas que residen en determinada zona. Los proveedores médicos se benefician de la presencia de las mutualistas, puesto que estas aseguran que la población local tenga los medios económicos para pagar los servicios, y muchas de estas clínicas han tenido un papel clave en la creación de nuevas mutualistas de salud.

Fuente: Adaptado de Fischer y otros, 2006a.

Los proveedores de cuidado de salud constituyen un elemento central en el éxito de un plan de microseguro. Donde el micro asegurador pueda trabajar en asociación con los proveedores públicos, como en el caso de UTM y UMSGF (Guinea), podrán controlar mejor los costos, puesto que los proveedores de cuidado de salud públicos suelen cobrar tarifas fijas. Los proveedores de cuidado de salud públicos tienden a ser más económicos, ya que sus operaciones son parcial o totalmente sufragadas por el Estado. Si el micro asegurador quiere minimizar los costos de las reclamaciones, tiene que buscar la mejor forma de trabajar con el sistema de salud pública. Ciertamente, se facilitan las cosas si el Estado apoya al microseguro. Por ejemplo, en el caso de Karuna Trust, se ha formado un comité coordinador para mejorar la calidad de los servicios de cuidado de salud, con la participación de representantes del Ministerio de Salud y Bienestar Familiar y de representantes de Karuna Trust y del asegurador. El comité coordinador se reúne con regularidad para supervisar la implementación del seguro.

2.4 La corrupción y el fraude

La corrupción, si es rampante, puede representar una barrera importante para el desarrollo y el éxito de un sistema de microseguro. Por ejemplo, los proveedores de cuidado de salud deben depender de pagos formales y no exigir pagos informales para el uso de las instalaciones públicas. Por otro lado, es igualmente importante el fraude por parte de los asegurados, los cuales pudie-

ran reclamar gastos médicos ficticios, o por parte de administradores que desvían el dinero cobrado por el asegurador (Weber, 2002). El Estado puede tener un rol destacado en la lucha contra la corrupción y puede asegurar que el cuidado de salud y los procedimientos de las reclamaciones funcionen de una manera confiable y transparente (Ranson y Bennett, 2002).

Curiosamente, la promoción del microseguro puede ayudar a reducir el fraude hasta cierto punto, por lo menos en los centros de cuidado de salud. Por ejemplo, para la UMSGF, en Guinea, los estudios preliminares que se realizaron en la región mostraron que el costo promedio declarado de la hospitalización (médica o quirúrgica) era de 80.000 GNF ($33) por estadía, mucho más alto que los precios oficiales que cobran los proveedores de cuidado de salud, en promedio 20.000 GNF ($8,20). Por lo tanto, el microasegurador optó por un arreglo de pago por medio de terceros, de manera que los afiliados no tuvieran que pagar por el tratamiento al recibirlo. Al eliminar las transacciones financieras entre el personal médico y los pacientes, se reducen las prácticas ilegales tales como los cobros excesivos.

3 El fortalecimiento de las instituciones

Además de crear un entorno en el que podrían prosperar los proveedores y productos de microseguro, el Estado puede intervenir al nivel institucional para fortalecer a los proveedores de microseguro y facilitar las alianzas.

3.1 Las redes y los organismos sombrilla

Para que los sistemas de microseguro sean exitosos, las unidades locales, basadas en el tipo de ocupación laboral, tienen que vincularse a una estructura mayor, una red, incrementar sus funciones representativas y ampliar su base de asegurados. Las experiencias de Mali (UTM), Senegal (CRMST) y Guinea (UMSGF) ilustran la manera en que la estructura federada fortalece los sistemas *(véase el Capítulo 4.3).* Esta vinculación, de importancia crítica, proporciona el andamiaje para unas operaciones más profesionales, mediante el uso de controles internos y el monitoreo del desempeño, servicios de asesoría, adiestramiento, bancos de datos y recursos de investigación; permite compartir lo aprendido y la información pertinente, además de establecer contacto con las partes interesadas más allá de la localidad.

Las redes tienen un papel clave en el inicio de sistemas nuevos y, por lo tanto, en la expansión de la disponibilidad del microseguro y el desarrollo de las economías de escala. Por su parte, el Estado debe fomentar, cuando sea adecuado, la creación de asociaciones de microseguro o apoyar las existentes. El financiamiento de estas estructuras de apoyo representa un gran reto, puesto

que muchas de estas no cobran lo suficiente de sus afiliados para cubrir sus gastos. Esta podría ser un área en que las subvenciones del Estado serían muy eficaces, según se expone en la siguiente sección. Además, el Estado puede facilitar la vinculación con las organizaciones de apoyo correspondientes, incluyendo las agencias del gobierno central y de los gobiernos locales, para fomentar las alianzas, que serían de beneficio mutuo *(véase el Cuadro 98).*

Cuadro 98

El liderazgo en Guinea-Bissau

En Guinea-Bissau, el Ministerio de Salud Pública ha establecido unas responsabilidades específicas para los dirigentes en las aldeas con respecto a los sistemas comunitarios de servicios de salud prepagados. El andamiaje de política pública permite un alto grado de autonomía en la administración, pero responsabiliza a la aldea por una serie de funciones.

Por ejemplo, cada aldea puede decidir los detalles del sistema prepagado (por capitación, por adulto o por hogar) y los plazos de los pagos. En las aldeas más grandes, se pueden crear subcomités especiales para asuntos de salud, los cuales supervisan las operaciones de los centros de salud de la aldea.

También se especifican las responsabilidades de las aldeas, las cuales incluyen la construcción de los centros de salud, para lo cual el Ministerio de Salud proporciona algunos materiales de construcción, y asegura la provisión de medicamentos adecuados. De esta manera, la alianza entre el Ministerio de Salud Pública y las aldeas se beneficia de la función de liderazgo del Estado, por medio de guías y monitorización, y del conocimiento local dentro de las aldeas.

Fuente: Adaptado de Ranson y Bennett, 2002.

3.2 Vinculación con los donantes y fondos internacionales

Como se describió en el Capítulo 5.1, la ayuda internacional puede ayudar a fomentar el microseguro, sea mediante subvenciones económicas directas o por medio de la asistencia técnica. Pero los micro aseguradores pueden carecer de la capacidad, la pericia y las redes de contacto para comunicarse y negociar con los posibles donantes o fondos internacionales, como El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (Fondo Mundial) y la Facilidad Financiera Internacional (conocida por sus siglas en inglés IFF), o el concepto innovador del Fideicomiso Social Mundial.[1] El

[1] Este concepto es parte de una campaña más amplia de la OIT para incentivar a los países a promover seguridad social, y vincula a los países desarrollados y en desarrollo para aumentar y extender los esquemas de protección social en los últimos. *(Véase el Cuadro 14 en el Capítulo 1.3).*

Estado tiene el papel de intermediario entre la ayuda externa y la población-meta, en última instancia *(véase el Cuadro 99)*. En ese contexto, el interés que tenga el Estado en el microseguro determina el volumen y alcance de la ayuda de donantes externos, por ejemplo, con las prioridades que se establecen en las negociaciones bilaterales y multilaterales.

Cuadro 99

Facilitando los enlaces con PNUD en India

El Ministerio de Salud en India decidió establecer unos sistemas pilotos en Bengala Occidental y Karnataka para poner a prueba unas opciones de financiación de los servicios médicos comunitarios y aprender así de las experiencias. El Ministerio accedió a trabajar en alianza con unas ONG establecidas y exitosas; por recomendación del gobierno de Karnataka, el Ministerio abordó a Karuna Trust en 2001. Se diseñó un sistema que sólo se centraba en las clínicas públicas. Las operaciones de microseguro de Karuna Trust se iniciaron en 2002, con una ONG como agente de distribución para la Compañía Nacional de Seguros, propiedad del Estado.

El beneficio principal del producto de seguros es una dieta (*per diem*) que se paga al asegurado mientras esté hospitalizado. Las instalaciones públicas ofrecen tratamiento gratuito para los que están por debajo del límite de pobreza o cobran tarifas módicas para la cirugía y la hospitalización, servicios ambulatorios y (parcialmente) medicamentos. La idea básica del sistema de seguros de Karuna Trust es que las personas pobres usen estos servicios gratuitos en vez de tener que comprarlos de otras fuentes. El propósito del paquete de beneficios es compensar por las debilidades en la infraestructura de salud pública al indemnizar por la pérdida de ingresos. Si el asegurado se hospitaliza durante más de 24 horas en una instalación pública, se pagan 50 Rs. ($1,10) al día como indemnización por pérdida de ingresos, hasta un máximo de 30 días al año. Todas las personas hospitalizadas son susceptibles de selección.

Para superar el desconocimiento que existía en el mercado con respecto a los seguros, PNUD acordó cubrir el costo de las primas durante los dos primeros años. Si bien la prima subsidiada facilitó la venta del producto, si se considera retrospectivamente, quizás no haya sido la mejor decisión. Es difícil persuadir a los clientes de que paguen por un seguro que han recibido gratis durante dos años. Karuna Trust ahora trata de resolver este problema.

Fuente: Adaptado de Radermacher y otros, 2005a.

3.3 Facilitar los enlaces con los aseguradores comerciales

En algunos países, los proveedores importantes de microseguro incluyen organizaciones patronales y organizaciones laborales, proveedores de servicios, asociaciones profesionales, grupos de la sociedad civil y cooperativas. En particular, las microfinancieras que ya participan en transacciones financieras con las familias de bajos ingresos pueden tener un papel clave en el ofrecimiento de seguros. Todas estas organizaciones pueden ofrecer seguros a las personas pobres, por su cuenta o en alianza con los aseguradores formales, o dentro del marco de una alianza pública-privada.

Como se expuso en el Capítulo 4.2, el modelo socio-agente es una manera viable de expandir el microseguro. En este modelo se enlaza un asegurador comercial con los canales de distribución adecuados para alcanzar a los pobres, en beneficio del asegurador, el agente y el cliente. Dados los resultados beneficiosos de este modelo, el Estado podría facilitar los enlaces entre los aseguradores y los agentes de distribución.

Además de facilitar los enlaces, el Estado debe desarrollar un ordenamiento jurídico que fomente este tipo de colaboración. Por ejemplo, la Autoridad Regulatoria y de Desarrollo de Seguros de India (IRDA) ha relajado las normas para otorgarle licencias a los agentes de microseguro *(véase el Capítulo 5.2)*. Hay que reconocer que este tipo de relación no siempre es de beneficio mutuo, sobre todo cuando los agentes de distribución no entienden bien los conceptos de seguros y por lo tanto no obtienen buenos contratos para sus clientes. Por lo tanto, el Estado también debe asegurar que los derechos del consumidor se respeten y se cumpla con las normas de calidad.

4 Proporcionando ayuda financiera

Donde el microseguro se puede proporcionar puramente mediante el mercado, no hace falta el apoyo económico del Estado. Sin embargo, hay una serie de situaciones en que no es posible establecer un sistema de microseguro meramente con los mecanismos del mercado. Por ejemplo, puede tardar años que la nueva aseguradora sea sostenible, salvo con el modelo socio-agente, en el que se usa la infraestructura existente.

Es poco probable que los sistemas de microseguro basados en mecanismos de mercado alcancen a las personas más pobres e indigentes en la sociedad, y por ende podría hacer falta la ayuda económica para extender el alcance de estos sistemas y que en efecto sirvan a estas personas. Podrían hacer falta subsidios para la investigación y el desarrollo, como por ejemplo para crear nuevos productos, mejorar los beneficios o experimentar con la tecnología. Además, los organismos sombrilla podrían necesitar de ayuda económica,

por lo menos hasta que tengan suficientes afiliados para alcanzar las economías de escala. Dada la posible necesidad de ayuda económica, el Estado tendrá que decidir si va a realizar esa inversión, y cómo se puede hacer de una manera eficaz *(véanse los Cuadros 99 y 100).*

4.1 Pagos de transferencia específicos

Para ayudar en la penetración de los sistemas de microseguro, el Estado podría hacer pagos de transferencia a los ciudadanos más pobres, los cuales no pueden pagar (parcial o totalmente) los seguros (Dror y Preker, 2002). Los pagos específicos a las personas pobres tienen un impacto importante en su bienestar. En este contexto, se tiene que tomar una decisión con respecto a las personas que reciben los subsidios: los criterios de selección y cómo se pueden obtener datos estadísticos fiables sobre las personas pobres e indigentes, sus ingresos y su lugar de residencia.

En realidad, muchos microaseguradores dependen del acceso continuado a alguna clase de subsidio externo. Por ejemplo, VimoSEWA, que ha participado en el microseguro en India durante más de una década, tuvo un índice de pérdidas de 176% en 2004 y un índice proyectado de 154% en 2005 sobre la base de las muchas reclamaciones en sus seguros de salud (los productos ahora reflejan una contribución positiva).

Como se expuso en el Capítulo 5.1, el subsidio de las primas quizás no sea la manera más adecuada de realizar la intervención del Estado. De hecho, subsidiar a los sistemas de cuidado de salud en los lugares donde hay pocos proveedores puede llevar a que los proveedores de cuidado de salud sean menos propicios a ofrecer servicios a los no afiliados, quienes se ven como personas más propensas a incumplir los pagos (Bennett, 2004).

Cuando el impacto fiscal de subsidiar a demasiadas personas sea insostenible, los recursos disponibles tienen que asignarse a los más vulnerables. Además, la mayoría de los sistemas exigen algún tipo de cuota por servicio. La intención es limitar el costo al erario, pero también contrarrestar el comportamiento oportunista de los consumidores (el riesgo moral). Otro propósito de los pagos de transferencia del Estado puede ser compensar por el exceso de gasto en beneficios con respecto al ingreso de la unidad de microseguro.

En general, según las necesidades, la capacidad administrativa, el sistema bancario y las prioridades políticas de un país, los pagos de transferencia pueden:

- hacerse directamente a las personas para comprar seguros;
- proveerse a los nuevos microaseguradores *(véase el Cuadro 100);*

- otorgarse a los microaseguradores sociales o cooperativas (ya sea periódicamente o en crisis económicas; en ambos casos ayudaría a mejorar su viabilidad financiera);
- pagarse a un sistema financiero agregado (mediante mecanismos como los reaseguros);
- hacerse a proveedores para cubrir inversiones o servicios no asegurables, u
- otorgarse en forma de pagos condicionados (directos e indirectos), es decir, subsidios que fomenten el uso de la atención preventiva, el cuidado primario y medicamentos esenciales.

En realidad, hay que encontrar una fórmula equilibrada entre las tres opciones. Dadas las muchas imperfecciones del mercado, se podría argumentar que los subsidios se usarían mejor si se canalizaran por los proveedores públicos o se ataran a ciertos bienes o servicios. Actualmente, sin embargo, no hay suficiente información para indicar que un tipo de subsidio sea mejor que otro (Ranson y Bennett, 2002).

Cuadro 100

Subvencionando a Yeshasvini Trust

Yeshasvini Trust es un sistema de seguros autofinanciado, principalmente por las contribuciones de los afiliados, aunque al principio dependió de subsidios. En sus dos primeros años de operación, los clientes pagaban 60 Rs. ($1,36) por persona como prima. Para las personas por debajo del límite de pobreza, el Estado de Karnataka suplementaba la prima cobrada con otras 30 Rs. por persona ($0,68). En total, el Estado aportaba 45 millones Rs. ($1.022.727) en el primer año y 35 millones Rs. ($795.454) el segundo año. Sin embargo, la ayuda del Estado va más allá de la ayuda financiera.

Puesto que las cooperativas en India dependen bastante del Estado, el Departamento de Cooperativas puede influir en su participación. La decisión de permitir que los afiliados simplemente dedujeran la prima del ingreso que obtenían de la sociedad cooperativa fue un incentivo importante para que se afiliaran. Las cooperativas son la clave del gran número de asegurados que tiene Yeshasvini, con 1,6 millones de afiliados el primer año, que aumentó a 2,2 millones en el segundo año. Sin embargo, a medida que se fueron eliminando los subsidios, hubo que aumentar la prima hasta 120 Rs. ($2,73), lo cual tuvo un efecto negativo en las renovaciones. En el tercer año, sólo 1,45 millones personas se afiliaron, ejemplo de la desventaja de subsidiar las primas.

Fuente: Adaptado de Radermacher y otros, 2005b.

Cuando provee subsidios para el microseguro, el Estado tiene que comprender que hay un efecto sobre los no afiliados además de los afiliados, y tiene que analizar si se cumplen mejor los objetivos generales del Estado con las opciones escogidas. En general, cabe notar que los subsidios no garantizan la equidad social ni el acceso para las personas pobres; la manera en que se consigue el dinero usado en los subsidios y cómo se gasta también son factores importantes (Busse, 2002).

4.2 El reaseguro

El reaseguro es otra manera en que la intervención del Estado podría contribuir a la viabilidad de los sistemas de microseguro. Como la población-meta del microseguro son con frecuencia personas que viven muy cerca, la población cubierta no está muy diversificada en cuanto a ubicación u ocupación. Se podrían usar técnicas de reaseguro social para mejorar la rentabilidad de grupos pequeños de riesgos, típicos de los sistemas informales de microseguro (Dror y Preker, 2002).

Sin embargo, así como las personas pobres no tienen acceso a los seguros, los proveedores de microseguro suelen no tener acceso a los reaseguros *(véase el Capítulo 5.4)*. Si las opciones de reaseguro comercial disponibles para los sistemas de microseguro son insuficientes, y en ausencia de acuerdos recíprocos factibles, el Estado puede estimular y apoyar la creación de mecanismos de reaseguros:

- reasegurando los sistemas de microseguro directamente contra ciertos riesgos covariantes (el Estado puede establecer un fondo y hacer aportaciones a los recursos agregados, es decir, una combinación de reaseguros y subsidio) o
- subsidiando las primas que los microaseguradores tendrían que pagar por el reaseguro.

Algunos piensan que este enfoque no es sostenible, que podría crear incentivos negativos y perpetuar los sistemas de microseguro mal diseñados (Newbrander y Brenzel, 2002). Dada la escasa experiencia en esta área, no está claro cuáles serían los recursos financieros, la capacidad administrativa o las características institucionales que necesitaría el Estado para gestionar el reaseguro con éxito. Un enfoque alternativo sería facilitar el enlace entre los microaseguradores y los reaseguradores auspiciados por el Estado *(véase el Cuadro 101).*

Cuadro 101

África Re

La African Reinsurance Corporation (África Re) fue establecida en 1976 por los 36 estados miembros de la Organización para la Unidad Africana con el propósito de reducir la fuga de divisas del continente, mediante la retención de una parte sustancial de las primas de reaseguro que se generaban. Los socios eran los gobiernos nacionales, el sector privado y el Banco Africano de Desarrollo.

El propósito de África Re es fomentar el desarrollo de los seguros y reaseguros en África, fomentar la capacidad de suscripción y retención nacional, regional y subregional, y apoyar al desarrollo económico de África. Para lograr este propósito:

- tramita los reaseguros mediante tratados y cesiones facultativas;
- crea y administra grupos de riesgos;
- ayuda a establecer instituciones de reaseguro nacionales y regionales;
- invierte sus fondos en los países africanos de modo que fomenta el desarrollo del continente;
- proporciona asistencia técnica a los países africanos y fomenta los contactos y la cooperación comercial entre las instituciones de seguros y reaseguros.

África Re goza de exención fiscal total. También puede transferir sus fondos libremente y puede tener cuentas bancarias convertibles. Estos privilegios han permitido que crezca sin mayores trabas de regulación. La primera experiencia de África Re con el microseguro fue con la mutualista de Kenia Mediplus, y ahora es el reasegurador de Microcare en Uganda.

Fuente: Adaptado de África Re, 2003.

5 Consideraciones finales

No se propone aquí que el microseguro se convierta en la columna vertebral del sistema de protección social de un país, pero sí que constituye una estrategia complementaria que se puede aplicar en un marco más amplio. Como primer paso, el Estado tiene que facilitar un proceso en que participen las partes interesadas para sopesar los pros y los contras del microseguro y evaluar si este enfoque contribuiría a los objetivos generales de política social del país. Si se decide incluir el microseguro dentro de un andamiaje mayor de protección social, el Estado puede facilitar la formulación de una política explícita sobre microseguro, que corresponda con todas las demás políticas pertinentes, lo cual ayudará a crear un ambiente de apoyo a los microaseguradores.

Posteriormente, el Estado puede ayudar a crear, duplicar y desarrollar el microseguro mediante una variedad de instrumentos. En este sentido, la responsabilidad primordial del Estado es crear un entorno favorable para dicho desarrollo, comenzando con las adaptaciones de regulación que guarden relación directa o indirecta con el microseguro. La creación de un entorno facilitador también conlleva la promoción de campañas de prevención de pérdidas, el fomento de una cultura de seguros y la reducción o eliminación de la corrupción y el fraude. Otros elementos importantes son la investigación sobre el microseguro, así como la difusión de los hallazgos y de lo aprendido.

Las opciones que tiene el Estado para la promoción activa del microseguro incluyen el apoyo institucional y la ayuda financiera. El apoyo institucional conlleva principalmente la promoción de redes de microseguro y organismos sombrilla sólidos, con lo cual se enlazan los sistemas de microseguro con los donantes y los fondos internacionales, facilitando así los enlaces entre los posibles agentes de distribución y los aseguradores comerciales.

El apoyo financiero es clave si el Estado desea extender la cobertura a los grupos más pobres. Este apoyo se puede proporcionar mediante pagos de transferencia con propósitos específicos, para asegurar un nivel alto, por las personas más pobres y vulnerables, para mejorar la viabilidad financiera de los sistemas de microseguro, para cubrir ciertas inversiones de importancia social hechas por los proveedores o los servicios no asegurables, o para estimular el uso del cuidado preventivo, el cuidado primario y los medicamentos esenciales. La ayuda económica también incluye el papel del Estado de reasegurar el microseguro en contra de los riesgos covariantes.

La combinación óptima de todos los elementos variará de un país a otro o dentro de un mismo país, a medida que se va avanzando por distintas etapas en el camino hacia la cobertura universal.

5.4 El papel de los aseguradores y reaseguradores en la prestación de servicios de seguro a los pobres

David M. Dror y Thomas Wiechers

Los autores agradecen los valiosos comentarios de las siguientes personas que leyeron este texto: George Allen (Munich Re, África), Toon Bullens (Interpolis), Denis Garand (consultor) y Till Heydel (Munich Re).

En su ponencia ante el Congreso de Microseguro auspiciada por la Fundación Munich Re en octubre de 2005, Hans-Jürgen Schinzler[1] expresó su punto de vista sobre la razón por la cual los aseguradores y reaseguradores comerciales eran actores infrecuentes en el mercado de bajos ingresos: «Se derivan pocos ingresos de las primas, hay relativamente muchos gastos administrativos y falta infraestructura para los seguros; esas son las razones por cuales los aseguradores comerciales no se han interesado más por este mercado».

Con esta escueta expresión se sugiere que si los ingresos derivados de las primas fueran mayores, los costos administrativos fueran relativamente bajos, y la infraestructura de los seguros se mejorara, los aseguradores comerciales y reaseguradores se interesarían más por este mercado. Lo que nos lleva a plantear dos cuestiones: primero, hay que preguntar qué valor entienden los aseguradores y reaseguradores comerciales que pueden aportar a los sistemas de microseguro y a los clientes del mercado de bajos ingresos; segundo, ya que los tres elementos mencionados son más propensos a mejorar con el tiempo, en vez de darse repentinamente, en una «gran explosión», cabría preguntar qué parte de ese valor pueden proporcionar los aseguradores y reaseguradores durante ese proceso evolucionario. En este capítulo proponemos algunas respuestas a estas preguntas.

Las respuestas varían según el modelo empresarial. Nos centraremos principalmente en el papel de los aseguradores y reaseguradores en el apoyo de los seguros comunitarios que funcionan con el modelo mutualista, es decir, grupos de personas que asumen el riesgo y gestionan el sistema de seguros. Cómo proporcionar reaseguro a estos microaseguradores, así como el adiestramiento y el apoyo técnico, tan necesarios, constituye un reto clave para el desarrollo del microseguro.

[1] Hans-Jürgen Schinzler es el presidente de la Junta de Supervisora de Munich Re y presidente de la Junta de Accionistas de la Fundación Munich Re.

En este capítulo no nos ocuparemos de esos sistemas de microseguro en los cuales las ONG distribuyen productos de seguro sin asumir el riesgo (el modelo socio-agente), porque estas organizaciones de base comunitaria ya están asociadas con un asegurador comercial específico. El asegurador podría o no traspasar el riesgo a un reasegurador, dependiendo de decisiones que no se relacionan con el agente. El planteamiento que se hace en este capítulo se inspira en la idea de que los aseguradores y reaseguradores comerciales pueden aprovechar oportunidades comerciales importantes al penetrar más los seguros en los mercados de bajos ingresos, y que dichas oportunidades justifican la inversión en los sistemas de microseguro debido a su potencial para servir de agentes de cambio en las comunidades de bajos ingresos.

1 La propuesta de valor del reaseguro

La propuesta de valor del reaseguro es que el reaseguro acrecienta la capacidad de la aseguradora primaria para operar, reduciendo el costo a largo plazo de los riesgos asegurados. El reaseguro, por lo regular, se centra en cuatro tipos principales de contingencias financieras: 1) la capacidad, 2) el refuerzo de las reservas técnicas, 3) las catástrofes y 4) la estabilización. Además, los reaseguradores proporcionan servicios auxiliares que complementan el banco de información de los aseguradores. Todos estos servicios son pertinentes para los microaseguradores.

Todos los aseguradores (y los microaseguradores no son la excepción) pueden reducir el costo de los riesgos suscritos cuando aumenta el número de clientes. Al tener más asegurados, se puede predecir mejor el resultado comercial; pero esto también significa que con respecto al monto total de las reclamaciones y los eventos catastróficos, el asegurador se ve más expuesto a la posibilidad, aunque sea temporal, de que las pérdidas pudieran exceder los ingresos de las primas. Por lo tanto, los aseguradores que deseen conseguir más contratos de seguro de lo que sus límites financieros permiten tienen que aumentar su **capacidad** financiera. Si se aumenta la capacidad financiera, se aumenta la capacidad de contrato o la capacidad de primas. Por cierto, la capacidad adicional no tiene que ser proporcional, sino más bien la proporción disminuye a medida que crece el asegurador.

La mejora en la capacidad de primas es probablemente más pertinente en el contexto de los microaseguradores *(véase el Cuadro 102).* Esto se puede lograr mediante los métodos de reaseguro proporcional (por ejemplo, «contribuyente» o «excedente») o mediante un reaseguro no proporcional (el método llamado «reaseguro de exceso por pérdida»). Ya que el reaseguro representa un gasto, el microasegurador querrá comparar las alternativas del costo del capital; los que tienen acceso al capital a menor costo preferirán esa opción en vez del reaseguro, pero, a falta de alternativas, el reaseguro es útil.

Cuadro 102

¿Qué obtienen los microaseguradores del reaseguro?

El reaseguro provee a los microaseguradores unos fondos discrecionales y protección contra la insolvencia.

La **protección contra la insolvencia** es la ventaja fundamental. El contrato de reaseguro garantiza que el reasegurador pagará todos los costos por encima del umbral del reaseguro, y por lo tanto el riesgo de fracaso del microasegurador se limita a los costos que estén por debajo de dicho umbral. El costo de la prima de reaseguro tiene que compararse favorablemente con el margen de seguridad que tiene que mantener el microasegurador. El margen de seguridad es proporcional a la varianza de los beneficios del microasegurador. Se han hecho estudios que demuestran que el reaseguro representa una clara ventaja para los microaseguradores, sobre todo a medida que su paquete de beneficios específico evoluciona y se diversifican los productos con límites más altos (Dror *et al.*, 2005a).[2]

Las reaseguradoras también pueden eximir a los microaseguradores de tener que mantener reservas de contingencia para cubrir gastos altos en años malos. Estas reservas normalmente se acumulan en los años buenos. Obviamente, el reaseguro no afecta a la probabilidad de años buenos, pero al liberar al microasegurador de tener que mantener la reserva, esta puede usar el excedente acumulado en los años buenos como **fondos discrecionales**, sin exponerse a un mayor riesgo de insolvencia.

[2] En el Capítulo 3.6 se opina que los riesgos cedidos al reaseguro son tanto una decisión de la administración, como el resultado de una serie de cálculos sobre la exposición del asegurador primario. Los autores de aquel capítulo apoyan la opinión de que, en determinadas circunstancias, la elección puede estar sujeta a una determinación de juicio de la gerencia. Esta opinión es particularmente válida cuando los términos que subyacen al seguro son menos que óptimos, dada una limitación extrema en los beneficios. Por ejemplo, cuando la incidencia esperada del evento es alta, su probabilidad será alta también y, consiguientemente, su varianza será baja. La varianza también disminuye cuando el paquete de beneficios incluye pocos tipos de beneficios uniformes y cuantías bajas de beneficios máximos, porque las reclamaciones se vuelven más predecibles. Hay menos necesidad de reaseguro en estos casos, porque la incidencia de reclamaciones y la suma de las reclamaciones presentadas se reducen a un grado que hace bajar las fluctuaciones y hace la protección financiera del seguro menos relevante.

La experiencia con el microseguro sugiere que, con muchos productos de vida, las cuantías de las reclamaciones son constantes debido a la cobertura uniforme; por tanto, la variable al azar, «varianza de reclamaciones agregadas», tendería a cero. Para el seguro de vida a crédito, hay alguna varianza en las cuantías de los préstamos por pagar, de forma que hay una contribución a la varianza de reclamaciones agregadas. Para salud, si hay un beneficio máximo bajo (como se ve con frecuencia en los esquemas de microseguro), la contribución a la varianza de las reclamaciones agregadas sería pequeña; de hecho, cuanto más alto el volumen de clientes que llegan al máximo, más baja es la contribución a la varianza.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que los programas de reaseguro tienen su costo; por ende, el sobre-asegurar puede ser tan perjudicial para la situación total del costo-beneficio como la insuficiencia de seguro.

El reaseguro catastrófico es una forma de reaseguro que no debería costar mucho y que sería útil en la mayoría de las situaciones. Las demás funciones del reaseguro no son generalmente utilizadas en los esquemas de microseguro

En la práctica esto implica que los microaseguradores tienen que usar dos varas para medir lo que obtienen: en primera instancia, cuanto mayor sea la prima que tienen que pagar para evitar el fracaso y asegurar la solvencia, menor será el beneficio; en segundo lugar, a más fondos discrecionales, mayor será el beneficio. Algunos aseguradores entienden que es más fácil cumplir con el requisito de excedente comprando el **refuerzo de reservas técnicas**, lo cual se conoce también como financiación, de un reasegurador.

Los aseguradores cobran las primas por adelantado, pero sólo saben retrospectivamente qué proporción de las primas pueden retener como rédito. Por lo tanto, en determinado momento, los aseguradores han cobrado primas que no se contabilizan como ingresos devengados. Los reguladores de seguros obligan a los aseguradores a mantener un excedente que refleje las primas cobradas que no constituyen ingreso devengado, el cual debe ser equivalente al valor actual de las reclamaciones futuras. Sin embargo, los microaseguradores tienen que contabilizar todas las primas no devengadas como reserva, a la vez que sufragan todos los gastos del año corriente, lo cual tiene un efecto negativo en los resultados del microasegurador y puede provocar problemas de liquidez. Comprar un reaseguro de cuota parcial (contribuyente) permitiría al microasegurador reducir la reserva de primas no devengadas; además, el microasegurador recibiría una comisión del reasegurador, lo cual contribuiría a cubrir los costos y a mejorar los resultados. Esto se amplía cuando los microaseguradores experimentan un crecimiento rápido. Los aseguradores novatos podrían tener problemas con la administración de una cuenta de excedente, particularmente en las etapas financieras iniciales, cuando la clientela aumenta con rapidez.

Los aseguradores aceptan los riesgos de sus asegurados suponiendo la probabilidad y varianza de los riesgos. Sin embargo, todos los aseguradores saben que la empresa se pondría en peligro si ocurriera lo peor. **La protección contra catástrofes** es la medida preventiva que toman los aseguradores para distribuir los riesgos que pudieran amenazar la supervivencia de la empresa. Los métodos de reaseguro más comunes que ofrecen esta protección son las modalidades de exceso de pérdida por incidente y de exceso agregado, métodos ambos de reaseguro no proporcional. Al parecer, existe un consenso generalizado en que el reaseguro catastrófico es indispensable para los microaseguradores. El poco volumen no debe ser un factor limitante para proporcionar este tipo de reaseguro. De hecho, desde una perspectiva histórica, una de las principales tareas de los reaseguradores profesionales ha sido siempre ayudar a los aseguradores pequeños a trasladar el riesgo denominado «riesgo existencial» primero. Los microaseguradores deberían tener este servicio.

Por último, los aseguradores que deseen operar en un entorno predecible y estable aspirarán a mantener los índices de pérdida dentro de determinados límites de tolerancia y a asegurar una rentabilidad constante. Esta **estabilización** (o experiencia de pérdidas estable) se puede lograr con el reaseguro (por cierto, el reaseguro no es un subsidio, y los microaseguradores tendrán que pagar en los años buenos por lo que recibirán en los malos). La mayoría de los métodos de reaseguro se pueden emplear con este fin.

Además de cumplir las cuatro funciones financieras descritas anteriormente, los reaseguradores con frecuencia venden su pericia en el campo de las matemáticas aplicadas e información estadística sobre el mercado. Los reaseguradores pueden ofrecer **asesoramiento experto en la suscripción** porque entre su clientela cuentan con más de un asegurador en el mismo mercado o mercado similar. Este acceso privilegiado a la información brinda a los reaseguradores una ventaja relativa a la hora de preparar estimaciones estadísticas de riesgos y costos. Además, los reaseguradores se especializan en la información experta que necesitan las aseguradoras para decidir cuáles riesgos deben ceder al reasegurador y cuáles deben retener. La salvedad es que actualmente los reaseguradores no tienen mucha pericia en el campo de los microaseguradores.

Los reaseguradores son indispensables en los casos en que la regulación dispone que los aseguradores tengan que reasegurar ciertos riesgos. El reaseguro obligatorio por disposición reglamentaria (en vez de la cesión decidida de manera autónoma por el asegurador) forma parte del cumplimiento con la regulación del asegurador y, por lo tanto, se suele denominar **reaseguro en apoyo al cumplimiento.**

Por último, los aseguradores que deciden retirarse de una clase, línea, territorio o tipo de clientela podrían ceder la cartera completa al reasegurador, aunque en la realidad suele suceder con mayor frecuencia que un asegurador competidor asuma la participación del asegurador que se retira. Esto permite que los aseguradores continúen atendiendo a los clientes sin incumplir los contratos, mientras que dejan de asumir el riesgo financiero asociado con la cartera. Esto se denomina **seguro de cartera**.

Este capítulo se centra en la aportación de los aseguradores y reaseguradores a los microaseguradores. Se toman en consideración en primera instancia los estudios de caso sobre la relación entre los aseguradores y reaseguradores y los sistemas de microseguro, y luego se describen las opciones para ampliar la gama de oportunidades disponibles para los microaseguradores de beneficiarse de la propuesta de valor de los reaseguradores.

2 La actividad de los aseguradores y reaseguradores comerciales en el microseguro

En los estudios de caso del Apéndice 1 se ofrecen varios ejemplos de cooperación entre reaseguradores comerciales y organizaciones de microseguro, cómo se describe a continuación.

La relación entre Spandana, una institución de microfinanzas de India, y la Corporación de Seguros de Vida de India (LIC) duró poco porque los productos y procesos de LIC no concordaban con las prioridades de la población-meta. Spandana, por otro lado, optó por diseñar su propio producto de seguro de vida basado en los datos de mortalidad que obtuvo de LIC. Curiosamente, Spandana determinó que su propio producto generaba demasiado excedente, si usaban las tasas de mortalidad y la misma prima que usaba LIC. Por lo tanto, Spandana añadió más beneficios sin aumentar la prima. Proveer su propio seguro le permitió además mejorar la tramitación de las reclamaciones.

2. Spandana no podía obtener reaseguro porque no es un asegurador autorizado. Optó por usar dos maneras de minimizar la amenaza que representa el riesgo covariante: excluir los riesgos que podrían producir reclamaciones muy grandes (por ejemplo, muerte y daños causados por epidemias o desastres naturales) y limitar los beneficios a un nivel relativamente bajo. Estas medidas redujeron el atractivo del producto y su utilidad para el asegurado; esta pérdida de utilidad se pudiera haber evitado mediante el uso del reaseguro.

3. VimoSEWA (India) tiene un acuerdo con dos aseguradores comerciales, Aviva e ICICI Lombard, conforme al cual mantiene la responsabilidad por la distribución, el cobro de primas, el mantenimiento de registros y el pago de reclamaciones. Los aseguradores comerciales fijan las primas y suscriben los riesgos. Se comparte la responsabilidad por el diseño del producto mediante un proceso informal de consulta entre los aseguradores y VimoSEWA. Esta división de tareas permite que VimoSEWA ejerza ciertas funciones que los agentes de seguros no suelen ejercer. Además, la responsabilidad que recae en VimoSEWA de mantener los registros y tramitar las reclamaciones le da acceso a más información de la que tendría el agente típico. Con la misma ayuda con la suscripción, VimoSEWA podría ejercer más control sobre los precios de los productos de seguros, para verificar que los márgenes de ganancia de los aseguradores son justos.

4. En 2001, Shepherd (India) firmó un contrato de socio-agente con los aseguradores HDFC-Chubb e ICICI Prudential por un plazo de dos años. Bajo

la presunción de que los bajos niveles de primas no justificaban que invirtieran o se involucraran en la comunidad, los aseguradores mantuvieron el contacto al mínimo. Sin embargo, en la tramitación de las reclamaciones, que se hacía desde las sedes principales de los aseguradores, salió a relucir que los aseguradores no habían comprendido adecuadamente las condiciones y los requisitos de los asegurados: los procedimientos eran muy lentos y complicados para los asegurados, lo cual resultó en quejas e insatisfacción. Para remediar la situación, Shepherd traspasó su relación comercial a LIC. Los representantes de LIC visitaron a los asegurados con planes de microseguro en repetidas ocasiones y explicaron los productos y procesos de seguros. Esto aumentó significativamente el conocimiento del mercado por parte de LIC y aumentó la aceptación y comprensión de los seguros entre los miembros de la comunidad. También produjo un acuerdo según el cual se amplió el papel de Shepherd para que pagara las reclamaciones con anticipación y luego recibiera los reembolsos de LIC. Con este fin, LIC proporciona a Shepherd un sistema de gestión de información que permite recopilar y analizar la información de manera más eficiente y fiable.

5. Para los seguros de salud, Shepherd tiene otro asociado, la United India Insurance Company (UIIC). La relación con UIIC se estructuró de manera similar: Shepherd se aseguró de que los representantes de UIIC se reunieran con los posibles clientes antes de asociarse. Durante las reuniones, UIIC recopiló información sobre los gastos de cuidado de salud que se cubrirían con la póliza, las primas que los afiliados estarían dispuestos a pagar y los beneficios que los clientes esperaban obtener o querían que se incluyeran en el paquete. UIIC diseñó la póliza UniMicro sobre la base de esa información. Sin embargo, ciertas decisiones acerca de las exclusiones de la póliza basadas en la edad del asegurado o la afiliación con Shepherd se dejaron en manos de los afiliados de los microaseguradores, logrando así que las condiciones de calificación fueran más pertinentes y que la comunidad sintiera que el seguro le pertenecía. Además, UIIC y Shepherd establecieron un «Comité de Inspección de Seguros», con representantes de UIIC, Shepherd y los asegurados para supervisar la suscripción y las prácticas de tramitación de las reclamaciones, responder a las quejas y resolver problemas.

6. ASA, en India, es otra microfinanciera que asumió el papel de intermediaria entre un asegurador comercial y los clientes. ASA trasladó su relación comercial de UIIC a LIC respondiendo a una oferta que supuestamente era mejor. Sin embargo, muy pronto se hizo evidente que el cambio tenía inconvenientes. Por ejemplo, LIC no cubría muertes ocurridas en el parto, el suicidio o muertes causadas por picaduras de serpientes o ahogamiento. LIC

afirmaba que estas exclusiones eran la norma de la industria de seguros, pero esta explicación no satisfacía a los clientes de ASA, quienes sabían que estos beneficios se habían cubierto anteriormente. Además, LIC perdía mucho tiempo en tramitar las reclamaciones, y las pagaba mediante cheques cruzados, lo cual no era útil para muchos de los asegurados, ya que no tenían cuenta bancaria. En general, los trámites diarios con el LIC se volvieron engorrosos y burocráticos. Por lo tanto, la expectativa de que el cambio a LIC representaría un arreglo más beneficioso para los afiliados de ASA no se cumplió, en parte debido a la falta de interacción suficiente entre la aseguradora y la comunidad, y quizás también por la falta de flexibilidad al atender la insatisfacción de los clientes.

7. En 2002, la Autoridad de Regulación y Desarrollo de Seguros de India (IRDA) promulgó un reglamento en el que se disponía que todos los aseguradores tenían que tramitar un determinado porcentaje de sus operaciones con clientes pobres y rurales. Este reglamento define el microseguro en función de determinadas características del producto, en vez de reconocer el papel particular de las organizaciones sin fines de lucro, como ASA, en el proceso de gestión. Lamentablemente, el reglamento limita la función de estas organizaciones a la de servir como agentes de los aseguradores comerciales. Usando la experiencia obtenida en sus transacciones con los aseguradores, y como disponía de una clientela numerosa, ASA solicitó cotizaciones de los aseguradores que estuvieran dispuestos a asociarse. El criterio principal que usó ASA al estudiar las cotizaciones era que el asegurador acordara pagar los beneficios directamente a ASA y que permitiera que se verificaran las reclamaciones.

Finalmente, ASA escogió asociarse con tres aseguradores (AMPSanmar, Bajaj-Allianz y Max New York) bajo términos iguales y con productos idénticos. La relación de ASA con los aseguradores fue motivada en parte por el hecho de que podían comprar reaseguro, una condición que ASA consideraba indispensable, pero que solamente estaba disponible en India para los aseguradores comerciales.

8. En 1997, AIG Uganda entró en el mercado de bajos ingresos con intenciones puramente comerciales de establecer operaciones rentables. Hoy, AIG Uganda da cobertura de muerte accidental e incapacidad a más de 1,6 millones de personas en África oriental por medio de 26 microfinancieras. AIG Uganda operó sin competidores en el mercado y su penetración exitosa se ha debido en parte, también, a los agentes especializados de AIG que han participado activamente en la diseminación de información. Estos agentes reciben comisiones de AIG Uganda sobre la base del volumen comercial. Por lo

tanto, los agentes tienen interés en aumentar el volumen y, como son responsables de ciertos aspectos de las operaciones, también les interesa la eficiencia. Los agentes ofrecen una orientación inicial a los oficiales de préstamo que la microfinanciera ha designado para vender los productos de seguros a sus clientes. Sin embargo, en general, los oficiales de préstamos tienen conocimiento y comprensión limitados del producto y no necesitan cumplir con ningún requisito formal de adiestramiento. El adiestramiento que reciben se centra en el cobro de primas y en la revisión inicial de los documentos de las reclamaciones. Por cierto, AIG entiende que no necesita reaseguro para esta clientela.

9. ALMAO en Sri Lanka ha tenido arreglos de reaseguro desde 1992. Primero se reaseguró con CUNA Mutual, y luego con la empresa estatal SLIC (privatizada en 2003), bajo la modalidad de cuota parte. Después de que ALMAO se inscribiera como empresa comercial en 2002, reaseguró el riesgo con NTUC Income (Singapur). Estos tratados se establecieron sobre bases comerciales.

10. El sistema Yasiru (Sri Lanka) se inscribió en 2000 y colabora con Rabobank Group (Países Bajos). La colaboración incluye apoyo financiero por medio de la Fundación Rabobank, pericia técnica y el equipo, el software y el adiestramiento necesarios. La filial de reaseguros de Rabobank, Interpolis N.V., ha proporcionado reaseguro a largo plazo y asistencia técnica a Yasiru bajo condiciones concesionarias. La cobertura provista por Interpolis es cien por cien cuota parte, con un máximo de 120.000 LKR ($1.200) por riesgo. La prima de reaseguros que cobra Interpolis por el contrato anual es del 20% del ingreso bruto por concepto de primas de Yasiru. En realidad, según el arreglo concesionario, Yasiru retiene el 95% de las primas de reaseguro como comisión por ausencia de reclamaciones, así que, de hecho, Yasiru paga sólo el 1% de las primas brutas a Interpolis por concepto del reaseguro. Cabe señalar que este tipo de acuerdo concesionario para el reaseguro casi nunca está disponible en el mercado. En 2005, los reaseguradores empezaron a ajustar los términos del acuerdo de reaseguros con las normas del mercado, pero el arreglo sigue siendo favorable para Yasiru.

11. La Federación Internacional de Cooperativas y Mutuales de Seguros (ICMIF, por sus siglas en inglés)[3] ofrecía ayuda e intermediación de reaseguros a sus afiliados en todo el mundo. La misión del Servicio de Reaseguros de

[3] La información sobre ICMIF ha sido obtenida de su portal electrónico: www.icmif.org

ICMIF (RS) es fomentar el reaseguro entre los afiliados de la ICMIF, aconsejar a sus afiliados sobre sus requisitos de reaseguro y ayudarlos a obtener una cobertura adecuada con reaseguradores sólidos, dentro o fuera de la ICMIF. Uno de los métodos principales mediante los cuales ICMIF fomenta la cooperación y comprensión en el campo del reaseguro es la Asamblea de Oficiales de Reaseguros (MORO), celebrada cada dos años para los administradores de los reaseguradores afiliados de todo el mundo.

Estos contactos globales brindan a los afiliados de ICMIF ventajas que facilitan los tratados de reaseguro. RS también proporciona adiestramiento sobre el reaseguro con dos simulaciones interactivas: 1) *ReAction* ofrece una simulación del proceso de negociación de reaseguro entre aseguradores y reaseguradores, y ha probado ser exitoso en la creación de equipos de trabajo, el proceso de toma de decisiones, la comunicación y la negociación; y 2) *Morotania* combina el modelo de planificación financiera con un mapa interactivo para simular los retos a los cuales se enfrentan las empresas nuevas. Además, la ICMIF ha realizado una guía práctica sobre cómo establecer un programa adecuado de reaseguro.

12. La ICMIF ayudó al sistema Columna (Guatemala) a obtener reaseguro. La meta principal era lograr la estabilidad a largo plazo por medio de reaseguros para la cartera completa (incluido el microseguro), a la vez que se mantenían las primas de reaseguro al mínimo. Hacia el final de cada año, la ICMIF y Columna preparan la información y estadísticas que se necesitan para desarrollar el programa de reaseguro para el año entrante.

13. La Equidad Seguros (Colombia), que tiene reaseguro para sus pólizas de seguros regulares, quería obtener reaseguros para su cartera de microseguro. Esto era imposible porque el total de su riesgo financiero era menor del deducible determinado por el proveedor de reaseguros. Por lo tanto, La Equidad Seguros no podía obtener el reaseguro para las pólizas cuyo valor era menor de 10 millones COP ($4.100). Sólo se provee reaseguro para los casos catastróficos en exceso de 150 millones COP.

14. Delta Life (Bangladesh) experimentó el mismo problema. Como es un asegurador comercial autorizado, tiene tratados de reaseguro con SwissRe y Munich Re. Sin embargo, estos tratados no incluyen las operaciones de microseguro de Delta, porque el deducible requerido es mayor que el monto total del riesgo del microseguro. La prima mínima alta refleja la baja cantidad del beneficio y el volumen grande de asegurados, así como la preocupación del reasegurador en caso de que muchos de los afiliados reclamen el beneficio máximo.

En conclusión, los estudios de caso mencionan escasas instancias de relaciones comerciales simbióticas entre microaseguradores y reaseguradores comerciales. Dejando a un lado el modelo «socio-agente» (que se trató en el Capítulo 4.2), algunos ejemplos se pueden definir como versiones simplificadas de la ayuda en la suscripción. Hay muy pocos ejemplos del uso del reaseguro en la prevención de catástrofes. Interpolis Re, mediante un acuerdo cooperativo con su aliado, la microaseguradora Yasiru, ofrece la única adaptación del *modus operandi* profesional a las condiciones específicas locales.

3 La capacidad de los aseguradores y reaseguradores de cumplir con la propuesta de valor

Los tenues contactos entre los actores comerciales y los microaseguradores se basan en una oferta muy rígida de productos. En algunos casos, las negociaciones entre el microasegurador y el asegurador comercial resultan en un mejor ajuste de las expectativas de cada cual con respecto a la relación.

Sin embargo, la mayoría de los aseguradores y reaseguradores carecen de una estrategia clara para brindarle servicios a los microaseguradores, y por lo tanto no invierten en aprender cómo hacerlo. Los microaseguradores necesitan de los grandes aseguradores sólo en la medida en que estos les ayuden a 1) vender una variedad de productos con primas muy bajas y 2) mantener la solvencia. El primer aspecto está directamente vinculado al hecho de que si se pretende que los clientes del mercado de bajos ingresos paguen primas, los aseguradores tienen que asegurarse de vender productos de seguros pertinentes a un costo económico. El segundo aspecto se vincula con la inquietud razonable que tienen las personas pobres de que las empresas con quienes tratan estén funcionando cuando llegue el día de recibir beneficios. Al parecer, los aseguradores grandes subestiman el potencial a largo plazo de este segmento de mercado y la necesidad de trabajar con un aliado local si es que han de realizar un gran número de microtransacciones. La evolución de la relación comercial entre los reaseguradores comerciales y los microaseguradores depende en gran medida de que se ofrezca más variedad a un costo menor por contrato.

Si la interrogante es qué pueden hacer los aseguradores y reaseguradores en la actualidad, la respuesta es que pueden esforzarse por desarrollar formas innovadoras de vender sus servicios en el mercado de bajos ingresos. Las relaciones comerciales de los aseguradores y reaseguradores con los microaseguradores se pueden ver como una inversión dirigida a crear un modelo empresarial para vender seguros en pequeñas porciones, de manera que las ventas se vayan acumulando en un volumen financiero significativo con el tiempo.

Sería el equivalente de lo que se hizo en la telefonía móvil: la inversión de gran envergadura en la infraestructura que se hizo al principio se justifica con la gran penetración en el segmento de bajos ingresos.

Los aseguradores y reaseguradores también pueden proporcionar servicios a los microaseguradores. Por ejemplo, cuando un microasegurador quiera aumentar su clientela, necesita la capacidad financiera para suscribir muchos contratos en una sola línea (capacidad de primas). Los reaseguradores fácilmente pueden satisfacer esta necesidad con las herramientas existentes, aunque se tenga que conformar con márgenes menores. La barrera no es ni conceptual ni técnica, sino la renuencia de suscribir un volumen pequeño. Las anécdotas en el sentido de que algunos microaseguradores no han podido obtener reaseguro porque el volumen total de sus carteras era menor que el deducible del reasegurador ilustran la brecha que existe entre las partes.

Hay por lo menos un ejemplo que demuestra que estas relaciones comerciales son posibles: el modelo de Interpolis Re. Este reasegurador holandés ha «adoptado» a un microasegurador de Sri Lanka y en un principio le ha proporcionado asistencia técnica para ayudar al microasegurador a calcular y presentar su nivel de riesgo. Interpolis también reasegura parte del riesgo, pero con una comisión por ausencia de reclamaciones más alta que el promedio, como forma de reducir la prima de reaseguro al mínimo. Se podría decir que Interpolis absorbe el riesgo exceso de Yasiru, si fuera a ocurrir, con topes que son relativamente bajos para este reasegurador importante, pero lo suficientemente grandes para el microasegurador.

Aunque los detalles de cuánto cuesta este tratamiento especial no se sepan exactamente, se puede aventurar sin temor a equivocación que las cantidades son modestas. El arreglo no se considera una obra benéfica, puesto que se centra en establecer la base contractual correcta de una relación comercial entre el microasegurador y el reasegurador. Por eso, uno puede ver ese trato especial como una inversión para ayudar al microasegurador a profesionalizar sus actividades. Esto a la vez crea la base para ampliar la relación comercial (lo cual incluye una prima de reaseguro menos concesionaria) cuando el flujo de ingresos y la base de conocimiento del microasegurador permitan ese cambio. Cabe señalar que, desde el inicio, la relación entre Interpolis y Yasiru se ha basado en servicios remunerados (aunque probablemente sin ganancias).

Habrá que ver si se puede aumentar la escala de este arreglo para incluir muchas más unidades de microseguro. Eso dependería de que se estructurara la transición desde una relación privilegiada a una interacción comercial normal. Algunas personas piensan que es arriesgado comenzar con primas de reaseguros subsidiadas, porque después los clientes se resistirán a los aumentos en las primas y porque impide que los aseguradores y reaseguradores

entren en estos mercados. Por lo tanto, es necesario considerar las maneras en que los seguros y la industria del reaseguro pueden ofrecer su propuesta de valor a los sistemas de microseguro. Dos medidas parecen particularmente oportunas:

1. Centrarse en fortalecer la capacidad de los sistemas de microseguro para asumir un abanico cada vez mayor de actividades de seguros, en vez de limitar a los microaseguradores al papel de agentes. Esto tiene particular importancia con respecto a los tipos de productos, donde hay muchas posibilidades de que surjan conflictos de intereses entre el agente (que representa al asegurador) y el microasegurador (que representa a los clientes).

2. Crear un instrumento de reaseguro que atendería a este segmento de mercado hasta que se vuelva lo suficientemente atractivo para que los aseguradores comerciales se interesen más, quizás mediante subvención del Estado.

3.1 El fortalecimiento de la capacidad como primer paso para profesionalizar las operaciones de microseguro

Se estima que entre 35 y 40 millones de personas están cubiertas por los sistemas de microseguro en el mundo entero, de las cuales más de cinco millones están cubiertas por sistemas de microseguro de salud solamente en India (OIT/STEP, 2005a). Cada día es más evidente que los sistemas de microseguro mejoran marcadamente la protección financiera de los clientes mediante una variedad de seguros (por ejemplo, Dercon, 2005; Morduch, 2006; Jütting, 2003; Dror/Soriano *et al.*, 2005) y se alega bastante que una industria que depende tanto de la información no puede identificar suficiente conocimiento técnico al nivel comunitario (por ejemplo, Brown *et al.*, 2000; Schinzler, 2005). Sin embargo, los aseguradores dependen de una información integral. Deben desarrollar procesos adecuados para recopilar información y adiestrar a los administradores si pretenden crecer y atraer a los aseguradores y reaseguradores comerciales al microseguro. Existen entidades que ofrecen adiestramiento que no son capaces de afrontar el reto de adiestrar a un número suficiente de personas para que ocupen los puestos técnicos. Por consiguiente, la respuesta lógica es crear una estructura institucional que proporcione un adiestramiento mejor y más ágil sobre las destrezas que están directamente relacionadas con las operaciones de los sistemas de microseguro.

La industria de los seguros, que tiene mucho que ganar de ese adiestramiento, puede hacer una contribución tangible al desarrollo de un programa de adiestramiento, en dinero y en especie. Ya que la modalidad de alianzas públicas-privadas es la modalidad preferida de muchas agencias de desarrollo,

la industria de seguros podría establecer una alianza de esa índole con miras a fortalecer la capacidad. Los fondos que necesitaría dedicar la industria de los seguros serían módicos y se pueden suplementar con fondos del Estado. Además, estas modestas contribuciones pueden facilitar la participación de la industria en el proceso de formular el currículo y proveer adiestradores.

El importante papel que desempeñan los aseguradores y reaseguradores comerciales hoy en día, y su gran interés por el desarrollo del sector de los seguros, notablemente al nivel «micro», implica compartir la responsabilidad de crear la «infraestructura industrial» que hace falta para el (micro)seguro, la cual pueden asumir apoyando la institucionalización de las estructuras de adiestramiento. Cabe notar que, por ahora, *no hay un solo instituto en ninguna parte del mundo que se dedique al fortalecimiento de la capacidad de las operaciones de microseguro*. Hay algunas iniciativas para crear centros de recursos para el microseguro;[4] sin embargo, en ninguna se ha establecido una manera sistemática para implementar el fortalecimiento de la capacidad en la base comunitaria. Por lo tanto, establecer una «Academia de Microseguro» que se dedicase a ese fortalecimiento del conocimiento del campo no se puede considerar ni prematuro ni un lujo, ni ser responsabilidad exclusiva de las autoridades públicas o de los propios microaseguradores.

En el campo de los microseguros se requieren productos y modelos empresariales distintos, lo cual implica que algunas funciones esenciales de la cadena de valor de los seguros recaerán en la comunidad.[5] Varios ejemplos de estudios de caso sugieren que hace falta revisar el adiestramiento clásico de los agentes de seguros debido a que el papel de los sistemas de microseguro —aún bajo el modelo socio-agente— va más allá del papel clásico del agente. Por ejemplo, los microaseguradores a veces hacen las veces de oficina de primera línea; las comunidades a veces tienen un papel central en conseguir afiliados y renovaciones, reduciendo así el riesgo de la selección adversa y el aprovechamiento indebido; las comunidades pueden disminuir los riesgos morales utilizando la información que está abiertamente disponible en la comunidad para monitorizar el uso. Otros roles para la comunidad incluyen involucrar a los clientes en el diseño de paquetes de beneficios y lograr que los productos se ajusten mejor a las necesidades de los clientes, lo cual hará que estén más dispuestos a pagar.

[4] Por ejemplo, USAID ha fundado una iniciativa para crear el MIRC (Micro Insurance Resource Centre) y CARE India está trabajando en un esfuerzo similar en colaboración con Bajaj Allianz. La Asociación Canadiense de Cooperativas también ha creado un centro de recursos en las Filipinas y en África occidental donde se realizan reuniones periódicas, organizadas por la OIT-STEP, para que los esquemas mutualistas de salud intercambien información.

[5] Varios estudios de casos han concluido que la implicación de la comunidad en la gerencia del esquema de microseguro es un factor vital en el éxito del esquema. Para un análisis de estos estudios, véase Jakab y Krishnan, 2004.

Crear uno o varios centros de adiestramiento dedicados al microseguro se incluye dentro de una agenda más amplia de desarrollo que toma en cuenta los seguros y el microseguro no como fines en sí, sino como vehículos para lograr metas de desarrollo socioeconómico de mayor envergadura. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) gozan de un amplio reconocimiento; se centran en la reducción de la pobreza y establecen prioridades en varias áreas principales, una de las cuales es la salud. Se ha reconocido que lograr los Objetivos relacionados con la salud requiere de ideas innovadoras para superar las restricciones sistémicas a la intervención eficaz.[6] Uno de los asuntos clave es la financiación de la salud, donde la brecha entre el conocimiento y la realización (la brecha entre saber y hacer) todavía es muy grande en todos los niveles, pero muy en particular al nivel de base. De ahí surge la necesidad de ofrecer adiestramiento, de manera que los miembros de la comunidad puedan participar en los procesos comerciales y añadir valor a los resultados. En este contexto, la contribución de los aseguradores y reaseguradores comerciales a los Objetivos se podría concretar apoyando el establecimiento de una estructura institucional de adiestramiento.

3.2 Crear capacidad de reaseguro que sea accesible a las unidades de microseguro

Como se dijo anteriormente, el reaseguro ofrece muchas ventajas a los aseguradores, incluida la estabilización de las pérdidas y el refuerzo de las reservas técnicas. De hecho, es imposible imaginar que la industria de los seguros de hoy obvie sus relaciones comerciales con los reaseguradores. La situación de los microaseguradores es, sin embargo, completamente distinta. Aunque estos pequeños sistemas tendrían ventajas parecidas si tuvieran acceso al reaseguro, la experiencia empírica sugiere que normalmente no pueden comprar la gama completa de servicios de reaseguro. Los obstáculos se presentan en la oferta y el aparato de regulación, por la parte que representa la demanda.

En el Congreso de Microseguro de la Fundación Munich Re, se pospuso una propuesta para que los reaseguradores crearan una «Asociación Conjunta para la Suscripción de Reaseguros» o consorcio para dar reaseguro a los sistemas de microseguro para reducir la exposición a la vez que se distribuye el costo de desarrollar el mercado. El objetivo es facilitar que los microaseguradores compren reaseguro, limitando los esfuerzos que tiene que hacer cada reasegurador comercial participante. Este consorcio tendría que superar algu-

[6] *México Statement on Health Research*, emitido por la Cumbre Ministerial en Investigaciones Sobre la Salud (Ministerial Summit on Health Research), en México, noviembre 2004. La Asamblea de Salud Mundial (World Health Assembly) adoptó la Declaración Ministerial como la resolución WHA 58.34 en mayo de 2005, declaración por la cual la OMS (WHO) está organizando un programa para cerrar la «brecha del saber».

nos problemas de definición, como por ejemplo, decidir qué clases de riesgos aceptaría, si debe operar a nivel mundial o dentro de las fronteras de un solo país, y otros asuntos. También tendría que enfrentarse a una industria de microseguro que no siempre está bien administrada. Y, lo que es más importante, el consorcio tendría que superar barreras mentales que parecen impedir la cooperación de los reaseguradores, quienes suelen preferir trabajar individualmente y tienen la capacidad financiera y técnica para hacerlo. Sin embargo, el consorcio de varios reaseguradores que entienden los méritos de institucionalizar el acceso de los microaseguradores al reaseguro llenaría parte de la laguna de la infraestructura industrial.

Otro concepto para proporcionar reaseguro a los microaseguradores es el modelo de «reaseguro social» que enfatiza la necesidad de reducir la exposición de los microaseguradores a las fluctuaciones en las reclamaciones *(véase el Cuadro 103)*. El análisis conceptual expuesto en el libro de Social Re (Dror y Preker, 2002) explica una forma de remediar la vulnerabilidad inherente de los sistemas de microseguro que funcionan individualmente, estableciendo un tope generalizado de cesión (umbral) que equivale al costo promedio a largo plazo de las reclamaciones, y pasando el riesgo de las reclamaciones extremadamente atípicas al reasegurador. Esto permite que los microaseguradores se mantengan económicamente viables y calculen las primas con mayor precisión, a la vez que se reduce el monto del capital que deben tener de reserva.

El modelo de reaseguro social se distingue de los modelos comerciales por centrarse en las necesidades de los microaseguradores, lo cual incluye ofrecer la opción de que las unidades de microseguro puedan disfrutar de fondos discrecionarios para el desarrollo de nuevos beneficios en años en que las reclamaciones estén por debajo del promedio estimado a largo plazo. El propósito de esto es motivar a las comunidades a reducir los riesgos morales y el aprovechamiento indebido, puesto que estos fenómenos contravienen los intereses de los asegurados.

Cuadro 103

Breve resumen del modelo de reaseguro social

El modelo de «reaseguro social» ofrece una manera para cuantificar la vulnerabilidad de los microaseguradores y de examinar la eficacia del reaseguro como remedio. El modelo sólo toma en cuenta lo que se puede predecir mediante la aplicación de las leyes de la estadística, centrándose en el efecto de las fluctuaciones en el gasto total por concepto de beneficios de los microaseguradores y el reasegurador. La varianza en el costo total puede deberse a una carga pequeña de reclamaciones o a una variación grande en el costo por unidad. Suele haber una carga pequeña de reclamaciones cuando el grupo es muy pequeño o cuando el evento asegurado es muy infrecuente.

El modelo Social Re es idóneo para estas circunstancias. Se puede aplicar cuando se conoce la desviación estándar del costo total de beneficios de cada microasegurador. El éxito del reasegurador es muy sensible a la precisión de la desviación estándar; un error de un 20% en el valor de la desviación puede significar la diferencia entre la solvencia a largo plazo o la quiebra del asegurador.

La desviación se puede calcular sólo cuando se conoce la probabilidad del riesgo. En realidad, el cálculo estimado del riesgo con frecuencia es impreciso. Aun cuando se conoce la probabilidad, el reasegurador queda afectado por el tamaño del agregado (o el número de microaseguradores reasegurados) y la heterogeneidad de los perfiles de riesgo. Cuanto más grande el agregado, mejor puede el reasegurador distribuir el riesgo y reducir las variaciones en los resultados comerciales y las primas. Cuando el agregado es pequeño, el efecto adverso de los perfiles heterogéneos de riesgo hace necesario que la prima suba para lograr la estabilización.

Cuando el contrato de reaseguro reduce los recursos que se necesitan para asegurar por lo menos el mismo nivel de solvencia para determinado nivel de gasto, se vuelve una opción interesante. Esta propuesta de valor exige que se comparen dos cantidades: el costo de *un margen de seguridad* más allá del costo promedio de los beneficios[7] y *la prima de reaseguros*. El reaseguro es ventajoso cuando la prima de reaseguro es menor que el margen de seguridad (si se parte de la premisa de que el umbral de reaseguro es igual al promedio de los beneficios).

Comparar los dos valores es complicado porque los gastos del microasegurador fluctúan, y por lo tanto se desconoce el máximo de capitalización que se necesita. Debido a que los gastos fluctúan, en algunos años el microasegurador necesitará menos que el máximo y en otros se verá retado a operar con la menor retención de capital que sea posible, sin aumentar el índice de insolvencia. Cuando se considera el reaseguro, el costo de la prima de reaseguro sumada a la responsabilidad máxima del microasegurador (definido como *el umbral de reaseguro*) deja de ser un cálculo estimado, ya que se define en el tratado de reaseguro. Por lo tanto, el reaseguro también reduce la incertidumbre para el microasegurador.

La prima del reaseguro tiene que cubrir la solvencia del reasegurador. El índice de solvencia del reasegurador se presume de un 95%. La cantidad de microaseguradores en el agregado y el perfil de riesgo de cada uno de estos

[7] Teniendo en cuenta que la supervivencia del cien por cien (sin reaseguro) sólo puede ser garantizada cuando hay recursos disponibles para cubrir el peor de los escenarios a comienzos del periodo, un microasegurador carente de reaseguro necesita recursos equivalentes a la media de sus beneficios, además de un margen de proteccion adicional proporcional a la varianza de sus beneficios.

determinan la solvencia del reasegurador. Un ejemplo simplificado demuestra que cada microasegurador necesita 10 unidades monetarias al comienzo de cada periodo para asegurar la solvencia sin reaseguro, pero sólo la mitad de la cantidad de capital con el reaseguro, en el caso en que 30 microaseguradores idénticos firmen contratos idénticos de reaseguro por un año.

Fuente: Adaptado de Dror y Preker, 2002.

Además, el vínculo entre el reaseguro social y los microaseguradores incluye el acceso sistemático a la asistencia técnica, lo cual incluye el diseño del paquete de beneficios, el procesamiento de las reclamaciones, sistemas de informática y otros. Puesto que el éxito del reaseguro social depende de que se haga un agregado eficaz de muchos sistemas de microseguro, hace falta desarrollar e implementar un sistema normalizado de recopilación de información y un protocolo para la transmisión de información.

Hay varias opciones para la implementación del concepto de reaseguro social. Es vital que se encuentre la manera en que los sistemas de microseguro no incorporados puedan establecer una relación de reaseguro para ofrecer protección viable al mercado de bajos ingresos. La misión del reasegurador social es servir de intermediario entre los microaseguradores y los reaseguradores comerciales.

4 Recomendaciones

4.1 Los factores que favorecen las alianzas

Las alianzas suelen ser exitosas cuando todas las partes entienden que la relación es beneficiosa. Muchos aseguradores y reaseguradores en los países desarrollados operan en mercados estancados, donde hay mucha competencia y las ganancias están en declive. A la vez, los nuevos mercados en los países emergentes (por ejemplo, China, India y Suráfrica) ofrecen oportunidades comerciales intocadas. Algunas de estas oportunidades incluyen a personas acaudaladas y empresas de solidez financiera, pero la gran mayoría de estas se encuentran entre la clientela de bajos ingresos.

La experiencia del microcrédito y los teléfonos móviles ha demostrado que los servicios financieros para los grupos de bajos ingresos pueden operar de manera rentable. Lo mismo se puede decir de los seguros; no hay ningún motivo inherente por el cual los seguros para las personas de bajos ingresos no constituyan una propuesta comercial atractiva. Sin embargo, el éxito de los seguros en la base de la pirámide requiere que la industria se adapte a la clientela, en vez de pretender que los clientes se adapten al proveedor. La adapta-

ción en este contexto se referiría a las prácticas administrativas de atención a los clientes y a los procesos internos, en vez de a asuntos comerciales de importancia medular como la diversificación de riesgos a largo plazo. El costo módico de las computadoras, el *software* y los medios de comunicación, junto con las mejoras en la educación, hacen viables las operaciones en los segmentos de bajos ingresos y rurales.

Los aseguradores y reaseguradores pueden encontrar que los microaseguradores son aliados capaces que simplifican el proceso de entrar en el mercado de bajos ingresos, cambiando así el paradigma comercial de los seguros. Las operaciones comerciales cuyo éxito depende del acceso a un gran número de clientes ya no pueden asumir la estrategia de hacer caso omiso de la gran mayoría de la población mundial.

En la Tabla 49 se resumen los factores internos (los que surgen de las limitaciones internas e institucionales) y los factores externos (exigidos por las partes interesadas externas y el entorno regulatorio) que favorecen las alianzas desde el punto de vista de los aseguradores y reaseguradores.

Tabla 49 **Factores que afectan a las alianzas para los aseguradores o reaseguradores**

Factores internos	*Factores externos*
– Responsabilidad social corporativa	– La creciente competencia en los mercados tradicionales
– Diversificación de riesgos	– Márgenes menores en los mercados tradicionales
– Asegurar o desarrollar los ingresos	– Requisitos regulatorios
– Dinamizar nuevos mercados y productos innovadores	– Presión política y de activistas
	– Liberalización de los mercados

En el otro extremo del espectro, observamos que los sistemas de microseguro también están sujetos a factores internos y externos que favorecen las alianzas con los aseguradores y reaseguradores. Estos factores no son de aplicación uniforme, pero se ofrecen (Tabla 50) para sustentar el planteamiento de que a largo plazo las alianzas constituyen una propuesta comercial beneficiosa para todas las partes.

Tabla 50 **Factores que afectan a las alianzas para los microaseguradores**

Factores internos	*Factores externos*
– Acceso a las prácticas profesionales	– Presión ejercida por las autoridades para institucionalizarse o colaborar con las aseguradoras autorizadas
– Acceso a los recursos financieros	
– Implementación de prácticas normalizadas en los seguros	– Documentación exigida por los donantes y/o el Estado
– Apoyo para ampliar los productos y la cobertura	
– Diversificación de riesgos o necesidad de adquirir el reaseguro.	

4.2 Establecer alianzas

Las alianzas entre los sistemas de microseguro y los aseguradores o reaseguradores comerciales se harán posibles cuando las partes acuerden adaptarse mutuamente. Los productos de seguro tienen que ser interesantes y costeables para el mercado de bajos ingresos, a la vez que ser viables. La viabilidad comercial de los productos se determina con un ajuste adecuado entre las primas y los beneficios, independientemente del volumen. A su vez, también independientemente del volumen, los aseguradores y reaseguradores tienen que adaptar los productos a las necesidades y al modelo empresarial de los microaseguradores. En la actual etapa de «embrión», el desarrollo comercial conlleva encontrar soluciones que permitirían que los microaseguradores operasen de manera rentable, mientras se reconozca que la rentabilidad se podría ver afectada por los costos de iniciar las operaciones.

Los reaseguradores pueden ayudar a diseñar los productos y los aseguradores pueden ayudar a comercializarlos. Sin embargo, ni los aseguradores ni los reaseguradores son los que están capacitados para el adiestramiento, aunque pueden ofrecer ayuda económica para esta actividad tan importante y pueden proporcionar a los peritos. Nos gustaría sugerir que la manera más fructífera de abordar las alianzas es involucrar a los microaseguradores, los aseguradores y los reaseguradores desde un principio. Sin embargo, los estudios de caso no revelan que esto se haya hecho con mucha frecuencia. Por el contrario, la conclusión que se puede derivar de las experiencias que se han descrito en este libro es que los aseguradores y reaseguradores comerciales tienen que reconocer que los microaseguradores no son simplemente versiones a menor escala de los agentes de seguros. La situación económica y social diversa de los grupos de bajos ingresos impone un examen crítico y la adaptación de los procesos con respecto a los productos que se ofrecen en el mercado tradicional de seguros. En segundo lugar, los microaseguradores no pueden conformarse con sentarse a esperar que los demás se adapten a su situación particular; tienen que tomar la delantera en cuanto a la creación de nuevas maneras para estar al tanto de los productos que quieren los clientes, las prácticas de seguros y los niveles que se requieren para los costos administrativos y de capital. Los estudios de casos sugieren que las prácticas generales de los aseguradores comerciales y los proveedores de reaseguro no están a tono con las necesidades de la mayoría de los microaseguradores que suscriben pólizas.

Las alianzas que permiten que los microaseguradores obtengan el conocimiento experto y el acceso necesario a la información, el capital, el equipo y el *software*, en lo previsible será una cuestión de colaborar en la creación de

la «infraestructura industrial», tanto como de tratarse de la pura transacción comercial de traspasar el riesgo. Para que las alianzas cuajen se necesitará algo más que el mero potencial de tener una situación «ganar-ganar».

5 Conclusión

El papel de los aseguradores y reaseguradores es vital para el éxito de los sistemas de microseguro. Pueden hacer aportaciones concretas a la implementación de los procesos comerciales que reduzcan el costo a largo plazo de suscribir seguros para las personas de bajos ingresos. Las alianzas forjadas en función de este motivo pueden ser interesantes para ambas partes, puesto que la parte comercial de la alianza está mejor situada para adaptar los métodos comprobados del reaseguro y otras modalidades de traspaso de riesgo, y los microaseguradores pueden expandir su capacidad financiera y suscribir más y mayores riesgos. Las alianzas exitosas aumentarían el volumen de ambos.

El reaseguro ofrece a los microaseguradores una forma alterna e inexplorada para aumentar su capacidad de convertirse en los mayores proveedores de servicios de seguros sostenibles para los pobres. En la mayoría de los casos los sistemas de microseguro son gestionados por personas que carecen de pericia o experiencia en el campo de los seguros. Los directivos de los sistemas de microseguro no siempre saben que existen los servicios de reaseguro, los cuales incluyen ayuda en el cálculo matemático y estadístico del riesgo, ni conocen las herramientas que se usan en el diseño de productos, los sistemas de administración o la comercialización eficiente. En fin, desconocen los beneficios que ofrecen los reaseguros.

En los estudios de caso se identificaron varios ejemplos notables de cooperación. Sin embargo, sólo unos pocos caben en el modelo de alianza de reaseguro. El reto, por lo tanto, es el desarrollo de un modelo de reaseguro para el microseguro que sea comercialmente viable y duplicable. El potencial del mercado, sobre todo en las economías emergentes con grandes poblaciones de bajos ingresos que carecen de seguros, justifica los esfuerzos por desarrollarlo.

Además de la cooperación entre las instituciones corporativas y las instituciones sin ánimo de lucro, hay amplio espacio para las alianzas público-privadas, las cuales podrían crear el andamiaje para la cooperación entre las instituciones públicas o las agencias de desarrollo y las entidades corporativas en toda la industria. Sin embargo, sea cual sea la forma que tomen las alianzas, los socios comerciales deben usar su pericia en las matemáticas de seguros, la diversificación de riesgos y el diseño de productos, y los microaseguradores deben retener el liderazgo en la adaptación de la industria a la realidad de la clientela al nivel de la comunidad.

Los aseguradores y reaseguradores comerciales tienden a subestimar las particularidades del mercado de microseguro. Es importante recordar que el microseguro surgió principalmente por la poca oferta de productos adecuados por parte de los aseguradores comerciales. Por lo tanto, la cooperación se podría dar cuando los socios comerciales estén más dispuestos a reconsiderar sus productos y procesos administrativos. Hay que tener presente que el microseguro puede ser una extensión del mercado; hasta los pobres estarán dispuestos a pagar por los seguros si estos responden a lo que entienden que son sus prioridades.

Los microaseguradores tienen que aprender a aplicar las normas de la industria en la gestión de riesgos. La problemática se centra en establecer un mejor vínculo entre las primas y el costo proyectado de los beneficios; hay que internalizar el lema «negocio bien llevado, cuentas bien llevadas». Los aseguradores comerciales tienen que asumir un papel activo en la profesionalización de los sistemas de microseguro. Ambas partes compartirían los esfuerzos por encontrar la estructura jurídica adecuada de la relación, en vez de usar la falta de estructura corporativa del microasegurador como excusa para no establecer alianzas. La inquietud en la industria acerca de los altos costos administrativos y la falta de infraestructura adecuada para los seguros son asuntos que la misma industria puede remediar.

La industria de los seguros se ha mostrado poco dispuesta a involucrarse con los microaseguradores debido al poco potencial para obtener ganancias. No hay duda de que la recompensa por asumir el riesgo, las inversiones y el esfuerzo debe ser el rédito, y la industria de los seguros debe tener el derecho de obtener un rédito de los servicios prestados. Sin embargo, las inversiones y el riesgo asumido hasta el momento han sido pocos. En la economía actual, las ganancias llegan después de que se haya invertido en la creación de la infraestructura. No existe ningún motivo por el cual la industria de los seguros deba ser la excepción. Hay que preguntarse por qué esta industria tiene la expectativa de recibir ganancias pero espera que sea otro el que invierta en la infraestructura industrial que permitiría que se obtengan las mismas. Al no participar en el campo del microseguro, la industria de seguros y reaseguros debilita la justificación de sus ganancias.

¿Cuáles son las inversiones que debe emprender la industria? En este capítulo se han identificado dos posibilidades clave. En primer lugar, la industria puede apoyar el desarrollo de una institución que refuerce la capacidad, una «Academia de Microseguro», para crear pericia acerca de los seguros al nivel de la comunidad. Teniendo en cuenta la necesidad que existe en el mercado de tener más información de mejor calidad, y la necesidad paralela de mantener a raya el costo de recopilar la información, parece una buena idea diseminar el conocimiento y las destrezas sobre los seguros entre las personas que son

actores activos en la industria del microseguro. Esto le conviene a la industria comercial a la vez que es un asunto de interés público.

En segundo lugar, la industria puede facilitar el acceso a los reaseguros para los microaseguradores. La carencia de estas opciones se debe principalmente a la falta de oferta. Mientras los reaseguradores no estén dispuestos a asumir el liderazgo para ofrecer servicios de reaseguro a los microaseguradores, podría ser oportuno repartir el riesgo entre muchos reaseguradores. La propuesta práctica es crear una institución conjunta de muchos reaseguradores, y, quizás con la participación de instituciones gubernamentales, que se le asigne la función de ofrecer reaseguro y desarrollar e implementar un protocolo normalizado para el intercambio de información que permita que los microaseguradores puedan comprar reaseguros. En el presente, ninguna institución a la que le sea natural el liderazgo ha mostrado la disposición de encabezar este esfuerzo. Sin embargo, la iniciativa del Grupo de Trabajo CGAP y otros para acelerar el aprendizaje en las operaciones de microseguro se podría extender a incluir el desarrollo de dicha institución, porque constituye el eslabón indispensable que falta para que los microaseguradores logren que sus sistemas funcionen para las personas pobres.

5.5 La asistencia técnica

Richard Leftley y Richard Lacasse

Agradecemos los comentarios y sugerencias de Frank Bakx (Fundación Rabobank), Zahid Qureshi (consultor), Karen Schwartz (AAC/MIS), Sabine Trommershäuser (GTZ) y John Wipf (CCA).

La asistencia técnica comprende la prestación de peritaje, contratado por una organización que necesita apoyo. En el caso del microseguro, esto podría significar asistencia para iniciar un nuevo programa, lanzar o mejorar productos, mejorar las operaciones en general, cumplir con requisitos legales u obtener el reaseguro.

Una diversidad de personas e instituciones proporcionan asistencia técnica, la cual con frecuencia se extiende más allá de los elementos técnicos que sirvan para las mejoras administrativas y de gobierno corporativo. El objetivo de la asistencia depende de la perspectiva de cada cual. Los donantes y los directivos que formulan las políticas, en su afán por lograr una expansión masiva del microseguro, reconocen que hay una necesidad significativa de fortalecer la capacidad de las aseguradoras y los canales de distribución. Los proveedores de microseguro pueden solicitar la asistencia técnica para aumentar su ofrecimiento de productos, mejorar su eficiencia o lograr un rédito mejor. Desde el punto de vista de los proveedores de asistencia técnica, ya que es un campo nuevo, suelen interesarse en el desarrollo de herramientas que se pueden usar en distintos contextos para mejorar la calidad y eficiencia de sus servicios.

En este capítulo pretendemos exponer las lecciones que proporcionan las experiencias de los proveedores de asistencia técnica en el campo del microseguro que pudieran ser útiles para mejorar la disponibilidad y la calidad de dicha asistencia. Aunque es muy pertinente para atender los niveles «meso» y «macro», como se expuso en el Capítulo 5.1, aquí nos centramos en mejorar el desempeño de los proveedores de esta asistencia en el microseguro, los cuales incluyen los microaseguradores y los canales de distribución. En primera instancia, destacamos la importancia de la asistencia técnica, y luego describimos los tipos de servicios que suelen ofrecerse. En la tercera sección se describen los proveedores de asistencia técnica en el microseguro y se dividen en categorías, mientras que en la conclusión se resumen las modalidades y las características de la asistencia técnica de calidad.

1 ¿Por qué se necesita la asistencia técnica?

La brecha entre la oferta de microseguro y su demanda es enorme. Hay pocos proveedores de servicios de seguros para las personas pobres, y, de ellos, son pocos los que en realidad ofrecen un servicio útil. Pero millones, quizás miles de millones, de las unidades familiares de bajos ingresos no tienen acceso a un mecanismo eficiente para la administración de riesgos. Para cerrar esta brecha, se requiere la ayuda de la asistencia técnica, para ayudar a crear nuevos proveedores de microseguro y mejorar el desempeño de los existentes.

La asistencia técnica es particularmente pertinente para el microseguro debido a que hay otra brecha también, una brecha de pericia. Los aseguradores, por supuesto, poseen pericia en torno a los seguros, pero suelen tener una comprensión limitada de lo que quieren y necesitan las personas pobres. Al otro extremo del espectro, las personas que trabajan en las organizaciones de la sociedad civil con frecuencia comprenden bien el mercado de bajos ingresos, pero no tienen destrezas relacionadas con los seguros. La asistencia técnica puede ayudar a cerrar esta brecha, facilitando la colaboración entre la industria de los seguros y la sociedad civil, lo cual permitirá que se complementen las fortalezas de cada cual.

Cuando las dos partes se unan para entrar en el mercado de bajos ingresos, el papel de la asistencia técnica podría ser clave. En ausencia de un tercero independiente durante el proceso de diseño de los productos, con frecuencia se favorecen los intereses comerciales de la aseguradora en comparación con los del distribuidor o de los clientes. Es esencial que haya un consultor experimentado para asegurar que los productos sean técnica y económicamente sostenibles, a la vez que se provee una protección adecuada para los pobres. Además, la asistencia puede ayudar a los microaseguradores a cumplir con los reglamentos, por ejemplo, con respecto a los aspectos técnicos de los productos, las proyecciones actuariales, los requisitos de capital y la solvencia.

El aprendizaje en el campo del microseguro es una tarea ardua. La mayoría de los microaseguradores que existen han desarrollado su pericia mediante un proceso de ensayo y error en que se han cometido bastantes errores. Como se ha ilustrado en distintas partes de este libro, donde los aseguradores han tratado de servir al mercado de bajos ingresos por su cuenta, la mayoría no han podido ofrecer servicios ni valiosos ni valorados; donde las ONG, las microfinancieras y otras organizaciones de la sociedad civil han introducido seguros, con frecuencia se han topado con problemas relacionados con el diseño de los productos y con el cumplimiento de la regulación.

La cantidad de información y la riqueza de experiencia han aumentado de manera significativa en los últimos años. Puesto que se mantienen al tanto de

lo que se está aprendiendo día a día, los proveedores de asistencia técnica reducen las posibilidades de que se siga reinventando la rueda y repitiendo los mismos errores. Son la clave de la diseminación y propagación de las buenas prácticas al llevar lo que se ha aprendido de región en región.

2 ¿Qué hacen los proveedores de asistencia técnica?

El término «asistencia técnica» es muy amplio. De hecho, la asistencia técnica se puede usar para atender cualquier necesidad o debilidad en una institución, siempre y cuando el microasegurador tenga presente que la debilidad existe. De hecho, el primer paso en proporcionar asistencia técnica suele ser la evaluación, sea la autoevaluación o una valoración externa, en que se identifican los problemas que hay que resolver o las oportunidades que se pueden aprovechar. En general, la asistencia técnica es útil 1) al iniciar una nueva organización, 2) al introducir un nuevo producto y 3) para apoyar el desarrollo organizativo del microasegurador.

La asistencia técnica puede ser muy importante cuando se establece una nueva organización. Por ejemplo, a los proveedores de asistencia técnica se les puede pedir que realicen un estudio de viabilidad antes de que se tome una decisión formal de lanzar un sistema nuevo. Cuando se empieza desde cero, siempre es útil involucrar a las personas que tienen experiencia con iniciar o implementar planes de microseguro en otras partes y están capacitadas para establecer los sistemas y procedimientos más rápidamente.

Para las organizaciones que quieren desarrollar nuevos productos o mejorar la calidad y aceptación de los productos que ya ofrecen, la asistencia técnica puede ser muy útil para introducir y mantener servicios viables que respondan a la demanda, sin provocar mucha resistencia entre el personal. En general, la asistencia técnica se puede usar durante todo el proceso de desarrollo o mejora de los productos, y para ayudar de paso en las siguientes intervenciones:[1]

1. Evaluar el mercado

Se podría necesitar ayuda para evaluar las necesidades de los clientes y la demanda, cuantificar las realidades operacionales, calcular la oferta potencial de los seguros, lo cual incluye las tarifas probables de las aseguradoras existentes y estudiar el entorno regulatorio para ver las opciones (por ejemplo, si es requisito ser un asegurador o agente con licencia).

[1] Este no es un flujo grama de desarrollo de producto, sino una lista de los asuntos en un proceso de desarrollo de producto en que la asistencia técnica puede desempeñar un papel constructivo (adaptado de Leftley, 2005).

2. Desarrollar los prototipos de los productos
Partiendo de la investigación del mercado y la evaluación institucional, el proveedor de asistencia técnica puede facilitar el desarrollo de los prototipos de los productos.

3. Establecer el precio del producto
Si la administración acepta el prototipo, hay que establecer el precio del producto. En el caso de un asegurador que trabaje con un canal de distribución, en la evaluación se debe determinar cuánto cobrará el asegurador y el costo de distribución. Al cliente se le cobra la combinación de estos dos elementos.

4. Desarrollar mapas de procesos
Los asesores externos pueden ayudar a diseñar el flujo de trabajo y documentación para maximizar la eficiencia.

5. Diseñar los materiales para las operaciones de comercialización
Antes de iniciar la prueba piloto, sería útil tener manuales de operaciones, módulos de adiestramiento para el personal y materiales para la comercialización. La comercialización se debe centrar en el desarrollo de materiales y técnicas eficaces para la educación del cliente.

6. Configurar el sistema de gestión de información
Hay que adaptar el sistema de gestión de información para ajustarlo al nuevo producto. En el caso de las microfinancieras, lo indicado es mantener las actividades de ahorro y crédito separadas y por lo tanto se debe tener un sistema separado de contabilidad, así como para el seguimiento y gestión de las reclamaciones.

7. Adiestrar al personal
Se necesita adiestramiento inicial para el personal que participará en la prueba piloto (y en algunos casos, adiestramiento para los clientes también). Para las organizaciones existentes, se deben estudiar con cuidado las estrategias para superar la resistencia de los empleados.

8. Evaluar el piloto
Antes de la prueba piloto, es importante establecer las metas que definirían el éxito. El proveedor de asistencia técnica puede revisar la prueba piloto para determinar qué ajustes hacen falta antes de realizar la prueba.
9. Establecer un sistema de seguimiento
Hay que establecer un sistema de seguimiento que proporcione información constante sobre las reclamaciones, las normas de servicio, la eficiencia y la

rentabilidad. Los proveedores de asistencia técnica pueden asegurar que el sistema satisfaga la necesidad de información de los administradores a la vez que se monitorizan los índices aceptados a nivel internacional.

10. Crear enlaces con los aseguradores y reaseguradores
Si fuera necesario, el proveedor de asistencia técnica puede ayudar en las negociaciones con los aseguradores y los reaseguradores. Será de gran utilidad, al proporcionar un enlace con los reaseguradores, en vista de que hay tan poca disposición en el mercado de seguros para dar cobertura al mercado de bajos ingresos o para determinada línea de productos (por ejemplo, seguros de salud o agrícolas).

La asistencia técnica también es muy importante para el desarrollo institucional de los aseguradores con el paso del tiempo. Aun para un programa exitoso, el apoyo externo puede ser beneficioso para la preparación del plan empresarial, la revisión de los procesos gerenciales y administrativos, el fortalecimiento de las prácticas de gobierno corporativo, la mejora de los sistemas de información y otros aspectos. Las revisiones actuariales son de importancia crítica para la reevaluación periódica de los precios, las reservas y las características de los productos *(véase el Cuadro 104)*. Al perseguir la profesionalización de los proveedores de microseguro, la asistencia técnica puede ayudar a las organizaciones a servir mejor a sus clientes y a ser más competitivos.

Cuadro 104

Revisiones actuariales de los sistemas de microseguro

Para determinar si el producto tiene precios adecuados, los aseguradores suelen someterse a revisiones actuariales anuales en las cuales se comparan el historial de las reclamaciones (reclamaciones reales) con las reclamaciones proyectadas. El proceso, conocido como la **clasificación de experiencia**, puede resultar en una ajuste de las primas, según la **credibilidad** que se atribuya al historial de las reclamaciones; cuantos más asegurados, mayor será la credibilidad.

En el proceso de la clasificación de la experiencia no sólo se considera el historial de las reclamaciones, sino que se tiene en cuenta cómo las tendencias de las reclamaciones podrían verse afectadas en el futuro. Por ejemplo, en MUSCCO, la caja de crédito había pagado 2,50 kuachas de Malawi por cada 1.000 MWK del total de ahorros, valores y préstamos por mes para el seguro de vida para ahorros y para el seguro de vida para prestatarios durante muchos años. Cuando la organización trajo un actuario para que evaluara la experiencia de las reclamaciones, este recomendó que se aumentara la tarifa a

4,25 MWK por cada 1.000 MWK. Este aumento significativo, que sorprendió a la junta, puesto que MUSCCO había podido acumular reservas, se debió en gran parte al efecto proyectado del VIH/SIDA en la experiencia futura de las reclamaciones.

Los actuarios también analizan las características de los productos para asegurar que funcionan correctamente. Por ejemplo, la Agriculture and Rural Development Center of Catanduanes, Inc. (ARDCI), una microfinanciera en Filipinas que tiene 23.000 clientes, había operado un sistema de microseguro no inscrito que había copiado de un asegurador comercial, hasta con una exclusión de un año para las condiciones preexistentes. Sin embargo, el personal de la microfinanciera no tenía el adiestramiento adecuado para evaluar las causas de defunción. Como resultado, la institución recibía muchas quejas de clientes furiosos cuyas reclamaciones habían sido rechazadas. Esta microfinanciera quería retener un paquete similar, pero sin la exclusión de condiciones preexistentes. Un consultor actuarial sugirió que se llegara a un término medio que incluía un periodo de espera tres meses y el pago de sólo el 10% de los beneficios si la muerte ocurriera del cuarto al duodécimo mes. Esta propuesta fue de gran alivio para la gerencia de ARDCI, cuando se dio cuenta de que podían eliminar la exclusión y los dolores de cabeza que les acarreaba, y además tener un mecanismo para controlar la selección adversa.[2]

El proveedor de asistencia técnica puede hacer intervenciones únicas, como una serie de asignaciones a corto plazo, o realizar una consultoría presencial a largo plazo. La duración de su participación dependerá del tipo de actividad y el presupuesto; por lo regular, se obtiene una mejor calidad de la asistencia a largo plazo, sea intermitente o presencial. Los peritos presenciales pueden asumir el papel de gerente del plan de seguros, o gestionar determinados aspectos, como la evaluación de riesgo, el procesamiento de reclamaciones o la contabilidad de los seguros. Otro papel muy importante de los consultores presenciales es el adiestramiento del personal local, pero esta es una modalidad costosa.

Los pros y los contras de la asistencia presencial a largo plazo se resumen en la Tabla 51.

[2] Los autores desean agradecer a John Wipf por proporcionar los detalles sobre ARDCI.

Tabla 51 **Ventajas y desventajas de la asistencia técnica presencial a largo plazo**

Ventajas	*Desventajas*
1. El consultor tendrá una mejor oportunidad de comprender las necesidades de los clientes, las restricciones operacionales y el potencial del mercado. 2. Suele lograr una implementación con menos dificultades, porque el consultor puede supervisar el proyecto. 3. Se consideran productos y metodologías de distribución más complejos. 4. Se aumenta el insumo de factores como los sistemas de gestión de información que son pertinentes para la organización. 5. Hay una mayor posibilidad de que la administración intermedia se adiestre.	1. La administración se puede volver dependiente, o en el peor de los casos no asumir la «posesión» de los cambios implementados por el consultor. 2. Con frecuencia crea incomprensión entre los administradores locales a medida que aumenta la dependencia con respecto al consultor. 3. Mucho más costoso que el consultor a corto plazo. 4. Se puede percibir al consultor «extranjero» como amenaza. 5. Con frecuencia no hace falta para la implementación del producto.

3 ¿Quién provee la asistencia técnica en el microseguro?

Para cerrar la enorme brecha entre la oferta de microseguro y la demanda, el abismo entre los aseguradores y los posibles canales de distribución, los proveedores de asistencia técnica deben ser personas experimentadas, con gran pericia técnica y comercial. Ya que el campo del microseguro es relativamente nuevo, en general, los proveedores de asistencia técnica suelen provenir de dos ramos: 1) peritos en microfinanzas o salud que han ido aprendiendo sobre los seguros o 2) peritos en seguros que han ido aprendiendo acerca del diseño y distribución de los seguros para personas pobres.

Hay una variedad de personas e instituciones que ofrecen asistencia técnica. Las categorías principales son 1) las empresas o profesionales de seguros, 2) agencias internacionales de cooperación técnica, que pueden ser del Estado o multilaterales y 3) las organizaciones internacionales de desarrollo no gubernamentales. El resumen de los proveedores de asistencia técnica que se ofrece a continuación no es integral ni exhaustivo. Los detalles de los proveedores típicos se muestran para ilustrar los tipos de organizaciones y personas que proveen asistencia técnica, y la diversidad de su formación y sus motivaciones. Estas descripciones de los proveedores de asistencia técnica se tomaron principalmente de los estudios de caso y no se debe interpretar que se recomiendan.

3.1 Los aseguradores, las asociaciones y los profesionales

Si se puede señalar una vanguardia en la asistencia técnica para el microseguro, hay dos organizaciones que reclamarían el título: CUNA Mutual e ICMIF.

En las décadas de los setenta y los ochenta, **CUNA Mutual,** el asegurador de cooperativas de ahorro y crédito, radicado en Estados Unidos, había implementado una agenda de desarrollo internacional sobre los principios del cooperativismo. Antes de que usara el término «microseguro», CUNA Mutual había propagado los productos de seguro de vida para prestatarios en las cooperativas de crédito y mutualistas en el mundo entero, las cuales incluyen MUSCCO, TUW SKOK (Polonia) y ALMAO (Sri Lanka).[3] Además de dar asistencia técnica, CUNA Mutual ha invertido en las aseguradoras locales y ha proporcionado reaseguro.

Cuando el microseguro estaba ya más difundido, sin embargo, CUNA Mutual repensó su estrategia y en general se retiró de la asistencia técnica en el campo del microseguro. Pero dejó una huella, con los distintos aseguradores-cooperativas y los sistemas no autorizados administrados por organizaciones sombrilla que todavía funcionan en muchos países. Como se describió en el Capítulo 4.1, la estrategia de CUNA Mutual era evitar las complicaciones. Ya que el canal principal de distribución del asegurador era por medio de las cooperativas de crédito, las cuales no tenían experiencia de seguros, los que recibían la asistencia técnica sólo ofrecían productos básicos en conjunto con sus servicios principales.

El efecto que tuvo CUNA Mutual en el movimiento de cooperativas de crédito en el mundo entero fue, en general, el efecto que tuvo en una escala más amplia para el movimiento cooperativo general la Federación Internacional de Cooperativas y Mutuales de Seguros (**ICMIF**), y sus asociaciones regionales en América, Asia y Europa. La Federación comenzó a dar asistencia técnica en 1963, y ha ayudado a las organizaciones de base a establecer unas 25 cooperativas de seguros y mutualistas, además de proporcionar asesoría continua a los aseguradores que surgen dentro de la federación. La asistencia técnica en algunos casos va acompañada del apoyo de su brazo financiero Allnations, el cual ayuda a los aseguradores emergentes a reunir el capital y satisfacer los requisitos de regulación.

[3] Los esquemas de seguros respaldados por CUNA Mutual no eran todos «microaseguradores». Muchas uniones de crédito afiliadas con aseguradores respaldados por CUNA, están basados en el contratador y por lo tanto sirven como cobertura suplementaria para las personas que trabajan en la economía informal. Sin embargo, muchas uniones de crédito sí incluyen personas de bajos ingresos, incluyendo a las de la economía informal, por lo que las experiencias de CUNA Mutual son relevantes tanto para los microaseguradores como para los proveedores de TA.

La asociación regional de la Federación en las Américas tenía un historial notable con respecto al desarrollo de los seguros. La Asociación de Cooperativas y Mutualistas de Seguros de las Américas (**AAC/MIS**) da asistencia técnica y fondos, con subvenciones de USAID y de los aseguradores establecidos que son miembros de AAC/MIS, a varios aseguradores en la región. Muchas de las entidades que han recibido asistencia técnica de AAC/MIS en el transcurso de los años, como La Equidad Seguros en Colombia, se han interesado por llegar a las poblaciones más pobres. AAC/MIS, como hace ICMIF mundialmente, proporciona asistencia técnica para sus 35 socios de base en América Latina y el Caribe, lo que incluye asistencia técnica de miembro a miembro así como oportunidades educativas a miembros nuevos y emergentes, sobre la base de los principios de autoayuda, pertenencia democrática y gobierno corporativo, así como una participación equitativa en las ganancias y las pérdidas.

La asistencia técnica provista por ICMIF y AAC/MIS responde a solicitudes que le han hecho organizaciones para formar su propia agencia, departamento o empresa de seguros. AAC/MIS y ICMIF ayudan a sus miembros a conseguir reaseguro, con frecuencia a través de otros miembros de la red. Por ejemplo, ALMAO tiene un contrato de reaseguro con NTUC Income en Singapur, producto de la intermediación de ICMIF, porque ambos son miembros de la federación.

Un actor que cobra importancia en el ámbito del desarrollo internacional es la **Fundación Rabobank**, parte del Grupo Rabobank, en los Países Bajos. Las actividades de la Fundación se centran en el desarrollo del conocimiento sobre los beneficios de la banca cooperativa y el microseguro. A tono con esto, otra subsidiaria del grupo, Interpolis Re, ofrece asesoría experta para ayudar a las organizaciones locales en los países en desarrollo a establecer sistemas de microseguro además de proveer reaseguro. En 2000, por ejemplo, en Sri Lanka, Interpolis comenzó a apoyar a Yasiru de varias formas, que incluían fondos de la Fundación, asistencia técnica, sistemas de información y reaseguro.

Interpolis participa activamente en la organización de reciente creación Micro Insurance Association Netherlands (**MIAN**), la cual moviliza a peritos holandeses en seguros, con voluntarios de Interpolis, para dar asistencia técnica relacionada con el microseguro como parte de la responsabilidad social corporativa de la empresa.

El conocimiento experto sobre los seguros va llegando al campo de los microseguros por medio de los **actuarios y otros profesionales de los seguros** de Europa y Norteamérica, quienes han decidido aplicar sus destrezas en los países en desarrollo. Por ejemplo, CGAP subvencionó a un consultor en asuntos actuariales y administrativos para ayudar a VimoSEWA en India de

2002 a 2004. Consultores actuarios también han trabajado con Spandana y Yeshasvini en India, Grameen Kalyan (Bangladesh), CARD MBA (Filipinas), TYM (Vietnam), MUSCCO y otros. Este acontecimiento es particularmente interesante porque comienza a cerrar la brecha entre los que tienen pericia en seguros y los que comprenden el mercado de bajos ingresos. Al remangarse y trasladarse al campo de acción, estos consultores están creando un nuevo tipo de perito en microseguro.

3.2 Las agencias internacionales de cooperación técnica

GTZ implementa proyectos de desarrollo para el Estado alemán, principalmente para el Ministerio Federal para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (BMZ, por sus siglas en alemán). Tras un primer proyecto piloto sobre microseguro con SEWA en 1994, GTZ expandió la asistencia técnica en microseguro a otras ONG y microfinancieras. Sin embargo, GTZ suele ofrecer los servicios relacionados con el microseguro dentro del contexto de programas más amplios de protección social, seguros de salud o de desarrollo de sistemas financieros.

GTZ ofrece una amplia gama de servicios de consejería y para fortalecer la capacidad. Por ejemplo, se ofreció apoyo a las mutualistas de salud en África occidental con la realización de estudios de viabilidad, el diseño de productos, la administración de seguros y la monitorización de sistemas. Se adiestró a funcionarios públicos, proveedores de cuidado de salud, aseguradores y ONG para proporcionar microseguro de cuidado de salud de calidad en Camboya y Filipinas. En Tanzania, las actividades de GTZ posibilitaron que los sistemas de base comunitaria crearan una federación nacional sólida, que fue reconocida por el gobierno como proveedor de microseguro de cuidado de salud. En Chile y Paraguay, GTZ apoya los sistemas comunitarios para complementar los esfuerzos de protección social del Estado.

La OIT trabaja con la asistencia técnica para el microseguro desde dos perspectivas: 1) ayudar a los sectores financieros para que lleguen a ser más inclusivos y 2) llevar la protección social a trabajadores en la economía informal. Se dedican muchos esfuerzos a las actividades de investigación (como este libro y los estudios de caso en los que se basa) y a la creación de materiales de adiestramiento. Además, la OIT ha provisto asistencia técnica a los sistemas de microseguro, en particular a los que ofrecen seguros médicos a los pobres.

El programa STEP de la OIT ayuda a las organizaciones de base a establecer sistemas de microseguro mediante una combinación de asistencia técnica, herramientas administrativas (que incluyen *software* de gestión de informa-

ción) y fondos.[154] En muchos de los sistemas que reciben apoyo de STEP, los administradores no tenían experiencia con los seguros. El proveedor de asistencia técnica dirige el estudio de viabilidad y proporciona el conocimiento experto que se necesita para calcular las primas y establecer el sistema. La asistencia técnica también incluye el fortalecimiento de la capacidad y la monitorización, el desarrollo de planes anuales de trabajo, ayuda en la creación de materiales de adiestramiento, la contabilidad y la redacción de informes y el adiestramiento del personal. STEP ha ayudado a AssEF (Benín), VimoSEWA, Grameen Kalyan y BRAC MHIB, entre otros.

3.3 Las organizaciones internacionales de desarrollo y las firmas consultoras

La Asociación Cooperativa del Canadá **(CCA)** proporciona asistencia técnica por medio de un consultor actuario localizado en Filipinas, el cual ha ayudado a microaseguradores como CARD MBA y la Cooperativa de Seguros de Vida y Beneficio Mutuo (CLIMBS). Además de los servicios actuarios, el consultor ayuda con el desarrollo de sistemas informáticos para facilitar la gestión de la información del microseguro. Trabaja estrechamente con la junta, los administradores y el personal en general, en la revisión y análisis de riesgo y en el desarrollo de sistemas de administración y control.

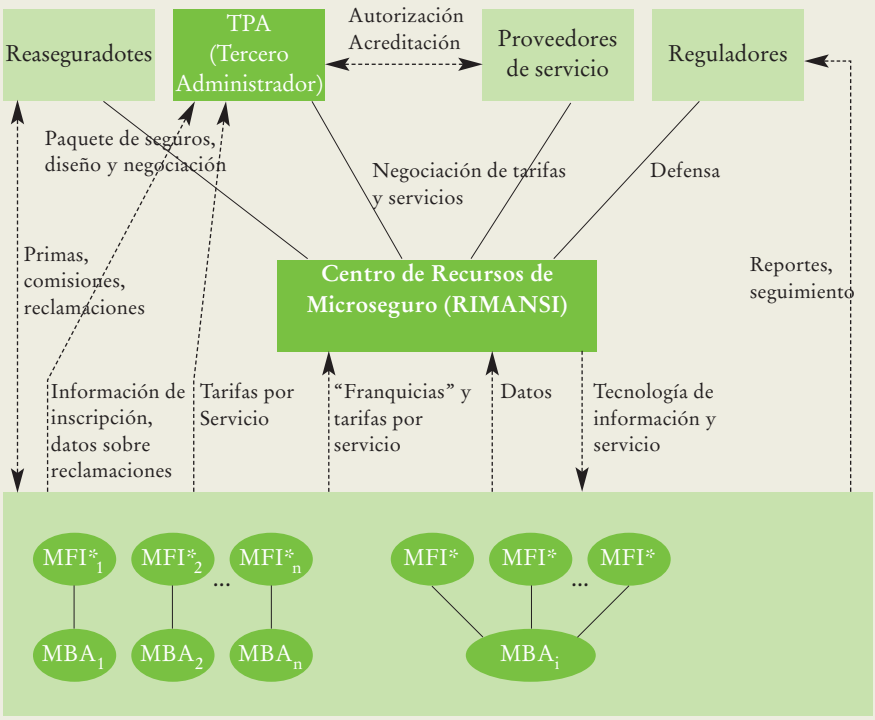
CCA y CARD MBA han creado **RIMANSI** (Risk Management Solutions, Inc.), un centro de recursos para microseguro que da asistencia técnica, administración, ayuda con el cumplimiento regulatorio y reaseguros para las microfinancieras y cooperativas en Asia sudoriental *(véase la Figura 37)*. En su primer año, el centro apoyó a cinco mutualistas en Filipinas y tres sistemas de microseguro en Camboya. Su principal estrategia es vender licencias para la tecnología de CARD MBA y duplicarla.

CIDR es una ONG francesa que ha estado activa en distintas áreas de desarrollo desde 1961. Se propone organizar a las personas en la economía informal para ayudarlas a asumir la responsabilidad por sus necesidades económicas, técnicas y financieras. En particular, CIDR trabaja en las microfinanzas, el desarrollo de microempresas, microseguro y la administración de servicios médicos. En su asistencia técnica para el microseguro, CIDR fomentó distintas modalidades en distintas partes:

[4] En adición a los TA a nivel de proveedores, STEP también trabaja en el nivel «meso», dando asistencia técnica para construir la capacidad de organizaciones federativas y de organizaciones de apoyo que promueven el microseguro. A nivel de póliza, o nivel «mLa asistencia técnica de la red, de otras subsidiarias funcionales y de varias de las mayores cooperativas de ahorro y crédito. Resultó en una caída en los activos de las redes de casi el 50%.

– Se organizaron mutualistas de salud en redes regionales en Benín (20.000 beneficiarios), Guinea (14.000 beneficiarios), Tanzania y Kenia.
– Islas Comoras: seguridad social en las aldeas mediante afiliación automática.
– Mali: colaboración entre una mutualista de salud y una microfinanciera.
– Uganda: sistema de seguro de cuidado de salud coadministrado con un proveedor de servicios de cuidado de salud sin fines de lucro.

Figura 37 **El modelo RIMANSI de asistencia técnica a los MBA's**



Microfinance Opportunities es un centro de recursos que se estableció en 2002. Se especializa en la asistencia técnica en forma de investigación de mercados. Microfinance Opportunities ha hecho una labor pionera en el análisis de la demanda entre los consumidores para el microseguro y la evaluación de las estrategias de gestión de riesgos en las unidades familiares de bajos ingresos. Para traducir la investigación sobre la demanda en el diseño de productos, Microfinance Opportunities con frecuencia colabora con la **Microinsurance Centre**, una firma consultora que se especializa en mejorar el acceso a los productos de seguros adecuados por parte de las personas de bajos ingresos. En particular, el Centro ayuda a los aseguradores comerciales a crear estrategias y productos para entrar exitosamente en el mercado de bajos ingresos.

Opportunity International (OI) es una coordinadora mundial de microfinancieras que opera en 29 países y tiene una cartera de préstamos que supera los $175 millones, con 840.000 prestatarios activos al cierre de 2005. En 2002, OI se convirtió en la primera coordinadora de microfinanzas que reclutaba a un equipo de seguros para ayudar a sus afiliados a desarrollar productos de seguros. La coordinadora utiliza un modelo socio-agente modificado y ha desarrollado una amplia gama de productos de seguros (seguros de vida, propiedad, incapacidad, desempleo, salud, agropecuarios) en nueve países.

Además de servir a las microfinancieras con las cuales tiene alianzas, OI ha proporcionado alguna asistencia técnica en materia de microseguro a otros proyectos, entre estos, el desarrollo de productos de seguros de cosecha para el Banco Mundial en África. En 2005, OI tomó la decisión estratégica de establecer la agencia «The Micro Insurance Agency», una agencia intermediaria especializada en seguros que proporciona servicios de distribución y administración de microseguro a una serie de redes de microfinancieras, cajas de crédito, cooperativas y bancos rurales.

SOCODEVI es una ONG especializada constituida por una red de cooperativas y mutualistas en Canadá originadas en el sector de seguros y financieras cuyos esfuerzos se centran en el fomento y fortalecimiento de las cooperativas como herramienta para el desarrollo sostenible. Durante veinte años, SOCODEVI ha provisto asistencia técnica en las microfinanzas, los seguros, la agricultura y la arboricultura a sus socios en África, América Latina y Asia.

En el ámbito de los seguros, SOCODEVI establece empresas cooperativas y mutualistas que ofrecen productos diversificados que son de alto rendimiento y a la vez accesibles y adaptados a las necesidades de los miembros. SOCODEVI ayuda a las aseguradoras a mejorar la competitividad a la vez que desarrolla sus capacidades administrativas y de comercialización. El programa de desarrollo del cooperativismo de SOCODEVI conlleva la participación de voluntarios entre sus propios miembros, así que el compromiso del proveedor de asistencia técnica va más allá de cumplir con un encargo. En los proyectos de microseguro, los consultores provienen de aseguradores que pertenecen a la asociación, lo cual les da mucha credibilidad ante las organizaciones a las cuales sirven. Con el transcurso del tiempo, SOCODEVI ha brindado principalmente apoyo a las organizaciones de seguros en América Latina, que incluyen ServiPerú y Columna en Guatemala.

4 Conclusión: la asistencia técnica de calidad

A pesar de la naturaleza diversa de estos proveedores de asistencia técnica, que hemos ofrecido a modo de ilustración, se puede discernir un hilo conductor entre ellos. La mayoría de las organizaciones son cooperativas o mutualistas, lo cual es muy lógico en vista de que uno de los principios medulares de las cooperativas es apoyar el desarrollo de otras cooperativas. El surgimiento de organizaciones microfinancieras que también ofrecen seguros es otro de los temas. Por último, las agencias internacionales de cooperación técnica tienen un interés un poco distinto, puesto que además de trabajar al nivel institucional, se esfuerzan por atender la problemática al nivel «meso» y al nivel «macro».

Partiendo de esta lista de proveedores de asistencia técnica y sus experiencias y la literatura sobre asistencia técnica, podemos destacar unos puntos de aprendizaje preliminares. En general, el proceso de ofrecer asistencia técnica requiere un examen detenido para asegurar que existen los incentivos adecuados para que optimice la calidad del servicio. La red SEEP ha estudiado este tema con relación a las microfinanzas y ha identificado siete elementos clave que hacen falta para asegurar la excelencia en la asistencia técnica *(véase el Cuadro 105).*

Cuadro 105

Los siete principios de la asistencia técnica

Para maximizar el beneficio de la escasa inversión que existe en los servicios técnicos y para que la misma sea fructífera, la red SEEP creó un método para proveer una asistencia técnica de calidad.

Aunque estos siete principios se formularon teniendo en cuenta la asistencia técnica que se brinda a las microfinancieras, vienen al caso y se prestan a ser usados por los proveedores de microseguro.

1. Fundamentarse en la demanda de los clientes

Este principio atiende a la necesidad que tiene el proveedor de microseguro de controlar el proceso de asistencia técnica y ser la fuerza motriz de las opciones de servicios técnicos que se escojan. Esto implica que los administradores del microasegurador se autoevalúen para determinar cuáles son sus necesidades técnicas con miras a obtener los servicios técnicos que se requieren para mejorar el desempeño.

2. El contexto

Este principio atiende a la necesidad de identificar las variables externas que pueden influir en la modalidad y eficacia de los servicios técnicos, las cuales incluyen las variables económicas, culturales, políticas e institucionales.

3. Resultados palpables
Conforme a este principio se promueve que los microaseguradores definan y acuerden con claridad los resultados y plazos (con fases intermedias, si fuera el caso) que debe lograr el proveedor de asistencia técnica. Dichos resultados deben incluir logros concretos para:
– las personas, en función de su nivel de conocimiento, destrezas o actitudes,
– los sistemas (información o financiero, por ejemplo), en función de su desempeño o capacidad y
– la institución, en función de sus objetivos de desempeño con relación a los técnicos.

Cabe señalar que los resultados deben adecuarse al tamaño, la capacidad y el tiempo que llevan establecidas tanto las instituciones que reciben los servicios técnicos como las que los proveen.

4. Verificabilidad (indicadores con los cuales se verifican los resultados)
El principio insta a las microaseguradoras a diseñar y acordar criterios o indicadores con los cuales se puedan verificar los resultados específicos de los servicios técnicos prestados por el proveedor.

5. Centrarse en el cambio (indicadores de base)
Este principio, inseparable de la idea de verificabilidad, requiere que la microaseguradora recopile información inicial sobre su propio desempeño con el propósito de medir los resultados de la asistencia técnica contra esa información base. Los indicadores relevantes pueden incluir las actitudes, los niveles de conocimiento y las destrezas del personal, así como la capacidad y desempeño del sistema y la institución.

6. Eficiencia económica
El propósito de este principio es asegurar que se usan medidas económicamente eficientes para seleccionar y verificar la prestación de los servicios técnicos. Conforme a este, se insta a las microaseguradoras a medir los resultados de los servicios técnicos contra el costo total de los mismos (directo e indirecto) para discernir si los servicios valieron el gasto incurrido.
7. Responsabilidad
Con este principio se persigue que las microaseguradoras establezcan los mecanismos de responsabilidad mutua en los contratos de asistencia técnica. Se enfatiza la necesidad de delimitar claramente las funciones y responsabilidades de las partes, con miras a lograr resultados específicos, además de usar sanciones e incentivos para lograr que los que reciben la asistencia técnica y los que la proveen cumplan con sus compromisos mutuos.

Fuente: Adaptado de Goodwin-Groen, 2003.

Estos siete principios constituyen pautas eficaces para mejorar la calidad de la asistencia técnica. De hecho, a veces los consumidores de la asistencia técnica se han quejado de que la calidad y el impacto de los servicios no justificaban su costo. Con frecuencia los servicios se prestan desde el punto de vista de la oferta, en que la asistencia técnica responde a la pericia del proveedor y no a las necesidades del que la recibe.

Hay que tener presentes ciertos factores clave al prestar una asistencia técnica de calidad:

1. Los productos de seguros tienen que ser sencillos y fáciles de comprender.
2. Los beneficios del producto deben corresponder a una prima costeable para los clientes del mismo.
3. Se requiere que los ejecutivos de alto nivel y la junta directiva se comprometan y ejerzan liderazgo en la aceptación e implementación de los cambios que se requieran.
4. Si la parte que recibe la asistencia técnica necesita una intervención a largo plazo, el proveedor de asistencia técnica tiene que tener un compromiso a largo plazo, para que las partes puedan forjar una relación de trabajo productiva.
5. Aunque pueda parecer eficiente, no se debe promover la misma fórmula o catálogo de productos en distintos países. Mientras que el proceso de prestar la asistencia técnica pudiera ser el mismo, los resultados podrían ser muy distintos, según la capacidad del destinatario de la asistencia técnica, su mercado y el entorno regulatorio.
6. El proveedor de asistencia técnica debe tener a) pericia en el campo técnico particular y b) la habilidad de transmitir su pericia a otros, en un contexto que posiblemente sea muy distinto al que el perito esté acostumbrado. Es difícil que estas dos cualidades se reúnan en una sola persona.
7. Los proveedores de asistencia técnica tienen que reconocer y respetar la capacidad de recibir la asistencia que tiene la organización y su personal; suele ser mejor usar un método en fases, paso por paso.
8. Los que reciben la asistencia no sólo deben comprender lo que tienen que hacer, sino por qué tienen que trabajar de una manera distinta y sentirse motivados con la nueva perspectiva.
9. Los proveedores de asistencia técnica deben fortalecer la capacidad de los microaseguradores para lograr una mayor comprensión de los beneficios de los seguros entre los clientes del mercado meta.
10. La asistencia técnica eficaz incluye la monitorización continua con normas, indicadores y referencias.

Una de las maneras de mejorar la calidad de la asistencia técnica y la responsabilidad es asegurar que esta responda a la demanda y a la vez que la entidad que reciba la asistencia pague por lo menos por una parte de esta o comparta parte de los costos. Hay ejemplos ya de aseguradores multinacionales que contratan peritos en microseguro para obtener ayuda en el desarrollo de estrategias que sirvan al mercado de bajos ingresos.

Sin embargo, **los fondos para la asistencia técnica** con frecuencia pasan del donante a un consultor u organización en forma de red, que a su vez provee la asistencia técnica. Posiblemente, la entidad que recibe la asistencia no decida quién proporciona los servicios o si el costo de los mismos representa un uso eficaz de los recursos. Para resolver este problema, algunas organizaciones coordinadoras como Opportunity International han exigido que las microfinancieras contribuyan al costo de la asistencia técnica de sus propios bolsillos. En algunos casos, las subvenciones de los donantes han pasado directamente a las microfinancieras, que entonces pueden escoger si van a usar un proveedor de asistencia técnica interno (dentro de la red de la coordinadora) o buscar los peritos en otra parte. Este tipo de mecanismo de financiación pone a la entidad que recibe la asistencia técnica al timón y aumenta las posibilidades de que se puedan pedir cuentas al proveedor de asistencia técnica.

Una de las estrategias para reducir el costo de la asistencia técnica en el microseguro se evidencia en la tendencia a los **servicios que provienen de otros países en desarrollo («sur a sur»)**. Con frecuencia, AAC/MIS facilita asistencia técnica, estableciendo enlaces entre las destrezas de un aliado y las necesidades de otro. De manera similar, el surgimiento de RIMANSI en Filipinas es un logro importante. El proveedor local de asistencia técnica no sólo es más económico que los consultores internacionales, sino que conoce mejor el contexto. En África occidental, Développement International Desjardins (DID, por sus siglas en francés) usa un enfoque similar a medida que trata de desarrollar la capacidad del proveedor local de asistencia técnica *(véase el Cuadro 106).*

Cuadro 106 **Alianzas de asistencia técnica: DID y CIF**

El Centro de Innovación Financiera, *Centre d'Innovations Financières* (CIF, por sus siglas en francés) es un proveedor de asistencia técnica que trabaja con seis redes de cooperativas de ahorros y crédito en África occidental (FECECAM en Benín, FCPB en Burkina Faso, Kafo Jiginew (Unión de Graneros) y Nyèsigiso (Casa de la Providencia) en Mali, PAMECAS en Senegal y FUCEC en Togo), que incluye 500 cooperativas y 1,2 millones de miembros. El CIF tiene particular interés en el diseño de nuevos productos para satisfa-

cer las necesidades de los clientes. *Développement Internacional Desjardins* se especializa en dar apoyo técnico e inversiones en el sector financiero comunitario en los países en desarrollo. Forma parte de Desjardins Group, la cooperativa financiera de mayor tamaño de Canadá.

El CIF y DID son socios técnicos y estratégicos, además de financieros. Aprovechando el peritaje internacional de uno y el peritaje local del otro, el CIF y DID han forjado una imponente simbiosis. Mediante el conocimiento que tiene CIF de las condiciones locales, puede comprender las necesidades desatendidas de los miembros de la cooperativa. En muchos lugares, como Togo, el CIF ha identificado la necesidad que existe para los productos de microseguro. Es en este aspecto que las cooperativas y el CIF se pueden beneficiar del conocimiento experto de DID con respecto a los seguros. Además de tener sus propios peritos en microseguro, DID ha aprendido mucho de la empresa matriz acerca de los seguros.

Juntos, estos socios han desarrollado productos que a la vez que responden a los intereses locales, son económicamente viables, para usarse en una prueba piloto en Togo. Con lo aprendido de la experiencia de esta prueba piloto se perfeccionan los productos que entonces se venderán en todas las cooperativas miembros. De hecho, los costos y riesgos asociados con esta forma de desarrollar los productos son muchos más bajos, porque otras redes de CIF y partes interesadas se pueden beneficiar de los experimentos hechos en una sola red. Además, al proveer asistencia técnica a un proveedor de asistencia técnica local, DID pudo producir un efecto multiplicador. Cuando CIF, después, encabeza el desarrollo de microseguro en otras redes, los costos son mucho más bajos que si DID hubiera provisto asistencia técnica a cada red por separado.

Fuente: Adaptado de Tremblay et al., 2006.

Otra estrategia para mejorar la asistencia técnica y reducir los costos ha sido **compartir los recursos**. Durante años, AAC/MIS y SOCODEVI han compartido consultores y la gestión de la asistencia técnica para lograr las metas comunes en el apoyo de socios en Centro y Sudamérica. Las organizaciones acordaron las estrategias para apoyar a estos socios, las cuales incluían el intercambio de información para mejorar el seguimiento a la asistencia técnica. Uno de los resultados notables de esta colaboración era que se desarrollaron herramientas administrativas comunes, se fijaron normas de desempeño y se hizo una búsqueda en conjunto para conseguir reaseguro para las entidades que recibían la asistencia técnica. El uso de indicadores comunes también ha facilitado el intercambio de información y experiencias entre los mis-

mos microaseguradores. Muchas organizaciones reciben asistencia técnica y financiera de múltiples donantes y se toparon con problemas de falta de uniformidad entre los mensajes y las recomendaciones, por no hablar de la duplicación de los esfuerzos. La coordinación y colaboración con los donantes, como han logrado AAC/MIS y SOCODEVI, beneficia a las entidades que reciben la ayuda, además de a los proveedores.

Un tema común entre muchos proveedores de asistencia técnica de microseguro es la combinación de **asistencia técnica con fondos**. Con frecuencia se dan subvenciones y se hacen inversiones junto con la asistencia técnica, para lograr un mayor impacto. Cuando se hace una inversión, como en el caso de CUNA Mutual o Allnations de la ICMIF, existe una gran probabilidad de que la asistencia técnica que la acompaña sea de alta calidad, puesto que el proveedor de asistencia técnica tiene un interés concreto.

Otro vínculo importante es el que existe entre la **asistencia técnica** y los **reaseguros**. Se han dado casos en que los proveedores locales de seguros no han podido proporcionar un producto o la cobertura debido a sus propias restricciones en cuanto al reaseguro. Si la aseguradora tiene restricciones con respecto a su propio programa de reaseguros, limitará la cobertura que está dispuesta a ofrecer por temor de reflejar una pérdida agregada. El proveedor de asistencia técnica puede proporcionar los enlaces necesarios para una negociación productiva con el reasegurador para lograr una mejor cobertura. Por ejemplo, cuando el Banco Malaui de Opportunity International quería un seguro para el ganado, no encontraba un asegurador local que estuviera dispuesto a participar, ya que los tratados de reaseguro de los aseguradores excluían el ganado. OI pudo negociar con los reaseguradores en Suráfrica para permitir que NICO, un asegurador de Malaui, ofreciera la cobertura nominal, mientras que el reasegurador en Suráfrica asumía el riesgo.

Los proveedores de asistencia técnica también tienen un papel que desempeñar cuando la industria local de seguros no está dispuesta a ofrecer cobertura por falta de conocimiento técnico. Cuando OI estaba desarrollando un producto derivado de protección de cosechas para el Banco Mundial en Malaui, los aseguradores locales al principio no querían suscribir este tipo de póliza porque no tenían experiencia en cuanto a la manera de establecer el precio. Tras una serie de conversaciones con los expertos de OI, los aseguradores locales se unieron para agregar los activos en garantía de los riesgos, sobre la base de los señalamientos actuariales, los productos y el apoyo continuo a la suscripción por parte de OI.

La estrategia final para aprovechar al máximo la asistencia técnica es concentrarse en el **papel de intermediación** del proveedor de la asistencia. Al traer a la mesa al asegurador y la organización de la sociedad civil, el proveedor en esencia minimiza la necesidad de acudir a este para obtener ayuda, ya

que las dos partes se complementan en cuanto a su conocimiento experto. El proveedor de asistencia técnica se necesita primordialmente como intérprete, que hable en el idioma de los seguros con la organización de base y en el lenguaje de desarrollo. Una vez que ambos comiencen a entenderse la necesidad continua de un intérprete –el proveedor de asistencia técnica- queda reducida sustancialmente.

6 Conclusiones

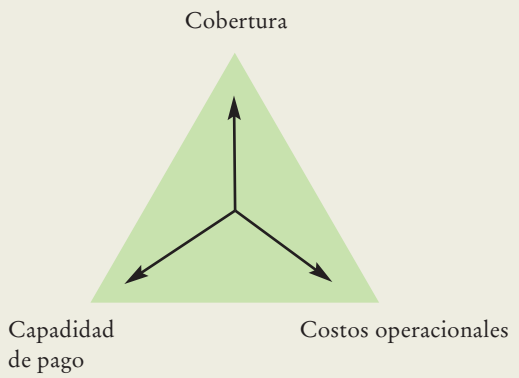
6.1 Estrategias para la sostenibilidad

Craig Churchill y Denis Garand

Los autores agradecen los comentarios y sugerencias de las siguientes personas: Felipe Botero (Metropolitan Life), Bruno Galland (CIDR), Alexia Latortue y Aude de Montesquiou (CGAP) y John Wipf (CCA).

Como se ha demostrado en los capítulos anteriores, la creación de un sistema de microseguro viable representa un gran reto. Ya sea que el sistema cubra sus costos con la ayuda de donantes y del Estado o los cubra con los ingresos de las primas y las inversiones, la sostenibilidad es lo que asegura el acceso permanente a los servicios. El dilema de la sostenibilidad se reduce al peso relativo que se le otorgue a tres objetivos que compiten entre sí *(véase la Figura 38)*. Habrá que ver cómo los microaseguradores pueden equilibrar 1) **la cobertura**, para satisfacer las necesidades de una población masiva, de bajos ingresos, 2) **los costos**, es decir, los costos operacionales y transaccionales del asegurador, y 3) **la asequibilidad económica**, la cual representa el precio y los costos transaccionales de los clientes.

Figura 38 **Acercándonos a un balance: El reto del microseguro**



Sobre la base de las experiencias de los estudios de caso, en este capítulo se resumen doce estrategias que se pueden usar para lograr la sostenibilidad, las cuales se dividen en tres categorías principales:

1. Limitar los beneficios.
2. Centrarse en la eficiencia.
3. Diversificar las fuentes de ingresos.

El capítulo concluye con unos comentarios sobre el proceso administrativo que sustenta cada estrategia y que puede marcar la diferencia entre el éxito y el fracaso de un plan. A medida que la empresa se desarrolle y crezca y se logre un flujo constante de ingresos, tiene que equilibrar otras tres entidades que compiten entre sí: los **empleados** que quieren obtener la remuneración más alta, los **clientes** que quieren comprar el producto al mejor precio, y los «**accionistas**» que quieren obtener el mejor rédito de su inversión, sea en términos financieros o sociales. El éxito dependerá, entonces, de una administración eficaz que pueda mantener satisfechos a estos tres grupos de partes interesadas.

1 Límites de beneficios

El inicio de un programa de microseguro es similar al proceso de iniciar una aseguradora tradicional; sin embargo, tarda más en alcanzar la viabilidad. El tiempo que se demore dependerá de los productos, del mercado al que se dirige y de la estrategia de sostenibilidad. El primer enfoque hacia el logro de la sostenibilidad es limitar los beneficios que se ofrecen.

Aunque no es una situación perfecta, ya que la aseguradora no puede proporcionar a las personas de bajos ingresos la gama completa de protección que necesitan, los seguros con beneficios limitados pueden ser relativamente baratos y, en todo caso, algo mejor que ninguna cobertura; es un punto de partida adecuado. A medida que el mercado-meta desarrolle una comprensión del valor de los seguros, y la aseguradora desarrolle pericia en la manera de proveerlos, los beneficios se podrán aumentar paulatinamente.

1.1 Comenzar con seguros de vida para prestatarios

Uno de los productos más asequibles es el seguro de vida para prestatarios o protección de préstamos. Aparte de proveer un beneficio limitado, debido a que es un producto obligatorio asociado con un canal de distribución existente, la estructura de costos administrativos es eficiente y hay una distribución razonable del riesgo.

Aunque se podría discutir si en realidad, estas ventajas ayudan al mercado de bajos ingresos, se debe considerar el seguro de vida para prestatarios como el punto de partida. Si los microaseguradores proporcionan cobertura de crédito a una tarifa adecuada, pueden ir creando una base de capital sustancial

para luego expandir la oferta de beneficios. Con la asistencia técnica adecuada, pueden fijar primas suficientes para cubrir el pago de las reclamaciones proyectadas y los gastos administrativos, así como aportar a una reserva. Ofrecer el seguro de vida para prestatarios también puede servir para establecer destrezas básicas para la gestión de seguros, sistemas de monitorización y estrategias de comunicación. Cuando el superávit alcance una cantidad determinada y el sistema de microseguro logre la estabilidad financiera, los fondos se pueden usar para aumentar los beneficios ofrecidos a los asegurados.

Por ejemplo, cuando Spandana había acumulado suficientes reservas de su producto de seguro de vida para prestatarios, aumentó los beneficios para incluir la muerte del cónyuge y seguros para viviendas precarias, a la vez que bajaron las primas. MUSCCO (Malawi) y CARD MBA (Filipinas) están igualmente situados para poder mejorar los beneficios ahora que han acumulado un capital considerable; en el caso de CARD, quizás demasiado capital. MUSCCO ha llegado a tener $198.000, mientras que CARD MBA ha generado $830.000 en excedentes, debido a que su estructura administrativa es muy eficiente y a que las primas cobradas son mucho más altas de lo necesario.

La estrategia de sostenibilidad basada en los «seguros de vida para prestatarios» se fundamenta en usar la gallina de los huevos de oro para crear una base sólida, lo cual permitirá que el microasegurador pueda en el futuro ofrecer beneficios que favorezcan al cliente. Sin embargo, esta estrategia sólo es apropiada para las instituciones de crédito que deseen participar en los seguros. Una desventaja importante es que al principio, en esencia, se cobra de más a los asegurados, mientras los que se afilian al sistema después se benefician. Además, ya que la cobertura es obligatoria, los clientes quizás ni sepan que la tienen. Por consiguiente, esto no ayuda a que ese sector del mercado supere la incomprensión y la sospecha con respecto a los seguros. Para lograr ese objetivo, sería más útil comenzar con un producto tipo «Seguro de vida para prestatarios-Plus» que pague algo más allá de la cantidad del préstamo y cubra a otros miembros de la familia también. Además, tiene sentido ofrecer una variedad de opciones, de manera que, aunque el seguro sea obligatorio, el cliente puede escoger entre dos o tres niveles de cobertura.

1.2 Establecer un máximo para los beneficios

Otra manera de limitar los beneficios es establecer un máximo que se pagará en determinado plazo. Por ejemplo, la póliza fúnebre de ALMAO cubre hasta nueve vidas por hogar, pero sólo cubre dos muertes por año por hogar. Karuna Trust paga por pérdida de ingresos debido a la hospitalización hasta un máximo de 30 días al año. Los sistemas de seguros de vida y ahorros siem-

pre especifican un beneficio máximo; en el MUSCCO de Malawi, el máximo de cobertura es 100.000 MWK ($935), mientras que en Guatemala, la cobertura del seguro de vida y ahorros de Columna alcanza los 50.000 Q ($6.000).

Estrategia de sostenibilidad 1.
Comenzar con el seguro de vida para prestatarios

Ventajas

- Relativamente sencillo de implementar.
- Proporciona algunos beneficios a la población meta, que es mejor que nada.
- Traza la meta administrativa clara de lograr la eficiencia y la viabilidad. Los administradores pueden aprender a realizar los procedimientos sencillos antes de pasar a ofrecer seguros más complejos.

Desventajas

- Sólo cubre el riesgo de muerte (y a veces la incapacidad) y da beneficios muy limitados.
- El beneficiario principal puede ser la institución que otorga el préstamo. Cabría preguntar si este seguro se adapta a las IMF.
- No ayuda a los clientes a comprender los seguros, ni fomenta el desarrollo de una cultura de seguros.
- Ofrece seguros únicamente a deudores y no da ningún servicio a la comunidad en general.
- Los primeros asegurados pueden pagar de más.
- Puede llevar tiempo desarrollar la cobertura más amplia que necesita el mercado meta.
- La gerencia puede acomodarse y descuidar sus destrezas de administración de seguros o la eficiencia operacional.

Este enfoque de fijar un máximo para el beneficio es muy común entre los seguros médicos. En Vietnam, TYM proporciona el beneficio médico sólo una vez durante la vida del cliente, y limita el beneficio a 200.000 VND ($13), que no parecería suficiente para cubrir las necesidades de los miembros. Aunque este no sea un beneficio ideal, es lo mejor que este sistema informal entiende que puede ofrecer, dada la capacidad administrativa actual y la capacidad de pago de los socios.

Aunque no sean tan extremos, Grameen Kalyan y BRAC, en Bangladesh, limitan la cantidad de beneficios para los pacientes que necesiten tratamiento de otros proveedores médicos. Aunque se atienden las necesidades médicas de la gran mayoría de los asegurados de GK y BRAC en las clínicas de las propias organizaciones, los casos más graves tienen que referirse a hospitales

y otras instalaciones especializadas. Cuando esto sucede, GK, por ejemplo, reembolsa hasta $34 para la hospitalización en caso de complicaciones de la maternidad y hasta $17 para la hospitalización debida a otras complicaciones.

Proporcionar beneficios limitados reduce la volatilidad de las reclamaciones y, por lo tanto, reduce la necesidad de obtener cobertura de reaseguros. Sin embargo, este enfoque no resuelve el problema básico de cómo ayudar a las personas de bajos ingresos a lidiar con pérdidas de envergadura.

Estrategia de sostenibilidad 2.
Establecer un máximo para los beneficios

Ventajas

- Tener un beneficio máximo reduce la prima.
- No hace falta cobertura de reaseguros.

Desventajas

- La necesidad mayor con respecto a los seguros es la cobertura de las facturas médicas; establecer un máximo para los beneficios contradice uno de los objetivos principales de los seguros médicos, que es evitar que las personas pobres tengan que vender sus pertenencias o acudir a un prestamista para poder pagar el tratamiento. El precio del seguro que contemple reclamaciones grandes será bajo si la tasa de ocurrencia es baja.

1.2 Delimitar los beneficios

Si el mercado de bajos ingresos no puede costear la cobertura integral, sobre todo en el caso de los seguros médicos, se hace necesario racionar los beneficios, y habrá que tomar unas decisiones difíciles con respecto a lo que está cubierto. Por ejemplo, los sistemas públicos en Bolivia (SBS) y Perú (SMI) limitaron los beneficios a los problemas epidemiológicos más importantes de la salud materna y la niñez temprana. Las organizaciones AssEF (Benín) y UMSGF (Guinea) claramente especifican el tratamiento cubierto, y no pagan ningún otro tratamiento, lo cual se hace necesario no sólo para reducir la cantidad de reclamaciones, sino para educar a los asegurados.

Se pueden diseñar los beneficios para que llenen las lagunas clave en los mecanismos para lidiar con los riesgos. Por ejemplo, los beneficios de Karuna Trust en India se diseñaron para dar servicios suplementarios a las personas pobres en las instalaciones médicas públicas. Estas personas no necesitan la cobertura médica en sí, pero si se hospitaliza al asegurado durante más de 24 horas en la instalación de salud pública designada, Karuna aporta 50 INR ($1,10) al día como compensación por pérdida de ingresos. Esta clase de

beneficio es muy apropiada para los trabajadores de la economía informal, quienes de otra manera no buscarían cuidado médico, no por el costo del cuidado sino por el costo de dejar de trabajar. Otras lagunas que se atienden en la cobertura de seguros de Karuna incluyen los medicamentos y el transporte por ambulancia.

Hay que involucrar a los miembros en el proceso de escoger los beneficios que puedan pagar. Por ejemplo, los clientes de Microcare optaron por no incluir los medicamentos para las enfermedades crónicas en vez de excluir a los enfermos crónicos. Los beneficios serán más baratos a la vez que incluyentes, y por lo tanto más atractivos a los clientes, aunque los enfermos crónicos tuvieran que buscar otra manera de pagar por la insulina, los inhaladores y otras cosas.

Estrategia de sostenibilidad 3.
Delimitar los beneficios

Ventajas

- Proporcionar beneficios delimitados significa primas menores.
- Siempre y cuando se comprenda bien lo que necesita el cliente, el sistema puede atender las prioridades más importantes.

Desventajas

- Cuando la aseguradora limita los beneficios, los miembros siempre quieren más.
- Quizás no cubra las enfermedades o los riesgos que son las mayores preocupaciones de algunos asegurados.
- Se arriesga a perder el cliente, si no están cubiertos para los riesgos que encaran, y si no se comprende bien la cobertura (aunque estas desventajas se pueden mitigar incluyendo al cliente en el proceso de escoger los beneficios).

1.4 Centrarse en renglones de alto costo

Otra manera de delimitar los beneficios es concentrarse en renglones de alto costo y poca probabilidad, como la cirugía, y permitir que los asegurados paguen ellos mismos los costos del cuidado médico más rutinario. Aunque este enfoque reduce la probabilidad de que determinado asegurado en particular se llegue a beneficiar de la póliza de seguros, también aminora el costo de la prima a la vez que asegura que la protección estará disponible donde se necesite más.

Un ejemplo destacado de este enfoque es Yeshasvini Trust. Con una prima de solo 120 IRN ($2,70) por año por adulto, el plan de seguros cubre más de

1.600 intervenciones quirúrgicas.[1] El beneficio cubre la cirugía y casi todos los costos asociados, incluidos las cuotas de ingreso, el costo de la cama en el pabellón común, atención de enfermería, anestesia, los honorarios del cirujano y los suministros y los medicamentos usados durante y después de la cirugía.

El motivo fundamental que llevó a crear este conjunto de beneficios era que las personas pobres no pueden pagar por la cirugía que les podría salvar la vida. Los que se ven obligados a pagar el costo total de la cirugía se sumen, junto a sus familias, aún más en la pobreza. Puesto que sólo unas pocas enfermedades requieren cirugía, la asociación de muchas familias en un plan de seguros puede hacer asequible la cirugía para las personas que la necesiten. Mientras que este enfoque sin duda proporciona beneficios para los asegurados, quedan muchos tratamientos caros que el plan no cubre, incluida la hospitalización sin cirugía.

Estrategia de sostenibilidad 4.
Concentrarse en los renglones de alto costo

Ventajas

– Se centra en los gastos grandes que obligarían a las familias a vender sus pertenencias productivas, lo cual los sumiría aún más en la pobreza.
– Ofrece cobertura para los riesgos grandes e infrecuentes, lo cual aminora el costo de gestionar muchas reclamaciones pequeñas.

Desventajas

– La atención médica primaria es lo que más reduce el costo general del cuidado médico. Si se costean solamente los servicios de alto costo, con el paso de los años el resultado podría ser un gasto mayor, ya que el asegurado posterga el tratamiento en las etapas iniciales de su condición.
– En la historia de los sistemas de salud, el gasto en las medidas de prevención y promoción de salud ha probado ser mucho más eficaz para reducir el gasto total por concepto de salud y mejorar el estado general de la salud de la población. Algunos cuestionarían si es deseable asegurar los renglones de alto costo, que salvan a unos pocos, mientras que con la misma inversión se podrían salvar muchas vidas, por ejemplo, si se usara el dinero en un programa de cuidado pre y post natal.

[1] Este esquema también tiene un máximo de beneficio anual de 200.000 Rs. ($4,545), que es suficiente para dos operaciones costosas y para otras más pequeñas.

2 Concentrarse en la eficiencia

Aparte de limitar los beneficios, el segundo conjunto de estrategias de sostenibilidad se centra en la minimización de costos mediante productos, sistemas y procesos más eficientes y efectivos.

2.1 Proporcionar beneficios para afiliados

La modalidad de proporcionar beneficios a afiliados es probablemente la manera más eficaz de minimizar los costos operacionales del asegurador y los costos transaccionales del asegurado. Como el término sugiere, proporcionar beneficios a afiliados significa que los afiliados de un grupo, como una cooperativa de crédito o de otro tipo, automáticamente reciben una determinada cobertura de seguros, por lo general sin pagar ninguna prima directa. Un ejemplo típico es la cobertura de seguro de vida-ahorro provista por Columna, MUSCCO, La Equidad y otras aseguradoras de las redes de SACCO *(véase el Capítulo 2.3)*.

Puesto que no hay transacciones individuales, los costos operacionales son mínimos. Por ejemplo, los gastos administrativos de MUSCCO con el plan de beneficios para afiliados eran de sólo un 15% de las primas (2003), mientras que con las ventas individuales de un producto complejo en India, los gastos administrativos de VimoSEWA representaban un 97% de las primas (2004). En los mercados de seguros desarrollados, por lo general, el costo de distribución representa el renglón más importante entre los gastos administrativos y, por lo tanto, al eliminar ese gasto, la modalidad de beneficios para afiliados puede resultar en un seguro más económico.

Para ofrecer beneficio a sus afiliados, la institución tiene que tener otra fuente de ingresos para costear el seguro. Por ejemplo, Yeshasvini Trust colabora con las cooperativas lecheras que pagan primas para sus miembros deduciendo la cuota de los ingresos mensuales derivados de la producción de leche.

En el caso del seguro de vida-ahorro, las cooperativas de crédito pagan una tasa de interés más baja sobre los ahorros para poder pagarle a la aseguradora que proporciona el beneficio. Esta rebaja en la tasa de interés que se paga sobre los depósitos puede resultar en que el producto de ahorros no sea competitivo y los clientes se marchen; por otro lado, se podría comercializar como un beneficio que provocaría que los afiliados aumentaran sus ahorros, porque a mayor cantidad ahorrada, mayor sería el beneficio (hasta un máximo).

Estrategia de sostenibilidad 5.
Proporcionar beneficios para afiliados

Ventajas

- Es un modo económico de dar cobertura a todos los afiliados.
- Si el beneficio es razonablemente bajo, no habrá selección adversa.
- Se minimizan los costos administrativos.
- Puede ser un elemento atractivo que atraiga a más afiliados.

Desventajas

- Sólo los afiliados reciben la cobertura.
- El nivel de cobertura posiblemente no satisfaga las necesidades de la población meta. Por ejemplo, el cliente podría retirar dinero de sus ahorros para pagar por un tratamiento antes de morirse, lo cual resultaría en unos beneficios inadecuados.
- El asegurado posiblemente no sepa que tiene beneficios. Si no se reclaman los beneficios habrá una distorsión estadística que llevará a la organización a creer que sus resultados en función de las reclamaciones son mejores que en los programas en que los afiliados saben que están asegurados.

2.2 Usar modalidades de plazos bajos para las primas

Ya que las unidades familiares de bajos ingresos no pueden pagar las primas anuales como un solo pago global, para ajustar el pago de las primas al ingreso familiar, los microaseguradores tienen que innovar. La modalidad más común es aumentar la frecuencia de los pagos de primas para que éstas sean de menor cuantía. Lamentablemente, esto suele aumentar los costos por transacción, lo cual a su vez encarece los productos. Es una paradoja: a la vez que se abarata, se encarece.

Según se ha expuesto en el Capítulo 3.3, VimoSEWA ha ideado una solución alterna al problema del pago global que también disminuye los costos transaccionales. La entidad ofrece una modalidad de depósito mediante la cual se paga la prima del seguro con los intereses de la cuenta de ahorros. Este sistema tiene la ventaja de proporcionar un seguro semipermanente virtualmente, sin costos transaccionales una vez se haya depositado la cantidad total. Sin embargo, a las personas pobres se les hace difícil guardar suficiente dinero para depositar en la cuenta y es difícil convencer a los asegurados de que aumenten el depósito cuando las tasas de interés bajan o las primas aumentan. Sólo el 25% de los 120.000 asegurados de VimoSEWA usan el método de depósito fijo para pagar las primas; los demás pagan en la campaña anual de comercialización y renovación, lo cual explica en parte por qué los costos administrativos siguen siendo tan altos.

Otra modalidad para pagar las primas en plazos bajos es la deducción automática de la cuenta de ahorros del asegurado. En vez de depender de una transacción física, la cual represente un costo para la aseguradora y el asegurado por igual, las transacciones electrónicas pueden minimizar el costo de cobrar las primas. La salvedad es que para que esto represente una opción, el grupo familiar tiene que tener una cuenta de ahorros.

En Filipinas, G-Cash recientemente ha permitido que se hagan transacciones financieras con el teléfono móvil al costo de 1 peso por cada transacción.[2] Esto puede ser un método muy económico de avisar cuando vence la prima y cobrarla, ya que los clientes no tienen que pagar gastos de transporte y el asegurador recibe la información de una manera rápida y eficiente. De hecho, se requieren aún más innovaciones al respecto para lograr una mayor eficiencia. Quizás la solución radique en la tecnología.

Estrategia de sostenibilidad 6.
Usar modalidades de plazos bajos para las primas

Ventajas

- Para todos los efectos elimina los costos transaccionales.
- El método de depósito fijo provee una cobertura semipermanente para el asegurado, y minimiza la morosidad para el asegurador.
- Se pueden ofrecer mejores beneficios porque los costos son bajos.

Desventajas

- Los clientes tienen que tener acceso a una cuenta de ahorros (o a un teléfono móvil).
- En la modalidad de depósito fijo, a una persona pobre se le puede hacer difícil acumular la cantidad del depósito, y puede ser difícil convencer a los asegurados de aumentar el depósito si las primas suben.

2.3 Depender de sistemas de distribución económicos

Una de las razones principales por las cuales las aseguradoras no pueden llegar a los mercados de bajos ingresos es que no tienen sistemas adecuados de distribución. Sin embargo, como demuestra el modelo socio-agente, las organizaciones de base o comunitarias pueden ser canales de distribución económicos y eficaces para los seguros. Al considerar esta modalidad, los agentes que lógicamente serían idóneos para dar el servicio son las instituciones de microfinanzas, puesto que ya efectúan transacciones de ahorros y crédito con

[2] Los autores agradecen a John Wipf los detalles sobre G-Cash.

las personas pobres. Algo similar sucede con los seguros corrientes que llegan a un gran número de asegurados mediante la modalidad muy eficiente de productos *banca-seguros*.

Sin embargo, para lograr una expansión significativa del microseguro, habrá que ir más allá de las instituciones financieras para conseguir otras vías. Yeshasvini utiliza la red de cooperativas para vender los seguros, cobrar las primas y distribuir las tarjetas de identificación. Las alianzas entre aseguradoras y minoristas en Suráfrica *(véase el Capítulo 4.6)* representan mecanismos que podrían resultar una forma económica para llevar los seguros a las personas pobres.

En el microseguro, un aspecto clave para que la distribución sea económica es que el costo de la evaluación y de la suscripción de riesgos sea mínimo. Esto es posible cuando se usan pólizas grupales de manera que toda persona que pertenezca al grupo y cumpla con el requisito de edad sea elegible para el seguro. Aun con las pólizas individuales, se puede tener un requisito mínimo de análisis de riesgo (quizás sólo una declaración firmada de buena salud), y la carga pasa al proceso de reclamaciones. Esta modalidad de pasar el escrutinio a una etapa ulterior es económicamente más eficiente porque es aplicable únicamente a las pocas personas que presentan reclamaciones, en vez de a las grandes cantidades de personas que se afilian al plan.

Estrategia de sostenibilidad 7.
Usar sistemas de distribución económicos

Ventajas

- Se puede usar la estructura de distribución existente.
- Fácil de implementar.

Desventajas

- El personal del sistema existente, al estar sobrecargado de trabajo, quizás no explique bien los beneficios de los seguros.
- La aseguradora quizás no comprenda adecuadamente el mercado meta.
- Sólo es adecuado para los seguros básicos.

2.4 Controlar los costos

Una estrategia clave para limitar los costos es que se establezcan requisitos distintos según el tamaño de la póliza, lo cual aumenta la eficiencia. Por ejemplo, los productos sencillos de microseguro pueden ser gestionados por empleados menos remunerados. Si las cantidades aseguradas están por debajo de determinada cantidad, se puede usar un método más sencillo y económico. En Delta Life, si la póliza es por más de $2.000, el solicitante tiene que

hacerse una revisión médica; si es por menos de $2.000, sólo se requiere una declaración de salud. Se pueden hacer ajustes similares para que estas pólizas pequeñas sean más sostenibles.

El modelo de organizaciones comunitarias con frecuencia depende del trabajo voluntario de los miembros como estrategia de control de costos *(véase el Capítulo 4.3)*. Esto ha sido muy efectivo para que muchos planes pequeños puedan cubrir sus costos a corto plazo, pero no es una estrategia a largo plazo; los voluntarios tienden a perder la motivación y, por lo tanto, hay mucho cambio de personal.

Con los seguros médicos, uno de los mayores retos es la minimización del costo de las reclamaciones. Las organizaciones que administran sus propios proveedores médicos, como ServiPerú, BRAC y Grameen Kalyan, pueden influir más en los costos médicos. En ServiPerú, por ejemplo, los sueldos de los médicos, que normalmente representan un costo fijo, se convierten en un costo variable al vincular la remuneración al número de consultas. Si se administra adecuadamente, este tipo sistema de remuneración por capitación puede establecer una relación directa entre el ingreso y los gastos.

Además, independientemente de quién dé el servicio médico, los microaseguradores tienen que cerciorarse de que se siguen los protocolos adecuados de tratamiento, como, por ejemplo, que sólo se receten medicamentos que realmente se necesiten (lo cual representa un reto, ya que el consumidor suele querer algún medicamento, aunque no lo necesite), proporcionar medicamentos bioequivalentes cuando sea posible y evitar las pruebas innecesarias. El plan MHIB de BRAC ha logrado bastante en este aspecto.

Aunque estos mecanismos son aplicables a los seguros convencionales también, una de las estrategias de control de costos que se aplica específicamente al microseguro es apelar al sentido de solidaridad de los afiliados, con la expectativa de que voluntariamente se abstengan de usar los beneficios abusivamente. Por ejemplo, como cooperativa, ServiPerú le pide a sus afiliados que eviten el uso excesivo e innecesario de los servicios para que la empresa pueda mantener unos precios bajos. Mientras que esta manera de abordar el asunto indudablemente producirá alguna incidencia de aprovechados, probablemente será menor en una mutualista o una ONG que en una organización con fines de lucro.

Otro elemento para controlar los costos es la prevención de pérdidas. Los microaseguradores pueden reducir los costos de reclamaciones mediante la educación sobre la salud para ayudar a las personas a alimentarse mejor y obtener tratamiento temprano, y las campañas para promover la buena salud, por ejemplo, en que se proporcionen mosquiteros con insecticida en las zonas donde hay riesgo de paludismo y se desarrollen suministros de agua limpia *(véase el Capítulo 3.9)*. De hecho, las alianzas estratégicas son una manera

muy útil de aprovechar bien los recursos económicos. Por ejemplo, varios microaseguradores pueden colaborar con las organizaciones que educan sobre VIH/SIDA o con las campañas de vacunación del Estado para que se ofrezcan servicios valiosos a sus afiliados a un costo limitado o sin costo alguno, a la vez que se busca la manera de reducir las reclamaciones.

Estrategia de sostenibilidad 8.
Controlar los costos

Ventajas

- Al diferenciar los procesos, usando requisitos más sencillos para las pólizas pequeñas, se equilibran adecuadamente los costos y los controles.
- Con la asesoría adecuada, muchos proveedores médicos pueden reducir los costos sin afectar a la calidad adversamente. De hecho, los protocolos de tratamiento claros pueden reducir los costos a la vez que mejorar la calidad del cuidado y servicio médico.
- Una pequeña inversión en la prevención con frecuencia puede resultar en grandes beneficios al aminorar las reclamaciones, sobre todo si se hace mediante alianzas estratégicas.
- Las campañas de prevención proporcionan beneficios también a los asegurados que no hacen reclamaciones.

Desventajas

- Depender del trabajo voluntario no representa una solución a largo plazo.
- Ejercer mucha presión para bajar la remuneración de los proveedores de seguros y cuidado médico puede resultar en muchos cambios de personal y servicio de baja calidad.
- Depender de la solidaridad para minimizar las reclamaciones y los riesgos es menos efectivo a la vez que crece la organización.

2.5 Comprar los beneficios al por mayor

Otra manera en que el microasegurador puede abaratar los costos de las reclamaciones es negociar con el proveedor de los beneficios. Por ejemplo, la cobertura de ServiPerú incluye el beneficio funerario. La organización ha negociado un descuento de proveedores de servicios funerarios a cambio de traerle un gran volumen de clientes. Por consiguiente, las familias de bajos ingresos tienen acceso a un funeral de la misma calidad a un costo menor al usar la aseguradora.

Yeshasvini siguió la misma estrategia. Dada la capacidad excesiva en los hospitales y las clínicas locales, el sistema pudo persuadir a la red de provee-

dores de que aceptaran precios fijos para las cirugías a un 30% por debajo del precio promedio. Los proveedores médicos accedieron a bajar las tarifas porque la aseguradora en realidad paga y porque quiere aumentar la tasa de utilización de sus instalaciones y su personal.

Estrategia de sostenibilidad 9.
Comprar los beneficios al por mayor

Ventajas

- Puede abaratar el costo de los beneficios.
- Ventajas para los proveedores de servicios (clínicas, funerarias), puesto que reciben cierta clientela garantizada a cambio.

Desventajas

- Sólo es adecuado cuando los beneficios son en especie.
- Los proveedores de beneficios en especie podrían ofrecer servicios de menor calidad al asegurado debido a que se les está pagando menos.
- La estrategia depende del uso de la capacidad excedente, la cual no siempre existe.

3 Diversificar las fuentes de ingresos

Uno de los problemas de los sistemas de seguros para las personas pobres es que estas personas simplemente no pueden pagar, aun cuando los beneficios son pequeños y se mantengan los costos operacionales al mínimo. Una tercera manera de lograr la sostenibilidad del microseguro es la diversificación de las fuentes de ingreso, para que las personas de bajos ingresos sólo paguen parte de los costos. Esto ocurre con los mecanismos tradicionales de financiación de los seguros sociales de cuidado médico, en los cuales dicha financiación se basa en el sueldo y las aportaciones compartidas por el patrono y el empleado, como es el caso de Bienestar Magisterial en El Salvador.

Sin embargo, esto sólo puede funcionar en el sector formal. Para los trabajadores del sector informal se requieren estrategias más ingeniosas. Algunos microaseguradores se involucran en otras actividades, no relacionadas con los seguros, para generar ingresos. Microcare, por ejemplo, tiene una serie de contratos para desarrollar *software* y educar sobre el uso de los ordenadores, que no se relacionan con los seguros médicos, pero ayuda a sufragar los gastos. Yeshasvini vende anuncios que se imprimen al dorso de la tarjeta de identificación. Más adelante se explican otras fuentes de diversificación de ingresos.

3.1 Subsidiar el microseguro con otros productos o mercados

Una posible estrategia es subsidiar las primas con el ingreso de los productos o segmentos de mercado más rentables. De hecho, para que se considere que el sistema de microseguro, como proveedor de protección social, debe tener una función de redistribución entre las personas no tan pobres y las más pobres.

Por ejemplo, los seguros médicos de Grameen Kalyan y BRAC sirven a la generalidad de las comunidades donde operan. Cobran primas más altas a las personas que no son pobres para minimizar las primas para los miembros de la comunidad cuyos ingresos son bajos. La penetración en estos sectores de la población de ingresos superiores tiene como propósito lograr la viabilidad mediante el incremento de los ingresos, aunque todavía no se ha logrado este propósito. En 2003, el 10% de los asegurados de BRAC y el 13 por ciento de los de GK no eran afiliados y proporcionaban entre el 18% y el 15% de los ingresos de primas, respectivamente. Ambas organizaciones han aprendido que se requiere un mayor esfuerzo para aumentar la participación de las personas que no son pobres para evitar el fenómeno de selección adversa en este segmento del mercado.

Tata-AIG se propone seguir una estrategia similar. Una vez sus microagentes hayan agotado el mercado que pueden servir con facilidad, se les enseñará a ofrecer productos más costosos a los clientes con mayores ingresos. VimoSEWA adoptó esta manera de proceder en 2001, introduciendo un nuevo paquete de beneficios con cifras aseguradas más altas para los clientes de ingresos superiores. Sin embargo, las ventas de este producto fueron muy lentas y, después de dos años, VimoSEWA abandonó esta estrategia. La empresa se dio cuentade que el mecanismo existente de distribución no era una manera efectiva de llegar a las personas que no eran pobres, ya que era un mercado donde el nombre de SEWA no tenía presencia de marca. Además, el esfuerzo dedicado al mercado de otro nivel económico distraía a la gerencia del logro de la viabilidad en el mercado de bajos ingresos.

Con miras a dar cobertura a las personas más pobres de la comunidad, las mutualistas de salud promovidas por UMSFG piensan cubrir a los indigentes cuando logren una solidez financiera. Sin embargo, la complicación mayor de tener una escala variable para las primas es que no es fácil distinguir entre las personas que no pueden pagar y las que pueden. En la zona de Guinea forestal, donde UMSFG opera, cualquier persona se puede convertir en indigente.

Esta estrategia de sostenibilidad también sirve para las aseguradoras comerciales que atienden el mercado de bajos ingresos, puesto que ya tienen una amplia gama de productos. Con respecto a esos proveedores de seguros, hay cierto riesgo de que traten de generar ganancias a corto plazo a costa de

las personas pobres. Se puede justificar una política de subsidio, aun ante los accionistas, si las aseguradoras adoptan una perspectiva a largo plazo con respecto de este mercado y se esfuerzan por cultivar el patrocinio con la expectativa de que obtendrán ganancias de estos asegurados en el futuro. De hecho, la meta principal en estos momentos debe ser el desarrollo de una cultura de seguros en el mercado de bajos ingresos, mientras que la estrategia de maximizar las ganancias a corto plazo socavaría ese objetivo.

Estrategia de sostenibilidad 10.
Subsidiar el microseguro con otros productos o mercados

Ventajas

– La redistribución es un elemento medular de los sistemas de protección social.
– La diversificación de mercados estabiliza el microseguro al dispersar el riesgo y aumentar el número de asegurados.
– El mayor volumen debe resultar en una mayor eficiencia, si se administra correctamente.
– Se puede alcanzar la sostenibilidad con mayor rapidez.

Desventajas

– Llegar al mercado de mayores ingresos podría requerir un sistema de distribución distinto y más costoso.
– Posiblemente, el microasegurador no tenga la imagen de marca correcta para atraer a los clientes de ingresos más altos.
– La tendencia natural en todas las operaciones de seguros es que con el tiempo se va pasando hacia los mercados de ingresos más altos, ya que estos suelen ser más rentables. Esta estrategia requiere una mano administrativa firme que mantenga la perspectiva de servir las necesidades de las personas pobres.
– En los mercados competidos, quizás haya otras aseguradoras con sistemas de distribución más eficientes para la población de ingresos mayores.
– En las mutualistas, los que proporcionan los subsidios pueden ser electos a la junta directiva y cambiar la política.

TUW SKOK abordó el asunto de una manera distinta porque sus dos segmentos de mercado eran las cooperativas de crédito y sus miembros. Al principio, la aseguradora se centró en las pólizas corporativas para las cooperativas de crédito, incluidos los seguros de depósitos, cobertura en caso de incendio y robo y las fianzas de garantía. Después de haber saturado su mercado corporativo, TUW SKOK se dedicó a atender las necesidades de los miem-

bros de la cooperativa de crédito. Y, lo que es más importante, la aseguradora solamente empezó a trabajar en el mercado de bajos ingresos cuando tenía la solidez financiera para hacerlo. Aunque sería difícil determinar hasta qué grado las pólizas de los miembros están subsidiadas por los seguros corporativos, los planes de microseguro de TUW SKOK indudablemente se benefician de que las cooperativas de crédito representen un amplio mercado cautivo para sus servicios corporativos.

3.2 Subsidios de un fondo dotal

Otra fuente de ingresos compensatorios podría ser un fondo dotal o patrimonial; el microasegurador podría sufragar los costos operacionales con los ingresos de las inversiones del fondo.

Para lograr esto, la aseguradora tiene que tener suficiente dinero y oportunidades de inversión que generen réditos adecuados. Algunos ingresos de las inversiones se tendrían que devolver al fondo para mantenerse a la par con la inflación y sostener su poder adquisitivo. Sería importante que la administración del fondo fuera transparente, para asegurar que el dinero no se use con otros propósitos.

Estrategia de sostenibilidad 11.
Subsidios de un fondo dotal

Ventajas

- Aumenta el valor del programa de seguros.
- Proporciona la flexibilidad financiera necesaria para centrarse en las personas pobres e indigentes y servir sus necesidades.
- Proporciona fondos estables para que el sistema pueda planificar el futuro.

Desventajas

- No se sabe quién aportará el fondo inicial; sería difícil crear muchos fondos dotales en muchos programas de microseguro o tener un impacto significativo en las personas pobres.
- Un fondo dotal de envergadura requiere una buena administración para asegurar que se generen ingresos y que los mismos no se desvíen para otros usos.
- Al aumentar la población cubierta, se podría producir un déficit si el fondo dotal no crece al mismo ritmo.
- Aun con una población estable, el fondo dotal tiene que generar ingresos por lo menos a la tasa de inflación para sostener su poder adquisitivo.

Grameen Kalyan y VimoSEWA han recibido fondos con este propósito. GTZ le entregó una subvención para capitalización a VimoSEWA a principios de la década de los noventa como estrategia para sufragar los gastos administrativos. Este fondo cumplió su propósito mientras el número de asegurados se mantenía en unos 30.000. Sin embargo, cuando aumentó el número a 90.000, los ingresos del fondo dotal ya no daban abasto. La organización matriz de Grameen Kalyan le proporcionó un fondo dotal para establecer un sistema de microseguro médico. Si se fuera a expandir el sistema para servir a todas las comunidades en que opera el Banco Grameen, el fondo no generaría suficientes ingresos para cubrir el déficit operacional.

3.3 Subsidios del Estado

Los sistemas de microseguro que emergen de una perspectiva de protección social reciben parte o todos los fondos del Estado, o su estrategia de sostenibilidad es conseguir ese subsidio al cabo del tiempo. Por ejemplo, los seguros médicos SBS (Bolivia), SMI (Perú) y SI (Paraguay) fueron iniciados en el sector público con subvenciones del Estado, concedidas para extender los servicios médicos a sectores específicos de alto riesgo en el mercado. Otros sistemas, como UMSGF, AssEF y Karuna Trust, se han beneficiado de subsidios gubernamentales indirectos. Los costos de los servicios médicos usados por los afiliados de estas organizaciones se mantienen a un nivel bajo artificial debido a los subsidios del Estado.

Estrategia de sostenibilidad 12.
Subsidios del Estado

Ventajas

- El cuidado médico se debe ver como un derecho humano y por lo tanto es adecuado que el Estado asigne recursos para facilitar el acceso a los que no pueden pagar las primas por sí solos.
- Los planes de microseguro pueden representar un vehículo económicamente eficiente mediante el cual el Estado pueda ofrecer beneficios a las personas pobres.

Desventajas

- La burocracia gubernamental quizás no haga los pagos a tiempo, lo cual recarga los recursos líquidos del microasegurador.
- Los cambios en las políticas gubernamentales pueden resultar en la cancelación repentina del subsidio.
- El Estado podría tratar de imponer ciertas metodologías que no armonicen con los intereses de la organización que implementa el plan.

Una gran desventaja de esta manera de proceder es que está expuesta a la intervención política. Tanto SBS como SMI fueron sacudidos cuando resultaron electos unos gobiernos nuevos con otras prioridades. Por consiguiente, difícilmente se puede depender de los subsidios del Estado de manera permanente o a largo plazo. Cuando se cancelan o disminuyen los subsidios, las operaciones de microseguro pueden experimentar graves problemas. Por ejemplo, Yeshasvini recibía un subsidio directo del Estado durante los primeros dos años de operaciones, lo cual ayudó a que se pudieran ofrecer unos beneficios muy buenos a un costo muy bajo. En el tercer año, cuando desapareció el subsidio del Estado, hubo que duplicar la prima, lo cual resultó en una tasa de renovación de sólo el 43%.

4 La sana administración

Puesto que ninguna de las doce estrategias que se han descrito se puede aplicar en todas las circunstancias, habrá que ver cómo se pueden combinar las estrategias para lograr una manera de abordar el problema que convenga a cada sistema de microseguro en particular. Por consiguiente, el éxito del microseguro depende de lo que depende cualquier otra empresa: la estrategia esencial para lograr la sostenibilidad es la sana administración.

Entre otras cosas, los administradores del microseguro tienen que asignar personal con las destrezas adecuadas, establecer precios realistas para los productos, confeccionar un plan empresarial sólido, asegurar el manejo rápido y confiable de la información y acudir a los reaseguros, si fuera necesario *(véase el Capítulo 5.4)*. Necesitan trabajar con una junta de directores que sepan tratar con los administradores de manera eficaz *(véase el Capítulo 3.8)*. Puesto que muchos de estos elementos no existen en las organizaciones que piensan ofrecer microseguro, sería muy lógico que se comenzara con un beneficio limitado o centrado en un solo renglón. Cuando se hayan adquirido las destrezas adecuadas y los sistemas se hayan establecido, se podrá expandir el programa de seguros.

Al igual que en otras industrias, el personal administrativo necesita un plan empresarial que ayude a mantenerlos centrados en ofrecer una protección de calidad al costo más bajo posible. Antes de ampliar los beneficios y aumentar la protección, los administradores tienen que comprender lo que eso podría implicar, y para hacerlo necesitan herramientas que permitan evaluar las opciones y sopesar las ventajas y desventajas de las primas más altas, los beneficios menores y otros factores. Lo ideal es que esto se haga en consulta con los asegurados actuales o potenciales. Los administradores también necesitan un sistema de información para mantenerse al tanto de cómo se está progresando hacia el logro de las metas del plan empresarial.

Como mencionamos, un aspecto clave del plan es que se defina el equilibrio entre dar una remuneración adecuada a los empleados, ofrecer a los clientes el mejor producto y asegurar que los accionistas reciban un rédito adecuado de su inversión. Este equilibrio se simplifica si los intereses de las partes están en armonía. Por ejemplo, en el caso de los seguros que se ofrecen por medio de las cooperativas *(véase el Capítulo 4.1),* los clientes son los accionistas. En el modelo comunitario *(véase el Capítulo 4.3),* los empleados suelen ser clientes y propietarios también.

La importancia de contar con personal, administradores y directores con la pericia necesaria no se puede exagerar. Algunos microaseguradores no han comprendido bien lo que están haciendo o no ponen suficiente atención en las actividades de microseguro para saber siquiera si les va bien. Para lograr una sana administración, hay que analizar el microseguro como una actividad independiente, separada de las actividades de crédito y ahorro y de los seguros convencionales, de manera que los administradores puedan evaluar si es una actividad viable, si tiene potencial. Hay que asignar el personal experto adecuado para que se logre el potencial. En ese sentido, el modelo comunitario tiene la ventaja de centrarse únicamente en el microseguro.

Los microaseguradores no tienen que emplear a todo el personal experto que necesitan, siempre y cuando tengan acceso a esos peritos. Los sistemas comunitarios o mutualistas logran este objetivo mediante las federaciones con las organizaciones regionales que tienen los peritos, de quienes se pueden beneficiar las organizaciones pequeñas al nivel primario. Las alianzas entre organizaciones con distintos tipos de pericia constituyen una estrategia muy eficaz. Si se carece de conocimiento acerca de los seguros, la asistencia técnica puede ayudar a lograr la sostenibilidad. Como se dijo en el Capítulo 5.5, varias organizaciones internacionales proporcionan asistencia técnica a los programas de microseguro, como lo hacen muchos consultores independientes. Si el personal experto internacional es muy costoso o no está disponible, un sistema de microseguro que apenas comienza podría considerar el uso de los expertos locales en seguros.

Hacemos hincapié en que hay que tener la pericia necesaria en la sede principal o al nivel de la federación para que el sistema de microseguro sea sostenible, pero también hay que tener asegurados, muchísimos asegurados. El volumen es crítico para el éxito del sistema de microseguro. Así que, si quieren atraer y retener a los clientes, los microaseguradores tienen que tener personal de ventas y servicio adecuado, y gozar de una buena reputación en cuanto al servicio al cliente. De hecho, los proveedores de microseguro tienen que ir creando confianza entre su clientela proporcionando un servicio claramente valioso. En fin, las personas que tratan con el público tienen que saber lo que hacen y hacerlo bien. Invertir un poco más en el

adiestramiento del personal que trata con el público en muchas ocasiones bien merece la pena.

Las aseguradoras bien administradas usualmente usan los reaseguros para gestionar el riesgo, aunque el reaseguro no hace falta en todas las situaciones. Algunas de las aseguradoras más grandes que tramitan el microseguro, como AIG Uganda, Madison, Delta Life y La Equidad, no adquieren reaseguros para sus pólizas de menor cuantía porque cubren a muchas personas en un área muy grande. Los microaseguradores que carecen de reservas sólidas y carteras diversificadas entre seguros y reaseguros podrían —les convendría— explorar las alternativas de los arreglos de reaseguro, por lo menos para los seguros de pérdidas catastróficas.

Por último, la sana administración significa usar las oportunidades disponibles y encarar las amenazas inminentes de manera eficaz. Se requiere arte y ciencia. Aunque hay ciertos principios comerciales que hay que tener presentes y respetar (como el índice de solvencia y el nivel de capital que se requiere para cumplir con las obligaciones con los asegurados), la supervivencia muchas veces depende de resolver los problemas con sensatez. El buen juicio se puede ejercer mejor informándose de las normas de la industria y analizando las referencias, que apenas comienzan a surgir en el campo del microseguro *(véase el Capítulo 3.10)*. Además, el buen juicio viene con la experiencia, y la experiencia viene con los errores de juicio. Esperamos que viendo las malas y las buenas experiencias de otros microaseguradores, en este libro y en los estudios de caso, los microaseguradores del presente y del futuro adquieran la sabiduría necesaria para evitar la repetición de los errores cometidos por otros.

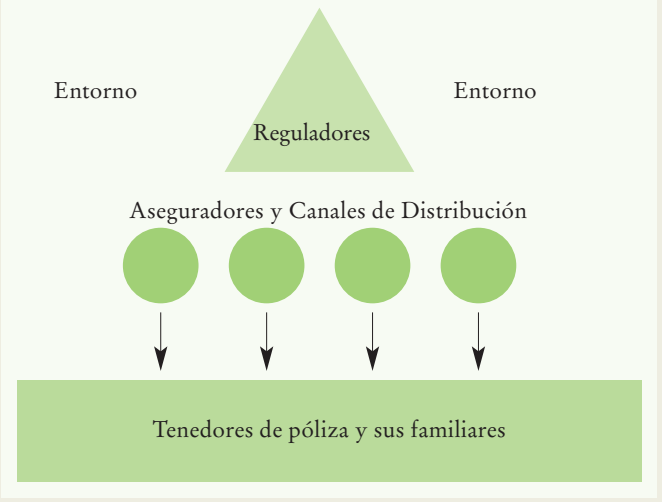
6.2 El futuro del microseguro

Felipe Botero, Craig Churchill, Michael J. McCord y Zahid Qureshi

Queremos agradecer a August Pröbstl, Christina Hahne y Andreas Moser, de Munich Re, sus ideas y comentarios relacionados con este capítulo.

Para analizar el futuro del microseguro hay que ver el panorama completo, el cual incluye 1) los asegurados actuales y potenciales y sus familias, 2) la gama de los distintos proveedores de seguros y sus canales de distribución, 3) los reguladores y supervisores de seguros y 4) el entorno general en el cual interactúan *(véase la Figura 39)*.

Figura 39 **Perspectivas para el futuro**



El éxito futuro del microseguro depende de que se logre el crecimiento y desarrollo de manera prudente, rentable y continua. Cabría preguntarse cuál será el ciclo de desarrollo del microseguro y cuánto durará. Según algunos, el microseguro se encuentra aún en la etapa conceptual y muy bien se podría argumentar que lo está. Sin embargo, para los hombres y mujeres que hoy por hoy están trabajando en el campo y cuyos esfuerzos son la materia prima de este libro, el microseguro es muy real, si bien se encuentran en una etapa ini-

cial. Las expectativas de estas personas a corto y a medio plazo son el tema del presente capítulo.

El objetivo del microseguro es proveer productos de gestión de riesgos a un costo módico a las personas pobres, lo cual las ayudará a desenvolverse económicamente y a lograr libertad financiera para sí y para las generaciones venideras. Los sistemas de microseguro complementan y sustentan los mecanismos informales de supervivencia, donde estos existen.

En el Capítulo 1.1 se resumen los muchos retos que obstaculizan el desarrollo y la expansión de los microseguros; en las siguientes páginas se ofrecen numerosos ejemplos de maneras para superarlos. Queda una serie de obstáculos adicionales que habrá que encarar si se quiere que el mercado de seguros sea significativamente más incluyente. Para extender masivamente el alcance de los servicios de seguros a los grupos familiares de bajos ingresos, y penetrar aún más para llegar a los más vulnerables, será necesario superar los retos *(véase la Tabla 52)*. En este capítulo se resumen las soluciones que se deben considerar para aumentar la disponibilidad y la calidad de los microseguros.

Tabla 52 **Retos en la expansión del microseguro**

Categoría	*Renglón*
Clientes	– Ofrecer educación eficaz a los clientes – Cultivar una cultura de seguros en el mercado de bajos ingresos – Satisfacer la demanda desatendida para nuevos productos – Alcanzar a los más vulnerables
Proveedores	– Fortalecer la capacidad del personal – Fortalecer la gerencia – Mejorar la eficiencia – Encontrar el modelo empresarial y los canales de distribución adecuados
Reguladores	– Eliminar los obstáculos regulatorios – Adoptar una agenda de desarrollo del mercado – Reconocer los sistemas informales cuando sea indicado – Desarrollar enfoques sistemáticos e integrales
Entorno	– Mejorar las instalaciones médicas – Generar y utilizar información de importancia clave sobre seguros – Fortalecer los mercados financieros – Crear condiciones macroeconómicas estables – Prepararse para los riesgos catastróficos

1 Los futuros clientes del microseguro

El microcrédito ha tenido un impacto importante en la capacidad de la gente para salir de la pobreza. Aunque el sistema de microseguro es algo reciente, hay evidencia preliminar anecdótica que sugiere que podría ser un factor importante para mantenerse fuera de la pobreza. Al proporcionar protección contra ciertos riesgos, el microseguro representa un complemento natural a otros servicios financieros y sociales para las personas pobres. Para que el microseguro cumpla de lleno con su potencial, habrá que desarrollar una cultura de seguros en el mercado de bajos ingresos, además de introducir productos que satisfagan necesidades primarias, particularmente de las personas más vulnerables.

1.1 Educación y cultura

Habrá que estimular la demanda de microseguro. En los estudios de caso se observó que hay que dedicar más esfuerzo a la educación del mercado, de manera que los asegurados potenciales comprendan y valoren los seguros. De hecho, las aseguradoras exitosas en los mercados desarrollados proporcionan educación sobre varios temas a sus clientes y a la población en general, lo cual resulta en una mejor evaluación de riesgos y mayor lealtad de la clientela. Hace falta desarrollar mejores herramientas pedagógicas para explicar la utilidad de los seguros en un mercado de personas analfabetas o que carecen de instrucción formal. Para lograr un impacto significativo, sin embargo, la educación del cliente por sí sola no basta. Las partes interesadas en el desarrollo del microseguro, las cuales incluyen proveedores, directivos públicos y privados y donantes, tienen que fomentar una cultura de seguros entre las personas pobres.

La cultura de seguros constituye un prerrequisito para el éxito del microseguro. En muchos países desarrollados, pasaron generaciones antes de que las personas usaran los seguros como una manera usual para atender sus necesidades de gestión de riesgos. Los proveedores de microseguro contribuirán a la cultura de seguros al atender las necesidades de sus clientes de una manera justa y equitativa. El punto de partida es el producto: los clientes necesitan saber que están cubiertos y tienen que ver que efectivamente se proporcionan los beneficios con regularidad.

El pago de las reclamaciones, que es el cumplimiento de una promesa, es la oportunidad más importante para recalcar el valor de los seguros, y por lo tanto las reclamaciones tienen que tramitarse con eficiencia y corrección. Con demasiada frecuencia no se proporcionan los beneficios de la manera en que se prometieron y esto resulta en una cultura anti-seguros. Muchos programas

de microseguro funcionan en zonas donde existe una cultura anti-seguro y tienen que batallar en contra de esa percepción generalizada.

La evolución de las actitudes hacia los seguros se verá afectada por la capacidad de los proveedores de mejorar los procesos, servicios, beneficios y costos para sus clientes. El Estado y la sociedad civil pueden contribuir al desarrollo de esta cultura mediante los programas educativos. La cultura se refuerza cuando las asociaciones y los patronos empiezan a ofrecer los seguros como un beneficio por afiliarse o ser un empleado. En los países desarrollados, la cultura de seguros se ha reforzado con la ubicuidad de la cobertura obligatoria dispuesta por el Estado, como, por ejemplo, la cubierta de responsabilidad pública para los vehículos. Muchas personas han logrado comprender los seguros mediante sus experiencias con estos productos y, en algunos casos, esas experiencias han servido para alentarlos a buscar otros productos voluntarios.

Para las personas de bajos ingresos en los países en desarrollo, la experiencia parecida podría darse con los seguros de vida para prestatarios que ofrecen las instituciones de microfinanzas. Si las IMF pueden asegurarse de que sus clientes tengan experiencias positivas, las personas pobres podrían interesarse más y comprarían otros productos de seguros de manera voluntaria. Por lo tanto, hay que preocuparse cuando las IMF (o sus aseguradoras) no tratan el seguro de vida para prestatarios con seriedad y cuando no se esfuerzan por asegurar que las personas pobres tengan una buena experiencia con los seguros. Cada vez que se paga tarde o cada vez que se rechaza de plano una reclamación, y cada vez que no se habla con claridad sobre los precios o se da una información incorrecta sobre la cobertura, se contribuye a retrasar la creación de una cultura de seguros.

Para mantener una cultura de seguros, los proveedores deben esforzarse por servir a los clientes a lo largo de la vida en vez de engancharlos para luego olvidarse de los cambios que sufren sus necesidades y sus circunstancias. La falta de atención por parte del proveedor es el motivo clave de las altas tasas de caducidad y las lagunas en la cobertura que se asocia con muchos microaseguradores. Los esfuerzos por minimizar la caducidad y la falta de renovación deben incluir el uso de mecanismos adecuados para el pago de primas y de financiación, además de la educación del mercado y modalidades de mercado que evitan incentivos de ventas interesados o mal orientados. Cuando los mercados de microseguro alcancen una etapa en que la gente comprenda y valore de verdad lo que se está comprando, la caducidad y la falta de renovación se harán menos frecuentes.

1.2 La evolución de los productos

Los seguros para las personas pobres tienen que evolucionar a medida que evolucione su demanda. La siguiente prioridad es la cobertura médica, sobre todo en los países donde el Estado no puede atender adecuadamente las necesidades médicas del pueblo. Es muy posible que pronto aumente la demanda para los seguros de retiro a largo plazo o de pensiones para la vejez, además de la de seguros de desastres, vivienda y, en algunas zonas, los seguros agropecuarios. Estos son riesgos que no se pueden gestionar únicamente con ahorros y crédito. Si los proveedores de microseguro no pueden atender esta demanda, podrían estancar el desarrollo de la cultura de seguros a medida que las personas de bajos ingresos pierdan la fe en los mecanismos para agregar riesgos.

Los productos de seguros vendidos por medio de organizaciones en las que confían los posibles asegurados también podrían ayudar a desarrollar las actitudes positivas. Solo habrá una cultura de seguros cuando se convierte en parte de la comunicación informal entre la gente, que es lo que promovería y diseminaría el conocimiento de los seguros. La combinación de un intermediario en quien se confía y la comunicación de boca en boca puede ser el motivo por el cual muchas cooperativas de crédito han podido generar una cultura de seguros entre sus socios.

Los productos de microseguro que reflejen adecuadamente las posibles necesidades y demandas de los asegurados ayudarán a generar una cultura de seguros. La estrategia clave para lograr esta meta es involucrar a asegurados (o posibles clientes) en el proceso de decidir entre beneficios y precios. Las herramientas que permitan que los clientes vean lo que se está poniendo en la balanza y expresen sus preferencias ayudarán a que se diseñen productos adecuados.

Un aspecto que atrae a las aseguradoras a entrar en este mercado es que puede haber un resultado a largo plazo, transgeneracional, aun cuando esto sea incompatible con la perspectiva a corto plazo de la mayoría de las empresas. En los países en desarrollo, los millones de pobres de hoy serán la clase media del mañana. Históricamente, la medida de éxito que las aseguradoras grandes tienen como grial es la habilidad de forjar una relación duradera con los clientes, hasta relaciones transgeneracionales que ofrezcan productos y servicios que cubran las necesidades cambiantes en el transcurso de la vida del asegurado. Se sabe que los agentes de ventas de seguros dependen de las recomendaciones para conseguir nuevos clientes y es evidente que las aseguradoras de líneas múltiples monitorizan la cantidad de productos por cliente o por grupo familiar.

El objetivo supremo de los microseguros es ayudar a las personas de bajos ingresos a proteger sus bienes y lograr algún nivel de tranquilidad económi-

ca. Ayudar a los clientes a lograr estas metas también crea un mercado ideal para las aseguradoras que tengan paciencia; el potencial del mercado a largo plazo es enorme. Más aún, este segmento de mercado tiene una gran la lealtad a las marcas, lo cual hace más poderoso este argumento.

A la larga, los asegurados del microseguro se familiarizarán con el campo de los seguros, reconocerán el potencial que tienen para atender algunas de sus necesidades de gestión de riesgos y buscarán la cobertura. Comprenderán los distintos riesgos y las diversas capacidades de los proveedores de seguros, lo cual les permitirá tomar decisiones y escoger entre las opciones de manera adecuada. El consumidor de bajos ingresos obligará a los proveedores a ofrecer los productos que quiere. Los microaseguradores de hoy tienen la obligación de ayudar a sus clientes a adquirir más conocimientos, a la vez que se preparan para servir a un mercado más sofisticado.

A medida que los actores en el mercado meta vayan comprendiendo los seguros, se darán cuenta de las limitaciones que tienen las soluciones basadas en los mecanismos de mercado. Este reconocimiento ayudará a las comunidades de bajos ingresos a sentirse capacitadas para exigir que el Estado provea servicios de protección social. En última instancia, el seguro social es un derecho humano. Además, siempre habrá un segmento de mercado que los planes de seguros que cobran aportaciones no podrá alcanzar (los pobres estructurales), que tiene que ser atendido mediante programas del Estado. El reto constante para el desarrollo de los microseguros es que hay que determinar el límite, hasta dónde se puede llegar. Hay que ver cuáles segmentos del mercado se podrían alcanzar si se mejoran los mecanismos de oferta y la eficiencia. De igual manera, hay que preguntarse cómo los mecanismos de distribución del microseguro pueden facilitar el acceso a los planes de protección social del Estado.

2 Los futuros proveedores de microseguro

Hay otros retos relacionados con los proveedores, los cuales se pueden clasificar en tres categorías: 1) el desarrollo de la capacidad del personal general y administrativo, 2) el mejoramiento de la eficiencia, incluido el uso de la tecnología, y 3) la determinación de un modelo empresarial que satisfaga a todas las partes interesadas y logre un equilibrio entre la viabilidad a corto plazo y el crecimiento a largo plazo.

2.1 Fortalecer la capacidad

Como el campo del microseguro es relativamente nuevo, no nos sorprende que haya que fortalecer la capacidad de los proveedores. Mientras que hay

estudios de caso que indican que se deben dedicar esfuerzos a la mejora de los proveedores existentes, para cerrar la enorme brecha en cuanto al acceso, habrá que invertir en nuevos canales de servicio y hasta crear nuevas aseguradoras.

El problema de la capacidad existe en dos niveles: el personal de campo y el personal administrativo. En general, el personal de campo se relaciona con el canal de distribución, y, sean agentes que venden y tramitan las pólizas o gerentes de las mutualistas, necesitan adquirir pericia en las destrezas de ventas, los fundamentos de los seguros, las técnicas pedagógicas para adultos y el servicio al cliente. Sin embargo, es igualmente importante crear un ambiente laboral que permita que estos sistemas retengan al personal calificado.

Actualmente, muchos micro aseguradores y sus canales de distribución sufren de frecuentes cambios entre el personal de campo. Por lo tanto, es menester que se tenga en cuenta la remuneración, los incentivos y el desarrollo profesional de los que tienen la pericia sobre las ventas y la tramitación de los seguros para las personas pobres.

Como se planteó en el capítulo anterior, fortalecer la capacidad administrativa sigue siendo un reto importante. Los requisitos para los administradores de los sistemas informales que algún día se pudieran formalizar, sin embargo, son muy distintos a los de los administradores de las aseguradoras reguladas que contemplan la oportunidad que representa el mercado de bajos ingresos. Estos últimos necesitan un curso corto para poder comprender las necesidades de las personas pobres, teniendo en cuenta que el microseguro tiene unas características particulares que requieren algo más que primas y cantidades aseguradas menores. Las experiencias de AIG Uganda y Madison Insurance demuestran que las aseguradoras corporativas han funcionado de una manera reactiva, respondiendo a las solicitudes hechas desde sus canales de distribución. El proceder proactivo de Tata-AIG al diseñar medidas específicas para el mercado de bajos ingresos podría ser una táctica más adecuada para las aseguradoras corporativas.

Al contrario de las aseguradoras formales, los administradores de los sistemas informales comprenden mucho mejor las necesidades del mercado meta y son más receptivos a las modalidades no convencionales, puesto que no están arraigados en las prácticas del mercado formal de seguros. Sin embargo, su formación y su experiencia suelen ser limitadas, y por lo tanto requieren más ayuda con las destrezas básicas de administración y tramitación de seguros. Para ayudar a estos administradores, y apoyar la expansión masiva de los productos de microseguro, se requieren herramientas básicas de administración, sistemas adecuados de información y *software* para la creación de planes y modelos empresariales, aunque los inversionistas y donantes tienen que ejercer cierta cautela al ayudar en la administración de sistemas

informales. El negocio de los seguros es un negocio de números, y todo el que quiera ser «asegurador» debe aspirar a tener una clientela numerosa y diversa. Es importante que se hagan inversiones en las organizaciones que puedan llegar a una escala adecuada.

Como se ilustra en el Cuadro 107, algunas de estas herramientas están en vías de desarrollo o ya se están usando. El reto es encontrar la manera de hacerlas asequibles.

Cuadro 107

Herramientas de administración para el microseguro

Una estrategia clave para fortalecer la capacidad de los administradores de microseguro es asegurar que tengan acceso a las herramientas adecuadas y que sepan usarlas. Recientemente se han desarrollado una serie de herramientas que podrían ayudar a mejorar el desempeño o a inspirar el desarrollo de otras herramientas.

El ***software*** de **seguros médicos** (HMI) desarrollado por OIT-STEP se diseñó para ayudar a los administradores a registrar, verificar y supervisar las inscripciones, los pagos de primas y las reclamaciones. Con este *software*, la asociación mutualista de mujeres, AssEF, se mantiene al tanto de once indicadores clave, incluyendo las inscripciones, recuperación de primas, derechos a beneficios, frecuencia de uso y costo promedio de los servicios, además de los gastos promedios por beneficiario (reclamaciones y costos operacionales). También tiene un módulo de contabilidad para el cálculo de los resultados técnicos anuales. El *software* permite a los administradores reaccionar rápidamente contra las anomalías.

El programa STEP de la OIT también ha preparado **una guía para los estudios de viabilidad** (disponible en inglés) para establecer los sistemas de microseguro médicos. La misma tiene información práctica para los administradores sobre temas que varían desde el cálculo de las primas hasta los contratos con los proveedores. Para las IMF que trabajan con aseguradoras Opportunity International ha desarrollado un software para seguros, AIMS, que se puede usar junto con los programas de gestión bancaria de OI para eliminar la duplicación de las cuentas.

La Federación Internacional de Cooperativas y Mutuales de Seguros, conocida por sus siglas en inglés, ICMIF, tiene **una herramienta de simulación empresarial**, Morotania, que examina los principales problemas relacionados con el establecimiento y operación de una aseguradora nueva. La simulación crea un entorno para el aprendizaje que es agradable, pero a la vez constituye un desafío, lo cual permite que los administradores puedan afinar sus destrezas administrativas y decisionales y aprender de primera mano acerca de los riesgos del reaseguro.

En Filipinas, RIMANSI ha desarrollado una **herramienta para crear modelos y planes actuariales y empresariales** para los productos de seguros de vida, salud y ahorros, la cual produce estados de ingresos y de situación financiera donde se indican las reservas actuariales y las reclamaciones proyectadas. Los administradores usan esta herramienta para ajustar las tarifas de sus productos y los beneficios de manera iterativa hasta que puedan proyectar un índice de un 80% para el año 4 y con el objetivo de lograr una tasa interna de retorno (IRR) de cerca del 8%.

Además de las herramientas para los administradores, habrá que fortalecer las organizaciones de apoyo y los proveedores de asistencia técnica, como las redes o federaciones de sistemas de microseguro. Si los proveedores de asistencia y las redes locales tienen las herramientas adecuadas y la pericia, pueden tener un efecto multiplicador muy poderoso.

También hay que invertir en el desarrollo de la pericia en las ciencias actuariales. El cálculo incorrecto de los riesgos y las primas puede tener un efecto devastador en el sistema de microseguro, como quedó evidenciado en la experiencia inicial de CARD. Se puede conseguir la pericia actuarial empleando a actuarios peritos de manera permanente o contratando a los actuarios a corto plazo como consultores. Más, pocos actuarios comprenden el aspecto *micro* de los microseguros. Para expandir e innovar de una manera significativa, hace falta una nueva generación de actuarios que sepan usar las hojas de cálculo para que se satisfagan las necesidades de los pobres de una manera sostenible.

2.2 Aumentar la eficiencia

Una de las condiciones imprescindibles para que el microseguro se pueda expandir es que se reduzca de manera significativa la relación entre gastos operacionales y primas. Las operaciones más eficientes deberían redundar en primas más bajas y/o beneficios adicionales para los asegurados; ambas cosas serían bien recibidas. Una mayor eficiencia en las operaciones quizás significaría también que los microaseguradores podrían pagarle mejor a sus empleados, y por consiguiente habría mejor retención de personal y mejor servicio para los clientes. Hay muchas expectativas acerca del potencial de la tecnología para mejorar la eficiencia.

Nada puede compensar una mala administración. Sin embargo, la tecnología es una gran fuerza motora y se ha convertido en una fuerza niveladora. Durante el transcurso de la historia, los que poseían una tecnología más avanzada eran los tenían el dominio político, militar y económico. Ese fue el caso durante la revolución industrial y no ha variado en la época informática. Lo

que ha variado es el paso del desarrollo de la tecnología y el acceso a esta. El microprocesador ha permitido que las masas se beneficien de los frutos de la automatización. La aparición de Internet ha hecho posible la comunicación entre todos los rincones del planeta, haciendo que la información esté accesible para todos.

La industria de los seguros es una industria de procesamiento de información. La materia prima son los datos de los clientes, la información sobre los productos, los detalles de las transacciones, los registros de las inversiones, y así sucesivamente. Aun antes del advenimiento del ordenador, las grandes aseguradoras representaban la fuerza motriz para el desarrollo de las máquinas de evaluación, tabulación y cálculo, con el objetivo de mejorar la eficiencia. Hoy día las aseguradoras pequeñas también tienen esta capacidad. El microasegurador, grande y pequeño, debe aprovecharse de los modos disponibles para mejorar la eficiencia si es que pretenden ser custodios cabales de las primas del microseguro.

La implementación de la tecnología es un proceso muy arriesgado y por lo tanto muchas entidades de microseguro no están dispuestas a tomar ese camino. El bajo costo de los procesos manuales es muy atractivo, pero esta modalidad no es sostenible ni proporciona una base que se pueda llevar a la escala necesaria para la expansión masiva del microseguro, ya que no tiene la capacidad de optimizar los procesos y crear economías de escala. Toda aseguradora que no pueda llegar a cifras mayores se quedará rezagada en una situación precaria.

En el mundo desarrollado, las aseguradoras grandes invierten un promedio de entre el 3% y el 6% de sus ingresos anuales brutos en tecnología. La nueva tecnología basada en Internet y las comunicaciones inalámbricas generará un ambiente de caldo de cultivo para el microseguro. Usar el *software* de código abierto representa una manera económica en que el micro asegurador y las organizaciones de base se pueden beneficiar de la tecnología.

La clave del éxito en el uso de la tecnología radica en que la tecnología sea la indicada para atender los problemas empresariales. Los sistemas de gestión de información se deben diseñar para reforzar la estrategia empresarial, en vez de diseñar la estrategia empresarial en función del sistema. La relación entre la tecnología y la estrategia se ilustra con el caso de varias aseguradoras, como TUW SKOK y La Equidad, que han dotado a sus distribuidores con *software* para ayudarlos a vender y tramitar microseguro, y a la vez facilitar la relación con los distribuidores. La tecnología tiene una importancia vital para la eficiencia en las operaciones de seguros. Casi todas las áreas operacionales han sido automatizadas. Como se puede apreciar en la Tabla 53, la automatización podría ser muy importante para mejorar la eficiencia del los microseguros, además de mejorar el servicio al cliente, reforzar la administración y proporcionar adiestramiento para el personal.

Tabla 53 **La automatización de los procesos empresariales transforma las operaciones de seguros**

Proceso empresarial	*Oportunidad para la automatización*
Emisión de pólizas inscripción	– Los agentes pueden enviar las solicitudes de inscripción por e Internet – Análisis de riesgos y emisión de pólizas automatizados – Impresión de documentos y retención de registros con sistemas de imágenes de documentos – La agregación automatizada de los riesgos refleja mejor los niveles de riesgos en las primas
Cobro de primas	– Facturación automatizada para los clientes grupales – Avisos de primas y procesamiento automático de la morosidad
Reclamaciones	– Presentación de reclamaciones por Internet – Seguimiento por Internet – Tramitación rápida y pagos en los bancos locales o cajeros automáticos – Registros confiables para la tramitación y los estudios de experiencia con las reclamaciones
Estudios actuariales y estructuras de tarifas	– Estudios de mortalidad y morbilidad – Análisis de tarifas – Recopilación y diseminación de datos en el nivel nacional
Educación y adiestramiento	– Educación y adiestramiento a distancia para el personal – Técnicas pedagógicas eficaces para los clientes

Algunos microaseguradores ya han comenzado el proceso de automatización. Por ejemplo, Microcare (Uganda) y Opportunity Bank (Malawi) expidieron tarjetas chip (tarjetas inteligentes) a sus asegurados. Esto permite verificar que los pagos de las primas estén al día y el nivel de cobertura que tiene el cliente. A falta de un sistema nacional de identificación, la tarjeta chip (tarjeta inteligente) sirve para confirmar que la persona que se propone usar los beneficios es la persona asegurada.

Cuadro 108

Avances tecnológicos en los servicios bancarios para los pobres

Las instituciones de microfinanzas han adoptado una variedad de modalidades tecnológicas para ofrecer servicios a los pobres. Algunas de estas modalidades podrían ser aptas para la expansión del microseguro, como las computadoras de mano (PDA), las tarjetas inteligentes o chip y la banca telefónica.

El uso de la **PDA** por el personal de campo ofrece muchas ventajas en cuanto a la eficiencia de las transacciones, la reducción de errores y la prevención de fraude. En Bangladesh, el uso de la PDA por los cobradores de SafeSave que visitan las casas ha eliminado entre tres y cuatro horas por día el tiempo para el procesamiento de información y ha reducido el número de

errores en el registro de las transacciones en un 90% en comparación con los sistemas en papel. Esta tecnología también permitió que se redujera a la mitad el tiempo necesario para procesar los préstamos (de dos días a un día), y aumentó el cumplimiento de las reglas de cada producto, impidiendo las transacciones que violan los términos de las pólizas.

Igualmente, **la tecnología de las tarjetas inteligentes o tarjetas chip**, como las usadas por Prodem FFP en Bolivia, se espera que reduzca los costos operacionales de servir a las personas en las zonas rurales. Estas tarjetas llevan información para identificar a los clientes, con tres fichas de huellas digitales y datos financieros del sistema informatizado de Prodem. Con los lectores de tarjetas y huellas digitales en sus 54 sucursales, Prodem FFP ofrece a sus clientes una manera rápida de llevar a cabo sus transacciones financieras. Prodem FFP ha realizado varios beneficios de la implantación de estas tarjetas. Las colas para acceder a los cajeros han bajado marcadamente, ya que muchas personas que tienen las tarjetas y quieren ver el estado de cuenta lo pueden hacer sin ayuda. Esta IMF ha logrado una ventaja competitiva mediante la adopción de esta tecnología y ha podido atraer a clientes que valoran la rapidez y facilidad de uso del sistema.

La banca telefónica, por teléfono móvil, es otro producto innovador de gran potencial. Para aprovechar ese potencial, Vodafone y su filial local en Kenya colaboraron con un banco para ofrecer servicios a los clientes de Faulu, un IMF de Kenya. Este servicio multilingüe de banca por teléfono móvil permite que el cliente transfiera dinero, retire y deposite dinero en efectivo en los puntos locales registrados y pague los plazos de sus préstamos llamando desde su móvil.

Fuente: Adaptado de Churchill y Frankiewicz, 2006.

VimoSEWA, en India, está probando un sistema de código de barras para gestionar los datos de los clientes. Al inscribirse, el cliente recibe unas pegatinas con códigos de barra impresos. El cliente analfabeto puede poner la pegatina a un sobre con la dirección impresa y enviar su reclamación al microasegurador. El lector de códigos en VimoSEWA indica el nombre del cliente que necesita ayuda y se envía el trabajador de campo correspondiente. En India, Tata-AIG está adiestrando a sus microagentes para usar un portal de Internet a la hora de obtener y registrar información de las cuentas de los clientes, como las primas vencidas y cobradas.

La tecnología no es el coto exclusivo de las aseguradoras; hoy día, los clientes quieren aprovechar este medio para conseguir los productos. Aun en el mercado de bajos ingresos cada día hay más acceso a la tecnología, como teléfonos móviles e Internet, que se puede usar para simplificar las operacio-

nes. Según Prahalad (2003), «la proliferación de los aparatos inalámbricos entre los pobres es universal, desde Grameen Phone en Bangladesh hasta Telefónica en Brasil. Además, la disponibilidad de las computadoras en los locutorios a un precio módico por hora representa la oportunidad de participar en una videoconferencia, lo cual está intensificando la conectividad entre los que están en la base de la pirámide». De hecho, los bancos están usando la tecnología muy activamente para llegar a las personas pobres *(véase el Cuadro 108)*. El campo de los seguros hará lo propio si las actividades educativas en el mercado se pueden ampliar para incluir el uso de la tecnología.

La tecnología no puede resolver todos los obstáculos que encaran los microaseguradores, pero puede ayudar a optimizar el rendimiento de las inversiones y a llenar ciertas lagunas operacionales al facilitar la comunicación y cooperación entre las partes interesadas en el mundo entero. Por ejemplo, un centro mundial para el acopio y diseminación de los estudios actuariales, las escalas de precios y los reaseguros contribuiría a aumentar el alcance, mejorar los productos y lograr la sostenibilidad de los proveedores.

2.3 El modelo empresarial

El tercer desafío que han de enfrentar los microaseguradores, a medida que progresen, es el desarrollo de un modelo empresarial eficaz. Como se ilustra en la Parte 4, todos los modelos en uso actualmente poseen ventajas y desventajas.

Un solo modelo no servirá para todas las circunstancias y, por tanto, el verdadero desafío reside en mejorar los enfoques existentes, aprovechar sus fortalezas y vencer sus debilidades. Los criterios del éxito para el modelo empresarial son que el modelo sea igualmente útil para los clientes como para las otras partes interesadas y que mantenga el equilibrio entre la sostenibilidad a corto plazo y el crecimiento a largo plazo. Puesto que el mercado-meta del microseguro es relativamente nuevo, las aseguradoras tienen que adoptar un enfoque de desarrollo de mercado en el cual la rentabilidad se base en el volumen y en las relaciones a largo plazo.

Todos los modelos empresariales de seguros deben tomar en consideración la necesidad de reservas y el reaseguro. De hecho, en la actualidad las reaseguradoras están activamente definiendo su rol en el campo del microseguro. El rol de la reaseguradora debe centrarse en los riesgos catastróficos, que a menudo no se incluyen en los productos de microseguro. Si se excluye a los riesgos catastróficos, no habrá un seguro establecido para ayudar a las personas cuando más lo necesitan; al cubrir dichos riesgos, los reaseguros pueden desempeñar un papel importante en el fortalecimiento de la cultura de seguros que apenas comienza.

Un enfoque parecido a los reaseguros también pudiera ayudar a profesionalizar las actividades de los programas de microseguro locales y comunitarios. Si bien estos planes aún actuarían como primera línea de protección para sus miembros, una aseguradora regulada local podría «reasegurar» esos programas. La aseguradora regulada podría brindar respaldo financiero para ciertos riesgos y también los aspectos técnicos que pudieran faltar en los planes comunitarios. Esto representaría un nuevo híbrido entre el modelo comunitario y el de socio-agente, al tiempo que se ofrecen una gran variedad de productos, con mayor profesionalismo, a los miembros de bajos ingresos.

La creación de nuevos modelos y canales de distribución representará un avance importante para la futura expansión del microseguro. El canal de distribución es el rostro que el microseguro muestra al cliente, tanto en las ventas como en los servicios. El desarrollo del microseguro depende, en gran medida, de la calidad y la cantidad de los canales de distribución. El primer canal en uso hoy en día, es decir, las instituciones de microfinanzas, presenta limitaciones. Si bien dichas instituciones desempeñarán, un papel continuado en el ofrecimiento de seguros a las personas pobres para seguir con la expansión, será preciso emplear nuevos canales de distribución. En particular, será preciso organizar a los no afiliados con miras a ofrecerles seguros grupales. La participación de organizaciones sociales, como cooperativas, asociaciones laborales y otros parecidos en la organización de los pobres facilitará en gran medida el acceso a los seguros.

Al existir nuevos canales de distribución para el microseguro, los intermediarios tendrán un papel particular, caso de los agentes de seguros que pueden actuar en calidad de traductores entre los distribuidores de base y las aseguradoras comerciales. Puesto que entiende las prioridades, las necesidades y el lenguaje de ambos, el intermediario puede ayudar a mejorar las relaciones entre ellos e incrementar la calidad de los productos.

A la larga, la imagen de los seguros cambiará y se adaptará a este mercado. Gracias a la masiva expansión del acceso a Internet, las personas de bajos ingresos podrán comprar por computadora los seguros de las aseguradoras y sus agentes. Los canales de distribución se extenderán más allá de proveedores de servicios financieros, tales como las IMF, y se tornarán omnipresentes en las tiendas minoristas, las oficinas de correos, los hospitales y las clínicas, dondequiera que pueda establecerse un vínculo con las personas que necesitan servicios de gestión de riesgos. Incluso los productos mismos se transformarán para responder de modo más preciso a las necesidades directas de los asegurados potenciales. Las aseguradoras podrán ofrecer esos productos debido a que la mejora de la distribución les permitirá brindar sus servicios a grandes cantidades de asegurados.

3 El panorama de la regulación

La prestación de servicios de gestión de riesgo a los pobres se sustenta sobre una sólida base regulatoria y un entorno político donde no hay corrupción. Sin estas condiciones, el desarrollo sostenible del microseguro no será posible.

La industria de los seguros es una industria muy regulada, y tiene que ser así. La creación de una cultura de gestión de riesgos es de por sí difícil; basta que una o dos compañías fracasen para que se destruya. Los supervisores de seguros son los principales responsables de la protección del consumidor, la cual adopta dos formas principales: 1) protección de los asegurados en general contra el fracaso de las aseguradoras y 2) protección individual de los asegurados (o potenciales asegurados) contra ventas inescrupulosas y pólizas tendenciosas. Como se describe en el Capítulo 5.2, existe un tercer tipo de protección del consumidor —el interés por la protección de las personas que no tienen acceso a los seguros— que representa una función de desarrollo de mercado para los reguladores de seguros. A medida que los reguladores puedan y estén dispuestos a emprender esa función de desarrollo, estos influirán marcadamente el alcance que tendrá el microseguro en sus jurisdicciones.

Una parte significativa del mercado de microseguro está cubierta actualmente por organizaciones que se encuentran fuera del campo de acción de los supervisores. Si bien no es apropiado que los supervisores hagan la vista gorda, deben considerarse los costos y beneficios de supervisar el microseguro informal. La pregunta que hay que hacer es si es mejor no tener acceso a ningún seguro o tener acceso a seguros no regulados. En algunos países, el ordenamiento jurídico le da mucho peso a los diferentes tipos de estructuras de propiedad y de requisitos de regulación. Por ejemplo, en Filipinas, el Centro para la Agricultura y el Desarrollo Rural (CARD) estableció una asociación de beneficio mutuo para sus miembros. Esta asociación de beneficio mutuo (MBA) tiene una administración profesional, reservas, productos y mercados limitados y vinculación con el sistema de regulación. De modo similar, en Senegal, las mutualistas de salud han sido incorporadas al marco jurídico. Hará falta tener una flexibilidad regulatoria como esa para proceder a una expansión masiva del microseguro.

Los esfuerzos para ofrecer estructuras comerciales alternativas al microseguro se ven limitados por la capacidad de las estructuras de regulación para administrar el sistema y cumplir su papel de protección del cliente. Reducir los requisitos de capital, como propugnan algunos, representa un potencial significativo para el abuso. Por lo general, los reguladores usan los requisitos de capital mínimo de dos maneras: (1) para garantizar que la aseguradora tenga suficiente capital para satisfacer las futuras obligaciones con sus asegurados y (2) para mantener la eficiencia en el sistema de seguros a fin de impe-

dir que cundan los operadores ineficientes que no se puedan supervisar adecuadamente.

El equilibrio existente entre la prudencia y las barreras de entrada es frágil. Un enfoque híbrido que vincule los planes informales con las aseguradoras reguladas puede ayudar a intensificar la supervisión en el sistema, a la vez que se abren mayores oportunidades para la prestación de microseguro. Además, los planes autorregulados de las organizaciones cooperativas y mutualistas han de ser considerados seriamente como medios de extensión de los seguros a los pobres, sin abrumar a los supervisores de seguros.

Es ventajoso tener un cierto nivel de uniformidad entre las regiones y al nivel mundial para que las multinacionales entren en este mercado, de modo que puedan implementar su proceso a escala mundial. Aunque lograr una reglamentación mundial o regional constituye una meta noble pero improbable, es realista contemplar un cierto nivel de colaboración entre los reguladores que, con el tiempo, traería como resultado mejoras y normas válidas para todas las naciones. Por medio de la Asociación Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS), por ejemplo, se puede diseñar y promover un modelo de reglamentación del microseguro. Esta asociación podría actuar como organismo normativo que recomiende los niveles de reservas adecuados, los límites de solvencia, etc. para el microseguro.

De hecho, la expansión del microseguro recibiría un gran impulso si los supervisores de seguros entendieran que tienen un papel activo que desempeñar para incrementar la inclusividad en los mercados de seguros, aunque cabría preguntar hasta qué punto deben involucrarse los reguladores en la promoción del microseguro. Este enfoque dependerá de si contemplan al mercado de bajos ingresos como amenaza a la estabilidad financiera de la industria de los seguros o como oportunidad en el mercado que potencialmente fortalecería a las aseguradoras. Algunos países pueden seguir el enfoque de India y exigir que las aseguradoras comerciales brinden servicios al mercado de bajos ingresos, mientras que otros explorarán medios menos preceptivos para hacer más inclusivo al mercado de los seguros. De un modo u otro, la promoción del microseguro por parte de las entidades regulatorias debería ayudar a ampliar la gama de productos y de los canales de distribución que las aseguradoras usan para acceder a los pobres, mientras que se abren oportunidades para otras clases de aseguradoras.

El sector de los seguros, que durante años ha sido el pariente pobre de la banca, se ha beneficiado de haber recibido ayuda significativa en los últimos diez años, y en algunos países está comenzando ahora a recibir asistencia para su desarrollo. Esto traerá como resultado una capacidad mucho mayor de regulación de los seguros, lo cual, a su vez, permitirá una mayor variedad de modelos de prestación de seguros, aunque lleve algún tiempo.

4 El entorno del microseguro

Hay muchos factores que determinan la disponibilidad de los seguros, los productos que pudieran ofrecerse, cómo serán ofrecidos y los costos y los beneficios. Además de tener en cuenta a los asegurados, los proveedores de seguros y la regulación, hay que considerar el entorno en que opera el microseguro.

4.1 La calidad de la atención médica

Los seguros médicos no valen mucho si no hay acceso a proveedores de servicios de atención médica de buena calidad. Estos con frecuencia no están disponibles fuera de las zonas urbanas. Las aportaciones del Estado y de los donantes se dan con mayor frecuencia en las ciudades, y las personas pobres en las zonas rurales reciben atención de médicos mal cualificados, y a menudo no reciben ninguna atención. En algunos países, los sistemas de atención a la salud del Estado dicen ser gratuitos para todos. Sin embargo, las personas pobres que necesitan acceder a esos servicios son conscientes del «obsequio» que debe hacerse incluso al recibir la más mínima asistencia.

El Estado y la sociedad civil deben crear sistemas de atención médica que garanticen la calidad, la igualdad y la transparencia. La participación de los pacientes en el proceso de gestión o regulación de los proveedores de servicios de salud locales constituye un modo de garantizar que dichos servicios respondan a las necesidades de su mercado, lo cual es una ventaja fundamental de los planes médicos comunitarios. Si están sustentados por un fuerte organismo principal, las mutuales pueden abrir los sistemas a productos de seguros médicos eficaces, mejorar la atención a los necesitados y permitir al Estado centrarse más en las personas realmente indigentes, quienes sólo pueden ser cubiertas mediante la protección social.

4.2 Datos para la gestión de riesgos

Las limitaciones de los sistemas de supervisión de la atención médica en el mundo también repercuten en gran medida en la capacidad de las aseguradoras para entender los riesgos en el mercado de bajos ingresos y, por lo tanto, calcular las primas adecuadamente. Donde existen datos de morbilidad y mortalidad en las bases de datos nacionales, por lo general, se reflejan los segmentos más adinerados del mercado, porque esas personas pueden pagar la atención médica y acceder a los sistemas que registran con exactitud la información relevante en torno a los riesgos. Las enfermedades y las muertes de los pobres posiblemente no se registren en las bases de datos nacionales; por

ejemplo, cuando se depende de la atención médica informal o las personas regresan a sus hogares en las zonas rurales para morir. Esto sobrecarga los productos de microseguro o produce primas basadas en cálculos excesivamente optimistas de los riesgos, los cuales no ayudan en nada al desarrollo del microseguro.

La atención médica de mejor calidad resultará en mejores datos, así como lo hará el mejoramiento de la gestión de los registros gubernamentales y de los requisitos de los reguladores de seguros, muchos de los cuales revisan los cálculos de las primas antes de aprobar un producto. Esto mejorará la base sobre la cual se realizan los cálculos de riesgos.

Un reto particular de la gestión de datos en algunos países en desarrollo es la falta de un sistema de identificación nacional. Esto incrementa de modo considerable el potencial de fraude en los seguros; es decir, que se identifique erróneamente a un difunto como asegurado, que un paciente hospitalizado sea cubierto por la póliza de otra persona, y muchas otras maneras en que una persona no asegurada pudiera ser cubierta como si estuviera asegurada. El costo significativo del fraude se refleja en las primas. Este problema no se limita a los seguros y, a medida que los países avancen hacia la introducción de sistemas de identificación nacional fiables, el sector financiero en general mejorará.

4.3 Las condiciones macroeconómicas y el desarrollo de mercados financieros

En las economías débiles que periódicamente sufren hiperinflación y devaluación de la moneda surgen condiciones que disuaden las inversiones a largo plazo, minando así la industria de los seguros. Las infraestructuras bancarias endebles dificultan la administración eficiente de los activos financieros. El microseguro diverso y eficaz depende de economías fuertes con eficientes mercados financieros e infraestructuras. Todo esfuerzo concienzudo del Estado producirá un impacto positivo en la expansión de los productos de seguros.

Un aspecto del microseguro que a menudo se pasa por alto es el potencial de los microaseguradores para acumular grandes cantidades de capital y de reservas. La acumulación de capital de inversión es sumamente deseable en los países en desarrollo. No obstante, como otras industrias, las aseguradoras tienden a acumular capital a largo plazo, lo cual fomenta el crecimiento de los mercados de inversiones a largo plazo, creando una situación ideal para el desarrollo de una infraestructura física. La mayoría de las aseguradoras trazan estrategias de inversión basadas en un modelo de adecuación de activos y pasivos, y puesto que las cuentas por pagar pueden vencer en 15 o 30 años, las

oportunidades de inversiones apropiadas, se encuentran por lo general en bonos del Estado y construcción de viviendas. No es una casualidad que en los países donde los sectores de seguros y pensiones están plenamente desarrollados también haya mercados de inversiones a largo plazo muy activos y una infraestructura física sólida.

4.4 Los riesgos catastróficos

Los riesgos catastróficos, como los cambios climáticos, el VIH/SIDA, la gripe aviar y otros aún por verse, producirán un fuerte impacto en la prestación de todo tipo de seguros, especialmente el microseguro. Las personas de bajos ingresos suelen ser las más afectadas por los eventos catastróficos. Puesto que poseen pocos recursos, viven en zonas de alto riesgo, donde otras personas no residirían. Deben afrontar riesgos que los hacen más susceptibles a las enfermedades, y tienen menos capacidad para enfrentar las catástrofes. Las aseguradoras y reaseguradoras precisan reconocer los efectos ocasionados por los riesgos catastróficos en el mercado de bajos ingresos y desarrollar mecanismos eficientes para ayudar a los pobres a prepararse para los riesgos y a recuperarse cuando sucedan.

Debido a la falta de cuidado del medio ambiente en todo el mundo, el clima se está volviendo más impredecible. Los desastres naturales resultantes son más devastadores en las comunidades agrícolas. Los gobiernos y la industria de los seguros se ven en apuros para protegerse contra esas pérdidas; a pesar de que sólo el 20% de la producción agrícola mundial —cosechas y animales— está asegurado (Kasten, 2004). Un enfoque innovador para extender la protección financiera a los pequeños agricultores, ganaderos y productores son los seguros basados en índices. Dicho sencillamente, en vez de seguros agrícolas se ofrece una cobertura del área cultivada. Esto haría que el cuidado colectivo del medio ambiente de la comunidad asegurada fuera algo pertinente y esencial para ayudar a mitigar las pérdidas.

La problemática de salud del VIH/SIDA, las nuevas mutaciones de gripe, la desnutrición y otros padecimientos se exacerbarán en el futuro. Aunque el sistema del microseguro no puede resolver, por sí solo, toda esta problemática, puede ser un instrumento valioso en la batalla contra esos flagelos, si se prepara y se adapta. Por ejemplo, el papel de las aseguradoras en la construcción de una infraestructura apropiada, como la atención médica preventiva, se irá destacando a medida que se ofrezcan productos de gestión de riesgos adecuados en esos mercados.

5 Asumir el futuro

Si se conociera lo que depara el futuro con absoluta certeza, los futuristas serían redundantes. Ellos toman en consideración los acontecimientos históricos y los actuales, además de las expectativas de futuro, para identificar las tendencias emergentes. Los actuarios son los futuristas de los seguros: observan las experiencias del pasado para pronosticar el futuro, mediante modelos matemáticos y estadísticos de mortalidad y morbilidad. Los autores y lectores de los capítulos de este libro incluyen actuarios que han asesorado a microaseguradores. ¿Cuál es el futuro del microseguro que vislumbran en sus bolas de cristal?

- Se ampliará la tecnología para que incluso las personas de bajos recursos tengan fácil acceso a los productos de los seguros mediante ordenadores, teléfonos móviles y tarjetas inteligentes. Para las aseguradoras esto mejorará de forma radical el acceso al mercado.
- Habrá una mayor comprensión en el mercado de bajos recursos de los beneficios ofrecidos por los seguros. Comprenderán la utilidad de los seguros y esto resultará en un mercado más sofisticado.
- Se distinguirá mejor lo que harán los sistemas de protección social del Estado y lo que cubrirán otros mecanismos de seguros. Esto ayudará a aclarar qué soluciones de gestión de riesgos son más apropiadas para qué sector determinado de la población.
- El espectro del cambio climático mundial, las enfermedades emergentes y otros eventos catastróficos se ciernen sobre todos los planes a largo plazo.

A corto plazo, en algunos países, el microseguro, aunque se necesite desesperadamente, no se extenderá de modo masivo, ni ofrecerá la variedad de productos y servicios que ayudarían a las personas de bajos ingresos. Esos países sencillamente no avanzan hacia un medio que permita la existencia de mercados de seguros exitosos. Donde las condiciones están mejorando — economías estables, desarrollo de mercados financieros, mejoramiento de la calidad de la atención médica, supervisores de seguros con planes desarrollistas, etc.— prosperará el microseguro. Es probable que, sin un impulso de común acuerdo por parte de los directivos responsables de formular políticas, los donantes y la comunidad internacional, los cambios lleven tiempo. De hecho, el mejoramiento de la protección de los pobres contra los riesgos no es sólo una cuestión local, puesto que los efectos de las epidemias y los desastres se extienden por el mundo, lo cual justifica el desempeño de un papel mucho mayor por parte de los organismos internacionales y las corporaciones multinacionales. Para asegurar a los pobres, los clientes, los reguladores,

los directivos responsables de la formulación de políticas, las aseguradoras y las organizaciones sociales tendrán que trabajar juntos, con un propósito común y un afán sin tregua:

- **Las aseguradoras** deben esforzarse por comprender las necesidades cambiantes de los clientes y adaptar sus productos conforme a estas, así como mejorar constantemente la relación costo-beneficio para sus clientes.
- **Los reguladores** deben promover una agenda de desarrollo para hacer más inclusivos los mercados de seguros, y hallar el equilibrio correcto entre la protección del consumidor y la expansión del acceso.
- **Los directivos públicos y privados** tienen que crear un medio que posibilite la infraestructura necesaria para la prestación de microseguro.
- **Las organizaciones sociales,** las cuales incluyen organizaciones de patronos y empleados, cooperativas, las ONG y otras asociaciones, pueden desempeñar un papel decisivo en la organización de los trabajadores de la economía informal que carecen de acceso a la protección social u otros tipos de microseguro.
- Por último, los **miles de millones de personas pobres** que no tienen un modo formal de enfrentar riesgos deben responder positivamente a los esfuerzos de los proveedores y reguladores al aceptar una cultura de seguros y su capacidad de brindar libertad financiera, seguridad y bienestar.

Por sí solo, el microseguro no impactará de modo considerable en la pobreza. No obstante, si a la protección contra riesgos se añaden eficazmente esfuerzos para aumentar la productividad, se pueden lograr grandes avances en la mitigación de la pobreza y en el camino hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El microseguro habrá alcanzado el éxito cuando deje de ser necesario. Como expresó el ex presidente de Life, Monzurur Rahman: «Queremos que llegue el día en que ya no existan los microseguros, sólo los seguros».

Apéndice I

Descripción de los proveedores de microseguro

Activists for Social Alternatives (ASA)
[Activistas Pro Alternativas Sociales]
Instituciones microfinancieras y de microseguro: evidencia de la India
James Roth, Craig Churchill, Gabriele Ramm y Namerta, septiembre, 2005. Estudio de Caso Núm. 15

Fundada en 1986, ASA (por sus siglas en inglés) opera en el estado Tamil Nadu, de la India, para proporcionar microcrédito y una variedad de servicios no-financieros a sus clientes. La adquisición de seguro esta vinculada muy de cerca a los préstamos otorgados por la organización, que desembolsó cerca de 55.000 préstamos en el 2004. Aunque ASA ha experimentado con el autoseguro, ahora trabaja con compañías de seguro privadas, que asumen todo el riesgo de su producto de seguro de vida. También tiene licencia para actuar como agente de una compañía de seguros para vender diferentes productos, pero se ha centrado en dar servicio a las necesidades de grupos de bajos ingresos. Siete de sus empleados están implicados en sus operaciones de seguro a tiempo completo.

AIG Uganda
AIG Uganda: un miembro de las compañías de American International Group
Michael J. McCord, Felipe Botero y Janet S. McCord, abril, 2005. Estudio de Caso Núm. 9

AIG Uganda, una compañía de seguro privada por ganancias, es parte de uno de los grupos de seguro más grandes del mundo. Lanzó su primer producto de microseguro en 1997, en Uganda, después de haber recibido un acercamiento de FINCA Uganda, una IMF. Desde entonces, ha expandido sus operaciones a 26 IMF, incluyendo una en Tanzania y otra en Malawi.

Ofrece un producto grupal de accidente personal con beneficios de incapacidad, muerte accidental y de vida a crédito. En 2003, AIG Uganda cubrió a 1,6 millones de personas prestatarias de la IMF y sus familiares. La compañía utiliza un modelo socio-agente para sus operaciones de microseguro y todas, menos una de las IMF, hacen el seguro obligatorio para sus deudores.

All Lanka Mutual Insurance Organization (ALMAO)
ALMAO y Yasiru, Sri Lanka
Sven Enarsson y Kjell Wirén, octubre, 2005. Estudio de Caso Núm. 22

All Lanka Mutual Insurance Organization (ALMAO) obtuvo licencia como una compañía de seguro de vida en 2002. En 2005, también obtuvo licencia para ofrecer productos de seguro general. Actualmente, la compañía ofrece productos de microseguro de vida, cuidado prolongado, accidente y protección de préstamos. La compañía está vinculada al movimiento Sanasa, una red de asociaciones de ahorro y crédito a través de Sri Lanka. La predecesora de ALMAO se organizó en 1991 para dar cobertura a la gente pobre en una variedad de riesgos. Desde su autorización como aseguradora, la cartera de productos de ALMAO ha cambiado significativamente y sus productos anteriores están siendo eliminados. Estos productos anteriores también incluían seguro de hospitalización, muerte y ahorros de vida, para 47.000 personas. Sus nuevos productos de seguro dotal aún no han probado ser muy exitosos.

Association d'Entraide des femmes (AssEF)
AssEff, Benin
Olivier Louis dit Guérin, diciembre, 2005, Estudio de Caso Núm. 20

La Association d'Entraide des Femmes (AssEF), una cooperativa de microfinanzas, fue creada en 1999 para servir a las mujeres de bajos ingresos en áreas privadas de la capital y sus alrededores. AssEF consta de alrededor de 130 asociaciones de ahorro y crédito y fondos. Su producto de seguro de salud tuvo 2.300 beneficiarios a finales de 2004. La mayoría de los clientes de AssEF están activos en las ventas de los productos, comidas a domicilio, comercio de artículos de primera necesidad, venta de telas y joyería y artesanías. Su producto de microseguro de salud es sólo para los miembros y tiene beneficios tanto fuera, como dentro del hospital. Los servicios pueden accederse a través de proveedores de cuidado de salud bajo contrato y hay un copago para todos los servicios. El seguro se provee internamente, con asistencia técnica del programa de OIT-STEP.

Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC)
El microseguro de salud: un estudio comparativo de tres ejemplos en Bangladesh
Mosleh U Ahmed, Syed Khairul Islam, Md. Abul Quashem y Nabil Ahmed, septiembre, 2005. Estudio de Caso Núm. 13

BRAC ha ofrecido microseguro de salud a los pobres en las áreas rurales desde 2001, cuando comenzó el proyecto Microseguro de Salud para las Mujeres Pobres de las Áreas Rurales de Bangladesh (MHIB, por sus siglas en inglés). El esquema opera en 98 subdistritos y tuvo como miembros a unas 12.000 familias en 2004. Ofrece tres productos de seguro: un paquete general anual, un paquete dirigido a las mujeres embarazadas y un producto para los niños en edad escolar. El cuidado de salud es provisto primordialmente a través de la red de su ONG matriz, pero hay referidos a otros proveedores cuando los casos superan la capacidad de la red. Los tenedores de póliza deben hacer copagos pero, los «super pobres» están exentos de pagar la prima por el paquete general.

Bienestar Magisterial (BM)
Microseguro de salud: una comparación de cuatro esquemas gestionados por el Estado, América Latina
Jens Holst, noviembre, 2005. Estudio de caso Núm. 18

Bienestar Magisterial es un esquema de seguro de salud obligatorio en El Salvador para los maestros que trabajan a tiempo completo en la nómina del Ministerio de Educación y sus familiares. Creado en 1969, había cubierto a alrededor de 75.000 personas en 2003. El paquete de beneficios incluye cuidado de salud primario, cuidado especializado para pacientes de clínicas externas, cuidado en el hospital a través de referidos y cuidado de emergencia. El cuidado de salud es ofrecido por alrededor de cien médicos primarios, especialistas en familia, quienes guían a los miembros a través del sistema, si necesitan cuidado más especializado. Tanto los médicos como las facilidades para el tratamiento son contratados por el programa. La compensación al proveedor está basada en una serie de sistemas distintos, tales como una tarifa-por-diagnóstico-relacionada con el grupo y una tarifa-per diem. La financiación del sistema es a través de contribuciones directas. No hay copagos.

CARD Mutual Benefit Association (MBA)
CARD MBA, las Filipinas
Michael J. McCord y Grzegorz Buczkowski, diciembre, 2004. Estudio de Caso Núm. 4

CARD MBA es una institución de seguros que comenzó sus operaciones en 1999. Opera en tres regiones del país y ofrece seguro de vida y seguro integrado de vida a crédito junto con un fondo providente para ahorro a largo plazo que no tiene el elemento del consorcio de riesgos. En 2003, alrededor de 580.000 vidas fueron aseguradas bajo el esquema. CARD MBA es una de tres organizaciones germanas cuyo propósito es mejorar la calidad de vida de las mujeres pobres, particularmente de aquellas que residen en áreas rurales. Provee seguro para la gente que toma a préstamo del CARD Bank, para los que la cobertura es obligatoria. Las ventas, el cobro de prima y los pagos de reclamaciones son contratados a la organización germana por un cargo acordado.

Christian Enterprise Trust Zambia (CETZAM)[1]
Asistencia técnica para la promoción del microseguro: la experiencia de Opportunity International
Richard Leftley, junio, 2005. Estudio de Caso Núm. 11

CETZAM es una ONG de microfinanzas, organizada en 1995 para combatir la pobreza a través del desarrollo de microempresas. Inicialmente, ofrecía un producto de vida a crédito y ahora ofrece seguro funerario y de propiedad también. En 2004, había alrededor de 5.000 suscriptores para sus productos de microseguro. CETZAM actúa como agente de una compañía de seguro del sector privado. Los productos de seguro de vida a crédito y funerario son obligatorios para las personas que toman a préstamo de la organización.

Columna
Columna, Guatemala
Carlos Herrera y Bernardo Miranda, diciembre, 2004. Estudio de Caso Núm. 5

Columna, una compañía de seguros creada en Guatemala en 1993, opera primordialmente a través de las uniones de crédito y las cooperativas que sirven a las personas empleadas por su cuenta, en la economía informal. Su predece-

[1] CETZAM se discute también en Madison Insurance, Zambia, Estudio de Caso Núm. 10, por Lemmy Manje.

sor fue el esquema de seguro de vida de la Federación Nacional de Uniones de Crédito. La mayoría de los clientes de Columna son de sus cooperativas y uniones de crédito afiliadas, pero algunos de sus clientes se hacen miembros voluntariamente, o a través de sus socios ONG. Aunque Columna tuvo más de 500.000 clientes en 2003, y ofrece una gama de productos que van desde seguro de motor, a seguro contra asaltos, sólo algunos de los productos pueden considerarse microseguro. Estos son: planes de vida a crédito y planes de ahorro de vida que son obligatorios para las personas que toman a préstamo de las cooperativas/uniones de crédito socias de Columna y un producto voluntario de seguro de vida que ofrece beneficios en caso de muerte o incapacidad.

Coordination Regionale de Mutuelles de Santé de Thies (CRMST)
Seguro mutualista de vida, CRMST, Senegal
Klaus Fischer, Ibrahima Hathie, Issa Sissouma, septiembre, 2006. Estudio de Caso Núm. 24

Coordination de Thies es una asociación con alrededor de 75.000 beneficiarios a finales de 2005 (un aumento de alrededor de 670.000 con respecto al año anterior), que cubre todas las patologías ofrecidas a individuos en instituciones de salud públicas. A finales de 1980, Thies fue el lugar de nacimiento del movimiento de OMS, ahora de gran crecimiento, en África occidental, el cual incluye hoy día cientos de esquemas. Las OMS son entidades independientes que asumen el riesgo, en su mayoría en las áreas rurales. La coordinación desempeña un papel importante en proveer apoyo a las OMS, actuando como intermediario entre las OMS y otros accionistas o partes interesadas, contribuyendo al desarrollo de nuevas OMS y tratando con los proveedores de servicios de salud. Cae bajo la ley de asociaciones, que reconoce el formato «unión regional», en consonancia con la estructura de coordinación.

Delta Life
Delta Life, Bangladesh
Michael J. McCord y Craig Churchill, febrero, 2005. Estudio de Caso Núm. 7

Delta Life es una compañía de seguros fundada en 1986. Comenzó ofreciendo productos de salud para grupos de altos y medianos ingresos, pero, inspirada en Grameen Bank, en 1988 lanzó su producto de microseguro voluntario dirigido a las personas de bajos ingresos dentro de la economía informal. En el presente, ofrece una variedad de productos de seguro dotal, y tuvo

859.000 tenedores de póliza de bajos ingresos en 2002. Los clientes y el personal perciben los productos que ofrece más como productos de ahorro a largo plazo, que como seguro. Ciertos grupos no pueden adquirir ciertos productos por la naturaleza de su ocupación y la mayoría de sus clientes de microseguro viven en las áreas rurales.

La Equidad Seguros

La Equidad Seguros, en Colombia

Gloria Almeyda y Francisco de Paula Jaramillo, septiembre, 2005. Estudio de Caso Núm. 12

La Equidad Seguros, establecida en Colombia en 1970, ofrece una variedad de productos de seguro tanto para las necesidades institucionales como individuales; también tiene como meta los grupos de bajos ingresos. Ha entrado en asociación y pertenece, primordialmente, a las cooperativas repartidas por el país. Entre sus productos, hay dos que pueden considerarse microseguro. Ambos cubren muerte e incapacidad y se distribuyen a través de las organizaciones afiliadas de La Equidad Seguros. Uno de estos productos sólo está disponible para los clientes de una institución de microfinanzas, la Women's World Foundation (WWF, por sus siglas en inglés). WWF actúa como un agente, responsable del *marketing*, del cobro de prima y del procesamiento de reclamaciones. El otro producto es parecido, pero está dirigido a las cooperativas en sociedad con La Equidad. Tuvo cerca de 30.000 tenedores de póliza en 2004, la mayoría de los cuales son dueños de microempresas informales o son trabajadores de bajos ingresos.

FINCA Uganda

AIG Uganda: Un miembro de las compañías de American International Group

Michael J. McCord, Felipe Botero y Janet S. McCord, abril, 2005. Estudio de Caso Núm. 9

La atención que acaparó la asociación inicial de FINCA Uganda, anteriormente una ONG de microfinanzas (actualmente, una institución financiera regulada), con AIG Uganda, sirvió para lanzar el modelo socio-agente como una manera efectiva y productora potencial de ganancias para llevar seguro al mercado de bajos ingresos. Aunque en 2003, 26 IMF tenían pólizas grupales con AIG Uganda, FINCA fue el propulsor y piloto del diseño inicial y de sus mejoras.

Grameen Kalyan (GK)
Microseguro de salud: un estudio comparativo de tres ejemplos en Bangladesh
Mosleh U Ahmed, Syed Khairul Islam, Md. Abul Quashem y Nabil Ahmed, septiembre, 2005. Estudio de Caso Núm. 13

El esquema de salud de Grameen Kalyan comenzó en 1996. Alrededor de 58.000 familias, la mayoría de las cuales eran miembros de Grameen Bank, compraron seguro en 2004. El esquema ofrece un producto anual que cubre servicios de salud preventiva y curativa. El cuidado de salud se provee a través de las 28 clínicas del programa y de trabajadores de salud comunitarios en ocho distritos. Cada clínica tiene un personal de alrededor de diez empleados. Hay copagos para todos los servicios excepto para aquellos de prevención, planificación familiar y educación de salud, los cuales se proporcionan a través de trabajadores de salud comunitarios.

International Cooperative and Mutual Insurance Federation (ICMIF)
Lecciones aprendidas a base de dificultades
International Cooperative and Mutual Insurance Federation (ICMIF), enero, 2005. Estudio de Caso Núm. 6

ICMIF es una asociación internacional de aseguradores que opera sobre la base de los principios del movimiento cooperativista y de la mutualidad democrática. Fundada en 1922, tiene ahora 141 miembros en 67 países, y comprende más de 300 compañías de seguro. Los servicios principales para los miembros que proporciona ICMIF son reaseguro, desarrollo, inteligencia de mercado, inversiones, la conferencia global bienal y entrenamiento. Este estudio de caso considera las experiencias de nueve miembros no identificados (o ex miembros) que experimentaron serios problemas a lo largo de los años. Al analizar sus experiencias, el estudio crea un marco en cuanto a las vulnerabilidades del asegurador. Aunque las compañías no pueden, hablando en estricto sentido, ser llamadas microaseguradores, las lecciones aprendidas por estas son aplicables al extender seguro a los mercados de bajos ingresos.

Karuna Trust
Karuna Trust, Karnataka, India
Ralf Radermacher, Olga van Putten-Rademacher, Verena Müller, Natasha Wig y David Dror, noviembre, 2005. Estudio de Caso Núm. 19

Karuna Trust, fundada en 1987, es una OGN multipropósito dedicada al desarrollo rural y de salud rural en el estado Karnataka, en India. En 2002 lanzó

su programa piloto de seguro de salud para complementar el sistema de salud pública. Su producto integrado de salud pública ofrece beneficios de transporte hasta una instalación sanitaria, medicamentos, ingresos mientras se está hospitalizado y recuperación post-operatoria. Más de 61.000 personas estaban cubiertas en 2004, a pesar de que la organización experimentó una tasa de bajas considerable al año siguiente. En un principio, la prima para el producto fue completamente subsidiada (por un UNDP, por sus siglas en inglés), pero muchos de sus clientes fueron menos propicios a adquirir el seguro cuando tuvieron que pagarlo. El producto se ofrece en asociación con una compañía de seguros propiedad del Estado.

Madison Insurance
Madison Insurance, Zambia
Lemmy Manje, mayo, 2005. Estudio de Caso Núm. 10

Madison Insurance comenzó ofreciendo productos de microseguro en el 2000, en asociación con instituciones microfinancieras. En 2003 tenía unos 30.000 suscriptores para sus grupos de seguro de vida de crédito y de seguro funerario. La compra de las pólizas de seguro es obligaoria para las personas que piden préstamos a estas instituciones financieras asociadas.

MAFUCECTO
MAFUCECTO, Togo
Catherine Tremblay, Marisol Quirion, Suzanne Langlois y Frank Klutsé, octubre, 2006. Estudio de Caso Núm. 25

Aunque organizada en 1989 por la red de uniones de crédito (FUCEC) para proveer productos personalizados de seguro de vida a través de las cooperativas en la red, MAFUCECTO tuvo problemas en sus comienzos porque las uniones de crédito encontraron la cobertura muy costosa. En 2003, el deseo de mejorar los servicios y la satisfacción entre los socios llevó a la red a reorganizar completamente MAFUCECTO y a introducir nuevos procedimientos y productos, con fondos y asistencia técnica de entidades internacionales. La meta del proyecto fue establecer una compañía de seguro para la subregión que proporcionara productos de seguro comunes para las seis redes de uniones de crédito. Por el momento, sin embargo, sólo el seguro de vida vinculado al préstamo es ofrecido a través de una de las redes.

Malawi Union of Savings and Credit Cooperatives (MUSCCO)
MUSCCO, Malawi Union of Savings and Credit Cooperatives
Sven Enarsson y Kjell Wirén, marzo, 2005. Estudio de Caso Núm. 8

Fundada en 1980, MUSCCO es una federación al servicio de las necesidades de sus cooperativas de ahorro y crédito miembros. En su cúspide, en el 2000, MUSCCO trabajó con 111 cooperativas de 66.000 miembros. Ofrece productos de microseguro de vida de crédito y de ahorros de vida, y tuvo 56.000 personas aseguradas en 2003. Las uniones de crédito de MUSCCO apelan a los grupos de bajos ingresos, agricultores pequeños y a los empleados gubernamentales. Sus productos son exclusivamente para los miembros de sus socios cooperativistas, para quienes son de naturaleza obligatoria. Algunas de las operaciones de seguro son realizadas por las cooperativas afiliadas, pero los riesgos se manejan internamente por la federación.

Opportunity International (OI)
Asistencia técnica para la promoción del microseguro: la experiencia de Opportunity International
Richard Leftley, junio, 2005. Estudio de Caso Núm. 11

Opportunity International, una ONG organizada en 1971, sirve a unos 800.000 prestatarios alrededor del mundo. Su misión es dar oportunidades para personas en la pobreza crónica y transformar sus vidas a través de la creación de empleos, el estímulo a los pequeños comerciantes y el fortalecimiento comunitario. Trabaja con bancos y ONG de las IMF en treinta países. Como resultado de la demanda de su clientela, la organización ha proporcionado ayuda técnica desde 2002 para el desarrollo de productos de microseguro. Mientras OI comenzó sus actividades de microseguro en África, se ha expandido a otras partes del mundo. En 2005, los socios de Opportunity dieron cobertura a aproximadamente 2.700.000 personas de bajos ingresos. Recientemente, estableció la «Micro Insurance Agency» como un corredor de seguros al servicio de los pobres.

Pulse Holdings Ltd.
Madison Insurance, Zambia
Lemmy Manje, mayo, 2005. Estudio de Caso Núm. 10

Pulse es una IMF que comenzó en 1995 con el respaldo de CE International para atender la pobreza urbana al ofrecer microcrédito. En 2001, se incorporó como una organización independiente, Pulse Holdings Limited. Ofrece dos tipos de préstamos comerciales y dos productos para emergencias. Está

localizada en la capital y tuvo alrededor de 2.000 clientes en 2004. Ofrece microseguro en asociación con Madison Insurance, pero en vez de devengar comisiones, Pulse tiene un arreglo de distribución de ganancias con el asegurador.

Seguro Básico de Salud (SBS)
Microseguro de salud: una comparación de cuatro esquemas operados por el Estado, America Latina
Jens Holst, noviembre, 2005. Estudio de Caso Núm. 18

Seguro Integral es un esquema de seguro médico público en Bolivia creado en 1999. Su meta fueron los pobres urbanos y no-urbanos y su paquete de beneficios estaba dirigido a las mujeres embarazadas, niños menores de cinco años y personas que padecían enfermedades contagiosas. Los servicios médicos fueron proporcionados principalmente a través de instalaciones de salud pública. La financiación del programa se basaba en impuestos, complementados con otros programas, y no se les exigía copagos a los usuarios. Los proveedores de salud fueron pagados por los gobiernos municipales según un itinerario de remuneración de tarifas-por-servicio. En 2003, el Seguro Básico de Salud se combinó con el Seguro Materno Universal Infantil.

Integral de Seguro (SI)
Microseguro de la salud: una comparación de cuatro esquemas operados por el Estado, America Latina
Jens Holst, noviembre, 2005. Estudio de Caso Núm. 18

El Integral de Seguro es un esquema público de seguro médico en Paraguay que comenzó en 2002. La cobertura será ampliada eventualmente a todas las regiones y población, pero el grupo-meta para el proyecto piloto son mujeres de edad reproductiva y niños menores de cinco años de edad en la región de Caazapá. Desde 2004, sus beneficiarios han obtenido cuidado de salud de proveedores primarios dentro del sistema de salud pública. Hay un sistema de referencia para tener acceso al cuidado de niveles secundario y terciario. La financiación para el programa se supone que proviene del Ministerio de la Salud, del gobierno del distrito y del gobierno municipal, así como de las contribuciones mensuales de los participantes. No hay copagos.

Seguro Materno-Infantil (SMI)
Microseguro de la salud: una comparación de cuatro esquemas operados por el Estado, America Latina
Jens Holst, noviembre, 2005. Estudio de Caso Núm. 18

El Seguro Materno-Infantil, creado en 1998, era un esquema de seguro médico público en Perú que atendía las necesidades de la salud de las mujeres embarazadas, nuevas madres y niños menores de cinco años de edad. En 2001, se fusionó con el Seguro Integral de Salud, que sirve a público más amplio. El Seguro Materno-Infantil fue diseñado para luchar contra algunas de las causas más importantes de mortalidad. En su mejor momento en 2001, el programa cubrió 22 distritos de salud y tenía alrededor de 350.000 beneficiarios. Los servicios de cuidado de salud fueron proporcionados por proveedores públicos (fluctuando entre centros de salud y hospitales), donde los miembros estaban inscritos. La financiación del programa eran los impuestos o contribuciones. Sin embargo, en el momento de la inscripción, los miembros tenían que pagar una tarifa, aunque la misma fue obviada para una proporción significativa de miembros. El pago a los proveedores era sobre la base de una tarifa-por-servicios con limitaciones en la frecuencia de uso. No había copagos.

ServiPerú
ServiPerú, Perú
Máximo U. Rodríguez y Bernardo Miranda, enero, 2004. Estudio de Caso Núm. 1

Como resultado de cambios en las regulaciones y en el mercado a principios de los años noventa, el asegurador cooperativo SEGUROSCOOP no podría mantener su licencia. En su lugar, en 1994, se reconstruyó como ServiPerú, un corredor de seguros y proveedor de servicios que sirve como enlace entre las cooperativas y las compañías de seguros. Ofrece un producto integrado de seguro de salud y funerario y en 2003 tuvo alrededor de 94.000 beneficiarios. Hay copagos en todo lo que comprende la cobertura de salud. Además del producto integrado del microseguro, ServiPerú ofrece seguro de automóvil, seguro de ahorros de vida y servicios de seguro de vida a crédito.

Shepherd
Instituciones de microseguro y microfinanzas: evidencia de la India
James Roth, Craig Churchill, Gabriele Ramm y Namerta, septiembre, 2005. Estudio de Caso Núm. 15

Shepherd, una ONG de la India, fue creada en 1995 y opera en el estado de Tamil Nadu. Es una red de grupos de auto-ayuda y actúa como facilitador o

intermediario entre los grupos y las instituciones formales (tales como bancos). Ofreció tres productos del seguro de vida así como seguro para animales vivos, de muerte accidental, de activos y productos de salud, y en 2004 tenía alrededor de 15.000 beneficiarios. Shepherd sigue un modelo socio-agente y está vinculado a dos compañías de seguro estatales que cargan todo el riesgo de los productos.

Sociedad para los Servicios Sociales (SSS)
Microseguro de salud: un estudio comparativo de tres ejemplos en Bangladesh
Mosleh U Ahmed, Syed Khairul Islam, Md. Abul Quashem y Nabil Ahmed, septiembre, 2005. Estudio de Caso Núm. 13

La Sociedad para los Servicios Sociales es una multipropósito que proporciona microcrédito y una gama de servicios sociales. Su esquema de seguro de salud, que comenzó en 1996, sirve a seis distritos secundarios y tuvo una membresía de alrededor de 27.000 familias en 2004. Ofrece un producto anual de seguro para servicios curativos de salud. La inscripción en el esquema es obligatoria para las personas con préstamos de la ONG. El cuidado de salud es proporcionado por SSS a través de un hospital urbano, 16 clínicas rurales y trabajadores de la salud. Hay copagos en ciertos servicios pero hay subvenciones totales para el «super pobre». Los servicios se dan a través de trabajadores de salud comunitarios, comadronas tradicionales y profesionales de la medicina cualificados, que aunque tienen base en un hospital urbano, recorren las clínicas periódicamente.

Spandana
Instituciones de microseguro y microfinanzas: evidencia de la India
James Roth, Craig Churchill, Gabriele Ramm y Namerta, septiembre, 2005. Estudio de Caso Núm. 15

Spandana es una ONG en la India, organizada en 1992. Opera en el municipio de Guntur, entre otros lugares, y ofrece microcrédito, inicialmente siguiendo el modelo de Grameen, pero más adelante desarrollando su propio modelo de provisión del crédito. Comenzó a ofrecer productos de microseguro en 1998. En 1994 ofreció un producto de vida integrado que cubría seguro de vida a crédito, la muerte del cónyuge y pérdidas limitadas de activos. La muerte y la destrucción causadas por epidemias y desastres naturales estaban excluidas de la cobertura. El producto era obligatorio para la gente que tomaba prestado de Spandana y en el 2004 tuvo alrededor de 390.000 asegurados. El esquema de auto-seguro no estaba regulado.

Tao Yeu May's Mutual Assistance Fund (TYM),
TYM's Mutual Assistance Fund, Vietnam
Nhu-An Tran y Tan See Yun, junio, 2004. Estudio de Caso Núm. 3

El Fondo de Asistencia Mutua Tao Yeu May es un proyecto replicado de Grameen, lanzado en 1993 por la Unión de Mujeres Vietnamitas. Trabaja principalmente en las provincias norteñas. Su negocio principal es el microcrédito para las mujeres y ofrece un producto integrado de vida, de salud, de incapacidad y funerario desde 1996. En 2004, alrededor de 68.000 personas (los prestatarios y sus cónyuges) se aseguraron con TYM. El programa de microseguro de TYM funciona sobre una base de auto-seguro y procura proporcionar ayuda financiera en tiempos de crisis; sin embargo, no está diseñado para cubrir todos los costos asociados a la crisis.

Tata-AIG Life Insurance Company
TATA-AIG Life Insurance Company Ltd., India
James Roth y Vijay Athreye, septiembre, 2005. Estudio de Caso Núm. 14

Tata-AIG es una compañía de seguro privada por ganancias, organizada como una empresa entre un conglomerado de gran tamaño de la India y American International Group (AIG). En 2001, la compañía comenzó operaciones de microseguro para cumplir con las regulaciones de seguro de la India, y ahora ofrece tres seguros de vida voluntarios y productos de ahorro a través de las ONG y de sus microagentes. En 2005, contaba con unos 13.000 tenedores de pólizas de microseguro. Tata-AIG ha colaborado con unas cincuenta ONG y la mayor parte de la venta y el servicio se hace a través de ellas, directamente o indirectamente. En su modelo de microagente, Tata-AIG obtiene recomendaciones de las ONG en cuanto a miembros de la comunidad que podrían ser buenos agentes para las pólizas de microseguro (microagentes). La ONG entonces ayuda con el entrenamiento de los agentes y el apoyo administrativo. Los productos para las personas rurales de ingresos bajos son voluntarios.

Taytay Sa Kauswagan (TSKI)
Asistencia técnica para la promoción del microseguro: la experiencia de Oportunidad Internacional
Richard Leftley, junio, 2005. Estudio de Caso Núm. 11

Taytay Sa Kauswagan es una ONG de microfinanzas fundada en 1986. La organización ofrece actualmente un seguro obligatorio de vida y otro de vida

a crédito para todos los prestatarios a nombre de una compañía de seguros local. Alrededor de 900.000 personas fueron cubiertas en 2005.

TUW SKOK
TUW SKOK, Polonia
Craig Churchill y Terry Pepler, mayo, 2004. Estudio de Caso Núm. 2

TUW SKOK es el proveedor primario de seguro de las uniones de crédito en Polonia. Su precursor se creó en 1993 y TUW SKOK comenzó operaciones en 1998. Ofrece un producto de propiedad, un producto para completar ahorros y tres productos de muerte accidental e incapacidad que se pueden considerar microseguro. En 2003, tenía alrededor de 93.000 asegurados de bajos ingresos y una membresía total de alrededor de 925.000. Todos los productos de microseguro de TUW SKOK se venden como seguro de grupo. La organización contrata muchas actividades externamente, por ejemplo, los servicios actuariales y las ventas, que se hacen a través de las uniones de crédito. Además, la organización también ofrece una gama de productos de seguro para las uniones de crédito mismas, incluyendo seguro de depósito.

Union desMutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF)
L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière, Guinea
Bruno Gautier, Allan Boutbien y Bruno Galland, octubre, 2005. Estudio de Caso Núm. 17

La Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière es una red de organizaciones mutualistas de salud. Establecida en 1999, la red proporciona la representación para las OMS en las negociaciones con sus distintos socios. Las OMS ofrecen productos de seguro de salud que cubrieron a alrededor de 14.000 personas en 2005. El producto está dirigido a grupos de bajos ingresos en entornos rurales y urbanos. El seguro ofrecido por las OMS tiende a cubrir el costo de transporte a los hospitales, cuidado mientras se está hospitalizado e incluso cuidado en clínicas externas, en algunos paquetes. Los servicios de salud bajo cobertura solamente se proporcionan en las instalaciones de salud pública.

Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM)
L'Union Technique de la Mutualité Malienne, Malí
Klaus Fischer, Issa Sissouma e Ibrahima Hathie, agosto, 2006. Estudio de Caso Núm. 23

La Unión Technique de la Mutualité Malienne (UTM), un cuerpo cúspide de las OMS, fue creada en 1998 con la ayuda de la Mutualité Française. 32 OMS

están afiliadas a la UTM, cubriendo a aproximadamente 40.000 personas. El beneficio del seguro cubre típicamente entre el 60% y el 75% de las tarifas que se requieren a los usuarios para ganar acceso a los servicios ofrecidos en las instituciones de salud públicas. También, UTM ha diseñado un producto estándar de microseguro de salud que administra. Las OMS tienen la opción de ofrecer bien el producto estándar de salud o productos más especializados. Cada OMS está reconocida legalmente como una *mutualista*, una institución separada propiedad de sus miembros. Las OMS son las proveedoras primarias del seguro y quienes cargan el riesgo. La UTM está registrada como una institución mutualista de segundo nivel, propiedad de las OMS miembros del nivel primario. La UTM provee apoyo a las OMS, actuando como intermediaria entre las OMS y otras partes con interés, ayudando en el desarrollo de nuevas OMS, contratando proveedores de servicios de salud y desarrollando productos nuevos. La UTM también tiene cierta función supervisora sobre las operaciones de las OMS individuales.

Vimo Self-Employed Women's Association (VimoSEWA)
VimoSEWA, India
Denis Garand, octubre, 2005. Estudio de Caso Núm. 16

La Asociación de Mujeres Auto-Empleadas es una unión comercial de la India para mujeres auto-empleadas fundada en 1972, en el estado de Gujarat. Organizó un departamento espacial de seguros en 1992, VimoSEWA, que actúa como un corredor de seguros. VimoSEWA ofrece un producto voluntario con beneficios de vida, salud y protección de activos que cubrió a más de 110.000 personas en 2004. El producto de seguros ofrecido por VimoSEWA ha sufrido muchos cambios y ahora se ofrece en asociación con dos compañías de seguros del sector privado.

Yeshasvini Trust
Yeshasvini Trust, Karnataka, India
Ralf Radermacher, Natasha Wig, Olga van Putten-Rademaker, Verena Müller y David Dror, Noviembre, 2005. Estudio de Caso Núm. 20

Yeshasvini Co-operative Farmers Health Care Trust es un fideicomiso caritativo en Karnataka. Las actividades de microseguro de Yeshasvini se iniciaron en 2002 en colaboracion con las autoridades estatales y las cooperativas. El fideicomiso ofrece seguro de salud, y cubrió aproximadamente a 1,45 millones de personas en 2004. Los beneficios están primordialmente limitados a cirugía, pero también incluyen cuidado fuera del hospital y exámenes en determinadas circunstancias. Los beneficios, que se proporcionan sin necesi-

dad de dinero en efectivo a los clientes, tan sólo pueden obtenerse en hospitales asociados certificados. El fideicomiso contrata externamente ciertas actividades a terceros administradores, pero maneja el riesgo internamente. La distribución del producto se hace a través de cooperativas locales.

Yasiru Mutual Provident Fund (Yasiru)
ALMAO y YASIRU, Sri Lanka
Sven Enarsson y Kjell Wirén, octubre, 2005. Estudio de Caso Núm. 22

El Yasiru Mutual Provident Fund (Yasiru) es un proveedor de microseguro en Sri Lanka que se registró como una sociedad especial en 2000. Yasiru se vinculó inicialmente a la ACCDC, una red de organizaciones de base comunitaria en siete distritos, pero el microasegurador ha entrado ahora en asociación con varias otras ONG. Yasiru ofrece un producto de seguro integrado de accidente, incapacidad, vida y hospitalización, y en 2004 cubrió a alrededor de 24.000 personas. El producto de microseguro está dirigido a la familia completa, que puede elegir entre cinco niveles distintos de cobertura.

Apéndice II

Sobre los autores

Mosleh Uddin Ahmed es contable certificado de la Unión Británica y consultor independiente sobre microseguro y envíos de los migrantes. Mosleh tiene 15 años de experiencia en microfinanzas en Bangladesh, India, Pakistán, Nepal y Sri Lanka. Ha trabajado con Gono-Grameen Bima de Delta Life Insurance, en Bangladesh, como director auxiliar de Administración para el Programa de Empleo del Sector Rural («Rural Employment Sector Programme (RESP)») en Bangladesh, un programa de alivio de la pobreza respaldado por SIDA. Actualmente es principal oficial ejecutivo del Centro para la Investigación de Microseguro («Microinsurance Research Centre», una organización sin ánimo de lucro con base en Reino Unido y en Bangladesh. Es miembro del UK All Party Parliamentary, Group on Microfinance, del London Microfinance Club y del PlanetFinance UK.

Gloria Almeyda comenzó su carrera en la unión de crédito internacional (CU) con CUNA Mutual, en un internado de la Universidad de EAFIT en su país natal, Colombia. Más tarde se unió a las operaciones técnicas de WOCCU y trabajó en América Latina, Asia y África. A su regreso a Colombia, fue directora ejecutiva de EDUCONAL, la Corporación Técnica de la Federación Nacional (CU) de Colombia. Capitaneó el programa de microempresas de la Fundación para el Desarrollo Integral, y colaboró con otras instituciones en la política relacionada con las microempresas, su promoción y desarrollo. Actualmente es Coordinadora Regional para América Central/el Caribe y México en el Centro para la Educación Intercultural y el Desarrollo («Center for Inter-Cultural Education and Development (CIED)») de la Universidad de Georgetown.

Felipe Botero ha trabajado en la industria de seguros durante más de veinte años. Como especialista de la tecnología de la información, Botero ha visto la evolución de la tecnología desde los días del procesamiento por tandas, y los ordenadores de unidad central, hasta el mundo actual basado en la Internet, que permite el procesamiento al instante y al cliente, auto-servirse. A través de su carrera en MetLife, con oficinas principales de la ciudad de Nueva York, ha dado apoyo a los sistemas de vida, salud, incapacidad y anualidades. Mientras cursaba su programa de maestría en Administración de Empresas, en el Programa de Finanzas de la Universidad de Nueva York, se interesó en microfinanzas y se ha dedicado a desarrollar una práctica de microseguro con MetLife.

Grzegorz Buczkowski es el presidente de TUW SKOK, una compañía mutualista de seguros de propiedad y contingencia (desde 1997), y de TU SKOK Zycie SA, una compañía de seguros de vida del sistema de las uniones de crédito de Polonia (desde 2003). Tiene 16 años de experiencia con las uniones de crédito polacas, donde comenzó como oficial de Relaciones Extranjeras para las Uniones de Crédito Polacas. Fue, durante cinco años, director administrativo de TU SKOK Benefit SA, una operación de seguros en conjunción con CUNA Mutual Group y la Fundación para las Uniones de Crédito Polacas (Foundation for Polish Credit Unions). Tiene una maestría en Literatura Inglesa de la Universidad de Gdansk, en Polonia, y una maestría en Administración de Empresas de la Universidad de Gdansk y de la Universidad de Strathclyde, en Glasgow, Escocia. En 2001, recibió uno de los primeros premios para los Profesionales Jóvenes de las Uniones de Crédito de la WOCCU.

Doubell Chamberlain dirige la Práctica de Acceso a los Servicios Financieros en Genesis Analytics y tiene una maestría en Economía (cum laude) de la Universidad de Stellenbosch. Durante los últimos cinco años ha trabajado en numerosos proyectos relacionados con el desarrollo de estrategias para

extender los servicios financieros (incluyendo seguros) a los pobres de África del Sur y a la revisión y evaluación del impacto de la regulación sobre varios componentes de los sectores financieros y no financieros. Actualmente dirige un estudio multinacional sobre el impacto de las regulaciones sobre anti-lavado de dinero, combatiendo el Financiamiento del Terrorismo (AML/CFT) sobre el acceso a los servicios financieros en los países en desarrollo, y dirige un estudio para la IDRC sobre el desarrollo de principios para la regulación del microseguro.

Arup Chatterjee es director auxiliar de la Autoridad para la Regulación y el Desarrollo de los Seguros de la India (Insurance Regulatory And Development Authority of India), y está destacado actualmente como consejero de la Asociación Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS, por sus siglas en ingles), en Suiza. Además de un grado con honores en economía, posee una maestría en economía internacional. Su experiencia incluye una mezcla única de operaciones básicas de seguros con peritaje en la regulación y supervisión de seguros. Esta combinación le ha ayudado a ganar una introspección al desarrollo y regulación del seguro en los mercados emergentes.

Craig Churchill se unió al Programa de Finanzas Sociales de la OIT en 2001. Tiene experiencia en microfinanzas tanto en los países desarrollados como en desarrollo, y ha trabajado para la Get Ahead Foundation en África del Sur, ACCION International, la MicroFinance Network y Calmeadow. En su posición actual, reenfoca primordialmente el papel de los servicios financieros que los pobres pueden utilizar para manejar sus riesgos y reducir su vulnerabilidad, incluyendo el microseguro. Ocupa el puesto de director del Comité de Trabajo Sobre Microseguro del CGAP y ocupa posiciones en las juntas editoriales del *MicroBanking Bulletin* y del *Journal of Microfinance*. Craig ha escrito y editado docenas de artículos sobre varios temas de microfinanzas incluyendo el microseguro, la lealtad con el cliente, el desarrollo organizacional y la gerencia, la gobernabilidad corporativa, metodologías de préstamos y regulación y supervisión.

Monique Cohen es presidenta de Microfinance Opportunities, una organización sin ánimo de lucro fundada en 2002. Es experta reconocida en la evaluación de los clientes y en el uso de los pobres de los servicios financieros, incluyendo la investigación del mercado y la evaluación de impacto sobre las microfinanzas. Ha sido pionera en la introducción de la educación financiera para la gente pobre de los países en desarrollo. Diseñó y dirigió el proyecto AIMS en la USAID de Washington, donde fue consejera técnica principal (senior) en la Oficina para el Desarrollo de las Microempresas, 1994-2002. Junto a Jennefer Sebstad escribió *Microfinanzas, manejo de riesgo y pobreza* (*Microfinance, risk management and poverty*) y *Reduciendo la vulnerabilidad. La demanda para el microseguro* (*Reducing vulnerability: The demand for microinsurance*). Ha públicado extensamente trabajos sobre microfinanzas y ha enseñado en el programa de Entrenamiento de Microfinanzas en Boulder. Es doctora por la Clark University in Massachusetts.

David Dror tiene experiencia en seguridad social desde mediados de los setenta, cuando fue responsable de negociar el acuerdo comprensivo de pensiones para los patronos del sector privado de Israel y un sistema de índice salarial por todo el país. También ha ocupado posiciones clave en el Consejo del Instituto Nacional de Seguros y sirvió como delegado en la Conferencia Internacional del Trabajo (International Labour Conference), Ginebra. Entre 1981 y 2003, trabajó para la OIT. Desde 1989, su trabajo se ha centrado en el seguro de salud aplicado, como practicante, y luego como investigador, lo que ha incluido desarrollar opciones innovadoras en pro de los pobres para la extensión del seguro de salud en los países de bajos ingresos. El concepto «Social Re» desarrollado por él representa un nuevo enfoque de la financiación sostenible de los sistemas de salud comunitarios. Posee un PhD y un DBA, y desde que se retiró de la OIT ha enseñado en dos universidades, además de realizar investigaciones y supervisar la implementación de apoyo técnico a esquemas de seguro de salud para los pobres en la India, África del Sur y otros.

Iddo Dror es candidato doctoral en la Facultad de Economías y Ciencias Sociales de la Universidad de Ginebra, donde está investigando la provisión de microseguro de salud en los países en desarrollo. Además de su investigación, está implicado activamente en el desarrollo de competencias para organizaciones internacionales, sobre todo a través de un programa innovador de maestría especializado en organizaciones internacionales (cf. www.iomba.ch), que ayudó a crear y que todavía coordina.

Sven Enarsson (BA en Economía en la Universidad de Stockholm) comenzó trabajando en cooperación para el desarrollo en 1970. Ha trabajado en distintos proyectos en África durante quince años,

como trabajador de campo, líder de proyectos y representante regional del Centro Sueco de Cooperativas (Swedish Cooperative Centre). Empleado por dicho centro desde 1986 a 2003, ha trabajado principalmente en el desarrollo de cooperativas rurales de crédito y ahorro en África occidental y oriental. También ha prestado apoyo a la banca cooperativa en Kenya y últimamente se ha interesado por las finanzas y el seguro cooperativos. Actualmente trabaja como consultor.

Klaus Fischer es profesor de finanzas en la Universidad de Laval, en Canadá. Su investigación se centra en las instituciones financieras, con énfasis principal en las instituciones financieras intermediarias, y en las microfinanzas y el seguro en los países en desarrollo. Publica en revistas académicas y profesionales, donde presenta fundamentos y resultados de investigación aplicada. Destacan, entre sus actividades recientes, su liderazgo en un proyecto a tres años con investigadores de América del Sur, África y Asia, y como investigador principal en un proyecto respaldado por el Banco Mundial, ambos sobre el tema de las redes organizacionales y la regulación y supervisión de mutualistas financieras intermediarias.

Bénédicte Fonteneau es socióloga e investigadora principal (senior) en la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica). Sus áreas de investigación incluyen las organizaciones sin ánimo de lucro, los esquemas de microseguro, VIH/SIDA, organizaciones de base comunitaria y acceso al cuidado de salud y a los sistemas de salud. Mediante el uso de métodos fundamentales y de investigación aplicada, examina la emergencia y los asuntos organizacionales de las asociaciones que atienden preocupaciones relacionadas con la salud, (por ejemplo, el acceso al cuidado de la salud, seguro de salud, prevención y cuidado) y su relación con el sector de salud a los niveles «micro» (proveedores de la salud) y «macro» (autoridades de la salud). Da énfasis especial a la importancia de la cooperación internacional en este contexto. Su investigación se ha centrado en África occidental.

Bruno Galland es director de Investigaciones en CIDR, en el área de esquemas de participacion de microseguro y el desempeño de servicios de salud. CIDR se ocupa del diseño, implementación y evaluación de programas de microseguro en varios países de África. Por medio de la documentación de las experiencias de estos programas, CIDR contribuye al aumento de peritaje y a la competencia de los actores locales. Bruno Galland ha públicado varias guías prácticas y documentos y ha organizado entrenamientos con otras organizaciones, incluyendo el Ministerio de Asuntos del Exterior francés, GTZ, la OIT/STEP y CGAP.

Denis Garand (FCIA, FSA) trabajó durante casi veinte aÀos para una cooperativa de seguros canadiense como actuario de Grupos, director de *marketing* y vicepresidente de Seguro Grupal, al igual que como consejero de aseguradores que cooperan con el desarrollo. Desde 2001, ha trabajado como consultor independiente, centrándose en la industria de seguros de grupos de Canadá y en programas de microseguro internacional. Las tareas canadienses han incluido evaluaciones estratégicas, administración de capital, entrenamiento, desarrollo de productos, tarifación, fusiones, organización de compañías de seguros y el desarrollo del primer estudio de incidencia de incapacidad de Canadá. Ha cumplido con asignaciones internacionales para BearingPoint, CGAP, la OIT, GTZ, CCA e ICMIF, organismos que operan en India, Pakistán, Nepal, Sri Lanka, Bangladesh, las Filipinas, Benin, Rwanda y Barbados en todos los aspectos del microseguro.

Christian Jacquier (ingeniero y PhD) es el coordinador del programa global «Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty» de la OIT (www.ilo.org/step). Como especialista en la extensión de protección social, Jacquier ayudó a lanzar el concepto de «microseguro» en 1999 a través de un artículo en la revista ISSA (Dror-Jacquier). Trabaja como coordinador de la Alianza Internacional para la Extensión de la Protección Social (International Alliance for the Extension of Social Protection), compuesta por la OIT, ISSA, ICMIF, AIM, ICA, IHCO y WIEGO (www.social-protection.org), y es miembro de WIEGO, una red de investigación y política pública global que procura mejorar el status de los pobres que trabajan en la economía informal, especialmente las mujeres.

Rüdiger Krech (MPH, PhD) es director de la Sección de Protección Social, en GTZ. Se unió a GTZ en 2003 y se le ha encomendado participar en numerosas fuerzas especiales nacionales e internacionales sobre la protección social. Es miembro de la delegación alemana de la Comisión Social y Económica de las Naciones Unidas. Entre 1992 y 2003 trabajó en la Oficina Regional de la WHO para Europa, donde coordinó la estrategia europea Salud para Todos para el Siglo XXI («Health for All for the 21st

Century») y que fue el punto focal de WHO para Europa sobre el Envejecimiento. Trabajó en psiquiatría infantil antes de aceptar el cargo de conferenciante principal (senior) para la salud en el trabajo social en una universidad alemana. Tiene experiencia en ciencias educativas, medicina y salud pública.

Richard Lacasse es actualmente director del Programa para América Latina y el Caribe de SOCODEVI, una ONG canadiense especializada en el desarrollo cooperativo en África, Asia y América Latina. Tiene una maestría en gerencia de cooperativas, y ha desarrollado una experiencia sólida en la planificación e implementación de programas de desarrollo, y en el fomento de asociaciones orientadas hacia la titularidad local y el desarrollo económico. Se le ha reconocido peritaje en el desarrollo organizacional cooperativista, combinando las necesidades para una participación democrática sólida y la gobernabilidad con actividades económicamente viables.

Alexia Latortue dirige el trabajo de la CGAP para mejorar el proceso de obtener financiación para las microfinanzas. Administró las Evaluaciones de los Donantes Pares (Microfinance Donor Peer Reviews) en 2002, y ahora ofrece servicios técnicos y estratégicos para las agencias que financian. Es autora de numerosos trabajos sobre la ayuda efectiva en las microfinanzas. Es punto focal del Grupo de Trabajo sobre Microseguro de la CGAP. Anteriormente, trabajó con Development Alternatives, Inc. Pasó tres años en Haití, trabajando en servicios técnicos para instituciones financieras y asuntos de infraestructura de la industria. Tiene una maestría en Economías de Desarrollo de la Fletcher School of Law and Diplomacy, de TuftsUniversity. Habla francés, creole y alemán.

Richard Leftley se unió a Opportunity International en 2002 como gerente de desarrollo de productos de seguro, habiendo trabajado anteriormente como corredor de reaseguro para Benfield Greig. Fue pionero en la introducción de productos de seguro dentro de la Opportunity Network con resultados impresionantes: a finales de 2005, una variedad de productos de seguro estuvieron disponibles para 2,6 millones de clientes de Opportunity y miembros de sus familias en África, Asia y América Latina. En 2004 fue nombrado vicepresidente para Planificación y Operaciones y dirige un equipo de consultores especialistas que proveen ayuda técnica a socios de Opportunity en 29 países. Durante 2005, Opportunity International lanzó la Micro Insurance Agency para dar acceso a productos de seguro a un número mayor de clientes; como presidente de la agencia, Leftley ha establecido la organización y está estableciendo su dirección estratégica.

Dominic Liber es director de Quindiem Consulting y actuario cualificado con muchos años de experiencia en la provisión del diseño de productos de seguro de vida, manejo de riesgos y estrategia para los aseguradores, reaseguradores, corporaciones, ONG, microprestamistas, cuerpos de la industria y otras firmas de consultoría. Ha estado implicado activamente en el desarrollo de soluciones de riesgo para los mercados de bajos ingresos, y en el desarrollo de modelos de tarifación para una variedad de riesgos de cuidado de salud, incapacidad, vida y negocio, incluyendo riesgos relacionados con el SIDA. Participa en el Comité del SIDA de la Sociedad de Actuarios de África del Sur y es autor de varios manuales y guías sobre microseguro y sobre manejo de riesgos de microfinanzas.

Roland Lindenthal disfruta actualmente de una excedencia del Ministerio para el Desarrollo y Colaboración Económica de Alemania (German Ministry for Economic Cooperation and Development) (BMZ). De 2003 a 2005, fue consejero principal (senior), en política social, patronal y obrera de mercado, para la Facilidad de Apoyo para la Recuperación de Indonesia de las Naciones Unidas (United Nations Support Facility for Indonesian Recovery [UNSFIR]). Previo a dicho nombramiento, dirigió el Departamento de Gobernabilidad de UNDP en Zimbabwe (2001-2002) y fue jefe auxiliar de la División de las UN División en BMZ (1996-2000). De 1991 a 1996, trabajó para el Departamento de Desarrollo de Empresas de la OIT, en Ginebra. Tiene una maestría en Economía.

Philippe Marcadent es coordinador técnico del Programa «Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty» (STEP), de la OIT. También está a cargo del desarrollo de políticas para la economía informal, en el departamento de Seguridad Social de la OIT. Dirige la investigación, la política, el diseño de productos, la producción de herramientas y publicaciones y la provisión de asesoramiento técnico pertinente a la extensión de protección social. Antes de unirse al programa STEP en 1998, trabajó durante doce años como perito en varios programas de cooperación técnica dirigidos a combatir la pobreza en África y América Latina. Es economista de desarrollo.

Michael J. McCord es presidente del The MicroInsurance Centre, una organización dedicada a la creación de asociaciones para ofrecer productos de seguro especialmente diseñados para los mercados de bajos ingresos. Combina su experiencia como principal oficial financiero de un banco comercial estadounidense, con la de principal oficial ejecutivo de una IMF en Uganda, la de director regional de Programas de Microfinanzas en África, y, actualmente, con el desarrollo del MicroInsurance Centre, que ofrece un conocimiento profundo en el desarrollo y la administración de productos de microseguro. Su especialización incluye desarrollo institucional, desarrollo de productos nuevos, y el análisis y evaluación de programas de microseguro. Ha escrito extensamente sobre microseguro, al igual que sobre temas tan diversos como el lanzamiento, desarrollo y comentarios de programas pilotos, para las instituciones de microfinanzas, contabilidad y análisis para las IMF y la función de las leyes.

Gerry Noble (MB, DCH, DObs, DTM&H), irlandés, es médico y especialista en financiación de la salud, con diez años de experiencia en el desarrollo de sistemas y administración de salud en el África subsahariana. Es fundador de Microcare, un microasegurador de salud que dio acceso, a los grupos de bajos ingresos en Uganda, a cuidado de salud de calidad y a buen precio. Manejando una red central de información, con puntos de registro informatizados en las clínicas, y con tarjetas inteligentes, Microcare integra la verificación de la identidad de la clientela in situ, con la gestión de reclamaciones a tiempo real dentro de una administración central del seguro. Esto evita el fraude, controla los costos de tratamiento y da seguimiento a la calidad del cuidado.

Zahid Qureshi es presidente del International Development & Communication Services, Inc. (ID&CS). Su experiencia incluye 23 años de experiencia en compañías de seguros y de servicios financieros, en varios mercados, para ICMIF, una organización internacional afincada en Europa que cuenta con aseguradores miembros en unos setenta países. Su trabajo en pro del desarrollo comenzó en San Francisco, como interno en el Asia Foundation, que promueve las instituciones democráticas y de autoayuda. Anteriormente, había servido como editor de copias de dos periódicos de públicación diaria. Zahid tiene maestría en Periodismo (con especialidad en relaciones internacionales) y en Literatura Inglesa.

Ralf Radermacher es economista en la Universidad de Cologne, Alemania. Trabaja en el Departamento de Estudios Cooperativistas, y en la investigación y la enseñanza en los campos de seguro de salud para los pobres, instituciones financieras y cooperativas. En su investigación, combina métodos cualitativos y cuantitativos, así como economía experimental. Su interés principal es el microseguro de salud. El foco actual de su trabajo está en la India. También trabaja como consultor independiente en el área del microseguro.

Gabriele Ramm administra la asociación público-privada de microseguro entre Allianz y GTZ en India e Indonesia. Como consejera principal (senior) para GTZ, se ha centrado en la protección social en la economía informal y el microseguro. Anteriormente, fue directora de Programa GTZ en India, dirigiendo proyectos de ayuda a la pobreza que incluyeron microfinanzas y microseguro. Su trabajo anterior para la Friedrich Naumann Foundation en Nepal y en Pakistán incluyó proyectos sobre relaciones industriales, seguridad social, política de descentralización y entrenamiento de periodistas ambientales. También ha trabajado para la televisión alemana (WDR), la Fundación para el Desarrollo Internacional (ahora, InWEnt) y la Asociación Alemana para la Educación de Adultos. Ha públicado varios estudios y artículos sobre microseguro/protección social y educación visual. Tiene maestrías en Ciencias Políticas, Comunicación de Masas e Ingeniería.

James Roth ha enfocado su trabajo hacia el desarrollo de servicios financieros para los pobres. En su doctorado en la Universidad de Cambridge analizó la variedad y profundidad de los servicios financieros para los pobres, en un pequeño poblado de África del Sur. Su trabajo posterior se ha centrado en la selección, investigación y promoción de herramientas e instituciones financieras innovadoras. Ha ayudado a gobiernos y a donantes a desarrollar políticas conducentes a lograr un sector financiero incluyente, con trabajos sobre fondos de garantía, microcrédito y microseguro. Entre 2000 y 2004, trabajó para el Programa de Financiación Social de la OIT, en Ginebra. En 2004, fue consultor técnico principal de un proyecto de microseguro en Bangalore, India, financiado por la GTZ y la OIT. Actualmente es socio del Microinsurance Centre, una firma de consultaría especializada.

Stuart Rutherford ha sido investigador, escritor y profesor durante 25 años. Su interés se centra en el entendimiento de cómo los pobres administran su dinero, por ende, el título de su trabajo mas conocido, *Los pobres y su dinero* (*The poor and their money)* Ha enseñado en el Programa de Entrenamiento en Microfinanzas de Boulder, y en el Instituto para el Desarrollo de Política y Administración de la Universidad de Manchester, en Reino Unido, donde es «Senior Visiting Fellow». Vivió durante años en Bangladesh, donde fue un miembro de la Junta de la Asociación para el Avance Social (Association for Social Advancement) (ASA), y fundó SafeSave, una IMF que proporciona servicios financieros altamente flexibles para los residentes de los arrabales. Actualmente, está investigando Grameen II, la restructuración reciente de los productos de Grameen Bank. Reside actualmente en Japón.

Priyanka Saksena es economista de la salud. Estudió en la London School of Hygiene and Tropical Medicine y en McGill University. Su investigación hasta el momento se ha centrado en modelos y sistemas de seguros de salud social y en el costo de esquemas de microseguro de salud.

Valérie Schmitt-Diabate es experta en protección social en el programa de la OITSTEP, donde atiende de asuntos técnicos relacionados con el diseño, implementación y administración de los esquemas de microseguro. Afincada en Ginebra, trabaja muy de cerca con los equipos de STEP en África y en Asia. También es responsable (junto a un equipo de expertos en microseguro y en ICT) del desarrollo de una plataforma electrónica de microseguro y de protección social que provee herramientas técnicas y oportunidades para que los practicantes intercambien experiencias. Antes de unirse a STEP en 2003, Valérie trabajó en el sector de seguro de salud en Francia. Se graduó en Hautes Études Commerciales (Jouy-en-Josas, Francia) y tiene un grado de maestría Delta en Economía (París, Francia).

Jennefer Sebstad es especialista en desarrollo con 25 años de experiencia en África y Asia, en programas para expandir las oportunidades de aumentar ingresos, empleados y activos para la gente de bajos ingresos. Ha sido investigadora, evaluadora y donante en las áreas de microfinanzas y desarrollo de empresas. Ha investigado la demanda de microseguro en Nepal, Kenya, Tanzania y Uganda, y el desarrollo de guías para investigación sobre la demanda de microseguro y educación financiera relacionada con riesgo de administración/seguro. Tiene una maestría en planificación urbana de UCLA y un bachillerato de la Universidad de Michigan.

Sabine Trommershäuser es experta en GTZ en la Sección de Protección Social y coordina proyectos en el campo del microseguro. Se unió a GTZ en 1997 como experta en el Campo de los Trabajadores para Europa Occidental y fue directora de la Sección de Protección Social antes de tomarse una excedencia por maternidad en 2004. Anteriormente, trabajó como oficial del Programa Internacional para la Eliminación del Trabajo de Menores de Edad de la OIT (ILO's International Programme on the Elimination of Child Labour, IPEC) en Ginebra, Suiza y para el Banco Cooperativo de Alemania, en Frankfurt. Estudió Economía en el Instituto Kiel para la Economía Mundial, en Alemania.

Thomas Wiechers estudia su maestría en Economía en la Universidad de Marburg, Alemania. Es estudiante investigador en el proyecto «Strengthening Micro Health Insurance Units for the Poor in India», y trabaja como independiente con GTZ en los campos de microseguro, protección social y desarrollo de sistemas financieros. Ha estudiado administración de negocios en la Universidad de Cologne, Alemania, y ha trabajado con diversas organizaciones en el campo del intercambio internacional de la juventud, el desarrollo sostenible y la responsabilidad social corporativa sobre una base voluntaria.

Martina Wiedmaier-Pfister es miembro activo del Grupo de Trabajo sobre Microseguro de la CGAP en nombre de un proyecto sectorial sobre el desarrollo del sistema financiero comisionado por BMZ. En 2003, desarrolló el estudio sobre Regulación y Supervisión de Seguros «Microinsurance Regulación and Supervisión», seguido de un estudio realizado en Sri Lanka. Representa a GTZ en los foros internacionales y en colaboración con la Asociación Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS), al igual que con otras agencias de apoyo dedicadas al microseguro. Su contribución para este libro ha sido asignación de GTZ. Posee una maestría en Administración de empresas y trabajó durante diez años en el sector bancario cooperativo en Alemania, antes de dedicarse al desarrollo de sistemas financieros en países en desarrollo, en 1992.

John J. Wipf trabajó para un asegurador cooperativo canadiense entre 1988 y 1997, en los Departamentos Actuarial-Grupos y Actuarial-corporativo. Durante ese tiempo se ocupó también de

varias asignaciones en Filipinas como Consultor Actuarial, para un asegurador cooperativo, y como Consultor regional de ICMIF Asia. Desde 1997, es residente en Filipinas y ha trabajado en numerosos proyectos de microseguro en Fililipinas, Ghana, Indonesia, Vietnam, Camboya e India. Se ha especializado en modelos actuariales, diseño y tarifación de productos, desarrollo de sistemas informáticos actuariales y de administración y planificación de microseguros. También ha colaborado en varios proyectos sobre incapacidad a largo plazo en Canadá.

Kjell Wirén vive en Estocolmo, Suecia. Tras graduarse en la Universidad de Uppsala, se unió a Folksam en 1971. En Folksam trabajó principalmente en seguros en general, excepto cuatro años que pasó en la división de vida. En 1985 fue nombrado gerente de productos del negocio de no-vida, y en 1993 fue nombrado responsable de Seguro General en Folksam. Paralelamente, fue consultor en el desarrollo de los trabajos de Folksam en África occidental y del Sur. Actualmente, trabaja como consultor principal (senior) para el Principal Oficial Ejecutivo y se responsabiliza por las actividades internacionales de Folksam. Es autor, junto a Sven Enarsson, de dos estudios de casos de microseguro en Malawi (2004) y en Sri Lanka (2005).

Bibliografía

African Reinsurance Corporation (Africa Re). 2003. Reporte Anual, en: www.africa-re.com (Visto el 31 Mar. 2006).

Ahmed, M.; Islam, S.; Quashem, M.; Ahmed, N. 2005. *Microseguro de salud: un estudio comparativo de tres ejemplos en Bangladesh,* CGAP Grupo de Trabajo sobre Microseguro, buenas y malas prácticas. Estudio de caso Núm. 13 (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

Ahuja, R.; Jütting, J. 2004. «Are the poor too poor to demand health insurance?», en *Journal of Microfinance* (Provo, UT), Vol. 6, Núm. 1.

Albrecht, P. 1992. *Zur Risikotransformationstheorie der Versicherung: Grundlagen und Ökonomische Konsequenzen* (Karlsruhe, Veröffentlichungen des Instituts für Versicherungswissenschaft der Universität, Mannheim), Vol. 40.

Aliber, M. 2001. «Rotating savings and credit associations and the pursuit of self-discipline», en *African Review of Money Finance and Banking*, Vol. 51, Núm., 72.

Almeyda, G.; de Paula Jaramillo, F. 2005. *La Equidad Seguros, Colombia,* CGAP Grupo de trabajo sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 12 (Ginebra, OIT Programa de Finanzas Sociales).

Arhin-Tenkorang, D. 2000. *Mobilizing resources for health: The case of user fees revisited*, («Movilizando recursos para la salud: el caso de pagos por los usuarios revisado»). Serie de documentos de trabajo de CMH, Núm. WG3: 6 (Ginebra y Cambridge, MA, Comisión sobre macroeconomía y salud,), en: www.cmhealth.org/docs/wg3_paper6.pdf.

Asian Development Bank (ADB). 1997. *Gobierno corporativo, un desarrollo administrativo apropiado. Los elementos del buen gobierno* (Manila).

Atim, C. 1998. *La contribución de las organizaciones mutualistas de salud al financiamiento, entrega y acceso al cuidado de salud: resumen de la investigación en nueve países occidentales y del centro de África* (Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform).

—. 1999. «Social movements and health insurance: A critical evaluation of voluntary, nonprofit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon», (*«Movimientos sociales y el seguro de salud: una evaluación crítica de esquemas de seguro voluntarios y sin fines de lucro con estudios de casos de Ghana y Cameroon»*) en *Social Science and Medicine*, Núm. 48, págs. 881-896.

—; **Sock, M.** 2000. *An external evaluation of the Nkoranza Community Health Financing Insurance Scheme, Ghana*, («Una evaluación externa del esquema de Nkoranza Community Health Financing Insurance»), Reporte Técnico Núm. 50, Mar. (Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform).

—; **Diop F.; Bennet S**. 2005. *Determinants of the financial stability of mutual health organisations: A study in the Thiès region of Senegal,* («Determinantes de estabilidad financiera de organizaciones mutualistas de salud: un estudio en la región Thies de Senegal»), (Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform).

Bennett, S. 2004. «The role of community based health insurance within the health care financing system: A framework for analysis», («El rol de seguro de salud con base comunitaria dentro del sistema financiero de cuidado de salud: un marco de análisis»), *Health Policy and Planning*, Vol. 19, Núm. 3, págs. 147-158.

Bennis, W. 1993. *Beyond bureaucracy: Essays on the development and evolution of human organization* («Más allá de la burocracia. Ensayos sobre el desarrollo y evolución de la organización humana»), (San Francisco, CA, Jossey Bass Wiley).

Bester, H., Chamberlain, D., Hawthorne, R., Malherbe., Walker, R. 2004. «Making insurance markets work or the poor in South Africa», scoping study («Logrando que los mercados de seguro trabajen para los pobres en Suráfrica»), (Johannesburg, Genesis Analytics).

Brown, W.; Churchill, C.F. 1999. *Providing insurance to low income households. Part I: A primer on insurance principles and products («Proveyendo seguro a los hogares de bajos ingresos. Parte I: una cartilla básica sobre principios de seguro y productos»),* (Bethesda, MD, USAID's Microenterprise Best Practices, Development Alternatives Inc.).

—; —. 2000. *Providing insurance to low income households. Part II: Initial lessons from Microinsurance experiments for the poor («Proveyendo seguro para los hogares de bajos ingresos. Parte II: primeras lecciones de los experimentos del micro seguro para los pobres»),* (Bethesda, MD, USAID's Microenterprise Best Practices, Development Alternatives Inc.).

—; **Green, C.; Lindquist, G.** 2000. *A cautionary note for microfinance institutions and donors considering developing microinsurance products («Una nota de cautela para instituciones de microfinanzas y donantes que consideren incursionar en el desarrollo de productos de microseguro»),* (Bethesda, MD, USAID's Microenterprise Best Practices, Development Alternatives Inc.), en: www.usaidmicro.org/pdfs/mbp/a_cautionary_note_for_microfinance_institutions.pdf.

Burke, W.W. 1992. *Organization development: A process of learning and changing («Desarrollo organizacional: un proceso de aprendizaje y cambio»),* (Reading, MA, Addison-Wesley), 2.ª ed.

Busse, R. 2002. «Role of subsidies in microinsurance: Closing the «recovery gap», en D. M. Dror y A. S. Preker (eds.): «El rol de las subvenciones en el microseguro: cerrando la «brecha del recobro»), *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing («Reaseguro social: un nuevo enfoque al financiamiento sostenible de la salud comunitaria»),* (Washington, DC, World Bank; Ginebra, OIT), pp. 277-291.

Carrin, G. 2002. «Social health insurance in developing countries: A continuing challenge», («Seguro social de salud en países en desarrollo: un desafío continuo»), en *International Social Security Review*, Vol. 55, Núm. 2.

Centre for MicroFinance (CMF). 2005. *Fifth Semi-Annual Report on Pilot Testing of Microinsurance Services to Poor Clients of MFIs in Nepal (Kathmandu)*, Feb. («Quinto reporte semi-anual sobre pruebas piloto sobre servicios de microseguro para los clientes pobres de las IMF en Nepal (Kathmandu»).

Centre International de Développement et de Recherche (CIDR). 2003. *Programme expérimental d'assurance maladie du GRET au Cambodge. Mission d'évaluation* (Autrêches), julio, 2005.

Chamberlain, D.; Smith, A.; Walker, R. 2006. *Distribution of insurance through retail outlets: South African case study («Distribución del seguro a través de operaciones al detal: un studio de caso en Sudafrica»),* (Johannesburg, Genesis Analytics).

Chemonics. 2006. «Catching the technology wave: Mobile phone banking and text-a-payment in the Philippines», («Alcanzando la ola de la tecnología: banca por teléfono móvil y pagos a través de mensajes de texto en Flipinas») http://www.chemonics.com/projects/content/GCash.pdf.

Churchill, C. 2005. «What is microinsurance?», presentation to the Microinsurance Conference, Munich Re Foundation and CGAP Working Group on Microinsurance, Schloss Hohenkammer, Germany, («Qué es microseguro?, presentación ante la Conferencia de Microseguro»),

—; **Liber, D.; McCord, M. J.; Roth, J.** 2003. *Making insurance work for microfinance institutions: A technical guide to developing and deliveringmicroinsurance («Haciendo al seguro trabajar para las instituciones financieras. Una guía técnica para desarrollar y entregar micro seguro»).*

—; **Pepler, T**. 2004. *TUW SKOK*, *Poland*, CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No. 2 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Prácticas buenas y malas, Estudio de caso Núm. 2»), (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

—; **Frankiewicz, C.** 2006. *Making microfinance work: Managing for improved performance* («Haciendo funcionar las microfinanzas: administrando para un desempeño mejorado»), (Geneva, ILO).

Cohen, M.; McCord, M. J.; Sebstad, J. 2003. *Reducing vulnerability: Demand for and supply of microinsurance in East Africa* («Reduciendo la vulnerabilidad: la demanda y oferta de microseguro en Africa Oriental»), (Nairobi, MicroSave-Africa).

—; Sebstad, J. 2005. «Reducing vulnerability: The demand for microinsurance», («Reduciendo la vulnerabilidad: la demanda para el micro seguro») *Journal for International Development*, Vol. 17, Núm.3, pp. 397-474.

Concertation. 2004. «Inventaire des systems d'assurance maladie en Afrique: synthèse des travaux de recherche dans 11 pays» (Dakar, La Concertation).

Consultative Group to Assist the Poor (CGAP) Working Group on Microinsurance. 2003. «Preliminary donor guidelines for supporting microinsurance» («Guías preliminares para los donantes en apoyo del micro seguro»), borrador, 8 de otubre de 2003, en: www.microfinancegateway.org/files/13836_Draft_Donor_Guidelines.pdf.

—. 2004. *Building inclusive financial systems: Donor guidelines on good practice microfinance* («Construyendo sistemas financieros inclusivos: guías para los donantes sobre buenas prácticas de microfinanzas») (Washington, DC.), at: www.cgap.org/docs/donorguidelines.pdf.

Cook, T.; CGAP staff. 2005. «Maximising aid effectiveness in microfinance» («Maximizando la ayuda efectiva en las microfinanzas»), Donor Brief Núm. 22 (Washington, DC, CGAP), en: www.cgap.org/docs/DonorBrief_22.pdf.

Co-operators Group, Ltd. 2005. Board of Directors Manual (Canada). **Criel, B.; Aïssatou, N.B.; von Roenne, F**. 2002. *Le projet PRIMA en Guinée Conakry : Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale* (Brussels, Medicus Mundi/Ministère de la Santé Publique de Guinée/GTZ/DGCI, IMT).

DeFilippis, J. 2001. «The myth of social capital in community development» («El mito del capital social en el desarrollo comunitario»), en *Housing Policy Development*, Vol. 12, Núm. 4, pp. 781-806.

Dercon, S. (ed.). 2005. *Insurance against poverty* («Seguro contra la pobreza»), (Oxford, Oxford University Press).

Derriennic, Y.; Wolf, K.; Kiwanuka-Mukiibi, P. 2005. *An assessment of community-based health financing activities in Uganda («Una evaluación de actividades de financiamiento para salud con base comunitaria»)*, (Bethesda, USAID/PHRplus).

Department for International Development/Financial Deepening Challenge Fund (DFID/FDCF). 2004. *Support for development of pro-poor insurance*, («Respaldo para el desarrollo de seguro pro los pobres»), Tesis Núm. 2, mayo.

Develtere, P.; Doyen, G.; Fonteneau, B. 2004. *Micro-insurance and health care in developing countries («Micro seguro y cuidado de salud en los países en desarrollo»)*, (Leuven, CERA Foundation).

Dixon, A.; Langenbrunner, J.; Mossialos, E. 2002. «Facing the challenges of health care financing», («Enfrentando los retos de la financiación del cuidado de salud»), documento de apoyo preparado por la Conferencia USAID «Ten Years of Health Systems Transition in Central and Eastern Europe and Eurasia» («Diez años de sistemas de salud en transición en Europa central y oriental y en Eurasia»), Washington, DC, julio.

Dkhimi, F. 2005. *Les mutuelles de santé: Une piste de solution à la crise du secteur sanitaire africain. Le cas du projet CIDR en Tanzanie*, Mémoire de DESS Développement (Coopération et Action Humanitaire), Université Paris 1 Panthéon Sorbonne.

Dror, D. 2001. «Reinsurance of health insurance for the informal sector» («Reaseguro de seguro de salud para el sector informal»), en *Bulletin of the World Health Organization* (Geneva), Núm. 79, pp. 672-678.

—; **Jacquier, C.** 1999. «Micro-insurance: Extending health insurance to the excluded» («Microseguro: extendiendo el seguro de salud a los excluidos»), en *International Social Security Association Review* (Ginebra), Vol. 52, Núm. 1, enero-marzo, pp. 71-97.

—; **Preker, A.** (ed.). 2002. *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* («Reaseguro social: un Nuevo enfoque para el financiamiento sostenible de salud comunitaria»), (Washington, DC, World Bank; Ginebra, OIT).

—; **Armstrong, J.**; **Kavalakonda, V.** 2005a. «Why micro health insurance units cannot forego reinsurance» («Por qué las unidades de microseguro de salud no pueden eliminar el reaseguro»), en *Journal of Insurance and Risk Management*, Vol. IV, Núm. 07, páp. 2-29.

—; **Soriano, E.** ***et al.*** 2005b. «Field based evidence of enhanced healthcare utilization among persons insured by micro health insurance units in Philippines» («Evidencia apoyada en experiencia de campo de mejoras en la utilización de cuidado de salud entre las personas aseguradas por unidades de microseguro de salud en Filipinas»), en *Health Policy*, Vol. 73, pp. 263-271.

Dülfer, E. 1995. *Betriebswirtschaftslehre der Genossenschaften und vergleichbarer Kooperative* (Göttingen), 2.ª ed.

Enarsson, S.; Wirén, K. 2005. *MUSCCO, Malawi Union of Savings and Credit Cooperatives*, («Unión de Cooperativas de Ahorro y crédito de Malawi»), CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No. 8 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 8»), (Geneva, ILO Social Finance Programme).

—; —. 2006. *ALMAO and YASIRU, Sri Lanka*, CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study No. 21 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 21»), (Geneva, ILO Social Finance Programme).

Eschenburg, R. 1972. «Genossenschaftstheorie als Konflikttheorie», en E. Boettcher (ed.): *Theorie und Praxis der Kooperation: Schriften zur Kooperationsforschung* (Tübingen), A. Studien, Vol. 3, pp. 55-71.

Esman, M.; Uphoff, N. 1984. *Local organizations: Intermediaries in rural development* («Organizaciones locales intermediarias en el desarrollo rural»), (Ithaca, NY; London, Cornell University Press).

Farr, J. 2004. «Social capital: A conceptual history», («Capital social: una historia conceptual»), en *Political Theory*, Vol. 32, Núm. 1, pp. 6-33.

Fernando, N. 2004. *Micro success story? Transformation of nongovernmental organizations into regulated financial institutions* («El cuento del éxito del microseguro. Transformación de las organizaciones no gubernamentales en instituciones financieras reguladas»), (Manila, ADB).

Financial Diaries. 2005. «Investigating the financial lives of the poor» («Investigando las vidas financieras de los pobres»), (Johannesburg, FinMark Trust), en: www.financialdiaries.com. *Financial Sector Charter.* 2003 (South Africa).

Financial Services Board. 2003. Insurance Amendment Act, 2003 (South Africa).

FinMark Trust. 2006. «Preliminary principles for expanding consumer financial literacy in South Africa», («Principios preliminares para expandir la educación financiera en África del Sur»), en: www.finmark.org.za/documents/2006/FEBRUARY/C_CFinLit.pdf.

Fischer, K.; Sissouma, I.; Hathie, I. 2006a. *L'Union Technique dela Mutualité Malienne, Mali*, CGAP Working Group on Microinsurance Good and Bad Practices, Case Study Núm. 23 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 23»), (Geneva, ILO Social Finance Programme).

—; **Hathie, I., Sissouma, I.** 2006b. *Mutual health insurance, CRMST, Senegal* («Seguro mutualista de salud, CRMST, Senegal»), CGAP Working Group on Microinsurance Good and Bad Practices, Case Study Núm. 24 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 24»), (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

Fokoma, F. 2004. «Assessment of the demand for microinsurance products in Sri Lanka: Microinsurance a safety net in risky waters. Documentation of the progress and development of Yasiru Mutual Provident Society. A microinsurance initiative of the Sri Lankan NGO SLPSM, Rabobank Foundation and Interpolis» («Evaluación sobre la demanda para productos de seguro en Sri Lanka: el microseguro, una red de seguridad en aguas profundas. Documentación del progreso del desarrollo en Yasiru Mutual Provident Society. Una iniciativa de microseguro de la ONG SPLSM de Sri Lanka, la Fundación Rabobank e Interpolis»), (Rabobank Foundation: Columbo/Utrecht), mimeo.

Fonteneau, B. 2004. *Les défis des systèmes de micro-assurance en Afrique de l'Ouest: cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité* (Brussels,VLIR-DGIS).

Fonteneau, B. *et al.* 2004. *Processus d'appui à la dynamique de développement des systèmes de micro-assurance en Afrique de l'Ouest*, Programme STEP-ILO, Documento de Trabajo (Ginebra).

Galland, B. 2005a. «Contribution des ménages a faibles revenues pour la micro assurance maladie» (CIDR). Borrador.

—. 2005b. «Micro insurance management mutual health organizations: Operational issues» («Administración de microseguro en organizaciones mutualistas de salud; asuntos de operación»), presentación ante la Conferencia de Microseguro, Munich Re Foundation y Grupo de Trabajo CGAP Sobre Microseguro, Schloss Hohenkammer, Germany, octubre.

Garand, D. 2005. *VimoSEWA, India,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices, Case Study Núm. 16 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 16»), (Geneva, ILO Social Finance Programme).

Gautier, B.; Boutbien, A.; Galland, B. 2005. *L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière, Guinea*, CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study Núm. 17 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm 17»), (Geneva, ILO Social Finance Programme).

Genesis Analytics. 2005. *A regulatory review of formal and informal funeral insurance markets in South Africa* («Un repaso de la regulación de los mercados formales e informales de seguro funeral en Sudafrica»), (Johannesburg, FinMark Trust).

Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit (GTZ). 2005. *Social health insurance: A contribution to the international development policy debate on universal systems of social protection* («Seguro social de salud: una contribución al debate sobre el desarrollo de política internacional en torno a los sistemas de protección social»), Documento de discusión, División 4300, Health, Education and Social Protection, Sector Project «Systems of Social Protection», Eschborn, noviembre.

—; **International Labour Office (ILO); World Health Organization (WHO).** 2005. «Evaluation report. PhilHealth organized Group Interface (POGI)» («Reporte de evaluación PhilHealth organized Group Interface (POGI)»), Ginebra.

Goodwin-Groen, R. 2003. *The 7 C's for improving technical service delivery to microfinance institutions* («Las 7 C's para mejorar la entrega de servicio técnico a las instituciones microfinancieras»), (Washington, DC, SEEP Network).

—; **CGAP staff; Ritchie, A.** 2005. «Building capacity for retail microfinance», Donor Brief Núm. 24 («Construyendo la capacidad para las microfinanzas al detal: Resumen para Donantes, Núm. 24 (Washington, DC, CGAP), en: www.cgap.org/docs/DonorBrief_24.pdf.

Guérin, O. 2006. *AssEF, Benin*, CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study Núm. 20 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 20»), (Geneva, ILO Social Finance Programme).

Hanel, A. 1992. *Basic aspects of cooperative organizations and cooperative self-help promotion in developing countries*, («Aspectos básicos de las organizaciones cooperativas y la promoción de auto-ayudas cooperativas en los países en desarrollo»), (Marburg).

Herrera, C.; Miranda, B. 2004. *Columna, Guatemala,* CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study Núm. 5 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 5») (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

Holst, J. 2005a. *Health microinsurance: A comparison of four publicly run schemes, Latin America* («Micro seguro de salud: una comparación entre cuatro esquemas gestionados por el gobierno, América Latina»), CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study Núm. 18 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 18»), (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

—. (ed.). 2005b. *Proteção Social Universal e Resposta Integral ao HIV/AIDS. Atuais desafios e perspectives dos sistemas de saúde na América Latina e no Caribe* («Protección Social Universal y Respuesta Integral al VIH/SIDA. Actuales desafíos y perspectives de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe»), (Eschborn/Brasilia, GTZ/PAHO/ILO/Ministério de Saúde).

Huber, G.; Hohmann, J.; Reinhard, K. 2003. *Mutual health organizations (MHO). Five years experience in West Africa: Concerns, controversies and proposed solutions* («Organizaciones mutua-

listas de salud (OMS). Cinco años de experiencia en África occidental: preocupaciones, controversias y soluciones propuestas»), (Eschborn, GTZ, Division 4300, Health, Education, Social Security-Social Health Insurance in Developing Countries).

Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA). 2002. *Insurance Regulatory and Development Authority* («Regulación de Seguro y el desarrollo de la autoridad»), *Obligations of Insurers to Rural Social Sectors* («Obligaciones de los aseguradores con los sectores sociales rurales»), Regulations (Regulación) (Hyderabad).

—. 2005. *Insurance Regulatory and Development Authority, Microinsurance Regulations* («Regulación de Seguro y desarrollo de la autoridad»), IRDA/MI/3/2005 (Hyderabad).

Inter-American Development Bank (IADB). 1999. *Domestic violence against women*, («Violencia doméstica contra las mujeres»), Nota Técnica Núm. 7 (Washington, DC).

International Alliance for the Extension of Social Protection. 2005. *The Geneva* Consensus («El consenso de Ginebra»), (Ginebra).

International Cooperative and Mutual Insurance Federation (ICMIF). 2005. *Lessons learnt the hard way*, («Lecciones aprendidas de mala manera»), CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study Núm. 6 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 6») (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

International Labour Office (ILO). 2000. *World Labour Report: Income security and social protection in a changing world* («World Labor Report: la seguridad de los ingresos y la protección social en un mundo cambiante»), (Ginebra).

—. 2001. *Social security: A new consensus* («Seguridad social: un Nuevo consenso»), (Ginebra).

—. 2002a. *Decent work and the informal economy* («Trabajo decente y la economía informal»), Reporte VI, International Labour Conference, Sesión 90.ª (Ginebra).

—. 2002b. *Women and men in the informal economy: A statistical picture* («Los hombres y las mujeres en la economía informal. Un cuadro estadístico»), (Geneva).

—. 2002c. *Social security: Standards for the XXIst Century* («Estándares de seguridad social para el siglo XXI»), (Ginebra, ILO International Labour Standards Department).

—. 2003/2004. *Consolidated database of the inventories of microinsurance schemes* («Base de datos consolidada de los inventarios de esquemas micro financieros»), (Ginebra, OIT/STEP).

—. 2004. India: *An inventory of microinsurance Schemes* («Un inventario de esquemas de micro seguro») (Ginebra, OIT/STEP).

—. 2005a. *Community-based schemes. India: An inventory of microinsurance schemes* («Esquemas de base comunitaria. India: un inventario de esquemas de micro seguro»), (Ginebra, OIT/STEP).

—. 2005b. *Social protection as a productive factor* («Protección social como un factor de productividad»), documento para el Governing Body, Committee on Employment and Social Policy, 294.ª Sesión (Ginebra).

—. 2006a. *The end of child labour: Within reach* («El final del trabajo infantil: a nuestro alcance»), Reporte Global bajo el seguimiento de la OIT Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work, International Labour Conference, 95.ª Sesión (Ginebra).

—. 2006b. *Changing the paradigm: Social security as global social investment* (Ginebra, ILO Social Security Department).

— (OIT/STEP); GTZ. Próximamente. *The role of microinsurance as a tool to face risks in the context of social protection.* («El rol del microseguro como herramienta para enfrentar los riesgos en el contexto de la protección social»).

Jakab, M; Krishnan, C. 2004. «Review of strengths and weaknesses of community financing» («Repaso de las fortalezas y debilidades de la financiación comunitaria») en A. Preker y G. Carrin: *Health financing for poor people: Resource mobilization and risk sharing* («Financiación de salud para la gente pobre: movilización de recursos y consorcio de riesgos»), (Washington, World Bank).

Jamison, D.; Breman, J.; Measham, A.; Alleyne, G.; Claeson, M.; Evans, D.; Jha, P.; Mills, A.; Musgrove, P. (eds.). 2006. *Priorities in Health* («Prioridades en salud»), (Washington, DC, World Bank), en: http://media.worldbank.org/secure/dcpp/pdf/complete.pdf.

Jütting, J. 2002. *Social risk management in rural areas of low-income countries: An economic analysis of community-based health insurance schemes* («Manejo del riesgo social en las áreas rurales de los países de bajos ingresos: un análisis económico de los esquemas de seguro de salud con base comunitaria»), (Bonn, University of Bonn, Facultad de Agricultura).

—. 2003. «Do community-based health insurance schemes improve poor people's access to health care? Evidence from rural Senegal», («¿Mejoran los esquemas de seguro de salud con base comunitaria el acceso de la gente pobre al cuidado de salud? Evidencia de Senegal rural»), en *World Development*, Vol. 32, Núm. 2, pp. 273-288.

Kasten, E. 2004. «Agriculture and agricultural insurance», presentation to ICMIF Agricultural Insurance Network, Tunis, Tunisia («La agricultura y el seguro agrícola», presentación a la ICMIF Agricultural Insurance Network, Tunis, Tunisia).

Kiwara, M.; Fungu, H. 2005. «Microfinance in micro health insurance schemes: Experiences from Tanzania», en *Journal of Insurance and Risk Management* («Las microfinazas en los esquemas de microseguro de salud: experiencias de Tanzania») Vol. IV, Núm. 7, diciembre.

Kovan, R. 2006. *Strategies for unions to provide benefits and financial services to workers: case studies from the US experience* («Estrategias para que las uniones provean beneficios y servicios financieros a los trabajadores: estudios de caso de la experiencia de Estados Unidos»), Social Finance Programme Working Paper (Ginebra, OIT).

Laidlaw, A.F. 1974. «The cooperative sector: Intersectoral relationships. Applying the cooperative sector concept in different countries and economic systems» («El sector cooperativo: relaciones intersectoriales. Aplicando el concepto cooperativo en diferentes países y sistemas económicos»), University of Missouri.

Latortue, A.; Cohen, M.; McCord, M.; Churchill, C.; CGAP staff. 2003. «Microinsurance: A risk management strategy» («Microseguro: una estrategia de manejo de riesgo»), Resumen para donantes Núm. 16 (Washington, DC, CGAP), en www.cgap.org/docs/DonorBrief_16.pdf.

Leach, J. 2005. «The regulator's dilemma» («El dilema del regulador»), presentación a la Conferencia sobre microseguro. Munich Re Foundation y el grupo de Trabajo CGAP sobre Microseguro, Schloss Hohenkammer, Germany, octubre.

Leftley, R. 2002. *An overview of insurance product design within the opportunity international network* («Un vistazo general al diseño de productos de seguro dentro de la red de Opportunity International»), Opportunity International, Technical Services Division (mimeo).

—. 2005. *Technical assistance for the promotion of microinsurance: The experience of Opportunity International* («Asistencia técnica para la promoción del microseguro: la experiencia de Opportunity International»), CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study, Núm. 11 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 11»), (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

Manje, L. 2005. *Madison Insurance, Zambia*, CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study Núm. 10 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 10»), (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

Manski, C. 2000. «Economic analysis of social interactions» («Análisis económico de interacciones sociales»), en *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 14, Núm. 3, verano, pp. 115-136.

Matul, M. 2004. *Understanding demand for micro-insurance in Georgia* («Comprendiendo la demanda para el microseguro en Georgia»), (Warsaw, Microfinance Center).

—. 2006. *Market for microinsurance in Ukraine: Low-income households needs and market development projections* («El mercado para el microseguro en Ucrania: las necesidades de las familias de bajos ingresos y las proyecciones para el desarrollo de mercado»), (Warsaw, Microfinance Center).

—; **Tounitsky, V.** 2006. «The market for microinsurance in Ukraine» («El mercado para el microseguro en Ucrania»), (Warsaw, Microfinance Center). Borrador.

Mayoux, L. 2005. *Microinsurance Newsletter* (CGAP Working Group on Microinsurance), Núm. 7, junio.

McCord, M.J. 2000. «Microinsurance: A case study of an example of the mutual model of microinsurance provisión, UMASIDA» («El microseguro: un estudio de caso de un ejemplo de modelo mutualista de provisión de seguro, UMASIDA»), (Nairobi, MicroSave).

—. 2001. *Microinsurance: A case study of an example of the provider model of microinsurance provision: GRET, Cambodia* («Microseguro: un estudio de caso de un ejemplo del modelo de la provision de microseguro: GRET, Camboya»), (Nairobi, MicroSave).

—. 2004. *An example of systematic new product development for life microinsurance* («Un ejemplo del desarrollo sistemático de nuevos productos para el microseguro»), MicroInsurance Centre Briefing Nota Núm. 4.

—. 2005. «Microinsurance: Sustainable risk management for the low income market» («Microseguro: manejo de riesgos sustentable para el mercado de bajos ingresos»), trabajo presentado ante el Financial Sector Development Conference, 23-24 de junio.

—; **with Mutesasira, L; Mukwana, P; Sekiranda, A.** 2000. *Microinsurance in Uganda: A case study of an example of the partner-agent model of microinsurance provision-AIG/FINCA Uganda-Group Personal Accident Insurance* («Microseguro en Uganda: un estudio de caso como ejemplo del modelo socio-agente en la provisión de microseguro. AIG/FINCA Uganda-seguro grupal de accidente personal»), (Nairobi, MicroSave).

—. **Hashemi, S.; Isern, J.** 2001. *Microinsurance: A case study of an example of the full service model of microinsurance provision, Self-Employed Women's Association* («Microseguro: un estudio de caso como ejemplo del modelo de servicio total de provision de seguro, Self-Employed Women's Association»), (SEWA-India) (Nairobi, MicroSave).

—; **Buczkowski, G.** 2004. *CARD MBA, las Filipinas*, CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study Núm. 4 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 4») (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

—; **Churchill, C.** 2005. *Delta Life, Bangladesh*, CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study Núm. 7 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 7»), (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

—; **Botero, F.; McCord, J.S.** 2005a. *AIG Uganda: A member of the American International Group of companies* («AIG Uganda: un miembro de las compañías de American International Group») CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices Case Study Núm. 9 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Prácticas buenas y malas, Estudio de caso Núm. 9»), (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

—; **Ramm, G.; McGuinness, E.** 2005b. *Microinsurance demand and market prospects: Indonesia. UNDP-GTZ-Allianz Group* («La demanda para el micro seguro y los prospectos del Mercado»), (The Microinsurance Centre) mimeo.

Mekong Economics Ltd. 2003. *The demand for risk managing financial services from poor women in rural areas: The case of Vietnam* («La demanda para servicios financieros de manejo de riesgos para mujeres pobres en áreas rurales: el caso de Vietnam») (Hanoi, ILO), reporte final.

Microfinance Information eXchange (The MIX)**.** www.mixmarket.org viewed on 21 abril 2006.

MicroSave Briefing Note No. 6. (sin fecha). «The relative risks to the savings of poor people» («Los riesgos relativos al ahorro de la gente pobre»), en: www.microsave.org.

Millinga, A. 2002. *Assessing the demand for microinsurance in Tanzania* («Evaluando la demanda para el microseguro en Tanzania») (Nairobi, MicroSave-Africa).

Morduch, J. 2006. «Microinsurance: The next revolution?» («El microseguro: ¿la próxima revolución?»), en A. Banerjee, R. Benabou and D. Mookherjee (eds.): *What have we learned about poverty?* («Qué hemos aprendido de la pobreza?») (Oxford, Oxford University Press).

Munich Re Foundation; CGAP Working Group on Microinsurance; International Labour Office (ILO). 2006. *Summary Report of the 2005 Microinsurance Conference «Making Insurance Work for the Poor: Current Practices*

and Lessons Learnt» («Resumen de la Conferencia sobre Microseguro de 2005: Haciendo que el seguro trabaje para los pobres: prácticas actuales y lecciones aprendidas»), organizado por la Munich Re Foundation y el grupo de Trabajo CGAP sobre Microseguro, Munich, Schloss Hohenkammer, 18-20 octubre 2005.

Musau, S.N. 1999. *Community-based health insurance: Experiences and lessons learned from East Africa* («Seguro de salud con base comunitaria. Experiencias y lecciones aprendidas de Africa oriental»), (Bethesda, MD, Partnerships for Health Reform).

Neumann, M. 1973. «Konflikt-oder Harmonietheorie der Genossenschaften», en *Zeitschrift für das gesamte Genossenschaftswesen*, Vol. 23, Núm. 1, pp. 46-62.

Newbrander, W.; Brenzel, L. 2002. «Creating a favorable market environment for microinsurance at the community level» («Creando un entorno de mercado favorable para el microseguro a nivel comunitario»), en D. Dror and A. S. Preker (eds.): *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* («Reaseguro social: un nuevo enfoque para el financiamiento sustentable de la salud comunitaria»), (Washington, DC, World Bank; Ginebra, OIT), pp. 303-312.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2004. *Principles of corporate governance* («Principios de gobierno corporativo») (París).

Pérez, I. 1999. *Estudio de caso: Régimen subsidiado de salud, empresa solidaria de salud «Co-Esperenza»* (Boyaca, Colombia, ILO/STEP).

Piron, L. 2004. *Rights-based approaches to social protection* («Enfoques basados en derecho para la protección social») (Londres, ODI).

Porteous, D. 2004. *Making financial markets work for the poor* («Haciendo los mercados financierso trabajar para los pobres»), (Johannesburg, FinMark Trust).

Portes, A. 1998. «Social capital: Its origins and applications in modern sociology» («Capital social: sus orígenes y aplicación en la sociología moderna»), en *Annual Review of Sociology*, Vol. 24, pp. 1-24.

Prahalad, C. K. 2005. *The fortune at the bottom of the pyramid: Eradicating poverty through profits* («La fortuna en la base de la pirámide: erradicando la pobreza a través de las ganancias»), (Upper Saddle River, NJ, Wharton School Publishing).

Preker, A; Carrin, G. 2004. *Health financingfor poor people: Resource mobilization and risk sharing* («Financiación del cuidado de salud para la gente pobre: movilización de recursos y consorcios de riesgo»), (Washington, DC, World Bank).

Putnam, R. D. 1995. «Bowling alone: America's declining social capital» («Jugando a los bolos en solitario: el capital social de América en caída»), en *Journal of Democracy*, Vol. 6, Núm. 1, enero, pp. 65-78.

Radermacher, R.; van Putten-Rademacher, O.; Müller, V.; Wig, N.; Dror, D. 2005a. *Karuna Trust, Karnataka, India*, CGAP Working Group on Microinsurance: Good and Bad Practices, Case Study Núm. 19 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Prácticas buenas y malas, Estudio de caso Núm 10»), (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

—; **Wig, N.; van Putten-Rademacher, O.; Müller, V.; Dror, D.** 2005b. *Yeshasvini Trust, Karnataka, India*, CGAP Working Group on Microinsurance: Good and Bad Practices, Case Study Núm. 20 (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

Ranson, M.; Bennett, S. 2002. «Role of central governments in furthering social goals through microinsurance units» («El rol de los gobiernos centrales en avanzar las metas sociales a través de unidades de microseguro»), en D. Dror and A. S. Preker (eds.): *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* («El reaseguro social: un nuevo enfoque para el financiamiento sostenible de salud comunitaria»), (Washington, DC, World Bank; Ginebra, ILO), pp. 245-266.

Reinmuth, D.; Weihe, T.; James, C. 1990. *Insuring Development: Through popular-based Insurance* («Asegurando el desarrollo: a través de seguro de base popular»), (Washington, DC, North American Association of the International Cooperative Insurance Federation and US Overseas Cooperative Development Committee).

Revathy, L. N. 2006. «Sankat Haran policy only on IFFCO, IPL products» («Política Sankat Haran sólo en productos de IFFCO e IPL»), en *The Hindu*, enero.

Rodríguez, M.; Miranda, B. 2004. *ServiPerú, Peru*, CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices, Case Study Núm. 1(«Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 1»), (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

Roth, J. 1995. «Silence is golden for insurance sharks» («El silencio es oro para los tiburones del seguro»), en *Mail and Guardian* (South Africa), 3 febrero.

—. 2002. *Informal micro-finance schemes: The case of funeral insurance in South Africa* («Los esquemas informales de microfinanzas: el caso del seguro funeral en África del Sur»), ILO Social Finance Working Paper Núm. 22 (Ginebra, OIT).

—; **Athreye, V.** 2005. *TATA-AIG Life Insurance Company Ltd., India*, CGAP Working Group on Microinsurance: Good and Bad Practices Case Study, Núm. 14 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 14»), (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

—; **Churchill, C.; Ramm, G.; Namerta.** 2005. *Microinsurance and microfinance institutions: Evidence from India* («El microseguro y las instituciones de microfinanzas: evidencia de la India»), CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices, Case Study Núm. 15 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 15») (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

Rutherford, S. 2000. *The poor and their money* («Los pobres y su dinero»), (New Delhi, Oxford University Press).

Scheil-Adlung, X. 2004. *Indonesia: Advancing social health protection for the poor* («Indonesia: avanzando la protección de salud social para los pobres»), Documento de trabajo conjunto UNSFIR/ILO Jakarta, Serie de documentos de trabajo UNSFIR, Núm. 04/01 (Jakarta).

Schinzler, H. 2005. «Welcome address to the 2005 Microinsurance Conference, Munich, 2005» («Discurso de bienvenida a la Conferencia de Microseguro 2005, Munich, 2005»), presentación ante la Conferencia de Microseguro de Munich Re Foundation y el grupo de Trabajo CGAP sobre Microseguro, Schloss Hohenkammer, Germany, octubre.

Sebageni, G. 2003. *Assessing demand for microinsurance in Uganda* («Evaluando la demanda de microseguro en Uganda»), (Nairobi, MicroSave-Africa).

Sebstad, J.; Cohen, M. 2001. *Microfinance: Risk management and poverty* («Microfinanzas: manejo de riesgo y pobreza»), (Washington, DC, CGAP).

—; —; **McGuinness, E.** 2005. *Guidance for research on the demand for microinsurance* («Guías para la investigación de la demanda de microseguro»), (Washington, DC, Microfinance Opportunities). Borrador.

Siegel, P.; Alwang, B. J.; Canagarajah, S. 2001. *Viewing microinsurance as a social risk management instrument* («Considerando el microseguro como un instrumento de manejo de riesgo»), Social Protection Discussion Paper Series, Núm. 116 (Washington, DC, World Bank, Social Protection Unit, Human Development Network).

Simkhada, N.; Guatam, S.; Misha, M.; Acharya, I.; Sharma, N. 2000. *Research on risk and vulnerability of rural women in Nepal* («Investigación sobre el riesgo y la vulnerabilidad de mujeres en las areas rurales de Nepal»), (Kathmandu, Nepal, Center for MicroFinance).

Smith, M.; Melzer, I. 2004. *Towards a benchmark for access to life insurance in LSM 1-5* («Hacia una norma para el acceso al seguro de vida en LSM 1-5»), (Johannesburg, FinMark Trust).

Sobel, J. 2002. «Can we trust social capital?» («¿Podemos confiar en el capital social?»), en *Journal of Economic Literature*, Vol. 40, pp. 139-154.

South African Insurance Association (SAIA), Johannesburg, en: www.saia.co.za.

Szubert, D. 2004. «Understanding the demand for microinsurance in Albania: Results of exploratory qualitative study» («Comprendiendo la demanda para el microseguro en Albania: resultados de un estudio comparativo de exploración»), (Warsaw, Microfinance Centre) mimeo.

Tabor, S. R. 2005. *Community-based insurance and social protection policy* («El seguro con base comunitaria y la política de protección social»), (Washington, DC, World Bank, World Bank Institute).

Thomas, G. E. 2004. «Care or cure: Loss prevention in health insurance» («Cuidado o cura: la prevención de pérdidas en el seguro de salud»), presentación ante el Tariff Advisory Committee de la International Actuarial Association, Health Section Colloquium, Dresden, Alemania.

Tran, N.; Yun, T. S. 2004. *TYM's Mutual Assistance Fund*, *Viet Nam*, CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices, Case Study Núm. 3 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 3»), (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

Tremblay, C.; Quirion, M.; Langlois, S.; Klutzé, F. 2006. *MAFUCECTO, Togo*, CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bad Practices, Case Study Núm. 25 («Grupo de Trabajo de CGAP sobre Microseguro, Buenas y malas prácticas, Estudio de caso Núm. 25»), (Ginebra, ILO Social Finance Programme).

Tuladhar, J. 2003. «Health micro-insurance Schemes; towards gender equality» («Esquemas de microseguro de salud; hacia la igualdad de géneros»), trabajo presentado en el taller de capacitación profesional para entrenadores de OIT/STEP, Nueva Delhi, octubre.

Uldrich, J.; Newberry, D. 2003. *The next big thing is really small: How nanotechnology will change the future of your business* («La próxima cosa grande es bien pequeñita: cómo la nanotecnología cambiará el futuro de su negocio»), Crown Business Briefing Series).

United Nations Children's Fund (UNICEF). 2000. *Domestic violence against women and Girls* («Violencia doméstica contra mujeres y niñas»), (Florence, Innocenti Research Centre).

United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD). 1977. *Cooperative insurance: A suitable form of insurance for developing countries, study* («Seguro cooperativo. Una manera adecuada de seguro para los países en desarrollo, un estudio»), (TD/B/C.3/138).

—. 2003. *Selected issues in corporate governance: Regional and country experiences* («Asuntos seleccionados del gobierno corporativo: experiencias regionales y de países»), (United Nations, New York and Ginebra).

Van Bastelaer, T. 2000. *Does social capital facilitate the poor's access to credit? A review of the microeconomic literature* (¿«Facilita el capital social el acceso de los pobres al crédito? Un repaso de la literatura micro económica?»), Social Capital Initiative, Documento de Trabajo Núm. 9 (Washington, DC, World Bank).

Vaté, M.; Dror, D. 2002. «To insure or not to insure? Reflections on the limits of insurability» («Asegurar o no asegurar? Reflexiones en torno a los límites de la asegurabilidad»), en D. Dror and A. S. Preker (eds.): *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* («Reaeguro social: un Nuevo enfoque al financiamiento sostenible de la salud comunitaria»), (Washington, DC, World Bank; Ginebra, OIT), pp. 125-152.

Velasco, C.; del Granado, A. 2004. «Resultados de la Investigacion del mercado para el programa financiero» (Bolivia, ProMujer), mimeo.

Vierheller, R. 1977. «Manager-Dominanz und Mitglieder-Motivation in der Genossenschaft», en *Zeitschrift für das gesamte Genossenschaftswesen*, Vol. 27, Núm. 3, pp. 199-222.

—. 1983. *Demokratie und Management — Grundlagen einer Managementtheorie genossenschaftlich— demokratisch verfaßter Unternehmen* (Göttingen, Marburger Schriften zum Genossenschaftswesen), Vol. 59.

Weber, A. 2002. «Insurance and market failure at the microinsurance level» («Seguro y la falla del mercado a nivel de microseguro»), en D. Dror and A. S. Preker (eds.): *Social reinsurance: A new approach to sustainable community health financing* («Reaseguro social: un nuevo enfoque al financiamiento sostenible de la salud comunitaria»), (Washington, DC, World Bank; Ginebra, OIT), pp. 204-222.

Which.co.uk, «UK endowment mis-selling», at: http://www.which.net/endowmentaction/index.html.

Wiegandt, A.; Van der Vennet, J.; Diallo, A.; Criel, B. 2002. «La perception des professionnels de santé de la MUCAS Maliando. La difficulté de l'approche partenariale», en B. Criel *et al.* (eds.): *Le projet PRIMA en Guinée Conakry: Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale* (Brussels, Medicus Mundi/Ministère de la Santé Publique de Guinée/GTZ/DGCI, IMT).

Woolcock, M. 1998. «Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework» («Capital social y desarrollo económico; hacia un marco de síntesis teórica y política pública»), en *Theory and Society*, Vol. 27, Núm. 2, pp. 151-208.

World Health Organization (WHO). 2004. *Social health insurance* («Seguro social de salud»), reporte del Secretariado, Junta Ejecutiva 115.ª Sesión, Provisional Agenda Item 4.5, 2 diciembre.

— **Cambodia**. 2003. *Social health insurance in Cambodia, proposal for a master plan*, («Seguro social de salud en Camboya, propuesta para un plan maestro»), preparado en colaboración con el Ministerio de Salud de Camboya, y WHO Cambodia.