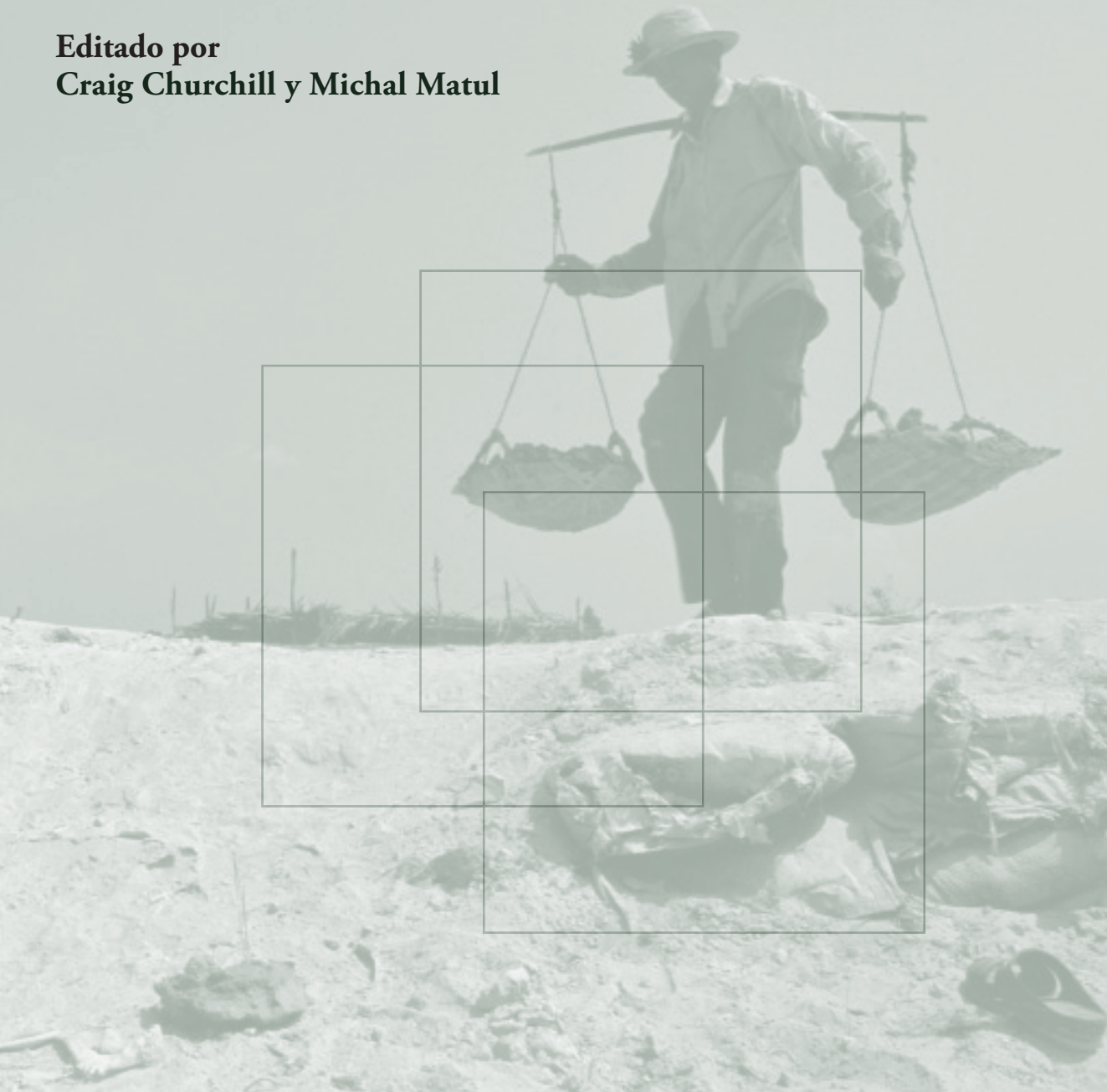
Munich Re Foundation
From Knowledge to Action

micro insurance network

International Labour Office
Geneva

Protegiendo a los pobres
Un compendio sobre microseguros
Tomo II

Editado por
Craig Churchill y Michal Matul



Protegiendo a los pobres
Un compendio sobre microseguros
Tomo II

Protegiendo a los pobres
Un compendio sobre microseguros
Tomo II

Editado por
Craig Churchill y Michal Matul

Munich Re Foundation
From Knowledge to Action

micro insurance network

International Labour Office
Geneva

Organización Internacional del Trabajo,
CH-1211 Ginebra, Suiza
www.ilo.org
en asociación con
Munich Re Foundation
80791 München,
Alemania
www.munichre-foundation.org

La edición original en inglés de esta obra ha sido publicada por la Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, en asociación con Munich Re Foundation, Munich, bajo el título *Protecting the poor. A micro-insurance compendium. Volume II*.
Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2012

Edición española copyright © Munich Re Foundation 2014.
Traducida y publicada con permiso.

ISBN 978-92-2-325744-6 (impreso)
ISBN 978-92-2-325745-3 (web pdf)
Munich Re Foundation Número de pedido 302-08356

Foto de cubierta: L. Rain, © OIT

Impreso en Alemania

Datos de catalogación de le OIT: microseguro/bajos ingresos/ingreso de los hogares/protección social/seguros/seguro de enfermedad/seguro de vida, 11.02.3

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a la Oficina de Publicaciones (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.

Las bibliotecas, instituciones y otros usarios 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 Oficina Inernacional del Trabajo o Munich Re Foundation las sancione.
Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo o Munich Re Foundation, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Las publicaciones y productos electrónicos de la OIT pueden obtenerse en las principales librerías o en oficinas locales de la OIT en muchos países o pidiéndolas a: Publicaciones de la OIT, Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza. También pueden solicitarse catálogos o listas de nuevas publicaciones a la dirección antes mencionada o por correo electrónico a: pubvente@ilo.org.
Vea nuestro sitio en la red: www.ilo.org/publns

Contenido

Agradecimientos xiv
Tabla de acrónimos xvii
Introducción 1
Craig Churchill y Dirk Reinhard

Parte I Temas emergentes 7

1 Tendencias actuales en el microseguro 8
Craig Churchill y Michael J. McCord
1.1 La definición de los microseguros está llegando a ser operacional 8
1.2 Hay más familias de bajos ingresos cubiertas por un seguro 11
1.3 Los interesados en los microseguros son cada vez más diversos 19
1.4 Los proveedores ofrecen una gama creciente y variada de productos 36
1.5 Existe un mayor interés en que el seguro ofrezca valor a los asegurados 40
1.6 Conclusión 41

2 El potencial del microseguro para la protección social 44
Yvonne Deblon y Markus Loewe
2.1 Alcance y función de la protección social 47
2.2 La protección social en los países en vías de desarrollo 51
2.3 Los microseguros como herramienta de protección social 54
2.4 Conclusión: La necesidad de un enfoque sistemático 64

3 ¿Qué repercusiones tiene el microseguro? 66
Ralf Radermacher, Heidi McGowan y Stefan Dercon
3.1 ¿Qué se entiende por impacto? 66
3.2 La literatura actual 69
3.3 Impacto esperado y observado de los microseguros 72
3.4 Conclusión 91

4 Microseguro y cambio climático 92
Thomas Loster y Dirk Reinhard
4.1 Las repercusiones del cambio climático 93
4.2 El microseguro y fenómenos meteorológicos 97
4.3 Retos operacionales y soluciones 108
4.4 El papel de los actores clave 115
4.5 Conclusión 121

Parte II	**Seguro de Salud**	**123**
5	**Innovaciones y barreras en el microseguro de Salud**	**124**
	Sheila Leatherman, Lisa Jones Christensen y Jeanna Holtz	
5.1	Evidencia del impacto de los microseguros de salud	125
5.2	La demanda y los problemas de suministro de microseguros de salud	129
5.3	Innovaciones y barreras en el microseguro de salud	135
5.4	El camino a seguir	142
6	**Mecanismos de pago a cargo de terceros (TPP - third-party payment) en el microseguro de Salud**	**147**
	Pascale LeRoy y Jeanna Holtz	
6.1	Prácticas actuales TPP	150
6.2	Establecer y gestionar mecanismos TPP	154
6.3	Conclusión	172
7	**La búsqueda difícil de obtener estimaciones de la voluntad a pagar por los microseguros de salud**	**175**
	David Dror y Ruth Koren	
7.1	Métodos para evaluar la disposición a pagar	177
7.2	Buscar experimentos DAP relevantes	179
7.3	Principales conclusiones	183
7.4	Las lecciones aprendidas y las implicaciones para los expertos	193
Parte III	**Seguro de Vida**	**195**
8	**Ahorros en el microseguro: lecciones de la India**	**196**
	Rob Rusconi	
8.1	Consideraciones sobre ahorros y seguros	196
8.2	Productos considerados	200
8.3	Lecciones clave aprendidas	207
8.4	Reflexiones finales y camino a seguir	218
9	**Mejorando el microseguro de desgravamen**	**220**
	John Wipf, Eamon Kelly y Michael J. McCord	
9.1	¿Qué es el seguro de desgravamen?	221
9.2	¿Quién obtiene beneficios de los seguros de desgravamen?	223
9.3	Cuantificación del valor del seguro de gravamen	228
9.4	Productos ampliados existentes	233
9.5	Aspectos operativos	237
9.6	Conclusiones y recomendaciones	241
10	**Seguro funerario**	**244**
	Christine Hougaard y Doubell Chamberlain	
10.1	Cuestiones relacionadas con la cobertura funeraria	245
10.2	Características clave de la cobertura funeraria	250
10.3	Creación de valor	257
10.4	Conclusión	265
Parte IV	**Seguro de No Vida**	**267**
11	**Diseñado para el impacto sobre el desarrollo: el seguro indexado de nueva generación para los pequeños agricultores**	**268**
	Michael R. Carter	
11.1	Fundamentos del seguro agrícola indexado	269
11.2	Diseñar contratos para minimizar el riesgo base	275
11.3	Vinculación entre el seguro y el crédito	280
11.4	Conclusión: Diseñado con miras al impacto sobre el desarrollo	286
	Apéndice - Análisis de simulación entre seguro indexado y autoseguro	287

12 Seguro pecuario: Ayudar a los ganaderos vulnerables a manejar su riesgo 290
Anupama Sharma y Andrew Mude
12.1 ¿Para qué sirve el seguro de ganado? 291
12.2 Seguro pecuario para pobres 293
12.3 Dificultades al facilitar un seguro pecuario 296
12.4 Catalizar el mercado: innovaciones que hacen viable el seguro pecuario 298
12.5 Conclusión 306

Parte V El seguro y el mercado de bajos ingresos 307

13 La psicología del microseguro: los pequeños cambios pueden causar una diferencia sorprendente 308
Aparna Dalal y Jonathan Morduch
13.1 Pequeños cambios pueden causar una diferencia sorprendente 308
13.2 Estrategias 309
13.3 Conclusión 320

14 Nuevas prácticas en la educación del consumidor sobre gestión de riesgos y seguros 322
Iddo Dror, Aparna Dalal y Michal Matul
14.1 Contenido de la educación del cliente 323
14.2 Impartir educación al consumidor 327
14.3 Sostenibilidad y modelo empresarial para la educación del consumidor 332
14.4 Conclusión 336

15 Mejorando el valor para el cliente: Información procedente de la India, Kenia y Filipinas 338
Michal Matul, Clémence Tatin-Jaleran y Eamon Kelly
15.1 Marco y herramienta de evaluación del valor para el cliente 339
15.2 Oportunidades de creación de valor 343
15.3 Establecer criterios de referencia: mecanismos informales y planes de seguridad social 357
15.4 Valor relativo de productos a nivel nacional 360
15.5 Conclusiones 370

16 Microseguro adecuado para mujeres 373
Anjali Banthia, Susan Johnson, Michael J. McCord y Brandon Mathews
16.1 El género y los riesgos en hogares pobres 374
16.2 Estrategias tradicionales para la gestión de riesgos y el afrontamiento 379
16.3 El microseguro sensible al género 383
16.4 Conclusión: un llamamiento a la acción 390

17 Formalización del seguro informal inherente a la migración: análisis de las relaciones potenciales entre migración, remesas y microseguro 394
Jennifer Powers, Barbara Magnoni y Emily Zimmerman
17.1 Consideraciones sobre la demanda de seguros vinculados a la migración 396
17.2 Marco: las "3 haches" de los seguros vinculados a la migración 397
17.3 Retos normativos y legales 399
17.4 Retos y oportunidades operativos para los seguros vinculados a la migración y a las remesas 401
17.5 Conclusión 411

Parte VI Aseguradores y microseguro 413

18 ¿Es rentable el negocio de microseguro para las compañías de seguros? 414
Janice Angove y Nashelo Tande
18.1 Marco para evaluar la rentabilidad 415
18.2 Contexto e introducción 417
18.3 Análisis financieros e impulsores de la rentabilidad 424
18.4 Conclusiones y recomendaciones 447

19 Enseñar a los elefantes a bailar: La experiencia de las aseguradoras comerciales en los mercados de bajos ingresos 450
Janice Angove, Martin Herrndorf y Brandon Mathews
19.1 La implicación de los aseguradores comerciales en el microseguro 451
19.2 Organización interna: modelos para el éxito 458
19.3 Participación externa: crear relaciones de mercado 468
19.4 Conclusión 479

20 Sinergias del mercado y el Estado: información útil sobre el éxito del microseguro en la India 482
Rupalee Ruchismita y Craig Churchill
20.1 Introducción general del sector 484
20.2 Productos 489
20.3 Canales de distribución 508
20.4 Conclusión: Catalizadores del éxito 517

21 Precio de los productos de microseguro 523
Denis Garand, Clémence Tatin-Jaleran, Donna Swiderek y Mary Yang
21.1 El ciclo de la fijación de precios 525
21.2 Reunir y análisis datos 527
21.3 Definir supuestos 533
21.4 Determinar la prima 535
21.5 Supervisar y evaluar la experiencia relativa al producto 539
21.6 Perfeccionar la prima 539
21.7 Ejemplo de resumen 540
21.8 Conclusión 543

Parte VII Canales de venta y mediadores 545

22 Nuevos horizontes en la distribución del microseguro 546
Anja Smith, Herman Smit y Doubell Chamberlain
22.1 Replanteamiento de la distribución 547
22.2 Comparación de los canales de distribución 553
22.3 Cuestiones emergentes 556
22.4 Avanzando 563

23 Mediadores del microseguro 566
Alex Bernhardt, Roland Steinmann y Michael J. McCord
23.1 Mediación de seguros: Seguros convencionales frente a microseguros 567
23.2 Mediadores exclusivos de microseguros 573
23.3 Mediadores de seguros tradicionales con algunas actividades de microseguros 581
23.4 El valor de la mediación de microseguros 585
23.5 Conclusiónes 590

Parte VIII Infraestructura y entorno del microseguro 593

24 La revolución tecnológica en el microseguro 594
Anja Smith, Eric Gerelle, Michiel Berende y Grieve Chelwa
24.1 Ventajas y riesgos de la tecnología en el microseguro 594
24.2 Tecnología de interfaz con el cliente 598
24.3 Procesamiento de transacciones 605
24.4 Análisis de datos 610
24.5 La promesa de los teléfonos móviles 611
24.6 Conclusión 614

25 Acceso al seguro y regulación del sector financiero 616
Arup Chatterjee
25.1 Inclusión financiera y seguro 617
25.2 ¿Existe un compromiso entre la labor prudencial y la labor de desarrollo? 618
25.3 Intervenciones reglamentarias a través de marcos normativos propicios 621
25.4 Tratamiento de las MCCO y los proveedores informales 632
25.5 Reconocer canales de distribución alternativos 634
25.6 Acceso al seguro y protección del consumidor 639
25.7 Conclusión 643

26 Protección de los consumidores a través de la promoción del microseguro 644
Rodney Lester y Katharine McKee
26.1 Características del mercado de microseguros importantes para la protección del consumidor 646
26.2 Hacia un marco de protección del consumidor para el microseguro 650
26.3 Diseñar e implementar regímenes especiales de protección del consumidor para el microseguro 658
26.4 Protección del consumidor no reglamentaria y no legislativa 663
26.5 Buenas prácticas emergentes 665

Apéndice 669
Sobre los autores 670
Bibliografía 679

Lista de tablas

1.1 Alcance estimado de los microseguros: millones de riesgos cubiertos 12
2.1 Descripción general de los sistemas de protección social organizados por los diferentes operadores 52
3.1 Marco de evaluación del impacto y evidencia de estudios revisados 73
4.1 Proyecciones de acontecimientos extremos de tiempo y del clima 95
4.2 Posibles efectos del cambio climático sobre las clases de seguro, 2030–2050 97
4.3 Dimensiones de los seguros: nivel, productos, beneficiarios 103
6.1 Resumen de la información de estudios de casos 149
6.2 Posibles ventajas y desventajas de los mecanismos TPP 153
6.3 Ventajas y desventajas de los diferentes métodos de pago 158
7.1 Ventajas y desventajas de distintos métodos de evaluación 179
7.2 Resumen de los datos, lugares y métodos de recogida de datos utilizados para obtener información sobre la DAP 181
7.3 Relación entre ingresos y la disposición a pagar 184
7.4 Relación entre la DAP y parámetros socioeconómicos 187
7.5 Efecto de la disponibilidad de la asistencia sanitaria en la DAP 188
7.6 Efecto de los gastos para la salud respecto a la DAP 190
8.1 Características clave de los productos evaluados 201
9.1 Indicadores clave de rendimiento para el seguro de desgravamen 229
9.2 Relación calidad-precio del seguro de los programas de desgravamen (clasificados por ratio de siniestralidad) 231
10.1 Estrategias de supervivencia de Thembi 250
10.2 Tipos de proveedores de seguro funerario 251
12.1 Tipos de riesgos en la cría de ganado 291
12.2 Cronología histórica del seguro en la India 293
12.3 Comparación de las diferentes técnicas de identificación del ganado 299
12.4 Experimentos con productos indexados para el seguro pecuario 301
12.5 Parámetros para el LPS, Andhra Pradesh, India 304
13.1 Resumen de recomendaciones 321
14.1 Áreas de contenido para CARE India 324
14.2 Modelos empresariales – puntos fuertes y retos 335

14.3 Ejemplos de indicadores de supervisión y evaluación 336
15.1 Productos incluidos en la prueba de la herramienta de evaluación del valor para el cliente 344
15.2 Productos incluidos en el análisis PACE para Kenia 361
15.3 Productos incluidos en el análisis PACE, India 365
15.4 Productos incluidos en el análisis PACE, Filipinas 368
17.1 Características generales del modelo de las "3 haches" 398
17.2 Socios para el marketing y la distribución de microseguros vinculados a la migración 406
17.3 Resumen de las oportunidades y los retos de los modelos de las "tres haches" 410
18.1 Marco para evaluar la rentabilidad de iniciativas de microseguros 416
18.2 Introducción general de las iniciativas de microseguros 419
18.3 Índices de rentabilidad bruta del seguro 425
18.4 Volúmenes de primas y vidas cubiertas 430
18.5 Crecimiento de primas e índices de renovación 431
18.6 Índices de siniestralidad brutos 438
18.7 Ratio de gastos 442
19.1 Actividades de microseguros de aseguradoras comerciales y sus medidas de éxito 458
19.2 Varios enfoques para estructurar el negocio 467
20.1 Hacer funcionar las subvenciones 486
20.2 Comparativa de los cuatro mayores planes de seguros de salud masivos 507
21.1 Fuentes de datos potenciales para tarificar un producto de salud para una cooperativa agrícola 531
21.2 Errores comunes al barajar supuestos de seguros de salud a partir de datos escasos 533
21.3 Cálculos de prima de riesgo simple 535
21.4 Organización B, siniestralidad prevista en relación con la salud 541
21.5 Organization B, resultados sobre la incidencia 542
22.1 Perspectivas sobre el éxito de la distribución 549
22.2 Resumen de los modelos empresariales de seguros considerados 551
22.3 Características de los canales de distribución 553
22.4 Puntos fuertes y puntos débiles de los canales de distribución 556
23.1 Principales diferencias entre la mediación de seguros y microseguros 571
24.1 Principales categorías de tecnología en microseguros 597
24.2 Tecnología para inscripción de clientes y pago de primas 598
25.1 Principios del G-20 para la Inclusión Financiera Innovadora: ejemplos de países en el sector del seguro 622
25.2 Definiciones normativas de los microseguros 627
25.3 Canales de distribución alternativos y aspectos reglamentarios 635

Lista de figuras

1.1 Riesgos de microseguros cubiertos en Colombia 14
1.2 Motivaciones del asegurador para introducir los microseguros 23
1.3 Canales de distribución para los aseguradores comerciales 27
1.4 Participación en la Conferencia Internacional de Microseguros 35
1.5 Evolución de los productos y procesos de microseguros 37
1.6 La cadena de efectos de demostración del desarrollo del mercado de microseguros 42
2.1 La brecha en la cobertura de la protección social en un típico país en vías de desarrollo 45
2.2 La función de promoción de la protección social: Romper el círculo vicioso de la pobreza y la vulnerabilidad 48
2.3 Posibles funciones del microseguro como un instrumento de protección social 58
4.1 La temperatura global y cambio de temperatura continental 94
6.1 Mecanismo TPP 150
6.2 Modelo de atención integrada y de financiación 151
6.3 Modelo de reembolso 151
11.1 Un contrato de seguro indexado estilizado contra precipitaciones 272
11.2 Previsión del rendimiento mediante datos recabados por satélite 278
11.3 Calcular el VCI a través de un NDVI máximo y mínimo 279
11.4 Asegurar la tecnología tradicional 287
11.5 Vincular el seguro y el crédito para la aplicación de tecnologías 289
14.1 "Mapa conversacional" de Hollard 327

14.2 Juego CHAT 329
15.1 Modelo de creación de valor para el cliente 340
15.2 Marco del análisis de valor añadido PACE 342
15.3 Evaluación PACE de la gestión de riesgos informal y NHIF en Kenia 360
15.4 Análisis PACE del valor para el cliente, Kenia 363
15.5 Análisis PACE del valor para el cliente, India 366
15.6 Análisis PACE del valor para el cliente, Filipinas 370
16.1 Sucesos y riesgos durante la vida de mujeres pobres 373
16.2 Ejemplos de estrategias de riesgos y sus consecuencias 383
19.1 Modelo para desarrollar iniciativas de microseguros sostenibles 459
20.1 Primas totales de los sectores rural y social para las aseguradoras generales (2009–10) 487
20.2 Crecimiento de la cobertura NAIS (2001–09) 492
20.3 Actuación del NAIS (2001–09) (en millones de USD) 493
20.4 Evolución cronológica de planes de seguros de salud masivos a favor de los pobres en la India 504
20.5 Los cinco productos principales que ofrecen las IMFs 512
21.1 Proceso iterativo del ciclo de fijación de precios 525
21.2 Determinar la prima 535
22.1 Innovación a lo largo del proceso de distribución 548
23.1 Cadena de suministro de distribución de productos 568
23.2 Canales de suministro 570
23.3 Diversas estructuras de cobertura de reaseguros 584
25.1 Incentivos normativos y de supervisión para mejorar el acceso al seguro 623

Listas de recuadros

1.1 Oferta y demanda de microseguros en Sudáfrica 16
1.2 Orígenes de los microseguros 20
1.3 La crítica del enfoque "la base de la pirámide" 24
1.4 La Iniciativa de Acceso a Seguros 30
2.1 La Ley de Seguro Nacional de Salud de Ghana 60
2.2 Los fondos de riesgo sociales en Vietnam 62
3.1 Impacto de los sistemas de seguro social de Salud 71
3.2 Repercusiones del "Programa de Salud de Yeshasvini" en la India 77
3.3 Seguros, créditos y la adopción de tecnología en Malawii 79
4.1 Cobertura indexada de precipitaciones de ICICI Lombard, La India 98
4.2 Seguro contra la sequía, Malawi 100
4.3 HARITA (Horn of Africa Risk Transfer for Adaptation), Etiopía 102
4.4 CLIMBS (Coop Life Insurance and Mutual Benefit Services), Las Filipinas 104
4.5 MiCRO (Microinsurance Catastrophic Risk Organization), Haití 105
4.6 Caribbean Catastrophe Risk Insurance Facility (CCRIF) 107
4.7 Seguro agrícola para agricultores contra acontecimientos meteorológicos, México 109
4.8 SystemAgro, enfoque APP en Turquía 120
5.1 Ampliación de las prestaciones para los miembros en la India 136
5.2 Hacer los pagos de primas más fáciles 140
5.3 La tecnología móvil para conectar los médicos con los pacientes rurales 142
6.1 Comprender el vocabulario: "sin efectivo" y mecanismo TPP 148
6.2 Modelos de reclamaciones en los planes de MSS 152
6.3 La experiencia de GRET-SKY con la liquidación 160
6.4 El copago para limitar la utilización excesiva de los clientes induce al riesgo moral por parte de los proveedores 162
6.5 Prevención del fraude sin identificación fotográfica 164
6.6 Control de la calidad de los servicios de atención sanitaria 166
6.7 Mejorar la calidad de la atención 167
6.8 La función de la gestión de siniestros 170
6.9 Equilibrio entre primas y pagos de liquidación 171
8.1 Experimentos con varios canales en Max Vijay 216
9.1 Repercusión sobre los clientes 225
9.2 Seguro de desgravamen como ventaja competitiva en Camboya 226

9.3	Flujos de beneficios en el seguro de desgravamen	227
10.1	Mapeo del seguro funerario	245
10.2	¿Por qué tener varias pólizas de seguro funerario?	249
10.3	Distribución alternativa: Pep-Hollard, Sudáfrica	256
10.4	Distribución alternativa: CODENSA Mapfre, Colombia	256
10.5	La importancia de las reclamaciones de indemnización: Alternative Insurance Company (AIC), Haití	261
10.6	El papel de las investigaciones de mercado para diseñar productos funerarios "plus"	263
12.1	Estrategia para la gestión de riesgos pecuarios por BASIX, India	296
12.2	Mejorando la viabilidad del seguro pecuario en IFFCO-Tokio	300
12.3	Cobertura indexado para el ganado en Mongolia	302
12.4	¿Pagar la prima después del plazo de vigencia?	305
14.1	Áreas de contenido para Swedish Cooperative Centre y Microfinance Opportunities	325
15.1	Definición de valor para el cliente y proceso de creación de valor	339
15.2	Preferencias de copagos más elevados (y primas más bajas) en PWDS, India	351
15.3	Modelo de liquidación de siniestros 1-3-5 de CARD	352
15.4	Proceso de mejora del valor para el cliente en MicroEnsure	353
15.5	Proceso de mejora del valor para el cliente en Uplift	355
15.6	Valor para el cliente de mecanismos de compartición de riesgos informales en Kenia	358
16.1	El BancoSol de Bolivia ofrece más beneficios para las mujeres	385
16.2	La Equidad de Colombia estructura los beneficios de un seguro de vida para proteger a los niños	387
16.3	El Banco SEWA de la India: Un pionero en los microseguros de género	389
17.1	Seguro de muerte accidental y repatriación de SegurCaixa	398
17.2	Revisión del seguro obligatorio para trabajadores indonesios empleados en el extranjero	402
17.3	¿La manera correcta de vender? Planes médicos para las familias de emigrantes guatemaltecos en Norteamérica	403
17.4	Seguros Futuro: Reconocimiento de la necesidad de educación del consumidor	404
17.5	SparxX de Pioneer Life	405
17.6	Clubes de Ahorro y Bienestar de Pioneer	407
18.1	Evaluación de la rentabilidad	416
18.2	Implicaciones normativas de las primas	434
18.3	Crear una fuerza de ventas dedicada	436
18.4	Reevaluar el riesgo	439
18.5	Reasegurar el riesgo del seguro climático	441
19.1	Aumento de la diversidad de productos por parte de las aseguradoras comerciales	453
19.2	Distribución innovadora utilizada por aseguradoras comerciales	453
19.3	Práctica del microseguro de "consumidor emergente" global de Zurich	457
19.4	Reacciones diversas de la dirección	460
19.5	Dar cabida a los errores y el aprendizaje	462
19.6	Proceso de aprendizaje iterativo	464
19.7	Microseguro en compañías de seguros multinacionales	466
19.8	Satisfacer el mercado según corresponda	469
19.9	Crear una cascada de confianza	471
19.10	Usar la tecnología	472
19.11	Ventaja del primero en llegar	473
19.12	La filosofía de asociación de Hollard	474
19.13	Imagen y reputación de los socios	475
19.14	Importancia de obtener la plena implicación del socio	476
19.15	Asociaciones y productos que responden a necesidades del socio	477
20.1	Obligaciones en los sectores rural y social	484
20.2	Tickets frente a los riesgos climáticos según las fases de cosecha	494
20.3	Seguro indexado frente a riesgos climáticos para grupos no agrícolas	496
20.4	Modified National Agricultural Insurance Scheme (MNAIS)	498
20.5	Incorporar a los administradores externos ausentes	502
20.6	RSBY: Implementar a gran escala	506
20.7	¿Oportunidad en tiempo de crisis?	513
20.8	Nuevos canales de distribución y tecnología	515
21.1	Consecuencias de los errores al fijar precios brutos	524

21.2	Barreras culturales para la VdP	529
21.3	Limitaciones financieras y liquidez de los hogares de bajos ingresos	529
21.4	Los procesos influyen en los gastos	537
21.5	Fijación de precios: 51 Organización A	541
21.6	Fijación de precios: 51 Organización B	541
23.1	Postura de la WFII respecto a los microseguros	572
23.2	Mediadores como creadores de mercado: MicroEnsure en Filipinas	587
24.1	Grupo de trabajo sobre tecnología de Microinsurance Network	597
24.2	Pagos de primas deduciendo tiempo de llamada: el caso de AKSItext	600
24.3	Papel que desempeña la tecnología en las ventas y el cobro de primas: el caso de Kilimo Salama	601
24.4	Producto de dinero móvil M-PESA en Kenia	603
24.5	Evolución de los sistemas de software en la Fundación DHAN	606
24.6	Normas de transmisión de datos electrónicos: el caso de las normas ACORD	609
24.7	Seguro móvil Mi Life en Ghana	612
25.1	Medidas activas para desarrollar un mercado del microseguro en la India	620
25.2	Desarrollar una estrategia del microseguro nacional: la experiencia brasileña	624
25.3	La evolución de la definición del microseguro en Perú	628
25.4	Marco propuesto para compañías de microseguros especializadas en Sudáfrica	631
25.5	Formalizar el seguro informal en Filipinas	632
25.6	Crear un régimen flexible para la distribución: tecnología e inclusión financiera	637
25.7	Los seis resultados del TCF para el consumidor	640
25.8	Productos y normas de microseguros: Las Filipinas	641
26.1	¿Qué puede ir mal? Conclusiones del estudio sobre el consumidor en Kenia	648
26.2	Indicadores de resultados sociales especialmente importantes para la protección al consumidor	654
26.3	Normas sobre asesoramiento en Sudáfica	662

Agradecimientos

Esta publicación se fundamenta en los conocimientos de decenas de innovadores de microseguros de todo el mundo que han compartido generosamente sus experiencias, inclusive sus éxitos y sus fracasos. Especialmente nos gustaría agradecer las contribuciones hechas por las siguientes organizaciones:

África y Oriente Medio	*Asia y el Pacífico (excepto India)*	*India*	*Latinoamérica y el Caribe*	*Otros/global*
Britak (Kenia)	Allianz (Indonesia)	Bajaj Allianz	ACE (Brasil)	Aga Khan Agency Microfinance (AKAM)
Cooperative Insurance Company (Kenia)	CARD MBA (Filipinas)	BASIX	AIC (Haiti)	Allianz
HARITA (Etiopía)	CBHI (Laos RDP)	CARE Foundation	Alico (Colombia)	Aon Affinity
Hollard (Sudáfrica)	China Life	CARE, India	Aseguradora Rural (Guatemala)	Cenfri
Jamii Bora Trust (Kenia)	CLIMBS (Filipinas)	Centre for Insurance Risk Management (CIRM)	Bradesco (Brasil)	Guy Carpenter
Kenya Orient	FICCO MBA (Filipinas)	Dhan Foundation	Colseguros (Colombia)	MicroEnsure
Metropolitan (Sudáfrica)	First Microinsurance Agency (Pakistán)	HDFC Ergo	FUNDASEG (Colombia)	Micro Insurance Academy
Microfund for Women (Jordania)	GRET (Camboya)	ICICI Lombard	Fonkoze (Haiti)	MicroInsurance Centre
Mutual and Federal (Sudáfrica)	Groupama (Vietnam)	ICICI Prudential	Mapfre (Brasil)	Microinsurance Network
National Hospital Insurance Fund (Kenia)	Malayan (Filipinas)	IFFCO-Tokio	Mapfre (Colombia)	Munich Re
Old Mutual (Sudáfrica)	Philam Life (Filipinas)	Max New York Life (MNYL)	QBE (Brasil)	PlaNet Guarantee
Pioneer Assurance (Kenia)	PICC (China)	Palmyrah Workers Development Society (PWDS)	Seguros Futuro (El Salvador)	Swiss Re
Sanlam Sky (Sudáfrica)	TSKI (Filipinas)	Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)	Solidaria and La Equidad (Colombia)	Zurich
Syngenta Foundation (Kenia)	Vision Fund (Camboya)	SBI Life	SINAF (Brasil)	
UMSGF (Guinea)		Swayam Shikshan Prayog (SSP)	Zurich (Bolivia)	
UNACOOPEC (Costa de Marfil)		Tata AIG		
		Uplift		
		VimoSEWA		
		Weather Risk Management Services (WRMS)		
		Yeshesvini		

Este libro ha sido elaborado bajo los auspicios de Microinsurance Network, antiguamente conocida como el Grupo de Trabajo sobre Microseguros del CGAP. Esta asociación, entre cuyos miembros cuentan donantes, organismos multilaterales, proveedores de seguros y de protección social, aseguradores y académicos, ofrece una plataforma para el intercambio de información y la coordinación de las

partes interesadas con el fin de promover el desarrollo y la proliferación de servicios de seguros para las personas de bajos ingresos.

Microinsurance Network puso a disposición un comité editorial compuesto por cinco personas, que fue responsable de dar forma a la silueta general del libro, ayudando a elegir a los autores y revisores, así como contribuyendo con la revisión de una serie de capítulos. Las aportaciones y la orientación ofrecidas por parte del comité –Doubell Chamberlain (Cenfri), Iddo Dror (Micro Insurance Academy), Michael McCord (MicroInsurance Centre), Dirk Reinhard (Fundación Munich Re) y Rupalee Ruchismita (CIRM)– han sido de esencial importancia.

Este libro no hubiera sido posible sin el apoyo económico, técnico y logístico de la Fundación Munich Re, especialmente de Martina Mayerhofer, Dirk Reinhard y Thomas Loster. Las Conferencias Anuales sobre Microseguros de la Fundación Munich Re, co-patrocinadas por Microinsurance Network, siguen siendo una fuente continua de inspiración y conocimientos, proporcionando material importante para este libro.

Aunque los fondos para el libro provinieron de la Fundación Munich Re, también nos gustaría agradecer la participación de otros donantes, especialmente la Fundación Bill y Melinda Gates, que ha financiado el desarrollo de los contenidos de muchos capítulos con su apoyo al Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT. El Grupo Consultivo de Ayuda a la Población Pobre (CGAP), FinMark Trust, la Agencia alemana para la cooperación internacional (Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit – GIZ), el ministerio de Relaciones Exteriores de Luxemburgo, la Cooperación Suiza para el Desarrollo (COSUDE) y la USAID también colaboraron en la confección de algunos capítulos.

Más de 50 autores han redactado los capítulos de este libro y cerca de 80 personas han participado en la revisión de los mismos. En agradecimiento a sus contribuciones, se menciona en cada capítulo a los autores y los revisores del mismo. Nuestros colegas del Fondo de Innovación en Microseguros de la OIT merecen una mención especial por su trabajo sin descanso en el proceso de redacción, revisión y edición.

Varias decenas de personas han colaborado en la administración, corrección, configuración y composición tipográfica. Fue inestimable el apoyo entre bastidores que Abigail Gray, Lauren Peterson y David Saunders prestaron a nivel administrativo, editorial y técnico. También fueron esenciales las contribuciones de Nalina Ganapathi del Programa de Finanzas Sociales de la OIT, Charlotte Beauchamp y Alison Irvine del Departamento de Publicaciones de la OIT y de Anton Sandbiller del Departamento de Publicaciones de Munich Re. Kornelia Stuckenberger, Inés Lázaro Pellón y Juan Luis Ortiz Mora del Servicio Lingüístico de Munich Re se hicieron cargo de la traducción y revisión final del texto; la configuración y composición tipográfica fueron realizadas por Marcus Maurer, Anja Gindele y Felicitas Wittmann. Muchas gracias a todos.

Por último, dedicamos este libro a la memoria de nuestro compañero José Navarro, un actuario y humanista, cuya pasión por la protección de los pobres continúa inspirándonos a todos.

Craig Churchill y Michael J. McCord
Social Finance Programme, Employment Sector
Organización Internacional de Trabajo
Ginebra, Suiza

Tabla de acrónimos

AABY	Aam Admi Bima Yojana (India)
ACORD	Association for Cooperative Operations Research and Development
AD&D	Póliza de muerte accidental e incapacidad
ADB	Banco Asiático de Desarrollo (Asian Development Bank)
ADN	Ácido desoxirribonucleico
AIC	Alternative Insurance Company (Haiti)
AIC	Agriculture Insurance Corporation (India)
AIG	American International Group
AIO	African Insurance Organisation
AKAM	Agencia Aga Khan para las micro finanzas
AKDN	Aga Khan Development Network
ALMAO	Organización Aseguradora Mutualista All Lanka (Sri Lanka)
APP	Asociación público-privada
APRA	Australian Prudential Regulatory Authority
ASR	Aseguradura Rural (Guatemala)
BG	Juego de subasta (bidding game)
BHI	Véase SBS, basic health insurance
BIP	Producto principal del seguro (Base Insurance Product)
BMZ	Ministerio Federal de Cooperación y Desarrollo Económico (Alemania)
BoP	Base de la pirámide (bottom of the pyramid)
BPL	Por debajo del umbral de la pobreza
BRS	Belgian Raiffeisen Foundation
CARD	Centro para la Investigación y Desarrollo de Agricultura (Filipinas)
CaribRM	Caribbean Risk Managers Limited
CARICOM	Caribbean Community
CBHI	Véase SSBC, community-based health insurance
CCIS	Comprehensive Crop Insurance Scheme
CCRIF	Caribbean Catastrophe Risk Insurance Facility
CDA	Cooperative Development Authority

Cenfri	Centre for Financial Regulation and Inclusion
CEO	Principal Oficial Ejecutivo
CGAP	Grupo Consultivo de Ayuda a la Población Pobre
CHAT	Choosing Health-plans All Together
CHF	Fondo comunitario de salud
CIC	Cooperative Insurance Company (Kenia)
CIF	Confédération des Institutions Financières (West Africa)
CIGNA	Connecticut General Life Insurance Company of North America
CIRC	China Insurance Regulatory Commission
CIRM	Centre for Insurance and Risk Management (India)
CLIMBS	Coop Life Insurance and Mutual Benefit Services (Las Filipinas)
COP	Conferencias de las Partes
CRED	Centro para la Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres
CSC	Centros de servicios comunes
CSR	Véase RSE, corporate social responsability
CV	Evaluación contingente
DAP	Disposición a pagar
DBCV	Evaluación contingente de doble vínculo
DC	Técnica de elección dicotómica
DECSI	Dedebit Credit and Savings Institution
DFID	Departamento del Desarrollo Internacional (Reino Unido)
DGA	Denis Garand & Associates
DHAN	Development for Human Action Foundation
DRP	Disaster Response Product
DRTV	Televisión de respuesta directa
EMA	Estaciones meteorológicas automatizadas
EPSS	Empresa Promotora de Servicios de Salud (Guatemala)
ETF	Empresa de transferencia de fondos
EUDN	European Development Research Network
FA	Fiebre aftosa
FAIS	Financial Advisory and Intermediary Services Act (Suráfrica)
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FAQ	Preguntas frecuentes
Fasecolda	Federación de Aseguradores Colombianos
FEWS NET	Famine Early Warning System Network
FGD	Focus group discussion
FICCO	First Community Cooperative

FIDES	Federación Interamericana de Empresas de Seguros
FINCA	Fundación Internacional para la Asistencia de Comunidades
FINO	Financial Information Network and Operations
FMI	Fondo Monetario Internacional
FMiA	First Microinsurance Agency (Pakistán)
FSA	Financial Services Authority
FSB	Financial Stability Board
FUNDASEG	Fundación de Aseguradores Colombianos
GESS	Global Extension of Social Security (OIT)
GFDRR	Global Facility for Disaster Risk and Reduction
GFEP	Global Financial Education Program
GIIF	Global Index Insurance Facility
GIZ	Agencia alemana para la Cooperación Internacional
GoI	Government of India
GPRS	Servicio General de Radio por Paquetes
GRET	Grupo Tecnológico de Intercambio y de Investigación (Camboya)
GTZ	Agencia alemana para la Cooperación Técnica
HARITA	Horn of Africa Risk Transfer for Adaptation
HH	Hogar (household)
HIS	Plan de seguro de salud
HMI	Microseguro de salud
HR	Recursos humanos
IAA	International Actuarial Association
IAIS	Asociación Internacional de Supervisores de Seguros
IBLI	Seguro de ganado basado en índices (index-based livestock insurance)
IC	Comisionado de Seguro (Filipinas)
ICARD	Centro para la Investigación y Desarrollo de Agricultura
ICMIF	Federación Internacional de Cooperativas y Aseguradoras Mutualistas
ICP	Insurance core principles
ICRISAT	International Crop Research Institute for the Semi-Arid Tropics
ID	Identificación
IDB	Banco Interamericano de Desarrollo (Inter-American Development Bank)
IEI	In-patient expenses insurance
IFAD	Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola
IFC	International Finance Cooperation
IFFCO	Indian Farmers Fertiliser Cooperative Limited
IFMR	Institute for Financial Management and Research (India)

IFPRI	International Food Policy Research Institute
ILAL	Insure Lives and Livelihood Programme (India)
IMF	Institución de Microfinanzas
INR	Indian Rupee
IOM	Organización Internacional para las Migraciones
IP	Paciente hospitalizado
IPCC	Panel Intergubernamental sobre el Cambio Climático
IRAM	Institut de Recherche et d'Applications des Méthodes de Développement (Mozambique)
IRDA	Autoridad para el Desarrollo y Regulación de Aseguradoras (India)
IRDP	Integrated Rural Development Programme
IRI	Instituto Internacional de Investigación para el Clima y la Sociedad
ITGI	IFFCO Tokio General Insurance Company, Ltd. (India)
IVDN	Índice de vegetación diferencial normalizada
JBT	Jamii Bora Trust (Kenia)
JBY	Janashree Bima Yojana (India)
KES	Kenyan Shilling
KFW	Banco alemán de Desarrollo
KPI	Indicadores clave de rendimiento
LIC	Corporación de Seguros de Vida (India)
LIC	Países de bajos ingresos (low income countries)
LIS	Plan del seguro pecuario
LPS	Livestock Protection Scheme (India)
MAS	Manipal Arogya Suraksha Yojana (India)
MBA	Asociación Mutualista de Beneficios
MCCO	Mutualidades, cooperativas y organizaciones comunitarias
MCDI	Medical Care Development International
MCII	Munich Climate Insurance Initiative
MFIC	Microfinance International Corporation
MGA	Agencias Generales de Gestión
MIA	Micro Insurance Academy
MiCRO	Microinsurance Catastrophic Risk Organization
MIS	Sistema de gestión de la información
MNAIS	Plan Nacional de Seguros Agrícolas Modificado (India)
MNO	Operador de redes móviles
MNYL	Max New York Life
MOLISA	Ministerio vietnamita de Trabajo, Seguros y Asuntos Sociales
NABARD	National Bank for Agriculture and Rural Development (India)
NAIS	National Agriculture Insurance Scheme (India)

NASFAM	Asociación Nacional de Pequeños Agricultores de Malawi
NCMS	Nuevo sistema médico cooperativo de China
NCMSL	National Collateral Management Services Limited
NDVI	Véase IVDN, normalized difference vegetation index
NHIF	National Health Insurance Fund (Ghana)
NHIF	National Hospital Insurance Fund (Kenia)
NIC	Tarjeta de identidad nacional
NICE	National Insurance Corperation of Eritrea
NSCB	National Statistical Coordination Board (Filipinas)
NSSF	National Social Security Fund (Kenia)
OE	Formatos abiertos (open-ended formats)
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OEI	Outpatient expense insurance
OIT	Organización Internacional de Trabajo
OMM	Organización Meteorológica Mundial
ONG	Organización No Gubernamental
OOP	Del propio bolsillo (out-of-pocket)
OP	Paciente en tratamiento ambulatorio
PA	Socio-agente (partner agent)
PACC	Programa de Atención a Contingencias Climatológicas (México)
PACE	Producto, acceso, coste, experiencia
PACS	Primary agricultural credit societies
PC	Tarjeta de pago
PD	Preferencias declaradas
PHFI	Public Health Foundation of India
PHP	Pesos filipinos
PIA	Socio-intermediario-agente
PIB	Producto interior bruto
PICC	People's Insurance Company of China
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNB	Producto nacional bruto
PoS	Véase PV, punto de venta
PRADAN	Professional Assistance for Development Action
PV	Punto de venta
PWDS	Palmyrah Workers Development Society (India)
RCT	Ensayos controlados aleatorios
REST	Relief Society of Tigray (Etiopía)
RFID	Identificación por radiofrecuencia
RMB	Chinese Yuan
ROSCA	Asociación de Ahorro y Crédito Rotativo

RP	Preferencias reveladas
RPLI	Rural Postal Life Insurance (India)
RSBY	Rashtriya Swasthya Bima Yojana (India)
RSE	Responsabilidad social empresarial
SaaS	Software como servicio
SACCO	Cooperativas de Ahorro y Crédito (savings and credit cooperative organization)
SACCOL	Cooperativas de Ahorro y Crédito (savings and credit cooperative)
SAHB	State Animal Husbandry Department (India)
SAIA	Asociación de Aseguradoras de Suráfrica
SBS	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (Peru)
SBS	Seguro básico de salud
SCC	Swedish Cooperative Centre
SDA	State designated agency (India)
SDC	Swiss Development Corporation
SEC	Securities and Exchange Commission
SECP	Securities and Exchange Commission of Pakistan
SEED	Save, Earn, Enjoy Deposits
SEEP	Pequeñas empresas de educación y promoción
SEGURO	Solvencia/Estabilidad, Eficiencia, Gobernanza, Comprensión del Producto, Capital basado en el Riesgo y Alcance
SES	Estatus socioeconómico
SEWA	Asociación de Mujeres Autoempleadas, India
SFDA	Small Farmers' Development Agency (India)
SHEPHERD	Self-Help Promotion for Health and Rural Development
SHG	Grupo de autoayuda (self-help group)
SI-CUN	Self-Insured Credit Union Network
SI-MFI	Self-insurance microfinance institution
SICL	Sanasa Insurance Company, Ltd.
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIM	Módulo de identidad del suscriptor
SINCAF	Sindicato Carioca dos Fiscais de Renda
SKDRDP	Sri Kshetra Dharmasthala Rural Development Programme
SKY	Sokhapheap Krousar Yeung (Health for Our Families, Cambodia)
SLDB	State Livestock Development Board (India)
SMS	Sistema de mensajes cortos
SRF	Social risk fund
SSBC	Seguro de salud basado en la comunidad
SSP	Swayam Shikshan Prayog (India)

SSS	Sarva Shakti Suraksha
SSS	Sofware de Seguridad Social (Fundación DHAN, India)
SUSEP	Superintêndencia de Seguros Privados (Brasil)
TA	Technical assistance
TCF	Trato Justo a los Clientes
TI	Tecnología de la información
TIC	Tecnología de la información y comunicación
TIOLI	Acéptalo o déjalo
TPA	Tercer administrador
TPD	Incapacidad total y permanente
TPP	Third-party payment
TSKI	Taytay Sa Kauswagan (Filipinas)
UCI	Unidad de cuidados intensivos
UE	Unión Europea
UEMOA	Unión Económica y Monetaria de África del Oeste
UMASIDA	Umoja wa Matibabu Sekta Isiyo Rasmi Dar es Salaam (República Unida de Tanzania)
UMSGF	Unión Extranjera de Guinea de Mutuelles de Santé (Guinea)
UN	Naciones Unidas (ONU)
UNDP	Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VCI	Indicador del estado de la vegetación
VHC	Promotores de la salud del pueblo
VHI	Seguros de Salud de Vietnam
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
VOIP	Voz sobre protocolo de Internet
WASP	Proveedor de servicios inalámbricos
WBCIS	Weather-based Crop Insurance Scheme (India)
WFII	Federación Mundial de Mediadores de Seguros
WHO	Organización Mundial de la Salud
WRMS	Servicios de Gestión de Riesgos Meteorológicos (India)
WWB	Women's World Banking
XBRL	Lenguaje extensible de informes de negocios
XML	Lenguaje de Marcas Extensible

Introducción

Craig Churchill y Dirk Reinhard

Generalmente se puede decir que en un país pobre son los más pobres quienes en mayor medida están expuestos a riesgos de gran envergadura y más sufren el impacto devastador de terremotos, inundaciones, sequías, enfermedades y delincuencia. De hecho, la vulnerabilidad está ligada a la pobreza, pero el sector del microseguro promete hacer todo lo que esté en sus manos por romper la parte del ciclo que las mantiene unidas.

Jonathan Morduch, 2006

Han pasado cinco años desde que se publicara el primer tomo titulado *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros,* y ahora los editores consideran conveniente echar un vistazo a los recientes desarrollos y logros y estudiar la situación actual de la industria del microseguro.

A lo largo de los últimos años se ha experimentado un proceso de transformación significativo. En 2008 aumentó considerablemente el número de proyectos y actividades del microseguro después de que la OIT lanzara un Fondo de Innovación en Microseguros, el cual, en su fase inicial, estuvo financiado por la Fundación Bill & Melinda Gates. En 2009, el Grupo de Trabajo sobre Microseguros, CGAP, se transformó en Microinsurance Network a fin de aunar todos los esfuerzos encaminados a compartir experiencias y colaborar en estrategias de mejora. Asimismo, en 2009, se implantó el Access to Insurance Initiative –el segundo programa lanzado por Microinsurance Network tras el Fondo de Innovación–, con el objetivo de profundizar los conocimientos sobre la labor de los supervisores del seguro y su capacidad de crear un entorno más favorable para el seguro. Los proveedores de microseguros también denotaron una evolución positiva. Mientras que en el Tomo I fueron objeto de debate numerosos planes en los que participaron pequeñas organizaciones, ahora son los gobiernos y la industria aseguradora quienes están involucrados y contribuyen a alcanzar logros a escala significativa.

La cita arriba mencionada de Morduch se refiere a la promesa hecha por el sector de microseguros de romper el ciclo de la vulnerablidad y la pobreza. Según se desprende del Tomo I, ya se ha conseguido avanzar de forma significativa pero

aún queda un largo camino por recorrer hasta cumplirse tal promesa. El compromiso asumido por el sector de microseguros se puede ver desde diferentes niveles ya que favorece a la población activa pobre y sus proveedores de servicios y supone también una mayor contribución al desarrollo económico.

Ventajas para los trabajadores pobres

Respecto a los hogares, la contribución potencial del microseguro de romper el ciclo de la pobreza implica tanto el aspecto de la protección como el de la producción (p. ej. Collins et al., 2009, Dercon, 2005, Cohen y Sebstad, 2005). Existen numerosas posibilidades para medir estas ventajas y las pruebas iniciales presentadas en los Capítulos 3 y 15 indican que ya se están materializando algunas de estas ventajas.

En lo que se refiere a la protección, el seguro ejerce una función de protección para los tomadores de pólizas frente a las consecuencias de varios riesgos, entre los cuales cuentan el riesgo de enfermedad o muerte. Una vez que un riesgo esté asegurado, los pobres estarán en mejores condiciones de afrontar pérdidas o daños de gran magnitud. Además, también es más llevadero desembolsar periódicamente sumas pequeñas en concepto de primas que hacer frente de inmediato a gastos elevados ocasionados por una situación de crisis.

En cuanto a la producción, el seguro ofrece a los pobres la posibilidad de acumular una suma determinada por medio de un plan de ahorro como, por ejemplo, en el seguro de Vida a largo plazo que les permite crear activos. Por otra parte, el seguro contribuye a desbloquear el acceso a recursos productivos, tales como un crédito, porque cubre algunos de los riesgos que el prestamista no quiere asumir (p.ej. sequía, exceso de lluvia y muerte del ganado). También confiere una paz interior a las personas pobres ya que al estar aseguradas no se sienten tan obligadas a guardar debajo de un colchón sus fondos improductivos para casos de necesidad. Puede que por ello decidan hacer mayores inversiones, quizás en actividades de mayor riesgo o rentabilidad.

Beneficios para los proveedores

Existe una multitud de organizaciones especializadas en ofrecer seguros a hogares de bajos ingresos. Aunque estas organizaciones se dedican a esta actividad por diversos motivos o intereses, todas ellas sacan provecho –o al menos así deberían hacerlo– cuando facilitan seguros a los trabajadores pobres.

El seguro ayuda a las cooperativas, asociaciones, organizaciones no gubernamentales (ONG), grupos de autoayuda, así como a otras organizaciones que están interesadas principalmente en prestar apoyo a sus miembros en la gestión de riesgos y el cumplimiento de sus objetivos sociales. El seguro también es un

instrumento idóneo para complementar otros servicios, tales como la prevención de siniestros, formación en materia de finanzas, servicios de ahorros y préstamos para casos de necesidad.

Además, con el microseguro las organizaciones comerciales tienen la posibilidad de entrar en mercados nuevos o ampliar sus servicios a mercados ya existentes. Así, por ejemplo, el microseguro proporciona a los aseguradores una estrategia relativa a la base de la pirámide (Prahalad, 2005) con la que pueden, hoy en día, alcanzar de forma efectiva y atender a la nueva generación de tomadores de seguro. Además, el microseguro no solamente es una fuente de ingresos adicionales para los canales de distribución como los minoristas, compañías de electricidad y proveedores de insumos agrícolas (semillas, fertilizantes, etc.), sino que también es capaz de generar ventas adicionales en el negocio principal si está adecuadamente diseñado.

Incluso los organismos gubernamentales podrían ser proveedores. Y si estos organismos están interesados en ampliar la protección social a colectivos de la población como, por ejemplo, los trabajadores en la economía informal, el microseguro podría constituir una vía para lograr tal objetivo. Asimismo, con la proliferación del microseguro los gobiernos deberían disponer de más medios eficientes para ampliar la protección social, mejorar la cobertura contra la creciente amenaza de catástrofes naturales, así como para cumplir los objetivos políticos públicos, entre los cuales también figuran algunos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM, Churchill, 2006).

Beneficios para la comunidad y el país

Varios estudios han demostrado que existe un nexo casual entre el desarrollo del sector de seguros en general –no del microseguro en particular– y la evolución de la economía nacional (Arena, 2006; Haiss y Sumegi, 2008). Esto se debe en parte al apoyo a la actividad empresarial. Por ejemplo, el seguro puede tener un efecto positivo en la estabilidad económica, favoreciendo que los negocios operen con menos volatilidad. Dado que los aseguradores y reaseguradores están interesados en reducir los siniestros, contribuyen al desarrollo adoptando medidas reductoras de riesgos. Al ser más efectivo que cualquier otro instrumento financiero a la hora de gestionar los riesgos de los acreedores y deudores, el seguro facilita el acceso a créditos y estimula el esfuerzo empresarial. Asimismo permite aprovechar oportunidades para invertir en negocios de mayor riesgo y más rentables mediante medidas de apoyo y la gestión de exposiciones de alto riesgo. La inversión en actividades de alta rentabilidad, a su vez, eleva la productividad y consolida el crecimiento económico.

Visto desde una perspectiva económica más amplia, la movilización de los recursos financieros a largo plazo hace que los aseguradores se conviertan en una fuente de financiación importante para invertir en proyectos de mejoras infraestructurales, desarrollar mercados crediticios y de acciones, etc. En su función como inversor en mercados de acciones, los aseguradores pueden obligar a las compañías registradas en Bolsa a adoptar medidas que garanticen una gobernanza corporativa más rigurosa y una mayor transparencia. En términos generales, según Brainard (2008), "los mercados de seguros que denotan una evolución favorable deberían estar en condiciones de fijar un precio mejor acorde al riesgo, lograr mayor eficiencia en la asignación de capitales y la combinación de las actividades económicas, así como alcanzar un mejor resultado a nivel de productividad."[1]

Un tema importante que hasta ahora no aparece en la literatura es la posible contribución específica del microseguro en la intensificación y consolidación de la industria aseguradora en general. Las industrias aseguradoras en los países desarrollados se apoyaron principalmente en la sólida base de los productos de seguros para particulares, posiblemente con raíces que se remontan a mutualidades o seguros de vida populares. En muchas economías emergentes y en vías de desarrollo, los sectores de seguros evolucionaron en la segunda mitad del siglo XX, cubriendo en primer plano las necesidades de los clientes empresariales e invirtiendo escasos esfuerzos en crear la infraestructura requerida para seguros a particulares o líneas de productos personales.

Dado que numerosos países pasaron por alto la fase inicial de desarrollo y se dedicaron de inmediato a productos más complejos, puede que los sectores de seguros carezcan de un fundamento sólido y no estén lo suficientemente bien desarrollados. Sin embargo, el microseguro les ofrece la oportunidad de volver a empezar de cero y crear una base adecuada para el seguro a particulares, contribuyendo así, en definitiva, al desarrollo general de la economía del país. Es interesante observar cómo los países en vías de desarrollo, donde la industria aseguradora está fuertemente ligada al negocio de particulares (como, p.ej. India y Sudáfrica), se han posicionado entre los países más importantes del microseguro.

La contribución del microseguro a la comunidad y al país va más allá de su compromiso asumido por intensificar la industria asegurada. Dado que el microseguro se halla en el nodo entre la protección social y la inclusión financiera –dos puntos críticos para la agenda de la Cumbre G-20–, su contribución al desarrollo económico alcanzará el máximo nivel en el momento en que haya una coordinación eficaz entre estos ámbitos. Así, por ejemplo, parece que las asociaciones público-privadas desempeñan un papel importante cuando se trata de aprovechar

[1] Para más información sobre el impacto del desarrollo del seguro a nivel económico, véanse USAID (2006), Brainard (2008) y Skipper (1997).

las ventajas de ambos mundos, si bien "entre el dicho y el hecho hay mucho trecho". De forma similar a lo que sugirió Dercon (2011), las transferencias de capital que garantizan constantes ingresos a los hogares de renta baja se podrían ampliar a través de un seguro que también ayuda a estos hogares a gestionar los riesgos de forma eficiente.

Si bien es improbable que el microseguro por sí solo sea capaz de romper el ciclo de la pobreza, no cabe duda de que constituye un instrumento valioso para paliarla. El seguro juega un papel decisivo a distintos niveles, tanto en la gestión eficaz de riesgos como en la reducción de la vulnerabilidad y, al menos eso se espera, en la contribución a la mitigación de la pobreza. Sin embargo, para ello es imprescindible que abarque la prevención y mitigación de riesgos e incluya otros servicios financieros en materia de gestión de riesgos como pueden ser planes de ahorro o préstamos para casos de necesidad.

Público objetivo

Tal y como se menciona en el Capítulo 1, para que el microseguro tenga éxito, todas las partes interesadas deberán asumir su compromiso. Muy difícilmente se podrá ofrecer soluciones de seguro sostenibles para un gran número de hogares de bajos ingresos si no se cuenta con la colaboración de especialistas en seguros, canales de distribución, responsables políticos y supervisores, asistencia técnica y proveedores de servicios, donantes, así como con la cooperación de organizaciones comunales y academias. Por ello, este libro está dirigido a personas de cualquiera de estos grupos que quieran aprender de la experiencia e informarse sobre las posibilidades de ofrecer una protección viable y útil que cubra las necesidades de los trabajadores pobres.

Estructura del libro

Este libro está dividido en ocho partes. La Parte 1 señala los desarrollos más importantes en el sector y explica la relación entre el seguro y la protección social. Asimismo describe el impacto potencial del microseguro y el desafío que conlleva el microseguro, teniendo en cuenta el cambio climático. El Capítulo 1, en particular, presenta en líneas generales los contenidos del libro, incluyendo un debate sobre las tendencias principales y hace referencia a otros capítulos para profundizar en un tema.

Las Partes II a IV se refieren a ramos de negocio específicos: el seguro de Salud, de Vida y Agropecuario. La Parte V ofrece una síntesis de importantes temas concretos relativos al mercado de bajos ingresos, tales como la psicología del microseguro, la educación del consumidor y el valor para el cliente. Asimismo analiza el diseño del microseguro para grupos objetivo específicos, sobre

todo para el colectivo de las mujeres y los migrantes. La Parte VI versa sobre la rentabilidad del microseguro para la industria aseguradora y la experiencia de los aseguradores comerciales en el mercado de bajos ingresos. Asimismo describe, por un lado, cómo fijar el precio para los productos del microseguro cuando los datos disponibles son limitados y, por otro, ofrece un análisis detallado del microseguro en la India, que es un bastión de innovaciones y sirve de punto de referencia para la participación de los gobiernos. La Parte VII está dedicada al aspecto de la distribución y mediación. El libro concluye con la Parte VIII que facilita información sobre la infraestructura necesaria para implantar con éxito el microseguro, incluyendo datos acerca de la tecnología, las regulaciones específicas y la protección adecuada del consumidor.

I Temas emergentes

1 Tendencias actuales en el microseguro

Craig Churchill y Michael J. McCord

Los autores desean agradecer a los siguientes revisores por sus comentarios detallados y perspicaces: Doubell Chamberlain (Cenfri), Iddo Dror (Micro Insurance Academy), Veronique Faber (Red de Microseguros), Jeanna Holtz (OIT), Brandon Mathews (Zúrich), Lisa Morgan (Milliman), Dirk Reinhard (Fundación Munich Re), Jim Roth (Leapfrog) y Rupalee Ruchismita (CIRM).

Los microseguros se están desarrollando a un ritmo impresionante, con numerosas innovaciones emergentes para afrontar el reto de ofrecer seguros a personas de bajos ingresos. Se están lanzando y distribuyendo nuevos productos que cubren una variedad de riesgos a los hogares pobres a través de una diversidad cada vez mayor de canales. Se utilizan herramientas de educación amenas para el consumidor con el fin de que los consumidores estén mejor informados. Las autoridades de seguros están adaptando sus normativas para facilitar la expansión de los seguros a los pobres. En resumen, ahora millones de hogares de ingresos más bajos tienen acceso a una mejor cobertura de seguro.

En la introducción de este segundo tomo de *Protegiendo a los Pobres*, se describen cinco tendencias que reflejan la situación actual de los microseguros, inmersos en un cambio extraordinario:

1. La definición de los microseguros está llegando a ser operacional.
2. Hay más familias de bajos ingresos amparadas por un seguro.
3. Los interesados en los microseguros son cada vez más diversos.
4. Los proveedores ofrecen una gama creciente y variada de productos.
5. Hay un mayor interés de que el seguro ofrezca un valor real a los asegurados.

1.1 La definición de los microseguros está llegando a ser operacional

La primera de las cinco tendencias es que la definición de los microseguros está llegando a ser operativa. En el primer tomo, el microseguro se define como sigue:

El microseguro es la protección de las personas de bajos ingresos contra peligros específicos a cambio de pagos regulares de primas proporcionales a la probabilidad y los costes del riesgo involucrado. Esta definición es esencialmente la misma que se podría utilizar para el seguro regular, excepto para el mercado objetivo claramente determinado: personas de bajos ingresos ... ¿Cuán pobre tiene que ser la gente para que la protección de

seguro se considere como "micro"? La respuesta varía según el país, pero en general los microseguros están pensados para las personas ignoradas por los principales sistemas de seguro comerciales y sociales, es decir, las personas que no han tenido acceso a los productos adecuados.

Churchill, 2006, pp. 12-13.

Aunque es una definición conceptual sólida, no es suficiente. Es necesaria una distinción, por ejemplo, para una compañía de seguros que tiene un departamento de microseguros y necesita que se definan claramente los límites dónde empieza el trabajo de este departamento y dónde termina. Los supervisores de seguros también requieren definiciones operativas. Por ejemplo, si los responsables políticos crean requisitos para que los aseguradores atiendan a los pobres, o proponen incentivos para que los aseguradores se orienten al mercado de masa, entonces necesitarán medidas para determinar si se han alcanzado estos objetivos o no.

Hay cuatro formas principales para definir los microseguros operativos:

1. **Grupo objetivo:** La definición original fue una aproximación al grupo objetivo, indicando que el microseguro es para personas de bajos ingresos. Sin embargo, debido a que no proporcionó orientación sobre la forma de medir o determinar si servía realmente al grupo de "bajos ingresos", esta definición no podía utilizarse eficazmente por los aseguradores o las autoridades de supervisión. No es realista esperar que los aseguradores evalúen si los posibles asegurados son lo suficientemente pobres como para justificar los microseguros.[1]
2. **Definición del producto:** La definición operativa más común utiliza los parámetros del producto en base a la suposición de que la colocación de un capital máximo sobre la suma asegurada y/o prima garantizará que el producto sólo sea relevante para los hogares de bajos ingresos. Como se ilustra en el Cuadro 25.2, este enfoque es comúnmente utilizado por las autoridades reguladoras, y es particularmente relevante si su intención es obligar o atraer a los aseguradores existentes para orientarse al mercado de masas. Sin embargo, la simple definición de microseguros a base de importes máximos en lo relativo a primas y prestaciones puede ser problemática si inhibe las innovaciones restringiendo las opciones del asegurador respecto al diseño del producto. Por otra parte, muchos de los productos dentro de

[1] En algunos programas de protección social, tales como Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY), un plan de salud para las masas en la India, se utiliza un mecanismo de prueba de medios que determina si los hogares son lo suficientemente vulnerables como para obtener subsidios por parte del gobierno. Para identificar a los hogares que se encuentran por debajo del umbral de la pobreza (BPL) y pueden acceder a la ayuda del gobierno de la India, se utiliza una serie de parámetros, con diferentes criterios para las zonas rurales y urbanas. La encuesta para determinar el BPL utiliza varios indicadores socioeconómicos, tales como el tamaño de los inmuebles, el tipo de vivienda, acceso al agua e instalaciones sanitarias, el tipo de empleo y el nivel de educación.

los parámetros especificados no están destinados para el grupo objetivo, tales como seguros de tarjetas de crédito o de viaje con sus primas relativamente bajas.

3. **Definición de proveedores:** Una tercera forma de definir el microseguro se basa en el tipo de organización que lo puede proporcionar. Además de los aseguradores formales, los microseguros podrían ser proporcionados por funerarias o mutualidades, mutuas, cooperativas y organizaciones basadas en comunidades. Este enfoque se utiliza, por ejemplo, en Filipinas, donde las asociaciones de prestaciones mutuas (MBA) tienen menos capital y requisitos técnicos y sólo pueden facilitar una gama limitada de productos. Sin embargo, las definiciones que se centran exclusivamente en los proveedores podrían obstaculizar la expansión del microseguro, ya que se precisa una serie de acuerdos institucionales para alcanzar el gran mercado, hasta ahora desatendido.
4. **Canales de distribución:** Un cuarto enfoque, a veces utilizado por las compañías de seguros, es la definición de microseguros por el intermediario implicado. Por ejemplo, si los productos son distribuidos por las instituciones de microfinanzas (IMF), los aseguradores podrían considerar a los minoristas de bajo coste u otras organizaciones que normalmente llegan al mercado de bajos ingresos, como microseguro.

Todas estas formas de definir los microseguros tienen ventajas y desventajas. En consecuencia, un enfoque mixto –mirar el concepto de servir al mercado de bajos ingresos, junto con una definición del producto cuantitativa y las posibilidades de tener varios tipos de proveedores y de distribución– puede ser el más apropiado. Por ejemplo, Allianz está poniendo a prueba un "prueba de estrés" para microseguros que considera 12 parámetros para evaluar si un producto de seguro se calificará como micro, incluyendo elementos de la definición del grupo objetivo, del producto y del canal de distribución.

Independientemente de cómo se defina el microseguro, el diseño de productos y el acceso son los diferenciadores clave. El enfoque en la simplicidad y accesibilidad así como la eficiencia de los procesos diferencian los microseguros de los seguros tradicionales. Por ejemplo, el seguro con una aplicación larga, numerosas exclusiones y otros requisitos no puedan calificarse como microseguro, incluso si las primas son bajas y el producto se destina al mercado de bajos ingresos.

El microseguro debe definirse de tal manera que responda a los objetivos nacionales o corporativos de las autoridades de supervisión y de los aseguradores, respectivamente, y, por lo tanto, las definiciones puedan variar. De hecho, esta tendencia es importante no sólo porque la propia definición se está convirtiendo operativa, sino porque los aseguradores y los responsables políticos están realmente interesados en ponerla en práctica en sus operaciones. Esto indica que están tomando más en serio a este grupo objetivo, y, posiblemente, se están creando incentivos o estructuras especiales para proteger a los pobres.

No hay nada mágico respecto al término "microseguro". Durante muchos años se podían llamar "microseguros" a los seguros populares proporcionados a través de cooperativas financieras donde los miembros de las cooperativas son pobres. El seguro para el mercado de masas ofrecido por los aseguradores a través de grupos afines –tales como los miembros de sindicatos o los clientes de minoristas o empresas de servicios públicos– podría servir igualmente. Sin embargo, se sigue utilizando el término "microseguro", ya que hace hincapié en la importancia de comprender las necesidades, las preferencias y las características de este grupo objetivo: el hogar de bajos ingresos, los trabajadores pobres y carentes de servicios.

En este libro, se usa una definición inclusiva porque la principal preocupación es garantizar que las familias de bajos ingresos puedan manejar los riesgos importantes con mayor eficacia. Un enfoque basado en el mercado es importante para algunos grupos objetivo, tales como los trabajadores pobres con pequeños ingresos disponibles y a los que los aseguradores no han llegado en el pasado pero, en realidad, éste no va a llegar hasta los más pobres entre los pobres.

Como se destaca en el Capítulo 2, ambos enfoques dirigidos al mercado y a las iniciativas de protección social son fundamentales y complementarias y, por lo tanto, desde una perspectiva de política pública, deben ser considerados de manera integral. Una de las tendencias más interesantes de los últimos años es el aumento de las asociaciones público-privadas (APP) y la voluntad de los políticos para subvencionar las primas de los hogares vulnerables. De hecho, en algunos países, el límite entre iniciativas impulsadas por el mercado y por el gobierno se está volviendo bastante borroso, pero ambos tipos son necesarios para asegurar que las familias vulnerables tengan una protección adecuada de los riesgos.

1.2 Hay más familias de bajos ingresos cubiertas por un seguro

La segunda tendencia es que los microseguros están expandiendo extraordinariamente, de 78 millones de personas de bajos ingresos con alguna cobertura en los 100 países más pobres en 2006 (Roth et al., 2007), a 135 millones de asegurados en 2009 (Lloyd, 2009). Hoy en día, según unas estimaciones a tanto alzado, el sector se está acercando a los 500 millones de riesgos cubiertos, incluyendo la vida y la salud de las personas de bajos ingresos, así como la protección de sus cultivos, animales y otros activos *(véanse el Cuadro 1.1).* Este enorme aumento se debe, en parte, a la expansión, y algunos mercados están creciendo a pasos agigantados. Además del crecimiento, un gran impulso proviene de que se incluyeron países y planes que no fueron identificados o incluidos en los estudios ante-

riores para los que se había utilizado una definición más restringida del microseguro.[2]

De hecho, uno de los principales retos en la evaluación del crecimiento se deriva de la primera tendencia, la definición. Sin una definición universal del microseguro es difícil contar los números, pero las estimaciones proporcionan información útil sobre cómo el sector se está desarrollando *(véanse el Cuadro 1.1).* En esta sección se tratan las diferencias regionales y los principales motores de crecimiento.

Cuadro 1.1 **Alcance estimado de los microseguros: millones de riesgos cubiertos**

	Asia	*América Latina*	*África*	*Total*
2006[1]	66	8	4,5	78
2009[2]			14,7	
2011	350 a 400	45 a 50	18 a 24	<500

1 Roth et al., 2007, sólo los 100 países más pobres.
2 Matul et al., 2010.

1.2.1 Alcance, crecimiento y geografía

En el estudio de 2006, el 85 por ciento de los asegurados vivía en Asia, el 10 por ciento en América Latina y sólo un 5 por ciento en África (Roth et al., 2007). Mientras que la distribución no ha cambiado sustancialmente, diferentes desarrollos están contribuyendo a la expansión en cada una de esas regiones.

Asia

Según el estudio de 2006, el alcance de los microseguros en Asia se vio impulsado por 30 millones de personas con cobertura en la India –donde el volumen se incrementó por los requisitos reglamentarios que obligaban a los aseguradores a operar en este mercado– y 28 millones de personas en China como resultado de un producto combinado que promocionó un solo sindicato.

Estas dos "potencias" respecto al microseguro han experimentado un crecimiento espectacular en los años transcurridos desde entonces. Como se mencionó en el Capítulo 20, un estudio estima que en 2010, 300 millones de personas de bajos ingresos estaban cubiertos sólo en virtud de un plan de seguros de Salud para las masas, apoyado por el Estado en la India. Además, 163 millones de personas pobres tenían un seguro de Vida, un seguro agrícola o de ganado, parcialmente subvencionados por el Gobierno. Aunque en este capítulo se considera que

2 El estudio de 2006, por ejemplo, analizó sólo los 100 países más pobres y, por tanto, excluyó las cifras de algunos países donde los microseguros ya desempeñan un papel importante, como los son Brasil, México y Sudáfrica.

la primera cifra es demasiado optimista y se solapa considerablemente con la segunda cifra, ya que muchas personas dadas de alta en los planes de salud también tienen otros tipos de seguro, todavía es razonable estimar que el 60 por ciento de las personas con cobertura de microseguro de todo el mundo viven en la India.

Es más difícil conseguir datos de China, pero se puede decir que allí tal vez otros 40 millones de personas de bajos ingresos tienen acceso a cobertura de seguro. Por ejemplo, según Qureshi y Reinhard (2011), más de 11 millones de personas de bajos ingresos están asegurados por China Life y 600 000 a través del People's Insurance Company of China (PICC). El Gobierno está fomentando activamente modelos piloto de microseguros por parte de compañías de seguros que han expandido de 3,8 millones de vidas aseguradas en 2008 a más de 14 millones en 2010.

Sin embargo, el crecimiento y el volumen en Asia no se limitan a los dos países más poblados del mundo. Las Filipinas constituyen un ejemplo interesante por la diversidad de enfoques. Los aseguradores privados están activos en el mercado, con la Malayan Insurance Company que amplió desde 2007 hasta 2009 su alcance de 4,1 millones a más de 5 millones de personas de bajos ingresos mediante la distribución a través de las casas de empeño *(véanse el Capítulo 18)* y la Country Bankers Life que cubre casi un millón de personas. Durante ese mismo período, MicroEnsure, un corredor especializado, proporcionó cobertura a 1,2 millones de personas *(véanse el Capítulo 23)* y el programa de Kasapi de PhilHealth, un sistema de protección social del Gobierno para la economía informal, se aplicó a casi 30.000 personas (Qureshi y Reinhard, 2011). Sin embargo, el Centro para la Agricultura y el Desarrollo Rural (CARD), una MBA, les superó a todos, abarcando a 7,0 millones de personas de bajos ingresos.[3]

También es evidente un crecimiento significativo en Bangladesh y Pakistán, mientras que países como Camboya, Indonesia y Sri Lanka están comenzando su viaje y ya tienen un alcance significativo. En general, con alrededor de 350 hasta 400 millones de riesgos asegurados, Asia está liderando el desarrollo de los microseguros, en parte debido a las grandes poblaciones y la densidad demográfica, el interés por parte de los aseguradores públicos y privados, agregadores dispuestos o canales de distribución y, quizás lo más importante, la participación activa de los gobiernos, por ejemplo mediante subsidios.

América Latina

En América Latina, la mayor parte de los casi 8 millones de personas aseguradas en 2006 se encontraban en Perú y Colombia. Perú tenía sobre todo seguros de desgravamen para créditos, lo que refleja su industria de microfinanzas madura, mientras que de las cifras de Colombia se puede desprender que los microseguros

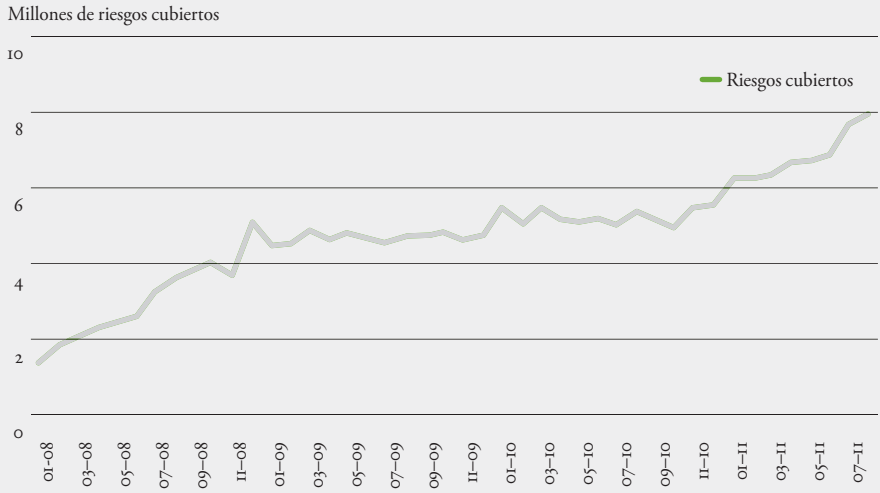
[3] Datos de CARD a partir de agosto 2011, según se informó en http://cardbankph.com.

eran esencialmente de una sola compañía de seguros con una póliza de defunciones muy popular.

Aunque los datos de crecimiento generalmente no están disponibles, Colombia es una excepción debido a que la asociación de seguros, Fasecolda, estuvo recogiendo durante años datos sobre la evolución de los microseguros. Según Fasecolda, los microseguros crecieron de menos de 1,5 millones de riesgos cubiertos en 2008 a casi 8 millones en julio de 2011 *(véanse la Figura 1.1).* Inicialmente, se atribuyó el crecimiento a los productos de Vida y de Accidentes Personales colectivos, distribuidos a través de empresas de servicios públicos, pero en 2010/2011 los productos de seguros de hogar y de desempleo experimentaron un fuerte auge.

Figura 1.1

Riesgos de microseguros cubiertos en Colombia



Fuente: Datos facilitados por Fasecolda, Colombia, 2011.

Brasil y México, que son grandes mercados, no formaban parte del estudio original. En un análisis exhaustivo de los microseguros en Brasil, Bester et al. (2010) estimaron que entre 23 y 33 millones de habitantes de bajos ingresos tenían cobertura, incluyendo los planes de defunciones que no están regulados por las autoridades de seguros. Brasil es uno de los mercados de mayor crecimiento en la región, en parte debido al enfoque proactivo adoptado por los responsables políticos *(véanse el Recuadro 25.2).*

De hecho, varios gobiernos latinoamericanos están promoviendo activamente un entorno propicio para los microseguros para facilitar la participación del sector privado en la base de la pirámide (BoP). En esta región, el microseguro se opera principalmente por empresas comerciales. El crecimiento se debe a que los

aseguradores se dirigen a la parte inferior del mercado donde hay menos competencia y más espacio para innovaciones. El volumen en América Latina, que se sitúa, probablemente, entre 45 y 50 millones, proviene también de una definición más amplia de los microseguros que en Asia, incluyendo la clase pobre superior y la clase media baja.

África

Disponemos de datos para África a raíz de una encuesta realizada en 2009 (Matul et al., 2010). Los datos de 2006, que no incluyen Sudáfrica, muestran que hubo 4,5 millones de personas aseguradas, en su mayoría por coberturas vinculadas a créditos. Según el estudio de 2009, 14,7 millones de personas tenían cobertura de microseguro, de los cuales 8,2 millones vivían en Sudáfrica. El crecimiento fuera de Sudáfrica durante este período era casi del 13 por ciento anual, lo que se atribuyó principalmente a la expansión de los seguros de Vida en el este de África. La provisión de microseguros se llevó a cabo por los aseguradores comerciales en el este y el sur y por las mutualidades de salud en el oeste.

La experiencia en Sudáfrica, que se describe en el Recuadro 1.1, es atípica para el continente. Quizás la compañía de seguros africana con mayor alcance sea Hollard, que asegura a cuatro millones de personas de bajos ingresos (Coydon y Molitor, 2011), principalmente a través del seguro de defunciones, sobre todo en Sudáfrica. Sanlam Sky también cubre a más de un millón de personas a través de un canal de venta *(véanse el Capítulo 19)*, y Old Mutual tiene una línea de productos que asegura a casi 500.000 personas *(véanse el Capítulo 18).*

Aunque es posible que la cifra no exceda de 24 millones de personas, los microseguros están a toda vela en varios países. Etiopía, por ejemplo, ha visto crecer el número de personas de bajos ingresos cubiertas de casi cero en 2006 a un millón, según un estudio de 2009, y a 2,5 millones en 2011 (Zeleke, 2011), principalmente debido a las regulaciones controvertidas que permiten a las instituciones de microfinanzas a asumir el riesgo actuarial. En Ghana y Zimbabwe, la cobertura de microseguros se ha disparado debido a productos con servicios a los miembros, ofrecidos por las compañías de telefonía móvil que abarcan a millones de personas. En Kenia, Smith et al. (2010) estiman que el mercado de los microseguros voluntarios se sitúa entre 150.000 y 200.000 asegurados, mientras que la cobertura de desgravamen para créditos aumenta de 650.000 a 700.000 personas cubiertas, es decir, más del 3 por ciento de la población adulta de Kenia.[4]

[4] La mayor parte de las cifras citadas en este capítulo se derivan de datos recogidos por las empresas mismas, por lo general por las empresas aseguradoras. Sin embargo, estas estimaciones para Kenia y los datos procedentes de Sudáfrica que figuran en el Recuadro 1.1, se basan en FinScope, que analiza el uso de servicios financieros a través de grandes encuestas por muestreo y luego aplica los resultados a la población total. Esto explica la discrepancia entre los datos de suministro citados en Matul et al. (2010) y los datos de uso en el Recuadro 1.1.

Recuadro 1.1 **Oferta y demanda de microseguros en Sudáfrica**

Los microseguros en Sudáfrica son muy diferentes de los del resto del continente, en parte porque existe tanto una oferta así como una demanda de cobertura. Debido al alto valor social y cultural que tiene un funeral digno, muchas familias de bajos ingresos tienen un seguro de defunciones, a veces incluso tienen varias pólizas. Por el lado de la oferta, muchas compañías de seguros de Sudáfrica son sofisticadas y operativas – el país tiene una de las tasas de penetración más altas del mundo (Swiss Re, 2011). La combinación de aseguradores sofisticados y la demanda de los hogares de bajos ingresos resulta en un mercado creciente e innovador.

En Sudáfrica, en la Carta del Sector Financiero que anima a los aseguradores a que se dirijan al mercado de masas, el mercado de bajos ingresos se define como aquél en el que se tiene unos ingresos mensuales por debajo de aproximadamente US$ 400. El porcentaje de la población que tiene algún tipo de cobertura de riesgos (formal o informal) ha registrado un fuerte aumento desde el 33 por ciento en 2006 al 38,5 por ciento en 2010. Esta expansión fue impulsada, casi exclusivamente, por un aumento en el seguro de sepelio formal. Sin embargo, en términos absolutos, el número de personas aseguradas en realidad se redujo de algo menos de 6,5 millones en 2006 a poco más de 4,5 millones en 2010. De 2006 a 2010, la población que vive con menos de US$ 400 por mes se redujo de poco más de 19,5 millones a menos de 12 millones de personas. Por lo tanto, la caída en el número de personas cubiertas en Sudáfrica puede ser percibida como un resultado positivo.

Fuente: Adaptado de Chamberlain et al., 2011.

1.2.2 Los grandes y pequeños motores del crecimiento

En esta sección se examinan brevemente los motores de crecimiento para los microseguros, incluyendo las razones de los grandes avances y las mejoras de crecimiento que sientan las bases para el crecimiento futuro.

Grandes saltos

Hay cuatro factores que han contribuido a esta expansión exponencial. El primero y más importante con creces es el apoyo del gobierno, en particular en Asia, que ha propiciado un crecimiento considerable de varias maneras:

1) las subvenciones, por ejemplo en la India, destinadas a extender el seguro de salud a los trabajadores de la economía informal y a proteger a los agricultores de bajos ingresos de los riesgos climáticos y la mortalidad del ganado;

2) las asociaciones público-privadas que aplican la experiencia del sector privado para implantar los programas de gobierno;
3) mandatos u objetivos para los aseguradores del sector privado (por ejemplo, India, Sudáfrica) para obligar o fomentar a que se dirijan también a segmentos de mercado insuficientemente atendidos, y
4) la participación de los aseguradores del sector público, como la Life Insurance Company y la Agriculture Insurance Company en la India, y en China, PICC y China Life. Mientras que las empresas del sector privado reciben atención por sus enfoques innovadores, las empresas del sector público son los que han alcanzado grandes volúmenes.

De hecho, sin el liderazgo del Gobierno de la India, la historia del crecimiento sería rebajado de extraordinaria a solamente digna de mención.

La segunda razón es la afiliación automática o la cobertura obligatoria. Las pólizas colectivas son medidas comunes para conseguir importantes aumentos (paso a paso) de volumen, ya que son fáciles de manejar, reducen la selección adversa y crean un pool de riesgos mayor. Los microseguros automáticos también incluyen una cobertura gratuita, como una prestación o un incentivo de fidelización para el miembro, como el seguro temporal de vida básico por Compartamos en México, que abarca a casi tres millones de personas (Qureshi y Reinhard, 2011), y la cobertura de accidentes personales proporcionada por IFFCO-Tokio con la venta de fertilizantes, que abarca a 3,5 millones de agricultores en la India *(Capítulo 20).* Del mismo modo, en China, todos los miembros de un pueblo pueden darse de alta automáticamente en base a una decisión de los alcaldes del pueblo.

Una materialización reciente de este enfoque ha sido adoptada por empresas de telefonía móvil en África. En 2010, Trustco Mobile en Zimbabwe introdujo el seguro de vida como un incentivo de fidelización en colaboración con EcoLife y First Mutual Life Assurance, y al cabo de un año cubrió a 1,6 millones de miembros (Trustco Group, 2011). En Ghana, el corredor MicroEnsure especializado en microseguros, y la empresa de telefonía móvil Tigo lanzaron Tigo Family Care en 2011 que está creciendo en más de 4.500 nuevas personas aseguradas por día (Gross, 2011b). Con estos productos, no es posible saber qué porcentaje de las personas con cobertura son pobres, pero teniendo en cuenta los altos niveles de pobreza y la fuerte penetración de los teléfonos móviles en los mercados de bajos ingresos, es una apuesta segura de que la gran mayoría cae bajo la definición del grupo objetivo de los microseguros.

Un tercer factor clave es el desarrollo de sistemas de pago eficaces. La recopilación de las primas de microseguros puede ser un desafío, pero los nuevos sistemas de pago, como M-PESA mobile money en Kenia, son factores importantes de

crecimiento. En entornos donde no se permite el dinero electrónico, los sistemas de pago de facturas, redes de puntos de venta (PoS) y corresponsales bancarios facilitan a los aseguradores el acceso a un gran número de familias de bajos ingresos. Por ejemplo, Aon Affinity, una filial de Aon, informa que cubre a unos 12 millones de personas, en su mayoría personas de bajos ingresos, a través de programas de masas en seis países de América Latina con acceso a los clientes básicos, utilizando los sistemas de pago de las empresas de electricidad, teléfono y agua (Baptistini, 2011).

La experiencia de Aon destaca el cuarto factor clave, la capacidad de los aseguradores y corredores multinacionales para reproducir sus éxitos a través de las jurisdicciones. Los corredores Marsh y Guy Carpenter están involucrados en los planes del gobierno de la India que abarcan a decenas de millones de personas de bajos ingresos, y ahora se están llevando estas experiencias a otras jurisdicciones *(véanse el Capítulo 23).* En 2010, Allianz cubrió a seis millones de personas de bajos ingresos en ocho países (Coydon y Molitor, 2011), mientras que Zurich tenía 2,3 millones de pólizas que cubrían a los "consumidores emergentes" en siete países, frente a 1,8 millones en 2009 *(véanse el Capítulo 19).*

Mejoras paso a paso

La expansión de los seguros para proteger a millones de personas de bajos ingresos no ocurre solamente a través de grandes saltos hacia adelante, sino también a través de mejoras paso a paso que se están realizando gradualmente en los mercados de microseguros. Sigue creciendo el número de nuevos clientes debido a la existencia simultánea de factores que refuerzan tanto la oferta como la demanda de cobertura. Algunos factores que inducen la evolución paso a paso son:

- El efecto demostrado del pago positivo de reclamaciones tendrá, posiblemente, el mayor impacto cuando se trate de convencer a la gente que aprecie y compre microseguros.
- La determinación de entornos regulatorios para la inclusión financiera en varios países está eliminando barreras e incluso crea incentivos para los aseguradores a que se dirijan al mercado de masas, mientras que al mismo tiempo se están creando vías para que los aseguradores informales participen en el mercado formal *(véanse el Capítulo 25).* A diferencia del apoyo del gobierno descrito anteriormente, los cambios en el entorno regulatorio generalmente dan como resultado mejoras paso a paso en lugar de grandes saltos hacia adelante, aunque hay algunas excepciones.
- Se dice que la educación del consumidor ha ayudado a la gente en algunas áreas a comprender mejor los microseguros y su papel en la gerencia de los riesgos de los hogares *(véanse el Capítulo 14).*

– Resulta una mejora de la propuesta de valor para los clientes por parte de los aseguradores que tienen una mayor exposición y familiaridad con el mercado de bajos ingresos *(véanse el Capítulo 15).*

Al igual que en la fábula de la tortuga y la liebre, estas mejoras lentas pero graduales y constantes no son tan atractivas como los grandes pasos, pero son tal vez más importantes para el fomento de una cultura de seguros en los mercados de bajos ingresos y la creación de una base sólida para la futura expansión. En última instancia, estas mejoras graduales son signos de que los interesados en algunos países están consiguiendo sus derechos fundamentales –un entorno favorable, un consumidor informado y aseguradores que responden a las necesidades– lo que, en su conjunto, resulta en la creación de un mercado de microseguros vibrante.

Para evitar pintar un cuadro excesivamente optimista, hay que tener en cuenta que el progreso sigue siendo desigual. Por cada país en vías de desarrollo que está experimentando un importante crecimiento, hay por lo menos tres o cuatro cuyo desarrollo está estancado o que tiene una actividad de microseguro limitada. Los inhibidores del crecimiento son, en gran parte, contrarios a los facilitadores, incluyendo la falta de demanda y la capacidad limitada de la industria de seguros por realizar innovaciones. El proceso de creación de una cultura de seguros puede tardar años, o incluso toda una generación.

1.3 Los interesados en los microseguros son cada vez más diversos

En los ámbitos de la política pública y del desarrollo internacional, el microseguro es interesante por su potencial en apoyar a muchos esfuerzos diferentes. Pocas agencias tienen departamentos de microseguros. En vez de ello, el seguro es un subtema que atañe a diversos ámbitos, como la salud y la protección social, la agricultura y la ganadería, el cambio climático y la gestión de catástrofes, las microfinanzas, las pequeñas empresas y las cooperativas. De ello resulta que cada vez hay más tipos de organizaciones involucradas en los microseguros.

En el primer tomo se trataron, sobre todo, las experiencias con los planes comunitarios de asistencia mutua y con las alianzas entre las compañías de seguros y las IMF. Si bien estos acuerdos siguen representando una parte importante del volumen de los microseguros, se han visto superados por otros acuerdos institucionales, incluyendo las asociaciones público-privadas y los canales de distribución alternativos. Además, otros operadores también están asumiendo un papel importante en la creación de las condiciones para que los microseguros tengan éxito a través de medidas públicas proactivas, regulaciones de apoyo, o como facilitadores de nivel intermedio tales como consultores, proveedores de tecnología, patrocinadores y promotores.

En este capítulo se examina la tercera tendencia –una mayor participación de diversas partes interesadas– incluyendo: 1) aseguradores y reaseguradores, 2) canales de distribución; 3) gobiernos, y 4) facilitadores.

1.3.1 Los aseguradores y reaseguradores

La industria aseguradora tiene el microseguro en sus genes. Desde la agrupación de riesgos por los gremios de artesanos y mutualidades hasta la introducción del seguro popular *(véanse el Recuadro 1.2)*, los aseguradores han reconocido que las necesidades de la gestión de riesgos de las personas de bajos ingresos podría ser la base para un modelo de negocio viable. Históricamente, la industria se ha caracterizado frecuentemente por los enfoques para ofrecer a los trabajadores pobres una cobertura especializada. Como el empleo formal se expandió y las personas abrieron cuentas bancarias, se hizo más fácil para los aseguradores ofrecer cobertura de manera más eficiente a través de los empleadores y de los bancos. La eficiencia resultante junto con la ampliación, en muchos países, de programas de seguridad social, hizo que los aseguradores abandonaran la recogida de primas bajas (que requiere mucha dedicación) y, con el tiempo, también los mercados de bajos ingresos. Hoy en día, el microseguro es una forma de que la industria vuelva a sus raíces y sea relevante otra vez para la mayoría de los trabajadores en el mundo y sus familias.

Recuadro 1.2

Orígenes del microseguro

"Por lo tanto, el seguro popular era ... simplemente un seguro de vida adaptado a las circunstancias y necesidades especiales de las masas. En comparación con un seguro de vida ordinario, su característica distintiva esencial es la forma en que se pagan las primas; la modificación fue introducida únicamente por conveniencia de los pequeños asalariados para los que estaba diseñado ... Un hogar con un salario semanal establece también su presupuesto correspondiente; rara vez tiene reservas de las que se podrían hacer grandes pagos de vez en cuando, y aún más raramente una cuenta bancaria a la que se podrían girar cheques. Si se quiere mantener las aportaciones sistemáticas al seguro bajo estas condiciones, entonces se deben ligar al sobre de la paga semanal o mensual y se recogerán cuando la gente tenga el dinero en la mano. En caso contrario, lo más probable es que el dinero sea utilizado para otros fines. El excedente que queda después de la previsión para asuntos tan esenciales como el alquiler, la comida y la ropa es generalmente pequeño, y la tentación de gastar en entretenimiento, artículos de lujo o placeres inmediatos suele ser demasiado fuerte para resistir sin el apoyo moral de la industria aseguradora. Ésas fueron las condiciones de ahorro para la clase obrera en 1854".

Fuente: Morrah, 1955, p. 25.

En la versión contemporánea de los microseguros ha habido tres principales tomadores de riesgo: a) los aseguradores basados en planes comunitarios y las mutualidades que gestionan los riesgos de seguro de sus miembros, b) los aseguradores comerciales que ajustan los productos y procesos para cubrir los riesgos asegurables en el mercado de bajos ingresos y c) los gobiernos con sistemas nacionales de protección social. Esta sección se refiere a los dos primeros, mientras que en la sección 1.3.3 se va a tratar el último.

Las mutualidades ofrecen algunas ventajas clave en los microseguros, especialmente debido a la proximidad a sus socios, lo que permite una mejor comprensión de sus necesidades, facilita la liquidación de siniestros con un mejor control del fraude, y tiende a generar mayor confianza por parte de los asegurados. También parecen ser especialmente adecuadas para ofrecer un valor superior al cliente, como lo demuestra una evaluación de los proveedores de microseguros en tres países *(véanse el Capítulo 15).*

A pesar de estas ventajas, sin embargo, la mayoría de las mutualidades no parece que constituya un medio eficaz para llegar a millones de hogares de bajos ingresos, ya que suelen estar limitadas, porque hay que ser miembro, por su gobernanza, la capacidad, las bajas reservas de capital y las regulaciones. A pesar de que todavía son bastante comunes en algunas regiones, están siendo desplazadas en muchos países porque los aseguradores comerciales entran en el mercado de bajos ingresos. Las mutualidades también se ven obligadas a realizar ajustes porque cada vez más gobiernos quieren la cobertura sanitaria universal. Por ejemplo, en la India, el seguro de salud fue iniciado por varias mutualidades y organizaciones basadas en comunidades, que ahora tienen que reposicionarse en vista de la ampliación de la cobertura sanitaria de masas por parte del Gobierno *(véanse el Capítulo 20).*

Esta tendencia no significa que las mutualidades estén llegando a ser irrelevantes. La experiencia en la India demuestra que estos esquemas son innovadores y eficaces y que con ellos se puede probar nuevos enfoques. Ofrecen lecciones valiosas que otros pueden tomar como ejemplo. Algunos países, especialmente en África, han iniciado esfuerzos para lograr la cobertura universal de salud. La infraestructura que las mutualidades han construido a lo largo de los años, por ejemplo, en Ghana, Malí y Rwanda, sirve como base importante para extender la cobertura a las zonas rurales y a los trabajadores en la economía informal *(véanse el Recuadro 2.1* y Kundra y Lagomarsino, 2008). De hecho, algunos casos excepcionales, como CARD MBA en Filipinas y Cooperative Insurance Company (CIC) en Kenia *(véanse el Capítulo 18)*, han demostrado que el modelo cooperativo puede ser una base para el volumen en los microseguros.

La gran novedad es la enorme ola de aseguradores comerciales que entran en el mercado de bajos ingresos. Un estudio de la Red de Microseguros muestra que al menos 33 de las 50 compañías de seguros comerciales más grandes del mundo

ofrecen microseguros, pero muchas de ellas empezaron recientemente. De los 24 encuestados que proporcionaron datos longitudinales, sólo cinco tenían productos importantes en el año 2000 y siete en 2005. El resto ha empezado después, lo que demuestra claramente que el microseguro está siendo ofrecido por un número creciente de empresas comerciales, y tal vez serán aún más en el futuro (Coydon y Molitor, 2011). Aunque carecen de importantes ventajas de las que disfrutan las mutualidades locales, algunas han logrado compensar sus deficiencias a través de asociaciones, tecnología y otros medios. Este grupo de compañías de seguros está bien posicionado para lograr grandes volúmenes, aunque queda por ver si sus productos proporcionan valor a los pobres.

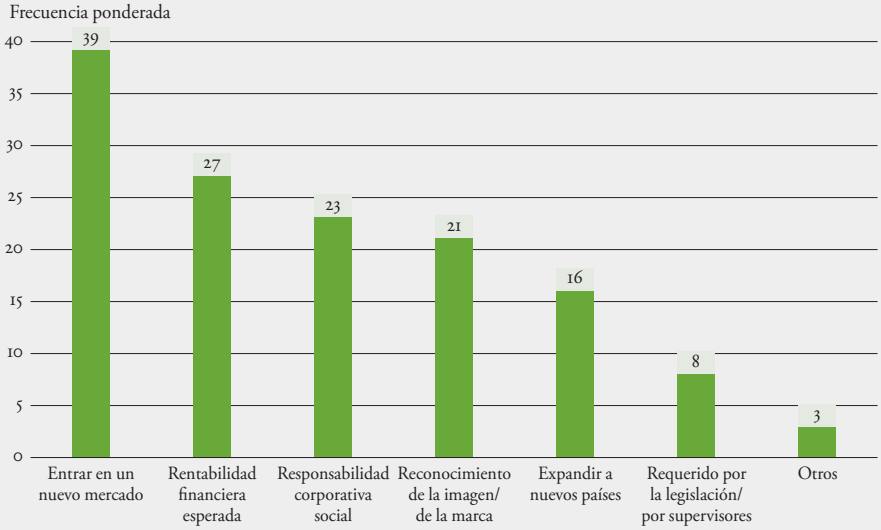
Las motivaciones de los aseguradores para entrar en este mercado, que se muestra en la Figura 1.2, ilustran la interesante combinación de objetivos sociales y comerciales, beneficios operativos y la responsabilidad social corporativa (RSC). También es importante tener en cuenta los supuestos subyacentes que llevan a los aseguradores a invertir en microseguros. Las decisiones para entrar en este mercado están influenciadas notablemente por el efecto de demostración, que parece aumentar por varios factores:

- observar cómo otros aseguradores, especialmente los competidores, operan activamente en el sector de los microseguros y no querer quedarse atrás;
- aumento de la disponibilidad de información sobre microseguros, especialmente consejos y lecciones aprendidas, que son ampliamente difundidos a través de medios electrónicos, y
- participación en un creciente número de conferencias y reuniones sobre microseguros.

Las repercusiones de este efecto de demostración sobre los aseguradores comerciales son muy fuertes. Al publicar el primer tomo de *Protegiendo a los pobres*, si los aseguradores no querían satisfacer los requisitos reglamentarios, entonces estaban involucrados principalmente por razones de RSC (Responsabilidad Social Corporativa). Querían demostrar que estaban haciendo algo bueno para la sociedad, y los microseguros fueron un esfuerzo lógico debido a la proximidad a su negocio principal. A menudo no se centraban particularmente en la rentabilidad, aunque muchos esperaban que esto sería el resultado final.

Figura 1.2

Motivaciones del asegurador por introducir los microseguros



Se les pidió a las compañías que clasificaran tres objetivos según su importancia.
Al objetivo más importante se le daba 3 puntos, seguido por 2 y 1 punto.

Fuente: Coydon and Molitor, 2011.

La entrada de un mayor número de aseguradores en este mercado ha modificado la ecuación social versus la comercial hacia un enfoque más equilibrado que debería ser más sostenible. Un portavoz de Allianz, por ejemplo, señala la importancia tanto de la repercusión social como económica al decir: "Los microseguros son, en términos netos, un negocio doble: tienen un impacto social directo y, sobre todo, desde nuestra perspectiva, también tienen un impacto financiero a largo plazo. Con los microseguros, nos aprovechamos de un enorme mercado de hogares de bajos ingresos en la base de la pirámide económica" (Allianz Group, 2011).

Los aseguradores pueden encontrar maneras más fáciles de ganar dinero que los microseguros. Debido al enfoque hacia la rentabilidad se concentran en la eficiencia y la satisfacción del mercado, mientras que el ángulo de la RSC ofrece un espacio para la experimentación. En el Capítulo 19 investigamos la tensión existente entre ser buenos ciudadanos corporativos y ampliar la cuota de mercado, mientras que el Recuadro 1.3 destaca el riesgo de reputación al que los aseguradores están expuestos por querer obtener beneficios de la base de la pirámide.

Recuadro 1.3

La crítica del enfoque "la base de la pirámide"

El primer tomo de *Protegiendo a los pobres* aplicó la estrategia de negocios de Prahalad "la base de la pirámide" (Bottom of the Pyramid – BoP) a la industria de seguros, lo que sugiere que podría ser un medio eficaz para dar cobertura a los mercados de bajos ingresos y beneficiar tanto al asegurado como al asegurador. En los años siguientes, el trabajo de Prahalad también provocó algunas críticas, lo cual justifica una investigación más profunda.

Algunos críticos cuestionan la motivación de las empresas, y no creen que realmente puedan lograr un resultado favorable doble. Otros están preocupados porque la venta de bienes de consumo a los pobres no tiene mucho que ver con erradicar la pobreza, e incluso podría dañar las pequeñas empresas y poner en peligro puestos de trabajo locales, por ejemplo, si se compra de multinacionales en lugar de a los productores locales. Otro tipo de cuestión se refiere al grupo objetivo, donde tal vez el modelo empresarial de Prahalad pueda aplicarse a los consumidores pobres, en ascenso y emergentes, pero no a los más pobres entre los pobres. Uno de los críticos más fuertes, Aneel Karnani de la Universidad de Michigan (2009), cree que el enfoque de BoP no reconoce que los pobres muchas veces actúan en contra de sus propios intereses. Lleva a una visión romántica de la gente más pobre como consumidores conscientes del valor y empresarios resistentes, lo que no sólo es erróneo sino también perjudicial.

La suposición de que lo único que todos los pobres necesitan es una oportunidad para mejorar sus medios de vida es peligrosa, según Karnani, porque lleva a los Estados a establecer demasiado pocos mecanismos legales, regulatorios y sociales que protejan a los pobres, así como a confiar demasiado en que el mercado dé soluciones a la pobreza. El fracaso de este enfoque fue evidente en la crisis de las microfinanzas en Andhra Pradesh, donde la falta de supervisión de las instituciones de crédito permitió a los prestatarios a tomar varios préstamos que no entendían ni podían devolver.

La crítica del enfoque de BoP y la crisis de las microfinanzas sin duda hizo que sonaran las campanas de alarma para los microseguros. Dada la compleja naturaleza de los seguros, es difícil para los consumidores entenderlos, y fácilmente se convierten en víctimas de la venta abusiva de agentes o son engañados por empresas de dudosa reputación. Estas observaciones ponen de relieve la importancia de que los aseguradores, que operan en el mercado de masa, consideren cuidadosamente si están proporcionando valor al cliente *(Capítulo 15)*, que los responsables políticos y las asociaciones de seguros promuevan la protección efectiva de los consumidores *(Capítulo 26)*, y que los reguladores tomen medidas enérgicas contra los aseguradores ilegales que podrían socavar la incipiente cultura de seguros en los mercados de bajos ingresos *(Capítulo 25)*.

Las aseguradoras tienen que ser conscientes de las críticas BoP y responder de forma correspondiente. Pocos aseguradores dirían que tenían la intención de llegar a la base de la pirámide, sino que están más interesados en la expansión del mercado de los seguros, incluyendo también a los segmentos de la población insuficientemente atendidos. Además, la puesta a disposición de seguros no debe sustituir las estrategias locales de gestión de riesgos, sino más bien mejorar su eficacia. De hecho, el seguro es algo fundamentalmente diferente al champú o la sal –los bienes de consumo que se mencionan muchas veces en los modelos de negocio BoP–, ya que proporciona un servicio esencial de gestión de riesgos que realmente puede ayudar a las familias de bajos ingresos a evitar la indigencia.

El creciente interés en la rentabilidad de los microseguros, analizado en el Capítulo 18, ha dado lugar a esfuerzos por reducir los costes operativos y contar con procesos eficaces para servir a las masas de clientes. Para apoyar la ampliación, los aseguradores reconocen la necesidad de procesar eficientemente grandes volúmenes de datos, junto con la vinculación segura a canales de distribución para facilitar la transferencia de datos. Al mismo tiempo, la tecnología de las oficinas de atención al cliente, desde dispositivos manuales y del punto de venta a los teléfonos móviles, está empezando a mejorar las ventas, el cobro de las primas e incluso la liquidación de siniestros. El papel de la tecnología en los microseguros se estudiará en el Capítulo 24.

Algunos reaseguradores han tardado años en encontrar su papel en el microseguro. Con una oferta dominada por simples coberturas de vida, los sistemas más comerciales tenían poca necesidad de reaseguro. Sin embargo, al comprender mejor lo que demandaba el cliente, los aseguradores se han interesado por abordar esas necesidades y los reaseguradores se han vuelto más importantes en esta ecuación. En muchos casos, los aseguradores han necesitado no sólo la red de seguridad financiera de los reaseguradores, sino también su experiencia en la tramitación de los riesgos de productos más complejos. Como dijo un gerente de Swiss Re: "El seguro es una piedra angular para el crecimiento económico y la estabilidad, y [nosotros] ... estamos orgullosos de aportar nuestra experiencia para que hasta los campesinos más pobres y sus familias puedan sobrevivir cuando las cosechas se arruinen por sequía, inundaciones u otros fenómenos relacionados con el clima "(Swiss Re, 2011)". Los reaseguradores han contribuido al desarrollo de productos más complejos, como el seguro de salud o los seguros basados en índices, permitiendo así la suscripción de coberturas de catástrofes. En efecto, con el seguro de índice, se cede al reasegurador la mayoría o quizás todos los riesgos *(ver los Capítulos 4 y 11, y la sección 20.2).*

1.3.2 Canales de distribución

La forma en que el seguro llega a los hogares de bajos ingresos ha evolucionado considerablemente desde la publicación del primer tomo. La experiencia hasta la fecha sugiere que cualquier organización que ya cuenta con transacciones financieras con los pobres y en la cual confían, podría ser un potencial canal de distribución. Existen tres razones por las que los aseguradores utilizan determinados canales de distribución. En primer lugar, los aseguradores pueden ganar credibilidad en el mercado mediante la explotación de la relación que un determinado canal de distribución tiene con las familias de bajos ingresos. En segundo lugar, debido a las bajas primas, es difícil para un agente a jornada completa generar suficiente comisión para ganarse la vida. Como consecuencia, muchos canales de microseguros se dedican a otras cosas y no a su actividad principal, tales como la concesión de préstamos, la venta de comestibles o la distribución de productos agrícolas, y la comisión de seguros sólo proporciona un ingreso adicional. En tercer lugar, el modelo de negocio de microseguros tiene mayores posibilidades de éxito si las empresas aseguradoras alcanzan rápidamente mayor volumen, lo que pueden alcanzar trabajando junto con un canal de distribución que ya cuenta con un gran número de personas de bajos ingresos.

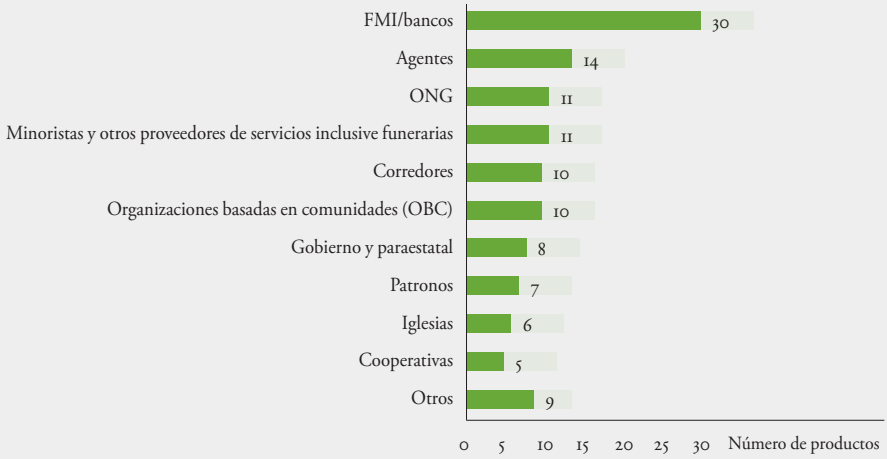
En el primer tomo, las instituciones de microfinanzas fueron el canal de distribución más común, tan común que ya no se pensaba en alternativas. Sin embargo, como las IMF llegan sólo a un pequeño porcentaje del mercado potencial de los microseguros, en los últimos años los aseguradores han estado probando otros enfoques. Como se ilustra en la Figura 1.3, los aseguradores ahora utilizan una gama de canales increíblemente amplia, aunque las instituciones financieras siguen siendo los más importantes. En este tomo, sobre todo en el Capítulo 22, se abordan los problemas de distribución; allí se describen los canales alternativos, principalmente en Brasil, Colombia y Sudáfrica; en la sección 20.3 se describen las experiencias de la India y en la sección 24.2 se describe el papel de la tecnología para crear una interfaz entre el asegurador y el asegurado.

Aparte de la cobertura automática descrita anteriormente, muchos distribuidores alternativos están introduciendo la cobertura voluntaria, utilizando su infraestructura para facilitar el pago de las primas de seguros. Los servicios públicos, las empresas de telecomunicaciones, las oficinas de correos, los administradores de pago y los minoristas han añadido los seguros a su menú de servicios, y los clientes que están interesados pueden darse de alta fácilmente y pagar las primas. Para que se pueda vender el seguro a través de estos canales, sin embargo, hace falta un proceso de venta activo para animar a los clientes a comprar el producto, tal vez a través de un centro de llamadas o una visita de un agente. Otra limitación importante, que se identifica en el Capítulo 22, es que estos canales suelen ocuparse únicamente de las ventas y del cobro de las primas, pero no cuentan con la infraestructura ni la experiencia para gestionar

los siniestros. Como consecuencia, las tramitaciones de siniestros pueden ser inconvenientes y difíciles, lo que socava el importante efecto de demostración que es tan crítico para fomentar la confianza del mercado de bajos ingresos y la confianza en el seguro.

Figura 1.3

Canales de distribución para los aseguradores comerciales



Fuente: Coydon y Molitor, 2011.

Los canales de venta como supermercados y tiendas de ropa son interesantes porque pueden ser formales o informales. Mientras que las cadenas de venta formales tienen la ventaja de una marca de renombre, los datos del cliente y los sistemas de transacción, a menudo son menos cómodas que los comerciantes informales. Los negocios informales, como las tiendas de barrio, pueden tener la ventaja de la proximidad y la frecuencia de uso, pero hasta ahora no han tenido mucho éxito en lo que respecta a los volúmenes de ventas, tal vez porque la gente no espera poder comprar un seguro dónde compran la leche y el pan o donde cargan su teléfono móvil. A los aseguradores también les ha resultado difícil desarrollar una propuesta de valor efectiva para comerciantes informales, lo cual les limita su motivación a vender seguros (Smith et al., 2010a).

La aparición de los teléfonos móviles como un medio de suministrar y gestionar los microseguros es también una tendencia importante *(véase la sección 24.5).* La capacidad de los aseguradores para acceder a una plataforma tecnológica que llega a las comunidades de bajos ingresos y facilita la venta, el cobro de primas y la liquidación de siniestros abre un enorme mercado potencial. Una vez que se hayan compensado los costes de transacción, los teléfonos móviles tienen el potencial de ampliar enormemente el alcance de los microseguros. Por ejemplo, MicroEnsure y Tigo han duplicado el número total de personas aseguradas en Ghana en sólo un año (Gross, 2011b).

Hay tres lecciones importantes con respecto a los canales de distribución. En primer lugar, tarde o temprano, los canales de distribución se dan cuenta de que básicamente controlan el acceso al cliente, lo que significa que pueden negociar acuerdos ventajosos para ellos mismos o para sus clientes, especialmente en los mercados de seguros competitivos. Cuando los canales de distribución optan por negociar por cuenta propia, es probable que sufra el valor para el cliente. En segundo lugar, estos canales también toman los seguros mucho más en serio si el producto les permite, de alguna manera, aumentar las ventas de su servicio básico. Por ejemplo, es probable que una tienda de comestibles esté más interesada en la promoción de un producto de seguro si el beneficio representa el valor de un año de comestibles en lugar de sólo unos beneficios en efectivo. Y, en tercer lugar, la gestión de las relaciones entre los aseguradores y los canales de distribución puede suponer un desafío. Se deben hacer, por adelantado y en las fases pertinentes, importantes inversiones para aclarar las expectativas, los roles y las responsabilidades, y para coordinar los incentivos. Quizás uno de los medios más eficaces para coordinar los incentivos es a través de mecanismos de participación en beneficios o negocios conjuntos.

1.3.3 Los gobiernos

Como se señaló en la sección 1.2, algunos gobiernos han sido esenciales en el apoyo al crecimiento de los microseguros, tanto a través de medidas importantes como mejoras en cuanto al incremento. La participación de los gobiernos en los microseguros ha registrado un fuerte aumento en los últimos años. Como se describe en el Capítulo 25 sobre las regulaciones, en el Capítulo 26 sobre la protección del consumidor, en el Capítulo 2 sobre la protección social, y tal como se ilustra en el Capítulo 20 con cierto detalle sobre las experiencias en la India, los gobiernos desempeñan tres funciones clave con respecto a los microseguros:

1. **Proveedor de la protección social:** Los gobiernos tienen la obligación de proporcionar protección social a sus ciudadanos, incluyendo el seguro de salud. Sin embargo, tal como se describe en el Capítulo 2, en muchos países esta obligación no se cumple, a menudo debido a limitaciones financieras. En este contexto, los microseguros pueden desempeñar varias funciones diferentes, a saber:
   a) proporcionar una plataforma para perseguir la cobertura universal de salud, como las mutualidades de salud en Ghana, Malí y Ruanda;
   b) extender las prestaciones del gobierno a los trabajadores de la economía informal, como KaSAPI en Las Filipinas, o añadiendo valor a los planes gubernamentales, tal como lo hace CIC's Bima ya Jamii *(véase el Capítulo 18);*
   c) proporcionar una cobertura adicional para complementar las prestaciones de protección social, o bien

d) ofrecer una alternativa si los programas gubernamentales no llegan a determinados grupos objetivo.

Además, en el contexto de las restricciones financieras, algunos gobiernos están participando en el sector privado a través de asociaciones público-privadas para ayudarles con la implantación de planes de protección social, con la expectativa de que se puedan gestionar de manera más rentable (Ramm, 2011).

2. **Estimulador:** El gobierno también puede jugar un papel importante en la estimulación del desarrollo del mercado, fomentando los aseguradores y canales de distribución públicos y privados para que lleguen a segmentos subatendidos. De hecho, varios reguladores tienen un mandato de desarrollo de mercado, además de su función de supervisión. Pueden aplicar ese mandato mediante la estimulación de la demanda, a través de subvenciones a las primas, la educación del consumidor y actividades de sensibilización. En Colombia, por ejemplo, el Presidente ha promovido los microseguros en la televisión y en las Filipinas el Gobierno patrocina un "Mes de Microseguros" cada año. El gobierno también puede fortalecer el lado de la oferta, por ejemplo, mediante la organización de talleres de trabajo o seminarios de capacitación sobre microseguros para ayudar a la industria local con el desarrollo de los conocimientos especializados pertinentes, como en Egipto, Ghana y Zambia.
3. **Regulador y defensor de la protección de los consumidores:** Tal como se dijo en el Capítulo 25, también puede ser necesario que los reguladores adapten las leyes y las regulaciones para reducir los obstáculos a la inclusión financiera. Algunos países incluso han creado una categoría especial para las empresas de microseguros (p.ej., Las Filipinas) y otros (p.ej., Colombia) han tenido éxito estimulando a los mercados de seguros sin hacer cambios regulatorios. Un avance importante en este campo fue la creación de la Iniciativa de Acceso a Seguros *(véase el Recuadro 1.4)*, que apoya a los reguladores y facilita el debate entre ellos para llegar a decisiones sobre las pólizas en base a mejores informaciones, y para crear un efecto de demostración para los responsables políticos.

Recuadro 1.4

La Iniciativa de Acceso a Seguros

La Iniciativa de Acceso a Seguros es un programa global destinado a facilitar la inclusión financiera a través de regulaciones y una supervisión eficaz y adecuada de los mercados de seguros. La iniciativa se puso en marcha en 2009 por la Asociación Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS), el órgano normativo global, en colaboración con las agencias de desarrollo para promover marcos regulatorios que apoyen el seguro integral y para que éste esté consistente con las normas internacionales. El liderazgo de esta iniciativa por parte de la IAIS es fundamental, ya que establece las normas mundiales a través de los Principios Básicos de Seguros y proporciona apoyo a la creación de capacidad para aplicar esos principios en varias jurisdicciones.

La iniciativa se esfuerza por difundir los conocimientos y crear conciencia de cómo un entorno propicio puede fomentar la innovación para la inclusión financiera y, a la vez, proteger la estabilidad financiera y los consumidores. A nivel político, proporciona una plataforma para que los reguladores y líderes de la industria en los países en vías de desarrollo puedan contribuir a los procesos de IAIS de establecer normas y proporcionar orientación.

Respecto a los países, la contribución principal de la iniciativa es apoyar los estudios de diagnóstico para evaluar la oferta y la demanda de microseguros actuales y potenciales, así como las condiciones a nivel macro que podrían inhibir su desarrollo. Con esta evidencia, la Iniciativa facilita el diálogo de los grupos de interés con los responsables políticos y los líderes de la industria para impulsar el desarrollo de productos adecuados, el suministro y los enfoques de protección al consumidor de bajos ingresos.

Fuente: Adaptado de la Iniciativa de Acceso a Seguros de 2011.

1.3.4 Facilitadores

"Facilitador" es un término general que se utiliza aquí para referirse a todos los demás grupos de interés importantes que contribuyen a mejorar la disponibilidad de mejores servicios de seguros a más hogares de bajos ingresos. En los últimos cinco años hubo un creciente interés y compromiso por parte de estos facilitadores, y sus contribuciones han sido esenciales en la creación de un ecosistema eficaz para apoyar el avance de los microseguros. Se puede dividir a estos facilitadores en cuatro categorías: a) los creadores de capacidad, b) los especialistas operativos, c) los financiadores, y d) los promotores.

Los creadores de capacidad

Actuarios: A finales de 1990, hubo unos cuantos actuarios radicales que realmente se tomaron el tiempo para entender las necesidades, características y preferencias del mercado de bajos ingresos. Luego prestaron asesoramiento y orientación a los microaseguradores para ayudarles a diseñar mejores productos y sistemas, para mejorar la recogida y análisis de datos y para proporcionar mejores servicios de seguros a sus asegurados. Desde la publicación del primer tomo ha aumentado el interés entre la comunidad actuarial. Por ejemplo, la Asociación Internacional de Actuarios y algunas asociaciones nacionales han organizado eventos y han creado grupos de trabajo para canalizar sus conocimientos en la resolución de problemas de microseguros. Ahora el sector puede presumir de varios actuarios con grandes conocimientos sobre microseguros, algunos de ellos han contribuido a la redacción de algunos capítulos de este libro, inclusive un capítulo sobre la fijación de precios *(véase el Capítulo 21).*

Prestadores de Asistencia técnica (AT): Hacia el año 2005, una serie de estudios demostró que la necesidad primaria de los portadores de riesgos de microseguros no fue el capital, sino la asistencia técnica.[5] Sin embargo, por aquel entonces no había consultores de microseguros con suficiente experiencia para proveer la asistencia requerida. La escasez de proveedores de AT con experiencia estaba frenando el desarrollo de los microseguros, porque los nuevos operadores estaban cometiendo los mismos errores que sus predecesores. Desde entonces, muchas compañías de seguros han reconocido que los productos de microseguros no sólo son versiones más reducidas de los productos tradicionales, lo que ha estimulado la demanda de servicios de consultoría. Esta demanda ha sido parcialmente abordada por el surgimiento de proveedores especializados de AT, como el Centro de Microseguros, Micro Insurance Academy, Cenfri, GlobalAgRisk y el Centro de Gestión de Seguros y Riesgos (CIRM), e incluso las principales empresas de consultoría de seguros como Milliman y Risk Management Solutions se están aventurando en este territorio.

Licenciados: La comunidad de los microseguros también se alegra de poder dar la bienvenida a la creciente participación de licenciados. Como lo demuestra el número de artículos sobre microseguros en revistas revisadas por expertos, el tema ha despertado el interés de muchos licenciados. En general, a estos investigadores se les puede dividir en dos grupos. Por una parte, están los economistas del desarrollo que han hecho importantes contribuciones en este campo a través de sus estudios sobre los factores determinantes de la demanda de los hogares y las evaluaciones de las repercusiones *(véase el Capítulo 3).* Y por otro lado se encuentran los licenciados en seguros que también se interesan por el tema. Por ejemplo,

[5] De 2004 a 2006, la Kreditanstalt für Wiederaufbau (KFW, Banco Alemán de Desarrollo) contrató al MicroInsurance Centre para realizar estudios de pre-factibilidad en los siguientes países: Albania, Azerbaiyán, Georgia, India, Indonesia, República Democrática Popular de Lao, Rumanía, Uganda y Ucrania.

en 2011, el *Journal of Risk and Insurance* publicó un número especial sobre los microseguros, despertando con ello el interés de los licenciados en seguros.

Especialistas operacionales

Intermediarios: Como se detalla en el Capítulo 23, los corredores de microseguros especializados y los intermediarios de seguros generales están llenando un vacío importante en algunos mercados. Estos intermediarios prestan su ayuda mediante el diseño de productos que son apropiados para el mercado de bajos ingresos, reuniendo a las empresas aseguradoras y canales de distribución, y facilitando la comunicación entre dos partes que no están acostumbradas a hablar el idioma del otro o comprender la perspectiva del otro. Los intermediarios especializados han asumido un mayor número de responsabilidades que los corredores tradicionales para mejorar su propuesta de valor. Sin embargo, aún no está claro si se puede hacer un "business case" para esta función vital, porque las primas ya son tan bajas que es difícil pagar a todas las partes involucradas sin dejar de ofrecer un valor apropiado a los asegurados.

Administradores externos: Aunque algunos intermediarios se han involucrado a nivel político y en la administración de siniestros, los administradores externos especializados también han contribuido a la expansión de los microseguros, especialmente en lo que respecta al seguro de salud en la India *(véanse el Capítulo 20).* Tal como se describe en el Capítulo 6, los sistemas administrativos son particularmente importantes para los hogares de bajos ingresos, ya que les permiten el acceso a las prestaciones sanitarias "sin efectivo", en lugar de pagar los costos de atención médica y luego ser reembolsados por la compañía de seguros.

Proveedores de tecnología: Uno de los grandes desafíos para los microseguros es procurar que se mantengan bajos los costes de administración y, al mismo tiempo, gestionar grandes volúmenes de datos. Tal como se describe en el Capítulo 24, se espera que la tecnología ayudará al sector a superar este reto a través de la mejora del software y sistemas back-office, así como de mecanismos de interfaces con los clientes para apoyar la inscripción, el cobro de las primas y las liquidaciones de los siniestros.

Los servicios de extensión y la infraestructura: Para algunos productos, los microaseguradores utilizan la infraestructura existente o servicios de extensión para aumentar el alcance y mejorar la eficiencia. Este desarrollo es particularmente importante para el seguro de ganado *(Capítulo 12)*, donde los aseguradores pueden ser apoyados por los servicios exteriores agrícolas. Del mismo modo, para el seguro meteorológico indexado *(Capítulo 11)*, la participación y el apoyo de los departamentos meteorológicos son fundamentales. Incluso en el caso del seguro de Salud *(Capítulo 5)*, algunas asistentes sociales de salud trabajan en una serie de planes como agentes de venta o promoviendo la mejora de las prácticas de salud para reducir los siniestros, o para ambos fines.

Financiadores

Donantes: Este libro no trata directamente del tema de los donantes, ya que este tema se cubrió exhaustivamente en el primer tomo (véase Latortue, 2006), pero entretanto ha habido tendencias positivas respecto a la participación de los donantes en los microseguros. Un estudio de la Red de Microseguros muestra un crecimiento espectacular del número de donantes que participan en microseguros (Marquaz y Chassin, 2012).

El apoyo más importante por parte del sector de los donantes, por la Fundación Bill y Melinda Gates, provocó, entre otras cosas, la creación del Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT. Este Fondo ha apoyado a más de 50 organizaciones, para que experimenten con nuevos enfoques que reduzcan la vulnerabilidad de los trabajadores pobres a través del seguro – muchas de esas innovaciones se destacan a lo largo de este libro, y son disponibles en línea en el Knowledge Centre. El Fondo también ha apoyado activamente a fomentar la capacitación de los consultores y profesionales de microseguros así como la financiación de la investigación académica.

No se debe subestimar el papel de los donantes en el sector de los microseguros. Los donantes mejoran en gran medida las posibilidades de éxito de los microseguros apoyando las siguientes medidas:

- estimular la innovación y la experimentación;
- atraer a los operadores reacios a que entren en el mercado a través de una financiación inicial;
- mejorar los entornos regulatorios;
- apoyar el desarrollo de nuevos productos;
- desarrollar programas de educación de los consumidores;
- prestar asistencia técnica y crear la capacitación correspondiente de las partes interesadas en la cadena de valor; y
- analizar los resultados, la gestión del conocimiento y difundir los resultados.

El último punto es importante porque permite a los donantes acelerar la evolución de los microseguros. Gracias a las actividades de intercambio de conocimientos apoyadas por donantes, los microaseguradores se enteran de las lecciones aprendidas y de las innovaciones exitosas que acortan la curva de aprendizaje.

Inversores: Incluso más que los donantes, los patrocinadores más importantes han sido las compañías de seguros que utilizan su propio capital para aumentar su participación en los mercados de bajos ingresos. Incluso ha habido algunas fusiones y adquisiciones que han tenido importancia para el sector de los microseguros. Por ejemplo, Sanlam gastó aproximadamente US$ 250 millones para comprar African Life, donde la mayor parte de la cartera recae en el seguro de funeral del

sector de bajos ingresos *(Informe Anual Sanlam, 2006).* Más que cualquier otro indicador, estas inversiones demuestran que el microseguro puede ser viable.

En 2008 se lanzó el primer fondo de capital privado de microseguros, LeapFrog Investments. Con un capital de US$ 135 millones de dólares de inversores sociales y comerciales, el fondo pretende ofrecer a 25 millones de personas vulnerables y de bajos ingresos productos de seguros e incluso servicios financieros. Con una inversión inicial de US$ 6 millones en AllLife de Sudáfrica, en diciembre de 2009, la estrategia de LeapFrog, que combina prestaciones con determinados propósitos, promete a los inversores "sólidas ganancias".

Algunas instituciones financieras de desarrollo también han realizado inversiones en el sector de los microseguros. Por ejemplo, en 2008, la Corporación Financiera Internacional ha comprado el 16,5 por ciento de Protecta Seguros, la primera empresa especialista en microseguros en Perú, y el Fondo Multilateral de Inversiones invirtió 3 millones de US$ en ParaLife, una empresa de microseguros en México. Estas operaciones de inversión demuestran que el microseguro puede tener el potencial de generar rendimientos atractivos para los inversores.

Promotores

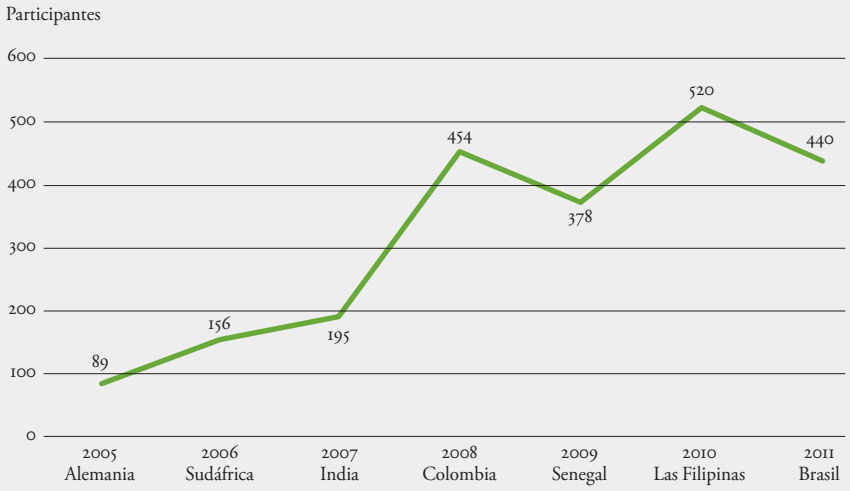
Asociaciones de seguros: Otra novedad es la participación de las asociaciones nacionales de seguros en los microseguros. Estas asociaciones, por ejemplo, en Brasil, Colombia, Kenia y Sudáfrica han tenido, por lo general, dos funciones importantes. En primer lugar, han concienciado a sus miembros sobre las estrategias de los negocios en la base de la pirámide y han facilitado el acceso a los recursos técnicos para ayudar a los aseguradores a entender cómo fomentar la rentabilidad del mercado de bajos ingresos. En segundo lugar, tal como se describe en el *Capítulo 14*, muchos de ellos también han puesto en marcha esfuerzos innovadores de educación al consumidor, dirigidos a los trabajadores pobres a fin de que comprendan mejor cómo funciona el seguro y cómo podría encajar en las estrategias de gestión de riesgos por parte de las empresas o los hogares.

Las asociaciones internacionales de seguros, tales como la Federación Internacional de Cooperativas y Mutualidades de Seguros (ICMIF) y las asociaciones regionales, como la Organización de Seguros Africanos (AIO) y la Federación Interamericana de Empresas de Seguros (FIDES) en América Latina, también juegan un papel importante en la creciente concienciación entre sus miembros. Facilitan el intercambio de información entre las personas con diferentes experiencias, permitiendo un intercambio cruzado de ideas y experiencias, lo que no es probable que se produzca a nivel nacional entre empresas competidoras.

Las **conferencias y reuniones** sobre los microseguros se han multiplicado desde que se publicó el primer tomo. El evento más importante, la Conferencia Internacional de Microseguros patrocinada por la Fundación Munich Re y la Red de

Microseguros, ha visto un aumento constante de interés *(véase la Figura 1.4)*. Los microseguros han formado el tema central de conferencias académicas y profesionales, e incluso los organizadores de conferencias con fines de lucro han organizado numerosos eventos sobre microseguros. Además de la creciente participación en estos eventos, la composición de los participantes también ha cambiado; ahora están presentes más aseguradores que buscan formas de mejorar y ampliar sus líneas de productos.

Figura 1.4 **Participación en la Conferencia Internacional de Microseguros**



Fuente: Fundación Munich Re, 2011.

La Red de Microseguros: Aunque la Red es una organización y no un tipo de facilitador, se menciona específicamente, ya que juega un papel global único en el sector, fomenta la sensibilización respecto al potencial de los microseguros, y facilita el diálogo entre los profesionales y otras partes interesadas. A través de eventos, publicaciones y medios electrónicos, la Red contribuye a mejorar la coordinación entre los distintos organismos que trabajan en el microseguro, lo que permite que se utilicen los recursos limitados de manera más eficiente. La formalización de la Red en el año 2008, surgiendo de su anterior formato como el Grupo de Trabajo sobre Microseguros del CGAP, refleja los cambios en la dinámica del sector.

En resumen, el microseguro está cosechando los beneficios de la participación y el compromiso de una serie de facilitadores cuyos recursos financieros y técnicos han contribuido significativamente a mejorar el alcance y la eficacia para proteger a los pobres de las pérdidas financieras causados por determinados riesgos.

1.4 Los proveedores ofrecen una gama creciente y variada de productos

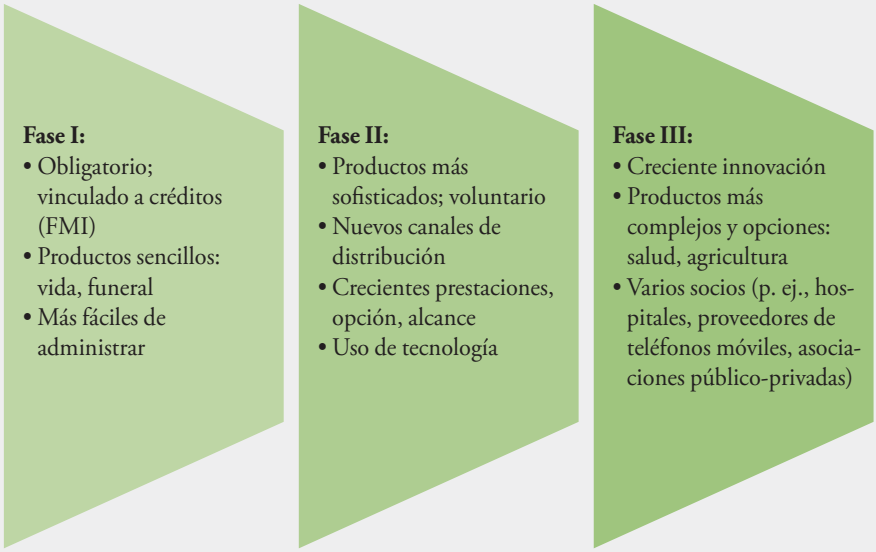
El primer tomo de *Protegiendo a los pobres* sólo abarcaba productos de vida y de salud. Estos fueron los productos más comunes disponibles para los hogares de bajos ingresos y los estudios sobre la demanda indicaban que cubrían los riesgos prioritarios de los pobres. Sin embargo, en los últimos años han cambiado significativamente las coberturas de los riesgos de las personas de bajos ingresos. En esta cuarta tendencia, la comunidad de los microseguros ha visto cómo han mejorado los productos de vida y salud, mientras se experimentaba con una gama más amplia de coberturas, inclusive más productos voluntarios. Esta tendencia intenta responder principalmente a la gama de riesgos a los que están expuestos las personas pobres, al tiempo que mejora el diseño de forma que los productos son más importantes para el mercado objetivo.

1.4.1 La evolución de los tipos de productos

Como se ilustra en la Figura 1.5, el microseguro se inició con productos básicos, en particular el seguro de desgravamen, lo que ayudó a demostrar que los microseguros eran viables. Además de ser fáciles de ofrecer y gestionar, los seguros de vida entera proporcionaban a los portadores de riesgo la posibilidad de ir comprendiendo el mercado de forma cuantitativa. Éste fue un gran paso en la evolución del producto, porque –desde la perspectiva de una compañía de seguros– uno de los mayores problemas fue la falta de datos, lo que les dificultó trabajar en un mercado desconocido.

Cuando se ofrecieron los productos, las primas eran relativamente altas, ya que se añadieron cargas adicionales para compensar la incertidumbre debida a la falta de datos *(véase el Capítulo 21)*; las primas innecesariamente altas obstaculizaron aún más la demanda. Esta experiencia inicial, la capacidad de los aseguradores a recopilar datos sobre los riesgos y el potencial de rentabilidad crearon la base para un desarrollo de productos más complejos. Al comprender mejor la demanda de los clientes, algunos canales de distribución también impulsaron a los aseguradores para que ofrecieran mejores productos. Cada vez que los aseguradores lanzaban nuevos productos para este mercado, más se aprendía y esto facilitó el avance evolutivo al siguiente nivel.

Figura 1.5 **Evolución de los productos y procesos de microseguro**



Fuente: ILO's Microinsurance Innovation Facility, 2011.

Incluso los productos básicos, como el seguro de desgravamen *(Capítulo 9)* y el seguro de funeral *(Capítulo 10)*, han ido evolucionando y proporcionan ahora un mayor valor para el cliente. En lugar de simplemente cubrir el préstamo o pagar sólo por los servicios funerarios, se añaden prestaciones adicionales, permitiendo que estos productos ayuden a familias de bajos ingresos a afrontar mejor la pérdida del sostén de la familia. Estos productos también se utilizan como puntos de acceso para cubrir a otras personas y/o proporcionar protección contra riesgos adicionales.

Los seguros de vida más sofisticados, con un elemento de ahorro pueden ser muy adecuados para las personas pobres, ya que con el tiempo acumulan valor, y así los asegurados no sienten que han perdido su dinero, si no se produce el evento asegurado. Sin embargo, la anterior generación de estos productos proporcionó poco valor a los clientes debido a las altas comisiones y los errores frecuentes (Roth et al., 2006). En consecuencia, se están desarrollando nuevas variaciones, como se describe en el Capítulo 8, que pueden proporcionar una mejor propuesta de valor en el mercado, sin dejar de ser viables para los aseguradores.

Las coberturas de Salud están evolucionando en algunos países *(véase el Capítulo 5)*, aunque no todos los esquemas siguen la misma trayectoria. Los productos de indemnización por hospitalización son razonablemente sencillos. Debido a la experiencia con estos productos puede que sea posible ofrecer coberturas de hospitalización a base de reembolso, lo que puede terminar más tarde en prestaciones "sin efectivo", como se describe en el Capítulo 6. Otra dimensión de esta evo-

lución es la forma cómo el seguro de salud puede apoyar o complementar las prestaciones de protección social proporcionadas por el gobierno *(Capítulo 2).* Con este desarrollo vanguardista se están empujando los límites para cubrir los riesgos de pacientes con tratamiento ambulatorio o integrar prestaciones de valor agregado no cubiertas por un seguro, tales como la educación sanitaria, servicios de telemedicina y los descuentos farmacéuticos.

La tendencia hacia las coberturas más complejas, incluyendo el seguro indexado, las coberturas de desastres *(Capítulos 4 y 11),* y los productos compuestos que cubren varios riesgos, es coherente con las necesidades de gestión de riesgos de los hogares pobres. Esta tendencia no es necesariamente consistente, sin embargo, con su capacidad de pago *(véase el Capítulo 7)* o con el principio básico de diseño de productos de microseguro: deben ser sencillos. Los facilitadores de microseguros y los canales de distribución han abogado durante mucho tiempo por productos simples y fáciles de entender para los asegurados, sin ambigüedad o confusión acerca de lo que está y no está cubierto. La primacía de la simplicidad no se debe perder en la evolución hacia las coberturas más completas.

1.4.2 La evolución del diseño de productos

Además de la mayor variedad de productos, los productos en sí se han transformado a lo largo de este camino evolutivo. Las coberturas colectivas, a menudo con carácter obligatorio, eran el tipo más común de microseguro, y probablemente todavía lo son. Sin embargo, se experimenta más con otros enfoques, inclusive el seguro colectivo voluntario donde los miembros de un grupo pueden optar si se dan de alta o no y también por las coberturas individuales voluntarias.

Mientras que anteriormente muchos productos eran versiones inferiores de las líneas tradicionales, el desarrollo de los productos ha llevado a un nuevo diseño para responder mejor a las realidades del mercado de bajos ingresos. Por ejemplo, en el pasado las pólizas podían incluir una lista de exclusiones, mientras que muchas compañías de seguros reconocen ahora los beneficios de minimizarlas para simplificar las pólizas y reducir el trabajo que conlleva el control de las exclusiones en pólizas pequeñas. Incluso los pequeños cambios en los productos y su suministro pueden tener efectos importantes en la comercialización y la demanda, como se indica en el Capítulo 13.

Un pequeño cambio que alberga el potencial de tener repercusiones significativas es la concienciación de que los productos tienen que ser algo más que coberturas de riesgos. Como con el ejemplo del seguro de Vida que acumula ahorros y el seguro de Salud con bonos gratuitos para pacientes con tratamiento ambulatorio, los hogares de bajos ingresos deben obtener algo de valor del producto, también en caso de que no haya ningún siniestro. Cuando esos beneficios con valor añadido también pueden reducir reclamaciones –p. ej., proporcionando informa-

ción meteorológica a los agricultores asegurados o formación sobre aspectos de la salud para limitar la ocurrencia de enfermedades que se pueden prevenir– entonces todos salen beneficiados.

Dado que el mercado de bajos ingresos no es homogéneo, se puede observar una tendencia hacia una mayor segmentación del mercado. A veces esto ocurre de forma natural, ya que ciertos canales de distribución llegan a ciertos segmentos del mercado. Sin embargo, los microaseguradores también están considerando las necesidades de segmentos específicos, como las mujeres *(Capítulo 16)*, los inmigrantes *(Capítulo 17)*, los pequeños agricultores *(Capítulo 11)* y los ganaderos *(Capítulo 12)*, y están diseñando productos que son relevantes para ellos.

Para que los productos tengan éxito hay que ajustar los gastos de administración lo que es, en parte, la razón por la que el seguro de desgravamen tuvo tanto éxito. Además de vincular los seguros con créditos, existe un número mayor de organizaciones que están vinculando los seguros con otras operaciones para llegar a los hogares pobres. Aquí figuran, por ejemplo, la compra de semillas o fertilizantes, la compra de teléfonos móviles, la inscripción como miembro de una organización, aunque estos productos generalmente sólo pueden proporcionar un seguro muy básico con prestaciones muy reducidas. Este vínculo a menudo se coloca en forma de prestación gratuita para el socio, lo que es una manera de conseguir que el producto central del canal de distribución se distinga de los productos de la competencia; la prima tiene que ser tan baja que no aumente el precio del producto básico. Si este arreglo permite que los hogares de bajos ingresos tengan una experiencia positiva con el seguro, y si los productos con el tiempo van incluyendo también opciones voluntarias, entonces el enfoque podría revolucionar las partes de la oferta y la demanda de la ecuación del microseguro – algo que no ha sucedido todavía, pero tal vez será la tendencia del futuro.

Pero las personas que "compran" una cobertura colectiva suelen tener una falta de conocimientos acerca de los productos. Como los clientes no toman decisiones y no hay ninguna transacción financiera específica para el pago de la prima, los intermediarios a menudo no proporcionan la información necesaria. Estos productos generalmente tienen tasas de siniestralidad extraordinariamente bajas porque, al parecer, las personas no saben que están aseguradas. Como señaló un banquero rural en Ghana, "si les dijéramos a la gente todo sobre la cobertura, estaríamos inundados de reclamaciones." Al parecer, sigue existiendo mucho margen para aumentar la concienciación de los intermediarios y de los asegurados, ya que las malas prácticas pueden fomentar la desconfianza que afectará a todos los operadores en el mercado.

1.5 Existe un mayor interés en que el seguro ofrezca valor a los asegurados

La quinta tendencia es el creciente interés en procurar que los pobres obtengan valor de los seguros y que estén protegidos contra posibles abusos. Cuando se empezó con el microseguro, el enfoque estaba dirigido a comprender cómo funcionaba, entender los trucos de funcionamiento y mejorar el acceso. Ahora, casi quinientos millones de personas de bajos ingresos tienen una cobertura y el sector está madurando. Por ello, ahora se presta más atención a evaluar si realmente se benefician de los seguros.

La preocupación por el valor proviene de los diferentes grupos de interés y se articula de diferentes formas. Los donantes y los responsables políticos quieren entender las **repercusiones.** Si, por ejemplo, se van a conceder subvenciones, quieren saber si éstas realmente benefician a los hogares de bajos ingresos. En teoría, el seguro es una forma eficiente de gestionar determinados riesgos, y existen muchos ejemplos que apoyan esta teoría. Pasando de la teoría a la práctica, los resultados de una detallada investigación proporcionan datos de que los microseguros realmente benefician a los hogares pobres, aunque se limitan, por el momento, a los efectos del seguro de Salud *(véanse los Capítulos 3 y 5).* Actualmente se están llevando a cabo varios estudios sobre las repercusiones adicionales con metodologías detalladas; los resultados más tangibles se obtendrán en los próximos años.

La Red de Microseguros está abordando esta cuestión del valor al cliente desde dos ángulos que coinciden con los esfuerzos por demostrar y mejorar los efectos. Para apoyar los esfuerzos por demostrar el valor de los seguros, el Grupo de Trabajo de la Red que estudia los impactos está elaborando directrices sobre cómo llevar a cabo adecuadamente estudios de impacto, no sólo para mejorar la eficacia de los estudios, sino también para promover enfoques comunes que faciliten estudios interdisciplinarios de meta-análisis (Radermacher et al., 2012). En segundo lugar, el Grupo de Trabajo sobre los Resultados ha propuesto un conjunto de indicadores sociales que los expertos, los donantes y los inversores puedan controlar (Simanowitz y Sandmark, 2011). Estos indicadores no van a demostrar que el seguro tiene un impacto económico y social, pero permiten a las partes interesadas supervisar si sus resultados son eficientes y socialmente relevantes y, así, poderlos mejorar con el tiempo.

Dada la rápida evolución de los productos de microseguros descritos en el apartado anterior, podría ser prematuro invertir fuertemente en la etapa de "prueba", ya que las metodologías detalladas también tienden a ser caras. Ahora los esfuerzos deben centrarse en comprender los componentes de valor para el cliente y mejorar los productos para que tengamos productos maduros a disposición que puedan evaluarse en el futuro mediante estudios longitudinales más amplios. En el Capítulo 15 se presenta una especie de marco para evaluar el **valor para el cliente**, lo que puede ayudar a los portadores de riesgos y a los canales de

distribución a demostrar al mercado que están proporcionando valor suficiente para justificar que los hogares de bajos ingresos gasten parte de sus limitados ingresos en las primas. Al evaluar el valor para el cliente, los aseguradores también pueden comprender mejor las preferencias de los clientes, entender su voluntad y capacidad de pago por una cobertura *(Capítulo 7)*, seguir mejorando su propuesta de valor para mejorar las renovaciones, y aumentar la eficacia de sus prácticas de venta.

Otro método prometedor de entender rápidamente el valor es la metodología "client math" desarrollado por el Centro de Microseguros, que tiene como objetivo comprender el valor de los seguros con respecto a otras opciones de gestión de riesgos (véanse Morsink y Geurts, 2011).

Por último, los reguladores y asociaciones de seguros están dispuestos a garantizar que exista suficiente **protección de los consumidores** para que la industria pueda forjar y mantener la confianza del mercado. Como consecuencia, en el Capítulo 26 se habla de algunos puntos de orientación preliminar respecto a la mejora de la transparencia, el trato justo y los recursos en los mercados de microseguros.

1.6 Conclusión

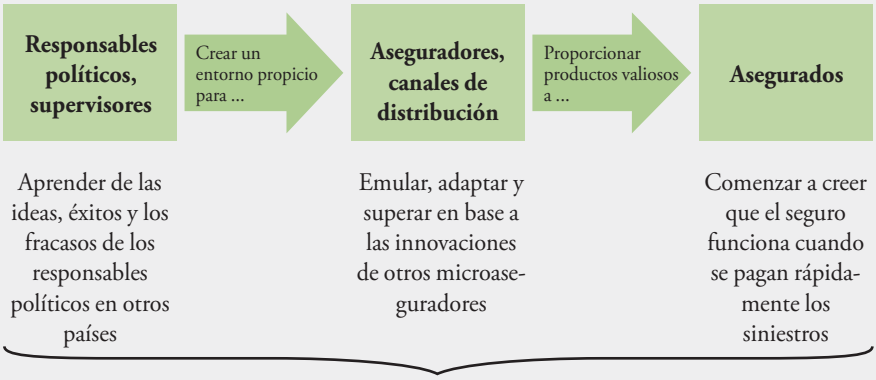
La tendencia óptima sería que más familias de bajos ingresos tuvieran mejor acceso a una mayor variedad de valiosos productos de gestión de riesgos. Las tendencias analizadas en este capítulo reflejan un desarrollo hacia este ideal. De hecho, hubo un crecimiento sustancial en el alcance, con mejor acceso a una variedad cada vez mayor de productos. Más aseguradores e intermediarios se están involucrando, lo que lleva a una cierta competencia en algunos mercados. Este desarrollo, a su vez, posiblemente pueda mejorar la propuesta de valor para los clientes. Como la definición del microseguro se vuelve más clara, hay un mayor esfuerzo por entender lo que significa para prestar servicios intangibles de gerencia de riesgos para el mercado de bajos ingresos con mayor eficacia y rentabilidad. Todo esto alimenta la tendencia hacia un enfoque en el valor para los mercados de bajos ingresos. En conjunto, estas tendencias reflejan un sector que está madurando y que está llegando a la adolescencia.

Las tendencias que han impulsado los microseguros es probable que continúen e incluso aumenten en importancia por el poderoso efecto de demostración a diferentes niveles, donde los pioneros sirven de ejemplo para los demás *(véase Figura 1.6)*.

Hasta ahora, el crecimiento ha sido impulsado por unos pocos países, pero los microseguros aún no se han arraigado en varias jurisdicciones. Dado que cada vez hay más responsables políticos y supervisores de seguros que siguen el ejemplo de los países pioneros y aprenden de sus experiencias, habrá un nuevo impulso en el alcance global del microseguro. Además, incluso en los Estados en los cuales el

microseguro ya está creciendo, pueden ampliar aún más si los responsables políticos promueven los subsidios y amplían su participación en las APP para alcanzar los objetivos de las pólizas con presupuestos limitados. Para aumentar los efectos, los responsables políticos también pueden apoyar más la gestión de conocimientos de forma que las buenas prácticas estén ampliamente disponibles y promover la estandarización, recopilación y agregación de datos para que la fijación de las primas se base en la respectiva experiencia. También pueden promover la protección del cliente sin perjudicar la innovación y fomentar la formación del consumidor para que el público entienda lo que se está ofreciendo, aprecie la forma en que les puede ayudar y sepa adónde acudir si no está satisfecho con los resultados.

Figura 1.6 **La cadena de efectos de demostración del desarrollo del mercado de microseguros**



En cuanto a los aseguradores y los canales de distribución, en algunos mercados los microseguros se volverán cada vez más competitivos, especialmente teniendo en cuenta que están surgiendo en gran medida sistemas de pago más eficaces. Dado que la inscripción y el cobro de las primas se hacen más fáciles y más baratos, el potencial para los aseguradores aumentará de forma espectacular. Esta expansión es probable que conduzca a mejores precios y una gama más amplia de productos voluntarios dado que los aseguradores cooperan con nuevos colaboradores, como lecherías y proveedores agrícolas, empresas farmacéuticas y proveedores de salud, empresas de telecomunicaciones y minoristas. Sin embargo, con el crecimiento y la presencia viene la responsabilidad. Operando bajo el radar significaba que los proveedores y los operadores de microseguros tenían mucho margen de maniobra. Con la madurez, se echa un vistazo más de próximo a los resultados para considerar cuidadosamente las implicaciones para la protección de los consumidores.

La demanda supone un reto fundamental en la creación de un mercado, es decir crear las condiciones que estimulen los hogares de bajos ingresos a recurrir a seguros como parte natural de su conjunto de herramientas de gestión de riesgos. En entornos en los que los microseguros son frecuentes y los proveedores están cultivando la confianza de este mercado a través de pagos de prestaciones eficientes, tales condiciones están surgiendo. Sin embargo, los proveedores de microseguros deben seguir reconociendo que su función más importante es la de pagar los siniestros y aprovechar el efecto de demostración emergente.

Lo que mueve a la gente, a las instituciones y las industrias a superar la infancia, pasando por la adolescencia hasta llegar la edad adulta, es la manera en que las experiencias se convierten en lecciones aprendidas. En el microseguro, se están aprendiendo muchas lecciones y cada vez se hacen más esfuerzos por difundir estas lecciones y mejorar los resultados en el futuro. El resto de este libro es el intento de sintetizar aquellas lecciones que refuerzan las tendencias en el microseguro con la experiencia práctica y ampliarlas mediante nuevos conocimientos.

2 El potencial del microseguro para la protección social

Yvonne Deblon y Markus Loewe

Los autores desean agradecer a Christine Bokstal (OIT), Valerie Schmidt-Diabate (OIT), Iddo Dror (Micro Insurance Academy), Gaby Ramm (consultora), Anja Smith (Cenfri) y John Woodall (OIT) por su revisión de este capítulo.

La protección social está reconocida internacionalmente como derecho humano.[1] Sin embargo, por diferentes razones este derecho no está bien aplicado por la mayoría de los países en todo el mundo, dejando a grandes partes de la población sin acceso a adecuadas medidas de protección social y expuesta a numerosos riesgos. Además, las personas vulnerables son, a menudo, incapaces de mejorar su situación socio-económica: son reacios a invertir el exceso de sus ingresos en capital físico productivo o en la educación. En cambio, acumulan fondos para "días de lluvia", es decir ahorros en efectivo o en bienes (por ejemplo, oro, animales de granja) a los que pueden acceder si se produce un evento de riesgo. Como resultado de eso, sus ahorros sólo producen rendimientos limitados, que son demasiado pequeños para que puedan llevar una vida mejor y escapar de la pobreza.

Las personas que trabajan en la economía informal son particularmente propensas a convertirse en personas abandonadas en el círculo perpetuo de la vulnerabilidad, la aversión al riesgo y bajos ingresos. Caen en la brecha cada vez más amplia respecto a la cobertura que existe entre los diferentes sistemas de protección social de la mayoría de los países en vías de desarrollo *(véase Figura 2.1).* Los hogares ricos pueden permitirse el lujo de comprar seguros privados de Salud, Vida, Responsabilidad Civil y Bienes. Los funcionarios públicos suelen tener derecho a pensiones financiadas por impuestos y a atención médica gratuita en los hospitales públicos. En muchos países, los demás empleados en la economía formal están cubiertos por el seguro social. Algunas de las personas extremadamente pobres pueden beneficiarse de una asistencia social especial. Las demás personas –especialmente los habitantes de las zonas rurales, los pobres urbanos y los que trabajan en la economía informal– a menudo no tienen acceso alguno a tales esquemas oficiales de protección social

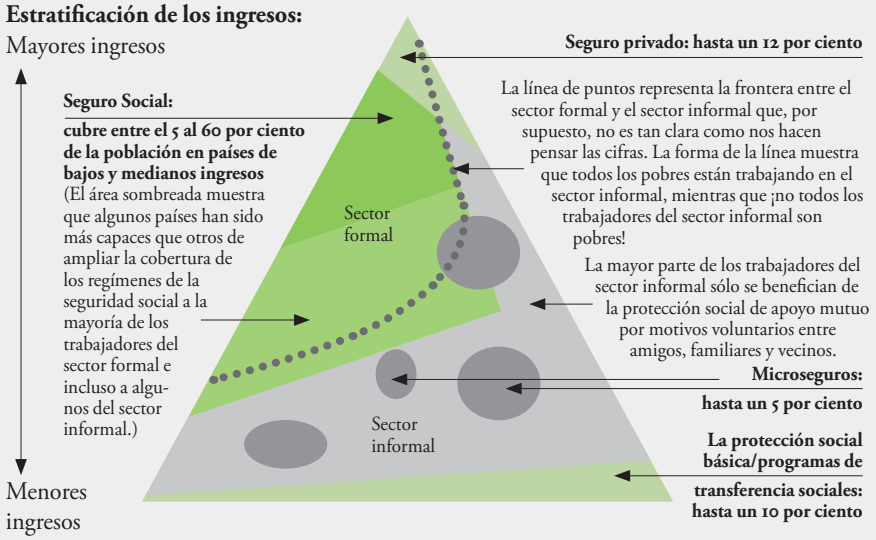
Los trabajadores de la economía informal confían en y, a menudo, se benefician de la ayuda proporcionada por familiares y vecinos en sus comunidades.

[1] Ver la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (Artículo 22) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1976 (artículo 9). Además, las constituciones de más de 110 Estados independientes hacen referencia, de una manera u otra, al derecho a la protección social.

Además, algunas familias se organizan en grupos que tienen el objetivo explícito de ayudar a sus miembros a gestionar los riesgos –como las mutualidades de salud y las sociedades de entierro. Si bien estos sistemas no-formales de protección social son de gran importancia para sus miembros, siguen siendo limitados en cuanto a su alcance y escala. Por otra parte, se da a menudo el caso de que tales esquemas no son lo suficientemente fiables porque se basan en obligaciones morales y en la buena voluntad más que en cualquier otra obligación formal. No existe ningún mecanismo que permita a los miembros exigir la puesta a disposición de las prestaciones en caso de incumplimiento, y estos planes a menudo son altamente susceptibles al estrés económico. Por último, el efecto combinado de tendencias hacia una mayor migración y urbanización así como la disminución de la importancia de los valores y normas tradicionales se traduce, en particular, en el deterioro evidente de las redes mutuas de apoyo.

Figura 2.1

La brecha en la cobertura de la protección social en un típico país en vías de desarrollo



Fuente: Loewe, 2009b.

El microseguro es un instrumento potencialmente efectivo para superar esta situación. Por desgracia, a menudo los microseguros se discuten por separado y se aplican en muchos casos sin tener en cuenta el contexto subyacente. Su objetivo principal es la reducción de la vulnerabilidad de las personas con ingresos bajos para que puedan gestionar sus riesgos de forma más eficiente. Es, por lo tanto, un instrumento de protección social que no debe ser pasado por alto cuando se desarrolla una estrategia de política social. Existen alternativas a los microseguros para

alcanzar este objetivo, que pueden ser más o menos efectivos –dependiendo del contexto particular de que se trate–, pero aún así merece consideración.

En este capítulo se intenta responder a tres preguntas: 1) ¿En qué medida pueden los microseguros contribuir a cerrar la brecha en la cobertura de la protección social en países en vías de desarrollo? 2) ¿Cómo se debe diseñar para tener efectos máximos y 3) ¿Bajo qué condiciones podría ser preferible a otros instrumentos de protección social?

En este capítulo se argumenta que la perspectiva sistémica de la protección social es crucial para analizar los efectos de los microseguros y para optimizar su diseño. Es sólo una de las posibles herramientas de protección social y debe estar bien arraigada en el marco general de protección social de un país. Los microseguros no sustituyen a las transferencias sociales, que se financian con impuestos y con las que se intenta apoyar a los miembros más pobres y más vulnerables de la sociedad. Además, no es superior "a priori" al seguro social (especialmente con respecto a riesgos como enfermedades o vejez), siempre y cuando ambos instrumentos sean opciones realistas, es decir, donde el Estado tiene tanto la voluntad política y la capacidad institucional necesaria para construir sistemas de seguro social para hogares de bajos ingresos.

El potencial de los microseguros es muy importante en la mayoría de los países en desarrollo, especialmente si muchos gobiernos no están dispuestos o son incapaces de extender los esquemas de protección social pública a los sectores excluidos de la población. Además, los países son generalmente incapaces de proporcionar amplios sistemas de protección social para todos los riesgos relevantes que afronta cada uno de los hogares. Por lo tanto, hay mucho espacio para los microseguros en la mayoría de los países en vías de desarrollo y los países emergentes.

En este capítulo se procede de la siguiente manera: en la sección 2.1 hay una definición de lo que se entiende por protección social, con una visión general de su ámbito de aplicación y sus funciones. La sección 2.2 explica por qué muchos hogares en los países en vías de desarrollo carecen de acceso a una protección social adecuada. La sección 2.3 retrata el microseguro como instrumento de protección social y se discute sobre las posibles funciones de los microseguros en el marco general de la protección social. La sección 2.4 concluye con un llamamiento a una perspectiva sistémica a emplear para el análisis y la implementación de los esquemas de microseguros.

2.1 Alcance y función de la protección social

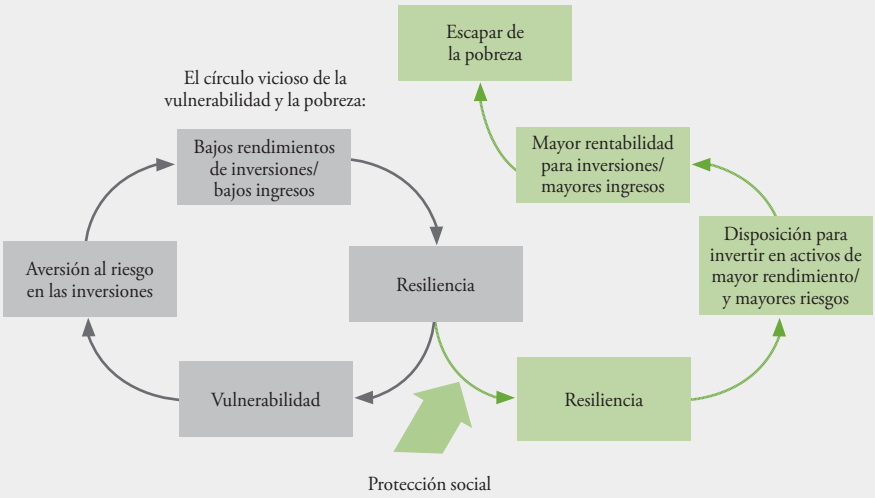
En todo el mundo, las personas se ven expuestas a múltiples riesgos. Un riesgo es la posibilidad de un acontecimiento con efectos negativos que conducen a una disminución de los ingresos de una persona o de un hogar (como en el caso de paro) o un aumento de los gastos (como en el caso de un choque de precios), o ambos (como sería el caso cuando una enfermedad lleva a la discapacidad que impide el empleo y resulta en gastos sanitarios más elevados).

La existencia del riesgo y la falta de preparación para este riesgo llevan a la vulnerabilidad, que es la probabilidad de que una persona o familia sufran una disminución significativa de su bienestar debido a un evento de riesgo. Esta probabilidad aumenta con 1) la probabilidad de un evento de riesgo; 2) la magnitud esperada de sus efectos, y 3) la falta de capacidad de recuperación de las personas o los hogares, que depende, entre otras cosas, de la dotación de activos, incluyendo dinero en efectivo y bienes.

La vulnerabilidad y la pobreza no son lo mismo, pero se refuerzan mutuamente *(véase la Figura 2.2).* Por un lado, los pobres son más vulnerables que los que están mejor económicamente; están expuestos a un mayor número de riesgos, a riesgos más graves, y hay una mayor probabilidad de que ocurra un riesgo a causa de sus condiciones de trabajo y de vida más peligrosas. Además, los pobres tienen menos activos que puedan vender para cubrir gastos de emergencia, o para diversificar sus fuentes de ingresos (por ejemplo, desde el trabajo a las rentas del capital), o para ofrecer como garantía para un préstamo. Riesgos que pueden dar lugar a pérdidas que son independientes de los ingresos o activos representan una amenaza más grave para los hogares de bajos ingresos que para los hogares que se encuentran mejor en términos económicos porque las posibles pérdidas son, relativamente, mayores. Sin embargo, incluso los riesgos que se asocian con pérdidas que aumentan proporcionalmente con los ingresos o el patrimonio son considerados normalmente como más graves por parte de los pobres que por los ricos. Este fenómeno se debe al hecho que la utilidad marginal de los ingresos disminuye a medida que están aumentando, como se demostró teóricamente ya en 1964 por Pratt (Pratt, 1964; Loewe, 2005b; Zweifel y Eisen, 2000).

Figura 2.2

La función de promoción de la protección social: romper el círculo vicioso de la pobreza y la vulnerabilidad



Por otra parte, la vulnerabilidad aumenta la pobreza de tres maneras:

1) La ocurrencia de un riesgo disminuye el bienestar de las personas.
2) Puede obligar a la gente a usar sus activos financieros, físicos, humanos y sociales para hacer frente a los efectos correspondientes. Puede ser, por ejemplo, que tengan que recurrir a sus ahorros, vender activos productivos (como tierra o maquinaria), sacar a los niños de la escuela y ponerlos a trabajar, o utilizar las redes sociales para el apoyo financiero. Al hacerlo, agotan los mismos recursos que de otro modo podrían ayudarles a desarrollar en el futuro actividades para generar ingresos que podrían permitir que se recuperen y mejoren su situación socio-económica.
3) La vulnerabilidad reduce la disposición de las personas a ampliar sus actividades económicas y, con eso, mejorar su bienestar socio-económico. Las personas que son vulnerables a riesgos, tales como enfermedad o desempleo, son reacios a invertir cualquier exceso de ingresos en capital productivo o de la educación. Esto ayudaría a aumentar sus ingresos, pero también implicaría algunos riesgos adicionales. En su lugar, tienden a acumular fondos o activos a los que pueden acceder fácilmente cuando se produce un evento de riesgo (por ejemplo, para pagar un tratamiento médico). Del mismo modo, la conciencia de su vulnerabilidad a los riesgos no asegurados puede conducir al uso de tecnologías de producción anticuadas, aunque menos arriesgadas.[2]

[2] Para obtener evidencia empírica sobre estos efectos ver Bird (2001); Fafchamps y Minten (2008); Lichand (2010).

El objetivo de la protección social es romper este círculo vicioso. En este capítulo se define la protección social como el conjunto total de las acciones que se llevan a cabo por parte del Estado o de otros actores (por ejemplo, empresas comerciales, organizaciones de caridad y de grupos de autoayuda) para hacer frente a los riesgos, la vulnerabilidad o la pobreza crónica. Esta descripción constituye un compromiso entre las diferentes posiciones adoptadas por los relevantes actores internacionales en relación con el significado de este término. La definición de la OIT es comparativamente estrecha. A veces se utiliza el término "protección social" como un sinónimo de "seguridad social".[3] En la mayoría de los casos, sin embargo, se prefiere el uso de "seguridad social" que implica sólo los riesgos que son típicos para las personas que obtienen sus ingresos de un trabajo remunerado.[4]

Sin embargo, la mayoría de las otras definiciones son más amplias. El Banco Mundial, por ejemplo, considera que la protección social abarca todas las "intervenciones públicas para 1) ayudar a los individuos, las familias y las comunidades a mejorar la gestión de riesgos, y 2) proporcionar apoyo a los pobres críticos" (Holzmann y Jorgensen, 2000, p. 3). Del mismo modo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) se refiere a la protección social como las "políticas y acciones que mejoran la capacidad de las personas pobres y vulnerables a salir de la pobreza y les permite una mejor gestión de riesgos y crisis" (OCDE, 2009, p. 10).

Mientras tanto, hay un creciente consenso de que la protección social tiene tres funciones clave:

1) **Prevención:** para proporcionar seguridad a los hogares vulnerables mediante la reducción de la probabilidad de que sufran una grave reducción de su bienestar e incluso caigan en la pobreza absoluta. Este objetivo se puede lograr mediante: a) la reducción de la probabilidad de que ocurra un riesgo (prevención de riesgos), b) la reducción de los posibles efectos cuando ocurre un riesgo (mitigación del riesgo) o c) el apoyo a las familias en sus esfuerzos para hacer frente a los efectos de los riesgos una vez que se hayan materializado (ver más abajo).

[3] En al menos una publicación, la protección social se define como "el conjunto de medidas públicas que una sociedad ofrece a sus miembros para protegerles contra las dificultades económicas y sociales que se derivarían de la ausencia o la reducción sustancial de los ingresos laborales como consecuencia de diversas contingencias (enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo, desempleo, invalidez, vejez y muerte del sostén de familia); la prestación de asistencia sanitaria y prestaciones para familias con hijos" (García y Gruat, 2003, p. 13).

[4] En una reciente publicación importante, por ejemplo, se utilizó el término "seguridad social" para cubrir "todas las medidas proporcionando beneficios, ya sea en efectivo o en especie, para asegurar la protección, entre otras cosas, de (a) la falta de ingresos obtenidos por un trabajo (o ingresos insuficientes) a causa de enfermedad, invalidez, maternidad, accidente de trabajo, desempleo, vejez o muerte de un familiar, (b) la falta de acceso o acceso inasequible a la atención médica, (c) apoyo familiar insuficiente, en particular para los niños y adultos a cargo, (d) en general la pobreza y la exclusión social" (OIT, 2010, p. 13).

2) **Protección:** para ampliar el apoyo financiero o en especie a los pobres a través de la redistribución de los ingresos en la sociedad.
3) **Promoción:** para ampliar las oportunidades de los pobres y vulnerables a que aumenten su productividad y sus ingresos, alentándolos a asumir los riesgos adicionales que conllevan las inversiones de sus ahorros en la educación y en bienes de producción.

Estas tres funciones pueden ser realizadas por los sistemas de protección social según tres diferentes maneras:

1) reduciendo ya de antemano la probabilidad de que ocurra un evento de riesgo (prevención de riesgos);
2) limitando ya de antemano los posibles efectos de un acontecimiento de riesgo (mitigación del riesgo) a través de la acumulación de ahorros (previsión del riesgo), seguros (riesgo compartido) o autoseguro (diversificación del riesgo), y
3) mediante la absorción anticipada de las repercusiones de un evento de riesgo (haciendo frente a los riesgos).

Cumpliendo estas tareas, la protección social contribuye al desarrollo en tres diferentes formas (Cichon y Scholz, 2009; de Neubourg, 2009, Loewe, 2005a). En primer lugar, contribuye a la justicia socio-económica al evitar que las personas caigan en la pobreza, prestando apoyo a las personas en situación de pobreza y ayudando a la gente a escapar de la pobreza. En segundo lugar, la protección social contribuye a la inversión productiva y al crecimiento económico. Anima a los hogares de bajos ingresos a que inviertan, en particular, el exceso de sus ingresos en la educación y en herramientas de producción y, con ello, moviliza ahorros locales para fines productivos. Y, por último, la protección social contribuye a la estabilidad política y la cohesión social. En el siglo 19, el canciller alemán Otto von Bismarck inició el primer régimen de seguridad social del mundo, principalmente para contener las fuerzas socialistas de la oposición, para apaciguar la mano de obra industrial desfavorecida y construir un Estado nacional alemán, y no tanto debido a su preocupación por la gente pobre o a un sentimiento de solidaridad. Desde entonces los políticos en muchos países de todo el mundo han seguido este ejemplo.

La protección social es, pues, uno de los pilares del desarrollo social, económico y político de un país.

2.2 La protección social en los países en vías de desarrollo

La protección social puede estar organizada por el Estado, compañías comerciales, grupos de auto-ayuda u otros operadores. La mayoría de los países cuentan con sistemas de protección social a cargo de todos ellos.

Los sistemas de protección social estatal se financian o bien por las contribuciones de sus miembros o por los ingresos fiscales en general. Los planes de seguridad social, en particular, se financian por las contribuciones regulares y, por lo general, están vinculados a relaciones laborales formales (contractuales). Se basan en normas específicas, a menudo sustentadas por la ley, y proporcionan beneficios cuando un miembro de la familia sufre un impacto debido a un riesgo específico predefinido por ley (p. ej., vejez, discapacidad o muerte del sostén de la familia). Por lo tanto, los regímenes de seguro social pueden reducir eficazmente la vulnerabilidad de los hogares que pueden permitirse el lujo de pagar una contribución periódica a cambio de una reducción de la exposición al riesgo. No obstante, sólo abordan un conjunto específico de los riesgos, y no siempre incluyen los riesgos que constituyen las amenazas más graves para sus miembros. Por ejemplo, estos planes no proporcionan, normalmente, protección contra la pérdida de la cosecha debido a riesgos meteorológicos – a pesar de que, para muchos hogares rurales, estos riesgos constituyen un problema más grave que la vejez o accidentes laborales los cuales se pueden gestionar a través de la ayuda mutua de los familiares y vecinos. Además, la seguridad social generalmente no ayuda a las personas extremadamente pobres, que no pueden pagar ni siquiera primas muy pequeñas y que, por lo tanto, suelen estar excluidas de los esquemas de la seguridad social.

Los programas de transferencias sociales ayudan a prevenir y aliviar tanto la pobreza crónica como provisional. Además, normalmente van dirigidos a todo tipo de riesgos, pero tienden a ser menos potentes cuando se trata de reducir la vulnerabilidad de los hogares. Ya que son financiados por los ingresos fiscales, los beneficios suelen ser bastante limitados y su objetivo es evitar que las familias caigan en la pobreza severa. Sin embargo, no son capaces de evitar un deterioro en el bienestar de los hogares más ricos debido a que las prestaciones de los regímenes de transferencias sociales están muy por debajo del nivel de sustitución de los anteriores ingresos – algo que los regímenes de seguro social a menudo son capaces de hacer.

Hay dos tipos de sistemas de transferencia social: esquemas "selectivos" y "universales". Esquemas enfocados conceden beneficios únicamente a las personas necesitadas, mientras que los esquemas universales prestan pagos a todos los hogares. Aunque la suma de los beneficios previstos por regímenes específicos es, en general, considerablemente menor que el total de los gastos de los regímenes universales, sus presupuestos son a veces incluso superiores debido a los costes de enfoque involucrados (es decir, los costes de identificar los hogares elegibles).

Del mismo modo, se puede hacer una distinción entre los sistemas de transferencias en efectivo (por ejemplo, asistencia social, pensión social y renta básica

garantizada), bonos (por ejemplo, para la educación o los servicios de salud) y transferencias en especie (por ejemplo, alimentos o atención gratuita de salud).

En general, los sistemas de protección social no-públicos se financian por cuotas. Esto rige particularmente para los regímenes que están a cargo de empresas comerciales (incluidos los aseguradores privados, en cuyo caso las cuotas son "primas"), a cargo de grupos de autoayuda (como grupos de ahorros, de créditos y de seguros) e instituciones de microfinanzas. Incluso las redes de apoyo mutuo esperan de sus miembros que den a sus familiares y vecinos aproximadamente lo mismo que han recibido, con la única excepción de la ayuda caritativa proporcionada por los hogares ricos a los pobres por razones filantrópicas *(véase el Cuadro 2.1).*

Cuadro 2.1

Descripción general de los sistemas de protección social organizados por los diferentes operadores

Organizado/administrado por:	*Financiado por las contribuciones de los miembros (enfocando la vulnerabilidad y los riesgos específicos)*	*Financiado por impuestos o donaciones voluntarias de otros hogares (enfocando la pobreza provisional y crónica y un amplio espectro de riesgos)*
Autoridad gubernamental/ pública	– Esquemas de seguro social – Fondos nacionales de previsión – Esquemas públicos de crédito	– Esquemas de asistencia social – Esquemas universales de transferencia de dinero en efectivo – Esquemas dinero en efectivo /alimentación para la educación – Esquemas dinero en efectivo /alimentación para el trabajo – Sistemas públicos "libres" de Sanidad
Compañías comerciales/ privadas	– Esquemas comerciales de ahorros – Esquemas comerciales de créditos – Contratos de seguro privados	
Grupos de auto-ayuda semi-formales	– Clubs de ahorro y crédito – Asociaciones de mutuas de seguros	
Redes tradicionales	Redes de apoyo mutuo	Apoyo caritativo puesto de disposición por parte de los ricos a los hogares pobres

El principal desafío para las pólizas de protección social en los países en vías de desarrollo resulta del hecho que la cobertura de muchos esquemas es bastante limitada, tanto en lo que se refiere al volumen como al alcance. De hecho, los seguros sociales sólo llegan a una minoría de la población *(véase la Figura 2.1).* Con muy pocas excepciones, el seguro de vejez no cubre a más del 40 por ciento de la fuerza laboral en los países de ingresos medios y el 10 por ciento de la fuerza laboral en los países de bajos ingresos (OIT, 2010). Al mismo tiempo, menos del 12 por ciento de la población tiene un seguro privado de Salud o de Pensión (Drechsler y Jütting, 2005), y menos del 5 por ciento recibe prestaciones por parte de la asistencia social (Barrientos y Holmes, 2007).

Los esfuerzos para ampliar la cobertura de la seguridad social a menudo se ven limitados por razones financieras, administrativas y políticas:

1) La mayoría de los sistemas existentes se basa en las relaciones de trabajo formales y las contribuciones se comparten entre los empleados y los empleadores. Estas regulaciones son difíciles de aplicar cuando se trata de personas con empleo inestable e informal, y especialmente en el caso de trabajadores por cuenta propia.
2) Las organizaciones de la seguridad social se enfrentan a problemas administrativos, por ejemplo tienen que controlar a los trabajadores en la economía informal, recoger sus aportaciones y administrar sus reclamaciones.
3) Grupos de empleados que ya están asegurados a menudo se oponen a que se incluyan a otros grupos adicionales en los regímenes de seguridad social, ya que tienen miedo de que ello podría tener efectos negativos para ellos – especialmente cuando los nuevos grupos son, en promedio, más pobres que ellos mismos.

Del mismo modo, algunos países han ampliado el alcance de sus esquemas de transferencias sociales. Los países de bajos ingresos se ven particularmente limitados por consideraciones presupuestarias. Sin embargo, incluso los países de ingresos medianos son, a menudo, reacios a proporcionar más dinero en efectivo o en especie a las personas necesitadas. Los políticos a menudo carecen de la voluntad necesaria para asignar los recursos públicos a aquellos grupos de la población que, por lo general, no están bien organizados y, por lo tanto, son incapaces de ejercer presión sobre sus gobiernos.

Como se ilustra en este libro, los aseguradores comerciales también se enfrentan a dificultades para atraer a clientes de bajos ingresos:

1) Sus costos administrativos suelen ser relativamente altos, por lo que tienen que cobrar primas que son demasiado caras para las personas de bajos ingresos.
2) Los aseguradores comerciales se enfrentan a dificultades para obtener informaciones relevantes sobre los perfiles de riesgo y de comportamiento de las personas que trabajan en la economía informal y viven en asentamientos informales. Además, si ofrecen productos a estos clientes corren el riesgo de enfrentarse a los problemas de selección adversa y el riesgo subjetivo.
3) Muchos hogares de bajos ingresos tienen pocos conocimientos de cómo funciona un seguro, desconfían de las compañías de seguros y, por lo tanto, a menudo muestran poca demanda de seguros.

Al mismo tiempo, las compañías de seguros tienen pocos incentivos para dirigirse a los hogares de bajos ingresos. En muchos países en vías de desarrollo, los mercados de seguros están protegidos frente a los competidores extranjeros, y el mercado de los clientes con ingresos altos o medios es más atractivo. Como resultado, en estos países los aseguradores no se esfuerzan mucho por conseguir que las personas pobres comprendan sus productos habituales, a veces complicados y por concienciarlas sobre la necesidad de asegurarse contra riesgos. Por último, sus

mecanismos de pago suelen ser lentos, lo que hace que sean poco atractivos para los pobres que necesitan un acceso rápido a los fondos.

Los esquemas basados en la comunidad representan un posible instrumento para extender la protección social al sector informal. Sin embargo, estos sistemas también se enfrentan a una serie de restricciones que pueden poner en peligro su supervivencia. En efecto, generalmente se caracterizan por tasas de suscripción bajas, una capacidad financiera insuficiente y problemas de organización y de gestión (Fonteneau y Galland, 2006; Jütting, 2002;. Meesen et al, 2002).

Los sistemas de protección social en los países en vías de desarrollo tienden a cubrir sólo una gama limitada de los riesgos relevantes. Por ejemplo, suelen abordar sólo los riesgos de la salud y los riesgos del ciclo de vida, como la vejez, una discapacidad que impide el trabajo o la muerte del principal sostén de la familia. Pocos operan el seguro de desempleo. Casi ningún régimen proporciona protección contra los riesgos naturales, que suponen amenazas más importantes para muchos hogares rurales que los riesgos del ciclo de vida.

2.3 Los microseguros como herramienta de protección social

Un posible instrumento para llenar este vacío es el microseguro. Como herramienta de agrupación del riesgo, financiada principalmente por primas, los microseguros llevan a una redistribución horizontal de la renta entre las personas con perfiles de riesgo similares, en lugar de una redistribución vertical desde los ricos a los pobres. Al mismo tiempo, el prefijo "micro" indica que las primas de cotización son asequibles para asalariados con ingresos bajos, y que hay unos beneficios correspondientemente limitados. Lo ideal sería que los beneficios del régimen, las condiciones de inscripción y los trámites de transacción cumplieran las necesidades específicas del grupo objetivo.

Una gran diversidad de organizaciones han establecido esquemas de microseguros que operan de acuerdo con esta definición. Esto incluye a las corporaciones de seguros sociales (por ejemplo, el Plan integral de Seguridad Social en Egipto), compañías de seguros públicos (por ejemplo Janashree Bima Yojana ofrecido por la Life Insurance Corporation en la India), compañías de seguros comerciales, algunos proveedores de prestaciones de servicios de Salud (por ejemplo, el Hospital Chogoria en Kenia), muchas instituciones de microfinanzas, organizaciones de asistencia privada (por ejemplo, IRAM en Mozambique o Activists for Social Alternatives en la India), cooperativas (por ejemplo, la Asociación Mutual Los Andes, en Colombia) y la comunidad de redes (como *harambees* en Kenia).

Si se diseñan adecuadamente, los microseguros constituyen un medio eficaz de proporcionar a los trabajadores de la economía informal ciertas garantías sociales. De esta manera, puede contribuir a cerrar las lagunas de cobertura que existen en los sistemas de protección social en los países en vías de desarrollo *(ver*

Figura 2.1). Estudios empíricos realizados en Bangladesh y la India demuestran que el microseguro puede (aunque no siempre) tener efectos positivos significativos respecto a la pobreza multidimensional (Hamid et al., 2010). Para más información sobre las repercusiones de los microseguros, consulte el Capítulo 3.

Además, el microseguro también puede jugar un papel importante en la capacitación de sus miembros. Contratos de microseguros son, a menudo, el producto de un diálogo entre los proveedores y los grupos objetivo, mientras que los esquemas de la protección social pública han sido creados por procesos puramente de arriba hacia abajo. Como resultado, los microseguros pueden ser la respuesta para las necesidades y preferencias de las personas de bajos ingresos. Además, los proyectos de microseguros exitosos tienen un efecto de demostración: crean la conciencia sobre la importancia de protegerse contra los riesgos y de adelantarse a las posibles consecuencias en caso de que llegaran a materializarse. Asimismo, muestran que la colaboración dentro de los grupos puede reforzar las oportunidades y la posición de la persona individual (Loewe, 2009b).

Sin embargo, existen algunas limitaciones respecto al potencial de los microseguros (véase Loewe, 2006).

En primer lugar, el microseguro no sustituye a los sistemas de transferencia social porque los microseguros intentan apaciguar más bien la vulnerabilidad que la pobreza crónica, mientras que las transferencias sociales prestan apoyo inmediato a las personas en situación de pobreza. Los esquemas de microseguros (de una manera muy similar a los sistemas de seguros sociales) se financian por las contribuciones de sus miembros y tienen el propósito de mitigar el impacto de cualquier posible crisis futura respecto a los ingresos de un socio y cualquier aumento inesperado en sus gastos básicos. Por lo tanto, no son un instrumento adecuado para las personas que tienen dificultades en satisfacer las necesidades diarias más básicas, y mucho menos pueden constituir reservas para las futuras necesidades sociales. Los pobres extremos sólo puede salvaguardarse mediante transferencias financiadas por ingresos fiscales.

Además, a diferencia de los esquemas de transferencia de impuestos y también a diferencia de la seguridad social, los sistemas de microseguro no pueden (y no están destinados a) redistribuir fondos de los miembros ricos de la sociedad a los pobres. Este punto débil se debe a que la inscripción a un plan de microseguros normalmente está restringida a hogares de bajos ingresos. Si un plan de microseguros utilizara las contribuciones de los miembros ricos para subvencionar los beneficios proporcionados a los miembros pobres, sería atractivo sólo para los pobres.

En segundo lugar, muchas familias no tienen la oportunidad de unirse a un plan de microseguro, porque no hay ningún plan que opere en su cercanía. Los planes de microseguros contribuyen a la igualdad y la justicia social de la siguiente manera: ofrecen a las personas con ingresos bajos y no estables que, a menudo, no pueden acceder a otros instrumentos de protección social, la oportunidad de miti-

gar sus riesgos. Sin embargo, los sistemas de microseguro en la actualidad sólo cubren una parte limitada de la población en sus respectivos países. De hecho, muchos expertos creen que los microseguros nunca llegarán a la mayor parte de la población, incluso bajo la hipótesis más optimista (Roth et al., 2007).

Los gobiernos y los donantes pueden apoyar la expansión de los microseguros a través de asesoramiento y la promoción de la creación de condiciones básicas sólidas. Sin embargo, se debe mirar cuidadosamente si queda garantizada la imparcialidad de la concesión de subvenciones financieras a estos planes, ya que favorecerían a los clientes de estos planes a costa de hogares que no tienen ni siquiera la oportunidad de participar. Los subsidios son problemáticos porque los clientes de los microseguros a menudo no pertenecen a las capas de ingresos inferiores – por ejemplo, porque los muy pobres no pueden pagar ni siquiera las primas de los planes de microseguros. Sin embargo, los presupuestos estatales en los países en vías de desarrollo se financian normalmente en primer lugar a través de impuestos indirectos, que corren a cuenta de todos los segmentos de la población, incluyendo a los más pobres. Como resultado, las subvenciones de los microseguros hacen que la gente muy pobre co-financie las prestaciones de aquellos hogares que son menos pobres que ellos mismos. La sustitución de los impuestos indirectos por impuestos directos mejoraría la situación, pero muchos países se enfrentan a dificultades administrativas en la recaudación de los impuestos directos.

Las cosas son diferentes si la gran mayoría de la población, incluyendo los pobres, tiene acceso físico a un plan de microseguro y si sólo están subvencionadas las primas de los más pobres. En este caso, las subvenciones pueden ser un instrumento de la redistribución progresiva y eliminar la preocupación por la equidad.

En tercer lugar, el microseguro es más adecuado para algunos riesgos que para otros. La experiencia indica que los problemas tienden a ser inferiores en los seguros de Vida e Incapacidad. Actualmente se ofrece cobertura para los fenómenos meteorológicos extremos en una serie de países, aunque este tipo de seguro es mucho más difícil de diseñar y gestionar *(ver Capítulo 4).* Ofrecer una micropensión también es difícil, ya que ello requiere un alto grado de confianza del cliente en los proveedores, sobre todo porque los beneficios son pagaderos décadas después de que se hayan pagado las primeras primas, por no hablar de las dificultades del proveedor respecto a la gestión de las inversiones para que produzcan los resultados a largo plazo que hacen posibles los pagos de las pensiones futuras. Hasta ahora, lo que se ha vendido en la India bajo la etiqueta de "micro-pensión" difiere poco de un producto de ahorro sencillo, que no contiene ningún agrupamiento de los riesgos. Las contribuciones se definen mientras que los beneficios dependen del interés logrado por la compañía de seguros que invierte los fondos de los miembros en los mercados de capitales. Además, los beneficios son o bien a tanto alzado o de rentas que se pagan sólo hasta agotar los fondos acumulados

(aunque se pueden heredar los derechos cuando un cliente muere antes de que sus fondos hayan sido completamente desembolsados). Como resultado de ello, los clientes asumen todo el riesgo de la inestabilidad de los tipos de interés y de la longevidad de los miembros (Shankar y Asher, 2009).

Como se ilustra en el capítulo 5, los microseguros de Salud también plantean serios desafíos. Los microseguros de Salud en general reembolsan los costes del tratamiento médico a los asegurados, independientemente de sus ingresos o activos. Esto significa que para cualquier paquete de indemnización, el asegurador espera gastar, en promedio, el mismo importe de los beneficios para todos los asegurados. En consecuencia, no se puede vender el paquete a clientes de bajos ingresos a un precio menor que a clientes de altos ingresos. A lo sumo, se puede ofrecer a los clientes pobres un paquete "adelgazado" que no cubre ciertas enfermedades, excluyendo tratamientos médicos muy caros o que se restringe a una cierta cantidad anual máxima. El seguro es más eficaz cuando cubre gastos muy elevados: por lo general, muchos asegurados pueden pagar los gastos más pequeños de sus propios ahorros. Al menos para los clientes de bajos ingresos un paquete de beneficios limitados que reembolse algunos de los costes de atención médica (por ejemplo, sólo servicios a pacientes hospitalizados) puede ser una ayuda cuando no existen planes de seguro social de salud.

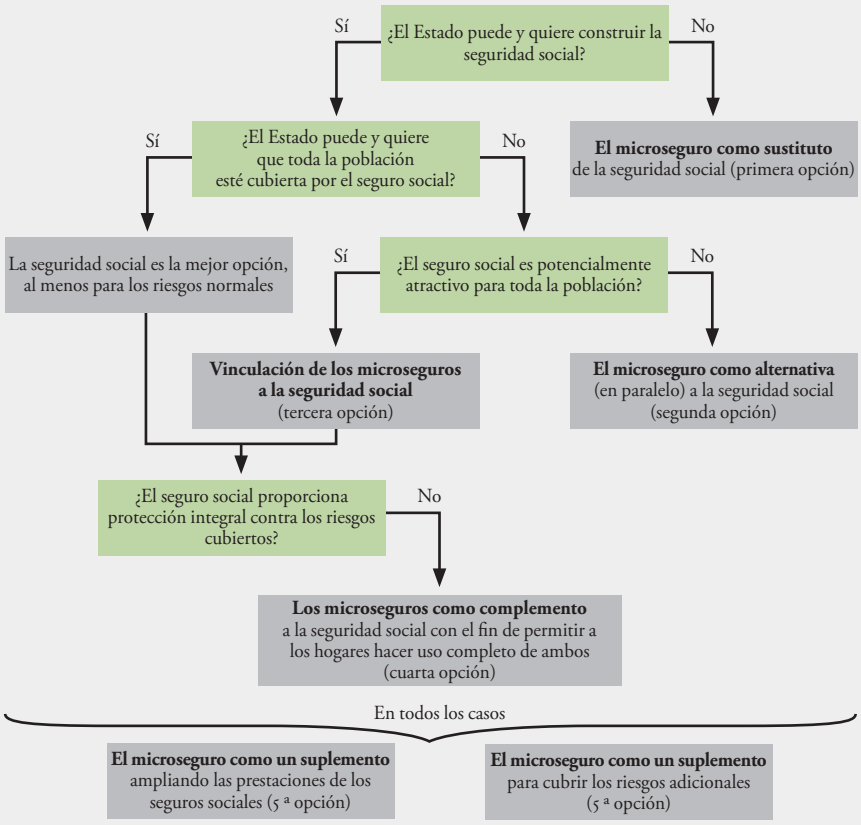
Estas consideraciones ponen de manifiesto lo importante que es analizar los posibles efectos de los microseguros mediante un enfoque sistémico a la protección social. Sólo un análisis holístico puede representar, por ejemplo, la interacción entre la financiación de la salud y la prestación de asistencia sanitaria. El microseguro de salud no tiene sentido si no se ofrecen los servicios de salud en la región en cuestión o si los servicios prestados son de muy mala calidad. También se debe prestar atención adicional a los acuerdos contractuales y los mecanismos de pago acordados entre los microaseguradores y los proveedores de servicios de salud *(ver capítulo 6).* Es necesario un análisis holístico para cumplir los tres objetivos públicos de equidad, asequibilidad y acceso a servicios de salud (de calidad).

Además, en circunstancias normales los microseguros son sólo la segunda opción en comparación con el seguro social. Ser miembro de este último puede estar prescrito por ley, posibilitando así la redistribución entre los asegurados. El mismo paquete de seguro de salud puede, por ejemplo, venderse a miembros pobres y ricos por igual, y los pagos realizados a los miembros pobres son parcialmente financiados mediante las aportaciones de los más ricos. Por otra parte, los sistemas de seguridad social dan a sus miembros más seguridad jurídica, ya que están respaldados por el Estado que debe, en última instancia, asumir todas las responsabilidades.

A pesar de estas limitaciones, el microseguro puede ser un enfoque útil para la protección social en entornos muy diferentes entre sí, como se ilustra en la Figura 2.3.

Figura 2.3

Posibles funciones del microseguro como un instrumento de protección social



En primer lugar, como sustituto de la seguridad social: los microseguros pueden ser una opción allí donde el Estado no puede o no quiere construir sistemas de seguro social o no quiere extenderlos a las personas que trabajan en la economía informal. Bajo tales circunstancias, el microseguro puede cubrir, al menos, parte de la brecha cada vez mayor que resulta de la falta de acción gubernamental. Los planes de mutuas de seguros en zonas rurales remotas en los países de África Occidental y África Central son ejemplos típicos de tal estrategia.

En segundo lugar, como alternativa a la seguridad social: el microseguro también puede jugar un papel crucial cuando existen sistemas de seguridad social, pero no son (y no es muy probable que lleguen a ser) atractivos para todos los trabajadores del sector informal. Esto puede ser debido al hecho de que los riesgos cubiertos constituyen una importante amenaza sólo para los trabajadores en el sector formal de las zonas urbanas, mientras que los agricultores y los trabajadores de la economía informal son vulnerables a otros tipos de riesgo. Del mismo modo, es posible que las tasas de cotización sean demasiado altas o que los

procedimientos de pago puedan no ser adecuados para las personas con ingresos irregulares. Por otra parte, es posible que la población desconfíe de los sistemas administrados y organizados por las instituciones públicas.

En estos casos, los microseguros pueden crearse en paralelo como una alternativa a la seguridad social, de modo que las familias pueden optar por la clase de instrumento de protección social que mejor se adapte a sus necesidades y preferencias específicas, es decir, la seguridad social, los microseguros o los seguros comerciales tradicionales. Por ejemplo, en Vietnam, unas cooperativas ofrecen microseguros de salud a pesar de que cada ciudadano sin cobertura por parte del sistema público de seguro de salud puede darse de alta voluntariamente, por una prima moderada, en otro sistema de seguro público de salud, que también está a cargo de la seguridad social oficial, para satisfacer las necesidades de las personas fuera de la economía formal (Banco Mundial et al., 2007). Del mismo modo, Ghana permite que existen también planes de seguros mutualistas independientes, junto con los planes de seguro de salud de distrito afiliados al Fondo Nacional del Seguro de Salud *(véase el Recuadro 2.1).*

En tercer lugar, puede vincularse a la seguridad social: los microseguros pueden ayudar incluso allí donde el seguro social es potencialmente atractivo para toda la población. Algunos países se enfrentan a dificultades respecto a la integración de los trabajadores del sector informal en sus planes de seguridad social a pesar de que –al contrario del segundo escenario anteriormente descrito– su inscripción en estos planes beneficiaría a la gran mayoría de los hogares del país. El problema puede ser que la administración de la seguridad social no sea capaz de llegar a las zonas rurales, servir los asentamientos urbanos informales o convencer a las familias de bajos ingresos de los méritos de la inscripción. Los trabajadores de la economía informal también pueden ser reacios a darse de alta porque no son lo suficientemente conscientes de sus riesgos o desconfían del Estado. En Vietnam, por ejemplo, muchas personas no se dan de alta en el seguro social de salud voluntario del país a menos que estén sufriendo graves problemas de salud. En Túnez, el número de empleados en el sector informal que contribuyen al sistema de seguridad social aumentó sólo después de que el Gobierno añadiera subsidios por hijos al paquete de beneficios de la seguridad social. Anteriormente, éstos sólo habían sido parte del paquete de beneficios para los empleados del sector formal; luego llegaron a ser muy populares entre los trabajadores informales (ver Loewe, 2009).

En casos como éstos, las empresas de seguros sociales pueden estudiar formas de colaboración con los proveedores de microseguros, que actúan como sus agentes locales. La tarea de estos agentes es convencer a las familias de las ventajas de darse de alta en planes del seguro social, fomentar la confianza en estos esquemas, registrar a los nuevos miembros, recoger sus cuotas y pagarles las prestaciones respectivas. Por ejemplo, hace algunos años, Tailandia consideraba ampliar la cober-

tura de su seguro social voluntario de pensiones e incluir también a los trabajadores del sector informal. Para asegurarse de que el cobro de primas y los mecanismos de pago de las prestaciones estuvieran diseñados para el grupo objetivo, la administración de la seguridad social reconoció las ventajas de cooperar con los agentes locales – no sólo las organizaciones profesionales y los sindicatos, sino también con las instituciones de microseguros.

Además, se pueden construir los nuevos sistemas de seguridad social sobre la base de los sistemas de microseguro existentes, como en el caso del sistema de seguro nacional de salud de Ghana *(véase el Recuadro 2.1).* La entidad pública de seguridad social puede servir como una organización global que ofrece su experiencia y reaseguro a los microaseguradores y que coordina sus actividades. Por otra parte, la organización global puede armonizar las condiciones de las prestaciones de los sistemas afiliados para crear igualdad de oportunidades para todos los miembros. Entonces, la organización de microseguros puede asumir el papel de un agente que actúa como representante local de los organismos nacionales de seguridad social. Por último, los sistemas de microseguro pueden integrarse plenamente en el sistema de seguro social.

Recuadro 2.1

La Ley de Seguro Nacional de Salud de Ghana

Después de la independencia, Ghana construyó un sistema de salud público financiado por impuestos que ofrece gratuitamente las prestaciones de salud más esenciales a toda la población. Sin embargo, en 1985, el Gobierno introdujo cuotas para los usuarios en el sistema de salud como parte de un programa de ajuste estructural más amplio. La equidad en el acceso a los servicios esenciales se deterioró rápidamente. Como consecuencia, entre 1990 y 2003 se crearon más de 150 planes de seguros de salud mutualistas, sobre todo para la protección contra los gastos de salud catastróficos por el tratamiento médico de pacientes hospitalizados con enfermedades más graves.

En 2003, el Gobierno anunció la Ley nacional de Seguros de Salud, según la cual es obligatorio para todos los ciudadanos darse de alta, ya sea con 1) un sistema de seguros de salud mutualista en el distrito o 2) un sistema de seguros privados comerciales o 3) un régimen de seguros mutuos de salud privado. Las organizaciones mutuas existentes de salud tuvieron que elegir entre permanecer independientes o convertirse en un esquema de distrito afiliado al recientemente establecido Fondo Nacional de Seguro de Salud (NHIF), que actúa, a la vez, como reasegurador y supervisor de los planes del distrito. En este último caso, los aseguradores mutuos de salud deben ofrecer un paquete bastante completo de servicios, incluyendo el reembolso de, al menos, el 95 por ciento de los costes de la mayoría de servicios para pacientes hospitalizados y con tratamiento ambulatorio y una serie de medicamentos (con la excepción de los medicamentos antirretrovirales, la repro

ducción asistida y el tratamiento del cáncer). Sus fuentes de financiamiento incluyen las contribuciones de los miembros (una deducción de la nómina del 2,5 por ciento para los trabajadores del sector formal y una prima fija de alrededor de € 6 (EE.UU. $ 8,50) por año para los trabajadores del sector informal), donaciones, subvenciones de donantes y un subsidio gubernamental importante financiado por un impuesto especial del 2,5 por ciento sobre la venta de determinados bienes. En los distritos sin ningún plan de seguro mutuo de salud que coopere con NHIF, el Gobierno mismo estableció un plan de seguro de salud mutuo.

De esta manera, Ghana sirve como ejemplo de sistemas de microseguros que operan tanto como una alternativa al régimen público de seguridad social y están vinculados con él para obtener ventajas mutuas.

En 2008, los planes de seguro de salud de distrito afiliados al NHIF cubrieron el 42 por ciento de la población urbana y el 36 por ciento de la población rural. Los hogares pobres, en particular, se abstuvieron de darse de alta en el sistema, porque las tasas de contribución parecían ser demasiado caras. Por esta misma razón, sólo alrededor de 20 regímenes de seguros mutuos de salud anteriormente independientes se habían unido a la NHIF en 2007. La mayoría restante siguió ofreciendo paquetes de prestaciones muy inferiores a tasas de cotización bastante más bajas. Cabe señalar, sin embargo, que estos esquemas independientes cubrían una parte aún más pequeña de la población: el 1,3 por ciento en áreas urbanas y el 0,9 por ciento en las zonas rurales.

Pero la solvencia a largo plazo de la NHIF está en riesgo. Tres cuartas partes de sus gastos están cubiertas por el Gobierno, mientras que sólo una cuarta parte está cubierta por contribuciones de los miembros. Una razón de ello es que sólo el 38 por ciento de todos los miembros realmente pagan sus primas. Los niños y las familias muy pobres están cubiertos sin costes algunos. Además, los costes de administración de las mutualidades de salud afiliadas están aumentando, en parte debido a la disposición de sus miembros a gestionar sus sistemas de forma gratuita, una vez que ya no tenían que usar los paquetes de beneficios uniformes y las condiciones impuestas por el Estado.

Fuentes: Adaptado de Gehrke, 2009; Lethourmy, 2010; Brugiavini y Pace, 2010.

En cuarto lugar, como complemento a la seguridad social: el microseguro puede ser crucial, incluso para los regímenes de seguro social que cubren los riesgos más graves que afrontan los hogares. Esto es particularmente cierto cuando el seguro social sólo cubre una parte de los gastos incurridos debido a los choques negativos asociados a estos riesgos. La organización de la seguridad social de Vietnam, por ejemplo, opera con un atractivo plan voluntario de seguro social de salud para los trabajadores en la economía informal. El programa sólo reembolsa los costes de tratamiento de salud y no los costes de transporte incu-

rridos por una visita a un hospital. Por lo tanto, el paquete que se ofrece es casi inútil para los hogares pobres de las zonas rurales remotas, debido a los altos costes de transporte. Con ello, el Ministerio vietnamita de Trabajo, Seguros y Asuntos Sociales (MOLISA) ha decidido apoyar –en colaboración con la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)– las comunidades rurales pobres en la creación de fondos de riesgo sociales que proporcionan, entre otras cosas, una indemnización a sus miembros de los gastos de transporte relacionados con el tratamiento médico *(véase el Recuadro 2.2).* Así, estos fondos y el sistema nacional de seguro de salud se "complementan" en un sentido muy estricto de la palabra, ya que ambos serían obsoletos para muchos hogares del Vietnam rural sin la presencia del otro.

Del mismo modo, los proveedores de microseguros podrían cubrir los costes de los medicamentos más esenciales. Los regímenes del seguro social de salud en muchos países en vías de desarrollo pagan por cualquier tipo de atención médica pero, a menudo, no por la medicación, que es particularmente cara. Sin embargo, sin los medicamentos, muchas de las terapias médicas son inútiles. Así que de nuevo, los microseguros pueden ser un complemento eficaz para otras modalidades de seguro de salud.

Recuadro 2.2 **Los fondos de riesgos sociales en Vietnam**

En el marco del programa de reducción de la pobreza, la GTZ apoya MOLISA en el desarrollo y pilotaje de los fondos de riesgos sociales (SRF) en cuatro municipios de Vietnam. Su objetivo es proporcionar alivio cuando ciertos acontecimientos tienen repercusiones negativas para los hogares en las comunidades afectadas y, con ello, reducir la vulnerabilidad de los pobres.

Los SRF son otro ejemplo de microseguros (lejos de ser perfectos), ya que han sido fuertemente subvencionados y, por lo tanto, son más bien un tipo de programa de transferencia social en vez de un esquema de microseguro. Sin embargo, tienen el propósito de reducir la dependencia de los subsidios e ilustran cómo el seguro social y otros sistemas de protección social (que se financian tanto por subvenciones y por las contribuciones de los miembros) pueden funcionar como verdaderos complementos.

Los SRF proporcionan prestaciones por fallecimiento cuando se muere uno de los dos cabezas de familia, y el reembolso de los costes de transporte de un paciente al hospital así como el alojamiento y la comida para una persona que lo acompaña.

Esta lista de beneficios se basa en las preferencias del grupo objetivo. Su composición sólo puede entenderse en el contexto de la agencia de seguridad social pública de Vietnam que ofrece un producto de seguro de salud relativamente barato, que cubre la mayoría de los tratamientos médicos, pero no los gastos de

viaje. El producto es atractivo para las personas que viven en las ciudades, pero no tanto para los habitantes de las zonas remotas, que tendrán que recorrer un largo camino para hacer uso del paquete de seguro de salud que ofrece el Estado. Comprarlo sólo tiene sentido en las zonas rurales en combinación con la cobertura SFR.

Los SRF se financian a través de contribuciones de los miembros, subsidios gubernamentales y del apoyo financiero prestado por GIZ. Actualmente, alrededor del 70 al 80 por ciento de los costes totales de funcionamiento de las SRF está cubierto por contribuciones de los miembros. Esta podría ser la razón por qué MOLISA y GIZ evitan usar el término "seguro" para estos fondos. Sin embargo, las tasas de cotización ya han aumentado considerablemente en los últimos años y deberían cubrir casi todos los gastos en un futuro cercano.

Fuente: Adaptado de la GTZ, 2009.

En quinto lugar, como un complemento a la seguridad social: en todos los casos, el papel de los microseguros puede consistir también en complementar las prestaciones otorgadas por regímenes de seguro social. Esta opción puede parecer similar a la opción anterior (microseguros como complemento). La diferencia es que, en el primer caso, la presencia tanto de los microseguros y de los seguros sociales es esencial para que cada uno tenga repercusiones positivas para los miembros. Mientras que aquí, los microseguros y los seguros sociales sólo cubren diferentes riesgos o diferentes efectos de un mismo riesgo, el microseguro puede, por ejemplo, garantizar una pensión complementaria a los jubilados. O los microseguros pueden cubrir ciertas enfermedades como cáncer o el VIH/ SIDA si se excluyen de la cobertura ofrecida por los seguros comerciales y sociales. Sin embargo, el tratamiento es a menudo excluido porque es excepcionalmente caro y, por lo tanto, la cobertura podría ser demasiado cara para los microseguros. Por ejemplo, un esquema de microseguros en Jordania, que abarca exclusivamente el tratamiento de cáncer, hasta el momento ha atraído sólo a los hogares de altos y medianos ingresos, ya que la gente de bajos ingresos considera que las primas son demasiado caras (Loewe, 2001).

De la misma manera, el microseguro puede proporcionar protección contra los riesgos que actualmente no están cubiertos por la seguridad social, es decir, las sequías, las enfermedades de los animales, los terremotos, las inundaciones, los tifones y las plagas de los cultivos. Estos riesgos no se encuentran entre los que los organismos internacionales, incluida la OIT, identifican como los principales riesgos de un hogar para los que los gobiernos deberían garantizar una protección social a sus ciudadanos. Como resultado, a menudo se descuidan en las estrategias de política social, a pesar del hecho de que pueden constituir una amenaza más grave para muchas personas que muchos de los riesgos que figuran en la Convención sobre

Seguridad Social de la OIT (normas mínimas), 1952 (núm. 102). Una de las razones es que es posible gestionar los riesgos, tales como la vejez, la incapacidad laboral o enfermedad a través de un pooling financiero, incluso en las comunidades rurales, mientras que los riesgos relacionados con el clima son covariantes, es decir, que afectan a todas las personas en una determinada región al mismo tiempo. Además, es peligroso para una compañía de seguros ofrecer una indemnización por pérdidas de cosecha debido a fenómenos meteorológicos (por ejemplo, sequía, una ola de frío intenso o una inundación), ya que el potencial de riesgo moral sería enorme: una vez que los agricultores hayan firmado un contrato de seguro de cosechas, tienen menos incentivos para procurar que su cosecha siga siendo buena, incluso cuando se produce un evento meteorológico extremo. Además, es posible que exageren respecto al alcance de pérdidas de la cosecha, y sería difícil para los aseguradores detectar tales informaciones erróneas en la declaración (Loewe, 2009b).

Por esta razón, muchos planes de seguros meteorológicos de reciente creación son indexados *(véanse los Capítulos 4 y 11)*. Cubren sólo uno o dos riesgos que pueden llevar a la pérdida total de la cosecha, y la indemnización para los asegurados depende de un desencadenante objetivo que es fácil de controlar. Muchos de ellos son, por lo tanto, planes de seguro contra precipitaciones demasiado escasas y excesivas y no compensan directamente la pérdida real de un agricultor en términos de pérdida de cosechas o pérdida de bienes. Por ejemplo, en el seguro contra precipitaciones demasiado escasas ofrecido por el Horn of Africa Risk Transfer for Adaptation (HARITA) en Etiopía *(véase el Recuadro 4.3)*, las prestaciones se otorgan a todos los asegurados dentro de una región si en un solo año la precipitación no logra superar el 50 o 70 por ciento de su promedio anual a largo plazo. Ciertamente, los indicadores utilizados por estos sistemas de seguros son sustitutos imperfectos de las pérdidas sufridas por los agricultores. Algunos pueden experimentar pérdidas de cosecha importantes aún cuando las precipitaciones son superiores a un 30 por ciento de los niveles medios, mientras que otros pueden tener cosechas aceptables, incluso después de las sequías. La identificación de un indicador que sea fácil de controlar y que sea, además, un buen indicador para la pérdida de las cosechas es, por lo tanto, crucial para que los planes de seguros climáticos sean atractivos y tengan éxito (Gehrke, 2011).

2.4 Conclusión: La necesidad de un enfoque sistemático

Este capítulo muestra lo importante que es considerar los microseguros dentro de un marco de protección social más amplio. El microseguro tiene como objetivo final la protección social, es decir, la reducción de la pobreza y de la vulnerabilidad mediante la prestación de apoyo a los hogares de bajos ingresos en sus esfuerzos por gestionar los riesgos. Sin embargo, es sólo una de varias opciones para alcanzar ese objetivo, y no necesariamente la más eficiente. Por lo tanto, el poten-

cial de los microseguros siempre debe evaluarse en relación con otros instrumentos de protección social: ¿Se puede conseguir mejor el objetivo de reducir la vulnerabilidad de los hogares frente a los riesgos a través de otros instrumentos de protección social? La construcción de un plan de microseguro, ¿puede socavar el atractivo y la viabilidad financiera de otros regímenes de protección social existentes? Además, los planes de microseguros no deberían evaluarse exclusivamente sobre la base de criterios técnicos, como la sostenibilidad financiera y las tasas de rendimiento, sino también en términos de sus repercusiones en los grupos más pobres y vulnerables de la sociedad.

La promoción de los microseguros también debe ser parte de un enfoque sistémico que se orienta hacia el objetivo final de proteger a tantas familias como sea posible en un país contra el mayor número posible de riesgos. Desde la perspectiva de la protección social, es fundamental tener en cuenta que las prestaciones de los microseguros a menudo son más eficaces cuando se combinan con otros instrumentos de protección social complementarios tales como la seguridad social o las transferencias sociales en efectivo, y cuando se insertan en un marco de protección social más amplio. Estas relaciones crean sinergias que optimizan el potencial de los microseguros como herramienta de gestión de riesgos, especialmente para los grupos de la población más vulnerables. Los diferentes segmentos de la población podrían elegir entre varios instrumentos de protección social y seleccionar el que mejor se adapte a sus necesidades y preferencias específicas. La principal cuestión sin respuesta en cada contexto nacional es, por lo tanto, el papel que debería desempeñar el microseguro entre la plétora de instrumentos de protección social disponibles.

3 ¿Qué repercusiones tiene el microseguro?

Ralf Radermacher, Heidi McGowan y Stefan Dercon

Los autores agradecen los comentarios útiles sobre la versión anterior de este capítulo recibidos de Aparna Dalal (OIT) y Dirk Reinhard (Fundación Munich Re).

El seguro no es un fin en sí mismo. Los hogares compran (y los donantes apoyan el desarrollo de) microseguros porque quieren mejorar la gestión de riesgos. ¿Mejora el microseguro la gestión de riesgos y reduce la vulnerabilidad de los hogares de bajos ingresos? ¿Mejora el microseguro el bienestar de los clientes, sus familias y de las comunidades?

Basado en una revisión sistemática de la literatura, en este capítulo se hace un balance de lo que sabemos hasta ahora sobre las repercusiones de los microseguros en los hogares de bajos ingresos y sus medios de subsistencia. Después de definir las repercusiones y revisar su importancia, se describen los desafíos que implica la realización de evaluaciones precisas de las repercusiones y se resume la literatura actualmente disponible sobre las repercusiones de los microseguros. Usando la teoría de los seguros, explicamos el impacto esperado de los microseguros y lo comparamos con la evidencia de la literatura. El capítulo concluye con las tendencias observadas hasta el momento y se describen las lagunas de conocimientos que quedan, esperando dar impulsos para el trabajo adicional en este campo.

La mayor parte de las evaluaciones de impacto detalladas dirigen su enfoque en los seguros de Salud en África y Asia. La evidencia es variada. Hay conclusiones sólidas que demuestran que los microseguros de Salud reducen los gastos sanitarios "del propio bolsillo" y aumentan la utilización de los servicios sanitarios. Los conocimientos sobre otros efectos y los efectos de otros productos son limitados. Dada la complejidad del seguro de Salud, las ideas que se presentan a continuación deben considerarse más bien como una contribución para que comprendamos mejor los beneficios del microseguro, en lugar de una evaluación de si el seguro de Salud puede revolucionar la protección contra los trastornos de la salud en los países en desarrollo.

3.1 ¿Qué se entiende por impacto?

El impacto abarca los cambios que el microseguro causa a las circunstancias económicas o sociales de las personas aseguradas o sus hogares, empresas o comunidades. Puede ser positivo o negativo, puede afectar tanto a la población asegurada o no asegurada, se puede producir antes o después del evento asegu-

rado, y tener implicaciones a nivel micro, medio y macro, a menudo también de forma vinculada. Por ejemplo, la cobertura de ganado puede ofrecer pagos que reducen el consumo de los hogares después de que los animales se hayan enfermado o muerto, pero también puede estimular de forma preventiva a los hogares a volver a asignar el dinero que podrían haber ahorrado para este tipo de emergencias a otros fines más rentables a priori, antes de que se produzca algún problema. Del mismo modo, los microseguros de Salud pueden mejorar la salud de los asegurados a través de un mejor acceso a la atención sanitaria, lo que puede reducir, adicionalmente, las cargas de morbilidad locales y así mejorar también la salud de las personas sin seguro que viven cerca. Dado que los impactos son multifacéticos y se manifiestan de diferentes maneras, tenemos que ser conscientes de los miles de posibles efectos de cada intervención y sus relaciones entre sí.

3.1.1 ¿Por qué es importante el impacto (y la evaluación de impacto)?

El impacto define el valor de los microseguros para los clientes y, además, su valor para los microaseguradores. Sin ningún impacto (o si no se da el grado de impacto que los clientes esperan dadas las primas que pagan), la gente no compra ni renueva las pólizas y el mercado fracasará. El impacto es, por lo tanto, crucial para alcanzar la rentabilidad así como los importantes objetivos de mitigación de pobreza para los proveedores de microseguros comerciales orientados hacia el desarrollo.

El análisis de las repercusiones también se debe discutir dentro de un marco más amplio que se ocupa del valor para los clientes presentado en el capítulo 15, creando así un ciclo iterativo donde el análisis de los efectos del producto tiene, a su vez, efectos sobre el diseño del producto y los procesos. Se ha diseñado un proceso de evaluación de impacto que permite que se vayan desarrollando, ajustando y mejorando con el tiempo los productos de microseguros. En este sentido, las evaluaciones de impacto complementan a otras investigaciones de mercado, a menudo menos detalladas, y estudios sobre el grado de satisfacción de los clientes que ofrecen informaciones para el desarrollo de productos de microseguros. Mientras que los últimos estudios se centran en la mejora de las repercusiones, las evaluaciones de impacto intentan demostrar los efectos de los microseguros.

Hay varias razones por las que los diferentes responsables llevan a cabo evaluaciones de los efectos. Los donantes lo hacen para medir el éxito de los proyectos financiados y determinar qué intervenciones de apoyo son posibles. Por el contrario, los gobiernos evalúan el impacto para ayudarles en la definición de regulaciones específicas y nacionales respecto a las pólizas. Los inversores quieren asegurarse de que sus inversiones en microseguros están bien posicionadas

para entrar en el mercado ofreciendo valor a los clientes. Por último, los microaseguradores realizan evaluaciones sobre los impactos para evaluar y mejorar la eficacia de sus productos. En conjunto, los impactos y su evaluación son fundamentales para el buen desarrollo de los microseguros.

3.1.2 ¿Cómo se evalúan los impactos?

El reto de la evaluación del impacto es atribuir adecuadamente la causalidad a la intervención de que se trate (en este caso el seguro). Por ejemplo, si una persona compra un producto de Salud y, posteriormente, utiliza más atención médica, ¿es responsable la cobertura del seguro? ¿Qué pasa si el precio de las consultas clínicas ha caído al mismo tiempo, o si la inscripción de la persona coincide con el inicio de la temporada de lluvias y, por ello, se registra un aumento de enfermedades como la malaria? Teniendo en cuenta estas posibilidades, la mejor manera de determinar el impacto es analizar a la misma persona durante el mismo período dos veces – una vez con el seguro y otra vez sin él. Dado que esto es imposible, los investigadores utilizan diversas técnicas para seleccionar los grupos no asegurados que quieren comparar para determinar lo que habría sucedido sin seguro.

Sin embargo, la elección de grupos de comparación también es difícil porque una simple comparación de los resultados de personas aseguradas y no aseguradas, por ejemplo, no tiene en cuenta las características que pueden influir tanto en las decisiones de compra de seguros y los resultados de las personas en cuestión. Si los que compran un seguro están más enfermos, por ejemplo, puede ser que utilicen más atención médica – un fenómeno conocido como auto-selección en el análisis del impacto y como selección adversa en el seguro. Las evaluaciones de impacto que no toman en cuenta la auto-selección son susceptibles a prejuicios, o la sistemática sobre-estimación o sub-estimación de los efectos reales de una intervención.

Por lo tanto, las evaluaciones de impacto deben crear grupos de control adecuados – un desafío que los diferentes diseños de estudios superan con diversos grados de éxito. Por ensayos aleatorios, por ejemplo, se entiende en este sentido el enfoque más riguroso disponible. Si se elige al azar a los sujetos de estudio que reciben o no un seguro, los ensayos aleatorios distribuirán las características observables y no observables que podrían influir en los resultados del grupo asegurado y del grupo sin seguro, para muestras suficientemente grandes.

Estos ensayos son, a menudo, complicados, caros y poco prácticos de implementar. Por eso, al final predominan técnicas menos sofisticadas en su lugar. De estas técnicas, los enfoques con carácter “semi-experimental”, que utilizan procedimientos estadísticos o econométricos para mejorar la afinidad entre los grupos de comparación, son considerados como los más rigurosos.

Sin embargo, la mayoría de las evaluaciones sobre el impacto de microseguros actualmente realizadas simplemente contrastan con los resultados de los estudios sobre los sujetos sin corregir la distorsión producida por la autoselección. Por lo tanto –y después de usar un método llamado análisis de regresión para tener en cuenta los factores atenuantes, como los ingresos, la raza o el sexo– producen información que es susceptible a distorsiones y, por lo tanto, se debe considerar con cautela.[1]

3.2 La literatura actual

Dado que el microseguro es un tipo de intervención relativamente nuevo, hasta ahora se han realizado pocos estudios de evaluación de impacto, y esta situación se ve agravada por la falta de indicadores estándar y protocolos de investigación para evaluar los programas.[2] Muchos de los estudios existentes también se enfrentan a problemas metodológicos que dificultan determinar si los efectos indicados se deben a las pólizas consideradas. Estos enfoques incluyen evaluaciones que simplemente comparan los niveles de las variables de interés, tales como la incidencia de gastos catastróficos incurridos por todos los grupos de personas u hogares asegurados y no asegurados, lo cual es extremadamente expuesto a la distorsión descrita anteriormente. Mientras que algunos estudios tienen en cuenta los factores influyentes externos tales como el nivel de la educación, los ingresos familiares y la proximidad a servicios médicos a través de un análisis de regresión, esto a menudo no es suficiente para establecer la magnitud (o la dirección) de los efectos respectivos.

Los estudios aquí presentados han sido elegidos porque se trataba de evaluaciones de impacto lo suficientemente rigurosas de los sistemas de microseguro. Para calificarlos como suficientemente rigurosos, sólo se consideraron aquellos estudios que utilizaban un mínimo de análisis de regresión.[3] Los microseguros se definen como la protección contractual de las personas de bajos ingresos en los países en vías de desarrollo frente a los riesgos específicos predefinidos a cambio de primas

[1] Para una discusión más a fondo sobre el diseño de las investigaciones para evaluar el impacto de microseguros, ver Radermacher et al. (2012).

[2] En 2006, Pamela Young y coautores propusieron doce indicadores intermedios y a largo plazo para evaluar los sistemas de microseguro de Salud. Mientras que se incorporaron algunas de estas medidas en los estudios posteriores, el campo de los microseguros aún carece, por lo general, de indicadores de uso común aceptados. EI Grupo de Trabajo de Impacto de la Red de Microseguros (2011a) está desarrollando actualmente medidas estándar para los microseguros de Salud, Agricultura, Vida, Catástrofes naturales, Daños y Accidentes o Incapacidad para corregir este problema.

[3] Si bien se han hecho esfuerzos por localizar todos los estudios de clasificación, la selección analizada en este capítulo no es, en absoluto, exhaustiva. Los autores hubieran preferido incluir sólo las evaluaciones experimentales o cuasi-experimentales, pero en el momento de la publicación no se disponía de muchas de ellas.

(Churchill, 2006) – una definición con cuatro facetas que merecen ser tratadas de forma más concreta. En primer lugar, las personas de bajos ingresos se clasifican como las que ganan o bien menos de dos dólares al día o la mitad de los ingresos medios anuales per cápita de un país. En segundo lugar, los países en vías de desarrollo son los designados como tales por el Banco Mundial (2011a). En tercer lugar, los riesgos incluyen la cobertura de seguros de Salud, Funerales, Vida, Ganadería, Accidentes, Discapacidad, Daños, Desastres naturales y provocados por el hombre y Agricultura. Y en cuarto lugar, las primas son pagadas por el asegurado para una cobertura y durante un plazo específico.

Las 21 evaluaciones que se han incluido en el análisis final y que se discuten en este capítulo se ocupaban de aproximadamente 110 programas, de los cuales todos menos tres eran planes de seguros de Salud. Nueve estudios evaluaron programas en África subsahariana, tres en el sub-continente indio, cuatro en China, cuatro en Asia Sur-Oriental y uno en la antigua Unión Soviética. Todos los estudios fueron publicados después de 2000 y más de la mitad o bien durante o después de 2008. Esta distorsión se debe al hecho de que las pólizas de Salud son más fáciles de evaluar debido a que cubren los eventos que se producen con más frecuencia que la muerte de un beneficiario. Por lo tanto, se puede reunir de forma más rápida y más barata la cantidad de datos necesarios para realizar análisis precisos de los sistemas de seguro de Salud.[4] Por otro lado, tal como se describe en el Capítulo 5, el seguro de Salud es también uno de los productos más difíciles de administrar de una forma viable. Por lo tanto, los resultados que se presentan a continuación deben considerarse más bien como una contribución a la comprensión del sector de los beneficios que traen los microseguros, en lugar de una evaluación de si el seguro de salud puede revolucionar la protección contra los problemas de salud en los países en vías de desarrollo.

Aunque los autores registraron otras muchas evaluaciones sobre ofertas de microseguros en la India, [5]estos estudios no fueron lo suficientemente sólidos desde el punto de vista analítico como para ser incluidos de acuerdo con los criterios de selección descritos anteriormente. Del mismo modo, se incluyeron siete evaluaciones metódicamente rigurosas de pólizas en América Latina, [6]pero estos esquemas en cuestión contaban con subsidios al cien por cien, por lo que no se les consideró en esta revisión.

[4] Es interesante que las evaluaciones del plan de salud no son inmunes a los problemas de atribución que afectan a las evaluaciones de otros tipos de microseguros. Si no mejora el estado de salud de los suscriptores después de que hayan adquirido una póliza de microseguro de Salud, por ejemplo, tanto el producto en sí como la calidad de su paquete de prestaciones podrían ser potencialmente responsables. Dicho de otra manera, un mayor acceso a la atención sanitaria no proporcionará ventajas si los médicos contratados por el régimen están mal entrenados o mal equipados.

[5] Devadasan et al., 2004; Devadasan et al., 2007; Dror et al., 2009; Ranson, 2002; and Ranson et al., 2006.

[6] Barros, 2008; Fitzpatrick, Magnoni and Thornton, 2011; Gakidou et al., 2006; Galarraga et al., 2008; King et al., 2009; Thornton et al., 2010; yTrujillo, Portillo y Vernon, 2005.

El creciente número de estudios que emplea técnicas analíticas de regresión o incluso más sofisticadas va en paralelo a la tendencia creciente hacia la determinación de los efectos causales precisos de las intervenciones contra la pobreza en la comunidad de desarrollo económico. De las 20 evaluaciones de los sistemas de microseguro actuales y en curso que figuran en línea por una iniciativa del Grupo de Trabajo sobre el Impacto de la Red de Microseguros, 16 usan ensayos controlados aleatorios, lo que mejorará en gran medida la disponibilidad de información fiable sobre el impacto de los microseguros (Grupo de Trabajo sobre el Impacto de la Red de Microseguros, 2011b).

Por lo tanto, este capítulo considera principalmente el seguro de Salud basado en el mercado de África y Asia. La evidencia es variada. Hay conclusiones sólidas que demuestran que los microseguros de Salud reducen los gastos sanitarios "del propio bolsillo" y aumentan la utilización de los servicios sanitarios. Los conocimientos sobre otros efectos y los efectos de otros productos son limitados. A menos que se especifique lo contrario, se dispone de muy poca información disponible para sacar conclusiones sobre la presencia, la dirección y la magnitud de los impactos considerados. Resulta interesante que, tal como se presenta en el Recuadro 3.1, una revisión paralela de los planes subvencionados (sociales) de un seguro de Salud arrojase resultados muy similares.

Recuadro 3.1

Impacto de los sistemas de seguro social de Salud

Acharya et al. (2011) resume la literatura sobre el impacto de los planes de seguros de Salud subvencionados, que se han ofrecido en su mayoría de forma voluntaria, sobre el sector informal en los países de ingresos bajos y medianos. Un número considerable de documentos han suministrado estimaciones sobre el efecto promedio de la "intención de tratar" para los asegurados. En esta revisión, se consideraron sólo aquellos documentos que tuvieron en cuenta el problema de la auto-selección de los seguros y algunos que consideraban el efecto promedio de "intención de tratar". En general, en muchos casos la aplicación de los planes de seguro es inferior de lo esperado y la evidencia de impacto respecto a la utilización, la protección contra los riesgos financieros y el estado de salud no es concluyente. Sin embargo, una vez empezado, algunos planes de seguros ofrecen protección significativa contra el riesgo de tener que incurrir en elevados gastos de su propio bolsillo. Muchos de los planes ofrecen menor protección para los más pobres. Se necesita más información para entender las razones de las bajas tasas de inscripción y por qué las personas pobres aseguradas, al parecer, no tienen menos gastos a pagar de su bolsillo que aquéllos que no tienen seguro médico. Resumir la literatura fue difícil debido a la falta de (i) uniformidad en el uso de definiciones significativas de los resultados que indican mejoras en el bienestar y (ii) claridad sobre la forma cómo tomar en cuenta los temas de selección.

3.3 Impacto esperado y observado de los microseguros

Según la teoría de los seguros, los microseguros funcionan –al igual que todos los seguros– mediante la sustitución de "la perspectiva incierta de pérdidas por la certeza de hacer pagos de prima pequeños y regulares" (Churchill, 2006). Esto se debe a que las personas quieren "suavizar" o equilibrar su consumo en diferentes situaciones o posibles eventos del mundo real, tales como la salud, las enfermedades, las cosechas abundantes y las sequías. Por ejemplo, al comparar la experiencia de un año de consumo excesivo y un año de hambre, la mayoría de las personas elegirían –y adquirirían un seguro correspondiente– dos años de consumo medio. Esto se debe a que el consumo excesivo no aumenta la satisfacción (o lo que los economistas llaman utilidad) en la misma medida en que el hambre la baja (Gruber, 2007).

Al homogeneizar el consumo en todas las situaciones, los microseguros ofrecen para los tomadores de seguro cuatro categorías principales de posibles beneficios: la protección financiera, el acceso a los servicios, los efectos psicológicos y las repercusiones sobre la comunidad. La protección financiera tiene dos caras que se producen tanto a posteriori, cuando los microseguros amortiguan las consecuencias económicas de los riesgos actualizados de los hogares, como por adelantado porque permite la recolocación de recursos a usos más eficaces y rentables. El acceso a los servicios, por su parte, abarca la capacidad de los beneficiarios para utilizar de manera eficiente los seguros, la calidad de las prestaciones y cambia a efectos relacionados, como el estado de salud o las tasas de escolarización. Los efectos psicológicos incluyen cambios en el bienestar emocional de los asegurados, así como el desarrollo de sentimientos de autodeterminación o de paz. Y, por último, el impacto en la comunidad incluye efectos indirectos que afectan a toda la población que vive en áreas donde se ofrece el microseguro, por ejemplo, la creación de puestos de trabajo o la mejora de la infraestructura sanitaria. A través de estas categorías, se cree que los microseguros influyen en las personas mediante la introducción de nuevas prestaciones y desplazando o reduciendo la necesidad de seguir utilizando estrategias de gestión de riesgos tradicionales, pero teóricamente menos eficientes.

En la Tabla 3.1 que figura en la siguiente página se resume el marco y se describen los principales resultados de los 21 estudios, que se presentan con más detalle en los siguientes sub-capítulos.

Tabla 3.1

Marco de evaluación del impacto y evidencia de estudios revisados

Autores	*Año*	*Esquema*	*Tipo*	*Países*	*Protección financiera*				*Acceso a los servicios*				*Impacto en la comunidad*
					Gastos	*Recaudación de fondos*	*Equilibrio ingresos/consumo*	*Acumulación de activos/Colocación de recursos*	*Tiempo de espera*	*Tasa de utilización*	*Estado de salud*	*Tipo/calidad de los servicios sanitarios*	
Aggarwal	2010	Yeshasvini	Salud	India	0/-	+	+		0	+		+	+/++
Cai et al.	2009	n.a.	Ganado	China				+					
Chankova et al.	2008	32 esquemas de África Occidental	Salud	Ghana, Mali, Senegal	+/0					+/0		+/0	
Diop et al.	2006	32 esquemas de África Occidental	Salud	Ghana, Mali, Senegal	+/0					+/0		+/0	+
Franco et al.	2008	Cuatro esquemas Equity Initiative	Salud	Mali	+					+	+/0	+	
Gine y Yang	2007	n.a.	Índice meteorológico	Malawi				–					
Gnawali et al.	2009	Nouna Health District Scheme	Salud	Burkina Faso						+/0			
Gumber	2001	VimoSEWA	Salud	India	0							+	–
Jowett et al.	2004	Vietnam Health Insurance	Salud	Vietnam						+		+	
Jütting	2004	Cuatro *"mutualidades"*	Salud	Senegal	+					+			
Lei y Lin	2009	New Cooperative Medical Scheme (NCMS)	Salud	China	0					+	+/0	+/0	
Morsink et al.	2011	PAID Plan	Desastres naturales	Las Filipinas	+/0	+							
Msuya et al.	2004	Community Health Funds	Salud	República Unida de Tanzania						+			
Polonsky et al.	2009	Nueve esquemas con fondos de Oxfam	Salud	Armenia						+			+
Ranson	2001	VimoSEWA	Salud	India	+					0			
Schneider y Diop	2001	54 esquemas comunitarias de Salud	Salud	Rwanda	+					+			
Sepehri et al.	2006	Vietnam Health Insurance	Salud	Vietnam	+								
Smith y Sulzbach	2008	32 esquemas de África Occidental	Salud	Ghana, Mali, Senegal	+/0					+/0			
Wagstaff et al.	2009	New Cooperative Medical Scheme	Salud	China	+/++					+/0			+
Wagstaff y Pradhan	2005	Vietnam Health Insurance	Salud	Vietnam	+		+			+/0	+/0		
Yip et. al	2009	Rural Mutual Health Care, NCMS	Salud	China						+/0	+		

Nota: Los resultados relativos a la equidad no están incluidos por las razones expuestas en el texto.

3.3.1 Protección financiera

Se habla de protección financiera cuando el microseguro protege a los hogares de bajos ingresos contra el uso de mecanismos de cobertura ineficientes como respuesta a las crisis y el estrés. Estos mecanismos pueden incluir el agotamiento de los ahorros y suministros adicionales de bienes como alimentos o ganado, la venta de bienes que generan ingresos valiosos y, a veces, préstamos a altas tasas de interés, el ajuste de la oferta de trabajo, la alteración de los patrones de compra y consumo, la participación en ayudas mutuas recíprocas, la dotación de capital de grupos de autoayuda y la retirada de los niños de la escuela para generar los recursos necesarios y manejar así las crisis que les afectan.

Como tal, el microseguro está dirigido principalmente a prevenir eventos no deseados que agravan y arraigan la pobreza de los asegurados. El alcance en que los microseguros reducen la necesidad de la gente a emplear estos mecanismos de cobertura será analizado más adelante, tanto directamente así como a través de tres parámetros de protección financiera comúnmente empleados: el gasto en bienes y servicios, la recaudación de fondos y los cambios posteriores en el comportamiento de las personas respecto a sus ingresos y consumo.

Además de reducir las medidas de reacción adoptadas por los hogares en situación de crisis, la protección financiera proporcionada por los microseguros permite, por lo menos en teoría, que las personas tomen decisiones de forma proactiva que mejoren sus ingresos y su nivel de vida. Estas decisiones incluyen opciones relacionadas con la acumulación de activos y la asignación de recursos. En cuanto a la acumulación de activos, se cree que las personas son más propensas a comprar bienes de producción, como hornos o tractores, cuando se mitigan las repercusiones financieras de perderlos o romperlos.

Del mismo modo, se cree que los microseguros fomentan "a que los hogares asignen sus recursos a fines más rentables (que anteriormente excluían por ser demasiado arriesgados)" (Morduch, 1995). Por ejemplo, si no disponen de un seguro agrario, los agricultores se protegen contra la incertidumbre plantando una variedad de cultivos que puedan sobrevivir diversas condiciones climáticas. Por lo tanto, en caso de condiciones meteorológicas particularmente malas quedará destruida una parte de la cosecha, los agricultores aún podrían vender o consumir por lo menos la otra parte de la cosecha. Mientras que esta actitud les impide plantar un único cultivo porque podría fallar por completo o podría estar sujeto a una caída de los precios, también por otro lado impide que la gente plante más cantidad de los productos de mayor valor o de lograr economías de escala con la compra de insumos vegetales – situaciones que los microseguros deben subsanar.

En este contexto se considera que el trabajo es otro recurso imputable, dado que las personas de bajos ingresos trabajan en diversas actividades de generación de ingresos para gestionar la incertidumbre que provoca la ausencia de un seguro.

Por lo tanto, si los precios de la harina se disparan o las carreteras se quedaran intransitables por fuertes lluvias, por ejemplo, los panaderos y los taxistas pueden dedicarse a otro tipo de trabajo. Aunque estos arreglos son adecuados porque, de alguna forma, mitigan los riesgos, por otro lado impiden a que la gente maximice sus ingresos y la producción productiva. Por lo tanto son otra forma de repercusión del microseguro para los clientes.

Gastos

Los indicadores de impacto de los microseguros sobre los gastos de los asegurados, incluso gastos de su propio bolsillo (OOP, por sus siglas en inglés) y gastos por catástrofes naturales, proporcionan medidas clave para la protección financiera. Además de coseguro y los deducibles pagados para obtener bienes y servicios cubiertos, los gastos "OOP" abarcan los gastos incurridos al acceder a estas prestaciones, incluyendo el transporte, los sobornos y los productos y los procedimientos conexos, como los medicamentos y pruebas de laboratorio que no están asegurados. Los gastos a pagar por el propio bolsillo no incluyen el valor de las oportunidades perdidas (como la mano de obra asalariada) mientras que se accede a la cobertura del seguro, ya que constituyen gastos monetarios directos. Del mismo modo, se calculan después de que se hayan comprado las pólizas y no se incluyen las primas.

Los gastos a desembolsar del propio bolsillo se vuelven catastróficos cuando absorben una cantidad considerable de los ingresos anuales de un hogar (a menudo definido como el 10 por ciento).[7] Aunque se usa con frecuencia en el contexto de costosos tratamientos en el hospital, esta medida se aplica a todos los riesgos asegurables, incluida la muerte, la discapacidad, el robo y desastres. Cuando los microseguros incluyen los costes de estos acontecimientos, se reduce el alcance y la gravedad de los gastos resultantes (o se eluden por completo), evitando así la caída de las familias en la pobreza (aún más profunda).

Doce de los estudios revisados examinaron los efectos de los microseguros respecto a los gastos "OOP"; de éstos, seis dieron resultados inequívocadamente positivos, tres obtuvieron resultados positivos pero insignificantes y tres resultados completamente insignificantes. En la categoría de los resultados positivos, por ejemplo, Jütting (2004) encontró una disminución de un 45 a 51 por ciento de los gastos OOP que incurrieron los asegurados de cuatro organizaciones de seguros de Salud basados en la comunidad en Senegal *("mutualidades")* en comparación con los no miembros. Por el contrario, entre los resultados mixtos,

[7] Existe una cierta polémica sobre qué parámetros describen con mayor precisión los gastos por eventos catastróficos: los investigadores de la Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, definen los costos catastróficos como gastos que excedan el 40 por ciento de la "capacidad de pago" de un hogar, lo que a su vez constituye los ingresos totales menos los gastos de subsistencia (Xu et al., 2003).

Chankova et al. (2008) encontraron que mientras el plan Nkoranza de Ghana y las *mutuelles* senegaleses, que proporcionaban una cobertura a pacientes hospitalizados, redujeron de manera significativa los costos de hospitalización de los miembros, ni las mutualidades ni cuatro de los planes "Equity Initiative" de Malí protegieron a los clientes contra gastos que tuvieron que pagar de su propio bolsillo por atención sanitaria ambulatoria (las pólizas de Ghana y Malí no ofrecen prestaciones para la atención ambulatoria o de hospitalización, respectivamente) – un resultado que los investigadores atribuyeron a las tasas de coseguro que van desde el 25 hasta el 50 por ciento por consulta. De los hallazgos totalmente insignificantes, por su parte, Wagstaff et al. 2009) encontraron que el nuevo sistema médico cooperativo de China (NCMS) no tenía ningún efecto estadísticamente significativo respecto a los gastos medios de un hogar que hubo que pagar de su propio bolsillo – un resultado confirmado por cada una de las cinco estrategias de estimación de Lei y Lin (2009) y que el equipo de Wagstaff atribuyó a "la cobertura estrecha y elevadas tasas de coseguro".

Por otro lado es escasa la evidencia de las repercusiones que tienen los microseguros respecto a la incidencia y el alcance de los gastos por eventos catastróficos. De los estudios aquí considerados, sólo Wagstaff et al. (2009) comprobaron que, aunque el nuevo sistema médico cooperativo de China redujo la incidencia de los gastos por eventos catastróficos entre el diez por ciento de los miembros más pobres, por otro lado se incrementó la incidencia entre los miembros en los deciles 3 a 10, una observación que atribuyeron a factores relativos a la oferta, como tablas de precios que suponen un incentivo para la prestación de servicios de alta tecnología más costosa.

Movilización de fondos

Tres de las formas bien documentadas que las personas de bajos ingresos utilizan con el fin de recaudar fondos para pagar los gastos de su propio bolsillo después de que haya ocurrido un acontecimiento adverso son vender activos, recurrir a sus ahorros y tomar préstamos (Lim y Townsend, 1998). Mientras que la venta de activos, sobre todo de los activos productivos, reduce los ingresos y/o el consumo en el futuro, cada una de estas técnicas ralentiza aún más el progreso de los hogares pobres, reduce su capacidad de absorber futuros choques sin seguro y puede perpetuar estos problemas a lo largo de generaciones si no se puede pagar el préstamo fácil o rápidamente. Al permitir a los asegurados que mitiguen los efectos de eventos desafortunados sin recurrir a estas prácticas, los microseguros pueden proteger sus activos y ahorros. Los planes que ofrecen liquidaciones de siniestros sin efectivo (véase el capítulo 6) en lugar de reembolsar al asegurado parece que son más eficaces en este sentido, ya que eliminan la necesidad de pagar una suma global antes de que el seguro reembolse los costes por las prestaciones.

Hasta ahora sólo hubo dos estudios que han analizado el impacto de los microseguros en la recaudación de fondos, por lo que es difícil dar una respuesta concluyente. La investigación de Aggarwal (2010) sobre el plan de Yeshasvini en la India dio como resultado que los suscriptores tomaron aproximadamente el 30 al 36 por ciento menos créditos para financiar las intervenciones quirúrgicas que las personas no aseguradas. Si se incluía la venta de activos, según Yeshasvini, un porcentaje –estadísticamente significativo– de un 61 por ciento menos de los asegurados de bajos ingresos tenía que pedir un crédito o vender sus bienes para financiar la atención primaria de salud *(véase el recuadro 3.2)*. Del mismo modo, la evaluación de un plan de realojamiento en las Filipinas después de un tifón, realizada por Morsink et al. (2012), dio como resultado que así se mitigaba el alcance en que los asegurados perseguían estrategias tales como la venta de activos y el agotamiento de sus ahorros después de un tifón que había dañado sus viviendas.

Recuadro 3.2

Repercusiones del "Programa de Salud de Yeshasvini" en la India

Aggarwal (2010) evaluó el plan Yeshasvini que ofrece microseguros de Salud voluntarios a los miembros de las cooperativas rurales y a sus familias en el estado de Karnataka en la India. Sus prestaciones incluyen intervenciones quirúrgicas, consultas ambulatorias libres y descuentos para pruebas de laboratorio en caso de enfermedad. Cuando Aggarwal realizó sus investigaciones, los 2,7 millones de miembros pagaban primas anuales de US$ 2,40 para una cobertura sin dinero en efectivo hasta US$ 4.000 dólares disponible en una red de 349 hospitales especialmente seleccionados. El plan está administrado por una alianza tripartita compuesta por las organizaciones del sector público, privado y cooperativo y está subvencionado por el gobierno del estado y contribuyentes privados.

La principal pregunta de la evaluación fue: ¿Cómo repercute el plan de Yeshasvini sobre los gastos incurridos del propio bolsillo, la recaudación de fondos, los ingresos y el consumo, las tasas de utilización de atención médica y los resultados del tratamiento? Aggarwal utiliza una técnica cuasi-experimental llamada "propensity score matching", según la cual se comparan de forma individual a los hogares evaluados sin seguro con los hogares miembros en función de su probabilidad de inscribirse, con la condición previa de que existan determinadas características observables (como los ingresos y los años de educación). Este enfoque reduce las distorsiones mediante la creación de grupos de tratamiento y control más comparables, pero no tiene en cuenta los efectos de auto-selección en función de factores no observables (como la aversión al riesgo o la participación en actividades peligrosas). El estudio utilizó una muestra de 4.109

hogares seleccionados al azar que cubren a 21.630 personas en 82 aldeas en el estado rural de Karnataka.

En el caso de intervenciones quirúrgicas, que suponen gastos de carácter catastrófico, los tomadores de seguro analizados por Yeshasvini recurrieron entre un 30 al 36 por ciento menos a créditos que los pacientes no asegurados y gastaron hasta el 74 por ciento menos, incluyendo los ingresos y ahorros personales. Además de una mayor incidencia de intervenciones quirúrgicas, los hogares de los miembros contaban con un 6 a 7 por ciento más de consultas médicas, junto con una reducción del 19 por ciento de visitas realizadas a los servicios públicos. Mientras que los resultados del tratamiento variaban de acuerdo con la situación socio-económica de los miembros, no se detectó ningún impacto apreciable en la salud de las madres (posiblemente porque en el pasado el régimen no cubría los partos). Quizás lo más interesante es que el crecimiento promedio de los ingresos anuales (durante los últimos tres años) fue significativamente mayor en los hogares con una póliza de seguro.

Fuente: Adaptado de Aggarwal, 2010.

Equilibrio entre ingresos y consumo

Los eventos adversos y la necesidad de recaudar fondos para cubrir los gastos a pagar por el propio bolsillo pueden afectar de varias maneras los patrones de ingresos y consumo de los hogares. Muchos choques, tales como enfermedades o la muerte del sostén de la familia o del ganado, que es una de las fuentes de ingresos, robo o la pérdida de activos productivos así como la destrucción causada por los acontecimientos catastróficos, pueden reducir los ingresos al tiempo que imponen el doble desafío de hacer frente a los costes de estos eventos así como seguir haciendo frente a las necesidades del hogar. Bajo estas circunstancias, las personas de bajos ingresos toman una serie de medidas indeseables, tales como comer menos o comida menos nutritiva. Al reducir la carga financiera de los choques, el microseguro tiene como objetivo permitir a los asegurados que mantengan sus ingresos y su nivel de vida en tiempos de crisis. Los microseguros también pueden estabilizar y, en algún caso, incluso aumentar los ingresos de los asegurados y el consumo posterior. Si la cobertura mejora la salud de los miembros o la productividad del ganado o del equipo, por ejemplo, a través de un mejor acceso a la servicios de Salud o cuidados veterinarios o a información sobre el mantenimiento óptimo, entonces las personas, los animales o los productos en cuestión pueden producir más bienes y servicios de mejor calidad.

Dos artículos subrayan estos supuestos efectos. Aggarwal (2010) estimó que durante un período de tres años el crecimiento promedio de los ingresos anuales de los hogares cubiertos por el plan de microseguros de Salud de Yeshasvini fue

significativamente mayor que el de las personas no aseguradas. Wagstaff y Pradhan (2005) llegaron a la conclusión que el seguro de Salud de Vietnam (VHI) aumentó el consumo de los hogares asegurados de bienes no médicos, tales como alimentos y educación, así como del "valor de uso" de los bienes de consumo duradero.

La acumulación de activos y la asignación de recursos

En cuanto al impacto sobre la protección financiera antes de concluir los microseguros, los investigadores también han estudiado los efectos de la intervención sobre el potencial de acumulación de activos y la asignación de recursos. Mientras que Cai et al. (2009) atribuyeron el aumento del número de cerdos adquiridos a un régimen de seguro de ganadería del gobierno chino, Gine y Yang (2007) llegaron a la conclusión de que el seguro de lluvia indexado redujo la predisposición de los agricultores de Malawi a tomar un préstamo para la compra de maíz híbrido de mayor rendimiento y mejores semillas de cacahuete *(véase el recuadro 3.3)* – un resultado inesperado ya que los microseguros estaban pensados para fomentar decisiones de producción más arriesgadas, pero supuestamente más rentables.[8]

Recuadro 3.3

Seguros, créditos y la adopción de tecnología en Malawi

En su estudio, *Seguros, créditos y la adopción de tecnología: Campo de pruebas experimentales en Malawi,* Gine y Yang (2007) evaluaron un esquema, que fue creado específicamente para el estudio y que se daba por terminado después, que incluía una cobertura de índice basado en el tiempo con préstamos para la compra de maíz de alto rendimiento y semillas híbridas de cacahuete. La póliza pagaba una parte (o la totalidad) del capital y los intereses del préstamo, dependiendo de las lluvias en cada una de las tres fases de la temporada de cultivo (siembra, floración y cosecha). Se fijaron las primas a tasas justas, desde el punto de vista actuarial, y basadas en informaciones históricas meteorológicas locales; la suscripción se realizó a cargo de la Asociación de Seguros de Malawi.

La principal pregunta de evaluación fue: La dotación de microseguros contra una de las principales fuentes de riesgo de producción (lluvia), ¿alenta a los agricultores a endeudarse para adoptar tecnologías de cultivos de mayor riesgo pero potencialmente más rentables? La mitad de los sujetos del estudio fueron seleccionados al azar y se les ofrecieron créditos para la compra de maíz de alto rendi-

[8] Aquí debe tenerse en cuenta la distinción entre los préstamos bajo estrés (para recaudar fondos después de la ocurrencia de un choque) y el endeudamiento de forma preventiva para facilitar la inversión

miento y semillas híbridas de cacahuete. A la otra mitad se les ofreció el mismo paquete de créditos, pero se incluía un seguro meteorológico basado en índices que parcial o totalmente perdonó el préstamo en caso de escasez de lluvias. La muestra consistió de 787 productores de maíz y cacahuete en 32 localidades en el centro de Malawi.

Sorprendentemente, se tomó un 13 por ciento más de préstamos no asegurados. Los investigadores ofrecieron varias explicaciones posibles para esta observación, incluyendo la responsabilidad limitada inherente a los contratos de préstamos independientes, la falta de familiaridad de los agricultores con las semillas híbridas, la percepción de los diferentes costos en caso de impago en los dos paquetes de crédito y el riesgo básico. En contra de la teoría de seguros, la adquisición de microseguros se asoció, además, de forma negativa con la aversión al riesgo de la que informaban los agricultores mismos, y positivamente con su nivel de educación, ingresos y bienestar.

Fuente: Adaptado de Gine y Yang, 2007.

Los ingresos y el consumo

Gine et al. (2009) echan un vistazo sobre el resultado inesperado de Malawi examinando las tasas de participación en una póliza de seguro basado en índices climáticos en Andhra Pradesh, la India. Contrariamente a las predicciones teóricas, la aversión al riesgo hizo que bajara significativamente la demanda de los pequeños agricultores de microseguros - un resultado que los autores atribuyeron a la "incertidumbre del hogar respecto al producto", junto con la escasez de recursos a la que se enfrentan normalmente las familias de bajos ingresos. Si es correcta, esta observación sugiere que los efectos de los microseguros respecto a la acumulación de activos y la asignación de recursos pueden tardar más tiempo en materializarse, mientras que los hogares que están más dispuestos a asumir riesgos o que son más ricos, al principio si que experimentan con productos de microseguros y comparten informaciones importantes acerca de los microseguros a través de sus comunidades. Para mejorar el impacto de las pólizas dentro de un marco de tiempo más corto, los microaseguradores pueden acelerar el proceso de adaptación de varias maneras. Por ejemplo, Gine et al. (2008) observaron que la variable cuantitativamente más importante era la familiaridad de los hogares y experiencias previas con el proveedor de microseguros, en este caso era una institución microfinanciera llamada BASIX.

3.3.2 Acceso a las prestaciones

Se cree que los microseguros tienen varios efectos básicos respecto al acceso a las prestaciones. El primero de ellos es la mejora de la capacidad de los asegurados y los beneficiarios en conseguir las prestaciones cubiertas de forma rápida y rentable, lo que, a su vez, aumenta teóricamente las tasas de utilización de las prestaciones. En segundo lugar, para la cobertura de Salud, las tasas de utilización más altas significan, en teoría, un mejor estado de salud – un importante logro ya que las personas sanas pueden trabajar más horas, disponen de salarios más altos, gozan de una mayor inmunidad y adquieren más fácilmente capital humano a través del aprendizaje. Tercero, los microaseguradores de Salud a menudo firman contratos con proveedores de servicios médicos modernos o alientan a los asegurados a que hagan uso de ellos; al parecer, este comportamiento refuerza aún más los resultados de salud porque les permite eludir a los "curanderos" tradicionales y religiosos.[9] Los microaseguradores ofrecen prestaciones similares de atención sanitaria de mayor calidad dado que suelen negociar de antemano normas de servicio con determinados proveedores, disponen de defensores del cliente en los hospitales, construyen nuevas instalaciones y emplean a personal cualificado para que sus clientes se beneficien de él. Por último, mediante la mejora del acceso de las personas de bajos ingresos a estas prestaciones, los microseguros están pensados también para aumentar la igualdad tanto respecto al espacio como entre los grupos económicos y de género.[10]

Aunque se hayan investigado estos efectos casi exclusivamente en un contexto médico, también son aplicables a otros riesgos asegurados. Por ejemplo, la reducción al mínimo de los tiempos de espera y el aumento de las tasas de utilización de los servicios veterinarios pueden ser dos aspectos clave de las pólizas de ganado.

Las tasas de utilización

Mediante la eliminación de costes y de otras barreras para acceder a los bienes y servicios cubiertos, el microseguro teóricamente estimula y aumenta así el grado de utilización de estas prestaciones por parte de los clientes. Por el contrario, debido a factores que van desde la falta de disponibilidad de fondos hasta las

[9] De 35 pólizas de Salud evaluadas por el proyecto "Buenas y Malas Prácticas" del Grupo de Trabajo sobre Microseguros del CGAP, sólo dos –Yasiru de Sri Lanka y la Sociedad de Servicios Sociales de Bangladesh– cubren los tratamientos ofrecidos por los médicos tradicionales (en este caso, curanderos ayurvédicos y matronas "dai" en Bangladesh, respectivamente: Enarsson y Wiren, 2006; Ahmed et al., 2005).

[10] La igualdad espacial se refiere a la accesibilidad de los servicios para los que se encuentran a diferentes distancias de los centros de prestación de servicios. Las personas que viven más cerca de un hospital, por ejemplo, pueden tener un acceso más fácil y, por lo tanto, las tasas de utilización son más altas que de aquellas personas que viven lejos - un ejemplo clásico de desigualdad espacial. Al incentivar a los clientes que viven más lejos con primas más bajas, subsidios de transporte y telemedicina (entre otros), los sistemas de microseguro pueden corregir estos desequilibrios y promover una utilización más coherente en todas las regiones geográficas.

opciones de transporte que no funcionan, las personas sin seguro pueden retrasar o renunciar por completo a la búsqueda de soluciones, aun cuando su situación se vuelva extrema.

El impacto de los microseguros en las tasas de utilización se evalúa con bastante frecuencia. Sobre la base de estos conocimientos, parece que los microseguros mejoran las tasas de utilización de los planes de salud por parte de los asegurados. Dieciseis estudios informaron sobre resultados positivos o resultados positivos-mixtos o insignificantes, mientras que sólo un estudio tuvo resultados insignificantes. Entre los resultados afirmativos, por ejemplo, Msuya et al. (2004) vieron que los asegurados del Fondo Comunitario de Salud de la República Unida de Tanzania tenían una probabilidad un 15 por ciento más elevada de buscar atención sanitaria formal que sus contrapartidas no aseguradas. Del mismo modo, Polonsky et al. (2009) encontraron que los miembros de nueve planes de Salud en Armenia, dirigidos por Oxfam, visitaron los centros médico-sociales 3,5 veces más que los no miembros.

De los estudios con resultados mixtos, la evaluación Smith y Sulzbach (2008) sobre los patrones de utilización de servicios de salud materna de los miembros de 27 *mutualidades* del Senegal, cuatro organizaciones mutuas de Salud de Malí y el Plan de Seguro de Salud "Nkoranza"de Ghana dio como resultado que la afiliación estaba estrechamente unida a un mayor uso de la atención prenatal y la atención del parto en Malí. Mientras que los asegurados de los planes de Salud en el Senegal, que ofrecían coberturas de partos, tenían más partos en centros médicos, las *mutualidades* no incrementaron sensiblemente los índices –ya altos– de atención prenatal; tampoco lo hizo el plan de Salud en Ghana, que sólo cubría las cesáreas. Gnawali et al. (2009) también obtuvieron resultados opuestos en una evaluación del Plan de Salud del Distrito "Nouna" de Burkina Faso. Mientras que el aumento global de consultas de pacientes con tratamiento ambulatorio por enfermedades fue 40 puntos porcentuales más alto entre los miembros de estos planes, este incremento sólo fue significativo entre el cuartil más rico de los asegurados. En sus datos de VimoSEWA de la India, Ranson (2001) no pudo demostrar ninguna diferencia significativa en la probabilidad de que las personas aseguradas recibieran más tratamiento en el hospital. Curiosamente, Diop et al. (2006) descubrieron efectos colaterales inesperados entre los miembros de un plan de microseguros. Aunque el plan Nkoranza de Ghana no cubre la atención sanitaria ambulatoria, los investigadores observaron que los miembros aumentaron el uso de este tipo de prestaciones.

A pesar de ser uno de los indicadores más evaluados, los expertos están discutiendo sobre si el aumento de la utilización demuestra de manera inequívoca el impacto positivo del microseguro. Los esquemas de microseguros mal diseñados pueden promover el riesgo moral o la selección adversa, mientras que el mayor uso de los servicios por parte de los asegurados podría significar una mala asigna-

ción de los recursos y un efecto de desplazamiento ("crowding-out") de acceso para personas con necesidades más legítimas. Otros expertos argumentan que el aumento de las tasas de utilización de los asegurados, al menos al principio, se debe a que las personas de bajos ingresos recién asegurados no habían tenido acceso a las prestaciones por mucho tiempo (Schneider y Diop, 2001).

Tiempos de espera

La reducción de los tiempos de espera para acceder a las prestaciones cubiertas puede limitar los efectos de los impactos para los riesgos asegurables. Cuando los hogares tienen una cobertura de salud, por ejemplo, pueden renunciar al largo proceso de recaudar fondos para buscar atención médica más inmediata en caso de enfermedad, lo que limita la duración y las repercusiones financieras de los temas en cuestión. Aquí, la composición de las prestaciones es el factor clave. Por ejemplo, si los planes sólo cubren el tratamiento hospitalario, es posible que los hogares eviten la búsqueda de atención médica o recurran a estrategias provisionales más baratas y menos eficaces como la auto-medicación hasta que sus problemas sean tan graves que justifiquen el ingreso en el hospital. Pero al final, situaciones como éstas llevan a problamas con una duración más larga y más cara y, por lo tanto, a una solución ineficiente.

Sólo existe un número limitado de estudios que haya examinado este tema. Por ejemplo, el análisis de Aggarwal del plan de Yeshasvini (2010) encontró que "el tiempo de espera antes de la primera consulta con un médico no parece haberse visto afectado por el seguro".

Estado de salud

El microseguro de Salud promete mejorar la salud de los asegurados. Como es relativamente difícil y costoso medir el estado de salud de manera objetiva, a menudo se utilizan indicadores indirectos (Thomas y Frankenberg, 2002). Sólo un estudio evaluó el efecto de los microseguros respecto a los indicadores directos de la salud. Wagstaff y Pradhan (2005) utilizaron mediciones antropométricas de la Encuesta Nacional sobre el Nivel de Vida y comprobaron que el seguro de Salud en Vietnam afectó significativamente el peso y la talla de los niños pequeños y el índice de masa corporal de los adultos.

En otros documentos utilizados se sustituyen las mediciones del estado de salud, incluyendo auto-informes de los participantes en los estudios y el compromiso a un comportamiento respetuoso con la propia salud. Por ejemplo, Lei y Lin (2009) detectaron que los miembros del nuevo sistema médico cooperativo de China (NCMS) tenían un 2,8 por ciento menos de probabilidad de sentirse enfermos. En Mali, Franco et al. (2008) vieron que, aunque se disponía de cuatro pólizas de la Equitiy Iniciative, ello no parece haber influido en la frecuencia de la vacunación de los niños o de que se tomaran suplementos de vitamina A, pero sí

que fue una variable significativa respecto a la utilización de mosquiteros por parte de niños y mujeres embarazadas.

Tipo y calidad de la asistencia

Otra forma común, pero también indirecta, de medir el estado de salud incluye el impacto de los microseguros respecto al tipo y la calidad de la atención médica recibida. Dado que, por lo general, se cree que la medicina moderna (alopatía) obtiene mejores resultados que las opciones de atención sanitaria tradicionales o alternativas accesibles para muchas personas de bajos ingresos, también se mide el efecto de los microseguros respecto a la utilización de proveedores modernos por parte de los asegurados.[11] En su evaluación del NCMS de China, por ejemplo, Lei y Lin (2009) vieron que los miembros acuden en menor medida a los médicos populares tradicionales chinos. Del mismo modo, Yip et al. (2009) encontraron que se reduce en aprox. dos terceras partes la probabilidad de la automedicación en caso de enfermedad cuando se es miembro del programa Rural Mutual Health Care en China. Los asegurados de los programas de la Iniciativa de Equidad de Malí recurrían a la atención moderna para tratar la fiebre 1,7 veces más que sus contrapartidas no aseguradas (Franco et al., 2008). Chankova et al. (2008) descubrieron que los asegurados de la Iniciativa de Equidad fueron considerablemente más propensos a buscar atención médica moderna para una variedad de problemas médicos. Sin embargo, no pudieron demostrar que los patrones similares observados entre los clientes senegaleses de una *mutuelle* fueran estadísticamente significativos, un resultado que fue confirmado por Diop et al. (2006). Si bien es cierto que esta evidencia es limitada, sí que permite sacar la conclusión de que el microseguro tiene un impacto positivo respecto al uso de los tratamientos médicos modernos por parte de los miembros.

Allí donde la gente cree que ciertos tipos de instalaciones proporcionan servicios más bien pobres, los asegurados buscan la atención sanitaria como sustitución al acceso a los servicios. En la India, por ejemplo, Aggarwal (2010) encontró que los miembros de Yeshasvini hicieron un 19 por ciento menos consultas a los proveedores públicos a pesar de que allí la atención médica fue, en gran parte, libre – un cambio de actitud que se atribuye a los malos servicios, el ausentismo y la corrupción practicada en los hospitales públicos. Entre los hogares asegurados se pudo observar claramente un incremento en el uso de los servicios de salud

[11] En este caso, "proveedores modernos", "medicina moderna" y "atención moderna" significan profesionales en el campo de la salud cuya cualificación, reconocimiento y rendimiento son regulados por el gobierno y, por lo tanto, (aunque de ninguna manera universal) es muy probable que sean de alta calidad.

privados. Sin embargo, no todas las pólizas de microseguros ofrecen al asegurado esta libertad. En una evaluación de Vietnam Health Insurance (VHI), Jowett et al. (2004) observaron que los beneficiarios del plan utilizaban los proveedores públicos casi tres veces más que las personas sin seguro, precisamente porque los tratamientos cubiertos por el VHI estaban disponibles en las instalaciones públicas.

Por desgracia, el único estudio que examinó el impacto de los microseguros respecto a la calidad de atención sanitaria utilizó un grupo de muestra muy pequeño en el que los grupos de comparación, los individuos asegurados y no asegurados, diferían significativamente entre sí respecto a parámetros como la distribución de la edad y la anamnesia. A base de una encuesta entre hogares pequeños y entrevistas con los principales médicos de la red Uplift en la India y con instalaciones fuera de esa red, Bauchet et al. (aún no publicado) realizaron una evaluación de los registros de pacientes y de la infraestructura de las instalaciones y no encontraron ninguna evidencia estadísticamente significativa de que los pacientes asegurados por Lift recibieran mejor atención médica.

Igualdad

Otro impacto hipotético de los microseguros en materia de acceso a los servicios consiste en la igualdad, y la creencia de que las pólizas bien diseñadas pueden hacer frente a las disparidades históricas, económicas, espaciales y de género respecto a la disponibilidad de bienes y servicios asegurados, ampliando el acceso para miembros de grupos hasta ahora excluidos.

Dos dimensiones son importantes para este análisis: quién tiene acceso a los seguros y quién recibe las prestaciones (tanto entre los propios asegurados y entre los asegurados y los no asegurados). El nivel de ingresos es el factor determinante estudiado con más frecuencia.

A pesar de que el ser miembro y tener acceso a los servicios no significan ya de por si ningún impacto (tal como se describió anteriormente), sí que se analizan estos parámetros a continuación dado que el acceso equitativo a los seguros es una condición previa para las posibles prestaciones que llegan a los pobres. Para evitar confusiones, no se incluye ninguno de los resultados indicados en este subcapítulo en la Tabla 3.1.

De las evaluaciones consideradas para la revisión, diez llegaron a conclusiones mixtas sobre el igualitarismo económico en los diferentes esquemas. Curiosamente, las dos con resultados positivos inequívocos evaluaron el plan Vimo-SEWA en la India; Gumber (2001) y Ranson (2001) informaron que no se puede concluir que el ser miembro de un plan signifique más riqueza.

Otros resultados fueron más matizados: en 27 *mutualidades* de Senegal, cuatro pólizas de la Equity Initiative y el esquema Nkoranza de Ghana, por ejemplo, Chankova et al. (2008) encontraron que, si bien la probabilidad de que la inscripción fue significativamente mayor entre aquéllos en el quintil de ingresos más

altos, no había pruebas de que la probabilidad de inscripción para el quintil más pobre fuera diferente a la de los otros cuatro quintiles juntos. En un análisis más detallado de los planes de la Equity Initiative de Malí, Franco et al. (2008) llegaron a conclusiones parecidas: "Mientras que la inscripción para todas las categorías ... fue significativamente mayor entre los quintiles de ingresos familiares elevados, las tasas no fueron diferentes entre los hogares pobres, medio pobres, medios o medio ricos". Sin embargo, Jütting (2004) y Msuya et al. (2004) concluyen que los niveles de ingresos han influenciado de manera inequívoca y significativa el grado de inscripción en cuatro *mutualidades* en Senegal y el Fondo Comunitario de Salud de la República Unida de Tanzania (CHF). Msuya y sus colegas, por ejemplo, mostraron que un aumento de un punto porcentual en el ingreso de los hogares aumentó la probabilidad de unirse a CHF por aproximadamente 12,5 puntos porcentuales. Mientras Jütting indica que incluso los hogares del quintil más rico de su muestra siguen ganando menos que el salario mínimo mensual de la zona, estos resultados indican que determinados regímenes potencialmente podrían dirigirse a un espectro de clientes más amplio en sus regiones de operación.

En cuanto al uso de los servicios cubiertos, cinco de los seis estudios informaron sobre medidas igualitarias o incluso progresistas. Aggarwal (2010), por ejemplo, registró un aumento significativo del 2 por ciento en la intensidad de uso sanitario entre los miembros de Yeshasvini con un estatus socio-económico bajo. Del mismo modo, al evaluar 54 regímenes de asistencia sanitaria de la comunidad de Rwanda, Schneider y Diop (2001) llegaron a la conclusión de que la probabilidad de que los clientes acudan a los servicios sanitarios no varió significativamente según el cuartil de ingresos después de tomar en cuenta otros factores. En Vietnam, Jowett et al. (2004) observaron que en realidad los clientes de bajos ingresos utilizaron los servicios asegurados con más frecuencia, probablemente para resolver los problemas que no habían resuelto durante mucho tiempo. Sólo Wagstaff et al. (2009) encontraron cambios distribuidos de forma desigual (y regresivamente) de las tasas de utilización entre los miembros de NCMS en China. Más concretamente, entre el 10 por ciento de los más pobres entre los asegurados del régimen no podían registrar ningún impacto positivo significativo en el comportamiento de búsqueda de atención ambulatoria o de hospitalización que era evidente entre los miembros de los demás deciles de ingresos. A pesar de los resultados de este último estudio, la evidencia demuestra, aunque de forma más bien vaga, que los miembros del régimen –con el apoyo de la agrupación detrás de ellos– disfrutan de un cierto grado de igualdad económica respecto al acceso a las prestaciones.

De los estudios evaluados aquí, cinco examinaron la equidad espacial a través de la inscripción y las tasas de utilización. En cuanto a la inscripción, por ejemplo, Chankova et al. (2008) realizaron regresiones para determinar que la presen-

cia de centros de salud cercanos influyó positivamente en la inscripción a planes de microseguros en Senegal y Malí, un tema que no se abordó en los estudios que tratan el esquema Nkoranza de Ghana. Del mismo modo, Wagstaff et al. (2009) utilizaron el análisis "probit" para ver que "las familias que viven lejos de los centros de salud son menos propensas a hacerse miembros" en NCMS de China, pero señalaron que "el aumento de la distancia reduce la probabilidad sólo hasta cierto punto". En cuanto a la utilización, se obtuvieron resultados similares entre los miembros de la Iniciativa de Equidad; Franco et al. (2008), por ejemplo, encontraron que la distancia hasta un centro de salud fue un significativo factor predictivo negativo respecto a la búsqueda de atención sanitaria, sobre todo en relación con los partos asistidos. En Rwanda, Schneider y Diop (2001) también encontraron que los miembros de 54 planes comunitarios se dirigían a los proveedores de servicios sanitarios en función directa a su facilidad de acceso geográfico. Aunque se trate de un número limitado, estos resultados revelan que las pólizas consideradas no abordaron de forma efectiva las discrepancias basadas en la distancia respecto al acceso a los seguros y la utilización de servicios.

Los evaluadores han estudiado dos cuestiones fundamentales relacionadas con la falta de equidad de género: ¿cómo varía según el género la tasa de inscripción a los esquemas de microseguros y el acceso a los servicios? y ¿los planes que cubren la previsión para la salud de las mujeres, dan lugar a mejores resultados por género que los que se han obtenido hasta ahora? En cuanto a la primera cuestión, los investigadores han llegado a diferentes conclusiones sobre las tasas a las que las mujeres, o los hogares encabezados por mujeres, compran microseguros. En Ghana, Mali y Senegal, Chankova et al. 2008) vieron que los hogares encabezados por mujeres eran más propensos a inscribirse después de tomar en cuenta otros factores, mientras que en Ruanda, Schneider y Diop (2001) encontraron un efecto estadísticamente significativo. Wagstaff et al. (2009) encontraron que el sexo del jefe de hogar no estaba relacionado con la probabilidad de hacerse miembro de NCMS en China. Schneider y Diop (2001) fueron los únicos que desglosaron la búsqueda de atención médica de los miembros según el género y encontraron que la probabilidad de dirigirse a un proveedor de servicios sanitarios no varió según el sexo de los asegurados en Rwanda.

En términos de salud de las mujeres, los resultados fueron igualmente mixtos; Aggarwal (2010) no encontró efectos apreciables del esquema Yeshasvini de la India respecto a la atención sanitaria materna, mientras que Franco et al. (2008) observaron que los miembros de la Iniciativa de Equidad de Malí eran dos veces más propensos a hacer cuatro o más consultas prenatales que las mujeres en la población general durante el embarazo. Smith y Sulzbach (2008) encontraron que la calidad de ser miembro de un régimen influye mucho en la búsqueda de prestaciones acerca de la salud materna cuando los servicios correspondientes están cubiertos. Debido a que estos resultados se obtuvieron en el marco de las normas culturales predominantes y de otros factores es difícil compararlos directamente.

Aunque la evidencia no es concluyente y contradictoria acerca de si los microseguros mitigan las diferencias económicas respecto al ser miembro de un plan de seguros y, posiblemente, también respecto al acceso a la atención sanitaria, algunos puntos merecen ser discutidos. En primer lugar, los efectos de equidad demuestran la importancia que tiene la determinación de la distribución del impacto junto con el "efecto del tratamiento promedio en el tratado" que se suele calcular más comúnmente. Este indicador establece las diferencias causales promedias en los resultados entre los grupos de control y el tratamiento (Heckman et al., 1997). Sin embargo, la interpretación y la comparación de resultados de evaluación de la renta pueden ser difíciles. Por ejemplo, después de observar que en Ghana, Malí y Senegal los hogares encabezados por mujeres tenían más probabilidades de hacerse miembros que los hogares encabezados por hombres, Chankova et al. (2008) especularon que los factores relacionados con el estado tradicional de las mujeres como cuidadoras de la familia pueden haber producido estos resultados. Sin información adicional, los investigadores no pueden determinar lo que causó estas observaciones, o si en realidad representan un cambio.

En segundo lugar, los resultados iniciales sugieren que alcanzar la equidad es más complicado que simplemente ayudar o incluso fomentar activamente la participación de grupos de clientes específicos. Se debe abordar de forma específica las barreras para el registro, el acceso a las prestaciones y la presentación de reclamaciones para conseguir que las pólizas sean más igualitarias. Mientras que las tasas de inscripción y de utilización así como los resultados para los beneficiarios difieren en términos económicos, espaciales o de género, esto no significa que el microseguro sea discriminatorio o proporcione malos resultados para clientes de bajos ingresos, rurales o tradicionalmente excluidos por otras razones. Los esquemas podrían estar mal diseñados, comercializados o administrados, por lo que sin querer se perpetúan las diferencias. Curiosamente, durante su evaluación en Malí, Chankova et al. (2008) descubrieron que el 71 por ciento de las personas sin seguro médico no se había inscrito porque nunca habían visto el material de promoción del régimen. En otras palabras: a pesar de ser personas de bajos ingresos, no se hicieron miembros porque no sabían de que el plan existía.

Por último, el tratamiento de la equidad presentado en los artículos analizados aquí es incompleto en varios aspectos. Además de las disparidades económicas, espaciales y de género, por ejemplo, las desigualdades históricas entre personas de diferentes edades, razas, color de piel, etnias, religiones, géneros y niveles de discapacidad, entre otras cosas, pueden merecer una investigación acerca de las circunstancias básicas bajo las cuales operan determinados planes específicos. Otras preguntas adicionales relacionadas con el diseño también merecen ser estudiadas como, por ejemplo, si determinados modelos de distribución (basados en la comunidad o con fines de lucro, entre otros) son más propicios para lograr la equidad entre los asegurados (y entre los asegurados y los miembros de la comunidad en general).

3.3.3 Efectos psicológicos

Psicológicamente, se cree que los microseguros pueden promover una mayor tranquilidad y más poder individual. En cuanto a la paz interior, por ejemplo, los microseguros hipotéticamente alivian el miedo y el estrés, aumentando la sensación de seguridad de los miembros respecto al futuro. Los asegurados que participan en programas basados en la comunidad, en los cuales la gente de la comunidad diseñan y administran ellos mismos los paquetes de prestaciones, pueden desarrollar sus habilidades sociales y financieras porque durante su participación han tenido que negociar y comunicarse con otros. Desafortunadamente, ninguno de los estudios que aquí se consideran evaluó cualquiera de estos presuntos efectos.

3.3.4 Impacto en la comunidad

Se cree que los microseguros pueden causar seis tipos de efectos colaterales que repercutan en los no-miembros de las comunidades más amplias donde operan los microseguros. Mientras que a continuación se describen estos resultados, ninguno de los estudios citados aquí los evaluó a menos que se especifique.

- **La creación de empleo –** La manifestación más visible de un efecto colateral relacionado con los microseguros es la creación de empleo. En pocas palabras, los microaseguradores necesitan personal de ventas, actuarios, administradores de los planes, ajustadores de siniestros, cobradores de las primas, proveedores de TI y personal como médicos y meteorólogos para crear, implementar y supervisar su gama de productos. Debido a que algunos planes tienen millones de asegurados, la cifra de puestos de trabajo que se crean puede ser importante, aunque muchos microaseguradores, a veces, dependen exclusivamente del trabajo prestado por voluntarios.
- **Inversiones –** Del mismo modo, las primas cobradas por los microaseguradores pueden o bien ahorrarse o invertirse de forma local, por ejemplo, en actividades de microcrédito relacionadas con los microseguros o en los mercados nacionales e internacionales. Este efecto es más probable con pólizas a largo plazo que tienen componentes de ahorro *(véase el capítulo 8)*.
- **Cambios de la infraestructura y normativa –** Los miembros de la comunidad sin seguro se benefician de los cambios infraestructurales y normativos que los microaseguradores ayudan a crear. Por ejemplo, Aggarwal (2010) señaló que el cambio a proveedores privados iniciado por el esquema Yeshasvini de la India dejó sitio en las instalaciones públicas para las personas sin seguro. De forma similar, Wagstaff y colegas (2009) vieron que el New Cooperative Medical Scheme en China tuvo un impacto significativo respecto a las inversiones en personal y capital de los proveedores en los municipios. Sin embargo, como habían observado el riesgo moral inherente a la oferta, estaban preocupados de que "el aumento de las

existencias de equipos costosos" podría resultar en que "... los pacientes reciban pruebas y tratamientos que son innecesarios desde el punto de vista médico o para los que [los centros de salud] no están lo suficientemente capacitados para ofrecer".

- **Cambio de la carga de enfermedades locales –** Se cree que los planes de Salud con muchos miembros también pueden servir para reducir la carga de enfermedades a nivel local y llevar a potenciales cambios de comportamiento adicionales entre las personas sin seguro médico en sus regiones de operación. Por ejemplo, Polonsky et al. (2009) establecieron que las tasas de utilización de los servicios de salud de las personas sin seguro médico aumentaron en las aldeas de Armenia. Yip et al. (2009) llegaron a resultados parecidos. Las personas en las regiones rurales que no eran miembros de las mutualidades de Salud no se sometieron a tantos tratamientos arriesgados de automedicación.
- **Solidaridad de grupo –** Debido al énfasis en la solidaridad de grupo y la cooperación, se cree que los planes basados en la comunidad aumentan la cohesión del grupo. Sin embargo, al sustituir los tradicionales mecanismos de cobertura que dependen, en alto grado, de vínculos familiares y sociales, también puede darse el caso que los microseguros socaven las prácticas y relaciones locales.
- **Educación financiera –** Se cree que, a través de sus actividades, los proveedores de microseguros y las organizaciones relacionadas están aumentando la cultura financiera en su conjunto y fomentan una cultura de seguros en sus áreas de operación. Por ejemplo, muchos microaseguradores e instituciones de representación de pacientes actúan como anfitriones para eventos informativos públicos sobre seguros concebidos especialmente para personas de bajos ingresos potencialmente analfabetas con poca educación formal. BRAC, por ejemplo, capacita a los miembros a que realicen espectáculos en la calle sobre historias de la vida real que les cuentan los que viven en las aldeas y que ilustran los beneficios que traen los seguros (Ahmed et al., 2005). Asimismo, las personas obtienen información de material de marketing de los microaseguradores y oyen las experiencias que cuentan los asegurados de boca en boca a través de sus extendidas redes sociales y familiares. Por lo tanto, la expansión de los microseguros permite, por lo menos hipotéticamente, incluso a las personas sin seguro médico que desarrollen ciertos conocimientos y una comprensión de las herramientas y los principios de la gerencia de riesgos.

3.4 Conclusión

Pocos estudios, y aún menos si son metodológicamente rigurosos, han investigado las repercusiones de los microseguros. La gran mayoría evalúa las pólizas relacionadas con la salud sobre todo en Asia y África sub-sahariana. Las evaluaciones aquí presentadas examinan una variedad de resultados, pero sólo tres con la frecuencia necesaria para el surgimiento de tendencias: los gastos, la utilización y la equidad. Los microseguros parecen influir positivamente en los gastos y las tasas de utilización. Sin embargo, al parecer tratan con menos éxito las cuestiones de igualitarismo económico y espacial, dado que los hogares con un nivel económico relativamente bajo o las personas que viven alejadas de los centros sanitarios correspondientes gozan de o reclaman las prestaciones sanitarias con menos frecuencia. No obstante, en conjunto, y frente a la multitud de efectos atribuidos a los microseguros, se trata de un efecto extremadamente escaso.

Una combinación de cuatro pasos mejorará la comprensión de las personas en cuanto al impacto de los microseguros. En primer lugar, son necesarios unos diseños de investigación y técnicas de análisis más sólidos para aumentar la validez de los resultados de las evaluaciones. Como queda demostrado por los estudios más recientes presentados aquí y otros que se están evaluando ahora (Grupo de Trabajo de Impacto de la Red de Microseguros, 2011b), parece que afortunadamente hay cierto movimiento en esta dirección. En segundo lugar, se requieren evaluaciones de una variedad y distribución geográfica más amplia de los productos de microseguros. En tercer lugar, los estudios deben examinar toda la gama de efectos teóricos de microseguros, junto con cuestiones comparativas que permanecen sin investigar. Éstas incluyen la investigación de cómo se pueden comparar los diferentes sistemas de microseguro bajo varias condiciones y cómo evolucionan en comparación o en combinación con otras estrategias de mitigación de riesgos, tales como los mecanismos de supervivencia informales. En cuarto lugar, se necesitan mejores indicadores de resultado estándar porque no todos los efectos comúnmente citados en la literatura de evaluación proporcionan información útil sobre las repercusiones. Además de ser menos ambiguos, los indicadores desarrollados recientemente deben adaptarse también en gran medida para facilitar la comparabilidad de los resultados y, además, subrayar la importancia de posteriores revisiones sistemáticas. El Grupo de Trabajo de Impacto de la Red de Microseguros está desarrollando estos indicadores y los va a publicar en un manual para la realización de evaluaciones de impacto de microseguros (Grupo de Trabajo de Impacto de la Red de Microseguros 2011a).

Al facilitar la creación y distribución de información precisa sobre el impacto de los microseguros, estas medidas ayudarán con éxito a los profesionales en el asesoramiento de las personas de bajos ingresos en los países pobres sobre cómo gestionar los riesgos y así asegurar o aumentar sus ingresos y su nivel de vida.

4 Microseguro y cambio climático

Thomas Loster y Dirk Reinhard

Los autores desean agradecer a Joachim Herbold de Munich Re, Karlijn Morsink de la Universidad de Twente, Birgit Schubert de la Universidad Albert Ludwig y David Saunders de la OIT por sus contribuciones a este capítulo. También desean agradecer a Asif Dowla (Colegio de St. Mary), Thomas Mahl (Munich Re), Alexandra Michailescu (Credit Suisse), Dan Osgood (IRI), Rupalee Ruchismita (CIRM) y Roland Steinmann (Centro de Microseguros) por sus comentarios.

Con nuevas temperaturas récord que se registran de forma regular en todo el mundo (OMM, 2010), el año 2010 pasó a la historia, junto con 2005 y 1998, como el año más cálido desde que se introdujeron los registros climáticos con instrumentos. Conforme el Panel Intergubernamental sobre el Cambio Climático (IPCC), en los próximos 100 años la temperatura media de la atmósfera va a aumentar de manera significativa, hasta 6,4° C en el peor de los casos, con mayores niveles del mar y una exacerbación de fenómenos meteorológicos extremos (IPCC, 2007, 2011).

Las estadísticas de pérdidas de las aseguradoras y la evidencia que emerge de los expertos, incluyendo el Centro para la Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres (CRED), ya están mostrando fuertes tendencias que indican que el calentamiento global conducirá a un deterioro de las situaciones de riesgo en muchas partes del mundo, especialmente en los países en vías de desarrollo. Datos de catástrofes naturales desde 1980 muestran que más del 80 por ciento de las muertes causadas por los desastres relacionados con el tiempo tuvieron lugar en países en vías de desarrollo o de reciente industrialización.[1] En los países en vías de desarrollo, las regiones más pobres están particularmente expuestas al riesgo por la debilidad de las infraestructuras. Así, los pobres suelen vivir en viviendas subestándar en lugares expuestos, por ejemplo en los márgenes de los asentamientos donde son vulnerables a inundaciones repentinas, deslizamientos de tierra o tormentas.

El seguro de los peligros naturales es un desafío particular para las compañías de seguros debido a la exposición a daños mayores (Swiss Re, 2010a). Los eventos naturales suelen afectar a grandes áreas y pueden devastar miles de kilómetros cuadrados de tierra. Esto conduce rápidamente a una acumulación de pérdidas y posibles problemas de solvencia para las aseguradoras.

El microseguro es también vulnerable a los desastres naturales y debe reconocer los riesgos asociados con ellos. Aunque los terremotos han tenido repercusiones importantes sobre algunos esquemas de microseguros, como la Alternative Insurance Company (AIC) en Haití en 2010 y VimoSEWA de la India en 2001, este capítulo se centra en los desastres que son cada vez más frecuentes y con más

[1] Véase, por ejemplo, CRED (EM-DAT), Sigma de Swiss Re o NatCatSERVICE de Munich Re.

fuerza debido al cambio climático. Un ejemplo de ello fue el ciclón Nisha, que golpeó la India en noviembre de 2008 y obligó a Bajaj Allianz a regular unas 16.000 reclamaciones de microseguros (A. Kunzemann, 2010).

Este capítulo comienza con una revisión de algunos de los datos clave relacionados con el cambio climático para ilustrar los riesgos emergentes, en particular en los países en vías de desarrollo, donde el microseguro está empezando a echar raíces. A continuación, se analiza el papel de los microseguros en los riesgos relacionados con el clima, a nivel micro, meso y macro, como se ilustra en numerosos ejemplos de todo el mundo. En el tercer capítulo se resumen los desafíos operacionales clave, incluyendo el acceso y gestión de datos, índice de diseño y gestión de siniestros. El capítulo 4.4 proporciona una serie de recomendaciones para los principales interesados.

4.1 Las repercusiones del cambio climático

4.1.1 Evidencia del cambio climático

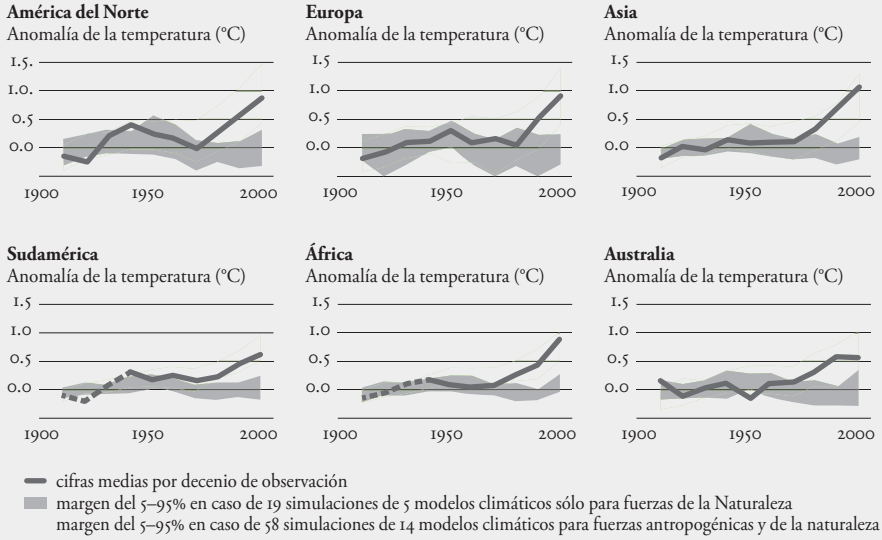
Según el IPCC, las tendencias de temperatura en todo el mundo están apuntando en la misma dirección: hacia arriba (IPCC, 2007):

Las temperaturas han aumentado en todos los continentes del mundo en los últimos 100 años *(ver Figura 4.1),* en algunos casos de manera significativa.

- La influencia humana en el cambio climático está ampliamente demostrada.
- El calentamiento es particularmente fuerte en las latitudes altas.

Figura 4.1

La temperatura global y cambio de temperatura continental[1]



[1] En este recuadro, la línea negra muestra el cambio real de las temperaturas en seis continentes. El espacio gris representa el intervalo en el que las temperaturas deberían haber estado basadas exclusivamente en cambios naturales, mientras que la banda de color verde indica los intervalos de la temperatura basados en el impacto que tienen los factores humanos y naturales en el clima.

Fuente: IPCC Report: Climate Change, 2007.

Como se resume en el cuadro 4.1, los cambios significativos como el aumento de las repercusiones de sequías y ciclones son inminentes y tienen un gran impacto sobre los riesgos locales y regionales. Los altos niveles de validación científica en la tabla son dignos de mención. En este contexto, "muy probable" significa que el nivel de certeza científica es superior al 90 por ciento. "Probable" significa más del 66 por ciento y "más probable que no" significa más del 50 por ciento.

Tabla 4.1

Proyecciones de acontecimientos extremos de tiempo y del clima

Fenómeno y dirección de una tendencia	*Probabilidad de que la tendencia ocurriera a finales del siglo 20 (típicamente después de 1960)*	*Probabilidad de que exista una contribución por parte del hombre*	*Probabilidad de tendencias futuras basadas en proyecciones para el siglo 21*
Días y noches más cálidos y menos días y noches con frío en la mayoría de las zonas terrestres	Muy probable	Probable	Prácticamente cierto
Días y noches más cálidos y días y noches calurosos más frecuentes en la mayoría de las zonas terrestres	Muy probable	Probable (noches)	Prácticamente cierto
Periodos calientes/olas de calor. Aumento de frecuencia en la mayoría de las zonas terrestres	Probable	Más bien probable	Muy probable
Fuertes precipitaciones. Aumento de la frecuencia (o proporción de las precipitaciones fuertes respecto a las precipitaciones en su conjunto) en la mayoría de las regiones	Probable	Más bien probable	Muy probable
Área afectada por un aumento de sequías	Probable en muchas regiones desde 1970	Más bien probable	Probable
Aumento de la actividad de ciclones tropicales intensos	Probable en muchas regiones desde 1970	Más bien probable	Probable
Aumento de la incidencia de elevados niveles del mar (excepto tsunamis)	Probable	Más bien probable	Probable

Fuente: Adaptado de IPCC, 2007

Hasta la fecha, sólo en casos individuales existe una evidencia significativa para países, regiones o incluso ciudades. Por ejemplo:

- Intensificación de las olas de calor en los Estados Unidos (Peterson et al, 2008.), Australia (Oficina de Meteorología de Australia, 2011) y Europa (Robine et al, 2007.);
- Aumento de las precipitaciones extremas en los Estados Unidos (Programa Climático de EE.UU., 2008) y en la India (Munich Re, 2010).

Hasta ahora, no ha habido un análisis cuantitativo limitado de los países más pobres del mundo dado que los datos meteorológicos de series temporales no suelen estar disponibles. No obstante, las descripciones del impacto en el clima son impresionantes. África, por ejemplo, es una víctima frecuente de la sequía. Sólo en Etiopía, alrededor de 600.000 personas murieron en las décadas de 1970 y 1980, y alrededor de siete millones estuvieron expuestas a largos períodos de sequía. Hoy en día, en todo el continente, la sequía sigue siendo un reto importante. En 2011, Chad, Malawi, Mozambique, el Sudán y el Cuerno de África lucharon con una sequía extrema, y los científicos de la ONU cuentan con que el cambio climático vaya a intensificar tales extremos.

En muchas regiones, el calentamiento global cambiará la frecuencia e intensidad de los fenómenos meteorológicos. Esto es particularmente obvio en el caso de los ciclones tropicales. Por ejemplo, las superficies marinas cálidas pueden llevar a que se desarrollen ciclones tropicales más intensos porque estos sistemas de tormentas obtienen su energía del agua tibia. Si las áreas con temperaturas superficiales del mar superiores a 27° C se expanden, se crearán nuevas zonas de riesgo de ciclones. La aparición de ciclones en las costas de Brasil (2004) y España (2005) son una evidencia de que el alcance del riesgo está cambiando como consecuencia del calentamiento global.

4.1.2 Clases de negocio afectadas

No se puede asegurar el clima. También es imposible asegurar todos los efectos asociados con el calentamiento global. Esto es cierto tanto para seguros tradicionales como para los microseguros. El derretimiento de los glaciares o el aumento acelerado del nivel del mar no se pueden asegurar en base a los principios del seguro de imprevisibilidad, calculabilidad y repentina aparición. Sin embargo, algunos efectos del cambio climático, tales como las sequías o inundaciones, sí que son asegurables.

Cuando se habla de seguros y el cambio climático, uno a menudo se refiere al seguro de las catástrofes relacionadas con el tiempo, que es muy probable que aumenten en el futuro. Las catástrofes naturales pueden ser especialmente perjudiciales para las carteras de microseguros, debido a que carteras pequeñas o con un enfoque regional pueden ser devastadas por un importante desastre natural. Los peligros naturales, tales como la ola de inundaciones en Pakistán en 2010 o el ciclón Nargis en Myanmar en 2007 que devastaron grandes áreas, tienen que ser tomados muy en serio por los microseguros.

Las repercusiones del cambio climático también afecta a otras líneas de negocio del seguro, como queda resumido en la Tabla 4.2. La mayor correlación entre el tiempo y las pérdidas se encuentra en el seguro agrícola, tal como indicamos en detalle más adelante en este capítulo. Sin embargo, pueden morir o quedar lesionadas miles de personas a causa de fenómenos meteorológicos extremos, por lo que también hay un impacto en el seguro de salud y el seguro de vida. Los edificios o sus contenidos también pueden verse afectados por los fenómenos meteorológicos. Los ciclones (en el sur de la India en 2008) y los tifones (en las Filipinas en 2010) han demostrado que un desastre meteorológico puede ser un reto para las coberturas de microseguros de Property y de edificios que, a menudo, no se han desarrollado para los fenómenos meteorológicos, por no hablar del cambio climático.

Mientras que los desastres naturales son la amenaza más urgente, las condiciones del cambio climático van a tener efectos más sutiles y a largo plazo. Los aumentos graduales de la temperatura, por ejemplo, pueden afectar a los períodos de germinación o determinar qué cultivos se pueden cultivar en ciertas regiones. También afectan a la mortalidad y la morbilidad mediante el cambio del rango que ocupan las diferentes enfermedades o la creación de condiciones para que se produzcan nuevas enfermedades.

Tabla 4.2

Posibles efectos del cambio climático sobre las clases de seguro, 2030–2050

Clase de seguro	*Efectos posibles*	*2030*	*2050*
Agricultura	Efecto inmediato (catástrofes meteorológicas)	+/++	+++
	Efecto lento (cambios de temperatura)	+/++	+++
	Heladas	–	– –
Salud	Efecto inmediato (catástrofes meteorológicas)	o/+	o/+/++
	Efecto lento (cambios de temperatura)	o/+	o/+/++
	Patrones de salud, expansión de los rangos de enfermedades	o/+	o/+/++
Vida/Funeral	Efecto inmediato (catástrofes meteorológicas)	+	+
	Efecto lento (cambios de temperatura)	o/+	+
Propiedad	Efecto inmediato	+/++	++

+/++/+++ incremento del riesgo
o neutral
–/– –/– – – disminución del riesgo

Fuente: Adaptado de Fundación Munich Re, 2011

4.2 El microseguro y fenómenos meteorológicos

4.2.1 Breve historia del "microseguro climático"

El cambio climático tiene un impacto importante en las condiciones del tiempo – bajo el tiempo se entiende el estado actual de la temperatura, la humedad, la lluvia y el viento, mientras que el clima es el estado de estos elementos meteorológicos a través del tiempo. En consecuencia, la mayoría de las experiencias obtenidas con microseguros que son relevantes en el contexto del cambio climático se refieren a la protección frente a la aparición de condiciones climáticas específicas, medidas normalmente a través de algún tipo de índice.

Desde el comienzo del siglo 21 se han ido desarrollando seguros basados en índices climáticos o seguros paramétricos en el contexto de los microseguros. El primer ejemplo conocido se introdujo en México en 2001 para dar cobertura a los agricultores contra la sequía. Desde entonces, se han introducido varias

coberturas en Asia, comenzando con un seguro basado en un índice de lluvia en la India en 2003 *(véase el recuadro 4.1 y la sección 20.2)* y un seguro de ganadería en Mongolia en 2006 *(véase el recuadro 12.3).* En África, el seguro de sequía fue introducido en Malawi en el año 2005 *(véase el recuadro 4.2)* y Etiopía en 2006. Posteriormente, estas coberturas fueron ajustadas o perfeccionadas y se añadieron otras nuevas (por ejemplo, HARITA en Etiopía en 2008, *véase el recuadro 4.3).*

Recuadro 4.1

Cobertura indexada de precipitaciones de ICICI Lombard, La India

Factores duros
Inicio: 2003
Escala: Micro
Desarrolladores del modelo: ICICI Lombard General Insurance Company, Banco Mundial, International Finance Corporation (IFC), BASIX
Portadores del riesgo: ICICI Lombard, Swiss Re
Riesgos cubiertos: Cualquier tipo de cosecha
Número de clientes: 25.000 agricultores en 2005, 45.000 en 2007, 250.000 en 2009
Canales de distribución: Al principio BASIX, una ONG de microfinanciación; más tarde se incluyeron otros bancos y IMF

Contexto
A pesar de la larga historia de los seguros de cosechas, el Gobierno de la India no ha protegido a los agricultores frente a los riesgos climáticos. En 2003, ICICI Lombard y BASIX introdujeron un seguro específico para cosechas a base de un índice de precipitaciones para los agricultores de ricino y cacahuetes. Este producto fue reestructurado en 2004 para mejorar aún más los beneficios para los agricultores asegurados y para cubrir otros tipos de cultivos. Los nuevos contratos se basaban en un desencadenante específico de precipitaciones acumuladas para cada una de las tres estaciones de cultivo. Los agricultores pueden comprar la póliza por hectárea, protegiendo hasta el 100 por ciento de sus tierras. Cada cultivo tiene su umbral superior e inferior específico. Las precipitaciones acumuladas por debajo o por encima del umbral provocan un pago. Se vendió la póliza a través de la red de BASIX como un producto combinado de seguros-préstamos.

Retos
Viabilidad financiera: Depende de la aceptación del producto por parte de los agricultores y del acceso al mercado internacional de reaseguro. Los subsidios estatales y la relación a un programa de préstamos agrícolas patrocinado por el gobierno mejoran sustancialmente la escala y la viabilidad *(véase el capítulo 18).*

Demanda: Primas más altas que el producto del Esquema de Seguro Nacional de Agricultura estatal (NAIS) – la ausencia de subsidios limita la demanda de los pequeños agricultores. Esta situación cambió radicalmente cuando se pusieron a disposición los subsidios del gobierno para el seguro con índices climáticos, inclusive cobertura por parte de las compañías de seguros privadas.
Concienciación de los clientes: Campañas de sensibilización por BASIX y la interacción intensiva ayudan a adaptar el producto a las necesidades de los agricultores y a aumentar la demanda.
Riesgo básico: El Banco Mundial ha instalado estaciones meteorológicas digitales. Un número limitado de estaciones meteorológicas puede aumentar el riesgo básico.

Lecciones preliminares aprendidas

1. Un producto combinado (seguro más crédito) protege a los agricultores y las IMF contra impagos de préstamos debido a las malas cosechas, lo que ayuda a que el producto alcance rápidamente un cierto volumen.
2. Las estaciones meteorológicas automáticas permiten que el asegurador tenga acceso a los datos a tiempo real, lo que facilita los pagos de reclamaciones rápidos.
3. Una reestructuración eficiente del diseño del contrato amplía el alcance de potenciales clientes que se benefician de pólizas de precipitaciones, por ejemplo, intermediarios agroindustriales.
4. La adaptación contínua a las necesidades de los clientes crea una base de sostenibilidad.
5. Los subsidios del gobierno hacen que el producto sea más disponible, permitiendo que el sistema alcance un determinado volumen.

Fuentes: Adaptado de Hellmuth et al, 2009; Levin y Reinhard, 2007; Valvekar, 2007; Aggarwal, 2011.

La mayoría de estos ejemplos siguen en su fase piloto, o se han suspendido porque lucharon por lograr un volumen suficiente para ser viables. Clarke (2011) sostiene que el escaso uso de seguros agrícolas basados en índices no está necesariamente relacionado con la falta de confianza o al analfabetismo financiero, sino que es simplemente una elección económicamente racional donde el precio está por encima de un cierto umbral en comparación con el pago esperado. Además, muchos productos de seguro con índices climáticos disponibles en la actualidad muestran una baja correlación con las pérdidas reales, garantizando mejores índices con un menor riesgo básico.[2] Sin embargo, incluso los

[2] Riesgo básico, definido más en detalle en el capítulo 4.3.2., es la diferencia entre las pérdidas actuales incurridas por el asegurado y el importe de las prestaciones que se pagan realmente.

productos de seguros de daños suelen tener poco efecto en la gestión del riesgo de los pobres si el producto no refleja correctamente la percepción del riesgo por parte del público objetivo del riesgo (Karlan et al., 2011).

Por el contrario, la experiencia en la India parece ser más prometedora. En 2010, el mercado de seguros con índices climáticos en la India fue el segundo mercado más grande en el mundo, tras los Estados Unidos. Como se describe en el Capítulo 20, el gobierno indio ha adoptado las innovaciones en los seguros con índices climáticos desarrollados por el sector privado, y ahora ofrece subvenciones a las primas para conseguir que las coberturas vinculadas a préstamos sean más fácilmente disponibles para los agricultores de bajos ingresos. En consecuencia, en 2011 más de nueve millones de agricultores indios tenían una cobertura de seguros indexados (Ruchismita, 2011).

La implicación de los reaseguradores es particularmente crítica para el éxito de tales esquemas, ya que reúnen los riesgos a un nivel global. En Asia, los expertos de Munich Re han desarrollado conceptos adecuados para los típicos riesgos del cambio climático, incluyendo una cobertura de crecida repentina en Yakarta, Indonesia, y una "cobertura tifón" para lluvias torrenciales y viento en las Filipinas. Swiss Re presenta una cobertura indexada para los productores de arroz en Vietnam, un país especialmente afectado por el cambio climático. De acuerdo a su desarrolladores, este programa puede llegar a 500.000 hogares (Lai, 2010).

Recuadro 4.2

Seguro contra la sequía, Malawi

Factores duros
Inicio: 2005
Escala: Micro
Desarrolladores del modelo: Banco Mundial, el Instituto Internacional de Investigación para el Clima y la Sociedad (IRI), MicroEnsure
Portador del riesgo: Asociación de Seguros de Malawi
Riesgos cubiertos: Sequía
Número de clientes: 1.710 agricultores de cacahuetes y maíz (2006 a 2007); 2.500 agricultores de tabaco y maíz (2008–2009)
Canales de distribución: Asociación Nacional de Pequeños Agricultores de Malawi (NASFAM)

Contexto
Como el 90 por ciento de la producción agrícola en Malawi es de secano, los pequeños agricultores son altamente vulnerables a los riesgos relacionados con el tiempo. La productividad es baja, ya que los agricultores tienen acceso limitado a créditos para comprar semillas resistentes a la sequía o invertir en mejor tecnología. En cooperación con NASFAM, el Banco Mundial ha diseñado un seguro contra la

sequía basado en índices para proteger a los productores de cacahuetes contra la falta de lluvia y mejorar el acceso a créditos. Dos instituciones microfinancieras, Malawi Rural Finance Company y Opportunity International Bank Malawi, estaban dispuestas a conceder préstamos. NASFAM ofrecía el acceso a conseguir semillas mejores, se comprometió a comprar la cosecha de sus miembros a un precio superior al de mercado y garantizó la recuperación de préstamos. Los contratos de préstamos incluían una prima respecto al tiempo que se pagaba a un pool de riesgos gestionado por una asociación de seguros. Los agricultores se comprometieron a vender su cosecha exclusivamente a NASFAM. No recibieron el dinero por adelantado y, en su lugar, NASFAM utilizó los ingresos obtenidos de la cosecha para devolver el préstamo y pagar el excedente a los agricultores. Se amplió este producto incluyendo las cosechas de maíz y, a partir de 2007/08, se sustituyó al sector de los cacahuetes por el del tabaco.

Retos

Viabilidad financiera: Estable desde el punto de vista financiero, ya que no hay subsidios en curso incluidos, pero disponibilidad limitada para los agricultores más pobres. La venta de los agricultores a otros comerciantes, aparte de NASFAM, puso en peligro la viabilidad financiera y, por eso, el programa pasó de la producción de cacahuetes al sector de tabaco.

Demanda: Hubo dificultades para vender el producto a los agricultores de bajos ingresos debido a su precio, por lo que la asunción también ha sido lenta.

Concienciación de los clientes: Es necesaria la formación profesional de personal exterior para proporcionar talleres de alfabetización financiera a la población. Allí donde están en vigor las pólizas, los clientes tienden a entender el concepto de un seguro indexado.

Riesgo básico: Insuficiente número de estaciones para medir las precipitaciones; el Banco Mundial y el Earth Institute están instalando estaciones meteorológicas digitales para superar este problema.

Lecciones preliminares aprendidas

1. Los desafíos de infraestructura pueden abordarse recurriendo a las capacidades financieras y técnicas de todos los socios del proyecto.
2. La cooperación entre las principales partes interesadas (compañías de seguros, asociaciones de agricultores, IMF) amplía la gama de productos financieros disponibles para la población rural.
3. La existencia de mercados organizados (por ejemplo NASFAM) es crucial para la distribución de las pólizas de seguro.
4. La combinación de seguros con préstamos aumenta la eficiencia de la distribución de seguros.

Fuentes: Adaptado de Hellmuth et al., 2007; Mapfumo, 2009; Agroinsurance, 2011.

Recuadro 4.3

HARITA (Horn of Africa Risk Transfer for Adaptation), Etiopía

Factores duros
Inicio: 2008
Alcance: Micro
Desarrolladores del modelo: Oxfam América, Swiss Re, IRI, Relief Society of Tigray (REST)
Portadores del riesgo: Nyala Insurance Ethiopia, Swiss Re
Riesgos cubiertos: Sequía
Número de clientes: 200 hogares en 2009, 13.000 en 2011
Canales de distribución: Modelo socio-agente con Dedebit Credit and Savings Institution (DECSI)

Contexto
En Etiopía, el 85 por ciento de la población depende de una agricultura pequeña, de secano para su subsistencia. Por lo tanto, la gente es muy vulnerable a riesgos relacionados con la sequía. Inicialmente dirigido a los agricultores *teff* en el pueblo de Adi Ha, el producto de seguro indexado estaba vinculado a un esquema de generación de empleo del Gobierno y, por lo tanto, permitió a los agricultores a pagar las primas, ya sea en efectivo o aportando mano de obra para proyectos que incrementaron la resistencia de la comunidad al cambio climático. Se garantiza la participación de los agricultores por un equipo de gestión de cinco miembros de la aldea y talleres de alfabetización financiera. Para superar las limitaciones de datos, se están explorando nuevas técnicas, tales como datos por satélite o la simulación de modelos.

Retos
Viabilidad financiera: Baja, ya que el proyecto HARITA está financiado principalmente por organizaciones internacionales donantes.
Concienciación de los clientes: Enfoque en la participación de los agricultores desde el inicio, por ejemplo, equipo de gestión local, talleres de alfabetización financiera o juegos experimentales.
Riesgo básico: Con la exploración de nuevas técnicas, como los datos de satélites o simuladores de lluvia se intenta superar las limitaciones de los datos meteorológicos.

Lecciones preliminares aprendidas
1. La educación y la exposición a los microseguros, el mejor acceso a créditos y una mejora de las técnicas de gestión de riesgos son necesarios para que las poblaciones vulnerables se adapten de una forma eficiente al cambio climático.
2. La disposición de seguros claramente necesarios en las comunidades pobres se vio obstaculizada por la falta de acceso a servicios financieros formales.

3. Se pueden suavizar las preocupaciones por la escala mediante el uso de un modelo que se centre en los seguros meteorológicos dentro del contexto de la agricultura de subsistencia.
4. Enfoques innovadores para el cobro de primas, tales como el pago de las primas en especie hacen que el seguro esté al alcance de todos, incluidos los agricultores pobres de subsistencia crónica, para los que están disponibles los planes de generación de empleo correspondientes.
5. La colaboración de los actores locales, nacionales y globales contribuye al éxito.
6. Participación de los clientes y la formación son elementos fundamentales para la sostenibilidad y la posterior ampliación de los productos de seguros.
7. Los riesgos relacionados con la sequía son la preocupación principal en toda Etiopía, donde el 85 por ciento de la población depende de la agricultura pequeña de secano. Incluso se pueden asegurar las zonas altamente expuestas, como Etiopía, contra los riesgos clave, tales como las olas de calor o las sequías.

Fuentes: Adaptado de Hellmuth et al, 2009; Agroinsurance, 2011; Swiss Re, 2010a..

4.2.2 Micro, meso y macro

Se puede organizar un seguro de formas y niveles diferentes –del seguro directo individual hasta el seguro estatal de grandes colectivos– como se ilustra en la Tabla 4.3. Por definición, el microseguro sólo es aplicable a nivel micro. Sin embargo, el seguro organizado a nivel meso o macro puede ser una forma más adecuada para proteger a los pobres frente a los riesgos asociados con el clima y el cambio climático. Al incluir las intervenciones a nivel meso y macro se posibilita que el seguro no solamente cubra a los agricultores y los riesgos agrícolas, sino también que pueda desempeñar un papel importante a la hora de proteger a otros grupos expuestos a desastres.

Figura 4.3 **Dimensiones de los seguros: nivel, productos, beneficiarios**

	Micro	*Meso*	*Macro*
Asegurado	Individual, colectivo, hasta varios cientos de personas	Comunidades grandes, asociaciones, cooperativas, etc.; miles hasta millones de personas	Nación/gobierno, cientos de miles hasta varios millones de personas
Geografía	Casa, pueblo, ciudad, distritos	Distritos, regiones	Regiones, país
Herramientas y productos	Microseguro: Salud, Vida, Cosecha, Ganado; seguro indexado	Derivados, seguro indexado	Bonos sobre catástrofes, pools
Margen de las sumas aseguradas	US$50–5.000	US$200.000 hasta varios millones	US$ millones hasta mil millones

Fuente: Adaptado de Fundación Munich Re, 2007.

Miles de personas están aseguradas a través de coberturas a nivel meso. Los beneficiarios suelen estar organizados en fideicomisos, asociaciones o cooperativas. El recuadro 4.4 proporciona una solución meso basada en un índice que se inició en 2011 para cubrir las pérdidas por préstamos de las cooperativas en las Filipinas en caso de condiciones meteorológicas extremas y que permite a los prestatarios a empezar de nuevo. La aseguradora-cooperativa CLIMBS actúa como portador de riesgos y, de esta forma, cubre las carteras de los miembros de la cooperativa. El pago no está en relación al ajuste de siniestros individual, sino que depende de umbrales predefinidos para los acontecimientos meteorológicos. Cada cooperativa obtiene un porcentaje predefinido de su cartera de préstamos como pago una vez que se haya alcanzado un nivel determinado de viento o de precipitaciones. A continuación, las cooperativas utilizarán estos fondos para hacer disponibles préstamos de emergencia a condiciones favorables para los prestatarios afectados.

Recuadro 4.4

CLIMBS (Coop Life Insurance and Mutual Benefit Services), Las Filipinas

Factores duros
Inicio: 2011
Desarrolladores del modelo: Munich Re, CLIMBS
Escala: Meso
Tipo de seguro: Seguro indexado contra viento y lluvia para cubrir préstamos
Riesgos cubiertos: Tifón
Portadores del riesgo: CLIMBS, Munich Re
Clientes: Miembros de las cooperativas de CLIMBS (organización central)
Canales de distribución: CLIMBS

Retos
Aún sin evaluación.

Lecciones preliminares aprendidas
1. Se pueden asegurar incluso los riesgos climáticos complejos, tales como tifones o eventos extremos como crecidas repentinas si el diseño del producto es adecuado.
2. Estructuras sociales preexistentes, por ejemplo, cooperativas o asociaciones, aumentan la probabilidad de que un esquema tenga éxito.
3. El diálogo con las personas en situación de riesgo es crucial para soluciones a medida.
4. Los pagos regionales ayudan a que se acepte mejor el producto y se reduzca el riesgo de base.
5. El uso de modernos métodos de observación meteorológica como los datos de satélite amplía la gama de herramientas y facilita la administración.

Fuente: Autores

Morsink et al. (2011) identificaron varios de estos planes indexados de nivel meso, que cubren tanto los riesgos idiosincrásicos de los clientes, así como los riesgos agregados de los agregadores. La aparición de estos esfuerzos, en Burkina Faso, Ghana, Haití, la India, Malí y Perú *(véase el recuadro 4.5),* pone de manifiesto el creciente interés por este tipo de enfoque para proteger a los pobres, ampliar el alcance de las personas que se pueden cubrir, aparte de los agricultores, incluir a los microempresarios y a otros grupos de bajos ingresos. Aunque la mayoría de los esquemas de nivel medio son relativamente nuevos, su potencial respecto a viabilidad y volumen parece bastante prometedor.

Recuadro 4.5

MiCRO (Microinsurance Catastrophic Risk Organization), Haití

Factores duros
Inicio: 2011
Escala: Meso
Desarrolladores del modelo: Proveedores de seguros locales y las IMF, como Fonkoze
Financiación: Inter-American Development Bank (IDB), UK Department for International Development (DFID), Mercy Corps, Caribbean Risk Managers Ltd, Guy Carpenter & Company, LLC, Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC)
Portador del riesgo/reasegurador: Swiss Re
Riesgos cubiertos: Precipitaciones, velocidad de viento o actividad sísmica
Número de clientes: 55.000 clientes de microcréditos de Fonkoze
Cobertura: Reembolso de préstamos de Fonkoze en caso de desastres naturales. Se paga una suma de $ 125 si la casa o el local quedan destruidos, o si se pierde la totalidad o la mayor parte del negocio como resultado de un desastre natural.
Canales de distribución: Empleados responsables de créditos de Fonkoze

Contexto
Después de la temporada de huracanes de 2008 en Haití, Fonkoze se dio cuenta de que las operaciones sostenibles de las IMF se volverían difíciles si los desastres naturales iban a repetirse. Fonkoze comenzó activamente a buscar protección financiera contra los desastres naturales y comenzó con la organización de MiCRO para ayudar a las IMF del Caribe (especialmente de Haití) a proteger a sus clientes contra los daños causados por desastres naturales. Además de proporcionar cobertura a nivel meso, la innovación combina una cobertura paramétrica basada en precipitaciones, la velocidad del viento o la actividad sísmica, además de una evaluación de las pérdidas reales in situ por los gestores de préstamos. Cuando haya un riesgo de base –si el pago basado en el desencadenante paramé-

trico no es suficiente para cubrir las pérdidas reales– entonces MiCRO cubrirá la diferencia hasta $ 1 millón por año.

La importancia de esta protección financiera quedó ilustrada por el terremoto en Haití el 12 de enero de 2010 que mató a más de 200.000 personas, dejando al país en ruinas y con las generaciones futuras aún más vulnerables al riesgo. Por las lluvias prolongadas en Haití en mayo y junio de 2011 se realizaron unos pagos paramétricos de 1.050.000 US $ a Fonkoze.$. Fonkoze evaluó de forma independiente los daños de los prestatarios y pagó 1,01 millones de US-dólares a más de 3.800 clientes, incluyendo préstamos de amortización. Se informaron a todos los clientes de microcrédito de Fonkoze y recibieron formación sobre la cobertura del seguro catastrófico.

Retos

Peligro: Haití está expuesto a diversos riesgos naturales con un importante potencial de pérdidas. Los terremotos y huracanes, así como lluvias intensas, tienden a ocurrir de vez en cuando.

Riesgo básico: MiCRO cubre el 85 por ciento del riesgo básico estimado hasta $ 1.000.000 por año a base agregada.

Lecciones preliminares aprendidas

1. Las alianzas público-privadas son necesarias para proteger a los pobres contra los desastres naturales.
2. Se pueden ofrecer seguros dirigidos a poblaciones de bajos ingresos en una región con elevada exposición a los peligros naturales.
3. El seguro puede ofrecer tanto protección para una IMF y crear valor para sus clientes.
4. Las coberturas paramétricas pueden ser apoyadas cuando hay fondos disponibles para absorber los desajustes entre la cobertura paramétrica y las pérdidas reales experimentadas.
5. Es importante la capacitación de los clientes. Se informaron a todos los prestatarios de Fonkoze y recibieron formación sobre la cobertura de seguros contra desastres naturales.

Fuente: Adaptado de Morsink et al., 2011.

La dimensión "macro" puede involucrar a millones de personas, y está organizada, por lo general, a nivel nacional o internacional. En el Caribe se encuentran sistemas importantes, donde el primer pool de riesgos asegura a los gobiernos de 16 países del Caribe contra huracanes y otros desastres *(véase el Recuadro 4.6).* Se intenta que los pobres se beneficien de esta cobertura, pero son los gobiernos los que están asegurados. En México, los *Fondos* organizados por el Estado han ido asegurando a

agricultores desde 1988 *(véase el Recuadro 4.7)*, aunque tienden a ser los agricultores más ricos. El acceso de los pequeños agricultores continúa siendo difícil.

Recuadro 4.6

Caribbean Catastrophe Risk Insurance Facility (CCRIF)

Factores duros

Inicio: 2007, después de un periodo de desarrollo de 18 meses
Escala: Macro
Desarrolladores del modelo: Caribbean Community (CARICOM), Jefes de Gobiernos, Banco Mundial
Portadores del riesgo: CCRIF, reaseguradores internacionales incluyendo Swiss Re, Munich Re, Paris Re, Partner Re y el sindicado Hiscox de Lloyd's of London
Riesgos cubiertos: Huracanes, terremoto, inundaciones excesivas
Número de clientes: 16 países
Trasfondo financiero: Capital de donantes (~65 millones de US$) y una prima anual (200 .000 hasta 3 millones de US$) por parte de los países miembros
Canales de distribución: Caribbean Risk Managers Limited (CaribRM)

Contexto

Después de las enormes pérdidas causadas por el huracán Iván en 2004, los Jefes de Gobierno de la Comunidad del Caribe, con la ayuda del Banco Mundial, decidieron implementar un programa de transferencia de riesgos para países miembro con el objetivo de mitigar los efectos de los desastres naturales. Iniciado en 2007, CCRIF asegura a sus 16 países miembro contra terremotos, huracanes y lluvias extremas. Se crearon perfiles sobre los riesgos de cada país a base de los datos históricos para determinar la prima de cada país. Una vez que se alcance un nivel predefinido de actividad sísmica, velocidad del viento o lluvia, el pago se produce dentro de 14 días.

Pagos hasta la fecha:

2007 ~US$ 1 millón para las islas de Dominica y St. Lucia
2008: ~US$ 6,3 millones para las islas Turks & Caicos
2010: ~US$ 7,75 millones a Haiti (terremoto) y US$ 12,8 millones para el huracán Tomas (Barbados, St. Lucia, St. Vincent y las Granadinas); US$ 4,2 millones para el huracán Earl (Anguila)

CCRIF es único, ya que es el primer esquema de seguros basado en índices que une varios países con diferentes niveles de desarrollo y distinta exposición al riesgo.

Retos

Complejidad: Al agrupar los riesgos de 16 países aumenta la complejidad del producto debido a los perfiles de riesgo individuales lo que exige una mayor comunicación y relaciones públicas en materia de sensibilización entre los países miembro.

Viabilidad financiera: La combinación de las reservas puestas en común de los países participantes y la capacidad financiera del mercado financiero internacional garantiza sostenibilidad, pero sobre todo debido a los pagos relativamente bajos en comparación con el daño real.

Demanda: Herramienta para la gestión del cambio climático porque los flujos de dinero son más rápidos, pero sólo a nivel gubernamental, sin la participación de la población.

Otros: Necesidad de dirigirse al sector agrícola, dado que CCRIF ofrece más valor a las áreas de valor económico (principales centros económicos).

Lecciones preliminares aprendidas

1. Los pools de seguros reducen los costes de transacción debido a un marco jurídico y condiciones de seguro coherentes para todos los miembros.
2. Dado que los pools permiten una cobertura de riesgos de alto nivel, pueden constituir un elemento de adaptación al cambio climático.
3. Los parámetros son difíciles de diseñar para acontecimientos más pequeños, por lo que los siniestros no necesariamente desencadenan un pago (por ejemplo, el huracán Dean, Jamaica, 2007). Además, puede resultar difícil explicar el seguro con parámetros.
4. Los pools ofrecen más oportunidades para la transferencia de riesgos a los mercados de capitales.

Fuentes: Hellmuth et al., 2009; Young, 2010; UNFCCC, 2011.

4.3 Retos operacionales y soluciones

Como la mayoría de los planes que se destacan en este capítulo sólo han estado en funcionamiento durante algunos años –a veces sólo con carácter experimental–, las lecciones y experiencias permanecen a un nivel preliminar, pero hay cada vez más evidencia para empezar a sacar conclusiones iniciales. Sin duda, la conclusión más obvia es que hay considerables desafíos. En particular, en esta sección se analizan las dificultades y soluciones relacionadas con la recogida de datos meteorológicos, el desarrollo y la utilización de índices, la gestión de siniestros, la educación de las partes interesadas y la sostenibilidad.

Recuadro 4.7

Seguro agrícola para agricultores contra acontecimientos meteorológicos, México

Factores duros
Inicio: 2005
Escala: Macro
Desarrollador del modelo: Agroasemex
Portadores del riesgo: Gobierno de México, Agroasemex
Riesgos cubiertos: Sequía, inundaciones
Número de clientes: 800.000 agricultores (en 2008)
Canales de distribución: Gobiernos federales/del Estado

Contexto
Los agricultores de subsistencia en México con frecuencia sufren del exceso o la falta de lluvias. Para mitigar las consecuencias para la población rural, se proporcionan fondos de ayuda federal por parte del Programa de Atención a Contingencias Climatológicas (Climate Contingencies Programme o PACC). Para mejorar la gestión de riesgos, Agroasemex, la compañía estatal de reaseguros, desarrolló un programa de seguro indexado disponible para los gobiernos de los Estados federales y el Gobierno central. La prima de seguro la sufraga principalmente el gobierno central. El porcentaje cubierto por el gobierno federal depende del nivel de marginación de la población asegurada. Para los municipios con un alto nivel de marginación, el gobierno central cubre el 90 por ciento de la prima, mientras que el restante 10 por ciento está cubierto por el gobierno federal correspondiente. Si se activa el pago, los fondos se distribuyen a los agricultores a través de los gobiernos correspondientes.

Retos
Viabilidad financiera: Totalmente subvencionado, programa estatal. De acuerdo con el Fondo Internacional para el Desarrollo de la Agricultura (Hazell et al., 2010), ha sido más barato para los gobiernos adquirir y operar seguros de índice que pagar directamente a los agricultores fondos de asistencia por desastres naturales.
Concienciación de los clientes: Muy baja, ya que los agricultores no participan en la decisión de comprar un seguro. Desde la perspectiva del agricultor, este programa es más bien un alivio en caso de una catástrofes natural que un seguro.
Disponibilidad de datos: La falta de datos históricos, el número limitado de estaciones meteorológicas y la capacidad técnica limitada restringen una ampliación.
Riesgo básico: De acuerdo con el estudio del FIDA, ha habido dos casos de riesgos básicos hasta el momento: en el primero se realizaron los pagos sin que se haya incurrido en daños y el segundo, en el que se incurrió en pérdidas y no se hizo ningún desembolso. Después del segundo evento, el estado involucrado (Michoacán)

perdió la confianza en el sistema y se retiró. Para disminuir el riesgo básico, la distancia entre las estaciones de tiempo tendría que reducirse a entre 10 y 20 kilómetros, pero no había recursos suficientes para hacerlo.

Lecciones preliminares aprendidas

1. Los gobiernos pueden hacer frente a los efectos del cambio climático mediante seguros basados en índices, que pueden funcionar como una herramienta eficiente para la gestión y la transferencia de riesgos, utilizando los fondos federales de asistencia.
2. El alcance del seguro indexado depende en gran medida de la disponibilidad de datos fiables.
3. La agregación de clientes y la diversificación geográfica de los riesgos proporcionan incentivos para que el mercado internacional de reaseguro participe en los productos de seguros.

Fuentes: Hellmuth et al., 2009; Levin and Reinhard, 2007; Hazell et al., 2010; AGROASEMEX, 2011.

4.3.1 Los datos del tiempo

Los datos son fundamentales para el desarrollo de productos de seguros. En la economía informal casi no existen datos sobre clientes – por no hablar de series de datos. Respecto a datos relacionados con el riesgo, especialmente datos meteorológicos, la situación a menudo no es nada mejor.

Debido a los escasos datos disponibles en los países en vías de desarrollo la situación para aseguradores de microseguro es especialmente difícil. Para desarrollar índices para seguros meteorológicos, los datos deben abarcar un período de 30 años. Es prácticamente imposible desarrollar productos y los desencadenantes correspondientes con series de tiempo de 10 años o menos. Se pueden extrapolar los datos que faltan mediante procesos informáticos que crean aproximaciones realistas a condiciones reales (Corbett, 2006), aunque el uso de los datos calculados es difícil, sobre todo en los microseguros.

En un mundo en el que hay que crear todavía una conciencia de la importancia de los seguros, las cifras y fórmulas abstractas pueden llevar a la incertidumbre. Por ejemplo, la cobertura de sequía en Etiopía *(véase el Recuadro 4.3)* utilizaba datos de sólo 26 estaciones meteorológicas. No es fácil convencer a un campesino de que el valor al que se refiere la cobertura agrícola se midió a cierta distancia de su terreno. Una solución es aumentar el número de estaciones meteorológicas para que estén más cerca para más agricultores pero ello, sin duda, supone ciertos costes y no hay consenso en cuanto a las distancias óptimas entre las estaciones.

Otra solución pueden ser métodos de análisis a distancia, que se espera diseñen índices relevantes en el futuro con más facilidad. Avances como imágenes de satélite de toda una zona y fotografías aéreas de una región pueden mejorar el rendimiento de los cultivos y las estimaciones de las pérdidas, dando un impulso a los microseguros agrícolas. Queda por ver si será más fácil o más difícil explicar este tipo de enfoque a los agricultores.

4.3.2 Soluciones basadas en índices

Para gestionar grandes volúmenes de siniestros de menor cuantía, las coberturas con índices son generalmente más fáciles de manejar que las basadas en indemnizaciones. Estas últimas requieren mucho tiempo y son caras ya que hay que evaluar y liquidar los siniestros de forma individual. En el caso de las coberturas indexadas, se fija un desencadenante específico (por ejemplo, temperatura, precipitación o velocidad de viento). Si se alcanza este umbral se realiza el pago lo que agiliza el proceso de la liquidación de siniestros. Los pagos se realizan independientemente de cuán grande es la pérdida real para el asegurado.

Sin embargo, también puede haber efectos negativos. Dado que puede darse el caso que no se cubra la pérdida en su totalidad, como lo haría un seguro de indemnización, esto da lugar a un riesgo básico para el asegurado y un riesgo de reputación para el asegurador. Por ejemplo, en una cobertura de índice para la agricultura, el riesgo de base puede producirse de dos maneras:

- **Se desencadena el índice, pero no se produce ningún siniestro:** Un agricultor pequeño tiene pocas pérdidas de cosecha en una temporada de cosecha, pero recibe un pago porque se alcanzó un valor de índice acordado (punto desencadenante). Entonces el agricultor se alegra de recibir un pago. Para clientes con poca experiencia y que no están muy seguros, sin embargo, esto puede ser contraproducente respecto a la aceptación de un nuevo producto de seguro.
- **No se desencadena el índice, pero se producen siniestros:** Es difícil conseguir que los asegurados entiendan de que no recibirán un pago a pesar de incurrir en pérdidas reales. El sistema de seguro puede quedar desacreditado por años, especialmente si se ve afectado un gran número de personas.

Durante la primera década del siglo 21 hubo docenas de pruebas piloto con seguros indexados –la mayoría de ellos altamente subsidiados con dinero de los donantes– pero pocos han sobrevivido más de dos años. Está claro que el riesgo básico no es el único problema. Como se mencionó anteriormente, la asequibilidad y la asimilación son los principales desafíos, y si los esquemas no alcanzan un determinado volumen, entonces no son viables. El movimiento de pasar del nivel

micro al meso y macro para las coberturas meteorológicas y de desastres naturales refleja, en parte, esta experiencia.

El diseño del producto es otro desafío. En general, es aconsejable establecer un simple valor desencadenante que esté bien aceptado. Ya en la antigüedad, Egipto vinculó los impuestos agrícolas al nivel del río en la isla de Elefantina: cuanto más elevado era el nivel del agua, mejores los rendimientos y mayores los impuestos. Un "acuerdo de desencadenante" similar y fácilmente comprensible sobre una medición del umbral ampliamente conocida podría ayudar a aumentar la aceptación de la cobertura. Sin embargo, aunque los desencadenantes sencillos son más fáciles de entender, pueden aumentar el riesgo básico, porque no cubren los riesgos reales que afrontan los agricultores. Las fórmulas sobre desencadenantes complicadas son tal vez más exactas, pero si sólo pueden entenderlas los expertos, entonces podrían ser contraproducentes. El recuadro 20.2 muestra un enfoque alternativo que es probablemente fácil de entender para los agricultores y responde mejor a sus necesidades

Sin embargo, la correlación entre las variables meteorológicas en los desencadenantes y los daños reales puede ser pequeña, incluso con diseños de productos sofisticados. Conforme a los expertos de Munich Re, la correlación se estima en un 60 por ciento, como máximo. Por consiguiente, un enfoque híbrido, como el que utiliza MiCRO en Haití, que combina métodos paramétricos y basados en indemnización, representa una alternativa interesante. Del mismo modo, el Gobierno de la India está probando un esquema de seguro agrícola nacional modificado (MNAIS) que combina índices climáticos y de rendimiento por área *(véase el Recuadro 20.4).*

Debido al cambio climático, es importante reconocer que el modelo de datos probablemente cambie con el tiempo. En consecuencia, será necesario volver a evaluar regularmente el diseño del producto, incluyendo los riesgos cubiertos, los plazos y los factores desencadenantes para que la cobertura siga siendo adecuada.

4.3.3 Gestión de siniestros

Es virtualmente imposible transmitir el principio del seguro si no se producen pérdidas durante años y años. Por lo tanto, tiene sentido diseñar el producto de tal forma que los siniestros sean liquidados de vez en cuando. Con una mayor frecuencia de pérdidas se tiene un impacto inmediato sobre los precios, pero es importante para la aceptación del concepto de seguros, en particular durante la fase de lanzamiento. Por consiguiente, es conveniente considerar diferentes conjuntos de factores desencadenantes y pagos definidos para grandes catástrofes, así como pequeños pagos para los eventos más ocasionales. Si se puede administrar de manera rentable, los pequeños pagos frecuentes pueden fomentar la confianza en el sistema de seguro y aumentar la demanda de cobertura para los eventos extremos.

En el caso de los desastres naturales, la liquidación de siniestros es particularmente compleja. Por un lado, se tienen que gestionar y liquidar numerosos siniestros y, por otro lado, los afectados suelen estar en un estado de shock ya que, además de los bienes materiales, muchas veces han perdido o quedaron dañados elementos de valor sentimental. En el caso de las lesiones personales, el estrés emocional es particularmente alto. La falta de entendimiento y un enfoque torpe pueden resultar muy fácilmente en frustración para ambos lados. Sin embargo, los productos basados en índices que no requieren un ajuste de siniestros extensivo pueden ser una solución efectiva en cuanto a los costes para acelerar el proceso de la liquidación de siniestros. La tramitación de siniestros puede ser más rápida si el esquema utiliza estaciones meteorológicas automáticas que transmiten regular y directamente informaciones sobre precipitaciones y otros datos meteorológicos a la aseguradora *(ver Sección 24.4).*

Una gestión de siniestros eficaz requiere una preparación considerable antes de que se produzca el acontecimiento asegurado. A través de una planificación de escenarios, se debe prestar atención a la pérdida potencial –el importe probable de la pérdida y el posible número de asegurados afectados– y es necesario establecer sistemas operativos para hacer frente a eso. Deben mantenerse en reserva fondos de fácil acceso para una rápida liquidación. La clave para el futuro éxito de una cobertura se encuentra en unos requisitos de documentación sobre siniestros sencillos, una tramitación administrativa fácil, canales de toma de decisiones claras y el calendario. Una tramitación de siniestros mal gestionada puede desacreditar a los microseguros durante años y socavar la credibilidad de las aseguradoras.

4.3.4 Educación y desarrollo de capacidades

La educación y la comprensión de los mecanismos en los que se basan los seguros requieren especial atención cuando se trata del mercado de bajos ingresos. Muchas publicaciones se ocupan del problema citado del analfabetismo respecto al tema de los seguros *(véase el Capítulo 14),* y mencionan soluciones que aparecen en los diferentes niveles:

- **Clientes:** proporcionar educación eficaz al cliente, cultivar una cultura de seguros en el mercado de bajos ingresos, satisfacer una demanda no cubierta de nuevos productos
- **Proveedores:** fomentar la capacitación del personal, buscar los modelos de negocio y los canales de distribución adecuados
- **Liquidadores**: eliminar los obstáculos reglamentarios, desarrollar enfoques sistemáticos y completos *(véase el Capítulo 25)*

En el contexto del cambio climático, la cuestión es un poco diferente. ¿Quién necesita conocer el tema y cómo? ¿Cómo se debe tener en cuenta e informar sobre el cambio climático? Los cambios climáticos tienen lugar durante años y décadas. Como resultado, el fenómeno es abstracto, a pesar de que poco a poco se entienda algo mejor (Edenhofer et al., 2010). Se puede suponer que, si bien las personas en las regiones afectadas sí que perciben los cambios del clima, a menudo no hay ninguna asociación con el complejo fenómeno del cambio climático.

En este sentido, se debe informar sobre el cambio climático de manera diversa a diferentes niveles, aumentar la sensibilidad acerca de las estrategias de adaptación a las nuevas condiciones y gestionar eficazmente los riesgos adicionales. Por ejemplo, se puede entrenar al personal en una compañía de seguros para que sea más consciente. También es esencial para dar a conocer historias exitosas y obstáculos. Si no se captan las perspectivas valiosas, habrá que reinventar de nuevo la pólvora una y otra vez. Para los intermediarios, agregadores y clientes, se debe establecer una comunicación a la medida para crear una comprensión de los conceptos relacionados con el tiempo, haciendo referencia a las condiciones climáticas que se han experimentado y los pasos relativos a la mitigación de riesgos que se pueden tomar. Responder a las condiciones locales específicas y afrontar la situación individual del grupo meta hace que sea más fácil introducir conceptos de cobertura.

4.3.5 Sostenibilidad

Soluciones sostenibles son buenas soluciones. Son económicamente estables y mejoran las condiciones de vida de los asegurados durante años. Dado que el sector de los microseguros es joven, es difícil lograr un equilibrio entre los años con pocos y con muchos siniestros. Las siguientes directrices deberían tenerse en cuenta si se quiere realizar el microseguro de forma sostenible en el contexto del cambio climático:

- **Condiciones para varios años:** Las asociaciones de riesgo basadas en la confianza se desarrollan durante mucho tiempo y son uno de los fundamentos para una distribución de riesgos exitosa. Los planes de seguros que se dirigen únicamente a obtener beneficios a corto plazo no funcionan. Por lo tanto, se deben preferir claramente alianzas estables en vez de competir por primas favorables.
- **Distribución geográfica:** Cuanto mayor sea la distribución geográfica de los productos de seguros a través de las fronteras, más fácil será asumir la carga de los riesgos relacionados con el clima. El sistema de seguro solidario funciona mejor cuando se diversifica en un área grande y ésa es también la razón de la importancia del papel del reaseguro.

– **Operaciones eficientes:** Para el seguro agrícola, una relación entre los préstamos y un seguro de los cultivos es esencial para la ampliación y para mantener los costos de transacción dentro de unos límites razonables. Se pueden encontrar otras oportunidades de combinación en la cadena del suministro agrícola como, p.ej., la vinculación de la cobertura de semillas y fertilizantes. Para coberturas no-agrícolas, los vínculos a préstamos también pueden ser un buen punto de partida, como en los ejemplos CLIMBS y MiCRO, pero es importante explorar también otras formas de agregación de riesgos para las intervenciones de nivel intermedio.
– **El diálogo y la comprensión:** Los actores –políticos, científicos, empresarios, asegurados– generalmente tienen una comprensión diferente del idioma utilizado. Para evitar malentendidos, son necesarios claros acuerdos sobre los objetivos y los plazos y un flujo del diálogo sin obstáculos. Sólo si todos los implicados son conscientes de los beneficios de la cooperación se puede esperar un compromiso fuerte.

4.4 El papel de los actores clave

Para que el seguro pueda jugar un papel clave en ayudar a los hogares de bajos ingresos para hacer frente a las repercusiones del cambio climático, se requiere un esfuerzo concertado y coordinado de numerosas personas involucradas. En este apartado se describen brevemente las funciones importantes que tienen los gobiernos y los donantes, aseguradores y diseñadores de productos, reaseguradoras y asociaciones público-privadas.

4.4.1 Gobiernos y donantes

Como se discutió en el Capítulo 25, la transformación de esquemas no regulados en aseguradoras reguladas es crucial para el microseguro de catástrofes, ya que les permite acceder al reaseguro. Sin embargo, los gobiernos tienen un papel aún más importante: tienen que hacer frente al cambio climático y sus repercusiones. En este contexto, el microseguro es sólo una pieza de un rompecabezas más amplio.

Las coberturas para catástrofes relacionadas con el clima deben ser consideradas cuando se diseñan regulaciones de microseguros y estrategias nacionales. Al hacerlo, es importante recordar que las compañías de seguros sólo pagan las reclamaciones después de que haya ocurrido un evento. Sin embargo, las medidas preventivas son un componente clave de la gestión de riesgos y, por lo tanto, los gobiernos también deberían elaborar y aplicar estrategias nacionales para la reducción de desastres.

Como tal, las demandas pertinentes frente a los gobiernos no se diferencian de aquéllas que se formulan frente a la industria aseguradora convencional (Mills, 2008):

- Tomar la iniciativa en un esfuerzo nacional coordinado para mejorar la resistencia a los desastres a través de la adopción, aplicación y ejecución de los códigos de construcción mejorados.
- Exigir que los aseguradores recopilen y analicen datos más amplios sobre pérdidas relacionadas con el tiempo y sus implicaciones para el sector de los seguros.
- Elevar los estándares prácticos para la modelación de catástrofes y crear una modelación que no sea propiedad de una compañía así como un organismo para la recopilación de datos.
- Apoyar la fijación de precios basados en el riesgo a través de una mejor comprensión de los riesgos relacionados con el clima en combinación con la responsabilidad de los aseguradores para temas de acceso y de asequibilidad.
- Promover el desarrollo de productos de seguros, amigables con el clima e incentivos de primas a través de leyes modelo y/o regulaciones.
- Promover alianzas con los tomadores del seguro para la mitigación de pérdidas
- Proteger las reservas y excedentes, basado en la comprensión del cambio climático, y fomentar inversiones prudentes en aquellas tecnologías e industrias que van a ser partes de la solución.

Uno de los principales obstáculos para la disponibilidad de los productos de microseguros que cubren riesgos relacionados con el clima son los altos costos de la puesta en marcha. Durante un período de tiempo con primas bajas o ninguna prima, se necesitan recursos para financiar un conjunto de tareas incluyendo la investigación de la demanda y de los riesgos, la identificación y selección de socios fiables para acceder al mercado de bajos ingresos, la recolección de datos y el monitoreo de la gestión. El apoyo financiero y subvenciones aumentarán la accesibilidad, la difusión y sostenibilidad de los sistemas de microseguro.

Es posible que seguros competitivos supondrán una carga demasiado pesada para aquéllos que viven y trabajan en una situación de vulnerabilidad, sin posibilidad de reducir su exposición al riesgo a un precio razonable. La subvención directa de las primas, sin embargo, reduce el incentivo para los asegurados a tomar medidas adecuadas para reducir sus riesgos. Incentivos para reducir el riesgo pueden causar conflictos respecto a la equidad o la asequibilidad (Picard, 2008). Mientras que algunos, instintivamente, se dirigen a los donantes para conseguir este tipo de subvenciones, las experiencias en la India (Capítulo 20) ilustran cómo los gobiernos pueden utilizar estas intervenciones para estimular el desarrollo del mercado.

En su caso, los gobiernos también deberían fomentar la creación de asociaciones de microseguros o apoyar las ya existentes. La financiación de estas estructuras de apoyo supone un desafío, ya que muchos de ellos no recaudan lo suficiente de sus miembros para cubrir sus costes. Ésta puede ser un área en la que los subsidios también podrían ser efectivos. Los subsidios también pueden ser necesarios para la

investigación y el desarrollo, como la creación de nuevos productos, la mejora de las prestaciones o experimentar con la tecnología.

Si miramos la función de los gobiernos y los donantes desde una perspectiva más amplia, tienen un papel que desempeñar en la formulación de las pólizas, la participación y la creación de un consenso para crear un entorno propicio y fortalecer las instituciones (Trommershäuser et al., 2006). Sin embargo, el desarrollo de productos y la fijación de precios, la venta, la administración y la gestión de siniestros siguen siendo los puntos fuertes de la industria de seguros. Todas las demás tareas podrían financiarse o incluso administrarse por los gobiernos y los donantes. Al hacer esto, subvencionarían indirectamente un esquema de seguro sin afectar la fijación de los precios en función del riesgo lo que puede considerarse como "subsidios inteligentes".

Subsidios inteligentes reducen los costes de la compañía de seguros, así como el tiempo para lograr beneficios. Otro tipo de apoyo financiero con un objetivo concreto, como las subvenciones condicionadas para agregadores (por ejemplo, las comunidades, las instituciones de microfinanzas o las cooperativas) que participan en programas para la mitigación del riesgo, puede complementar la participación de gobiernos y donantes gubernamentales (Asociación Ginebra, 2009).[3] La combinación de estos esfuerzos es probable que aumente el alcance y garantice un alto nivel de participación, lo que mejora la viabilidad y las repercusiones que tienen los sistemas de microseguro.

4.4.2 Los aseguradores, desarrolladores de productos

Las repercusiones regionales del cambio climático varían considerablemente. En algunos lugares, se producen con más frecuencia lluvias torrenciales e inundaciones repentinas. En otros, las olas de calor o sequías son cada vez más intensas y de mayor duración. Los servicios meteorológicos nacionales y los organismos internacionales como la Organización Meteorológica Mundial pueden, por lo general, proporcionar información sobre los cambios climáticos en regiones específicas del mundo. Los desarrolladores de productos y las compañías de seguros deben tener una idea exacta de cómo los cambios pueden afectar los fenómenos meteorológicos y las condiciones atmosféricas.

En este sentido, se debería recopilar y analizar, en cooperación con expertos del tiempo o del clima, el mayor número posible de acontecimientos históricos para evaluar los riesgos. A raíz del calentamiento global, se esperan cargas de

[3] Además de proveer seguro, los aseguradores pueden ofrecer otros servicios relacionados. Por ejemplo, los expertos en agricultura que trabajan en compañías de seguro y reaseguro posiblemente entiendan mejor el alcance total que un agricultor individual, y pueden proponer un cambio de los cultivos para reducir los riesgos y conseguir así que el seguro sea más asequible.

riesgo. Al igual que con los datos climáticos, los períodos analizados no deben ser inferiores a 10 años; los análisis que comprenden 30 años tienen una base científica sólida. También deben tenerse en cuenta en la planificación los efectos positivos, tales como la probabilidad de menos heladas, aunque en el desarrollo del producto son los efectos negativos los que probablemente predominen.

4.4.3 Los reaseguradores

El papel de reaseguro para la cobertura de riesgos catastróficos en los microseguros no difiere mucho del mercado de seguro regular. Es prudente que los microaseguradores utilicen el reaseguro catastrófico si es asequible y disponible. El reaseguro reduce la volatilidad y puede ser un requisito previo para la rentabilidad, en particular en el contexto del cambio climático (Fundación Munich Re, 2011). Por ejemplo:

- El reaseguro estabiliza la situación financiera del asegurador, especialmente cuando ocurren acontecimientos poco habituales como desastres naturales.
- Cumple con los requisitos de capital regulatorio o incluso juega un papel como fuente de capital para empresas con recursos limitados.
- Proporciona servicios profesionales adicionales a los aseguradores, tales como asistencia técnica, capacitación o apoyo en la fase de desarrollo del producto.

Cuando se trata de los microseguros y los desastres naturales, el último de estos tres puntos ha cobrado cada vez más importancia ya que los reaseguradores tienen buen acceso a datos y conocimientos, algo fundamental para la evaluación adecuada de los riesgos y la fijación de los precios.

Los reaseguradores han sido reacios a proporcionar reaseguro para los sistemas de microseguro, pero esta actitud está cambiando como lo demuestran, por ejemplo, los últimos productos de Swiss Re. Los reaseguradores se limitan a hacer negocios sólo con aseguradores con licencia, por lo que se puede mejorar su participación mediante regulaciones que formalicen esquemas informales, tal como se hace en las Filipinas *(véase el Recuadro 25.5).* Sin embargo, el tamaño pequeño de muchos esquemas tiene como consecuencia que el reaseguro sea relativamente caro. Redes u otros agregadores, como la Federación Cooperativa Internacional y Mutual de Seguros (ICMIF) en el caso de las mutuas o CLIMBS para las cooperativas filipinas *(véase el Recuadro 4.4)*, pueden facilitar un mayor acceso al reaseguro.

4.4.4 El enfoque hacia asociaciones público-privadas (APP)

A pesar de las diferentes funciones de estos grupos de interés, también es importante tener en cuenta cómo pueden cooperar. Por ejemplo, un sistema de seguro de cosechas puede ser una oportunidad única para poner en común las fuerzas y talentos de los distintos grupos de interés, incluidos los gobiernos y las organizaciones internacionales, los agricultores y las organizaciones de los agricultores, la industria de (rea)seguros, el sector bancario –inclusive instituciones de microfinanciación– y proveedores agrícolas. La acción coordinada es un requisito previo para aumentar la penetración en el mercado y ofrecer soluciones de seguro para los pequeños agricultores. Los crecientes desafíos que afronta la agricultura pueden ser abordados con la ayuda de las APP *(véase el Recuadro 4.8).* Es de vital importancia que las funciones de los grupos participantes –el Estado, el sector agrícola y la industria de seguros– estén claramente definidas, por ejemplo:

- **El Estado:** Estipular un marco legal, definir los seguros agrícolas como parte de la política agrícola nacional y, posiblemente, cofinanciar las primas. En los países en vías de desarrollo en los que las instituciones del Estado, a veces, no cuentan con recursos suficientes, algunas tareas deberían ser asumidas por organizaciones internacionales.
- **Los agricultores:** Financiar parte de la transferencia de riesgos a través de las primas de seguros, retener parte del riesgo en forma de deducibles o con productos indexados como riesgo básico y aplicar métodos de producción específicos del lugar y sostenibles para reducir a un mínimo los riesgos de producción.
- **Seguros/reaseguros:** Asumir el papel de portador de riesgos, gestionar las pólizas de seguro, desarrollar carteras y productos y liquidar las pérdidas. La mejor práctica para las compañías de seguros es trabajar juntos en consorcios de seguros, combinando y desarrollando conocimientos especializados de los seguros agropecuarios en una empresa de gestión.

A pesar de que existe en más de 100 países, el seguro agrícola todavía está limitado en la mayoría de las economías en vías de desarrollo, y la mayoría de los pequeños agricultores actualmente tienen que soportar ellos mismos los riesgos climáticos. A través de asociaciones público-privadas es posible aprovechar las ventajas de las diversas partes interesadas para mejorar el acceso (véase Herbold, 2010 y 2011).

Recuadro 4.8

SystemAgro, enfoque APP en Turquía

Factores duros 2009
Suma asegurada: €1.416.500.000 (US$2.098.360.000)
Volumen de primas: €58.773.000 (US$85.251.000)
Número de pólizas: total 306.770; seguro de cosecha 285.243
Área asegurada: en total 559.509 hectáreas, por término medio dos hectáreas/póliza
Ganado asegurado: 112.202 cabezas

Contexto
SystemAgro, desarrollado por Munich Re, es una asociación público-privada (APP) entre el Estado, los agricultores y la industria de seguros.

Organización
– El Gobierno ofrece subsidios por valor del 50 por ciento y co-financiamiento para pérdidas por catástrofes.
– Pool de seguros: Creado por 22 compañías de seguros.
– Dirección del pool: Actúa como comité directivo integrado por siete miembros (Ministerio de Agricultura, Ministerio de Hacienda, Asociación de Seguros, Unión de Agricultores.)
– Sociedad de gestión Tarsim: responsable de realizar transacciones de seguros.
– Sistema operativo desde 2006.

Retos
Penetración de mercado más elevada
Desarrollo de productos:
– Cosechas – complementan los productos de seguros directos (riesgos asegurados: granizo, heladas, tormenta, inundaciones) con productos de garantía de rendimiento (riesgos asegurados: todos los peligros climáticos) para cultivos herbáceos.
– Ganadería – darles más atractivo a los productos de seguros para rebaños en comparación con pólizas para animales individuales.

Reducir los costos de transacción

Lecciones preliminares aprendidas
1. Una acción concertada de este tipo es una condición previa para el suministro de soluciones de seguro a los sectores insuficientemente atendidos.
2. Crear un vínculo entre los créditos de producción y los seguros de cosechas es esencial para el aumento de escala y para mantener los costos de transacción dentro de unos límites razonables.

Fuente: Herbold, 2010 and 2011; www.munichre.com/systemagro.

4.5 Conclusión

Para adaptarse a las condiciones cambiantes del clima y hacer frente a los desastres resultantes, la comunidad internacional se ha comprometido a crear fondos sustanciales para financiar las medidas de adaptación. El dinero "rápido" de 10.000 millones de US-dólares al año aprobados en 2009 ha de incrementarse a 100.000 millones de US-dólares al año en 2020. Los primeros fondos de estos recursos han sido asignados por los ministerios competentes de 2010 (Wiedmaier-Pfister et al., 2009). En este capítulo se han identificado una serie de áreas en las que tales fondos podrían ser utilizados o invertidos para mejorar la eficacia de los microseguros en el contexto del cambio climático, incluida una mejor infraestructura de tiempo, asistencia técnica para mejorar el diseño del producto, la sensibilización sobre el papel de los seguros en la gestión de los riesgos del cambio climático y los subsidios que permiten crear esquemas para empezar y crecer rápidamente.

Todos los esquemas de microseguros, con independencia de cuáles son los riesgos que cubren, tienen que evaluar cómo su experiencia siniestral podría cambiar en el futuro debido a las repercusiones del cambio climático. Con la asistencia técnica de expertos en materia del cambio climático los sistemas de seguro agrícola, de Vida o de Salud pueden entender cómo sus perfiles de riesgo evolucionarán con el tiempo, y qué pasos se pueden tomar para gestionar esos riesgos, incluyendo el acceso al reaseguro.

Los planes de seguros que han tratado de hacer frente a los riesgos meteorológicos y de catástrofes a nivel de los microseguros no han logrado alcanzar un determinado tamaño sin subsidios del gobierno. Ciertamente los subsidios de primas y subvenciones inteligentes para la investigación, el desarrollo de productos y la educación del consumidor serían una forma adecuada de utilizar estos fondos para mejorar la eficacia de los seguros climáticos basados en índices. Las inversiones adicionales podrían apoyar los esfuerzos innovadores para superar los retos clave, como la teledetección y la experimentación con enfoques híbridos para reducir el riesgo básico, así como el diseño de desencadenantes eficaces y, a la vez, comprensibles.

Del mismo modo, más experimentos e intervenciones a nivel meso y macro garantizan la exploración de enfoques alternativos para reducir la vulnerabilidad de la gente pobre a los riesgos asociados con el cambio climático. Aunque no se trate específicamente de microseguros, intervenciones a nivel meso o macro pueden ser una medida más eficaz de proteger a los pobres frente a los desastres naturales. Los fondos también deben utilizarse para aumentar la conciencia de las partes interesadas sobre el papel que podrían desempeñar para mejorar la eficacia de los seguros como una herramienta para la adaptación al cambio climático, incluida la creación de asociaciones público-privadas.

A nivel operativo, el seguro de riesgos climáticos es una tarea difícil pero importante de hacer para los microaseguradores. La asistencia técnica podría ayudar a estas organizaciones a superar los retos y poner en práctica las directrices descritas en este capítulo, incluyendo:

- Comprometer a los tomadores de seguro a que implementen actividades de prevención de riesgos adecuadas.
- Adquirir una sólida base de datos y verificar cuidadosamente las experiencias obtenidas.
- Desarrollar productos que satisfagan las necesidades de las personas en situación de riesgo, teniendo en cuenta su capacidad y voluntad de pago y la infraestructura de pago disponible para ellos.
- Considerar el potencial siniestral, incluyendo los acontecimientos frecuentes y poco frecuentes, para aumentar la probabilidad de que los asegurados puedan beneficiarse del seguro.
- Establecer una operación de seguros eficiente, con especial énfasis en la gestión de siniestros y la comunicación.
- Ajustar periódicamente el diseño de productos basados en el cambio de las condiciones climáticas y las repercusiones que tienen en las poblaciones de bajos ingresos.

El cambio climático sin duda hará que los desafíos vayan a ser mayores y no menores. A través de un cuidadoso análisis de las lecciones y experiencias obtenidas, la participación de múltiples partes interesadas y el uso cuidadoso de las subvenciones, será posible reducir la vulnerabilidad de los pobres a los desastres climáticos y el calentamiento global.

II Seguro de Salud

5 Innovaciones y barreras en el microseguro de Salud

Sheila Leatherman, Lisa Jones Christensen y Jeanna Holtz

Este capítulo es una adaptación de Microinsurance Paper N° 6, publicado por la Microinsurance Innovation Facility de OIT (2010). Los autores desean expresar un agradecimiento especial a Tilman Ehrbeck quien, en su calidad de socio de McKinsey and Company, dirigió el trabajo de revisión anterior sobre los microseguros de Salud para el Fondo y cuyas informaciones ayudaron a dar forma al contenido de este capítulo. Los autores se beneficiaron de las contribuciones de más de 30 expertos a entrevistas y reuniones, y están agradecidos por los comentarios útiles de Margaret Cornelius (Fundación Gates), Denis Garand (DGA), Ajay Mahal (Harvard), John Pott (antes AKAM) y Evelyn Stark (Fundación Gates), que revisaron un borrador anterior de este capítulo. Por último, dan las gracias a David Ernsthausen por su ayuda en seleccionar los manuscritos para su revisión, y por el apoyo prestado en las investigaciones llevadas a cabo por la Business School Kenan-Flagler y la Gillings School of Global Public Health de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.

El microseguro de salud (MSS) ofrece una manera prometedora de reducir los riesgos de enfermedades y los problemas de salud a los que las personas más pobres del mundo se ven expuestas de forma desproporcionada. En los países en vías de desarrollo, se menciona con más frecuencia las enfermedades como causa principal de la pobreza que la pérdida del puesto de trabajo (Dodd et al, 2002;. Asfaw, 2003) y muchas personas con bajos ingresos no pueden pagar el tratamiento médico. Los riesgos para la salud representan una amenaza peligrosa para la vida y el sustento de los pobres, y la seguridad de la salud sigue siendo esencial para lograr muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Poco se sabe sobre el impacto de MSS en la salud y el bienestar de los hogares, aunque recientemente han surgido algunos indicadores positivos respecto al valor de MSS. La investigación analizada en este capítulo muestra que el acceso a MSS reduce los gastos de salud que hay que pagar del propio bolsillo, sobre todo si ocurre un trastorno con repercusiones catastróficas para la salud, y mejora el acceso a una atención sanitaria de calidad para los asegurados.

El MSS es una de las muchas posibles opciones de financiar los servicios sanitarios para los pobres. Otras opciones van desde la asunción de los costes del propio bolsillo o la toma de créditos para el acceso parcial o universal a los servicios sanitarios con subvenciones del gobierno. Las investigaciones revelan que el 26 por ciento de los hogares con ingresos bajos y medianos recurre a la venta de activos y a préstamos para cubrir los gastos de atención médica (Kruk et al., 2009), lo que da a entender que hay una enorme laguna en el financiación de la sanidad pública. Aunque la atención de la salud se percibe cada vez más como un derecho humano y un bien público, en la práctica son las limitaciones de recursos las que ralentizan el despliegue y la ampliación de la financiación de la sanidad pública. En estos casos, MSS puede ser una alternativa. Las estrategias híbridas que combinan el MSS privado impulsado por el sector privado con los puntos fuertes del sector público, también prometen tirar las barreras de la financiación sanitaria para los pobres.

Los programas MSS del sector privado apuntan a llenar este vacío, pero el diseño de productos de salud valiosos y sostenibles es mucho más complejo que el de otros tipos de microseguros. La mayoría de los productos de salud cubre los riesgos catastróficos, que ocurren con poca frecuencia, son a menudo imprevisibles y llevan a la necesidad de servicios de altos costes. Estas catástrofes son más fáciles de asegurar que las necesidades de atención médica rutinarias, por lo que los aseguradores se han centrado en ellas y a menudo diseñan coberturas que se refieren sólo a los tratamientos en el hospital. Sin embargo, lo que los programas de MSS y estas pólizas de hospitalización pretenden es que las personas sean miembros de forma sostenible, en parte porque los pobres perciben más valor si la cobertura se refiere a servicios de alta frecuencia, predecibles y, a menudo, de bajos costes.

A pesar de los indicadores positivos y el potencial de MSS, son muchos los retos que limitan el crecimiento y el impacto del sector. En este capítulo, sobre la base de un largo estudio temático que incluye una revisión bibliográfica de 68 documentos cubriendo el período de 1999 a 2010 y entrevistas con 31 expertos representativos, se analizan estos retos y se sugieren posibilidades para avanzar. La siguiente sección revisa la literatura en lo referente a las repercusiones de los microseguros de salud; a continuación se presenta un resumen de la demanda principal y los obstáculos de suministro, así como las innovaciones que pueden hacer avanzar el asunto.

5.1 Evidencia del impacto de los microseguros de salud

Hay mucha literatura que abarca la evaluación de las repercusiones y las oportunidades que crean los MSS. Si bien el Capítulo 3 proporciona una visión más completa de las repercusiones que tienen los microseguros, esta sección resume la evidencia concreta del impacto de los MSS. Este impacto se puede dividir en dos categorías principales: 1) las finanzas de los hogares y 2) el acceso y la calidad de la atención sanitaria. Por desgracia, la literatura todavía carece de información sobre los resultados de salud a corto o largo plazo. Al final de esta sección se discute sobre por qué este problema abruma a los seguros y otros campos relacionados.

5.1.1 Impacto sobre la vulnerabilidad financiera de los hogares

En general, una parte importante de las pruebas publicadas indica que los clientes de los programas de MSS gozan de una mayor protección financiera frente a las crisis de salud que aquellas personas que no son clientes. Si bien el alcance de los efectos varía, los programas ayudan a reducir de forma constante los gastos de salud individuales y de las familias que hay que pagar del propio bolsillo (Galarraga et al, 2008;. King et al, 2009;. Wagstaff, 2007). En particular, los programas

de MSS protegen a los pobres de los eventos catastróficos en salud (Asfaw y Jütting, 2007), aunque esto no es cierto en todos los casos (Werner, 2009). Los resultados obtenidos en Vietnam indican que la participación en programas de MSS reduce los gastos sanitarios anuales a pagar del propio bolsillo y/o mejora el acceso a la atención sanitaria (Waddington, 2009). También en Indonesia, Nepal, Senegal, Uganda, la República Unida de Tanzania, y en algunas partes de la India se obtuvieron resultados positivos con este tipo de seguro (Asfaw y Jütting, 2007; Dror et al, 2009;. Gertler et al, 2009;. Msuya et al., 2004; Wagstaff y Pradhan, 2005).

5.1.2 Acceso y calidad de la atención sanitaria

A pesar de este impacto general positivo sobre las finanzas de un hogar, existen resultados contradictorios que demuestran que no todas las capas de la población se benefician de los MSS. Uno de los problemas principales es que no se llega a los extremadamente pobres (incluidos los que viven por debajo del umbral de la pobreza o las personas que viven con menos de $ 2 al día, en términos de paridad de poder). En lo esencial, se trata de que los más pobres no pueden darse el lujo de pagar las primas, incluso en lugares donde supuestamente estuviera disponible un cierto nivel de atención sanitaria (Asfaw y Jütting de 2007 ; Derriennic et al, 2005;. Msuya et al, 2004;. Jütting, 2004; Wagstaff y Pradhan , 2005). Estos resultados fueron consistentes en todos los programas y países evaluados, incluyendo programas en la India, Senegal, Uganda, la República Unida de Tanzanía y Vietnam.

Una observación positiva es que, mientras que los más pobres no acceden a los servicios sanitarios a través de los programas de microseguros de salud, las investigaciones indican que los pobres (pero relativamente menos pobres) sí que se benefician de un mejor acceso a la atención sanitaria. En particular, muchos estudios revelan que los clientes de los programas de MSS son más propensos a utilizar los servicios hospitalarios que aquellas personas que no son clientes. Un estudio realizado en las zonas rurales de la República Unida de Tanzania reveló que las personas enfermas que estaban afiliadas a MSS fueron un 15 por ciento más propensas a recibir tratamiento médico que las personas en los hogares que no estaban dadas de alta (Msuya et al., 2004).

Otros resultados positivos mostraron que había más probabilidad de que las personas con MSS buscaran tratamiento contra la malaria en un ciclo anterior de la enfermedad, una vez que se dieran cuenta de que estaban enfermas que las personas no aseguradas (Blanchard-Horan, 2007). En cuanto a la búsqueda de servicios sanitarios para otras patologías más generales, el resultado obtenido en el caso de malaria fue el mismo. Por ejemplo, los grupos de enfoque y las entrevistas con los directores de programas en Uganda revelaron que los miembros ya no

posponen la atención médica hasta que estén gravemente enfermos, como lo habían hecho antes de darse de alta en el programa (Derriennic et al., 2005).

En general, las personas con MSS son menos propensas al autodiagnóstico y a tratar las enfermedades ellas mismas. Por ejemplo, la inscripción en programas de Salud en Vietnam aumentó el uso de los medicamentos prescritos por un profesional de la salud, mientras que antes habían utilizado los medicamentos sin receta y/o habían confiado en los farmacéuticos para el diagnóstico (Wagstaff y Pradhan, 2005). El autotratamiento puede causar complicaciones médicas, como la progresión de una enfermedad no tratada o mal diagnosticada, complicaciones debido a medicamentos autoprescritos, o problemas de salud pública en caso de enfermedades infecciosas (Derriennic et al., 2005). Es evidente que retrasos en la obtención de atención médica pueden conducir en muchos casos a una mayor morbilidad y mortalidad (Derriennic et al, 2005;.. Msuya et al, 2004).

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que muchas enfermedades se curan sin necesidad de intervención, por lo que la obtención de un medicamento en una fase temprana no siempre produce el resultado más económico. Por otra parte, a pesar de que un mayor acceso a la atención sanitaria es un indicador general positivo, el diseño de las prestaciones de un programa MSS también puede influir en el uso de los servicios sanitarios por razones que no están relacionadas con la necesidad médica. Por ejemplo, cuando un programa MSS cubre solamente la atención hospitalaria, se incentiva a que los clientes que buscan prestaciones sanitarias y los proveedores de atención sanitaria que buscan ingresos, opten por la hospitalización costosa para un tratamiento que también podría dispensarse adecuadamente de forma ambulatoria. Del mismo modo, los programas donde los pacientes incurren en costes reducidos o no tienen que pagar nada de su propio bolsillo por la atención sanitaria, pueden motivar a que los proveedores de asistencia sanitaria no tengan escrúpulos en ofrecer medicamentos innecesarios e incluso realicen operaciones quirúrgicas innecesarias.

Una pregunta que no ha obtenido mucha atención es si la inscripción en los programas de MSS lleva a un aumento en el comportamiento de los cuidados preventivos, ya sea porque el seguro fomenta o cubre tal comportamiento o porque los miembros exigen tales cambios mutuamente y de sus programas. El asunto es más complicado y no basta con examinar simplemente el impacto de las actividades de atención preventiva, tales como inmunizaciones, sino que incluye otras intervenciones en áreas tales como el agua y el saneamiento ambiental, la higiene, la educación y el estilo de vida.

5.1.3 Salud y bienestar

Los resultados de salud siguen siendo un objetivo difícil de alcanzar cuando se intenta medir el impacto de un sistema sanitario y el valor de MSS. Hay una serie de factores que mitigan la capacidad de medir los resultados de salud. La recopilación de resultados válidos todavía tiene carácter embrionario incluso en los sistemas sanitarios desarrollados en los países ricos. Inevitablemente, casi no existe en los entornos de ingresos bajos. Por otra parte, medir el impacto de los MSS requiere un alto grado de medición de aspectos específicos, porque los resultados de salud están altamente correlacionados con el diseño de las prestaciones y la calidad de los servicios ofrecidos (Dercon et al., 2008). Por ejemplo, un programa podría tener un efecto limitado respecto a la salud porque el producto MSS no está lo suficientemente adaptado a las necesidades locales o porque la calidad de la atención en el hospital o en la clínica está por debajo de la calidad media.

Aunque la investigación sobre este tema es bastante limitada, la capacidad de definir y medir los resultados de salud debe convertirse en rutina por una serie de razones: para ayudar a determinar en qué servicios que marcan la diferencia en el bienestar debe gastarse el dinero para apoyar las evaluaciones formativas de las pólizas y procesos de MSS; para permitir la identificación de las buenas prácticas para una adopción más amplia; y para fomentar la responsabilidad y la transparencia en el diseño del programa y las operaciones.

5.1.4 Potencial de los MSS

La aparición de programas de MSS en todo el mundo hace esperar que los pobres recibirán, como mínimo, un nivel adecuado y fiable de acceso a cuidados sanitarios asequibles. La investigación muestra que el acceso a los MSS reduce los gastos sanitarios a asumir del propio bolsillo, sobre todo para las enfermedades catastróficas, y mejora el acceso a la atención sanitaria de calidad para los asegurados. También es obvio que los microseguros de salud estimulan un comportamiento más atento a la salud, como, por ejemplo, el uso de mosquiteros o el tratamiento de la malaria en un ciclo de la enfermedad anterior. Sin embargo, poco se sabe sobre el impacto de los MSS en la salud y bienestar de los hogares, especialmente en lo que se refiere a las personas más pobres, que suelen estar excluidas de los programas de MSS y que generalmente reciben una atención sanitaria de menor calidad. Todavía hay margen para ampliar las prestaciones para miembros de los MSS. Esto puede aumentar las posibilidades de las personas de bajos ingresos para que accedan a la atención médica necesaria en el momento adecuado, lo que reduce las repercusiones financieras catastróficas y fomenta la productividad económica y el uso eficiente de los recursos.

5.2 La demanda y los problemas de suministro de microseguros de salud

5.2.1 La complejidad de los microseguros de salud

La naturaleza misma de los MSS los diferencia de otras formas de seguro. Los microseguros de salud se refieren más bien a la prestación de servicios en vez de pagar por la compensación de un siniestro. Este hecho hace que sea extremadamente difícil controlar la demanda y garantizar que los servicios prestados sean apropiados. La situación se complica por el hecho de que los servicios de atención médica cubiertos por un seguro se suministran por parte de terceros, el proveedor de los servicios sanitarios, y su motivación puede ser la de maximizar sus ingresos. Esto genera otra distorsión, fomentando el fraude y la fijación de precios irracionales.

Los MSS se complican aún más por la gran demanda de servicios que se requieren para una buena salud. Los estándares de cuidado evolucionan continuamente y son influenciados por factores tales como la tecnología y la infraestructura, una mayor conciencia y una mejor colaboración. Como resultado, la frecuencia y el número de los diferentes tipos de servicio son cada vez mayores (p.ej., la radiología diagnóstica, una vez que estén disponibles los proveedores y los equipos). Al mismo tiempo, los costes de los servicios también están aumentando (p.ej., TC que reemplaza a los rayos X), lo que agrava el reto de ofrecer una atención sanitaria adecuada y asequible. Los hogares de bajos ingresos sufren de forma desproporcionada de enfermedades infecciosas así como de las consecuencias de las malas condiciones de vida, y también ese ven cada vez más afectados por enfermedades crónicas relacionadas con el estilo de vida, como la diabetes y enfermedades del corazón que suelen ser más comunes en las capas de la población de ingresos más elevados.

En medio de estos desafíos, los programas de MSS se diferencian entre sí en muchos aspectos: en el diseño del programa, incluyendo el grado de integración de los proveedores de servicios sanitarios, la distribución y los enfoques de la prestación de servicios respecto a la cobertura o las prestaciones. Esta complejidad existe por una razón: las diferentes configuraciones de los programas abordan diferentes necesidades en el entorno operativo. Las comunidades varían en riqueza relativa, salud y exposición a riesgos para la salud, así como en la proximidad a los proveedores de servicios sanitarios, farmacias y laboratorios. Por ejemplo, algunos programas ofrecen cobertura global (pacientes hospitalizados y con tratamiento ambulatorio), mientras que otros solamente cubren siniestros con carácter catastrófico (hospitalización). Otros factores de diferenciación: un producto puede cubrir condiciones preexistentes, maternidad, atención preventiva o de enfermedades crónicas, así como el importe máximo de beneficios y el grado que se requiere que los miembros compartan los costos.

Otros elementos diferenciadores son los tipos de organizaciones que ofrecen el seguro y las formas de relación de las organizaciones con los clientes. Las instituciones de microfinanzas (IMF) pueden trabajar con los aseguradores para ofrecer productos de MSS, lo que debería ayudar a atraer y/o retener clientes, y puede reducir el porcentaje del impago de préstamos. Las ONG pueden ofrecer productos de MSS para aumentar los servicios y la protección de los miembros de la comunidad. Los aseguradores comerciales pueden dirigirse también al mercado de masa para atraer a nuevos clientes. Los gobiernos realizan programas de protección social a nivel estatal o nacional, y también existen modelos híbridos. La relación entre el programa y sus clientes repercute sobre el alcance y la viabilidad potencial del programa, así como en los tipos de prestaciones y opciones de fijación de precios que tienen prioridad.

5.2.2 Desafíos por parte de la demanda

Al menos el 93 por ciento de la carga mundial de enfermedades recae en el 84 por ciento de las personas pobres del mundo (Preker et al., 2002). Esta estadística revela un gran potencial de demanda de atención médica y de medidas viables para financiar los servicios sanitarios. El hecho de que las opciones de gerencia de riesgos disponibles para los pobres suelen ser muy caras y con una eficacia limitada, refuerza la impresión de que existe una demanda de seguros contenida. Muchos de los pobres han sufrido en su propia piel cómo las necesidades de salud se convierten en catástrofes financieras; con frecuencia se ven obligados a gestionar los costes de la atención médica, tanto de rutina como para casos con carácter catastrófico, a través de préstamos de alto interés, que agotan los ahorros y/o causan la venta no planificada de activos productivos con un descuento. Una encuesta realizada por el Centro de Microseguros revela que los encuestados de África, Asia y América Latina afirmaron que el microseguro de salud es el tipo de cobertura más codiciado (Roth et al, 2007.; Dror, 2007). A pesar de esta demanda, sólo algunos de los productos MSS disponibles atraen y retienen el número deseado de clientes.

Se cree que la razón clave para la baja inscripción y las bajas tasas de renovación es la falta de valor percibido de los productos que cubren sólo la hospitalización, un hecho que menos del cinco por ciento de los clientes sufre en su propia piel. Los hogares de bajos ingresos tienen que hacer frente a otros gastos catastróficos aparte de la hospitalización, por ejemplo, un tratamiento de medicamentos sostenido. Los gastos de rutina para pacientes con tratamiento ambulatorio tienen un mayor impacto sobre la mayoría de las familias pobres que la posibilidad de un tratamiento en el hospital. Además de ofrecer cobertura que, a menudo, se percibe como insuficiente, pocos programas MSS han dedicado los recursos necesarios para "educar" a la población objetivo, que muchas veces carece de la

alfabetización de seguros, sobre el valor potencial y real de los MSS y cómo funciona (*véase el Capítulo 14* para más información sobre la educación del consumidor).

Tal como se describe en el capítulo 7, los ingresos limitados y los altos y crecientes costes de la atención de la salud son graves obstáculos para estimular la demanda de MSS, y muchos programas existentes cuestan más de lo que los hogares más pobres pueden pagar. De hecho, un estudio realizado en Uganda mostró que sólo el 37 por ciento de los hogares asegurados podía pagar las primas de los recursos en efectivo disponibles (Dekker y Wilms, 2009), lo que revela, además, que muchos de los que compran un microseguro de salud piden dinero prestado o vender sus activos para hacerlo. La estacionalidad de los ingresos hace que sea aún más difícil para los clientes pagar las primas con regularidad, lo que agrava los problemas que supone una reducida capacidad de pago.

Como muchos retos de demanda son de carácter general y, por lo tanto, relevantes para todos los tipos de productos de microseguros, aquí se han considerado sólo las barreras de MSS específicas y se analizarán más adelante en la sección 5.3. Una mejor comercialización y educación de los consumidores podrían resolver algunos de los problemas relacionados con la demanda de MSS y, por lo tanto, algunos de los temas tratados en los capítulos 13, 14 y 15 también son relevantes para los microaseguradores de salud.

5.2.3 Desafíos por parte de la oferta

La revisión de la literatura y entrevistas con expertos identificaron cinco temas clave respecto a la oferta de MSS: 1) las limitaciones de las prestaciones en los sistemas sanitarios, 2) el alcance insuficiente de los programas, 3) la fijación de precios y la financiación, 4) las deficiencias de los modelos operativos y 5) la falta de un entorno propicio.

Limitaciones de las prestaciones en los sistemas sanitarios

La capacidad de los sistemas sanitarios afecta fundamentalmente el éxito del programa MSS. Algunas limitaciones en la prestación de la salud incluyen:

- barreras de acceso, por ejemplo, cuando los pacientes no pueden llegar a un centro de salud debido a la distancia, los costos de transporte o la pérdida de salarios;
- la calidad del servicio, por ejemplo, cuando las clínicas no ofrecen los servicios necesarios de forma competente (p.ej., laboratorio y rayos x);
- la dotación de personal, por ejemplo, un número no adecuado de médicos, mala distribución de proveedores o deficiencias en cuanto a conocimientos y capacitación;
- la falta de recursos, en particular la frecuente disponibilidad insuficiente de artículos sanitarios y medicamentos (Preker et al, 2002.);

– normas insuficientes o inexistentes para el seguimiento de los resultados, la certificación o acreditación, por lo que es más difícil medir y garantizar la calidad en los proveedores.

El resultado neto de estas restricciones es una gama muy limitada de opciones donde las personas pueden recibir atención médica. En muchos casos, cuando los programas de MSS no son accesibles o no están disponibles, la alternativa para los pobres es o no recibir atención médica o recibir atención de los proveedores del sector público. Hay casos en que los gobiernos tienen programas con un gran alcance que funcionan bien, pero en muchos lugares la reputación de los servicios públicos indica que carecen de fondos suficientes y de personal. Este dilema actual –donde los programas de MSS patrocinados por el gobierno carecen de fondos suficientes o se encuentran todavía en las primeras etapas de desarrollo, con largos períodos de evolución, y los programas del sector privado carecen de apoyo gubernamental esencial– deja a los pobres sin una solución a corto plazo lo que se refiere a la financiación y el problema de acceso.

Necesidad de un determinado tamaño de los programas

El tamaño y el alcance de un sistema MSS también pueden influir en la calidad de la atención, su precio, la gama de opciones de productos, y su sostenibilidad. Los programas de MSS que limitan el acceso a un pequeño número de centros de salud a menudo no logran ofrecer a sus clientes opciones viables para una atención médica de calidad (McCord, 2007b;. S. Ahmed et al, 2005). Los programas más grandes pueden conseguir precios más favorables de los proveedores de servicios sanitarios (Marek et al., 2005), y contratar más fácilmente a médicos y enfermeras para que participen en la red de proveedores (Marek et al., 2003).

Un estudio de siete programas de MSS en el este de África reveló que cada programa prefirió aumentar en tamaño a través de la inscripción de grupos en lugar de individuos, reduciendo de este modo la selección adversa (McCord y Osinde, 2005). Se puede lograr la inscripción de grupos a través de alianzas con patronos que tienen empleados de bajos ingresos, así como con las IMF o grupos comunitarios (Kiwara, 2007).

Los intentos para que se inscriban grupos de trabajadores del sector informal han tenido más éxito que los intentos para que se inscriban las personas que viven en la misma región (Kiwara, 2007). En 1998, los administradores de UMASIDA en la República Unida de Tanzania evaluaron durante tres años la frecuencia de pago y las pautas de renovación sobre la base de planes de pago individuales y administrados por grupos. Llegaron a la conclusión de que las renovaciones eran mayores cuando las asociaciones pagaban la prima a favor de los miembros y

los miembros ingresaban durante todo el año cada día o cada semana una determinada suma al fondo del grupo (Kiwara, 2007).

Cuestiones relacionadas con la fijación de las primas y la financiación

La fijación de precios inadecuados crea situaciones en las que los programas de MSS no alcanzan a la población objetivo en los números esperados y/o no pueden mantenerse operativos durante algún tiempo. McCord (2007b) indicó que en cuatro de los siete programas MSS revisados, el precio de la cobertura no era correcto. En todos los casos, las primas eran demasiado bajas. De los esquemas revisados, sólo dos programas contaban con asistencia actuarial. Los programas tienen diferentes filosofías sobre todo en materia de precios, porque algunos intentan entender lo que puede pagar el mercado y otros optan por la rentabilidad o la sostenibilidad financiera (Dror, 2008; McCord, 2007b).

Tal como se describe en el capítulo 21, existen varias razones por qué los programas MSS cometen errores en el cálculo de los precios. La fijación de precios no adecuados se debe a no haber utilizado prácticas actuariales sólidas para estimar los costes y haber fijado las primas en base de lo que los clientes pueden pagar en lugar de lo que se requiere para cubrir los costes y generar márgenes mínimos para la expansión y la sostenibilidad. También puede ocurrir que se fijen primas demasiado elevadas cuando las hipótesis se basan en información insuficiente o errónea, en márgenes excesivamente prudentes, o en la expectativa de que se llegue al punto de equilibrio o incluso de obtener beneficios en un período demasiado corto o con demasiado pocos miembros. También debe tenerse en cuenta que una prima sólida desde el punto de vista actuarial puede ser inasequible para los clientes – en este caso o bien hay que reducir las prestaciones que ofrece el producto (lo que permite que también se rebaje la prima), o bien se deben encontrar subsidios.

Otras razones para los errores en el cálculo de los precios son las inversiones insuficientes en los sistemas de apoyo a los planes de seguro. Las investigaciones revelan que el sector privado, patrocinado por el gobierno, y los planes de seguro patrocinados por ONG, posiblemente no dirijan fondos suficientes a los sistemas de gestión o técnicas de costeo adecuadas, en particular en África (Sabri de 2003). Además, es problemática la fijación de los precios para los programas de MSS del sector privado cuando los gobiernos brindan atención médica gratuita (o casi gratuita).

Deficiencias de los modelos operativos

Los factores de riesgo críticos en MSS se parecen a los que existen en los seguros comerciales. Es decir, el comportamiento de los clientes y de los proveedores de atención médica será diferente si existe o no un seguro (riesgo moral); sólo las

personas más enfermas y expuestas a riesgos se comprarán el producto (selección adversa), y habrá una exposición al fraude y una subida de los costes potencial.

La falta de capacidad de gestión y control de los proyectos fue indicada por muchos expertos como obstáculo principal para la ampliación de los regímenes de MSS. Como estas cuestiones son de carácter genérico, no se tratan en este capítulo.

De forma más específica, se identifican las deficiencias en el uso de la tecnología y de reaseguros como retos comunes.

Como se ilustra en el capítulo 24, la tecnología se puede emplear para mitigar el fraude por parte de proveedores de atención sanitaria y de los clientes. También puede ayudar a controlar la calidad de los servicios sanitarios y hacer las operaciones más eficientes. Sin embargo, las investigaciones revelaron que sólo algunos programas de MSS estaban utilizando sistemas de tecnología y de gestión de la información para mejorar la eficiencia, aumentar la calidad de la atención sanitaria y/o reprimir el fraude. De hecho, los estudios exhaustivos de casos de siete programas MSS en África Oriental revelan que sólo dos estaban utilizando sistemas informáticos para aumentar los controles y proporcionar datos de gestión (McCord, 2007b). Derriennic et al. (2005) indican que sólo dos de los 12 programas evaluados de MSS basados en la comunidad en Uganda tenía un sistema de gestión de información general que permitiría decisiones de gestión basadas en pruebas. Sin embargo, gran parte de la literatura no se pronuncia acerca de los elementos de infraestructura, tales como el uso de la tecnología.[1]

El reaseguro apoya tres áreas: la financiación, la estabilización general y la protección contra catástrofes (Dror, 2001). Un contrato de reaseguro obliga al reasegurador a pagar una parte o la totalidad de los costes superiores a un umbral predeterminado, lo que reduce el riesgo de que fracase o se declare en insolvencia el programa MSS. Escenarios dirigidos por Bonnevay et al. (2002) muestran que un programa de MSS se beneficia más cuando paga la prima de reaseguro que manteniendo la misma cantidad de dinero para un margen de seguridad en una cuenta de reserva. Sus resultados son sólidos, independientemente de cómo se configuren los programas de MSS. Los autores ilustran, además, que si bien los años rentables para los programas de MSS no se ve afectados por el reaseguro, la seguridad financiera inherente que proporciona permite que los programas utilicen los excedentes como fondos discrecionales y no como reservas. Un trabajo de simulación realizado por Dror (2001) indica que los contratos de reaseguro pueden estabilizar los programas a partir del primer año. Es importante destacar que el autor también señala que los consorcios de reaseguro pueden necesitar varios años de funcionamiento hasta que operen de forma rentable. Hay que tener en

[1] Para excepciones, vea Derriennic et al, 2005;. Leftley de 2009, McCord, 2007b.

cuenta, sin embargo, que el reaseguro también puede ser problemático, por ejemplo, cuando encubre ineficiencias institucionales.

Entorno favorable y el papel del gobierno

El apoyo del gobierno y el marco regulador para MSS son aspectos diferenciadores fundamentales entre los países y los programas de MSS. En consecuencia, Dror y Jacquier (1999) afirman que, independientemente de qué organización patrocine o inicie los MSS, los programas necesitan el apoyo político, técnico y financiero de los gobiernos. Los gobiernos también pueden permitir la descentralización de la toma de decisiones para fomentar las decisiones y negociaciones a nivel local. Algunas investigaciones sostienen que el papel del gobierno es tan importante y tan variado que destruye la capacidad de sacar conclusiones generales sobre el estado del sector de MSS (Churchill, 2007). En este sentido, uno de los entrevistados hizo hincapié en que hay que analizar cada país y gobierno de manera aislada al evaluar los problemas y las soluciones, y que no se debe dar recomendaciones en base a generalizaciones (Adelhardt, 2009).

Sin duda, el entorno regulatorio puede estimular o limitar el desarrollo y la ampliación de los programas de MSS sostenibles. Además de mejorar el apoyo normativo, los gobiernos pueden contribuir al MSS a través de asociaciones público-privadas (APP), que se describen con más detalle en la siguiente sección. La búsqueda de estas oportunidades de colaboración es un paso importante para superar los numerosos desafíos por parte de la oferta tratados en esta sección.

5.3 Innovaciones y barreras en el microseguro de salud

En esta sección se pasa de los problemas de la investigación y las repercusiones al estudio de las opciones existentes para satisfacer las necesidades de los pobres mediante la mejora de los modelos de negocio de MSS. Surgieron varios temas comunes con respecto a las zonas donde más se necesitan innovaciones en el campo de los MSS:

- la ampliación de las prestaciones para los miembros
- los modelos de organización y APP
- la superación de la baja capacidad de pago
- el uso de la tecnología de información y de las comunicaciones

La inscripción, la venta y la distribución eran otras áreas con una necesidad de innovación, pero como no son específicas de MSS no se han incluido en este capítulo.

5.3.1 Ampliación de las prestaciones para los miembros

Deben extenderse las prestaciones para los miembros más allá de la hospitalización. Los problemas menores de salud son una preocupación acuciante para la mayoría de los hogares de bajos ingresos, y satisfacer esta demanda tiene el potencial de estimular la participación de estos grupos y mejorar los pools de riesgo. Más apoyo para costear los medicamentos, en particular los fármacos necesarios para tratamientos a largo plazo, también conlleva el potencial de aumentar la demanda. La asistencia de los pacientes con tratamiento no hospitalario también debería mejorar los resultados de salud y el comportamiento de búsqueda de atención sanitaria. Chequeos de salud más regulares, diagnósticos tempranos y la atención oportuna de enfermedades menores deberían dar lugar a una reducción de los costes de tratamiento en general, un mejor control de los costes y menos reclamaciones en los productos para tratamientos con hospitalización. Por ejemplo, VimoSEWA, un ramo de seguros de un gran sindicato que ofrece cobertura de Salud, Vida y Daños para más de 200.000 mujeres autónomas en la India, descubrió que un tercio de las reclamaciones por tratamiento de hospitalización se debió a enfermedades que se pueden prevenir como la malaria, gastroenteritis y otras enfermedades transmitidas por el agua. Dejando enfermedades como éstas sin tratar no sólo se agrava la vulnerabilidad de las comunidades pobres, sino que también se socava la viabilidad de los microseguros de salud. Varias organizaciones de la India han abordado el tema del tratamiento ambulatorio de forma creativa, tal como se describe en el Recuadro 5.1.

Recuadro 5.1

Ampliación de las prestaciones para los miembros en la India

Fundado en 2003, a partir de mayo de 2010 el Uplift Health Mutual Fund atiende a más de 110.000 miembros en los barrios bajos urbanos y peri-urbanos de Pune, Mumbai y la región rural de Marathwada. Apoyado por el personal y los sistemas de Uplift, los propios miembros administran el sistema a través de reuniones regulares de liquidación de siniestros. Este sistema mutualista, junto con fuertes alianzas con diversos proveedores de servicios sanitarios, permite que el programa mantenga un amplio paquete de prestaciones que incluyen servicios quirúrgicos para pacientes hospitalizados, algunos servicios ambulatorios y todas las consultas de atención primaria por un precio muy competitivo (INR 400 o US $ 9 por año para una familia de cuatro miembros con prestaciones limitadas a INR 15.000 o US $ 333 dólares). Uplift también organiza campamentos de salud mensuales y opera una línea directa de 24 horas atendida por médicos cualificados que ayudan en la navegación por el complejo sistema sanitario (Dimovska et al, 2009;. Ruchismita y Virani, 2009). El programa aún no es plenamente soste

nible, pero la reciente tasa de crecimiento, el tamaño conseguido hasta la fecha, los procesos y los sistemas establecidos y la profesionalidad del equipo central distinguen el modelo Uplift de otros programas comunitarios.

Swayam Shikshan Prayog (SSP), una ONG india que promueve oportunidades económicas y sociales para las mujeres de bajos ingresos y sus familias, está poniendo a prueba un modelo híbrido de MSS para superar algunas de las limitaciones de los sistemas basados en la comunidad. El riesgo financiero respecto a las prestaciones de asistencia hospitalaria lo asume una compañía de seguros, junto con un paquete de servicios ambulatorios; es implantado por trabajadores de la comunidad, y se entrega a través de una red de profesionales locales, centros de diagnóstico y unidades de dispensación de medicamentos. Además de la cobertura de hospitalización, los miembros pueden recibir servicios adicionales de salud y acceso a servicios primarios ambulatorios y preventivos así como a medicamentos, con lo que se ahorra entre un 30 a un 40 por ciento respecto a los precios usuales.

Las investigaciones muestran que a medida que los clientes conocen mejor los productos existentes, exigen cada vez más productos personalizados. Debido a las variaciones extremas de las necesidades de los clientes, de los costes de la atención sanitaria, la disponibilidad de servicios y la demanda de los clientes, no hay ningún paquete de prestaciones que pueda optimizar todos los factores y obtener una aceptación universal. Las soluciones específicas para cada contexto, son probablemente las más adecuadas para hacer frente a este problema de la heterogeneidad. Por ejemplo, el programa conocido como CHAT, o "Choosing Healthcare All Together", es una herramienta para la toma de decisiones diseñada para involucrar al público en el establecimiento de prioridades en la asistencia sanitaria. Incluye a los miembros de la comunidad en el proceso de la asignación de prestaciones: tienen que trabajar individualmente y luego en grupos para distribuir un número limitado de clavijas en un tablero. Un punto fuerte de esta herramienta es que los ejercicios no requieren un elevado grado de alfabetización o aritmética para que se pueda participar. El principio del funcionamiento es que los mismos pobres saben decidir muy bien lo que se debe incluir y excluir en su paquete de prestaciones. Además, la creación en común puede crear confianza, aceptación y voluntad de estar asegurado (Dror, 2007; Micro Insurance Academy, 2009).

5.3.2 Modelos de organización y las asociaciones público-privadas

El modelo de organización utilizado para proporcionar MSS juega un papel clave para determinar el impacto del programa, ya que la estructura afecta a los precios, prestaciones e incluso la financiación a largo plazo. Dror (2008), quien analiza la industria de seguros en la India, encontró que los programas de MSS pueden cambiar los modelos con el tiempo. Por ejemplo, las comunidades pueden comenzar comprando un seguro de grupo de aseguradores comerciales, y desplazarse más tarde a los modelos de seguro de salud basados en la comunidad, que ofrecen más flexibilidad y se relacionan mejor con las necesidades de los clientes por productos personalizados. Además, los miembros pueden estar más fácilmente de acuerdo en racionar las prestaciones cuando participan en el proceso de toma de decisiones que cuando tienen que intentar comprender las decisiones de aceptación o rechazo de una compañía distante e impersonal. Esta propuesta apunta a sólo algunas de las posibles conexiones entre el modelo organizativo, el marketing y el diseño del producto.

Por lo general, los programas de base MSS comprenden las comunidades de bajos ingresos, pero no entienden de seguro de salud, mientras que los aseguradores tradicionales no saben cómo llegar a las comunidades o ganarse su confianza. Los aseguradores pueden llenar este vacío mediante la colaboración con los canales de distribución que tienen un contacto más estrecho con las comunidades pobres; los programas de base MSS pueden llenar sus vacíos de capacidad mediante la participación en la formación y la obtención de asistencia técnica. Sea cual sea la solución, la comprensión y satisfacción de las necesidades de los clientes debe seguir teniendo prioridad.

Cuando las intervenciones públicas o del sector privado, por sí solas, no pueden lograr los resultados suficientes, entonces los actores públicos y privados tendrán que unirse formando unidades innovadoras y más sustanciales. Es importante destacar que las investigaciones revelan que el avance en la lucha contra la pobreza y el acceso a servicios sanitarios a menudo requiere de la cooperación y las competencias combinadas de los actores del sector público y privado, con recursos y papeles complementarios (Marek et al, 2005;. Cowley y Ehrbeck, 2007, Lomas, 2009).

Hasta ahora, este capítulo ha destacado las intervenciones y programas en el sector privado que ofrecen directa o indirectamente microseguros de salud así como acceso a la atención médica. Sin embargo, las asociaciones público-privadas (APP) innovadoras tienen el potencial de catalizar una mayor cantidad y calidad de opciones de atención médica para personas individuales y grupos de bajos ingresos. En particular, las APP pueden explotar la creatividad y eficiencia del sector privado, de acuerdo con la capacidad de recaudación de fondos del sector público. El dinero público puede ser necesario para pagar la atención preventiva, para medidas de promoción de la salud o para subvencionar las primas de MSS.

Hay muchas formas para proporcionar el apoyo del gobierno para las asociaciones público-privadas con eficacia. En Ghana y Rwanda, en el marco de la relación de colaboración público-privada, el gobierno ofrece subsidios significativos para pagar las primas. En Laos, el gobierno subsidia directamente la asistencia sanitaria. En Camboya, el gobierno financia fondos de capital y los donantes también contribuyen a estos fondos que se utilizan para subsidiar los programas locales que distribuyen seguros a los pobres.

El sector público, sin embargo, puede ofrecer más que sólo apoyo en el campo de la financiación y la suscripción. Es obvio que hay que desarrollar los microseguros de salud en paralelo con estrategias de salud pública. Por ejemplo, el desarrollo de programas de MSS en países con sistemas sanitarios muy débiles no tiene sentido. Si está bien coordinado, el sector público puede ser capaz de proporcionar acceso a servicios de salud infrautilizados que el sector privado puede utilizar para ampliar el acceso y reducir los costes. Los operadores públicos y del sector privado también pueden cooperar para crear pools de riesgo más grandes y más estables. Tales asociaciones pueden promulgar y aplicar las normas de calidad y acreditación. La garantía de calidad y la necesidad de estándares uniformes de calidad, de los costes del tratamiento, y la acreditación son otros campos en los que el gobierno puede jugar un papel importante.

Por otro lado, la experiencia de gestión del sector privado puede impulsar soluciones para reducir el fraude, gestionar y bajar los costes. En términos generales, el sector privado es, de por sí, más capaz que un gobierno de realizar innovaciones y de responder a las oportunidades del mercado, es decir "estar cerca del cliente". La aplicación de prácticas comerciales establecidas, inclusive la mejora continua de la calidad, una fijación de los precios basada en principios actuariales, la investigación y el desarrollo de productos sólidos, el control de las operaciones y el uso de la tecnología son factores esenciales para el éxito de los programas de MSS.

5.3.3 Superar la baja capacidad de pago y las restricciones de liquidez

Teniendo en cuenta que la accesibilidad es uno de los factores clave que afectan a la demanda de MSS, muchos países apoyan los mecanismos de financiación de la salud, tales como la participación en los costes, intervenciones por parte del gobierno (p.ej., la fijación de las tarifas) y subvenciones, así como la introducción de servicios sanitarios privados con fines de lucro (Kiwara, 2007). A pesar de esta amplia gama de opciones, uno de los mayores desafíos para MSS es identificar y aplicar métodos para la fijación de los precios y formas de pago que se traducen en un producto asequible, mientras que generan ingresos suficientes para sostener las operaciones. Las buenas prácticas empresariales en los MSS se centran en el aumento de la flexibilidad de los pagos, la identificación

de las subvenciones de primas y el acceso "sin efectivo" a los servicios sanitarios, que son cruciales para lograr que los MSS sean accesibles y asequibles para los clientes pobres.

El aumento de la flexibilidad de los pagos de las primas

En la actualidad, la práctica más común para el cobro de la prima es recoger las primas anuales en o alrededor del momento de la inscripción. Sin embargo, algunos programas MSS están probando enfoques alternativos para lograr que los pagos de primas sean más flexibles, tales como pagos de primas en especie y varios arreglos de ahorros vinculados, como se describe en el Recuadro 5.2.

Recuadro 5.2

Hacer los pagos de primas más fáciles

VimoSEWA ofrece a los clientes una cuenta de depósito a plazo fijo especial en la que se paga la prima anual con los intereses devengados por los ahorros. La innovación ofrece a los clientes de bajos ingresos la posibilidad de contribuir a una cuenta de ahorro especial hasta que hayan acumulado un saldo suficiente para pagar la prima (INR 500 o US$11). Los intereses que obtiene VimoSEWA con los ahorros cubren finalmente los costes de la prima del seguro. SEWA también ofrece un préstamo de consumo destinado a financiar una prima de 500 rupias, que permite al cliente devolver el préstamo con regularidad durante el período previsto (Radermacher et al., 2006).

Zurich Bolivia Gruop ha tenido cierto éxito con productos MSS a través de BancoSol, un banco comercial que se centra en el mercado de bajos ingresos. Un factor que contribuye al éxito es que las ventas y las primas están vinculadas a cuentas de ahorro. El producto, que se vende en sucursales bancarias, ofrece cobertura de consulta médica al 100 por cien, de servicios auxiliares y de maternidad al 80 por ciento, y hospitalización y cirugía al 70 por ciento, más un seguro de Vida por US$3,99 al mes. Zurich Bolivia invirtió en sistemas de información de gestión a medida para automatizar el cobro de las primas e integrarlo con funciones bancarias. El cobro de la prima mensual es flexible: si la cuenta de ahorro no tiene fondos suficientes cuando se procesa el pago de la prima previsto, el sistema vuelve a intentar todos los días que se cargue la cuenta hasta que 1) haya fondos suficientes para pagar la prima o 2) hayan transcurrido sesenta días, en cuyo caso se cancela la póliza (Harmeling, 2010b).

Subvencionar las primas

Otra forma importante para poner a disposición capital suficiente es la subvención de las primas para los microseguros de salud. Algunos donantes y gobiernos están experimentando con subsidios temporales para el seguro de salud. El Fondo

de Seguro de Salud, una fundación holandesa con financiación del gobierno de Holanda, ofrece subvenciones de dos años para sus planes de salud en Nigeria para que los pobres puedan beneficiarse de las prestaciones de productos desconocidos. La razón es que los clientes verán el valor de los seguros y seguirán pagando por la cobertura una vez que hayan terminado los subsidios. Los subsidios permanentes también están dirigidos a las clases más pobres de varios países como Georgia y Ghana. Dada la incapacidad de los pobres de pagar por la atención sanitaria, es difícil imaginarse programas MSS valiosos para todos, sin subsidios y otras ayudas del sector público.

Pagos sin efectivo o casi sin dinero en efectivo

Por el lado de los siniestros también hay limitaciones financieras que deben ser superadas. Tal como se indicó en el capítulo 6, otra innovación notable para liberar las restricciones de liquidez son los productos sin dinero en efectivo, que permiten a los pobres acceder a servicios de salud sin tener que pagar por adelantado y luego presentar una reclamación de reembolso.

5.3.4 Uso de las tecnologías de la información y comunicación

La tecnología tiene un enorme potencial para reducir costes y aumentar la eficiencia para todo tipo de productos de microseguros y en toda la cadena de valor, que se describe con más detalle en el capítulo 24. Hay muchas aplicaciones de la tecnología relacionadas con los procesos que deberían ofrecer mejoras en la eficiencia operativa.

En el contexto de los MSS, las innovaciones en la tecnología de telefonía móvil pueden permitir un acceso rentable y adecuado a la atención médica. Por ejemplo, el Proyecto Masiluleke en Sudáfrica envía un millón de mensajes de texto al día, animando a los destinatarios en su idioma local a que se pongan en contacto con una línea de ayuda nacional sobre el SIDA. La línea directa los envía a clínicas fuera de su región local donde pueden evitar el estigma de ser sometidos a un test en el entorno de sus compañeros. Las respuestas han superado las expectativas, sobre todo en lo que se refiere a los hombres jóvenes anteriormente muy reacios (*Economist,* 2009). En otras partes del mundo, como Tailandia, el cumplimiento de un régimen de medicamentos para tratar la tuberculosis aumentó a más del 90 por ciento, cuando se envió a los pacientes un texto recordatorio diario para que tomen su medicamento.

Una forma más directa de usar las tecnologías de la telefonía móvil para mejorar la oferta consiste en proporcionar una mejor asistencia sanitaria a los trabajadores rurales, debido a que hay una gran escasez de médicos capacitados en áreas rurales. El Consejo de Relaciones Exteriores (Council on Foreign Relations - CFR) ha desarrollado el concepto “doc in a box”, por el cual se equipa a un con-

tenedor de transporte para que sirva como clínica rural. Asistentes sanitarios de la comunidad ofrecen sus servicios en estos "contenedores" y tienen acceso a profesionales plenamente capacitados a través de teléfonos móviles (*Economist*, 2009). Medicall Home en México también está utilizando la tecnología en la mejora de la atención sanitaria para las personas que no pueden acceder a clínicas, proporcionando consultas telefónicas con médicos ilimitadas por una tarifa plana de alrededor de US$5 al mes (Medicall Home, 2010). La fundación CARE está probando un sistema de telemedicina en zonas rurales de la India *(véase el Recuadro 5.3)*. Innovaciones como éstas tienen el potencial de hacer los MSS más viables en las zonas rurales, mejorando el acceso temprano a la atención sanitaria, lo que reduce reclamaciones costosas más tarde en el ciclo de la enfermedad.

Recuadro 5.3

La tecnología móvil para conectar los médicos con los pacientes rurales

Con sede en Hyderabad, India, la fundación CARE está probando una prestación de salud rural y un esquema de microseguros que se centra en la prestación de la atención ambulatoria en el entorno del pueblo. Miembros de la comunidad han sido entrenados para ser "promotores de la salud del pueblo" (village health champions - VHCs) que prestan "atención de salud a las puertas del pueblo". Para los diagnósticos de rutina, los VHC utilizan un terminal portátil con un sistema integrado de apoyo a la decisión clínica para proporcionar asesoramiento médico adecuado y prescripciones. En casos menos habituales, se ponen en contacto con un médico de atención remota de CARE que prescribe el tratamiento a través de un mensaje de texto. Se están ultimando las pruebas finales de tecnología, la capacitación del personal de salud y el diseño de productos.

5.4 El camino a seguir

Este capítulo propone métodos para que los programas de MSS puedan ser más valiosos para los clientes y más sostenibles en el tiempo. En concreto, destacan algunas estrategias porque responden a la demanda del mercado, subsanan las deficiencias de suministro y mejoran el diseño del producto, la entrega, las operaciones así como la integración de los esfuerzos públicos y del sector privado.

5.4.1 Extender las prestaciones para los miembros como respuesta a la demanda del mercado

Deben extenderse las prestaciones para los miembros más allá de la hospitalización. Trastornos menores de salud son una preocupación acuciante para la mayoría de los hogares de bajos ingresos, y satisfacer esta demanda puede aumentar la

tasa de inscripciones y estabilizar los pools de riesgo. Por otra parte, la mejora de las prestaciones ambulatorias alienta chequeos regulares de salud, diagnósticos precoces y una atención oportuna de enfermedades menores. Estos cambios deberían reducir los costes globales de tratamiento y reducir las reclamaciones para la atención hospitalaria, lo que mejoraría la viabilidad general de los programas de MSS.

De forma simultánea, los programas MSS deben educar a los clientes en lo referente a las prestaciones de los productos de seguros de salud y responder a las necesidades de los clientes. En la actualidad, la falta de comprensión de los microseguros de salud es una razón clave para la baja tasa de renovación de muchos programas de MSS – los clientes a menudo creen que el seguro es una compra perdida si no se enferman durante el ejercicio de vigencia. Pocos programas han dedicado recursos suficientes para investigaciones de mercado específicas para cada segmento, para la educación y la comercialización, lo que limita la comprensión y aceptación de los productos de MSS por parte de los clientes e incluso por parte de los profesionales.

Una agravación de estos problemas es el hecho de que los pobres, por definición, carecen de la capacidad de pago. Por lo tanto, para fomentar la demanda de MSS se requerirá un cuidadoso diseño de los paquetes de prestaciones óptimas, idealmente a través de un proceso participativo que involucre a los clientes potenciales. Por otra parte, las personas de bajos ingresos requieren arreglos de pago flexibles que les ayudan a financiar las primas.

5.4.2 Mejora de la oferta: productos y procesos

Actualmente, en muchos países una atención universal de la salud está fuera del alcance. Soluciones basadas en el mercado no logran alcanzar un determinado volumen y no pueden satisfacer todas las necesidades, debido a la exclusión de la población, las limitaciones de la cobertura, de la infraestructura y la distribución de los profesionales de la salud en muchas áreas geográficas. Estos factores dejan a los pobres sin acceso fiable a los servicios de salud necesarios o soluciones fiables de gestión de riesgos financieros. Como se indicó en este capítulo, existen numerosos desafíos que están restringiendo la capacidad de los programas de MSS de ofrecer productos valiosos. La superación de estos desafíos requerirá intervenciones tomadas con cuidado y por parte de varios frentes.

Hasta la fecha, la actividad del sector privado, en particular de los aseguradores comerciales, se ha visto parcialmente limitada por la aparente complejidad del diseño y la administración integral de los productos (p.ej., pacientes con tratamiento ambulatorio y de hospitalización). Se deben buscar soluciones específicas, utilizando los paquetes de prestaciones esmeradamente diseñados.

Hasta que no se desarrollen productos que cumplan con la demanda de los clientes sin dejar de ser financieramente viables, no se alcanzará un tamaño adecuado para la formación de pools de riesgos Además, muchos programas de MSS carecen de suficiente apoyo financiero debido a la preocupación de los inversores acerca de alcanzar un determinado volumen e, irónicamente, tienen dificultades para alcanzar este volumen debido precisamente a esta falta de apoyo financiero. Obstáculos adicionales para ampliar el tamaño incluyen la infraestructura de salud insuficiente, la escasez de datos y de conocimientos técnicos, destacando la necesidad de más estudios de mercado y la asistencia para el fomento de la capacidad.

Dado que los microseguros de salud se caracterizan por transacciones frecuentes y márgenes pequeños, son esenciales para el éxito procesos eficientes en la administración de siniestros y de pólizas. Hasta el momento, la experiencia con los arreglos de terceros no ha sido satisfactoria *(véase el Recuadro 20.5)*, y que se necesitan más innovaciones en la obtención y aplicación de ayuda de terceros. También la fijación de precios adecuados, la cobertura de reaseguro y los controles de fraude requieren mucha atención e inversiones importantes, sobre todo para los programas basados en la comunidad. Aunque los aseguradores comerciales posiblemente entiendan mejor estos conceptos de seguros, carecen de una comprensión de cómo llegar mejor al mercado de bajos ingresos. Además, los programas de MSS se enfrentan a estos desafíos en ambientes que, a menudo, carecen de sistemas políticos estables y un tratamiento regulatorio que apoye a los programas de MSS.

La mejor solución es un esfuerzo coordinado para hacer frente a varios retos al mismo tiempo, con la participación de operadores de diferentes aspectos del sector de los microseguros de salud. Este esfuerzo debería combinarse con la comunicación activa entre los operadores, compartiendo sus descubrimientos de lo que funciona – y lo que no.

5.4.3 La colaboración entre el sector público y privado

La presencia (o co-creación) de prestaciones de servicios sanitarios subyacentes es fundamental para avanzar con los MSS y para mejorar las repercusiones respecto a la salud en general. Seguramente, ningún programa MSS puede tener éxito si los servicios y el personal de atención sanitaria no están próximos al paciente. Además, los programas de salud pública pueden crear ambientes de apoyo para fortalecer el impacto de los microseguros de salud. Por ejemplo, los operadores públicos pueden mejorar las condiciones sanitarias para reducir el riesgo general sistemático de la salud y apoyar la viabilidad de los programas de MSS. También pueden promover medidas de educación respecto a la salud y la atención preventiva. Estas actividades fomentarán un cambio de comportamiento que permitirá

a los microseguros de salud tener más impacto y también podrá reducir los riesgos para los programas.

Además, para crear un entorno propicio, los actores del sector privado tienen que hacer uso de la presencia de cualquier entidad de organización que logre unir grupos de personas respecto a criterios no relacionados con la salud. Esta práctica es fundamental para abordar el problema de la selección adversa y de riesgo compartido (Ito y Kono, 2010). Una gestión de la asistencia sanitaria a través de protocolos de tratamiento, una planificación del número de personas dadas de alta y otras formas de coordinación de la atención sanitaria pueden mejorar la coherencia y la eficiencia.

Lo ideal sería que los gobiernos proporcionen 1) fuentes sostenibles de financiación, 2) un marco regulatorio estable y flexible, y 3) apoyo político coherente. Con algunas o todas de estas medidas en vigor, se incrementa significativamente la probabilidad de que los programas MSS sean valorados suficientemente por los clientes para estimular la inscripción y que los programas prosperen durante mucho tiempo para lograr aumentos de volumen.

5.4.4 Mejorar las evaluaciones

Otro elemento que merece ser considerado son unos mejores indicadores para la evaluación del programa. Los programas donde los gerentes están probando innovaciones sin duda pasarán por una etapa de ensayo y error y evolucionarán con el tiempo – algunos van a fallar y la mayoría va a necesitar varios años, por lo menos, para cubrir gastos. Por lo tanto, la longevidad del programa a lo mejor no es el mejor indicador para la viabilidad y sostenibilidad de un programa MSS. Otros factores importantes incluyen indicadores y tasas financieros estándares que examinan el desempeño clínico y administrativo, la fuerza de los sistemas de gestión de informaciones, revisiones creíbles de precios, la capacitación del personal e incentivos (Biswas y Devi, 2008).

La selección de indicadores y el seguimiento continuo de la medición del desempeño juegan un papel importante en la promoción del acceso a y la calidad de la asistencia sanitaria. Lo ideal sería que la gestión de la atención se centrara en la medición y el seguimiento de los indicadores del programa MSS, así como las repercusiones respecto a la salud del cliente.

5.4.5 Un esfuerzo coordinado para ampliar las prestaciones para los miembros

En general, la revisión de la evidencia muestra que los programas pueden acercarse a la financiación de la salud o bien para reducir la vulnerabilidad (centrándose en un siniestro catastrófico o la atención hospitalaria) o para mejorar los resultados sanitarios (centrándose en la atención ambulatoria, la prevención y la

atención a enfermos crónicos). Estas dos perspectivas presentan un dilema: la primera está más alineada con los principios de seguros, pero los clientes prefieren la segunda. Los programas MSS deben buscar un equilibrio entre las dos perspectivas a través de modelos de negocio eficientes, paquetes de prestaciones personalizados y planes de pago variados. La solución también debe hacer uso de las asociaciones público-privadas (APP), que combinan la capacidad del sector público a dirigirse a fuentes de financiación, a aunar grandes grupos y aliviar los problemas de regulación con la innovación del sector privado, los conocimientos en materia de seguros, la eficiencia y la tecnología.

Por lo tanto, el camino que tienen que emprender los microseguros de salud reúne los esfuerzos combinados de los responsables políticos, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales, los funcionarios públicos, los educadores en materia de gestión y las empresas de tecnología. En definitiva, ningún esfuerzo, ni tampoco esfuerzos combinados, tendrá éxito a menos que constantemente se soliciten y apliquen las aportaciones de la parte interesada más importante: el cliente potencial.

6 Mecanismos de pago a cargo de terceros (TPP - third-party payment) en el microseguro de Salud

Pascale LeRoy y Jeanna Holtz

Este capítulo es una adaptación de Microinsurance Paper No. 13, publicado por el Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT (2011). El autor desea agradecer a las siguientes personas sus comentarios y sugerencias: Lisa Beichl (Milliman), Denis Garand (DGA), Ryan Lynch (MicroEnsure) y Tara Sinha (Vimo-SEWA).

Algunos planes de microseguros de salud (MSS) requieren que los pacientes paguen en efectivo al recibir servicios de atención médica y luego presenten los recibos para que el asegurador les pueda reembolsar el importe. Para los hogares de bajos ingresos que quizás tengan que pedir prestados los fondos de otros miembros de su familia, de amigos o de prestamistas para pagar por la atención médica –y correr el riesgo de que el asegurador pueda rechazar la reclamación– el método de reembolso puede causar graves dificultades financieras que disminuyen en gran medida el valor para el cliente.

Una forma de aliviar este pago inicial es la creación de un mecanismo de pago de terceros (third-party payment – TPP) con determinados proveedores de servicios sanitarios. Se puede definir el TPP como un modelo para las reclamaciones de pago en la que los pacientes asegurados no están obligados a pagar por los costes de los servicios sanitarios cubiertos por el régimen. Con la excepción de cualquier participación en los costes (p.ej., copagos, deducibles), un paciente asegurado no tiene que hacer un pago de su bolsillo cuando utiliza los servicios sanitarios, y una tercera parte (el esquema de MSS u otra entidad en nombre del plan) pagará al proveedor de la atención médica los servicios cubiertos que ha proporcionado al paciente.[1] Los mecanismos TPP abarcan las condiciones de pago acordadas entre el tercero y los proveedores de servicios sanitarios preferidos y, por lo general, incluyen componentes para administrar la atención médica, tales como la autorización anterior de ingresos hospitalarios.

Este enfoque no es nuevo en el seguro de salud, a pesar de que la creación y gestión de un mecanismo TPP para microseguros de salud presenta desafíos únicos. Utilizando un enfoque basado en la práctica, este capítulo identifica las lecciones aprendidas de los esfuerzos de los mecanismos TPP para facilitar el acceso "sin efectivo" a las personas aseguradas *(véase el Recuadro 6.1).*

La evidencia en este capítulo proviene de una revisión de la literatura, una encuesta en línea de los sistemas de MSS realizada por el Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT en 2009, entrevistas a informadores clave y, sobre todo, los estudios de casos en profundidad. Siete esquemas *(véase la Tabla 6.1)* han

[1] Adaptado del glosario de Global Extension of Social Security (GESS) de la OIT.

sido seleccionados para estudiar más en detalle las lecciones respecto al diseño y la gestión de un mecanismo TPP. Los criterios de selección para la inclusión de un sistema de MSS como caso de estudio incluyen su contribución a la diversidad geográfica, su tamaño (como mínimo 10.000 asegurados) y la longevidad (en vigor durante al menos tres años).

Recuadro 6.1

Comprender el vocabulario: "sin efectivo" y mecanismo TPP

Los sinónimos o expresiones relacionadas utilizadas en el sector de los MSS que se refieren a un mecanismo TPP incluyen sistemas de MSS sin efectivo, acuerdos sobre reclamaciones sin dinero en efectivo, sistemas sin efectivo y prestaciones sin dinero en efectivo.

El término "sin efectivo" refleja la perspectiva de un cliente asegurado, y no la del régimen de MSS o del proveedor de atención médica. Los sistemas MSS emiten disposiciones sobre pagos en efectivo para que el asegurado pueda acceder a los servicios sanitarios sin tener que desembolsar los gastos directos de su bolsillo (o sólo un importe relativamente pequeño). El término pago sin efectivo se aplicará independientemente de que el acceso del paciente asegurado se realiza, de hecho, sin dinero en efectivo o que se trata de otros sistemas, por ejemplo, copago o deducibles.

Fuente: Autores.

Tabla 6.1

Resumen de la información de estudios de casos

	África		*Asia*				*América Latina*
Denominación del esquema[3]	*Microcare*[1]	*UMSGF*[2]	*Yeshasvini*	*CBHI*	*GRET-SKY*	*FMiA*[3]	*Sol salud (Zurich Bolivia y BancoSol)*
País	Uganda	Guinea	India	Laos RDP	Camboya	Pakistán	Bolivia
Tipo de plan de MSS	Asegurador comercial	Basado en la comunidad	Basado en la comunidad	Basado en la comunidad	Basado en la comunidad	Asegurador + socio de distribución	Asegurador + socio de distribución
Personas cubiertas (finales de 2008)	29 000	16 120	3 060 000	65 000	39 000	19 000	13 000
Método de pago al proveedor[4]	Servicio gratuito con honorarios fijos	Pago y medicamentos basados en casos concretos	Pago basado en casos concretos	Liquidación per cápita	Liquidación per cápita y pago a base de casos concretos	Servicio gratuito con honorarios fijos	Liquidación per cápita/honorarios por servicios y pago a base de casos concretos
Método de transferencia de fondos	Transferencia electrónica o cheques	En efectivo	Cheques	Transferencia electrónica	En efectivo	Cheques	sin respuesta
Vida prestaciones cubiertas	Hospitalización y atención primaria	Hospitalización y atención primaria	Cirugía	Hospitalización y atención primaria	Hospitalización y atención primaria	Hospitalización y vale para una consulta	Hospitalización y atención primaria (sin medicamentos)
Número de proveedores contratados	150	53	295	24	63	4 hospitales y 25 centros de salud para la atención primaria	sin respuesta
Costes compartidos entre los miembros	Derechos que exceden de las prestaciones	Bajo deducible	Derechos que exceden de las prestaciones	Ninguno	Ninguno	Derechos que exceden de las prestaciones	Copago y derechos que exceden de las prestaciones
¿Externalización de la gestión de siniestros?	No	No	Sí (Familia Plan de Salud limitado)	No	No	No	Sí (PROVID)

[1] Los acrónimos representan las siguientes organizaciones: Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF), community-based health insurance (CBHI), Groupe d'échange et de recherche technologique (GRET), y First Microinsurance Agency (FMiA). SKY es un acrónimo en Khmer ("Sokhapheap Krousar Yeung"), que significa "Salud para nuestras familias".

[2] Microcare dejó de operar a finales de 2009 debido a varias razones políticas y regulatorias. Sin embargo, las lecciones aprendidas de este esquema son importantes para este capítulo.

[3] FMiA dejó de operar en 2011, porque la falló sostenibilidad financiera o no consiguieron fondos nuevos. Pero eso no afecta el valor de las lecciones que aprendieron.

[4] Estos métodos de pago son definidos en la Sección 6.2.2.

Este capítulo está dividido en dos partes. En la primera parte se presenta el mecanismo TPP en el contexto de modelos de reclamación disponibles para sistemas de MSS y se evalúa los pros y los contras de los pagos de terceros. La segunda parte resume las cuestiones clave a tener en cuenta a la hora de establecer y administrar un mecanismo TPP según las siguientes tres parámetros: 1) el acceso a la atención sanitaria, 2) los costes de la atención y 3) la calidad de la atención.

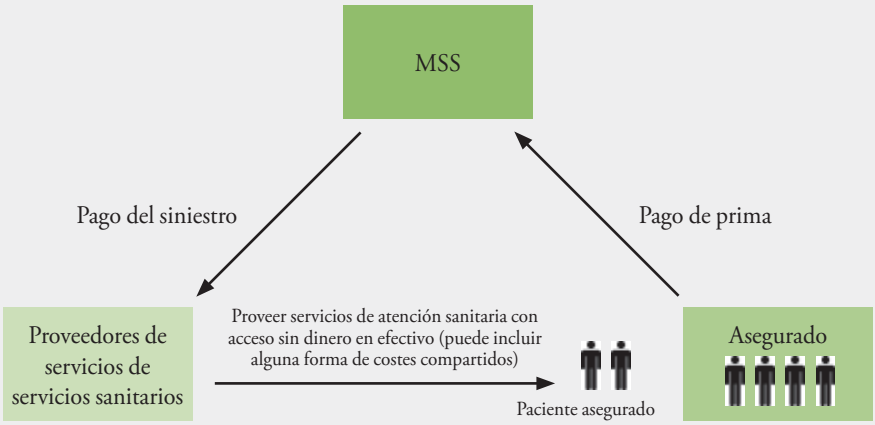
6.1 Prácticas actuales TPP

Al diseñar un plan de MSS, los expertos deben definir las condiciones para el acceso a la atención sanitaria, y el mecanismo y la entidad responsable de las reclamaciones y el pago de los siniestros. Los mecanismos TPP son uno de los tres principales modelos de reclamaciones que predominan en el microseguro de Salud (Radermacher et al., 2006). Dos de estos modelos ofrecen acceso sin dinero en efectivo a los pacientes asegurados, mientras que en el otro modelo se reembolsa los siniestros.

1) **Mecanismo TPP:** Con un mecanismo TPP, el plan de MSS acuerda el pago directo por los servicios cubiertos al prestador de la atención sanitaria en nombre del asegurado *(ver Figura 6.1).* Con la excepción de otros modelos de costes compartidos como el copago o deducibles, el paciente no necesita hacer ningún pago de su propio bolsillo en el momento en que se presta el servicio. Como tal, se citan con frecuencia a los mecanismos TPP como una herramienta para aumentar el valor de los seguros para las personas de bajos ingresos que, si no fuera por los seguros, tendrían que tener que afrontar una deuda significativa para financiar los gastos incurridos por la atención de la salud, aunque sea por un corto período.

Figura 6.1

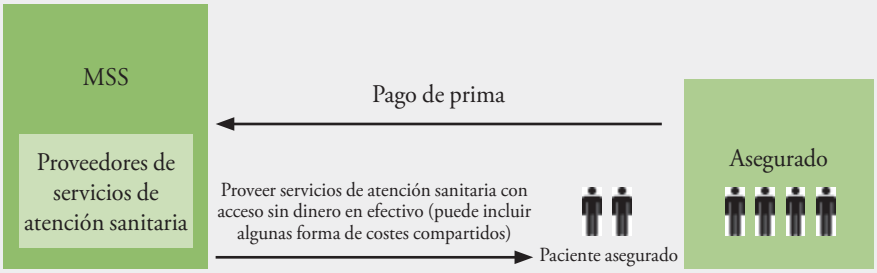
Mecanismo TPP



2) **Modelo de atención integrada y de financiación:** Los expertos en MSS pueden poseer y administrar centros de salud (por lo general para la atención primaria), o los proveedores de servicios sanitarios pueden comenzar programas de MSS, integrando de este modo el seguro y la asistencia sanitaria. En un modelo integrado, los proveedores de servicios sanitarios cobran la prima de los asegurados y proporcionan servicios sanitarios de acuerdo con las condiciones de la póliza de seguro *(véase Figura 6.2).* Se espera que las primas cobradas por anticipado por estos proveedores suficientes para cubrir los costes de los servicios. En esta situa-

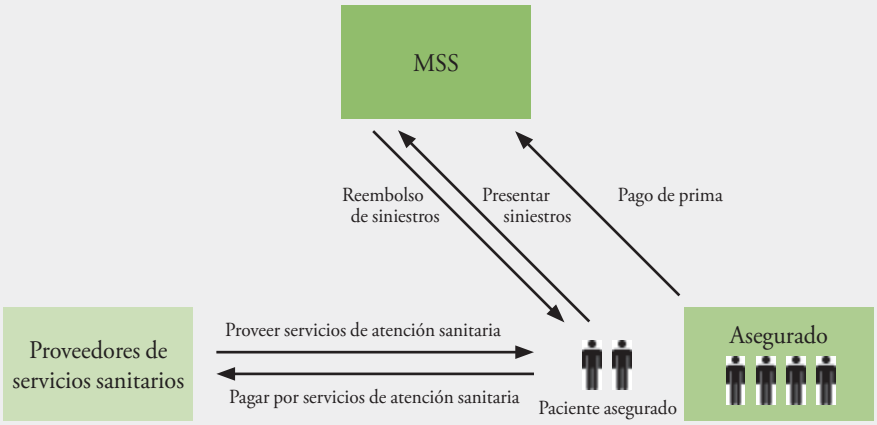
ción, los pacientes no tienen que dar parte de los siniestros. Al igual que con un mecanismo TPP, en el modelo de reclamación integrado los pacientes asegurados tienen acceso a la atención sanitaria sin tener que pagar nada de su bolsillo, o bien tienen que pagar sólo una parte reducida cuando hayan optado por un modelo de costes compartidos.

Figura 6.2 **Modelo de atención integrada y de financiación**



3) **Modelo de reembolso:** Con el modelo de reembolso, el miembro asegurado paga los servicios sanitarios en el momento de su uso y presenta documentos sobre el siniestro y recibos de los proveedores de atención médica al sistema de MSS para solicitar que le reembolsen los gastos *(véase la Figura 6.3).*

Figura 6.3 **Modelo de reembolso**



Los expertos suelen mezclar los diferentes modelos en función de los contratos con los proveedores y los servicios cubiertos *(véase el Recuadro 6.2).*

Recuadro 6.2 **Modelos de reclamaciones en los planes de MSS**

Una encuesta en línea realizada por el Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT en 2009 confirmó que la mayoría de los regímenes de MSS utiliza los mecanismos TPP. Entre los 65 participantes:

- el 52 por ciento usa un mecanismo TPP
- el 22 por ciento usa modelos de reembolso de uso (principalmente en Asia)
- el 18 por ciento utiliza una mezcla entre mecanismos TPP y modelos de reembolso, dependiendo de las prestaciones cubiertas o del tipo del proveedor de la atención sanitaria.
- el 8 por ciento utiliza la atención integrada y el modelo de financiamiento de siniestros

Entre los planes de MSS con mecanismos puros TPP, uno de cada cuatro no había implantado ninguna participación en los costes (p.ej., copagos, deducibles) o límites de prestaciones.

Surgen algunos patrones regionales. En África Central y Occidental, los mecanismos TPP parecen ser una característica estándar de las mutualidades de salud, de las que el UMSGF es un ejemplo representativo.

En la India, Devadesan et al. (2004) informó que sólo dos de 12 esquemas estudiados utilizaban mecanismos TPP, inclusive Yeshasvini. Los proveedores de servicios sanitarios integraron otros cinco esquemas y ofrecieron acceso sin dinero en efectivo a los servicios. En Pakistán, el Programa Nacional de Apoyo Rural comenzó con un modelo de reembolso y está evolucionando hacia un mecanismo TPP sobre la base de comentarios y sugerencias por parte de los clientes. Todos los sistemas desarrollados por la First Microinsurance Agency (FMiA) utilizan mecanismos TPP.

En Camboya, la República Democrática Popular Laos y en Vietnam, los mecanismos TPP han sido una característica común entre los sistemas de MSS, ya que tienden a confiar menos en la atención integral y el modelo de financiación y porquelos sistemas nacionales de financiación sanitarias se orientan hacia sistemas de sanidad pública con TPP. En la RDP de Laos, hasta el momento sólo se ha desarrollado una red de seguro de salud basado en la comunidad (SSBC) bajo la supervisión del Ministerio de Salud, con un mecanismo TPP. En Camboya, los cinco planes CNHI existentes utilizan mecanismos TPP. El Ministerio de Sanidad ha establecido directrices relativas a las características de diseño clave que permiten a los mecanismos TPP con liquidación que se negociara con la sanidad pública tanto la atención primaria como hospitalaria a nivel de distrito. A nivel provincial, los planes de MSS suelen pagar a los hospitales sobre una base de pago por servicio de acuerdo a una lista de tarifas.

Las respuestas a la encuesta realizada en América Latina eran demasiado limitadas para dar una imagen realista de los modelos de reclamaciones en esa región. Cinco programas de Bolivia, Colombia y México participaron en la encuesta. En tres de ellos se han adoptado mecanismos TPP, incluyendo Sol Salud Servicios de seguros de salud de Zurich Bolivia y BancoSol.

Fuente: Autores.

En comparación con los modelos de reembolso o integrados, un mecanismo TPP tiene potenciales ventajas y desventajas *(Tabla 6.2)* que difieren según las partes involucradas.

Tabla 6.2

Posibles ventajas y desventajas de los mecanismos TPP

Parte	*Ventajas posibles*	*Desventajas posibles*
Clientes asegurados	– Eliminar o reducir el pago en efectivo en el momento de hacer uso del servicio – Mejorar el acceso a los servicios de salud – Reducir la incidencia de personas que retrasan o evitan el uso de la asistencia sanitaria – Reducir o eliminar la carga administrativa (por ejemplo, no hace falta avisar los siniestros)	– Restringir la elección de los proveedores – Requerir autorización previa para la admisión – Los proveedores de salud pueden prestar servicios innecesarios que pueden aumentar el riesgo de la salud y los gastos a asumir del propio bolsillo
Los aseguradores	– Simplificar la gestión de los siniestros (por ejemplo, liquidación por grupo en lugar de liquidar un siniestro tras otro) – Dependiendo del método de pago a proveedores, pueden coordinar incentivos para los proveedores para que proporcionen una atención sanitaria eficiente y apropiada. – Permitir la transferencia de riesgos financieros (total o parcial) hacia los proveedores de servicios sanitarios – Expansión del mercado de apoyo (operaciones llave en mano) – Mejorar la calidad de la atención sanitaria – Aumentar la eficiencia del cobro de las primas por parte de los clientes	– Aumentar el riesgo moral para los proveedores de servicios sanitarios y los miembros, que podrían ofrecer/buscar servicios innecesarios si el miembro no tiene responsabilidad financiera alguna cuando busca atención sanitaria – Puede ser difícil y requerir mucho tiempo contratar a proveedores de servicios sanitarios – Algunos proveedores pueden no estar dispuestos a que los contraten si no tienen exceso de capacidad y no se enfrentan a la competencia – Aumento de los costes y procesos administrativos, especialmente en TI – Aumento de los costes de siniestros
Proveedores de servicios sanitarios	– Aumentar la utilización y, por ello, generar ingresos adicionales. – Reducir los importes no cobrables de los pacientes – Estimular la calidad de la atención (y por lo tanto mejorar la reputación) – En función de la forma de pago, puede generar a) una ganancia financiera b) un flujo estable de ingresos	– Crear la administración adicional necesaria para verificar los derechos y presentar los siniestros – Un aumento del número de pacientes no puede compensar los descuentos o los costes adicionales – Aumento de los requisitos de cumplimiento de la calidad de la atención – Presión para eliminar las cargas informales incluyendo sobornos – En función de la forma de pago y la utilización, puede generarse una pérdida financiera – En función de la forma de pago, puede aumentar el tiempo necesario para que se realicen los pagos

6.2 Establecer y gestionar mecanismos TPP

La manera en la que un esquema de microseguros selecciona, contrata y gestiona a los proveedores de asistencia sanitaria en virtud de un mecanismo TPP determinará su éxito o fracaso. Es fundamental que los sistemas de MSS establezcan y mantengan estándares mínimos para cada proveedor participante y para la red de proveedores en general. Estas normas deberían abordar la adecuación de tres dimensiones clave: 1) el acceso a la atención sanitaria, 2) los costes y 3) la calidad de la atención.

6.2.1 Acceso a los servicios de la atención sanitaria

La primera dimensión se refiere al acceso a los servicios para los miembros de los planes de microseguros de salud a través de la selección de los proveedores de servicios sanitarios. Al igual que con los regímenes regulares del seguro de salud, hay que analizar el entorno normativo y las ofertas geográficas y los servicios para evaluar cuáles de los proveedores de servicios sanitarios podrían ser socios relevantes para el sistema de MSS. En algunos lugares, los proveedores de servicios sanitarios públicos son los únicos socios disponibles que ofrecen servicios sanitarios asequibles para la población objetivo (p.ej., Camboya, RDP Laos). A menudo, se percibe como relativamente mala la reputación de los proveedores públicos, pero puede ser posible formar alianzas productivas en las que la calidad pueda mejorar. En otros contextos, los proveedores públicos no podrán ser autorizados a participar en la contratación con los aseguradores de salud (p.ej. en Pakistán, donde los servicios de los proveedores públicos son gratuitos), empujando a los proveedores de MSS a que recurran a proveedores privados y negocien los costes de los servicios sanitarios para que las primas sean asequibles.

Uno de los retos más difíciles de superar es que simplemente no hay suficientes proveedores de servicios sanitarios cualificados en un centro de salud. En este caso, puede ser difícil encontrar las soluciones a corto plazo, y es posible que el mecanismo TPP no sea relevante. Enfoques a largo plazo incluyen el trabajo con los gobiernos, los donantes y otras partes interesadas para mejorar la capacidad de prestar asistencia sanitaria. Aparecen también alternativas, incluyendo clínicas móviles, telemedicina y la formación de trabajadores sanitarios de la comunidad, para hacer frente a este dilema.

Se puede definir el acceso a los servicios sanitarios por el número, tipo y la ubicación de los proveedores y por la combinación de servicios que ofrecen. Se puede controlar si una red de proveedores es adecuada para atender a un determinado número de pacientes inscritos a través de indicadores tales como el tiempo de espera para una consulta y la cantidad y el tipo de asistencia prestada fuera de la red de proveedores. Una red de prestadores sujetos a un mecanismo TPP debe incluir a los proveedores necesarios para cubrir los servicios asegurados. Por ejem-

plo, si está cubierta la cirugía ocular, entonces se debe incluir a los proveedores de oftalmología en la red de proveedores.

El acceso geográfico se puede medir usando el tiempo y la distancia requeridos para acceder a la atención médica. Se pueden comparar los resultados de estas mediciones con puntos de referencia; por ejemplo, si el 85 por ciento de los miembros tiene acceso a dos o más proveedores en un radio de 20 kilómetros ó 90 minutos de viaje. Tales normas deben adaptarse a los entornos urbanos y rurales, y deben reflejar las normas existentes en la comunidad.

6.2.2 Gestión de los costes sanitarios

Una vez que se haya elegido a los proveedores de servicios sanitarios, el éxito de un mecanismo TPP depende del contrato de colaboración que haya sido elaborado con ellos para manejar los costes y coordinar los incentivos financieros para alentar la atención adecuada. Para administrar los costes, el esquema MSS también tiene que gestionar el riesgo moral y los riesgos de fraude, tanto para los proveedores como para los clientes.

La contratación de colaboradores

Contratar a expertos de la salud a que participen en un mecanismo TPP tiene más éxito cuando las negociaciones son transparentes y se realizan en un ambiente de colaboración, y cuando ambas partes reconocen los objetivos. El apoyo de profesionales sanitarios que ya participan en un sistema existente puede ayudar a un nuevo esquema de microseguro de salud a reclutar nuevos socios. Los sistemas de MSS a menudo buscan profesionales de la salud que están de acuerdo con:

- cumplir con las normas mínimas de calidad de la atención sanitaria, a ser posible bajo la supervisión de un asesor médico del esquema de MSS;
- llevar a cabo un seguimiento regular de la calidad de la atención, tanto a nivel interno y/o por los profesionales sanitarios externos;
- el pago de los servicios prestados conforme a las condiciones del acuerdo y el uso de honorarios adecuados;
- utilizar sistemas de facturación y de contabilidad transparentes;
- establecer un procedimiento aceptable para verificar que los pacientes asegurados están autorizados;
- compartir información con el plan de MSS sobre la utilización de miembros asegurados de los servicios sanitarios;
- apoyar la presencia de un servicio de asistencia in situ para ayudar a los miembros asegurados.

Los compromisos del plan de MSS frente a los proveedores de servicios sanitarios contratados pueden incluir:

- garantías financieras, tales como un pago mínimo anual hasta que se alcance un límite de inscripción o la fijar un máximo de pérdidas de ingresos posibles bajo un acuerdo de liquidación (GRET-SKY);
- inscripción de un número mínimo o suficiente de miembros (Microcare, FMiA);
- adelantos en efectivo (UMSGF);
- herramientas o apoyo para identificar a los clientes asegurados y determinar si están autorizados para utilizar los servicios cubiertos (Microcare, FMiA);
- acordar una revisión periódica de los resultados en el marco del esquema de MSS (por ejemplo, número de pacientes, ingresos y costes) con la posibilidad de renegociar las condiciones.

La contratación de proveedores de servicios sanitarios puede llevar mucho tiempo, ya que el contrato ha de ser global y inequívoco para evitar futuras complicaciones. Por ejemplo, en UMSGF se tarda aproximadamente tres meses para contratar una clínica ambulatoria y seis meses más para un hospital. Ambas partes tienen que entender lo que se espera de ellas y cómo va a funcionar la relación en la práctica. Tanto el equipo administrativo como el equipo clínico de los proveedores de servicios sanitarios deben participar en el proceso de contratación, ya que tienen diferentes expectativas de la cooperación con un sistema de MSS. Por encima de todo, los sistemas de MSS deben tener cuidado de hacer compromisos que luego puedan cumplir, y deben estar preparados para reevaluar los compromisos y así cumplir los intereses a largo plazo de todas las partes.

Para los regímenes de MSS que contratan a proveedores de servicios sanitarios públicos es necesario involucrar a las autoridades de salud (que supervisan a los proveedores) en una etapa temprana para apoyar el proceso de contratación, así como para hacer cumplir el contrato en algunos casos (GRET-SKY, SSBC).

Negociación de la forma de pago

Con un mecanismo de TPP, los planes de MSS generalmente prevén el pago a los proveedores de servicios sanitarios contratados sobre la base de un método de pago predeterminado. La forma de pago es fundamental para el éxito del plan. A continuación, se describen los cuatro métodos de pago más comunes. Cada método ofrece diferentes incentivos y desincentivos para los proveedores para que controlen los costes y la calidad de los servicios:

- **Pago retroactivo sobre una base de pago por servicio:** A los proveedores se les paga ("a la carta") por cada servicio brindado que está cubierto por el sistema de MSS. Los pagos de los honorarios por servicios pueden basarse en una tarifa fija por cada servicio, grupo de servicios o en los precios facturados por el proveedor. En este último caso, los pagos pueden basarse en un porcentaje de los precios facturados (es decir, cuando se negocia un descuento o cuando se emplea el método de los costes compartidos). Éste es el modelo más frecuente entre los esquemas estudiados. En los países desarrollados, este método de pago se suele asociar con un aumento del volumen de los servicios prestados y de los gastos globales de salud (Langenbrunner et al., 2009).
- **Pago retroactivo basado en casos concretos:** A los proveedores se les paga una cantidad "todo incluido" (a veces llamada "global"), por lo general para todos los servicios prestados en relación con una hospitalización o un período de atención sanitaria que puede incluir cuidados anteriores y posteriores a la hospitalización. Los pagos por casos concretos pueden ser constantes o variar de acuerdo con factores tales como el diagnóstico o la edad del paciente que pueden influir en gran medida sobre los costes del tratamiento.
- **El pago retroactivo por día:** A los proveedores se les paga una cantidad "todo incluido" por cada día de hospitalización. Las retribuciones pueden variar según el tipo de servicio o cama como, por ejemplo, cuidados intensivos, días con intervención quirúrgica o médica.
- **Pagos prospectivos por liquidación:** Los proveedores reciben un pago fijo por cada miembro durante un período definido, generalmente un año. Los pagos de liquidación no se ven afectados por la utilización de servicios (volumen y tipo) por parte del asegurado; se harán de forma prospectiva (por adelantado) al proveedor de los servicios de salud que elija la persona inscrita. La liquidación puede referirse a un servicio de salud o un conjunto de servicios, como la atención primaria (ambulatoria), o la liquidación se refiere a un nivel "global", es decir, por toda la atención de la salud incluida la atención primaria, secundaria y terciaria.

Puede ser difícil desarrollar pagos justos, independientemente del método utilizado, dada la amplia variación en las cargas de base y la tendencia hacia cargas que no se basan en un precio más un margen razonable, o que se apoyan en datos exactos. Otro de los desafíos con todos los métodos de pago es que los proveedores de salud pueden intentar "equilibrar la factura", o cobrar tasas adicionales no reembolsadas a través del pago realizado por el mecanismo TPP.

Como se destaca en la Tabla 6.3, desde el punto de vista del sistema, cada método de pago tiene ventajas y desventajas. Las medidas para compensar las desventajas varían en función del método de pago elegido (STEP de la OIT, de 2006;. Langenbrunner et al, 2009).

Tabla 6.3

Ventajas y desventajas de los diferentes métodos de pago

Forma de pago	*Ventajas*	*Desventajas*
Pago por servicio	– Fácil de entender y poner en práctica; el típico método utilizado por proveedores de atención sanitaria – Anima a la prestación de servicios, lo que puede facilitar el acceso a la atención para las familias de bajos ingresos – En general bien aceptado por los proveedores de salud	– Hace subir la inflación médica al proporcionar un incentivo financiero para: – Servicios excesivos (aumentar el volumen); – Elevar el número de cargas con factura si éstas son la base para el cálculo de los pagos (aumentar los costes unitarios) – El régimen de MSS lleva todo el riesgo financiero y puede tratar de restringir los siniestros limitando los servicios cubiertos o ser propensos a rechazar siniestros – Puede requerir intervenciones no populares para reducir las reclamaciones inapropiadas
Por casos	– Simplifica la gestión de siniestros – Transfiere los riesgos financieros respecto a la duración de la estancia a los proveedores – Alienta a la gestión eficiente de la atención sanitaria (menor duración de la estancia)	– Incentivos para diagnosticar y facturar más casos complejos (mayores ingresos) – Incentivos para reducir la duración de la estancia y los servicios que sean necesarios – Incentivos para admitir ingresos innecesarios – Es difícil establecer un precio justo por caso para todos los pacientes (es decir, incluyendo los valores extremos)
Por día	– Simplifica la gestión de siniestros – Transfiere el riesgo financiero para los costes por día a los proveedores – Alienta a la gestión eficiente de la atención sanitaria (inferior intensidad de servicio por día)	– Incentivos para aumentar la duración de la estancia – Incentivos a reducir los servicios que sean necesarios – Incentivos para admitir ingresos innecesarios
Liquidación per cápita	– Simplifica la gestión de siniestros (no son necesarias las reclamaciones) – Flujo de ingresos estable (pago por adelantado) para los proveedores (ventaja de liquidez) – Permite la transferencia del riesgo financiero a los proveedores de atención sanitaria – Anima a los proveedores a facilitar cuidados preventivos y a fomentar el tratamiento previo y menos costoso	– Los proveedores no suelen tener mucha simpatía frente a esta posibilidad debido a su incapacidad de gestionar el riesgo financiero de la atención sanitaria – Es difícil fijar una prima correcta si no existe un número elevado de miembros debido a la alta variación en los costes de la atención sanitaria para un pequeño número de pacientes y la falta general de datos – Incentivo para reducir la atención – Incentivo a excluir a los grupos de alto riesgo (ancianos, personas que viven con el VIH/SIDA, a las personas con enfermedades preexistentes y crónicas) – Fomenta la transferencia inadecuada de casos costosos a otros proveedores si están cubiertos algunos pero no todos los servicios de salud a través de una liquidación per cápita. – Puede ser difícil para el asegurador obtener los datos de utilización (centro de salud) para comparar los pagos con la experiencia real

La mayoría de los esquemas estudiados con mecanismo TPP utilizan un único método de pago, aunque el 36 por ciento utiliza una combinación de dos o más métodos de pago. La mayoría (el 69 por ciento) ha negociado condiciones de pago de honorarios por servicios, mientras que el 40 por ciento utiliza un método de pago basado en casos concretos, y el 17 por ciento ha acordado un pago prospectivo basado en la liquidación.

Las siguientes lecciones surgen de los estudios de casos:

- Los métodos de pago que transfieren un determinado riesgo financiero a los proveedores de servicios sanitarios (basado en casos, por día o por liquidación) tienen más potencial de contener los costes que los pagos de honorarios por servicio, pero requieren medidas adicionales para controlar la calidad de la atención *(véase Sección 6.2.3).* Estos métodos presentan más dificultades a la hora de negociarlos con los proveedores de servicios sanitarios *(véase el Recuadro 6.3).*
- La liquidación puede ser una forma adecuada para compensar a los proveedores por los trastornos de salud de alta frecuencia/bajos costes (es decir, más predecibles), incluida la atención ambulatoria. Esto se debe a que es más fácil calcular de antemano con qué frecuencia las personas buscarán la atención primaria médica en un período determinado así como los costes aproximados. Ese tipo de pago es más difícil para casos de atención sanitaria complicada y poco frecuente como la hospitalización. La liquidación también puede reducir los costes de administración, porque no hace falta avisar los siniestros ni gestionarlos para cada centro de salud *(véanse Recuadro 6.3)*.
- La liquidación se adapta mejor a los contextos donde se puede lograr una masa crítica de inscripción con un proveedor predeterminado. Esto es alcanzable con más facilitad cuando la elección de los proveedores de servicios sanitarios está limitada y/o el procentaje de la población inscrita es significativo. Los pagos de liquidación son más fáciles de configurar y administrar en entornos en los que el proveedor pueda ofrecer la gama completa de cuidados.
- Los métodos de pago mixtos pueden ser adecuados en muchos aspectos (por ejemplo, la liquidación para los proveedores/servicios de atención primaria sanitaria y por cada caso para los pacientes con tratamiento en el hospital), pero a menudo complican la administración y los costes de administración aumentan.

Limitar el riesgo moral y el fraude

El riesgo moral y el fraude son problemas normales en el seguro de salud. Dado que los pacientes asegurados a través de los regímenes de MSS con un mecanismo TPP no asumen los costes de la atención médica en el momento de la prestación, la incidencia del riesgo moral puede aumentar dado que puede ocurrir que los clientes creen que la atención sanitaria es gratuita y utilizan servicios innecesarios. Del mismo modo, los proveedores de servicios sanitarios suelen considerar que la compañía aseguradora tiene mayor capacidad de pago que un paciente que tiene que pagar directamente por lo que, a lo mejor, ven más oportunidades para ofrecer servicios que están cubiertos, pero puede ser que no sean necesarios desde el punto de vista médico.

Los sistemas de MSS con mecanismos TPP se enfrentan a retos similares en relación con el fraude que los sistemas que utilizan modelos de reembolso. El

comportamiento fraudulento puede surgir cuando los pacientes no asegurados representan a personas como si estuvieran cubiertas o cuando personas aseguradas buscan servicios no cubiertos; los proveedores pueden participar en actos fraudulentos si facturan servicios no prestados o prestan servicios innecesarios para generar ingresos adicionales.

Cada uno de los siete sistemas de MSS analizados han implantado medidas de control respecto al riesgo moral y al fraude a través de estrategias para influir tanto en el comportamiento como de los proveedores y los clientes.

Recuadro 6.3 **La experiencia de GRET-SKY con la liquidación**

GRET-SKY quería ofrecer a los clientes el acceso gratuito a la atención primaria de salud para limitar los casos hospitalarios caros (contribuyendo así a la sostenibilidad del sistema) y ofrecerles unas prestaciones atractivas. Se pensaba que la liquidación era la mejor forma de pago para la atención primaria médica, en parte porque podía limitar los costes administrativos asociados a la alta siniestralidad de la atención primaria médica y porque limita el riesgo financiero para el régimen de MSS.

El establecimiento de un acuerdo de pago de liquidación per cápita requiere largas negociaciones para abordar las preocupaciones de los proveedores de servicios sanitarios públicos para generar ingresos suficientes. Varios factores contribuyeron al éxito de estas negociaciones:

- El plan contó con el apoyo del Ministerio de Sanidad Pública, así como de las autoridades sanitarias locales.
- Los primeros centros de salud públicos contratados fueron apoyados por una ONG internacional que se interesaban también por métodos de pago alternativos.
- Los centros de salud públicos contratados tenían exceso de capacidad y buscaban a pacientes.
- Todos los cálculos para determinar la cantidad de liquidación eran transparentes para todas las partes. GRET-SKY compensa la pérdida económica sufrida por el proveedor durante el primer año si las facturas por los servicios prestados superaron la cantidad de liquidación.
- Cuando el número de asegurados fue limitado y los proveedores son reacios a participar, el pago por liquidación por cliente fue "impulsado" a fin de garantizar un mínimo de ingresos para los proveedores participantes. Este "impulso de liquidación" por cada miembro disminuye gradualmente a medida que el número de miembros aumenta.

Una vez al año, GRET-SKY evalúa la idoneidad del importe de liquidación para lograr la viabilidad financiera para ambas partes, y hace los ajustes necesarios. Hasta

el momento, para muchos proveedores contratados la cantidad de liquidación ha disminuido progresivamente, ya que inicialmente las tasas fueron "impulsadas" para fomentar la participación. La experiencia de GRET-SKY mostró que se tardaron aproximadamente dos años para eliminar los subsidios de las tasas de liquidación por persona (en lugar de un año como se había previsto).

Fuente: Autores.

El riesgo moral y el fraude por parte de los proveedores de servicios sanitarios
Es necesario controlar la utilización, los costes y la satisfacción del paciente en virtud de los distintos sistemas de pago, de los cuales cada uno puede generar tipos específicos de riesgo moral *(véase Recuadro 6.4).* Por ejemplo, en entornos de "pago por servicio", los proveedores tienen la tendencia bien conocida de aumentar el número y los costes de los servicios. Para gestionar el riesgo moral, los planes pueden adoptar una serie de enfoques, como se describe a continuación.

Diseño de producto: limitar las prestaciones totales máximas por persona para la atención hospitalaria (FMiA y Microcare). Esto puede ser una manera eficaz para limitar la exposición al riesgo, pero limita las prestaciones de los cuidados necesarios para las personas que sufren una catástrofe. Esto, a su vez, puede reducir tanto el valor real y el valor percibido del sistema de MSS desde la perspectiva del cliente, por lo que es difícil lograr un equilibrio.

Gestión de siniestros: analizar los siniestros y los datos de utilización. Una multitud de indicadores relacionados con costes altos o bajos o la utilización puede ayudar a identificar los casos de riesgo moral. Entre ellos figuran:

- el número y los costes de los siniestros (total, desglosado por categoría de clientes, lugar, proveedor, tipo de servicio y categoría de la enfermedad);
- la frecuencia y los costes por unidad (p. ej., el número y los costes de las hospitalizaciones por cada 1.000 miembros al año);
- la estancia media, expresada en días (para hospitalizaciones);
- el índice de siniestralidad incurrido (siniestros ocurridos/prima devengada);
- los gastos facturados como porcentaje de la liquidación total (para sistemas con liquidación).

Es esencial un seguimiento mensual de los principales indicadores para examinar las tasas de incidencia de un esquema e identificar el riesgo moral. La interpretación de estos indicadores requiere un sistema de gestión de la información (MIS) así como conocimientos que permitan el análisis de los datos. Para los regímenes que utilizan un pago basado en casos concretos, la atención debería

centrarse en asegurarse que la duración de la estancia y la prestación de servicios durante esa estancia sean apropiados, y que los proveedores no reclamen diagnósticos más complejos o traten casos innecesarios para aumentar sus ingresos. En sistemas como FMiA, a veces se revisan los siniestros dos veces antes de enviarlos a la compañía aseguradora para que los pague: se hace una primera revisión en el momento del alta por un encargado de ventas, que luego podrá pasar reclamaciones cuestionables para una segunda revisión al asesor médico de FMiA. Esquemas que utilizan un enfoque de pago prospectivo, como la liquidación, deben prestar atención a que no haya una falta de prestaciones. El riesgo moral puede darse si algunos proveedores limitan la atención sanitaria, ya que al minimizar las prestaciones de atención se puede maximizar los beneficios.

Gestión médica: implantar controles de utilización. Con intervenciones como la autorización previa o revisiones simultáneas se puede gestionar tanto los costes como la calidad de forma prospectiva y simultánea y reducir el riesgo moral. Sin embargo, la administración de este tipo de actividades (p. ej., la aplicación de directrices de tratamiento) puede ser compleja y cara, y a menudo tanto los proveedores como los clientes la percibe como una molestia.

Recuadro 6.4

El copago para limitar la utilización excesiva de los clientes induce al riesgo moral por parte de los proveedores

En los estudios de caso que utilizan la liquidación, los regímenes de MSS no requieren que los clientes asuman ellos mismos los costes de desembolso, ni siquiera para la atención primaria sanitaria (por ejemplo, consultas externas). En GRET-SKY, un proveedor contratado solicitó que se aplicara el copago para desalentar el uso poco formal de los servicios sanitarios. Lo que ocurrió, sin embargo, fue que el proveedor de servicios sanitarios animaba a que los clientes hicieran visitas adicionales (y potencialmente innecesarias) para complementar los pagos de liquidación con los copagos. Desde entonces se suspendió el copago y el proveedor recibe compensación por la atención únicamente a través de la liquidación, mientras que GRET-SKY controla la utilización y la satisfacción de los pacientes para evaluar si el acceso y uso de la atención sanitaria son adecuados.

Fuente: Autores.

El riesgo moral y el fraude por parte de los clientes

Cuando el acceso a la atención médica es gratuito o casi gratuito para los pacientes, aumenta el riesgo de sobreexplotación, especialmente de los servicios de consulta externa. Una estrategia común es incluir algún tipo de costes compartidos para el paciente (Microcare, UMSGF). Además, muchos planes establecen un mecanismo

de "médico de cabecera", de modo que se requiere un volante emitido por un proveedor de atención primaria para acceder a consultas de especialistas o servicios hospitalarios. La inscripción en un programa de MSS a menudo desencadena un período inicial de alta utilización debido a la demanda acumulada y la atención diferida, especialmente para la cirugía electiva (por ejemplo, una operación de hernia).

Lo que muestran los casos estudiados es que los expertos en MSS creen que el objetivo de lograr una ausencia total de fraude no es realista. Las estrategias para la prevención del fraude incluyen:

- **La emisión de una tarjeta de seguro de familia o individual** con una fotografía. Los resultados de la encuesta en línea muestran que el 67 por ciento de los planes con mecanismos TPP utiliza una tarjeta de identificación con una fotografía y un 14 por ciento utiliza una tarjeta inteligente sofisticada que permite la verificación electrónica de la autorización. Las tarjetas de identificación con fotografía, sin embargo, plantean desafíos y hay formas de identificación sin verificar las tarjetas *(véase el Recuadro 6.5).* La emisión de tarjetas supone más costes administrativos y, por lo tanto, los ahorros conseguidos a través de la reducción del fraude deben compensar los costes adicionales. Puede ser que las tarjetas no sean efectivas en la prevención del fraude cuando los proveedores de servicios sanitarios no las utilizan correctamente o cuando el proveedor es cómplice del fraude; por ejemplo, recibe el pago de la compañía aseguradora para un cliente no asegurado quien carece de fondos para pagar por la atención. La preparación de la tarjetas de identificación con foto también puede ser un problema, ya que a menudo el cliente y los miembros de la familia asegurados deben obtener, pagar y presentar fotografías al asegurador. Por último, en algunos lugares es posible que, por razones religiosas o de otro tipo, no se puedan sacar fotos de las personas, en particular de las mujeres.
- **Control de identificación a través de un encargado de enlace y la tecnología.** Un encargado de enlace puede fomentar una "cultura orientada al cliente", ayudando a los clientes a comprender mejor los beneficios de su plan de MSS y aliviar la carga que tienen los proveedores a la hora de tener que verificar si los clientes están autorizados a recibir los servicios en cuestión. Sin embargo, el proveedor de servicios sanitarios todavía tiene un papel importante en la gestión de fraude y debe haber recibido la formación correspondiente. Tener un enlace de seguro dentro de los centros de salud contratados implica un riesgo de fraude interno al cual hay que hacer frente. Por ejemplo, en Microcare las enfermeras encargadas de la gestión de enlace que trabajaban para un proveedor de servicios sanitarios se turnaban para limitar las posibilidades de colusión. Microcare también experimentó una reducción de los siniestros de un 30 por ciento cuando se introdujo un mostrador computarizado en una clínica. La reducción se atribuye a una reducción del fraude, que puede ocurrir cuando las personas no aseguradas tienen acceso a atención sanitaria con el nombre de una persona asegurada.

- **Requerir la autorización previa para servicios de alto coste.** Una función de control para limitar la utilización fraudulenta de servicios de la salud es especialmente importante si los proveedores reciben pagos de honorarios por los servicios prestados (FMiA , UMSGF y Yeshasvini). Por lo general, el asegurado debe solicitar una autorización del régimen para acceder a los servicios de salud. Una autorización rápida es importante para que los clientes estén satisfechos. Por lo general, las autorizaciones para casos de emergencia se dan dentro de 24 horas. Siempre que sea posible, se puede implantar un proceso de teléfono/fax gratuito para acelerar el proceso (FMiA y Yeshasvini). Con los avances y la disponibilidad más amplia de la tecnología, se están introduciendo las opciones basadas en Internet que utilizan teléfonos móviles, ordenadores o dispositivos de puntos de servicio. No se aplica una autorización anterior para la atención primaria sanitaria debido a la alta frecuencia de los servicios y los criterios menos claros para su uso (por ejemplo, ¿cuando es necesario buscar atención médica si uno padece de dolor de cabeza?).
- **Proporcionar las listas exactas de los clientes autorizados** a los proveedores de servicios sanitarios, algo que es fundamental para los planes con pago por liquidación. Esta estrategia es más sencilla para los sistemas MSS que limitan la inscripción, por ejemplo, a sólo una vez al año, pero es más exigente para los sistemas MSS, como GRET-SKY y SSBC, que optan por una inscripción abierta. Ambos sistemas cuentan con procedimientos y plazos claros para asegurar que a principios de cada mes se pasen los datos de autorización a los centros de salud.

Recuadro 6.5 **Prevención del fraude sin identificación fotográfica**

Después de probar una tarjeta inteligente con fotografías que se podría utilizar en el mostrador de admisión del hospital, FMiA empezó con un proceso de identificación más sencillo utilizando tarjetas de identidad nacionales (NIC) con fotografías. FMiA emitió una tarjeta de seguro sin fotografía, y pidió a los asegurados que mostraran su tarjeta en el momento de la admisión. Queda el riesgo de fraude con los niños que no tienen ninguna tarjeta de identidad nacional. En los casos en que no se haya emitido una tarjeta de identidad nacional o no esta disponible, se solicita un certificado de nacimiento. Se pensó también introducir un sistema de identificación de huella dactilar, pero al final no se aplicó debido al tiempo y los costes esperados para obtener las huellas digitales de todos los miembros en el momento de la inscripción. Además, el FMiA gestionó el fraude mediante un proceso de pre-autorización y un sistema de "portero" con el personal de FMiA que trabaja en hospitales contratados.

Fuente: Autores.

6.2.3 Gestión de la calidad de la atención

Además del acceso y los costes, el tercer parámetro de las normas relevantes para la creación y gestión de un mecanismo de TPP es la calidad de la atención. Se puede definir la calidad con criterios tanto objetivos como subjetivos, y se puede medirla con indicadores clínicos así como los indicadores no clínicos o de servicio. Los resultados clínicos, tales como las tasas de infección, son ejemplos de la calidad objetiva de los indicadores de salud. Puesto que los datos de resultados clínicos y/o puntos de referencia a menudo no están disponibles, se pueden utilizar otros criterios como alternativa mejor. Por ejemplo, las credenciales de los proveedores de servicios sanitarios a menudo se consideran como indicador de la calidad clínica. A veces se pueden extraer los datos de siniestros para realizar evaluaciones retrospectivas de la calidad, usando a profesionales de la salud para que analicen los patrones de tratamiento. También se puede medir la calidad del servicio, definida por determinados indicadores tales como las horas de operación o el alcance de los servicios ofrecidos.

La calidad subjetiva de la atención sanitaria, a veces llamada la experiencia del paciente, es un reflejo típico de la opinión de un paciente de los cuidados que él o ella ha recibido. Se pueden medir los puntos de vista subjetivos a través de encuestas o grupos de discusión sobre una variedad de temas tales como la comodidad de los centros de salud, las actitudes percibidas de los expertos sanitarios y la relación calidad-precio.

Los sistemas de MSS requieren que los miembros utilicen una red predefinida de proveedores de servicios sanitarios al implantar un mecanismo de TPP. De esta forma, la mala calidad de la atención recibida en las instalaciones de la red –ya sea real o percibida– puede afectar la retención de clientes y la reputación del sistema de MSS. Como se ha indicado anteriormente en la Tabla 6.3, los esquemas de MSS con pago por liquidación pueden ser aún más vulnerables frente a los problemas de la calidad de la atención que los proveedores que utilizan incentivos financieros para restringir la atención.

Medir la calidad de la atención

Para promover la calidad de la atención, los sistemas de MSS deben encontrar formas objetivas para medirla *(véase el Recuadro 6.6).* Una forma de hacerlo es comparar el número real y el tipo de servicios (p.ej., las admisiones por cada mil clientes, el número de contratos con los proveedores de atención primaria sanitaria por persona y año, el número de recetas por consulta, el porcentaje de niños vacunados) con la morbilidad (enfermedad) y mortalidad (muerte) esperadas. Las normas de desarrollo pueden ser un desafío. En definitiva, con datos que disponen de un grado de calidad y cantidad suficiente, la comparación debería ser posible. Sin embargo, se debe tener mucho cuidado al interpretar los datos, ya que puede haber muchas variaciones naturales en lo referente a los resultados clínicos entre los pacientes.

Estas variaciones se explican, por ejemplo, por la nutrición, la educación, las condiciones sanitarias y la ocurrencia de desastres naturales o de origen humano.

Recuadro 6.6 **Control de la calidad de los servicios de atención sanitaria**

Zurich Bolivia y BancoSol tienen un mecanismo de TPP en curso con un tercero administrador (TPA), PROVID. PROVID recibe un pago por liquidación (y luego paga a los proveedores de servicios sanitarios contratados según diferentes métodos de pago, incluido el pago por servicio). PROVID supervisa el uso de los servicios sanitarios y gestiona los datos de los siniestros. También lleva a cabo periódicamente controles aleatorios de la calidad de los servicios en los centros de salud contratados, enviando a su personal para hacerse pasar por posibles pacientes para probar cómo son recibidos y atendidos.

Debido a que BancoSol distribuye el producto MSS a sus clientes de microfinanzas, se han colocado en los sucursales de BancoSol cajas para que los clientes asegurados puedan dejar allí sus comentarios y dar su opinión acerca de los servicios de MSS. Es fundamental para la institución de microfinanzas garantizar que los clientes estén satisfechos con el sistema de MSS, ya que puede afectar a la reputación de BancoSol.

Fuente: Autores.

Con los sistemas MSS se puede evaluar la frecuencia y el tipo de servicios sanitarios que se ofrecen a pacientes individuales, o por proveedores específicos. El evaluador (lo ideal es un experto de una clínica que utiliza el esquema de MSS) puede hablar con los proveedores de servicios sanitarios para discutir casos y tendencias inusuales y desarrollar las intervenciones apropiadas.

Establecer normas de calidad

En los siete estudios de caso, los contratos de los proveedores de salud establecen normas para diversos aspectos de la calidad. Por ejemplo, los contratos a menudo requieren que se trate a los pacientes asegurados de la misma manera que a los pacientes no asegurados en lo que se refiere al acceso a los servicios y los estándares clínicos de tratamiento. El comportamiento de los expertos de la salud respecto a los miembros de los planes de MSS debe controlarse para detectar cualquier evidencia de que los miembros reciban un servicio inferior. Esto puede ocurrir debido a una percepción de que un paciente que no paga con dinero en efectivo de su propio bolsillo en el momento en el que se presta el servicio, o que está recibiendo descuentos o tarifas especiales, es inferior en términos socioeconómicos. Algunos contratos sujetos a los mecanismos TPP estipulan la adhesión a los protocolos de tratamiento o guías de atención y aseguran la disponibilidad de medicamentos esenciales.

En otros contratos, como el de UMSGF *(véase el Recuadro 6.7),* a los proveedores de servicios sanitarios les está prohibido solicitar tasas adicionales más allá de las previstas en el plan de prestaciones, tales como, p.ej., copagos. Estas disposiciones existen para desalentar las prácticas fraudulentas que pueden estar muy extendidas en aquellos centros donde los salarios son bajos o prevalece una cultura de corrupción.

Para algunos sistemas de MSS, un contrato basado en el rendimiento puede ser un medio útil para mejorar la calidad de la atención sanitaria. GRET-SKY está probando un contrato basado en el rendimiento con un pago per cápita ajustado según las tasas de utilización. Se establecen los objetivos para la utilización de los servicios con cada proveedor y se asocia un pago por liquidación con este objetivo. Si la utilización real está por debajo de la prevista, se disminuirá el pago por liquidación a los proveedores reciben. Si la utilización supera el objetivo, a los proveedores de asistencia sanitaria también se les disminuye el pago de liquidación, pero en menor medida. El objetivo es alentar a los proveedores de servicios sanitarios para que logren una utilización óptima (deseable) y para desalentar una posible sobreutilización. Usar la utilización como un indicador indirecto de la calidad clínica puede ser útil en un contexto en el que puede ser que no estén disponibles medidas más específicas de la calidad clínica.

Recuadro 6.7

Mejorar la calidad de la atención

A pesar de las relaciones de colaboración con los proveedores de salud, la calidad de la atención es un desafío central para UMSGF. El plan de MSS ha adoptado una serie de medidas para mejorar la situación.

Los centros de salud contratados están infrafinanciados y se enfrentan a una gran escasez de medicamentos. Para mejorar la calidad de la atención (y la satisfacción de los clientes), UMSGF comenzó a cubrir los costes de los medicamentos comprados en farmacias privadas cuando habían sido recetados por un hospital contratado. Desafortunadamente, esta iniciativa resultó en un rápido aumento de los costes de los siniestros y, por lo tanto, tenía que pararse. Ahora, con el apoyo de los donantes se ha creado un fondo para comprar un stock de medicamentos que se pueden dar a los clientes cuando el proveedor contratado no tiene a disposición el medicamento recetado.

Además, se han creado incentivos financieros para alentar al personal médico que proporcionen la atención adecuada a los pacientes asegurados y limiten los pagos no autorizados por parte de los pacientes (por ejemplo, sobornos por obtener medicamentos). Más recientemente, se asignó a un "oficial de enlace" por cada centro de salud contratado para garantizar que los pacientes asegurados estén recibidos y atendidos adecuadamente.

Fuente: Autores.

Promover la calidad clínica a través de asesores médicos

En cuanto a la calidad clínica, estudios de casos muestran que los asesores médicos pueden desempeñar un papel clave en la medición de la calidad de la atención sanitaria a través de unos estándares definidos, sobre todo cuando un proveedor de la atención sanitaria no participa directamente en las solicitudes y la gestión de la atención (FMiA, UMSGF, GRET-SKY, SSBC). Un asesor médico supervisa la calidad de la atención con proveedores de servicios sanitarios a través de las siguientes funciones principales:

- **Evaluar si los pacientes asegurados reciben los servicios sanitarios apropiados** de acuerdo con su diagnóstico y su estado de salud. La evaluación puede ser 1) prospectiva, cuando se autoriza el tratamiento o se evalúa a un proveedor conforme a los criterios de participación de la red 2) concurrente, por ejemplo a través de la gestión de casos de hospitalización o 3) retrospectiva a través del análisis de siniestros, encuentros o encuestas de pacientes.
- **Monitoreo y controles periódicos de la calidad general de la atención sanitaria** en centros de salud contratados. Los indicadores de calidad pueden incluir criterios simples y fáciles de medir, tales como las horas de funcionamiento, la disponibilidad de personal médico, la disponibilidad de medicamentos esenciales y del equipo de diagnóstico y la higiene.
- **Implantación y seguimiento del cumplimiento de los protocolos de tratamiento estándar.** Estos protocolos pueden ser de dominio público y publicados por organizaciones como la Organización Mundial de la Salud o un Ministerio de Sanidad Pública, como es el caso en Camboya y Laos, o pueden ser propiedad privada y desarrollados por el sistema de MSS y/o sus proveedores de la red.

Promover la calidad del servicio mediante encargados de enlace

Los siete estudios de casos confirman que los clientes perciben un mayor grado de calidad de la atención sanitaria cuando un encargado de enlace les ayuda a acceder a los servicios sanitarios. Los encargados de enlace a menudo realizan tareas tales como:

- dar la bienvenida a los pacientes y ofrecerles orientación en el centro;
- verificar las prestaciones y la autorización de los pacientes a recibir la atención sanitaria;
- registro de nuevos miembros y cobrar las primas;
- visitar a los pacientes hospitalizados y actuar como defensor para garantizar que se estén proporcionando la atención y los servicios apropiados, así como ayudar a preparar al paciente y a su familia para cuando le den el alta, y
- recoger informaciones sobre la satisfacción de los pacientes y resultados a través de encuestas o entrevistas.

Los servicios de enlace pueden aumentar la percepción del valor y de la calidad y, a su vez, aumentar la confianza en el sistema y fomentar la renovación, lo que contribuye a la sostenibilidad del sistema. Sin embargo, ya que significan algunos costes, los planes de MSS deben evaluar cuándo y cómo prestar esos servicios de manera eficiente. Por ejemplo, el régimen debe decidir si prestar un servicio de enlace sólo para hospitalizaciones o también para pacientes en régimen ambulatorio. Se puede lograr un acuerdo óptimo de coste-beneficio, proporcionando un encargado de enlace a las instalaciones que tengan un número mínimo de clientes o siniestros (Microcare). Otra estrategia rentable en términos de costes puede ser cubrir varias instalaciones de forma rotativa, o sólo durante las horas pico (GRET-SKY). Los desarrollos tecnológicos como la difusión de los teléfonos móviles también han estimulado el desarrollo de centros de atención telefónica, que pueden proporcionar muchos de los servicios de enlace deseados de forma remota y a costes muy inferiores (cinco estudios de casos, incluyendo FMiA).

Garantizar el pago a tiempo a los proveedores de atención médica

En un contexto en el que los proveedores de servicios sanitarios a menudo tienen dificultades para mantener un flujo de recursos de pago suficiente para financiar las operaciones, es fundamental para un sistema de MSS con un mecanismo de TPP que efectúe puntualmente los pagos a los proveedores. Los contratos con los proveedores de servicios sanitarios suelen estipular las condiciones de pago, incluyendo el plazo máximo permitido para el pago de liquidación o reembolsos. El incumplimiento de las condiciones contractuales puede dar lugar a que se rechace el tratamiento de pacientes o que se exija un pago por adelantado, lo que puede dañar la reputación de los MSS entre los asegurados así como los proveedores, e incluso puede resultar en que se termine el contrato. Por lo tanto, la gestión de la calidad con un mecanismo TPP incluye el pago a tiempo de los proveedores de servicios sanitarios. El pago por cheque o transferencia electrónica puede reducir el riesgo de fraude o pérdida, aunque algunos sistemas (por ejemplo UMSGF y GRET-SKY) usan dinero en efectivo.

Las lecciones aprendidas de los mecanismos TPP retrospectivos que pagan a tiempo a los proveedores de servicios sanitarios son:

- El equipo de administración de siniestros tiene que tener una estructura clara y se debe realizar controles en centros específicos respecto a siniestros problemáticos.
- Un asesor médico debe realizar exámenes clínicos centrados sólo en casos problemáticos.
- Debe haber sistemas informáticos para proporcionar datos sobre precios y servicios cubiertos.
- Se necesitan sistemas descentralizados para recopilar los datos directamente en los centros de salud (ingresos y egresos).

– Las transferencias electrónicas y/o cheques deben utilizarse para pagar a los proveedores y ahorrar costes y tiempo y evitar los riesgos asociados a las transacciones en efectivo.

Microcare redujo su período de pago de siniestros de 30 a 14 días, con una reorganización del departamento de siniestros, creando cinco unidades, cada una especializada en una tarea en el proceso de gestión de siniestros *(véase el Recuadro 6.8).* En Yeshasvini, los proveedores de atención médica envían las reclamaciones a TPA, que las evalúa con el apoyo de un asesor médico. En una reunión mensual, Yeshasvini Trust revisa estos siniestros y los que ya han sido aprobados se pagan con cheque a TPA que, a su vez, paga a los proveedores de salud por cheque. Los plazos de pago para los proveedores de salud varían de 15 días (objetivo) a tres meses. Los retrasos en los pagos presentan, a menudo, problemas, sobre todo para las clínicas más pequeñas que tienden a tener problemas de liquidez.

Recuadro 6.8

La función de la gestión de siniestros

En 2009, Microcare reestructuró su equipo de gestión de siniestros que comprendía a 12 personas, creando cinco unidades. Cada unidad administrativa cumple una función distinta para mejorar la eficiencia:

1) **Facturación:** se compara los siniestros con las facturas de los proveedores de servicios sanitarios (enviadas a menudo en un paquete). Se envía eventuales discrepancias a la unidad de investigación.
2) **Registro de datos:** se introdujeron los datos de siniestros impresos sobre papel en la base de datos informática. El sistema alerta automáticamente al personal de Microcare cuando los gastos por servicios esenciales y medicamentos superan los límites aceptables. Se realiza una consulta para validar si los gastos o cargos son adecuados.
3) **Análisis de datos:** un médico controla si el diagnóstico y el tratamiento correspondiente son adecuados, y un especialista en medicamentos comprueba los precios y las prestaciones de los medicamentos autorizados para identificar posibles casos de fraude o de facturación inadecuada. Se sigue investigando los siniestros cuestionables; los siniestros aprobados son enviados al centro de avisos a fin de que, con una factura, los siniestros dudosos no causen retrasos para todo el paquete.
4) **Estudio:** los administradores examinan a los proveedores de servicios sanitarios para resolver preguntas respecto a siniestros (p.ej., falta o incoherencia de información, cargos o gastos inexplicables).

5) **Presentación de informes:** se envían los siniestros aceptados a un supervisor para una revisión y aprobación final, lo que conlleva una solicitud al departamento de contabilidad para que ordene el pago.

Fuente: Autores.

Con la liquidación, el plan de MSS paga una cantidad fija por persona asegurada asignada a un proveedor de atención médica. Un enfoque de pago per cápita puede resultar bastante sencillo si la información de inscripción es correcta, llega a tiempo y no cambia durante un período largo. Los pagos de liquidación se vuelven difíciles de administrar si un esquema permite la inscripción abierta, o si se requieren ajustes retroactivos debido a datos de inscripción demorados o incorrectos. La liquidación puede ser más difícil de administrar si los pagos per cápita se hacen con más frecuencia (p.ej. cada mes) y los pagos de los miembros varían en función de factores como la edad, el sexo o la ubicación (GRET-SKY, SSBC – *véase el Recuadro 6.3).* Pueden surgir otros retos en relación con el cobro de las primas y la administración de las pólizas. Por ejemplo, puede ser obligatorio un período de espera para reducir la selección adversa, lo que requiere que el sistema posponga pagos de liquidación hasta que haya transcurrido el período de espera, o se puede aplicar un período de gracia para primas sin pagar antes de cancelar una póliza, por lo que le resulta difícil al régimen de MSS realizar pagos *(véase el Recuadro 6.9).* Dado que pueden producirse estos casos complejos y los esquemas van ampliándose, requerirán mejores microseguros de salud.

Recuadro 6.9

Equilibrio entre primas y pagos de liquidación

Los retrasos o las deficiencias en el cobro de primas pueden tener como consecuencia que un plan de MSS se quede con fondos insuficientes para hacer los pagos de liquidación anticipados a los proveedores de atención médica. Dos esquemas, SSBC y GRET-SKY, permiten un período de gracia de tres meses para que los miembros paguen las cuotas mensuales pendientes. En el SSBC, los miembros pueden evitar la cancelación del contrato si pagan las primas pendientes de tres meses en el momento de pagar la prima del cuarto mes, pero muchos no pueden; y los encargados de los esquemas locales de cobrar las primas se resisten a aplicar las cancelaciones. En cambio, los miembros pueden pagar por un mes, a continuación omitir dos, y luego de nuevo pagar por un mes para evitar la cancelación, al menos hasta que se pueda utilizar los servicios sanitarios previstos. Esto aumenta el trabajo administrativo y afecta la capacidad de los sistemas de hacer pagos de liquidación a tiempo a los proveedores de servicios sanitarios.

Para minimizar estas dificultades, GRET-SKY solicita que se paguen primas por tres meses en el momento de darse de alta para establecer reservas en efectivo

para los pagos de liquidación y reducir la incidencia de primas no pagadas. Este enfoque no se ha aplicado en SSBC Lao PDR, ya que los planes de distrito no están informatizados y no se puede gestionar pagos de primas anticipados.

Fuente: Autores.

6.3 Conclusión

Se encuentra un mecanismo de TPP en la mayoría de los esquemas de MSS analizados. Este resultado se debe probablemente a las ventajas potenciales de un TPP, especialmente en lo respecto a la mejora del valor para el cliente mediante la eliminación de todos o la mayoría de los costes de la atención sanitaria que hay que pagar del propio bolsillo. Un mecanismo TPP también ofrece las siguientes ventajas potenciales para los sistemas MSS:

- fijación de primas más racional y razonable para los servicios sanitarios;
- aumento de la calidad de la atención, lo que puede llevar a mejores resultados sanitarios;
- mejor utilización de los servicios, lo que mejora la atención y reduce los costes;
- mejora de la eficiencia administrativa, y
- mejor servicio al cliente.

A pesar de estas ventajas, los mecanismos de TPP también tienen potenciales desventajas que los sistemas MSS deben controlar y administrar, como por ejemplo:

- la falta de proveedores de calidad para construir una red de proveedores adecuados que ofrece a sus clientes todos los servicios cubiertos, así como la elección y conveniencia;
- la falta de voluntad de los proveedores de servicios sanitarios de firmar los contratos como parte de un mecanismo de TPP, en particular, estar de acuerdo con las necesidades financieras y administrativas impuestas por el régimen;
- la falta de tecnología de sistemas de informática;
- dificultades en el seguimiento y la gestión de los costes de los siniestros y los gastos administrativos sin la creación de procedimientos engorrosos (y costes);
- los riesgos de fraude y abuso, tanto por parte de los clientes como de los proveedores de atención médica.

Los sistemas MSS nombran numerosas lecciones aprendidas sobre los mecanismos TPP:

- Para que la contratación con los proveedores de servicios sanitarios tenga éxito se requiere un enfoque a largo plazo hacia una cooperación. Los proveedores podrán acordar mecanismos de pago alternativos, como la liquidación, siempre que tengan la sensación que las condiciones son suficientes para que puedan cubrir los costes y obtener beneficios razonables.
- La capacidad del sistema de MSS para manejar los costes asociados al riesgo moral, el fraude, los siniestros y la administración, al tiempo que proporciona un servicio a tiempo a los clientes y proveedores de servicios sanitarios, dependerá en gran medida de la calidad y eficiencia de sus sistemas informáticos de gestión.
- Los enfoques que fomentan una mejor atención sanitaria incluyen: a) una evaluación del grado en que los pacientes asegurados obtienen servicios apropiados según el diagnóstico y su estado de salud y b) un control de la calidad de la atención en cuanto al cumplimiento de los protocolos de tratamiento estándar.
- Los enfoques para mejorar la calidad percibida de la atención médica incluyen:
  - la localización de un encargado de enlace en los centros con proveedores de servicios sanitarios para apoyar la admisión y la planificación del alta;
  - el seguimiento de indicadores simples y verificables de la calidad percibida de la atención, como las horas de servicio y la satisfacción del paciente;
  - la creación de un servicios telefónico de asistencia 24 horas (lo ideal sería que fuera gratuito).
- Con métodos de pago que transfieren un riesgo financiero a los proveedores de servicios sanitarios (basados en casos concretos, por día o por liquidación per cápita) es más fácil contener los costes que en el caso de pagos de honorarios por servicio, pero requieren medidas adicionales para controlar la calidad de la atención médica. Estos métodos suelen ser más difíciles de negociar con los proveedores de servicios sanitarios.
- La liquidación per cápita puede ser apropiada para trastornos de salud muy frecuentes/de bajos costes (es decir, son más previsibles), como la atención ambulatoria, sin poner en peligro la salud financiera de los proveedores de la atención sanitaria, y parece ser apropiada para contextos en los que se puede lograr una masa crítica de inscripción con los proveedores.
- En caso de los sistemas de MSS que pagan las reclamaciones basadas en una cuota por servicio, puede existir la tentación de restringir la atención cubierta para limitar el número y los costes de los siniestros para responder a los incentivos financieros de los proveedores de servicios sanitarios a prestar servicios en exceso.

Además, hay sistemas de MSS que pueden contratar a un tercer administrador (TPA) para gestionar su mecanismo de TPP y mantener una red de proveedores de atención médica adecuada, especialmente cuando quieren ampliar sus prestaciones y expandir su alcance geográfico. En la mayoría de los países en vías de desarrollo puede ser difícil encontrar servicios de TPA asequibles, diseñados para los pobres, que trabajen bien, aunque esto está cambiando con el desarrollo de sistemas basados en Internet, tales como el uso de teléfonos móviles para la transmisión de datos. Una revisión más a fondo de la disponibilidad y los pros y contras de las TPA merece una mayor consideración.

Dado que un esquema madura y llega a un cierto tamaño y complejidad, se hacen cada vez más necesarias inversiones en tecnologías informáticas y la mejora de la recogida y el análisis de los datos, no sólo para gestionar el riesgo moral, sino también para evaluar la calidad de la atención sanitaria y para identificar formas de mejorar el producto. El despliegue de la tecnología de la informática con un mayor análisis de los resultados del plan debe ser parte del plan de negocios del régimen para lograr más volumen y viabilidad.

7 La búsqueda difícil de obtener estimaciones de la voluntad a pagar por los microseguros de salud

David Dror y Ruth Koren

Los autores agradecen los comentarios y sugerencias útiles de cuatro revisores: Aparna Dalal (ILO), Denis Garand (DGA), Michael J. McCord (MicroInsurance Centre), y Lisa Morgan (Milliman).

Centrarse en las personas pobres en los países de bajos ingresos (PBI) implica una restricción de precio para aquellos que tienen previsto poner a disposición seguros de salud. El reto consiste en fijar un nivel de precio para el seguro de salud que garantice un equilibrio entre gastos e ingresos, al menos a largo plazo, y que sea accesible y atractivo para la gente pobre. Se puede lograr este equilibrio, o bien limitando los gastos al nivel de los ingresos por primas disponibles en caso de una participación voluntaria –a pesar de que una "unidad de afiliación" puede incluir a más de un individuo, por ejemplo, familias enteras o comunidades enteras, como suele ser el caso en los seguros de salud mutualistas y comunitarios–, o bien definiendo primero el paquete de prestaciones, y luego las primas necesarias para cubrir los costes; este último procedimiento es típico para los regímenes obligatorios y comerciales.

Este capítulo se concentra en la cuestión de la participación voluntaria en el seguro de salud. Debemos explicar, en primer lugar, por qué las personas con bajos ingresos estarían dispuestas a comprar un seguro, ya que esto puede aclarar cuántas personas estarían dispuestas a pagar. Una explicación bien conocida ligada a la teoría de la utilidad esperada es que el seguro es una forma de compensación entre una pérdida incierta pero potencialmente muy grande (que ocurre si el no asegurado tiene que pagar por el riesgo) y una cierta pero pequeña pérdida (ocasionada por tener que pagar una prima que elimina el riesgo no asumible). El supuesto implícito es que todas las personas tienen una aversión al riesgo. Sin embargo, en un entorno de bajos ingresos, esto no siempre es verdad; por una parte, las primas más bien se pueden considerar un coste de alto riesgo que un coste que reduce el riesgo, sobre todo cuando las personas que han pagado la prima no reciben ninguna prestación a cambio (incluso cuando hayan incurrido en algunos gastos de salud). Por otra parte, esta teoría no revela cuántas personas estarían dispuestas a pagar por tener seguridad en cuanto a su exposición al riesgo. Por ejemplo, ¿vale la pena pagar 100 ó 150 INR (2,25 o 3,40 US$) por una cobertura de hospitalización de hasta 5.000 INR (115 US$)? La teoría tampoco aborda qué relación puede haber entre la disposición a pagar y los niveles de ingresos (es decir, las personas más ricas, ¿están dispuestas a pagar una parte diferente de sus ingresos que los más pobres por el mismo seguro?), los niveles de

exposición al riesgo (por ejemplo, una exposición previa al riesgo asegurado, ¿afecta al número de personas dispuestas a pagar una prima?) u otros parámetros importantes (por ejemplo, ¿cómo influye la educación sobre la disposición a pagar?). Una mejor comprensión de los parámetros que puedan afectar a la disposición a pagar puede ser muy útil para los profesionales y los redactores de pólizas para el diseño de un producto de seguro que se adapte a la población objetivo.

Una forma de estimar la disposición a pagar es seguir el método de revelar las preferencias, introducido por primera vez por Samuelson (1938). La revelación de preferencias (RP) es un enfoque de modelado predictivo para la disposición a pagar que se basa en el estudio del comportamiento de compra real, no del producto que nos interesa, sino de otros productos relacionados; a partir de éste queremos identificar el valor que las personas le dan a –o estarían dispuestos a pagar por– un producto del cual no existe información de compra. Las primeras aplicaciones del enfoque RP se hicieron en la década de los cuarenta para predecir el importe que podría cobrarse por la entrada a los Parques Nacionales de los Estados Unidos; en ese momento, no había información sobre los precios debido a que los Parques Nacionales eran algo nuevo y, hoy en día, ocurre lo mismo con los microseguros. Se utilizaban los gastos de viaje de las personas para sacar conclusiones sobre la disposición a pagar. En el contexto de nuestra investigación no hemos podido encontrar ningún estudio publicado sobre las estimaciones de la disposición a pagar por microseguros de salud (MSS) que hayan utilizado el método de las preferencias reveladas; queda pendiente, pues, la cuestión clave de una conclusión o un parámetro adecuado para estimar la disposición a pagar por un seguro de salud.

La otra alternativa, llamada preferencias declaradas (PD), consiste en preguntar a las personas lo que estarían dispuestos a pagar por una cobertura de seguro que todavía no tienen y que tal vez ni siquiera existe en el mercado. Hay varias maneras de evaluar a bienes que aún no hay en el mercado. Una de las más utilizadas, llamada evaluación contingente (EC), consiste en usar métodos de estudio para confrontar a los encuestados con escenarios hipotéticos sobre una intervención sujeta a evaluación (o, en este caso, un producto de seguro). Se les pide a los encuestados que piensen en un mercado real para los beneficios y que indiquen el importe máximo que estarían dispuestos a pagar por ellos.

La disposición a pagar parece ser que se ve afectada por la capacidad de pago y por aspectos individuales y culturales que determinan la percepción del beneficio. Queríamos examinar la evidencia de esto, y empezamos con una revisión sistemática de la literatura. Después de concluir con eso (en 2010), encontramos varios estudios de varios países de Asia y en África sobre la disposición a pagar por un seguro de salud entre los pobres en países de bajos ingresos (la población objetivo de los microseguros). Este capítulo contiene una comparación de los

resultados de estos estudios, en particular las características que surgieron como variables explicativas de la disposición a pagar, algunas de las cuales dependen del tiempo y del entorno, mientras que otros parecen describir los principales factores determinantes de la disposición a pagar por un seguro de salud entre los pobres en países de bajos ingresos. El documento termina con un resumen de las conclusiones que apuntan a cómo se pueden obtener estimaciones sobre la disposición a pagar, mientras que, al mismo tiempo, ponen de relieve las limitaciones inherentes a los métodos utilizados para obtener informaciones sobre la disposición a pagar.

7.1 Métodos para evaluar la disposición a pagar

Una cuestión metodológica crucial en la "evaluación contingente" (EC) es la forma de evaluar las informaciones sobre la disposición a pagar. Por un lado, las respuestas podrían estar influenciadas por el producto en cuestión y por las características de la población objetivo. Sin embargo, el proceso de obtener datos puede afectar los resultados de las encuestas sobre la "evaluación contingente", respecto a cuestiones como 1) ¿Cómo se obtiene y presenta la información? ¿Está clara y completa? ¿Puede uno imaginarse la situación? 2) ¿Cómo pagaría la gente cuando se produce un trastorno o situación que requiere atención médica (por ejemplo, de su propio bolsillo, a través de impuestos o un seguro de salud)? 3) ¿Durante qué período de tiempo se valora el producto? Esto proporciona el presupuesto de la parte que contesta y las restricciones de liquidez. 4) ¿Cómo se administra la encuesta (p.ej., se trata de respuestas individuales o de grupo?)?

Existe un considerable debate sobre el formato exacto que deben tener las preguntas, ya que cada formato parece propenso a presunciones *(véase el Cuadro 7.1).*

7.1.1 Formato de final abierto

Las aplicaciones de EC empezaron usando formatos abiertos, en los que se pedía a los participantes que indicaran el importe que mejor coincida con su valoración del paquete de seguros hipotético presentado. Los encuestados tuvieron dificultades en responder a estas preguntas, por lo que las tasas de respuestas han sido bajas y presentan un alto grado de variación. Debido a los resultados decepcionantes se han desarrollado formatos alternativos de tipo cerrado.

7.1.2 Los formatos de tipo cerrado

El "juego de subasta" ("bidding game" – BG) es un ejemplo de un formato de tipo cerrado en el que se pregunta al entrevistado si él o ella está dispuesto/a a pagar una cantidad determinada. Dependiendo de la respuesta, la oferta se reduce o se eleva y luego se pregunta de nuevo a la persona acerca de esta nueva oferta ("BG bi-direccional"). Este proceso continúa hasta que se encuentre la cantidad máxima que la persona está dispuesta a pagar ("DAP"). Alternativamente, el BG "unidireccional" podría ser en orden ascendente, y en este caso la oferta inicial es muy baja y se incrementa hasta que los encuestados rechazan la oferta, o descendente; en este caso la oferta inicial es muy alta y se baja hasta que los encuestados aceptan la oferta. Se supone que el BG descendente provoca una mayor disposición a pagar. Un problema con el BG es que el importe máximo en el proceso de la subasta puede ser influenciado por el importe de la primera oferta; una primera oferta más alta resulta normalmente en una DAP superior. Esto se llama "presunción en el punto de partida".

Otro método, llamado la "técnica de elección dicotómica" (DC) consiste en pedir a las personas que respondan a la pregunta de si estarían dispuestas a pagar una cantidad específica por un determinado producto con "sí" o "no". Se calcula la curva de la demanda, variando la cantidad de la oferta entre los encuestados y el campo bajo la curva de la demanda representa la DAP media.

Una variación de la técnica de DC es la "elección dicotómica con una pregunta de seguimiento". Primero, los encuestados declaran si están dispuestos a pagar una cantidad especificada y en el segundo paso, los que dijeron que "sí" obtienen una oferta más alta y los que dijeron que "no" una oferta más baja. De acuerdo con Asfaw y Braun (2005), los problemas con la presunción en el punto de partida pueden reducirse en parte por la presencia de la segunda oferta.

Otra variante de la DC es el enfoque de "take it or leave it – TIOLI" (acéptalo o déjalo), en el que durante las encuestas con un gran número de personas se le hace una pregunta a cada encuestado. A continuación, se analizan los datos, utilizando técnicas econométricas para identificar la forma de la distribución. La dificultad con este enfoque es identificar la gama relevante de las ofertas de muestras necesarias para obtener una estimación precisa.

Otro método similar se llama la "tarjeta de pago" (PC). Se pide a cada persona que seleccione su máxima disposición a pagar de la misma lista de valores posibles, que proporciona al encuestado un contexto claro para hacer la valoración. El método PC consiguió una tasa de terminación superior y generó evaluaciones más altas que el formato abierto. No se expone a las distorsiones en el punto de partida (como el juego de subasta) o a decir que "sí" (en el caso de la elección dicotómica) pero la potencial presunción que existe cuando se utiliza el método de la PC es la "presunción media": los encuestados tienden a indicar su disposición a pagar máxima en el centro de la tarjeta. Según Bayoumi (2004),

utilizando el método de la PC con un proceso de subasta posterior puede definir el valor con mayor precisión.

Tabla 7.1 **Ventajas y desventajas de distintos métodos de evaluación**

Formato de evaluación	*Pros*	*Contras*
Formatos abiertos (open-ended formats – OE)	Método sencillo y fácil	– difícil de contestar – baja tasa de respuestas – los resultados son propensos a valores extremos – presunción de cumplimiento
Formatos cerrados		
Juego de subasta (bidding game – BG)	– fácil y sencillo de contestar – fácil para aquellas personas que están acostumbradas a regatear para obtener sus bienes diarios	– presunción en el punto de partida
Elección dicotómica (dichotomous choice – DC)	– método fácil y sencillo; el entrevistado sólo tiene una o dos opciones para elegir	– resulta en estimaciones de la DAP superiores en comparación con OE y PC – presunción en el punto de partida – presunción por decir que "sí"
TIOLI	– método sencillo; el encuestado sólo tiene que una opción	– presunción por decir que "sí"
Tarjeta de pago (payment card – PC)	– contexto comprensible para hacer la evaluación – apto para autoadministrarse – apto para colección de datos (sin supervisión o cuestionario postal)	– presunción de rango – presunción en el punto de partida – presunción en el punto medio – presunción hipotética – efecto "warm glow"/presunción de convenciencia social

7.2 Buscar experimentos DAP relevantes

Para lograr un lanzamiento exitoso de MSS, es importante entender la DAP respecto al contexto de las partes interesadas. Los tres temas que son de especial interés son los siguientes: 1) ¿Cuáles son las dificultades asociadas con predecir la DAP si la investigación debe llevarse a cabo antes de que los encuestados realmente puedan comprar microseguros de Salud? 2) ¿Qué variables explican las diferencias en la disposición a pagar entre los hogares en el mismo lugar y en diferentes lugares y momentos? Y 3) ¿cómo se puede obtener estimaciones sobre la DAP fiables y comparables invirtiendo lo mínimo en cuanto a tiempo y dinero?

Con el fin de revisar lo que se ha hecho en este sentido, hemos buscado en la literatura en 2010, incluyendo una búsqueda en la base de datos MEDLINE; los términos de búsqueda incluyeron: "DAP" o "disposición a pagar" y "seguro de salud". Obtuvimos 179 coincidencias; una búsqueda refinada se basa en cruzar la palabra "disposición a pagar" con "seguro de salud" o "prepago de salud" y una de las siguientes palabras: "países en desarrollo", "Asia", "África", "América Latina" "bajos ingresos" "pobres", "microseguros" o "SSBC (seguro de salud basado en la comunidad)". Se obtuvieron como resultado 18 artículos relevantes sobre el tema

"disposición a pagar por un seguro de salud en los países de bajos ingresos". También hemos evaluado las referencias de los artículos arriba indicados para identificar informes adicionales que no aparecieron en las búsquedas en línea; se identificaron dos artículos (uno trata de un estudio llevado a cabo en Pakistán y el otro en Camerún), con lo que se obtuvieron, en total, 20 artículos.

Un examen detallado de los artículos reveló que tres experimentos fueron mencionados en más de un artículo, por lo que este capítulo se basa en 14 estudios experimentales de campo que evalúan la disposición a pagar por un seguro de salud entre las personas de bajos ingresos en los países en desarrollo indicados en 20 artículos. Los países incluían Burkina Faso (cinco artículos), Camerún, China (dos artículos), Etiopía (dos artículos), Ghana, India (dos artículos), la República Islámica del Irán, Namibia, Nigeria (dos artículos), Pakistán, República Unida de Tanzania y Vietnam.

En la Tabla 7.2 se resumen los métodos de recogida de datos utilizados en los estudios de campo. Todos los investigadores utilizaron el enfoque de EC, pero con grandes diferencias respecto al método de obtener la DAP y las definiciones de diversos parámetros.

Tabla 7.2

Resumen de los datos, lugares y métodos de recogida de datos utilizados para obtener información sobre la DAP[1]

Autores	*Fecha*	*Prueba*	*País*	*Objetivo*[3]	*Unidad de estudio*	*Método*
Walraven	1996	821 I + 1 500 HH	República Unida de Tanzanía	DAP para plan de seguro de salud local	I + HH	OQ
Asenso-Okyere et al.	1997	164 ciudad + 142 rural	Ghana	DAP para un seguro de salud	HH	BG
Mathiyazhagan	1998	1.000	India	DAP por un SSBC rural	HH	OQ
Masud et al.	2003	600	Paquistán	DAP para atención primaria en el seguro de salud	HH	OQ
Dong y al.	2003	2. 414 I + 705 HH	Burkina Faso	DAP para SSBC	I + HH	TIOLI + BG
Binam et al.	2004	471 rural	Camerún	DAP por SSBC	HH	BG
Asgary et al.	2004	2.139	Irán	DAP por un seguro de salud rural	HH	BG
Asfaw y Braun	2005	550	Etiopía	Posibilidades de evaluación para un SSBC rural	HH	DC + F
Bärnighausen et al.	2007	621	China	DAP para un seguro de salud básico	I	PC
Ying et al.	2007	2.671	China	DAP para un seguro de salud privado (sector informal urbano)	I	BG + OQ
Dror et al.	2007	3.024	India	DAP para SSBC	HH	BG
Lofgren et al.	2008	2.070	Vietnam	DAP para un seguro de salud	HH	TIOLI + OQ
Gustafsson-Wright et al.	2009	1.700	Namibia	DAP por un seguro de salud de costes bajos	HH	DC + F
Onwujekwe et al.	2010	3.070	Nigeria	DAP para SSBC	I + HH	BG + OQ

[1] Alrededor del 90 por ciento de la población objetivo de 1.000.000 decidió permanecer sin seguro durante el primer año de funcionamiento de SSBC.
I = individual; HH = hogares; OQ = pregunta abierta; BG = juego de subasta; DC + F = elección dicotómica con pregunta de seguimiento; PC = tarjeta de pago.

Algunos investigadores utilizaron preguntas abiertas tales como *"¿Cuánto pagaría por un seguro de salud?"* (con explicaciones detalladas del producto de seguro de salud en cuestión). Walraven evaluó la DAP con la pregunta: *"¿Cuánto estaría dispuesto a pagar por año para cada miembro de su familia (para que esté amparado por los servicios en un hospital)?"* Masud et al. también utilizan una pregunta directa, a saber: *"Estaría dispuesto a pagar [pagar por adelantado] por la atención sanitaria en un centro de salud estatal? … ¿Y cuál es el importe máximo que estaría dispuesto a pagar?"* Mathiyazhagan (1998) y Lofgren et al. (2008) introdujeron por primera vez un precio de referencia al pedir a los encuestados si estarían de acuerdo en pagar una determinada cantidad. La encuesta fue del tipo TIOLI, e independientemente de la respuesta, se les preguntó a todos los participantes cuál sería el importe máximo que estarían dispuestos a pagar; este último importe

fue registrado como DAP de los entrevistados. Onwujekwe et al. (2010) utilizaron el método DC con seguimiento, seguido por una pregunta directa: *"¿Cuál es realmente la cantidad máxima que está dispuesto a pagar por un SSBC?"*. Esta última cifra fue registrada como DAP.

Binam et al. (2004) utilizaron un juego de subasta bidireccional para evaluar la disposición a pagar con cuatro ofertas iniciales como referencia. Ying et al. (2007) utilizaron un método compuesto que consiste en un juego de subasta bidireccional seguido por una pregunta abierta que se presentó, sin embargo, sólo a los encuestados que o bien rechazaron la oferta más baja o aceptaron la oferta más alta. La pregunta abierta fue: *"¿Cuál es el importe más elevado que Ud. [el entrevistado] estaría dispuesto a pagar?"* Hay que recordar que los encuestados conocían la última oferta, que era su referencia. Ying et al. (2007) utilizaron la pregunta abierta (además del juego de subasta bidireccional) con el fin de evitar que los datos se corten. Ying et al. (2007) utilizaron la misma oferta inicial para todos los encuestados. Otros investigadores que llevaron a cabo un juego de subasta bidireccional eligieron diferentes ofertas iniciales para los distintos grupos de encuestados. Dong et al. (2003) utilizaron 13 ofertas iniciales diferentes, asignados al azar a los encuestados. Esta multiplicidad de ofertas iniciales podría llevar a una presunción en el punto de partida, ya que los encuestados pueden pensar que la oferta inicial representa el valor, o llega muy cerca, del bien o servicio en cuestión. Dror et al. (2007) utilizaron un juego de subasta unidireccional y descendente, cuyo objetivo fue obtener informaciones más precisas sobre la máxima DAP, que es la más importante para las decisiones respecto a las pólizas. Usaron una oferta inicial que pensaban que era demasiado alta, con el fin de examinar la expresión cuantitativa de la "máxima disposición a pagar por un seguro de salud"; de hecho, el 18,4 por ciento de los encuestados aceptó la oferta inicial, lo que podría sugerir que si la intención era simplemente que sirviera como referencia, la oferta no ha sido lo suficientemente alta. Asenso-Okyere et al. (1997) también optaron por un juego de ofertas unidireccional y descendente. El 40,1 por ciento de los encuestados aceptó la oferta inicial, por lo que se podría pensar que no era la mejor referencia para obtener la máxima disposición a pagar. Se observa que Dong et al. (2003) y Binam et al. (2004) no encontraron en sus bases de datos evidencia significativa de presunciones en el punto de partida. Sin embargo, utilizaron juegos de subasta bidireccionales con múltiples ofertas iniciales. Se supone que un BG unidireccional con la misma referencia para todos los encuestados podría neutralizar la presunción en el punto de partida y mejorar la comparabilidad de los resultados de los hogares encuestados.

En los artículos revisados hubo también un experimento que aplica un juego de ofertas unidireccional ascendente. Asgary et al. (2004) lo aplicaron en las zonas rurales de Irán para estimar la demanda y la disposición a pagar por un seguro de salud. Estos investigadores utilizaron tres ofertas iniciales como refe-

rencia, cada una presentada a una tercera parte de los encuestados. Una respuesta negativa a la oferta inicial fue registrada como que la disposición a pagar equivalía a cero; por otra parte, se registró la oferta más alta aceptada. Bärnighausen et al. (2007) utilizaron una evolución ascendente modificada en su estudio entre los trabajadores del sector informal en Wuhan, China. Ellos evaluaron las respuestas usando el método "tarjeta de pago".

Asfaw y Braun (2005) y Gustafsson-Wright et al. (2009) utilizaron el DC con el seguimiento (que ellos llaman "evaluación contingente de doble vínculo; DBCV, por sus siglas en inglés"), mediante el cual a los encuestados se dan dos ofertas, una oferta inicial y una segunda oferta. A los encuestados que rechazaron la oferta inicial se les presentó una segunda oferta más baja, y a los que aceptaron la oferta inicial se les dio una segunda oferta más alta. Después de estas dos ofertas, el juego terminó; a continuación, se clasifica a los encuestados en cuatro grupos : los que dijeron "sí" + "sí", "sí" + "no", "no" + "sí" y "no" + "no". Entonces, se estimarán los valores medios respecto a la disposición a pagar mediante la maximización de una función de verosimilitud logarítmica.[1]

La información más sorprendente que se obtuvo en esta revisión de estudios DAP empírica es la gran variedad de los métodos utilizados. Esta diversidad hace que sea difícil comparar las estimaciones cuantitativas de la DAP a través de los estudios, ya que utilizan diferentes métricas. Es posible presentar explicaciones cualitativas de las variaciones en la disposición a pagar dentro de cada grupo de encuestados, pero no existen "reglas de traducción" claras para comparar juegos de licitación unidireccionales y bidireccionales, subiendo y bajando las trayectorias, o los que utilizan una pregunta abierta, los que ofrecen una sola oferta (TIOLI) y los que estiman la DAP después de varias ofertas. Además de la diversidad metodológica, hay diferencias socioeconómicas (inherentes a diferentes lugares, que se tratan en los siguientes capítulos), y las diferencias relacionadas con la elección de los investigadores para medir la disposición a pagar de una familia en lugar de la DAP de personas individuales, mientras que en otros estudios se tomó la decisión de incluir ambas unidades. La diversidad de los métodos de obtención utilizados destaca la dificultad de comparar los resultados cuantitativos a través de varios estudios.

7.3 Principales conclusiones

En esta sección se resumen los resultados obtenidos de los estudios sobre la disposición a pagar por microseguros de salud. Los resultados indican que hay muchos factores que pueden afectar esta decisión, incluyendo características socioeconómicas, demográficas y geográficas, así como las experiencias de los encuestados con los servicios de salud y los gastos.

1 Con este método, los valores de DAP (o la distribución de estos valores) no se obtienen directamente de las respuestas de los encuestados.

7.3.1 Ingresos/estatus socioeconómico/demografía y DAP

La mayoría de los estudios parten intuitivamente de la suposición de que la DAP por un seguro de salud se asocia con los ingresos, porque los hogares serían capaces de pagar más por adelantado a medida que aumentan sus ingresos. Tratamos de verificar esta importante premisa, yuxtaponiendo DAP e ingresos (o valores sustitutivos) en los estudios descritos anteriormente (que se resumen en la *Tabla 7.3).*

Tabla 7.3

Relación entre ingresos y la disposición a pagar

Autores	*Valor representativo del ingreso utilizado*	*DAP (% del valor representativo del ingreso)*	*Tendencia*[1]
Walraven	Gastos semanales por cada adulto	3,20	n.s.
Asenso-Okyere et al.	Ingresos autoinformados (encuesta HH)	1,9 rural y 2,5 urbano	Hacia arriba
Mathiyazhagan	3 categorías: bajo, medio y alto (criterios no específicos)	s.r.	Hacia arriba
Masud et al.	Puntaje socioeconómico e ingresos	3,0 (solo si la DAP>0)	Hacia arriba
Dong et al.	Consumo/gastos	2,15 (calculado)	Hacia arriba
Binam et al.	Ingresos de los encuestados	2,54 (ingresos promedios estimados)	Hacia arriba
Asgary et al.	"Variables de riqueza e ingresos" basadas en activos	1,4 (ingresos promedios estimados)	n.s.
Asfaw y Braun	Ingresos anuales agrícolas y no agrícolas	1,4 (calculado)	Hacia arriba
Bärnighausen et al.	Ingresos autoinformados (encuesta HH)	4,6, 7,8, 6,8, 6,9 (4 paquetes)	Hacia arriba
Yinget al.	Ingresos autoinformados (encuesta HH)	1,4, 2,0, 2,2 (3 paquetes)	Hacia arriba
Dror et al.	Ingresos autoinformados (encuesta HH)	1,35 ingresos, 1,8 gastos (median)	Hacia arriba
Lofgren et al.	2 categorías: hogares pobres/ricos (determinados por los líderes locales).	s.r.	Hacia arriba
Gustafsson-Wright et al.	Consumo/gastos	2,25	Hacia arriba
Onwujekwe et al.	Índice SES, basado en activos	s.r.	Hacia arriba

[1] Hacia arriba = aumento de la DAP con los ingresos, n.s. = No significativo.

Hay que destacar en primer lugar que en nuestro contexto la estimación de los ingresos es muy compleja y poco fiable por el efecto acumulativo de que 1) existen sólo informaciones parciales (o ninguno) sobre los ingresos de las familias que trabajan en la economía informal (que representan la mayoría de los pobres en los países de bajos ingresos), 2) una irregularidad endémica y persistente en cuanto a ingresos corrientes debido a las fluctuaciones estacionales y las características de empleo irregulares de jornaleros y trabajadores por cuenta propia en la agricultura o en las empresas familiares y 3) la alta de precisión generalizada en los autoinformes sobre ingresos debido a la confusión sobre el valor monetario de los ingresos no monetarios.

Como era de esperar, los diferentes investigadores utilizaron diferentes métodos para obtener valores representativos. Un método comúnmente utilizado es el autoinforme sobre los ingresos que se obtiene a través de una encuesta. Dado que puede haber muchas fuentes de ingresos en los hogares, es poco probable que se obtenga una estimación fiable a una pregunta directa como *"¿A cuánto ascienden los ingresos de la familia?"*. Por lo tanto, la mayoría de los que realizan una encuesta utilizan una serie de preguntas, pero no existe un estándar uniforme.

Asenso-Okyere et al. (1997), Asfaw y Braun (2005), Bärnighausen et al. (2007), Ying et al. (2007), Masud et al. (2003) y Dror et al. (2007) informaron de que habían obtenido datos sobre los ingresos de los hogares o los ingresos personales a través de encuestas.

Muchas veces la información sobre gastos/consumo es utilizada porque se considera más fiable que la información sobre ingresos en los países en vías de desarrollo. La OMS utiliza estos datos, y muchos gobiernos de países de bajos y medianos ingresos recopilan en las encuestas oficiales información sobre el consumo/gasto, más que sobre los ingresos (p.ej., la Indian National Sample Survey Organization). Masud et al. (2003), además de los ingresos, han creado un "puntaje socioeconómico" basado en activos. Asgary et al. (2004) y Onwujekwe et al. (2010) construyeron "variables de riqueza e ingresos" ligeramente diferentes sobre la base de los activos. Dror y al. (2007) también plantean preguntas sobre los gastos de los hogares encuestados, además de sobre la renta, y se encontró una correlación altamente significativa entre ambas variables. Otros investigadores de la DAP para SSBC utilizaron sólo datos sobre el consumo/los gastos, p.e., Dong et al. (2003) (en otro informe basado en el mismo conjunto de datos), Walraven (1996) y Gustafsson – Wright et al. (2009) y Mathiyazhagan (1998) y Lofgren et al. (2008 comenzaron dividiendo la encuesta en categorías; la primera separación se hizo en renta baja, media y alta (pero no se especificó el método de clasificación), y la segunda clasificación fue en "pobres" y "ricos" según lo determinen líderes locales.

A pesar de las enormes diferencias en los métodos de medición de un valor representativo para los ingresos, 12 de los 14 estudios indicaron una asociación positiva y significativa entre la DAP nominal por los microseguros de salud y la situación económica de los hogares *(Cuadro 7.3)*. Los tres estudios restantes informaron sobre ninguna tendencia significativa o no investigaron este tema. Este hallazgo confirma la hipótesis inicial de que mayores ingresos llevan a una mayor disposición a pagar.

A la luz de esta conclusión, se podría investigar si la gente estaría dispuesta a pagar una cuota relativamente constante de sus ingresos para el seguro de salud. Esta información también se muestra en la Tabla 7.3, ya sea como información por los propios autores o calculada por nosotros, usando los datos originales publicados. Los resultados son bastante similares, no sólo al comparar la disposición a pagar en relación con los ingresos, sino también respecto al consumo/los gastos. Por otra

parte, con la excepción de un valor atípico estimado (el 4,6 por ciento al 6,9 por ciento para cuatro paquetes diferentes, según informa Bärnighausen et al. (2007), todos los valores de la DAP se situaban entre el 1,35 por ciento y el 3,2 por ciento, con un valor medio del 2,2 por ciento del valor representativo para los ingresos. Este margen bastante estrecho para las estimaciones subraya la credibilidad de los resultados, a pesar de que se hayan obtenido utilizando diferentes métodos de cálculo y con poblaciones muy diferentes.

Sin embargo, ¿podría ser que la expresión de la DAP media como proporción del ingreso oculte una realidad diferente en la que los diferentes subgrupos de ingresos en realidad difieren respecto a la parte sus ingresos que están dispuestos a pagar por un seguro de salud? Algunos de los artículos revisados ofrecen indicios respecto a la respuesta. Bärnighausen et al . informaron que si hay un aumento del 1 por ciento de los ingresos, la DAP se incrementa en cerca de medio por ciento. Dong et al. (2003) midieron este aspecto calculando la medida de la desigualdad (coeficiente de Gini)[2] en los ingresos y en la disposición a pagar. Dong et al. (2003) muestran que la desigualdad de los ingresos es mucho mayor que en la DAP (valor de Gini del 0,68 en el gasto individual y 0,63 en los gastos de un hogar en comparación con un valor de Gini del 0,15 para individuos y 0,08 para la DAP de los hogares). Estos hallazgos indican que la DAP aumenta a un ritmo menor que los ingresos, es decir, que los hogares más ricos estarían dispuestos a pagar una proporción menor de sus ingresos que los hogares más pobres.

Esta hipótesis fue comprobada también con los datos de tres estudios revisados. Gustafson-Wright et al. (2009) demostraron que la DAP expresada como porcentaje del consumo/gasto fue del 11,4 por ciento en el quintil más pobre, pero sólo el 1,2 por ciento en el quintil más rico. Dror et al. (2007) informaron que el valor medio de la DAP como un porcentaje de los ingresos disminuyó de un 1,79 por ciento en el quintil más pobre al 0,84 por ciento en el quintil más rico, y esta correlación negativa fue significativa. Dong et al. (2005) examinaron el valor de la DAP para cinco quintiles de ingresos y el valor representativo del ingreso promedio (consumo) para estos quintiles, lo que nos permite calcular la DAP relativa a los ingresos/gastos; sus resultados muestran que la DAP alcanzó el 18,9 por ciento en el quintil más pobre, y sólo el 0,9 por ciento en el quintil más rico. Por consiguiente, concluimos que, si bien suben los niveles nominales de la DAP cuando crecen los ingresos familiares, disminuyen drásticamente a medida que aumentan los ingresos si se mide la DAP como un porcentaje de los ingresos.

La mayoría de los estudios también examinaron la relación entre la DAP y otras variables sociodemográficas. La Tabla 7.4 contiene los resultados resumidos.

[2] El coeficiente Gini (desarrollado por Corrado Gini, 1912) mide la desigualdad de la distribución; un valor de 0 expresa la igualdad total y un valor de 1 representa la máxima desigualdad.

Tabla 7.4 **Relación entre la DAP y parámetros socioeconómicos**

Autores	*I/HH*	*Sexo*	*Estudios y formación*	*Tamaño de la población*	*Edad*	*Experiencia obtenida con seguros*
Walraven	HH+I	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Asenso-Okyere et al.	HH	m>f	+	n.d.	n.s.	n.s.
Mathiyazhagan	HH	n.d.	+	+	n.s.	n.d.
Masud et al.	HH	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Dong et al.	HH	n.s.	+	n.s.	n.s.	n.d.
	I	m>f	+	n.d.	–	n.d.
Binam et al.	HH	m>f	n.s	n.d.	n.s.	n.d.
Asgary et al.	HH	n.d.	+	n.s.	+	n.s.
Asfaw et Braun	HH	n.s.	+	n.d.	n.d.	n.d.
Bärnighausen et al.	I	f>m	+	n.d.	–	n.d.
Ying et al.	I	m>f	+	n.d.	–	n.d.
Dror et al.	HH	m>f	+ (>11y)	+,– (PP)	–	+
Lofgren et al.	HH	n.s.	+	n.d.	–	n.s.
Gustafsson-Wright et al.	HH	m>f	+	n.s.	–	n.d.
Onwujekwe et al.	HH	m>f	+	– (PP)	n.s.	n.d.
	I	m>f	+	n.s.	+	+

I = individual; HH = hogar; n.d. = no determinado; n.s. = no significativo; PP = personas en el hogar.

Se suele suponer que, en la mayoría de los casos, la educación es una variable que explica la disposición a pagar.

Los resultados (mostrados en la Tabla 7.4) también demuestran que en la mayoría de los casos, los hombres estaban dispuestos a pagar más que las mujeres. En cuanto a la edad, cinco estudios no mostraron ningún efecto significativo de la edad en la DAP, y seis mostraron una correlación negativa. No hay una explicación intuitiva por qué las personas más jóvenes están dispuestas a pagar más, y no se puede explicar por los ingresos o la educación, ya que el efecto de la edad es independiente de estos parámetros en el análisis.

7.3.2 La disponibilidad de los servicios de salud y la DAP

Se explica por sí mismo que el pago de la prima es importante sólo cuando el asegurado puede acceder a la atención médica en caso de necesidad. Por lo tanto, se debe ser examinar la relación entre la DAP y los parámetros del lado de la oferta (incluyendo la disponibilidad, la distancia y la satisfacción con la atención). Curiosamente, sólo una minoría de los investigadores DAP/SSBC informaron sobre los resultados respecto a las relaciones que existen entre la DAP por microseguros de salud y la atención sanitaria. La Tabla 7.5 contiene un resumen de los hallazgos.

Tabla 7.5

Efecto de la disponibilidad de la asistencia sanitaria en la DAP

Autores	*Parámetros utilizados*	*Efecto*
Walraven G		s.r.
Asenso-Okyere et al.	Distancia a recorrer hacia la clínica	n.s.
Masud et al.		s.r.
Dong et al.	Distancia hacia el centro de salud (WTP individual)	
	DAP individual	–
	HH DAP	n.s.
Binam et al.	Variable categórica (sí/no) rapidez en la recepción en el centro de salud	n.s.
	Variable categórica (sí/no) que representa la limpieza en el centro de salud	n.s.
	Variable categórica que representa la atención de un médico en el centro de salud	+
	Variable categórico que representa la disponibilidad de medicamentos básicos en el centro de salud	–
	Variable categórico que representa la confianza depositada en el centro de salud	+
Asgary et al.	Medicamentos disponibles en el centro de salud	+
	Presencia de jornada completa de un médico en el pueblo	+
	Presencia de una farmacia en el pueblo	n.s.
	Grado de satisfacción con la facilidades de atención médica en la ciudad más cercana	+
Asfaw y Braun		s.r.
Bärnighausen et al.		s.r.
Ying et al.		s.r.
Dror et al.	Distancia hacia el centro de primera atención preferido	n.s.
	Distancia hacia el hospital preferido	–
Lofgren et al.		s.r.
Gustafsson-Wright et al.		s.r.
Onwujekwe et al.		s.r.

La distancia desde casa hasta el punto de servicio de salud es un parámetro que se está examinado muchas veces y es considerado como que representa la accesibilidad de la atención sanitaria. Se podría esperar que cuanto más corta sea la distancia, tanto mayor será la DAP. Esta suposición se ha confirmado en dos estudios. Dong et al. (2003) vieron que existe una relación negativa significativa para la DAP individual, pero ninguna relación significativa respecto a la DAP a nivel de los hogares, y Dror et al. (2007) hablaron de una correlación significativamente negativa respecto a la distancia al hospital preferida, pero no al centro de atención primaria preferido. Asenso-Okyere et al. (1997) no encontraron ninguna relación significativa entre la distancia desde la clínica y la DAP por microseguros de salud. Los otros estudios no investigaron la relación entre la DAP y este valor representativo.

Se examinó la relación entre la calidad percibida de la atención de la salud y la DAP por el microseguro de salud a través de varios valores representativos. La relación con la rapidez con que se trataron a los clientes, examinada por Binam et al., (2004), no fue significativa. Binam et al. (2004) y Asgary et al. (2004)

informaron sobre una relación significativa y positiva entre la DAP y la presencia de médicos en el centro de atención médica. También se encontró que se correlaciona positivamente la disponibilidad de medicamentos en el centro de salud y la DAP en un caso (Asgary et al., 2004), pero también hubo una correlación negativa en otro caso (Binam et al., 2004). Esta aparente contradicción podría reflejar las diferencias en las condiciones de la póliza respecto al reembolso de los costes de los medicamentos, pero la información completa no fue documentada en estos informes. Asgary et al. (2004) también investigaron sobre la satisfacción con las instalaciones de salud en la ciudad más cercana y encontraron la relación positiva con la DAP que uno esperaría; Binam et al. (2004) también han demostrado una relación positiva entre la DAP y una variable que representa la confianza en los servicios de salud.

En resumen, los resultados sostienen la hipótesis de que una mayor disponibilidad y calidad de los servicios de salud aumentaría la disposición a pagar por el seguro de salud. Sin embargo, esta hipótesis debe examinarse en el futuro con más frecuencia y más detenidamente para proporcionar una indicación actualizada de las características específicas de la oferta de cuidados médicos que influyen positivamente en la disposición a pagar.

7.3.3 La exposición a enfermedades, las consecuencias financieras de una enfermedad y la DAP

Como hemos visto, la DAP por el microseguro de salud refleja la idea de que el valor intrínseco de un seguro de salud es que debe proteger a la familia de los choques financieros mediante el pago de los costes relacionados con la enfermedad y mejorar el acceso a una atención sanitaria adecuada. De ello se desprende que aquellos hogares que recientemente han experimentado una atención médica costosa estarían más dispuestos a gastar dinero para asegurarse contra las consecuencias de este tipo de eventos. Como se observa en la Tabla 7.6, un buen número de los estudios intentaron abordar este punto mediante la búsqueda de una relación entre los valores de la disposición a pagar y la reciente experiencia con una enfermedad costosa. Es interesante observar la gran variabilidad de los datos utilizados en los diferentes estudios para evaluar esta relación, incluidos los gastos anuales de atención médica, el tiempo de hospitalización, la frecuencia de la enfermedad, la experiencia con enfermedades crónicas, el pago por la atención de salud, el dinero prestado para pagar por la atención médica y la pérdida de ingresos debido a enfermedad. Nueve de los estudios revisados encontraron una relación positiva entre la DAP y al menos uno de los valores relativos a la exposición a los costosos problemas de salud. Parece que la experiencia personal reciente con las consecuencias financieras de la mala salud es un factor explicativo importante para la variación en la DAP.

Tabla 7.6

Efecto de los gastos para la salud respecto a la DAP

Autores	*Lo que midió*	*Relación con la DAP*
Walraven		n.d.
Asenso-Okyere et al.	Gastos para la atención médica en el último mes	+
Mathiyazhagan	Enfermedad del encuestado	+
	Número de estancias hospitalarias	+
	Ausentismo laboral por enfermedad (días)	+
	Número de consultas con un médico	n.s.
Masud et al.		n.d.
Dong et al.	Gastos HH en medicina occidental durante el último mes	+
Binam et al	Porcentaje de personas enfermas en HH 6–12 meses antes de la encuesta	+
Asgary et al.		n.d.
Asfaw y Braun		
1er Tramo: %	Enfermedad avisada por persona HH	+
2º Tramo: %		n.s.
1er Tramo: %	Número de miembros de HH con enfermedad avisada	+
2º Tramo: %		n.s.
1er Tramo: %	Dinero tomado prestado para la atención médica	+
2º Tramo: %		n.s.
Bärnighausen et al.	Promedio mensual de gastos médicos en el último año	+
Ying y al.	El encuestado sufrió una enfermedad crónica	
	MCDI	n.s.
	IEI	n.s.
	OEI	+
Dror et al.	Hospitalización en HH en los últimos 2 años	+
Lofgren et al.	Una o más personas en HH tiene une enfermedad crónica	+
Gustafsson-Wright et al.	Número de miembros de HH enfermos	
	DAP, el primer tramo	–
	DAP, el segundo tramo	n.s.
Onwujekwe et al.	OOP pagado por atención médica	–
	Pagado con dinero propio	+
	Dinero tomado prestado para pagar la atención médica	n.s.

7.3.4 Paquetes y la DAP

En nuestro contexto, el precio de los diferentes paquetes de seguros puede variar debido a los niveles de copago, el capital máximo y las exclusiones, y también debido a los tipos de beneficios incluidos. Si bien se podría argumentar que el copago y el capital máximo reflejan consideraciones económicas, la inclusión/exclusión de los tipos de prestaciones sí que podría reflejar decisiones normati-

vas. Por ejemplo, ¿se debería incluir o no la maternidad en el paquete? Por lo tanto, es necesario examinar si la disposición a pagar por el microseguro de salud se ve influenciada por el diseño del producto de seguros, y de ser así en qué medida. Desafortunadamente, muy pocos estudios examinaron este tema en detallada. Bäringhausen et al. (2007) preguntaron a los encuestados sobre su máxima disposición a pagar por un seguro básico de salud (SBS) y, por separado, sobre tres variantes: 1) sin el límite de la opción básica (que era cuatro veces el salario promedio anual de un trabajador del sector formal); 2) sin deducible (que fue del 9 por ciento del salario promedio anual bajo el SBS) y 3) sin coseguro (que oscila entre el 10 por ciento para la atención hospitalaria y el 20 por ciento para servicios especiales y el 30 por ciento para la atención ambulatoria). En este experimento, las opciones examinadas representan diferentes niveles de protección financiera en el mismo conjunto de prestaciones cubiertas. En comparación con el seguro básico de salud, los encuestados estaban dispuestos a pagar el 70 por ciento más por un SBS sin techo, un 43 por ciento más por un SBS sin deducible y un 56 por ciento más por un SBS sin coseguro. Este aumento de la disposición a pagar fue no sólo nominal sino también en relación con los ingresos de los encuestados (el 4,6 por ciento por un SBS, un 7,8 por ciento en el caso de un SBS sin techo, un 6,8 por ciento en el caso de un SBS sin deducible y un 6,9 por ciento en el caso del SBS sin coseguro, respectivamente).

Ying et al. probaron la DAP por tres diferentes programas de seguros de salud 1) MCDI reembolsará el 80 por ciento del gasto sanitario cuando el asegurado sufrió una enfermedad catastrófica; 2) IEI cubrirá el 100 por ciento de los gastos de salud de los miembros en los servicios de salud de pacientes internos y 3) OEI cubrirá el 60 por ciento del gasto en salud en los servicios de salud ambulatorios. El 43 por ciento de los encuestados eligió MCDI (disposición a pagar: 110,1 RMB (17 US$) = 2,2 por ciento de los ingresos anuales); el 49 por ciento eligió IEI (DAP: 100,2 RMB (15,50 US$) = 2,0 por ciento de los ingresos anuales); y el 25 por ciento eligió OEI (DAP: 72,4 RMB (11 US$) = 1,4 por ciento de los ingresos anuales). La elasticidad de precio en caso de MCDI fue de -0,27 (esto indica que la demanda de MCDI descendería un 2,7 por ciento si la prima se incrementara en un 10 por ciento). La elasticidad de la demanda de IEI y OEI fue de -0,34 y -0,42, respectivamente. En este experimento, la demanda de MCDI era menos elástica y la disposición a pagar ha sido más alta, tanto nominal como en relación con los ingresos. Estos resultados indican que la DAP por un seguro de salud puede reflejar no sólo la protección financiera, sino también las preferencias por diferentes tipos de servicios.

Por el contrario, Lofgren et al. evaluaron la DAP de los encuestados con respecto a diferentes productos de seguros: 1) un seguro de salud que se basa en la

afiliación obligatoria con primas relacionadas a los ingresos[3] y 2) un seguro de salud que se basa en la afiliación voluntaria con primas conforme al riesgo.[4] Cuando se preguntó a los encuestados acerca de su voluntad de afiliarse a cualquiera de estos productos de seguros se produjo, sin embargo, una ligera preferencia por la afiliación obligatoria; la DAP media para ambos productos era prácticamente la misma a pesar de que a cada hogar se le presentaron las dos opciones.

Dror et al. (2007) también examinaron la sensibilidad de la DAP si se ofrece de una manera diferente: a una tercera parte de los encuestados se les ofreció un paquete de beneficios diferentes.[5] En ese experimento, no hubo diferencia en la DAP por los tres paquetes. Esto podría ser debido al diferente método de evaluación, en el que a los encuestados se les ofreció sólo una opción y no se les dio a elegir entre las opciones que podían comparar o preferir. Esto indica que la DAP puede, al menos algunas veces, ser utilizada como una herramienta para diseñar el paquete sólo cuando el mismo encuestado puede elegir entre varias opciones. Esto funciona cuando el número de opciones es relativamente pequeño, pero sería impracticable en caso del elevado número de opciones que los paquetes de seguro de salud, por lo general, contienen. Otros métodos fueron desarrollados para el diseño de los paquetes de prestaciones que permiten a los encuestados elegir 10 o más opciones, pero dentro de un presupuesto limitado, es decir, sin preguntar por la DAP de los encuestados. Los métodos que se aplicaron en el contexto de SSBC en los países de bajos ingresos incluyen ejercicios de simulación (Dror et al., 2007), discusiones de grupos y entrevistas estructuradas (De Allegri et al., 2006). Llegamos a la conclusión de que la información disponible sobre el impacto de la composición del paquete de DAP no es concluyente.

[3] Todos los hogares en el distrito están obligados a pagar una prima anual al fondo local de salud cuando se vende la cosecha. La tasa se basa en los ingresos de los hogares. Cuanto mayor sean los ingresos, mayor será la tasa. Todos los miembros de la familia tienen derecho a atención médica gratuita en la Estación de la Salud Comunitaria o en el Centro de Salud del Distrito y medicamentos gratis si son prescritos por un médico. Si es necesaria una asistencia a un nivel superior, el paciente asegurado recibirá un importe basado en los costes por día-cama a nivel de Centro de Salud del Distrito. El fondo se administrará por el Comité Popular Comunitario (o los representantes elegidos).

[4] Cada hogar puede optar por pagar voluntariamente una prima anual a un fondo de asistencia sanitaria local cuando se venden los cultivos. La tasa se basa en el número de personas en el hogar y es más alta para los niños menores de cinco años y las personas mayores de 65 años, ya que es de esperar que utilizarán más los servicios de salud.

[5] La versión 1 incluyó los gastos por hospitalización hasta 5 000 INR (115 US$) por año y persona y el reembolso de los costes para medicamentos prescritos hasta 1 000 INR (22,50 US$) por año y persona; la versión 2 incluye los gastos por hospitalización hasta 5 000 INR (115 US$) por año y persona y el reembolso de los gastos para médicos generales hasta 1 000 INR (22,50 US$) por año y persona; la versión 3 incluye el reembolso de los costes para medicamentos prescritos hasta 1 000 INR (22,50 US$) por año y persona y el reembolso de los costes para médicos generales hasta 1 000 INR(22,50 US$) por año y persona.

7.3.5 Ubicación de la vivienda y la DAP

La discusión presentada anteriormente, a base de los datos indicados en los estudios citados, apunta a que la DAP para el microseguro de salud está altamente influenciada por diversas variables, en particular la situación económica y sociodemográfica de los encuestados, su exposición financiera a los costes sanitarios y disponibilidad de centros de salud. Todas estas características varían considerablemente según el lugar, dentro de un país y fuera de él. Es imposible hacer aquí una simple comparación de los resultados de los diferentes estudios revisados debido a la disparidad de los métodos utilizados para obtener la DAP y para interpretar los datos. En concreto, se plantea la cuestión de si las importantes variables explicativas identificadas a nivel de los hogares individuales pueden explicar la diferencia entre las ubicaciones.

Sostenemos que la manera de abordar esta cuestión con la confianza necesaria sería incluir una "variable de ubicación" en múltiples regresiones para identificar las variables explicativas a nivel de los hogares individuales, cuando el conjunto de datos incluye más de una ubicación. Con este proceso se podría asegurar que las características de los hogares y los niveles de la DAP serían evaluadas con la misma metodología. En realidad, sólo dos de los estudios revisados han seguido este procedimiento, a saber Dror et al. (2007) (comparando siete ubicaciones en la India) y Onwujekwe et al. (2010) (comparando seis localidades de Nigeria). Ambos estudios indicaron que el lugar seguía siendo una variable explicativa muy significativa de la variación en la DAP, incluso en un modelo multivariado que incluye todas las características de los hogares individuales (situación económica y sociodemográfica y la experiencia reciente con los costes sanitarios). Este hallazgo indica que los estudios publicados hasta la fecha sobre la DAP para el microseguro de salud aún no han identificado todas las razones que explican las diferencias en la disposición a pagar por un seguro de salud en todas las comunidades; no podemos excluir que algunas características, por ejemplo, las que reflejan opciones culturales o estilos de vida, pueden explicar algunas de las razones subyacentes que no han sido reconocidas. Tendrá que ser explorada más a fondo en futuras investigaciones el impacto de la ubicación como variable explicativa.

7.4 Las lecciones aprendidas y las implicaciones para los expertos

"Tuvimos que trabajar hacia atrás, teniendo en cuenta lo que la comunidad podía pagar y, al mismo tiempo, crear un esquema autosostenible a largo plazo." Este testimonio de un experto de HMI en la India presenta el papel esencial de las estimaciones de la DAP, a saber, que la DAP de los miembros determina el lado de los ingresos y, además, lo que el asegurador puede ofrecer a través de la cobertura.

Esta revisión de los ensayos de campo ha puesto de manifiesto que todos los investigadores están de acuerdo en que la DAP debe ser explorada a nivel local, ya

que no hay ninguna opción "universal para todos" que determine el lado de los ingresos de los diferentes esquemas del microseguro de salud que opera en diferentes contextos. La revisión también ha arrojado luz sobre las dificultades relacionadas para obtener las estimaciones de DAP que serían relevantes a nivel local. Estas estimaciones requieren datos que normalmente se obtienen a través de encuestas en los hogares y otras investigaciones costosas y requieren mucho tiempo. Estas limitaciones hacen que no sea viable obtener datos locales de cada lugar en el que se puso en marcha un microseguro de salud.

Sin embargo, si se conoce los ingresos de la población objetivo, esta información podría servir como un ancla para la estimación inicial de la DAP, basándose en el análisis de los estudios revisados aquí que se muestran en la Tabla 7.2. Se ha demostrado en la Tabla 7.3 que las estimaciones de la DAP (cuando se expresa como un porcentaje del ingreso) convergen, en su mayoría, en una gama relativamente estrecha, situándose en alrededor de un dos por ciento de los ingresos.

También se ha mostrado en las Tablas 7.4, 7.5 y 7.6 que algunos otros parámetros influyen los niveles de la DAP. Por lo tanto, podríamos ser capaces de extrapolar los niveles de la DAP conocidos en una sola ubicación a otros lugares comparables utilizando los conocimientos de estos parámetros. Por ejemplo, si conocemos el nivel de educación del jefe de familia en un lugar concreto así como los valores de la DAP, y en otro lugar sólo se sabe que los jefes de hogar tienen un nivel de educación más alto, se puede esperar que los niveles de DAP en esa segunda ubicación serán mayores. Del mismo modo, se puede esperar que un amplia atención sanitaria de calidad o mayores costes de la atención, o un mayor grado de morbilidad, lleven a una mayor disposición a pagar

También hemos visto que los niveles de la DAP pueden influir positivamente en el diseño del paquete. Por lo tanto es de esperar que la participación de la población objetivo en la fase de diseño aumentará los niveles de la disposición a pagar.

Sin embargo, por el momento, es imposible concebir un modelo estándar sencillo para predecir la DAP en todas partes, debido a la gran diversidad de los métodos utilizados para obtener y estimar la DAP en los diferentes estudios revisados en este capítulo. A lo mejor se pueda concebir ese modelo de acuerdo con los métodos utilizados para determinar la DAP y elaborar un estándar para analizar las variables explicativas.

III Seguro de Vida

8 Ahorros en el microseguro: lecciones de la India

Rob Rusconi

Este estudio ha obtenido un gran apoyo del Centro de Seguros y Gestión de Riesgos (CIRM), que estuvo implicado en la fase conceptual y aportó su importante contribución contactando con las compañías de seguro y recogiendo información. El estudio tampoco hubiese sido posible sin la información que generosamente facilitaron los aseguradores, y que se refería no solo a los productos sino también a las ideas que subyacen a las alternativas de distribución y las posibilidades para el futuro. Por último, el autor desea dar las gracias a los siguientes revisores por sus opiniones: Denis Garand (DGA), Michael J. McCord (MicroInsurance Centre), Pranav Prashad (ILO), Rupalee Ruchismita (CIRM), Donna Swiderek (DGA), John Wipf (asesor actuarial) y Mary Yang (ILO).

En este capítulo se evalúan cuatro productos que reúnen las ventajas del seguro y del ahorro, ofrecidos por las compañías de seguro indias y dirigidos a clientes de bajos ingresos. La valoración es muy actual puesto que muchos aseguradores han lanzado o están dando gran importancia a iniciativas destinadas a introducir el seguro junto a formas de ahorro en este segmento de mercado.

La primera sección de este capítulo presenta las cuestiones y muestra el marco que se utiliza para analizar los productos. Los productos se describen más adelante, en la sección 8.2, resaltando las características clave que los distinguen. Después se pasa a la sección 8.3, el punto central de la argumentación, donde se trazan y explican diferentes lecciones importantes derivadas de este análisis. Existen unas pocas decisiones fáciles y los potenciales participantes en este mercado deben reflexionar detenidamente sobre las necesidades y preferencias más importantes de sus clientes, considerándolas a la hora de diseñar los productos y equilibrando luego la compensación de factores complejos.

8.1 Consideraciones sobre ahorros y seguros

Collins et al. (2009) ponen de relieve tres necesidades que impulsan gran parte de la actividad financiera de las familias pobres: gestión básica del flujo de dinero, afrontar el riesgo y recaudar sumas globales. No obstante la tentación de equiparar esto a préstamos, seguro y ahorro, el comportamiento financiero de estas familias –en efecto la complejidad e incertidumbre de sus vidas arduas– hace irreal tal simplificación. Las familias emplean a menudo una mezcla de herramientas financieras para satisfacer sus necesidades en este sentido, poniendo en evidencia la necesidad de productos complejos que combinen ahorro y seguro.

El ahorro ayuda a las familias de bajos ingresos a protegerse contra los sobresaltos económicos y a estabilizar su flujo de dinero; no obstante, presenta un potencial limitado a la hora de proteger a las personas de las catástrofes. Añadir un componente de seguro significa, por lo general, que el ahorro debe producirse de modo regular y preestablecido durante un periodo prolongado. Al igual que los plazos de reembolso de un préstamo, este requisito puede ser gravoso, pero

proporciona un mecanismo para inculcar disciplina y alentar a los clientes a ahorrar sistemáticamente.[1] Como demuestra el éxito de la obligación de ahorrar (véase Ashraf et al., 2003 y 2006), las familias de bajos ingresos a menudo reciben de buen grado una estructura para sus mecanismos de ahorro. Los tomadores de pólizas también se benefician de la prestación de productos de ahorro a largo plazo de los aseguradores porque ofrecen alternativas que se adaptan a las necesidades del cliente y el acceso conveniente a otras formas de cobertura de seguro.

Este tipo de productos también es significativo porque aborda ciertas dudas que abrigan los mercados de bajos ingresos en relación con los seguros. Para los productos de seguro que no crean valor en el tiempo si el evento asegurado no se produce, como por ejemplo los seguros temporales de vida o cobertura de inmuebles, los tomadores de bajos ingresos sienten a menudo que han derrochado su dinero pues no han obtenido nada a cambio de las primas abonadas. Por otra parte, los productos combinados de ahorro y seguro tales como los productos mixtos, cubren el riesgo de muerte y acumulan una suma en el tiempo.

Sin embargo, los productos mixtos son famosos por ofrecer poco valor a los clientes en comparación con otras formas de ahorro, en parte por las elevadas comisiones que se pagan a los agentes. Dado que sus flujos de efectivo son irregulares, los clientes de bajos ingresos también pueden experimentar dificultades en pagar regularmente las primas y, por lo tanto, el valor de rescate del producto puede ser bastante bajo (cf. Roth et al., 2006). Por lo tanto, el aspecto principal de este capítulo es evaluar si la próxima oleada de productos que combinan ahorro y seguro ha conseguido superar las limitaciones de los productos tradicionales y si los nuevos productos proporcionan un mejor valor para los clientes de bajos ingresos que los de la generación anterior.

8.1.1 Un marco para el seguro vinculado al ahorro

Estos productos compiten con una amplia variedad de alternativas (formales e informales) para captar la atención y deben ser competitivos, en el sentido de satisfacer las necesidades de los clientes de forma clara y efectiva. Para diseñar un producto como éste, el asegurador debe tener en cuenta un conjunto de principios fundamentales:

– **Objetivo principal:** ¿Qué necesidad clave pretende satisfacer el producto? Para hacerlo, se deben identificar y priorizar las necesidades. Por otra parte, hay que estimar o calcular en qué medida los clientes reconocen verdaderamente estas necesidades.

[1] Es importante evitar la planificación de un programa de pagos inflexible –ya sea de ahorro o reembolso de préstamos– con términos obstinadamente negativos. Al igual que el ahorro obligatorio que presenta ciertas ventajas, las familias frecuentemente contraen créditos con plazos de reembolso fijos porque aprecian la disciplina que les imponen.

- **Metas secundarias:** ¿Cuáles son las otras metas del producto y cuáles son las prioridades dentro de estas metas?
- **Flexibilidad:** ¿Cuánto puede variar el cliente las condiciones estándar del contrato para satisfacer una variedad de necesidades tales como cambios imprevistos en sus circunstancias personales?
- **Comprensión y confianza:** ¿Qué características deben existir ya para asegurar que el cliente entienda las condiciones generales del acuerdo? No debe subestimarse la importancia que tiene que el cliente entienda esta promesa. Estos son productos a largo plazo, por tanto conservar a los clientes es tan importante como convencerlos a comprar pólizas. Además, ayudar a estos clientes a entender por qué el producto es bueno para ellos –por ejemplo, a través de un diseño sencillo y una comunicación frecuente– es el primer paso para ganarse su confianza y retenerlos.

8.1.2 Diseño de producto

Los aseguradores deben tener en cuenta los cuatro principios delineados arriba al definir los siguientes componentes de productos de seguro vinculados con ahorros:

- **Asignación a ahorro y seguro:** Es difícil evaluar las respectivas cuotas de ahorro y seguro de forma equitativa, pero la asignación de primas entre ambas ayuda a mostrar la importancia relativa de cada una. El proveedor siempre debería poder hacer esta asignación. Para el cliente, esto es posible menos frecuentemente, de modo que el asegurador deberá hacer todos los esfuerzos necesarios para explicar esta asignación, y las prestaciones correspondientes del seguro y del ahorro.
- **Características del producto:** Aquí se recogen características tales como la prima o la suma mínima y máxima asegurada, junto con las restricciones por edad y plazo.
- **Prestaciones del seguro:** Aquí se describen las contingencias cubiertas (p. ej. vida, salud o bienes) y cómo se pagan las prestaciones (p. ej. una suma global, un importe fijo o indemnizaciones).[2]
- **Prestaciones del ahorro:** Cubre la flexibilidad del producto, las limitaciones de fecha para darse de baja o la posibilidad de darse de baja total o parcialmente durante el plazo del contrato. Otras características tales como el rendimiento potencial o garantizado de la inversión también pueden ser importantes para los clientes, aunque la importancia del rendimiento puede depender de su complejidad financiera. Puesto que los clientes de bajos ingresos, por lo general, están más

[2] Todos los productos incluidos en este estudio proporcionan solamente cobertura de vida, pero también contemplan otras clases de protección.

expuestos a tensiones financieras, posiblemente valoren más la flexibilidad de diseño –concediéndoles una pausa en las contribuciones o acceso a sus ahorros en caso de emergencias– que el potencial del rendimiento de la inversión.

- **Importes:** Un registro de precios explícitos debe formar parte de la tipología detallada.[3]
- **Exclusiones:** Incluyen condiciones pre-existentes o suicidio, por ejemplo en los seguros de vida, o limitaciones de las reclamaciones en los seguros de bienes.
- **Características especiales:** Características adicionales no comprendidas en otros títulos.

Existen algunas cuestiones difíciles que no se ven en los detalles de estos componentes que los aseguradores deben resolver cuando diseñan sus productos. Estas compensaciones de factores, algunas de las cuales son consideradas en este capítulo, definen claramente la esencia del producto y la naturaleza de la promesa a los clientes. Por ejemplo, es obvio que no todos los ahorros son para periodos fijos y eventos futuros conocidos.[4] Los aseguradores tienen que pensar cuidadosamente en el equilibrio entre las prestaciones prometidas para la fecha de vencimiento (recibidas después de cinco o diez años de adhesión) y las condiciones bajo las cuales los clientes pueden retirar sus ahorros acumulados durante el plazo de la póliza.

8.1.3 Focalización en la India

Este capítulo se concentra en los productos en la India por dos razones principales:

- Resultó ser un desafío encontrar una gama de productos de otras partes del mundo que 1) hayan proporcionado elementos significativos de ahorro y cobertura de seguro, 2) hayan alcanzado un nivel de escala y 3) hayan sido vendidos por aseguradores dispuestos a facilitar información sobre la dinámica de sus carteras.
- Es difícil realizar una comparación razonable de productos de diferentes partes del mundo porque estos productos pueden ser específicos para determinados entornos, especialmente por lo que se refiere a las restricciones impuestas por las normas.

[3] Algunos productos proporcionan un conjunto predefinido de prestaciones que incluyen todos los importes; otros establecen los precios por separado. Comparar estas ofertas no es sencillo, un problema que afecta al análisis descrito en este capítulo.

[4] En los tres estudios citados por Collins et al. (2009) en Bangladés, India y Sudáfrica, más de la mitad de los ahorradores declaró que el uso principal que hacían de las ingentes cantidades de dinero prestadas o acumuladas recaía en la categoría de oportunidad antes que emergencia o ciclo de vida.

Según se describe en el Capítulo 20, India ha experimentado un considerable desarrollo en microseguros en los últimos años, incluidos los seguros de vida. Por consiguiente, posee una masa crítica de ejemplos interesantes y experiencia suficiente para garantizar una investigación específica. No obstante, un estudio como éste, que se concentra en un solo país, supone algunos riesgos. Algunos de los productos incluidos ya han sido retirados del mercado en respuesta a los cambios regulatorios que impusieron una reconsideración de su diseño. Además, puede ser difícil transferir las experiencias obtenidas en un país a otros territorios.

Por último, el estudio depende de la información proporcionada por los aseguradores. Los datos sobre las elecciones de los clientes están limitados por consideraciones de competencia. El capítulo parece dar preferencia a la opinión de la institución y no a la del cliente, aunque ésa no haya sido la intención y se hayan hecho todos los esfuerzos para superar las limitaciones de la información disponible.

8.2 Productos considerados

En India, el mercado de los productos de seguro relacionados con el ahorro ha estado sujeto a varios cambios recientes de las normas,[5] que han afectado a los productos considerados en esta sección. Algunos de ellos ya han sido retirados del mercado para rediseñarlos. Los cambios en las directrices de referencia también han afectado a las opciones de distribución.

Las descripciones de los cuatro productos siguientes, que son anteriores a los cambios, son amplias y ponen de relieve las características más importantes de cada producto. Esto conduce a la argumentación de la sección 8.3, donde se delinean algunas lecciones aprendidas de estas semejanzas y diferencias. La tabla 8.1 resume las características clave de estos productos.

[5] Los requisitos normativos más importantes para productos de inversión vinculados a un fondo son los siguientes:
– los clientes quedan "blindados" por un periodo de por lo menos cinco años, reforzando el principio fundamental de que se trata de instrumentos financieros a largo plazo que proporcionan protección contra riesgos;
– las primas deben ser regulares y de nivel constante;
– los importes deben estar distribuidos de modo uniforme durante los primeros cinco años;
– las prestaciones por fallecimiento deben satisfacer requisitos mínimos y
– debe otorgarse un rendimiento de la inversión mínimo y garantizado.
Para los seguros de vida universal, denominados actualmente planes de seguro variable, se fijan la inversión combinada y el límite de comisión, y para ambos conjuntos de productos se han reducido las actividades de remisión en aras de la protección del cliente.

Tabla 8.1

Características clave de los productos evaluados

	Max New York Life Max Vijay	*Bajaj Allianz Sarve Shakti Suraksha*	*SBI Life Grameen Shakti*	*ICICI Prudential Anmol Nivesh*
Vidas cubiertas (aproximadamente)	90.000	3,4 millones	1 millón	2.300
Asignación a ahorro y seguro	Todas las primas a ahorro; costes de seguro deducidos	Costes de seguro deducidos de la prima	Implícito; vencimiento garantizado y prestación por fallecimiento	Costes de seguro deducidos, pero con garantías
Opciones de pago de primas	Primas totalmente a discreción del cliente después de la adquisición inicial	Mensual, trimestral, semestral o anual	Solo anual	Solo anual
Prima mínima	Prima inicial de 1.000 INR (US$22), después prima mínima de 10 INR (US$0,22)	Prima mensual de INR 45 (US$1), equivalente anual 500 INR (US$11)	Ningún mínimo explícito, pero probablemente bajo	1.200 INR (US$26), solo prima anual
Limitaciones de plazo	Solo plazo de diez años	No más allá del 17º cumpleaños del tomador de la póliza	Solo plazo de cinco o diez años; diferentes prestaciones al vencimiento	Entre 7 y 15 años
Garantía al vencimiento	Sin garantía, pero no se puede revocar el rendimiento declarado	Primas totales menos costes de cobertura y gastos de administración	Garantizada de forma explícita y clara	Total de primas pagadas
Suma asegurada (prestación en caso de fallecimiento)	Cinco veces la prima abonada	Garantizada desde el comienzo en base a los requisitos del grupo	Garantizada desde el comienzo	La mayor de las sumas aseguradas, valor del fondo y suma de primas
Rendimiento de la inversión	Garantizado una vez declarado	Basada en el rendimiento sobre activos de bajo riesgo	Implícito en las garantías	Basado en rendimiento sobre activos de bajo riesgo
Plazo más temprano para la salida	Tres años	Inmediato	Tres años	Tres años
Salida parcial permitida	Sí	Sí	No permitida	Sí
Plazos de rescate	Razonable: disponible después de tres años con una penalización del 15 por ciento hasta el 6º año y del 7,5 por ciento después	Muy bueno: disponible desde el comienzo y basado en el valor de la cuenta con una penalización del 7 por ciento en el primer y segundo año; después inferior.	Razonable: disponible después de tres años de primas; 35 por ciento y 65 por ciento de las primas pagaderas para las pólizas de 5 y 10 años.	Bueno: disponible a partir de tres años con un 10 por ciento de cargo, exento si se han pagado las primas durante tres años
Opción de reactivación de póliza	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible

Nota: Las valoraciones de calidad indicadas en esta tabla proporcionan una comparación de las características del producto desde la perspectiva del cliente y, por lo tanto, son más bien subjetivas que técnicamente precisas.

8.2.1 Max Vijay de MNYL

El proyecto de convertir Max New York Life (MNYL) en un producto de microseguro, Max Vijay, que combina ahorro y seguro y está disponible para individuos y no solo para miembros de un grupo, ha demostrado, sobre todo, su factibilidad. Desde la perspectiva de ventas de producto, los resultados son buenos.

Desde su lanzamiento en 2008 hasta fines del primer trimestre de 2010, Max Vijay vendió 90.000 pólizas, un buen número, pero significativamente inferior al más de un millón de pólizas vendidas por cada uno de los próximos dos productos considerados. El proyecto ha hecho posible que el asegurador obtuviera experiencia de primera mano para determinar las necesidades del cliente, incentivar su comportamiento e identificar los factores de éxito para tal operación.

Max Vijay ofreció un producto de ahorro con notable flexibilidad de cuota, una prestación por fallecimiento que aumenta con las cuotas y plazos de cancelación razonables. Las características más importantes del producto son las siguientes:

- **Flexibilidad de la cuota:** Después del pago de una única cuota inicial, definida por el subtipo de producto pero no inferior a 1.000 INR (US$22),[6] el tomador de la póliza queda completamente libre de aportar a la cuenta cuando pueda, sin reglas en cuanto a frecuencia o cantidad, salvo una cuota mínima de 10 INR (US$0,22), un umbral extraordinariamente bajo.
- **Suma asegurada vinculada a las primas:** La prestación pagadera en caso de fallecimiento es igual al valor de la cuenta que ha acumulado el cliente más cinco veces la cuota abonada, y diez veces en caso de muerte por accidente, alentando las aportaciones pero manteniendo también bajo control el coste del seguro, que se deduce cada mes para satisfacer los costes.
- **Las cancelaciones son posibles a partir del tercer ejercicio:** Los tomadores de pólizas pueden rescatar total o parcialmente la póliza a partir de los tres años, con cargos razonables, aunque la posibilidad de añadir una cancelación parcial sin cargo para un número limitado de ocasiones aumenta la flexibilidad del tomador.

La característica más ambiciosa de este proyecto es su modelo de distribución. Este es el único producto de este conjunto que está disponible para personas individuales y que se vende al público en general. Esto limita el potencial de lograr economías de escala, pues los costes de distribución por unidad son significativamente más altos que si el producto fuese distribuido únicamente a través de grupos, y todo lo demás fuese igual.[7]

[6] El tipo de cambio medio de mercado utilizado en todo el documento es de fines de febrero de 2011, de aproximadamente 45 INR a US$1,00.

[7] Max New York Life lanzó este producto especialmente para entender mejor su potencial y la naturaleza de la necesidad del mercado. Invirtió una considerable cantidad de dinero, reclutó a aproximadamente una docena de ejecutivos senior y externalizó la información tecnológica requerida a un gran proveedor.

Las observaciones más importantes sobre este producto son:

- Las ventas han sido buenas, en especial dada la ambición de llegar a las personas antes que limitar el acceso a miembros de grupos.
- Sin el respaldo de cuotas corrientes (voluntarias), el producto no proporciona un valor particularmente bueno al cliente y no es muy probable que genere beneficios para el asegurador. Además de la necesidad de desarrollar una gran gama de canales de distribución eficientes, otra exigencia clave es encontrar formas para motivar esta dedicación constante al proceso de ahorro, esencialmente una forma de asociación con el asegurador (esto se explica más detalladamente en el cuadro 8.1 de la próxima sección).

Con sus lecciones en cuanto a la comprensión del comportamiento de ahorro, las formas de llegar a los clientes, el diseño y la fijación del precio de los productos y la realización de una operación eficiente, Max Vijay ha proporcionado una inestimable experiencia a MNYL.

8.2.2 Sarve Shakti Suraksha de Bajaj Allianz

Sarve Shakti Suraksha es un producto de ahorro que proporciona una prestación garantizada a su vencimiento, bajas penalizaciones por rescate y una cobertura de seguro que paga un importe fijo en caso de fallecimiento por causas naturales o accidente.

El producto está disponible solamente para miembros de grupos objetivo. El tamaño mínimo del grupo es de 50 y el precio del seguro se basa en el perfil de riesgo del grupo. El producto está dirigido a grupos de mujeres a las que se llega a través de algunas ONG o entidades de microfinanzas (MFI).

Las características más importantes del producto son las siguientes:

- **Prestaciones de seguro garantizadas:** La suma asegurada es negociada con el grupo y se mantiene sin variación durante el plazo de la póliza.
- **Rendimiento de la inversión sobre los ahorros acumulados:** En las cuentas asignadas a los tomadores de pólizas individuales se abonan los rendimientos sobre la inversión devengados de los activos subyacentes, adecuadamente invertidos.[8]
- **Flexibilidad de cancelación:** Los tomadores de pólizas pueden rescatar la póliza ya a partir del comienzo con cargos muy razonables. Esta es una característica exclusiva entre los productos considerados en esta valoración.

[8] No se especifican rendimientos mínimos, pero se garantiza que la prestación pagadera al vencimiento sea equivalente a las primas totales, menos el coste de cobertura y los gastos de administración, suponiendo un rendimiento mínimo para los que lleguen al vencimiento de no menos de cero, después de los costes.

Aunque el producto esté disponible solamente para aquéllos que forman parte de un grupo de aplicación, los datos de la póliza después del inicio, como por ejemplo los valores acumulados de la póliza, se registran de forma individual.

Más de tres millones de vidas en la India han sido cubiertas en los dos años siguientes a su lanzamiento y los activos que administra llegan a casi 66 millones de US$. Es demasiado pronto para hacer comentarios sobre su rentabilidad, pero el asegurador espera alcanzar pronto el punto de rentabilidad. También es demasiado pronto para valorar en qué medida el producto satisface las necesidades del cliente, pero ya se están considerando otras variaciones y la satisfacción del cliente parece ser elevada, según indica la persistencia hasta el comienzo del segundo año (13 meses a partir del comienzo) del 82 por ciento.

Allianz está adoptando versiones modificadas de este producto en otras regiones tales como Indonesia (llamada Tamadera, lanzada en Octubre de 2010) y partes de América del Sur y África oriental, para adaptarse a los distintos requisitos de los clientes en diferentes partes del mundo.

8.2.3 Grameen Shakti de SBI Life

Grameen Shakti es un producto sencillo suministrado por SBI Life Insurance, concebido para los clientes de bajos ingresos que, a la vez que combina el seguro y el ahorro, mantiene bajos los costes reuniendo:

- un producto de vida temporal sin distinciones de precio por edad o género y
- una simple prestación en efectivo por supervivencia conforme a las condiciones predeterminadas de la póliza.

El producto se ofrece solamente a grupos con un mínimo de 200 miembros; ha llegado casi a un millón de clientes en los aproximadamente tres años después de su lanzamiento. Mientras que los bancos son los medios principales de alcanzar a los clientes, puesto que contribuyen a superar dificultades prácticas tales como el cobro de la prima, los canales de distribución, los que tienen relaciones con los clientes finales, son las MFI y los grupos de ayuda mutua (SHG). Todas las primas se cobran con cargo a la cuenta bancaria del cliente.[9]

Las características importantes de este producto pueden resumirse en el principio de la simplicidad:

[9] Mientras que esto supone que todos los clientes tienen una cuenta bancaria, el producto frecuentemente se origina como un servicio para los miembros del grupo de ayuda mutua, con el banco operando como canal de distribución.

- **Elección limitada del plazo:** solo están disponibles plazos de cinco o diez años.
- **Elección limitada de prestaciones por fallecimiento:** la suma asegurada debe ser un múltiplo de 5.000 INR (US$110), hasta un máximo de 50.000 INR (US$1.100).
- **Garantía explícita al vencimiento y prestación por fallecimiento:** la prestación por fallecimiento no atrae por el rendimiento de la inversión pero está claramente expuesta, y la prestación al vencimiento es igual a la suma de todas las primas de acuerdo con la póliza de 10 años y la mitad de esta suma para su contraparte de cinco años.

El tomador de la póliza no recibe ningún rendimiento por la inversión, pero tampoco se le aplica ningún cargo por el precio de la cobertura por fallecimiento. Ambas están incluidas en el diseño del producto y la valoración de los riesgos de las prestaciones garantizadas. Un precio es explícito. Es el coste de la tasa de gestión sobre las primas, con un cargo del 1,03 por ciento de la prima. Se añade explícitamente a la prima y no se tendrá en cuenta más tarde durante la vigencia de la póliza.

La póliza incluye un elemento de compartición del riesgo que reduce los márgenes que, de otro modo, el asegurador necesitaría tener en cuenta para fijar el precio: la prestación por fallecimiento para un grupo entero se limita a 50.000 INR (US$1.100). Si se supera este umbral, las reclamaciones posteriores son denegadas y las primas, después de deducir la tasa de gestión y el impuesto del timbre, se devuelven a las personas designadas por los miembros cubiertos.

Mientras que se puede criticar el producto por suministrar una gama limitada de opciones y sólo un valor razonable por el dinero cuando se termina de forma anticipada, su simplicidad hace que sea fácil de comprender y parece satisfacer las necesidades significativas de mera protección con ahorros limitados.

Esta es probablemente la lección más importante que se puede aprender de la experiencia de SBI Life. El asegurador ha aprendido que los clientes aprecian la sencillez del producto, una suma asegurada definida de modo simple, con exclusiones limitadas y un reembolso en efectivo al vencimiento claramente definido. El volumen de ventas del producto parece respaldar esta opinión. SBI Life ha iniciado un programa para lanzar el producto en toda India.

8.2.4 Anmol Nivesh de ICICI Prudentials

ICICI Pru ha desarrollado una póliza que combina ahorros y seguros en un diseño que no se diferencia mucho de un clásico contrato mixto: es una póliza de prima normal vinculada al ahorro que garantiza, al vencimiento y en caso de fallecimiento, una prestación no inferior al valor de las primas pagadas, menos el

valor de cualquier retirada parcial hasta ese momento. Ha sido lanzada en modo de prueba para los trabajadores de las plantaciones de té de Assam, al noreste de India, y no ha sido probada en ningún otro sitio.

Los elementos usados en el diseño de la póliza clásica mixta incluyen:

- la combinación de una **prestación por fallecimiento y una prestación al vencimiento,** que atraen el rendimiento sobre la inversión, pero con garantías,
- un **enfoque vinculado a un fondo** para el rendimiento sobre la inversión, con activos mantenidos en títulos-valores de bajo riesgo,
- una **variedad de plazos de la póliza** (7 a 15 años) y opciones de sumas aseguradas de 6.000 INR a 30.000 INR (US$130 a US$650), y
- un **conjunto convencional de cargos,** un cargo por asignación de prima, gastos por administración de la póliza y cargos por mortalidad que no quitan indebidamente valor a las garantías.

No obstante, los diseñadores de este producto han sido innovadores en varios aspectos, todos ellos en beneficio del tomador de la póliza. Algunos ejemplos son los siguientes:

- **Opción de continuación de cobertura.** La cobertura del seguro de vida continúa para los que hayan elegido esta opción aunque las primas dejen de pagarse en cualquier momento a partir del tercer año, evitando el procedimiento de rescate automático.
- **Asignación de bonificación de unidades.** Los tomadores de pólizas son motivados a continuar mediante la asignación del cinco por ciento de las primas pagadas en un año completo cada quinto año. Los gastos de administración de la póliza también cesan al finalizar el plazo de cinco años.
- **Compensación por continuar el pago de la prima.** Los rescates pueden efectuarse en cualquier momento después de tres años. Se aplica un cargo del 10 por ciento del fondo, pero se exenta si en el momento del rescate se han pagado tres años completos de primas.

Estos plazos son muy útiles para alinear los incentivos del tomador de la póliza con los del asegurador, pero lo hacen en detrimento de la simplicidad, aumentando el riesgo de que el tomador de la póliza tenga problemas en entender el producto.

Este producto ha sido diseñado especialmente para llegar a clientes de bajos ingresos que operan en un sector semiorganizado. Se ha puesto a prueba en el noreste de India para llegar a los trabajadores de las tribus que trabajan en las plantaciones de té, usando las compañías de té como intermediarios financieros. La asociación con una compañía de té no garantiza el acceso a todos sus trabaja-

dores puesto que tiene que negociarse a nivel de la plantación de té bajo la jurisdicción de la compañía. A pesar de ello, 2.300 clientes, aproximadamente un cuarto de los que se habían fijado como personas objetivo, se adhirieron y se negociaron otras adhesiones.

Las ventas de productos fueron suspendidas en julio de 2010 después de la introducción de los cambios normativos indicados anteriormente en este capítulo. Deberán introducirse algunos cambios en las características de los productos para asegurar el cumplimiento de los requisitos normativos y aprovechar la oportunidad de responder a las necesidades emergentes de los clientes. En el momento de redactar el presente documento, no se han ultimado los detalles.

Hasta ahora, la iniciativa ha sobrevivido con la financiación del Fondo para Innovación en Microseguros de la OIT, pero es asegurador es optimista porque con economías de escala disponibles a través de una distribución más amplia, esto puede llegar a ser un negocio rentable.

8.3 Lecciones clave aprendidas

Al elaborar el análisis de estos cuatro productos, esta sección se concentra en las lecciones más importantes que deben considerarse cuando se diseñan productos de seguro vinculados al ahorro.

8.3.1 Los productos pueden presentar muchas estructuras y formas

Los cuatro productos presentados poseen diferentes características en varias áreas clave, según se describe en la Tabla 8.1. Algunos de ellos se describen como diferencias de diseño y son relativamente fáciles de identificar. Ellos incluyen:

- flexibilidad de la prima,
- requisitos mínimos respecto a la prima y
- plazos de rescate.

Otros son más sutiles, pero quizás más complejos. Dos de ellos se consideran más detalladamente en el siguiente análisis:

- el equilibro entre ahorro y seguro
- el equilibro entre flexibilidad y simplicidad.

Flexibilidad de la prima

SBI Life y ICICI Pru requieren que los tomadores de las pólizas paguen las primas anualmente sin variaciones. Bajaj Allianz permite el pago de primas en base a uno de los cuatro programas, pero de modo regular. Solamente MNYL permite

un enfoque completamente flexible para el pago de las primas, una flexibilidad de pago de primas casi inaudita, por lo menos en el ámbito de los seguros a largo plazo.

No es obvio cuál es mejor para el cliente. Considera el asunto desde varias perspectivas diferentes.

- Las primas anuales son mayores que las pagadas de forma más frecuente, por lo tanto existe el riesgo material de rescate si el cliente no puede afrontarlas en la fecha de vencimiento.
- Las primas anuales producen costes de recaudación inferiores por unidad pagada, permitiendo cargos inferiores y mejor valor para los clientes.
- Cuando los productos se venden a través de socios de servicio, los socios pueden colaborar en la agregación de importes más pequeños en las primas anuales, profundizando las relaciones entre aseguradora y socio, y entre socio y cliente. Los SHG y las plantaciones de té desempeñan esta función para SBI Life y ICICI Pru, respectivamente.
- Al permitir que los clientes elijan la frecuencia de las primas o que las contribuciones sean pagadas totalmente a discreción del tomador de la póliza, se pueden atraer más clientes y permitirles un mayor control sobre su gestión financiera.
- Conservar al cliente con una prima regular, con periodos de gracia apropiados para facilitar la recuperación en periodos de estrecheces, puede mejorar el compromiso de ahorro del tomador de la póliza.[10] Para Max Vijay, solo unos 15.000 de sus 90.000 clientes efectúan contribuciones después del pago inicial, a pesar de los requisitos mínimos extraordinariamente bajos. Esto indica que la aseguradora puede haber sobrestimado la ventaja del enfoque flexible respecto a la disciplina impuesta por el compromiso de pagar regularmente una prima.

Estos razonamientos demuestran el desafío de establecer el enfoque correcto para un producto en especial y la necesidad de considerar el asunto desde la perspectiva de los clientes, además de cualquier entidad intermediaria implicada. Estas decisiones raramente son sencillas. Investigar las preferencias del cliente, evaluar la capacidad de pago y realizar análisis de costes y beneficios de diferentes modelos son algunos de los métodos que ayudan a los aseguradores a evaluar las compensaciones. Las familias de bajos ingresos viven una vida financiera complicada y compleja; los aseguradores nunca deberían suponer que saben lo que necesitan sus clientes.

[10] Bajaj Allianz y SBI Life permiten que el pago de la prima se atrase por 30 días y todos los aseguradores incluidos en el presente estudio permiten que los clientes reactiven acuerdos si no se han pagado durante algún tiempo las primas.

Prima mínima

Cuanto más bajo es el umbral de la prima, más fácil es que las personas de bajos ingresos participen como clientes, pero tanto más difícil es para el asegurador lograr rendimientos de escala a nivel de un contrato individual. Por otra parte, un bajo umbral de las primas puede traducirse en un mayor número de pólizas que a través de la cartera en su conjunto puede ser suficiente para crear economías de escala.[11]

ICICI Pru y, en menor medida, Bajaj Allianz, han optado por primas con mínimos relativamente altos, y los tomadores de pólizas pagan a la primera por lo menos 1.200 INR (US$27) anualmente y, a la segunda, si eligen la opción de la prima anual, no menos de 500 INR (US$11). Bajaj Allianz ofrece primas inferiores para los que están dispuestos a pagar más frecuentemente. La prima mínima implicada en SBI Life es notablemente inferior que ésta, y MNYL ofrece completa flexibilidad de las cuotas a partir de 10 INR (US$0,22), pero la prima inicial es alta, de 1.000 INR(US$22).

Es difícil decir qué enfoque ha funcionado mejor porque los efectos de la prima mínima están oscurecidos por otros factores. Bajaj Allianz ha vendido una gran cantidad de pólizas y Max Vijay ha vendido mucho menos, pero esto no es necesariamente atribuible al umbral de la prima.

Plazos de rescate

Uno de los asuntos más importantes en el diseño de productos que combinan ahorro y seguro es la flexibilidad a la hora de cancelar la póliza parcial o totalmente. Los plazos de rescate son similares para tres de los productos. Bajaj Allianz destaca por proporcionar plazos generosos de rescate de la póliza, especialmente permitiendo rescates tempranos. Los otros aseguradores permiten rescates trascurridos tres años; Bajaj Allianz permite hacerlo inmediatamente después de la adhesión, aunque es probable que los rescates en los primeros meses produzcan una indemnización baja.[12]

[11] La viabilidad depende de varios factores respecto a costes e ingresos. Los umbrales de prima más bajos facilitan el acceso fácil y dan como resultado más suscripciones y la diversificación de costes fijos de cartera entre un gran número de contratos, pero pueden ocasionar gastos generales más elevados si los costes asociados con cada nueva venta son altos. No es fácil determinar las reglas y no existe prueba de que los cuatro aseguradores de los que se trata en el presente estudio hayan seguido un enfoque específico. No existen sustitutos para la elaboración de modelos financieros de las alternativas que fuesen respaldados por investigaciones sobre las suscripciones probables de clientes a diferentes niveles de prima mínima.

[12] Sería útil saber cuántos clientes aprovechan estos plazos de rescate. Este capítulo concluye con algunas reflexiones sobre las posibilidades de ulteriores investigaciones.

Puesto que la perseverancia con los productos de ahorro es un factor determinante e importante para el éxito financiero, este enfoque conlleva ciertos riesgos porque pueden experimentarse pérdidas financieras dado que se produce un número significativo de rescates tempranos por parte de los tomadores de pólizas. No obstante, como característica distintiva de la aseguradora en relación con los competidores, puede merecer la pena porque se dirige el mensaje a los clientes de que el producto es flexible. Facilitar la salida puede estimular niveles más altos de lealtad, un riesgo no fácilmente evaluable antes del lanzamiento.

Todos los aspectos del diseño del producto requieren sensibilidad no solo por los efectos financieros, sino también por el impacto de incentivos de comportamiento humano. La cuestión de permitir a los clientes abandonar más fácilmente con la esperanza de que, en cambio, no lo hagan, es algo que requiere una comprensión especialmente profunda de la tendencia de la gente a responder a los incentivos. Afecta también a la cuestión de la confianza, que se aborda más adelante en esta sección.

El equilibrio entre ahorro y seguro

Uno de los principales desafíos es satisfacer los costes de suministro del seguro y la prestación por fallecimiento, demostrando un adecuado compromiso a la prestación al vencimiento, el resultado del esfuerzo de ahorro para los que sobreviven hasta el final del plazo de la póliza. Algunos pueden sugerir que se requiera una prestación de seguro mínima para satisfacer las necesidades básicas del cliente. Otros creen que el ahorro juega un papel importante en satisfacer estas necesidades y que el seguro es suplementario. Cada asegurador debe adoptar una opinión al respecto sobre la base de su comprensión de las preferencias del cliente.

Se han adoptado cuatro enfoques distintos para lograr este equilibrio. Ellos se ilustran en relación con un producto teórico en un plazo de diez años, primas anuales de 1.000 INR (US$22), y el coste anual correspondiente de cobertura y gastos de administración de 30 INR (US$0,66) y 50 INR (US$1,10), respectivamente.

– **MNYL: Coste de seguro deducido de primas; sin garantía.** De las primas de 1.000 INR (US$22), se deducen 30 INR (US$0,66) para cubrir los costes del seguro. No se ofrece ninguna garantía al vencimiento de la prestación. MNYL deduce los costes de cobertura de las primas y no proporciona una prestación garantizada al vencimiento para compensarlo. Sin embargo, reduce el riesgo para el cliente describiendo y garantizando los costes del seguro y limita la erosión potencial del ahorro estableciendo la prestación por fallecimiento en un múltiplo del total de primas pagadas. La prestación por fallecimiento será de 5.000 INR (US$110) después de un año, cinco veces la prima anual, y un importe adicional

de 5.000 INR con cada prima subsiguiente de 1.000 INR (US$22). Además, una vez que se hayan declarado los rendimientos, no pueden eliminarse.

– **Bajaj Allianz: Costes de seguro deducidos de las primas; garantía basada en las primas menos los costes de cobertura y gastos de administración.** La garantía se basa en la suma de todas las primas, 1.000 INR (US$22) en cada año, menos los costes de cobertura y gastos de administración, en total 80 INR (US$1,75) cada año, otorgando una prestación pagadera en la fecha de vencimiento después de diez años de no menos de 9.200 INR (US$201). Bajaj Allianz deduce los costes de cobertura de las primas. Proporciona una prestación garantizada pagadera en la fecha de vencimiento, pero no garantiza el impacto del coste del seguro. Esta es la garantía más fácil de proporcionar porque el asegurador está expuesto al menor riesgo posible. Aunque no es bueno para el cliente, permite al asegurador ofrecer buen valor en otra parte del producto, algo que Bajaj ha elegido hacer a través de los plazos de rescate.
– **ICICI Prudential: Coste del seguro deducido de las primas; garantías basadas en primas totales.** Aunque el asegurador aún satisface los costes de cobertura deduciéndolos de la prima, la garantía se basa en las primas totales, en otras palabras 10.000 INR (US$219) después de diez años de contribuciones de 1.000 INR (US$22). ICICI Pru proporciona una prestación pagadera al vencimiento que, no obstante el coste de cobertura del seguro, se garantiza que no será inferior al valor del total de las primas pagadas. Debe satisfacer esta garantía de los rendimientos después de deducir los gastos sobre los activos y existe el riesgo de que no se pueda. Gestiona este riesgo imponiendo una prima mínima razonablemente alta y asegurando que la vigencia de la póliza no sea demasiado breve. Se observa nuevamente que, desde el punto de vista del tomador de la póliza, la prestación es buena, pero tiene ciertas limitaciones de diseño.
– **SBI Life: Garantía simple y explícita de las prestaciones; coste de suministro de la garantía implícito.** SBI Life ha adoptado un enfoque distinto para esta garantía, proporcionando un resultado diferente, pero no revela los costes del suministro de este resultado. A pesar de que no se conoce el nivel de riesgos que implica cumplir estas garantías –quizá la combinación sea rentable– su ventaja es que es sencillo y muy probablemente será entendida por los clientes. Con su póliza de diez años, SBI Life ofrece una prestación garantizada al vencimiento para las primas totales, menos el impuesto sobre la cifra de ventas del 1,03 por ciento anual, poco inferior a las 10.000 INR con primas de 1.000 INR anuales. La prestación garantizada con la póliza de cinco años es la mitad de todas las primas pagadas, justo por debajo de 2.500 INR para la misma prima.

Se pueden justificar todos estos enfoques. Cada uno puede describirse como justo para los clientes, un equilibrio muy razonable entre ahorro y seguro en un

entorno en que los recursos son limitados. Cada uno presenta ventajas y desventajas desde el punto de vista del asegurador y del tomador de la póliza. Además, cada uno permite que el asegurador otorgue otras prestaciones para el cliente en el diseño de la póliza. El asegurador debe considerar la compensación y dar prioridad a las necesidades más importantes de sus clientes. Como resulta evidente de las diferencias en el diseño de productos y las prestaciones para los clientes, los cuatro aseguradores han adoptado diferentes enfoques para estas prioridades.

Elección: el equilibrio entre flexibilidad y simplicidad

Los aseguradores deben equilibrar la disyuntiva entre simplicidad (menos elección) y flexibilidad (más elección). La simplicidad es útil para ganarse la confianza del cliente y mejorar su comprensión de las características más importantes del producto, mientras que la flexibilidad permite que los clientes respondan a los cambios de circunstancias inesperados.

Los aseguradores deben decidir qué margen de elección quieren dar a sus clientes. Aumenta el potencial para satisfacer las necesidades del cliente, pero aumentan asimismo los costes de administración. La elección también puede reducir el nivel de comprensión del producto por parte del cliente y no siempre es útil *(véase el Capítulo 13)*. Por otra parte, la flexibilidad puede conducir a un comportamiento que socave la protección, como se ve en las bajas cuotas del producto de Max Vijay.

Cada asegurador ha adoptado una opinión respecto al grado de elección que ofrece:

- **Bajaj Allianz** ofrece una gama de plazos, sumas aseguradas y opciones de frecuencia de pago de las primas, pero la decisión debe adoptarse a nivel de grupo y todos sus miembros deben atenerse a esta selección.
- **SBI Life** permite que el grupo elija el nivel de la suma asegurada y después evalúa los riesgos para ofrecer la prestación garantizada al vencimiento. Sin embargo, esto permite solamente primas anuales y solo dos opciones de plazos de las pólizas.
- **ICICI Pru** limita el plazo de la póliza a un periodo de 7 a 15 años. Permite al tomador de la póliza elegir el nivel de cobertura requerida y el plazo dentro de este periodo predeterminado. Acepta solamente primas a base anual, pero establece esta restricción teniendo en mente el flujo de efectivo de los clientes.
- **MNYL** ofrece solamente un plazo de diez años, pero da a sus clientes completa libertad en cuanto a la cantidad y la frecuencia de pago de las primas.

Estas decisiones tienen consecuencias para la viabilidad financiera del producto y el potencial de ofrecer características positivas en otras partes del diseño.

El producto de Max Vijay ofrece una notable flexibilidad, pero al asegurador le resulta difícil motivar a los clientes para que realicen estas contribuciones de forma regular. Después de pagar su prima inicial, aproximadamente cinco de cada seis clientes no paga ninguna otra prima, a pesar de los importes muy reducidos de las cuotas. Esto, en cambio, ha socavado la viabilidad financiera de la cartera, lo que reduce la rentabilidad del asegurador o el rendimiento de la inversión disponible para los clientes, o ambos.

Necesidad de perseverancia

Cabe notar una característica de las pólizas con elementos de ahorro: la necesidad de perseverar. La cantidad de pólizas anuladas en los productos de seguro de largo plazo puede ser alta: el 10, el 20 e incluso el 30 por ciento al año. Los niveles de perseverancia son indicadores clave para medir el éxito de un asegurador. Si no logra mantener a los clientes durante un tiempo relativamente prolongado de la vigencia de la póliza, el asegurador sale perjudicado por tres motivos:

1. El rescate quita el beneficio de margen de las tarifas que la póliza proporciona al asegurador.
2. El rescate quita activos de los que dispone el asegurador, reduciendo las tarifas y los márgenes que el asegurador hubiera podido generar para pólizas que tiene en sus libros.

Y, lo más importante para pólizas de ahorro:

3. Una póliza rescatada puede representar una pérdida financiera porque el asegurador puede no haber cubierto todos sus costes de emisión y mantenimiento de la póliza, o reservar activos para cumplir las garantías.

Para su éxito financiero, todas las pólizas de seguro a largo plazo dependen de la perseverancia, pero esto es mucho más importante para las pólizas de ahorro que para las pólizas de seguro puro, pues la rentabilidad se desplaza en gran medida hacia los últimos años de la póliza. Además, lo que es bueno para la aseguradora, por lo general también lo es para el cliente, que necesita que la gama de productos sea sólida desde el punto de vista financiero y que se comparta el éxito con el cliente.[13]

[13] El modo de compartir este éxito varía según el producto. Mientras que la sostenibilidad financiera es importante para el tomador de la póliza pues es muy probable que el asegurador cumpla sus promesas, el tomador de la póliza también está interesado en los márgenes de ganancia del asegurador, que deberían ser lo suficientemente bajos como para compartir el éxito con el tomador de la póliza, pero no tan bajos como para socavar la solidez de la cartera.

Precio de escala

Los aseguradores deberán hacer un esfuerzo para: 1) fijar precios tan bajos como sea posible, haciendo todos los esfuerzos para proporcionar valor a sus clientes, 2) comprobar la disposición del mercado a aceptar este precio a través de una combinación, si es posible, de investigaciones antes de diseñar el producto y pruebas de las respuestas del mercado respecto a los precios reales de los productos, y 3) comparar los precios correspondientes aplicados por los competidores cuando sea posible. Un número significativo de pólizas vendidas suele proporcionar más información sobre la rentabilidad que el margen disponible en cada producto. En este entorno de pequeñas unidades, los costes simplemente no pueden cubrirse sin grandes cantidades. Esto no significa que no haya margen a la hora de fijar un precio para los productos. Primero, puede ser que los clientes no sean particularmente sensibles al precio si se satisfacen las necesidades básicas. Segundo, los beneficios obtenidos a través de ventas de éxito inesperado pueden compartirse con los tomadores de las pólizas si en el diseño del producto se encuentran los mecanismos para hacerlo. Tercero, estos son acuerdos a largo plazo y los márgenes son necesarios para protegerse contra las terminaciones inesperadas.

8.3.2 La distribución es la clave

La distribución efectiva es especialmente importante para productos de microseguro que incluyen componentes de ahorro porque conseguir gran escala es crucial para el éxito del producto. Además, la participación en un acuerdo a largo plazo depende de que el cliente haya comprendido las prestaciones de la póliza, y los canales de distribución juegan un papel importante para establecer y mantener esta comprensión.

Una decisión importante respecto a la distribución es si vender microseguros al público en gran escala o limitar el acceso a miembros de grupos organizados. Los aseguradores examinados han adoptado tres enfoques diferentes:

1. **Miembros de grupos solamente.** Bajaj Allianz y SBI Life ponen a disposición sus productos solo a miembros de grupos, con la intención de vender a todos los miembros de ese grupo. Bajaj Allianz establece las condiciones del contrato en base a la suscripción que cubre al grupo, proponiendo que todos o una parte sustancial de los miembros del grupo deben adherirse al seguro.
2. **Destinado a miembros de grupos.** El producto ICICI Pru está dirigido a los trabajadores de las plantaciones de té, pero la participación no es obligatoria para todos los miembros del grupo. Los coordinadores del grupo facilitan la operación, pero la decisión de adherirse corresponde a cada miembro de forma individual.

3. **Disponible para individuos.** Max Vijay está disponible y se comercializa para personas individuales a través de un abanico de canales de distribución.

Vender solamente a grupos presenta varias ventajas:

- Ayuda con eficiencia de escala añadiendo un gran número de pólizas con cada venta exitosa.
- Estos grupos contribuyen a aumentar la lealtad de los clientes, a través de formación, asistencia práctica y tal vez hasta presión social.
- Involucra a un intermediario que tiene presente los intereses de los tomadores de las pólizas y frecuentemente también la disposición para alentar la perseverancia y ayudar con el ahorro para cuotas ampliamente espaciadas.
- Contribuye a la solidaridad entre los miembros, mejorando la comprensión del producto, celebrando el pago de prestaciones y mejorando la perseverancia.

La distribución a los miembros del grupo parece ser el punto clave de diferenciación entre los productos y la escala lograda. Los dos proveedores que venden solo a grupos han alcanzado un volumen significativo, cada uno cubre más de un millón de vidas. Los otros dos aseguradores han tenido inicios alentadores, pero no pueden describirse como exitosos en términos de número de pólizas vendidas o rentabilidad.

Una lección clave aprendida de la iniciativa de Max Vijay es la importancia del canal de distribución *(véase el Cuadro 8.1)*. El canal de distribución debe tener un interés en alentar el ahorro activo por parte de los clientes, pero encontrar ese canal no siempre es fácil. Las tiendas minoristas, por ejemplo, constituyen un incentivo para alentar a la gente a que gaste, no a que ahorre. Cuando se vende en tiendas minoristas, el producto de ahorro compite con otros productos de la tienda, tanto para el minorista (en términos de comisiones ganadas de otros productos con mayor margen) como para el cliente. Los conflictos de intereses también surgen cuando el seguro vinculado al ahorro se vende en bancos, porque los bancos incentivan a los clientes para que suscriban sus productos de ahorro. Los SHG pueden presentar conflictos similares, pero fundamentalmente están interesados en el bienestar de sus miembros y por lo tanto son más adecuados a alentar un producto de ahorro de largo plazo.

Cuadro 8.1

Experimentos con varios canales en Max Vijay

Max Vijay ha probado una variedad de canales usando las estrategias de "empujón" y "tirón". Los canales de la estrategia de empujón son aquéllos por los que los intermediarios persuaden activamente a los clientes para que compren el producto. Se usaban principalmente para alentar las suscripciones de primas relativamente altas del producto. Para la estrategia de empujón se utilizaban como canales de empujón un distribuidor de producto financiero, las MFI, las ONG e instituciones gubernamentales.

Los canales para la estrategia de tirón son aquéllos en los que existen puntos de venta establecidos y se alienta a los clientes para que compren productos en estos centros. Se trata, en primer lugar, de minoristas locales, incluidas las "tiendas de la esquina", que los tomadores de pólizas frecuentaban regularmente y por lo tanto son lugares convenientes para que los clientes hagan contribuciones adicionales a sus pólizas Max Vijay.

La experiencia de los canales de distribución no es homogénea. El intermediario del producto financiero generó la mayoría de las ventas, pero en detrimento de otros productos MNYL dirigidos a clientes de altos ingresos. Sin embargo, este canal produjo escasos resultados en el área de las contribuciones corrientes.

En total, en solo una sexta parte de las pólizas se realizaron contribuciones adicionales. Los niveles de éxito más altos se alcanzaron en los canales de minoristas, especialmente en la ciudad de Agra, donde los tomadores pagaron para más de la mitad de las pólizas vendidas recargas de cuotas. De la experiencia acumulada hasta la fecha resulta evidente que el producto proporcionará valor a los clientes –y probablemente beneficios al asegurador– solo si se desarrolla y mantiene una conducta de ahorro, lo que significa que hasta los esfuerzos marginales para promover una cultura del ahorro continuo pueden dar buenos resultados en términos de nuevas ventas, mejor perseverancia y aumento del ahorro.

Fuentes: Adaptación de Harmeling, 2010.

8.3.3 Prioridades del diseño

Un detallado análisis de los cuatro aseguradores que han adoptado diferentes enfoques para extender los productos de ahorro y seguro a las familias de bajos ingresos proporciona algunas informaciones preliminares útiles para otros interesados en diseñar productos similares.

Establecer el objetivo clave y concentrar todo en esto. Los clientes del microseguro viven vidas complejas desde el punto de vista financiero, y no es posible que los productos satisfagan todas sus necesidades. Los clientes necesitan productos que satisfagan un objetivo específico. Deben entender qué están comprando, especialmente si el producto trata de combinar elementos de seguro y ahorro. El canal de distribución, el diseño del producto y la infraestructura interna de la aseguradora deben respaldar esto. Si no se focaliza en un objetivo se pone en peligro la claridad del mensaje a los clientes, reduciendo el potencial de venta y socavando la lealtad del cliente en detrimento de la sostenibilidad del negocio.

Priorizar la distribución. La escala de cartera es crucial para los productos de seguro que proporcionan ahorro, por lo tanto es prioritario que el negocio disponga de las mejores oportunidades para vender grandes cantidades de contratos. Ello significa probablemente que se tenga que tomar decisiones difíciles en una fase temprana, por ejemplo excluir el acceso al público en general, pero esto puede revisarse una vez que se haya logrado una estructura sostenible. Los aseguradores con éxito en este estudio han sido muy decididos en sus enfoques respecto a la distribución.

Estimular la confianza y la lealtad. Desde diferentes perspectivas parece que la confianza juega un papel importante para que el asegurador tenga éxito, independientemente de que el canal principal de distribución del producto sea a través de un intermediario o no. De ello se puede sacar la conclusión que los aseguradores deben monitorizar la satisfacción de los clientes con el producto y los servicios recibidos del asegurador y los intermediarios. Esto debería extenderse a través de toda la cadena de contactos con los clientes. Un buen servicio a los clientes, el pago puntual de los siniestros, unas exclusiones mínimas y un servicio administrativo sin complicaciones: todo esto sirve para aumentar la reputación del asegurador en la comunidad en la que presta sus servicios. Es más probable que los clientes se queden con el producto si están satisfechos; y mantener a los clientes existentes es más barato que sustituirlos por otros nuevos. Los aseguradores deben reconocer que no se trata sobre todo de la cifra de ventas, sino de perseverancia, pues los clientes que se retiran al principio son peores que los que no se han dado de alta.

La simplicidad tiene su mérito. En los productos de ahorro, como en el caso de los microseguros en general, algunos compromisos en la flexibilidad a favor de la simplicidad parecen haber ayudado en por lo menos dos de los ejemplos considerados en este capítulo. Parece que, como los consumidores normalmente desean poder elegir, conocen y aprecian los beneficios de acuerdos contractuales a largo plazo que imponen restricciones, por ejemplo, en el pago de las primas, a

cambio de gratificaciones. Esto tiene un considerable impacto positivo en la sostenibilidad del producto y debe ser considerado por el asegurador en el contexto de los objetivos claves del producto. La simplicidad aumenta la comprensión del cliente que, a su vez, probablemente aumente su lealtad y, por lo tanto, la sostenibilidad financiera de la cartera. Puede extrañar a los clientes con necesidades más complicadas, pero éstas pueden satisfacerse en una etapa posterior a través de la mejora del producto. Pero no es verdad lo contrario, pues es casi imposible simplificar un producto existente.

8.4 Reflexiones finales y camino a seguir

Los que practican microseguros están prestando mayor atención al modo en que se puede alentar a los clientes para que combinen el ahorro con el seguro. Algunos aseguradores de India han lanzado productos que hacen exactamente esto (en este capítulo se consideran cuatro de ellos), proporcionando algunas lecciones preliminares para otros aseguradores que se encuentran en una posición similar, a saber:

- determinar prioridades en cuanto al negocio y diseño y ser fiel a esta línea,
- priorizar la distribución,
- estimular la confianza y la lealtad, y
- diseñar con simplicidad, concentrándose en la comprensión del cliente.

Las compensaciones son una parte inevitable del proceso de diseño del producto. Al fin y al cabo, los aseguradores deben adoptar sus decisiones respecto a estas cuestiones, reconociendo la importancia de su contexto. La satisfacción del cliente no es fácil de obtener.

Durante esta investigación se plantearon varias cuestiones que no se han podido aclarar con la información disponible facilitada por los aseguradores. Son necesarias otras investigaciones en varias áreas, como por ejemplo:

- la efectividad de diferentes canales de distribución y modelos de comisión de ventas, y la calidad de estas ventas respecto a las tasas de perseverancia, para cada uno de estos modelos;
- la adhesión y perseverancia de los clientes en los diferentes productos, por ejemplo, el plazo de las pólizas compradas y el nivel de cobertura –y prima– si hay opciones disponibles;
- incidencia y causas de caducidad de las pólizas, características de los clientes cuyas pólizas caducan e influencia de las características del producto (tales como plazos de rescate) sobre las tasas de caducidad;

- la parte proporcional de los miembros del grupo que se adhieren a la cobertura puesta a disposición a ellos a través del grupo y la perseverancia de los miembros y
- los niveles de satisfacción del cliente y el vínculo al diseño del producto.

Todas estas investigaciones requieren una considerable dedicación de los aseguradores y puede resultar difícil que todos tengan acceso, pero estas informaciones serían enormemente beneficiosas para otros que tienen en mente operar en este segmento.

9 Mejorando el microseguro de desgravamen

John Wipf, Eamon Kelly y Michael J. McCord

Este capítulo es una adaptación del Documento n.º 9 sobre microseguros, publicado por el Fondo de Innovación en Microseguros de la OIT. Los autores desean agradecer a los varios revisores por sus comentarios y sus recomendaciones, que resultaron muy útiles para obtener datos adicionales y mejorar la claridad global, incluyendo a Martin Hintz (Allianz), Mathieu Dubreuil (PlaNet Guarantee), Christine Hougaard (Cenfri), Marc Nabeth (CGSI Consulting) y Mary Yang (OIT). Los autores también expresan su gratitud a los dirigentes del programa de microseguro que facilitaron los datos para el presente capítulo, pero que solicitaron permanecer en el anonimato.

La cobertura de desgravamen –es decir, el seguro que cubre el principal y los intereses pendientes de pago de un préstamo en caso de fallecimiento del prestatario– es el punto de partida lógico para las organizaciones que se inician en el microseguro. Por lo general es fácil de presentar, los clientes llegan a entenderlo bien y los intermediarios financieros lo ven como un complemento de su negocio principal. El seguro de desgravamen puede contribuir a crear una conciencia del microseguro y a aumentar la demanda creando una cultura del seguro. Cuando los prestatarios perciben las ventajas de estos productos, se vuelven más receptivos a otros productos de seguro.

Lamentablemente, el seguro de desgravamen a menudo está mal concebido y proporciona poco valor al cliente asegurado. Cuando los productos facilitan poco valor a los clientes, se refuerza la actitud negativa habitual hacia el seguro. Por lo tanto, mejorando el valor de los productos de desgravamen se puede contribuir a mejorar la demanda de microseguros en general.

Para comprender el estado del microseguro de desgravamen y formular modos que mejoren la calidad global de los productos de desgravamen, este capítulo responde a las siguientes preguntas:

- ¿Qué es el seguro de desgravamen y cómo está estructurado?
- ¿Quiénes se benefician de esta cobertura: los prestatarios, los prestamistas y las aseguradoras?
- ¿Cómo se mide la conveniencia para los clientes y cómo se obtiene?
- ¿Cuáles son algunos ejemplos de productos de desgravamen que proporcionan valor a los clientes?
- ¿Cómo se pueden ampliar o ajustar los productos de desgravamen para ofrecer más valor a los clientes?
- ¿Qué consideraciones operativas son necesarias para mejorar los productos de desgravamen?

En este capítulo se formulan estas preguntas basándose principalmente en los años de experiencia de los autores en su trabajo con productos de desgravamen. Además, para construir un grupo de datos similares, se llevó a cabo un estudio de

productos de desgravamen involucrando a 30 organizaciones, especialmente seleccionadas por las características diferentes de sus productos y entornos, incluida la representación regional y los diferentes acuerdos institucionales. A pesar de que los resultados de esta muestra no son representativos para los productos de microseguro vinculados al crédito, sí que son ilustrativos y reflejan la gama de buenas y malas prácticas.

9.1 ¿Qué es el seguro de desgravamen?

El seguro de desgravamen es uno de los tipos de microseguros más comunes (Roth et al., 2007; Matul et al., 2010). La principal finalidad de este producto es asegurar la extinción de la deuda pendiente en caso de fallecimiento del prestatario. El producto es generalmente obligatorio como condición previa para obtener un préstamo de las instituciones microfinancieras (MFI - por sus siglas en inglés).[1] No obstante, el producto puede concebirse de varias formas y suministrarse a través de una variedad de acuerdos con las instituciones.

9.1.1 Tipos de cobertura de desgravamen

El desgravamen básico, que cubre solamente el principal y los intereses de un préstamo pendiente en caso de fallecimiento del prestatario, es el modo más simple aunque se puede estructurar de diferentes maneras. Las primas, por ejemplo, pueden pagarse una sola vez por adelantado, deduciéndolas o sumándolas al préstamo, o pueden tenerse en cuenta en la cuota de interés del préstamo y cobrarse durante el plazo del mismo. Cuando están integradas en la cuota del interés, los prestatarios a menudo no tienen conocimiento de la cobertura.

La actitud de los prestamistas en relación con el seguro de desgravamen depende de sus objetivos. Algunas entidades lo utilizan como una ventaja para los clientes, algunas como una fuente adicional de ingresos y otras como un componente básico de una cobertura más amplia. Para los prestamistas interesados en este último objetivo, probablemente proporcionen **un gravamen mejorado,** que presenta tres variaciones:

- **La cobertura de vida ampliada** proporciona la cobertura básica más prestaciones adicionales tales como indemnización funeraria.
- **La cobertura de riesgos mejorada** incluye la cobertura básica más riesgos adicionales tales como cobertura por invalidez del prestatario, un suplemento de la

[1] El término "institución microfinanciera" (MFI) alude a una institución que otorga créditos y, algunas veces, servicios de ahorro a los mercados de bajos ingresos.

póliza por accidentes personales o una cobertura contra incendio para los locales comerciales.

– **La cobertura mejorada familiar** expande la cobertura básica y algunas veces la amplía para incluir el fallecimiento o invalidez de un miembro de la familia.

9.1.2 Acuerdos con las instituciones para seguros de desgravamen

Existe una cantidad de configuraciones institucionales para ofrecer seguros de desgravamen. Mientras que el prestamista está siempre presente como distribuidor, la institución aseguradora es, por lo general, una compañía de seguro comercial, una asociación de prestaciones mutuas (MBA) de los socios[2] afiliada al prestamista o una sociedad cooperativa de seguros.[3] Algunas veces no existe una aseguradora externa pues el prestamista asume el riesgo de impago por fallecimiento del cliente, como es el caso del Banco Compartamos, de México, para su cobertura básica de desgravamen.

Cuando las normas lo permiten, el autoseguro de las MFI representa sin duda alguna una opción. El coste de mantenimiento de una reserva interna es mínimo si se compara con los costes administrativosde gestión de cobros, contabilidad y transferencias de las MFI y la gestión de registros de clientes y de los siniestros por parte de la aseguradora. Muchos prestamistas asumen el riesgo porque resulta un servicio más conveniente y veloz y les permite adaptar el producto a las necesidades de sus prestatarios. Pero esto es posible solo hasta un importe prudencial. Por ejemplo, las MFI de la Confédération des Institutions Financières(CIF) de África oriental autoaseguran el riesgo de fallecimiento hasta un máximo de 10 millones de francos CFA (20.792US$). La CIF tiene planificado establecer una compañía de seguros de vida en África oriental para cubrir el exceso de crédito de desgravamen de varias instituciones financieras principales.

Algunas MFI aplican una tarifa a los clientes cuando asumen el riesgo internamente y otras hasta constituyen una reserva para estos fines específicos como, por ejemplo, una "Reserva para posibles pérdidas derivadas de préstamos, debidas al fallecimiento de clientes". Estas MFI pueden cobrar a los clientes pero, por lo general, se asigna directamente la tarifa a los ingresos en sus libros. Esto constituye una práctica malsana y, a su vez, muestra cuán insignificante las MFI consideran las pérdidas debidas al fallecimiento de los clientes.

[2] Generalmente, es una organización, ya sea formal o informal, que asume los riesgos, es diferente al prestamista y que es propiedad de los prestatarios.

[3] En algunos países, las sociedades cooperativas poseen una compañía de seguro que se concentra en el suministro de productos para los principales miembros de la familia. A estas sociedades, las entidades reguladoras algunas veces otorgan concesiones especiales como, por ejemplo, requisitos de capital reducido.

Cuando las instituciones desean ofrecer mayor cobertura a los clientes, es necesario ceder el riesgo. Como han observado las personas que han respondido a la encuesta, además de la cuestión jurídica de retener un riesgo, tienen la preocupación de poner en riesgo su capital principal al no disponer de la capacidad técnica para administrar la cobertura de seguro.

Si una aseguradora es la suscriptora, también puede ser que esté implicado un intermediario. Algunos intermediarios satisfacen solo las ventas y funciones de facilitación de un agente, pero otras diseñan productos, procesan y pagan previamente las demandas de indemnización y codifican o cambian el formato de los datos de las operaciones según las especificaciones de la aseguradora. PlaNet Guarantee desempeña esta función, trabajando como corredor para las MFI, vinculando a la aseguradora con una reaseguradora. El fundamento para la existencia de intermediarios es añadir valor para el prestamista, los clientes asegurados y el asegurador. A pesar de ello, es posible que los intermediarios queden excluidos del negocio al reducirse los márgenes, y los prestamistas y las aseguradoras decidan que pueden administrar tales productos simples de modo autónomo. Para los intermediarios se vuelve difícil sostener que ellos añaden realmente valor cuando las aseguradoras y/o los canales de entrega están dispuestos a administrarse por su cuenta *(v. Capítulo 23)*.

9.2 ¿Quién obtiene beneficios de los seguros de desgravamen?

A menudo se critica el seguro de desgravamen porque se percibe como más conveniente para las aseguradoras y los prestamistas que para los prestatarios asegurados. A inicios del siglo XIX, en los Estados Unidos se promovía el seguro de desgravamen con el lema "la deuda muere con el deudor". Se consideraba vergonzoso dejar la carga de la deuda a los familiares o a los parientes. Además, era más probable que los bancos aprobasen un préstamo si parte del riesgo estaba cubierto mediante el seguro del prestatario. Por tanto, el seguro de desgravamen evolucionó con la finalidad evidente de proteger tanto al prestamista como al prestatario. En el ámbito del microseguro, es útil evaluar el valor del gravamen desde la perspectiva de los distintos partícipes: prestatarios, prestamistas y aseguradoras.

9.2.1 Prestatarios

Para las familias aseguradas, el seguro de desgravamen liquida la deuda del prestatario cuando este muere, sin causar ninguna presión financiera a los familiares del fallecido. Cuando fallece un microemprendedor, el hecho afecta a los miembros de la familia sobrevivientes de distintas maneras. En primer lugar, deben saldar los costes de hospital, funeral y entierro. El fallecido, además de ser un sostén –o incluso el principal– de la familia, es frecuentemente el administrador más hábil

de los negocios familiares. Por tanto, además de perder su productividad, la familia sufre la pérdida de su destreza, experiencia y conocimientos comerciales.[4] Como el negocio tiene dificultades para sobrevivir, la familia puede recurrir a la venta de existencias y liquidar activos productivos a precios descontados para pagar el préstamo pendiente. Para una familia que se encuentra en esta situación, es útil que el seguro pague el préstamo, mientras que el prestamista deja de sufrir la presión por el pago del préstamo y la aseguradora paga las prestaciones adicionales en modo veloz.

La protección del seguro también es de valor para los prestatarios de un IMF que utilizan el método de préstamos de grupo. Cuando fallece el prestatario, el IMF puede exigir a los miembros restantes del grupo que paguen las deudas del fallecido recurriendo a sus ahorros. Esto tiene implicaciones negativas para la moral del grupo, y el riesgo de perder los ahorros desalienta el crecimiento de los mismos. En estas circunstancias, los prestatarios valoran frecuentemente el seguro como una protección importante contra la muerte de los compañeros del grupo.

No obstante estos potenciales beneficios, los prestatarios a menudo manifiestan poca o ninguna satisfacción con los productos básicos de desgravamen. Como ha observado una persona que ha respondido a una encuesta, un motivo es que el "seguro de desgravamen tiene solo un valor moderado porque la mayoría de los prestatarios cubiertos ni siquiera son conscientes de la cobertura". Puesto que, por lo general, no se aplican cargos directos a los clientes para el seguro de desgravamen básico, o porque la prima es percibida como una tarifa para obtener el préstamo, es posible que los clientes no tengan conciencia de estar cubiertos. En un estudio sobre satisfacción del cliente realizado en Zambia, los clientes de IMF señalaron que solo sabían que tenían un seguro a través del equipo de investigación (Manje, 2007).

Los prestatarios perciben a menudo el seguro de desgravamen como un producto que beneficia al prestamista, y a ellos no. Para comprender el motivo, es importante observar cómo los IMF gestionan los impagos de crédito por fallecimiento sin un seguro de desgravamen. A causa del estigma y gran daño a la imagen que comporta cobrar las deudas recurriendo al patrimonio del fallecido, muchos IMF cancelan el préstamo al fallecer el prestatario. En este caso, una transición al seguro no proporcionaría valor adicional si solo cubre el préstamo.

Una propuesta de valor mejorada debería incluir una cobertura más amplia que la básica de desgravamen para que las familias sobrevivientes recibiesen una prestación financiera al fallecimiento del cliente, o el cliente recibiese alguna prestación al fallecer un miembro de la familia y/o cobertura en caso de otro

[4] En este capítulo se utiliza el pronombre femenino para referirse a los microemprendedores y prestatarios puesto que muchos IMF se ocupan sobre todo de mujeres.

riesgo. En los IMF que se ocupan principalmente de mujeres, por ejemplo, los prestatarios suelen mostrar más preocupación por la cobertura de desgravamen de sus cónyuges que por la propia *(v. Capítulo 16)*. Tales productos mejorados y familiares son más caros pero, a pesar del coste adicional, proporcionan un valor superior a los clientes si los productos responden a sus necesidades y son entregados de modo eficiente.

Finalmente el valor es específico en relación con el entorno, como demuestra el caso de Allianz Indonesia *(Cuadro 9.1)*.

Cuadro 9.1 **Repercusión sobre los clientes**

En una de las pocas valoraciones de productos de desgravamen, las investigaciones valoraron la repercusión de un producto de desgravamen ofrecido por Allianz Indonesia. El estudio demostró que tal producto no era necesario porque la supuesta crisis financiera posterior a la muerte no existía. La ayuda de la comunidad y de los familiares entre los indonesios musulmanes de bajos recursos era bastante considerable para cubrir ampliamente los gastos funerarios y las necesidades de los familiares del difunto. Esta ayuda estaba impulsada por la percepción de la muerte como un riesgo colectivo a la luz de la economía ética y basada en principios de reciprocidad equilibrada. Por tanto en este caso, los productos de desgravamen no cubrían un vacío de la demanda para los clientes. El estudio concluyó que es importante comprender la demanda antes de ofrecer seguros de desgravamen o cualquier otro producto de microseguro.

Fuente: Adaptación de Hintz, 2010b.

A pesar del riesgo mejorado y/o la cobertura familiar, el nivel de consciencia y experiencia de los prestatarios asegurados afecta directamente a la percepción del valor del producto. Para los prestatarios que han sobrevivido a un ciclo de préstamo anterior o para los que lo solicitan por primera vez, el seguro de desgravamen no parece que tenga valor aunque la finalidad de la cobertura les resulte clara. Pagar una prima para obtener un beneficio intangible puede ser visto como una pérdida de dinero arduamente ganado pues los prestatarios "saben" de antemano que sobrevivirán al plazo del préstamo. En realidad, los índices de mortalidad de los clientes de IMF suelen ser significativamente inferiores a los de la población media puesto que los IMF otorgan préstamos principalmente a clientes sanos y productivos. En general, existe una mayor apreciación del seguro de desgravamen al aumentar la edad, cuando las personas han sido testigos del pago de una prestación, tienen familiares a cargo o se han beneficiado de la educación al consumidor.

9.2.2 Prestamistas

Para un prestamista, es mucho más fácil ser positivo respecto al seguro de desgravamen. Al contrario del prestatario, que se limita a su experiencia individual, el prestamista puede evaluar la repercusión financiera del seguro de desgravamen en toda su cartera de crédito. Eliminar el riesgo de mortalidad del prestatario derivándole el coste representa una gestión prudente del riesgo y establece una práctica comercial. Las instituciones de crédito que participaron en la encuesta apreciaban el seguro de desgravamen por ser de valor para su organización porque:

- protege la compañía, los socios o los miembros propietarios y su cartera de crédito;
- aumenta el ingreso en concepto de tarifas;
- no es necesario solicitar reembolsos recurriendo al patrimonio del prestatario fallecido;
- ofrece un seguro de calidad, mejora la imagen corporativa, aumenta la reputación en sus mercados, atrae a nuevos clientes y mejora la lealtad del cliente;
- contribuye a conseguir su misión social por lo que se refiere a ayudar a los clientes y sus familias a gestionar los riesgos;
- hace posible suministrar una gama más amplia de servicios financieros.

Para los prestamistas, el seguro de desgravamen –y especialmente el desgravamen mejorado– puede constituir una ventaja competitiva, como en el caso de VisionFund *(Cuadro 9.2)*.

Cuadro 9.2 **Seguro de desgravamen como ventaja competitiva en Camboya**

En Camboya existe una penetración microfinanciera relativamente alta y una competición significativa entre los IMF. Un IMF, VisionFund, utiliza su producto de desgravamen como ventaja comparativa. Promueve sus productos de crédito como superior a los de sus competidores porque la deuda pendiente se liquida al fallecer el prestatario. Además, ofrece prestaciones funerarias para el prestatario, el cónyuge y los hijos. El término "seguro" no aparece nunca en sus materiales promocionales ni en la interacción con los prestatarios. La prima es "invisible" pues está incorporada en la cuota de interés. El seguro de desgravamen es considerado de alto valor por este exitoso IMF porque le ha proporcionado una importante ventaja competitiva.

Fuente: Autores.

A nivel corporativo, los prestamistas promueven el seguro de desgravamen como una ventaja competitiva. A pesar de ello, el personal que interactúa en la práctica con los clientes generalmente no usa esto como una ventaja de marketing y suele ser poco convincente al informar a los clientes de esta cobertura. Algunas veces, incluso el personal mismo está mal informado. El carácter obligatorio del seguro de desgravamen básico facilita esta apatía a la hora de educar a los clientes sobre lo que están comprando. Por otra parte, puesto que el seguro básico de desgravamen ha proliferado en microfinanzas, su condición de ventaja de mercado es cuestionable. En Uganda, después de que algunos grandes IMF empezaran a ofrecer productos de desgravamen familiares mejorados, este nivel de cobertura se convirtió en una expectativa de mercado por parte de los clientes, que pasaron de IMF sin cobertura a otros con el producto.

En muchos casos los IMF se concentran en crear valor para ellos y no para sus clientes *(v. Cuadro 9.3)*. Cuando los IMF retienen el riesgo de pérdidas de cartera debidas a fallecimiento del prestatario, a menudo cobran tarifas significativas por el servicio (hasta el 3 por ciento del préstamo inicial), pero afrontan reclamaciones de indemnización mucho más bajas. La presencia del seguro debería significar que los prestamistas, en teoría, pueden bajar los tipos de interés. Los autores, sin embargo, no han encontrado ejemplos de la existencia de productos de desgravamen que causen reducciones evidentes de los tipos de interés de los préstamos.

Cuadro 9.3 **Flujos de beneficios en el seguro de desgravamen**

Richard Leftley, Director-Gerente del corredor multinacional de microseguro MicroEnsure, cuenta de su experiencia con el crédito de desgravamen y los IMF. "En 2002, la mayoría de los IMF con los que trabajábamos cobraban a los prestatarios un uno por ciento fijo del valor del préstamo y usaban los fondos resultantes para cancelar los préstamos pendientes cuando fallecían los prestatarios; sin implicar a ninguna aseguradora. Cuando empezamos a implementar el seguro de desgravamen a estos IMF, nos enteramos de que seguían cobrando a los prestatarios el uno por ciento fijo aunque la compañía de seguro cobrase de 0,3 a 0,5 por ciento del valor del préstamo. Esencialmente, el IMF externalizaba el riesgo por un precio inferior, pero no transmitía el ahorro a los prestatarios, en cambio, registraba el delta como ingresos. Esta práctica está ampliamente difundida hoy en día, y es una pena, puesto que todos deberíamos concentrarnos en proporcionar conveniencia a nuestros clientes."

Fuente: Adaptado de Leftley, 2010.

9.2.3 Aseguradoras e intermediarios

Las aseguradoras y los intermediarios que participaron en la encuesta por lo general declararon su interés en productos de desgravamen porque:

- son sencillos y, por ello, fáciles de vender y administrar;
- suelen ser muy rentables y pueden hacer posible que una aseguradora experimente productos adicionales que pueden resultar no tan rentables a corto plazo;
- representan un buen punto de inicio en los mercados microfinancieros con posibilidad de instaurar confianza a nivel institucional y familiar;
- son un buen modo para crear demanda y consciencia en materia de seguros;
- proporcionan un acceso relativamente fácil para una amplia base de clientes con una demanda potencial creciente para otros servicios de seguro en el futuro.

Las aseguradoras y los intermediarios generalmente afrontan el seguro de desgravamen como un ancla de sus negocios de microseguro pues les permite entrar en el mercado con un producto relativamente fácil. Sin muchos riesgos, pueden conocer el mercado, comprender las tasas de mortalidad y los controles de prueba, generando a la vez beneficios significativos. Sin embargo, a menudo, con el seguro de desgravamen las aseguradoras se aventuran en el microseguro. En estos casos, se satisfacen las motivaciones de la aseguradora y del prestamista –beneficios y cobertura de cartera– y ninguno se preocupa particularmente por las necesidades de protección de riesgos restantes del mercado de bajos ingresos.

9.3 Cuantificación del valor del seguro de gravamen

Un aspecto importante del valor es la cantidad y el tipo de cobertura de desgravamen que se puede comprar por un determinado precio. Un actuario lo determina calculando la indemnización media esperada para cada prestatario, que después se carga para obtener la tarifa de la prima. Una medición similar, el índice de siniestralidad incurrida, puede calcularse de modo retrospectivo sobre la base de las estadísticas de siniestros. Intuitivamente, este indicador, que se suele denominar ratio de siniestralidad, representa la proporción de la prima reintegrada a los prestatarios colectivos asegurados en forma de prestaciones de seguro. En ausencia de antiselección y fraude, un “alto” ratio significa buena relación entre calidad y precio. Las valoraciones relacionadas son el ratio de gastos incurridos, que indica cómo se usa la prima para gestionar y administrar el producto, y el ratio de ingresos netos, que muestra la rentabilidad que tiene el producto para la aseguradora. Con estos ratios, se puede empezar a cuantificar el valor para los clientes, como se ilustra en la Tabla 9.1 (Wipf y Garand, 2010).

Tabla 9.1 **Indicadores clave de rendimiento para el seguro de desgravamen**

Indicador	*Cálculo*	*Rango de buen valor financiero*[1]	*Interpretación desde la perspectiva del consumidor*
Ratio de gastos incurridos	Gastos/beneficios incurridos prima[2]	Inferior al 25%	Este ratio valoriza la eficiencia del producto de desgravamen. Cuanto más eficiente sea, más valor tendrá si se usa el ahorro en gastos para reducir la tarifa de la prima antes que aumentar el beneficio.
Ratio de siniestralidad incurrido	Prima reclamación/ beneficio incurrido	Superior al 60%	Muestra el gran valor que posee el producto de desgravamen. Un "alto" ratio, en defecto de fraude y selección adversa, significa que el precio de la cobertura es relativamente "bajo" (el valor es "alto").
Ratio ingresos netos	Ingresos netos/prima devengada	No más del 10%	Muestra la rentabilidad del producto. Los beneficios pueden reducirse bajando la tasa de la prima, aumentando así la relación entre calidad y precio.

[1] Estos límites de ratios propuestos representan la opinión colectiva de los autores. Se observa que la suma de los ratios puede exceder el 100 por ciento porque el interés sobre las reservas aumenta el ratio de ingreso neto.

[2] Según el principio de devengo, la prima se percibe durante el plazo de un préstamo en un patrón que refleja el riesgo de cobertura de seguro y el coste de su administración. El patrón de la prima percibida por tanto es independiente del modo en que se paga la prima

Este capítulo adopta las siguientes cinco características de un producto "de valor" de microseguro de desgravamen:

a) **Relevante:** El producto protege la familia del prestatario de riesgos relevantes que incluyen tener que ocuparse del préstamo pendiente después del fallecimiento del prestatario.
b) **Oportuno:** La aseguradora liquida la reclamación de forma oportuna antes de que el préstamo pendiente tenga un efecto adverso sobre las finanzas de la familia.
c) **Comprensible:** La mayoría de los prestatarios comprende el producto aunque sea obligatorio.
d) **Facilita el acceso:** La cartera del prestamista está protegida, lo que facilita el acceso al crédito para las familias de bajos recursos.
e) **Buena relación entre calidad y precio:** Tiene una buena relación entre calidad y precio según se define en los tres indicadores de valor de la Tabla 9.1.

Para evaluar el valor financiero, los autores han analizado la información financiera proporcionada por las 17 instituciones que participaron en la encuesta. Estas instituciones fueron seleccionadas sobre la base de la identificación de los autores de los programas de crédito de desgravamen que añadieron la oferta de una variedad de coberturas con una serie de modelos diferentes, en los casos en que la dirección estaba dispuesta a facilitar datos (un desafío significativo). En la Tabla 9.2 se facilitan los datos financieros clave para las operaciones con seguro de desgravamen de estas instituciones y las características relevantes de las instituciones, pero sus identidades específicas se han ocultado como condición para facilitar los datos. Aun así, no todos los datos requeridos estaban disponibles; a muchos les resultaba difícil proporcionar información debido a los métodos contables que utilizaban para estos productos.

Los resultados son muy notables por su enorme variedad. Por lo general se considera que el seguro de desgravamen es rentable para las aseguradoras y los prestamistas, pero estos resultados demuestran que esto no es verdadero en todos los casos. De las 12 instituciones que informaron sobre su rentabilidad en la Tabla 9.2, ocho estaban, efectivamente, muy por encima del objetivo del 10 por ciento, pero dos sufrieron pérdidas y por tanto tienen problemas notables.

Tabla 9.2

Relación calidad-precio del seguro de los programas de desgravamen (clasificados por ratio de siniestralidad)

Tipo de organización	*Nombre*	*Modelo* [1]	*Cobertura*	*Comisión* %	*Gastos admin.* %	*Ratio de siniestralidad* %	*Beneficio* % [2]	*Contingencia* % [3]	*Comentario*
No sustentable									
IMF	Alpha	PA	Familiar	n.d.	n.d.	119	n.d.	n.d.	No sostenible
IMF	Beta	PA	Básico	n.d.	n.d.	95	<0	n.d.	Alta tasa de VIH+
Valor para los clientes									
Bróker/ Intermediario	Gamma	PIA	Vida e invalidez del prestatario	15	12,5	70	2,5	n.d.	Con precio para bajos beneficios
IMF	Epsilon	PA	Familiar	n.d.	n.d.	65	n.d.	n.d.	
IMF	Zeta	PA	Familiar	n.d.	n.d.	64	n.d.	n.d.	
Intermediario Takaful	Theta	PIA	Básico	25	10	60	5	n.d.	Precio, no actual
Compañía de seguro comercial (incluida Takaful)	Iota	PA, PIA	Cartera Mixta	5–16 varía según cuenta	22	60	aprox. 16 promedio	n.d.	Los beneficios se retornan a los IMF (el 80% para convencional y el 70% para Takaful)
IMF autoasegurado	Kappa	SI-IMF	Familiar	0	21	57	8	14	Constituir reservas
Escaso valor para los clientes									
Sociedad cooperativa de seguros	Lambda	PA, PIA	Cartera Mixta	0–40 (varía)	15	30	25 promedio	n.d.	
Compañía de seguro comercial	Nu	PA, PIA	Cartera Mixta	10	20	28	42	n.d.	
MBA	Omicron	MBA	Básico	25	20	25	20	10	
IMF autoasegurado	Pi	SI-IMF	Básico	12	10	24	54	n.d.	
Red de cooperativas de crédito autoaseguradas	Rho	SI-CUN	Básico	10	10	22	58	n.d.	
MBA	Sigma	MBA	Básico	n.d.	n.d.	18,5	n.d.	n.d.	
MBA	Tau	MBA	Básico	0	19	13	68	n.d.	
IMF autoasegurado	Upsilon	SI-IMF	Vida ampliada para prestatario y cónyuge	18	89	12	<0	n.d.	Participación voluntaria
Sociedad cooperativa de seguros	Psi	PA	Cartera Mixta	8	8	11	63	n.d.	Muy incompetitivo

[1] PA = agente socio; PIA = socio-intermediario-agente; SI-IMF = IMF autoasegurado; MBA = mutua; SI-CUN = Red de cooperativas de crédito autoaseguradas.
[2] Para algunos, los beneficios excluyen los ingresos por intereses sobre las reservas.
[3] Las reservas de previsión no incluyen la prima no devengada o reservas de indemnizaciones.

Desde el punto de vista del cliente, si una buena relación entre calidad y precio incluye un ratio de siniestralidad de por lo menos el 60 por ciento, solo seis de las 17 de esta muestra cumplen este criterio. Es particularmente llamativo que los modelos de entrega basados en los miembros de la entidad (MBA, cooperativas, cooperativas de crédito) se clasifiquen entre los de menos valor de la muestra. Los resultados indican que estas cooperativas y MBA no enfrentan ninguna competencia y los productos generalmente tienen precios que generan un superávit adicional para crear patrimonio y reservas. Algunas organizaciones tienen capacidad técnica limitada y prefieren fijar precios de forma muy conservadora, mientras que otras imitan otros productos del mercado hasta que tengan la capacidad de fijar los precios correctamente. Sin embargo, como estas organizaciones son directa o indirectamente poseídas por las familias aseguradas, un "exceso" de superávit teóricamente debería volver gradualmente a los miembros de modo indirecto a través de servicios ampliados y otras prestaciones. Por ejemplo, CIC en Kenia utiliza su superávit de seguros de desgravamen para sus miembros y clientes *(v. Capítulo 18)*.

A los miembros de las MBA se les exige generalmente que compren un producto básico de vida y accidentes como condición para ser miembros, además del seguro básico de desgravamen exigido a los prestatarios. No obstante, esta cobertura de seguro es lo único que muchos pueden comprar. Esta reducción del poder adquisitivo ilustra un punto crucial sobre las MBA de la muestra, proporcionando productos con índices de siniestralidad muy bajos. Los superávit que los miembros-clientes proporcionan a las MBA están desplazando la actitud de los clientes a adquirir otra cobertura, potencialmente de más valor.

Una revisión de los productos basados en el tipo de cobertura muestra que la cobertura básica en cinco de los casos recae en el grupo de "escaso valor". Aunque hay productos mejorados en cada grupo de valor, cinco (50 por ciento) de los productos mejorados recaen dentro del grupo de "valor para clientes", comparado con solo uno (17 por ciento) de productos básicos. Evidentemente, en esta muestra, aquéllas que ofrecen productos mejorados se focalizan de modo más marcado en ofrecer valor a los clientes.

Al proporcionar prestaciones financieras equilibradas a los clientes, los prestamistas y las aseguradoras contribuyen a promover valor a los seguros de desgravamen. Los esquemas que siguen cuidadosamente los resultados financieros y son conscientes de la importancia de suministrar buen valor al mercado obtendrán efectos positivos a largo plazo para el nombre de sus marcas. Un factor clave para proporcionar mejor valor a los clientes es incluir prestaciones que tengan mayores repercusiones para ellos.

9.4 Productos ampliados existentes

La estrategia de utilizar productos de desgravamen como motor de beneficio históricamente siempre ha tenido éxito, pero recientemente, en varios países, el mercado de seguros de desgravamen se ha vuelto más competitivo, haciendo disminuir la tarifa de las primas y obligando a las aseguradoras y a los prestamistas a reformular su estrategia de microseguro. Esta evolución es positiva para los prestatarios, que ven que se ofrece una gran variedad de prestaciones y coberturas como respuesta al deseo de los proveedores de retener el negocio. Debido al deseo de proporcionar mejor valor a los clientes o mejorar la situación competitiva, muchas organizaciones han expandido más allá del seguro de desgravamen en términos de mejora de la cobertura en relación con el cliente cubriendo riesgos adicionales y/o cubriendo a otros miembros de la familia del prestatario.

9.4.1 Cobertura de vida ampliada

Otro modo común de mejorar el valor del seguro de desgravamen es convertir la suma asegurada en el importe original del préstamo en vez del saldo pendiente en la fecha de fallecimiento. Esto se hace por dos motivos: a) para asegurar que los préstamos impagados más los intereses devengados y las sanciones estén mejor cubiertos puesto que el fallecimiento está precedido frecuentemente por un periodo de enfermedad, y b) para proporcionar algunas prestaciones financieras a los familiares a cargo. Esta cobertura duplica prácticamente el coste de la prima pues la suma fija asegurada es aproximadamente el doble de la suma asegurada decreciente. El problema es que, aunque haya casi siempre alguna prestación a pagar a los beneficiarios, la cantidad es incierta y, por lo tanto, no se satisfacen las preferencias del prestatario por una determinada prestación fija para los beneficiarios. Algunas instituciones han afrontado este problema combinando una suma asegurada decreciente con una póliza de seguro de desgravamen de suma fija. Esto proporciona la prestación de la cobertura de desgravamen con la confianza de una prestación fija a la familia en caso de fallecimiento.

9.4.2 Cobertura de riesgo mejorada

Otra mejora común es añadir la invalidez total y permanente (TPD por sus siglas en inglés) del prestatario derivada de accidente como condición para el reembolso del préstamo. Esta cobertura suele ser muy barata pues ocurre raramente y, por tanto, añade poco valor global, además de proporcionar posiblemente una percepción de más valor. Los accidentes son bastante raros y es aún más raro que alguien sobreviva a un accidente y quede discapacitado de modo permanente para conseguir el sustento, que es cómo a menudo se define la TPD derivada de accidentes. Por lo general, los médicos valoran la invalidez de 90 a 180 días después

del accidente. Si se trata de una cobertura de TPD derivada de cualquier causa, incluida la enfermedad, el valor y el coste de la cobertura adicional aumentan notablemente.

Aunque se encuentre en algunos seguros comerciales de desgravamen, la cobertura por invalidez temporal o parcial que activa los reembolsos temporales del préstamo por parte de la aseguradora en nombre del prestatario no es una característica común en el ámbito del microseguro. Mientras que este tipo de cobertura puede ayudar a la gente a superar una dificultad financiera por un corto plazo, los controles para luchar contra el riesgo moral y los fraudes son demasiado difíciles y caros de gestionar considerando el reducido importe de los pagos del préstamo.

Una variación particular de este enfoque proviene de una microaseguradora del sur de Asia, cuyo producto cubre solo al prestatario, pero que presenta las siguientes características adicionales:

- La suma asegurada es igual a la cantidad desembolsada por el préstamo, que se paga en caso de muerte natural, muerte accidental o invalidez total y permanente por accidente.
- Se paga una prestación adicional igual a la suma asegurada en caso de muerte accidental.
- En caso de invalidez parcial y permanente por accidente, la prestación se eleva al 50 por ciento de la suma asegurada.
- Se paga una subvención educativa en efectivo que asciende a un 10 por ciento de la suma asegurada, como máximo, en caso de muerte por cualquier evento cubierto.
- En caso de hospitalización de por lo menos tres días, el desembolso hospitalario asciende al 0,5 por ciento de la suma asegurada por día (con un límite) hasta un máximo de diez días (los tres primeros días de hospitalización no están cubiertos).

Respecto a la parte médica, además de las exclusiones estándar tales como intento de suicidio y participación en actividades criminales se excluyen condiciones preexistentes, maternidad y circuncisión. En caso de muerte o invalidez permanente, el IMF deduce el importe del préstamo pendiente de las prestaciones a pagar.

Otro ejemplo es el proporcionado por Opportunity Uganda Ltd. Opportunity otorga préstamos a corto plazo a una gran cantidad de vendedores del mercado para comprar mercancías. Las pequeñas tiendas están situadas en áreas de mercado húmedas y secas sujetas a muchos riesgos, especialmente de incendios. El seguro de desgravamen de Opportunity protege no solo de la muerte del prestatario sino también de incendios; en caso de que un incendio destruya la

tienda de un vendedor, la aseguradora cancela el préstamo pendiente. Después de que algunos de sus clientes habían sufrido las repercusiones económicas devastadoras de un incendio en el mercado, Opportunity está examinando la posibilidad de ampliar la cobertura contra incendios para proteger todo el stock del prestatario, no solo el préstamo pendiente. Dicha cobertura podría añadirse fácilmente al producto existente de desgravamen con la finalidad de proteger el patrimonio basado en las existencias del vendedor acumuladas durante meses o años.

Otros ejemplos de mejora de cobertura son Microfund for Women en Jordania, que proporciona asistencia en efectivo diaria en caso de hospitalización, Allianz Indonesia, que permite que los prestatarios aseguren hasta tres veces el valor del préstamo, y PlaNet Guarantee, que proporciona indemnización en caso de fallecimiento por accidentes viales en Camboya.

9.4.3 Cobertura familiar mejorada

Puesto que la crisis financiera ocurre cuando los miembros de la familia experimentan eventos asegurables, algunos prestamistas han presionado para que el seguro de desgravamen cubra a otras personas además del prestatario. La mayoría de las veces cubre al cónyuge y, ocasionalmente, a los hijos y otros familiares. Otras veces, como sucede con la póliza para accidentes personales para grupos de AIG Uganda, las prestaciones para el cónyuge y los hijos cubiertos se calculan a un nivel reducido del 50 y 25 por ciento, respectivamente, de la suma asegurada del prestatario, además del reembolso del préstamo.

La mejora para incluir a la familia suele cubrir total o parcialmente el reembolso del préstamo si muere el cónyuge asegurado que ha tomado el préstamo. Esta es una cobertura de valor pues el cónyuge es a menudo un importante sostén económico. Algunas veces el cónyuge es el usuario real del importe del préstamo, como en el caso del agricultor que manda a su esposa para que asista a las reuniones grupales porque él tiene que ocuparse de su campo. Además, muchas familias dependen de dos ingresos y cuando uno de los sostenes económicos fallece, el hecho acarrea graves consecuencias a una familia de buena posición. Cubrir el otro sostén económico puede ayudar a estabilizar las finanzas domésticas, o por lo menos mitigar los daños económicos. Otras prestaciones ofrecidas incluyen la cobertura funeraria para el cónyuge e hijos (VisionFund en Camboya) y la invalidez del cónyuge (MicroEnsure en Filipinas).

No obstante, una vez añadida la cobertura familiar, ocurre un cambio radical en la asimetría de la información porque, aunque el prestamista conoce al cliente, no conoce todo el riesgo que supone asegurar a la familia y especialmente al cónyuge. Los clientes de microfinanzas son frecuentemente mujeres. Los maridos de las mujeres de bajos ingresos suelen tener trabajos más arriesgados y un estilo de

vida también más arriesgado. Por tanto, el coste de cobertura de los cónyuges puede ser significativamente superior al de la cobertura del cliente. En dos ejemplos, el producto de AIG en Uganda experimentó una tasa de mortalidad de una muerte de cliente femenina frente a cuatro muertes de las cónyuges (McCord et al., 2005a), y CARD MBA experimentó una muerte de un cliente frente a 3,2 muertes de cónyuges (McCord y Buczkowski, 2004). A menudo, para gestionar los riesgos adicionales, la aseguradora empieza con una cobertura moderada para cónyuges y la aumenta cuando dispone de más experiencia y conoce mejor el riesgo a lo largo del tiempo. Aunque supone un riesgo potencial, dicha cobertura es muy beneficiosa para el cliente.

Debería entenderse que no todas las innovaciones de productos son exitosas. Un IMF del sureste asiático empezó concibiendo su producto de desgravamen en base a investigaciones de mercado y concluyó que un componente de ahorro era importante. El producto se ofrecía a base voluntaria y consistía de una cobertura de muerte e invalidez total y permanente para el prestatario por la cantidad original del préstamo. De esto, se deducía el préstamo pendiente en la fecha de fallecimiento y se pagaba el saldo a los familiares a su cargo. El cónyuge e hijos también estaban cubiertos, su cobertura ascendía al 50 por ciento y 25 por ciento de la cobertura del prestatario, respectivamente. El componente de ahorro ascendía al 50 por ciento de la prima, que se devolvía con intereses cuando el cliente se retiraba del IMF. El principal problema del diseño era que el total de la prima se deducía previamente del préstamo, lo que la hacía poco atractiva para el mercado. Por lo tanto la aceptación fue baja. Por último, para reducir la deducción de la prima, se abandonó el componente de ahorro y la cobertura para hijos. Las ventas del producto siguen siendo demasiado bajas para que sea sostenible, principalmente porque la consciencia del mercado es baja, la participación es voluntaria y la prima se sigue pagando por anticipado.

9.4.4 Consideraciones del proveedor

Las aseguradoras y los intermediarios ofrecen frecuentemente varias versiones de cobertura de desgravamen, algunas de las cuales tienen la capacidad de desarrollar una combinación específica de características que requieren sus socios distribuidores. Los prestamistas deberían ser conscientes de esta oportunidad de flexibilidad e innovación y utilizarla para asegurar la evolución de los productos y mejorar el valor para sus clientes. Ofrecer tal variedad de productos requiere sistemas de administración flexibles y capacidad actuarial. Otras aseguradoras tales como "Iota" en la Tabla 9.2, ofrecen a sus socios una cesta de componentes de precio previamente establecidos y les permiten elegir la combinación adecuada.

El seguro de desgravamen Takaful puede considerarse un beneficio añadido pues permite una cobertura dentro de los límites de las creencias religiosas y pue-

den obtenerse servicios secundarios adicionales. Los principios de Takaful requieren que gran parte del superávit obtenido por la formación de pools de riesgos vuelva al asegurado y, mientras los socios tienen la capacidad de hacerlo directamente, ellos pueden optar por métodos indirectos añadiendo un servicio adicional o reduciendo los costes de los servicios existentes. Una aseguradora, Allianz Indonesia, ofrece ambas versiones del seguro de desgravamen, una convencional y otra Takaful (es decir, la que cumple la ley musulmana o sharia). De acuerdo con los principios de la sharia, devuelve hasta el 70 por ciento de las prestaciones al finalizar el negocio a sus socios distribuidores.

Algunos IMF prefieren no ampliar el seguro más allá de su forma básica por diferentes motivos; algunos tales como "Lambda", tienen sistemas de distribución de bancassurance muy avanzados. A través de una gran cantidad de IMF, cooperativas y sucursales de bancos, vende al por menor una amplia gama de productos de vida y otros a los clientes de estas instituciones. En estos casos, los clientes tendrían la posibilidad de adquirir productos adicionales, pero tendrían más flexibilidad (por lo menos como grupo) para seleccionar la combinación de productos más apropiada. La preferencia de estos proveedores es para el seguro de desgravamen simple que asegura solo préstamos, y se espera que los clientes compren voluntariamente productos de seguro adicionales que se adapten a sus necesidades específicas.

Equity Insurance Agency en Kenia aplica esta estrategia ofreciendo una variedad de productos a sus clientes y limitando su cobertura obligatoria al seguro básico de desgravamen. Para Equity, esto requiere dedicar una gran cantidad de recursos para instruir a su mercado de destino y mejorar la comprensión y estimular la demanda de microseguros.

9.5 Aspectos operativos

La cobertura básica de desgravamen puede consistir simplemente en administrar, en especial una vez que los datos operativos estén claramente estructurados. No obstante, cuando se introducen innovaciones para ofrecer valor a los clientes, el nivel de complejidad aumenta y deben considerarse cuestiones operativas adicionales. Esta sección contempla una cantidad de cuestiones operativas que deberían afrontarse antes de introducir un producto.

9.5.1 Periodo de cobertura

Las microaseguradoras deben tener cuidado con el vencimiento de los productos básicos de desgravamen. ¿La póliza vence en la fecha de vencimiento programada del préstamo? No todos los clientes son puntuales a la hora de hacer el pago completo. Algunas instituciones ofrecen un periodo de gracia de dos semanas o más para retener la cobertura cuando el cliente se retrasa con el pago final. Algunas instituciones cobran una prima periódica (semanal o mensualmente), antes que una sola prima adelantada, lo que permite la cobertura independientemente del periodo de reembolso real. Otras exigen automáticamente hasta dos meses más de cobertura más allá de la fecha de vencimiento del préstamo, posiblemente para superar los plazos entre los préstamos.

Vincular las prestaciones ampliadas con el seguro de desgravamen puede empeorar este problema de tiempo pues existe una falta de paridad entre la duración de los riesgos. El riesgo de impago debido a fallecimiento tiene un plazo fijo, cuando el préstamo tiene una fecha de expiración dentro de la cual se espera que sea completamente reembolsado. Pero continúa el riesgo de crisis financieras debidas a la muerte del sostén económico de la familia o a la pérdida del negocio. Por lo tanto, vincular el plazo de cobertura al préstamo puede representar un problema, especialmente si la gente no saca préstamos continuamente.

¿Qué sucede si se reembolsa un préstamo por anticipado y el seguro cubre más que el préstamo pendiente? Con algunos productos, la cobertura cesa automáticamente. Con otros que tienen prestaciones mejoradas, la cobertura continúa hasta el final del plazo programado del préstamo. Algunas organizaciones proporcionan un reembolso parcial de la prima. Debido a las primas reducidas de los seguros de desgravamen incluso cuando son ampliados, el coste administrativo de la devolución de una pequeña parte de una prima muy reducida puede resultar excesivo. CLIMBS en Filipinas permite que su socio distribuidor decida si la prima debe ser parcialmente devuelta; si no se debe efectuar ninguna devolución, la cobertura continúa hasta la expiración de la fecha original. Como CLIMBS dispone de un buen software de gestión, es relativamente sencillo otorgar las devoluciones pero también debe recuperar algunas primas de reaseguro y comisiones lo que requiere esfuerzos administrativos.

9.5.2 Cobro y financiación de primas

El cobro de primas puede gestionarse de modo efectivo utilizando diferentes métodos. Para la mayoría de los esquemas, la prima es pagada **explícitamente** por el cliente, por lo general, una sola prima al empezar el plazo del préstamo. El cobro a clientes se suele hacer en forma de deducción del préstamo o se añade a la cantidad del préstamo y se amortiza. Estos métodos suman gastos de intereses al coste de la cobertura de desgravamen para el cliente. Otros métodos incluyen:

- retiradas periódicas de la cuenta de ahorro (practicado por algunas cooperativas de crédito)
- prima pagadera con cada pago del préstamo
- prima integrada en la cuota de interés del préstamo
- prima mensual pagadera en base al valor total de la cartera de créditos (seguro de desgravamen a volumen, si la institución es la beneficiaria y tomadora de la póliza)
- seguro temporal comprado para clientes por un IMF
- autoseguro a través de un fondo interno procedente de los beneficios de un IMF

Los diferentes métodos tienen repercusiones sobre la eficiencia operativa. Dependiendo del nivel de automatización, los pagos múltiples de primas pueden causar costes operativos adicionales. Los métodos de pago también repercuten sobre el marketing. Pueden surgir confusiones cuando el cliente solicita un préstamo de un determinado importe y recibe menos por la deducción de la prima. Además, si el coste del seguro se cobra por anticipado, puede llevar a los clientes a dirigirse a otros IMF competidores, especialmente si la cobertura de seguro no está altamente valorizada.

La mayoría de los programas basan la tarifa de la prima en el importe del préstamo o la suma asegurada (con productos mejorados y familiares). Esto vincula de hecho la prima al riesgo financiero y a la capacidad de pago. Unos pocos esquemas tienen una sola prima fija para todos los clientes, independientemente de la cantidad o el plazo del préstamo. Este acuerdo es más fácil de implementar y explicar, pero plantea cuestiones de equidad. Si hay un rango de tamaños de préstamos, los clientes con préstamos más reducidos y plazos más cortos subvencionan los préstamos mayores y más largos. En un ejemplo, un IMF autoasegurado empezó con una sola prima fija pero después de unos años sus miembros tomaron consciencia de la iniquidad y muchos se quejaron. Actualmente calcula las primas basándose en el importe del préstamo inicial.

Un caso interesante desde el punto de vista actuarial surge cuando la prima se incorpora en la tasa de interés. Por ejemplo, VisionFund (Camboya) ofrece prestaciones funerarias fijas para la familia, pero cobra una prima mensual sobre el saldo pendiente del préstamo (los reembolsos del préstamo se efectúan mensualmente). Con la inflación y la mejora de la situación económica de los prestatarios, el tamaño medio de los préstamos aumenta a lo largo del tiempo y, por tanto, la base sobre la que se calcula la prima sigue creciendo, pero las prestaciones funerarias siguen siendo fijas. Esto requiere volver a fijar los precios y ajustes frecuentes de la tasa (por lo menos cada 12 a 24 meses). La organización recoge muy buenos datos que le permiten efectuar un análisis actuarial detallado.

9.5.3 Instrucción y promoción

Una función muy importante de la distribución es instruir a los clientes acerca del producto de desgravamen que reciben, para asegurarse de que los prestatarios y beneficiarios comprendan la cobertura y los plazos de la misma y sepan qué hacer en caso de siniestro. La mayoría de la información se proporciona verbalmente durante el proceso de solicitud del préstamo y muchas instituciones, especialmente aquéllas con cobertura mejorada y familiar, ofrecen material explicativo tales como folletos. Algunas, como por ejemplo MicroEnsure en Filipinas, utilizan una herramienta formal de formación y alfabetización financiera y libros de cómics didácticos.

Los directores de seguro entrevistados para este capítulo parecen concentrase en promover sus productos entre sus socios distribuidores. Además de MicroEnsure, no resulta evidente hasta qué medida asisten a sus socios en el desarrollo de métodos educativos. Un intermediario se quejó de que, a cambio de una pequeña comisión, se le deja solo, tiene que hacer todo por su cuenta y sin ayuda de las aseguradoras.

Una aseguradora en Ghana dijo que "no quería contar a sus clientes que estaban cubiertos porque lo demandarían". Si se espera que el seguro de desgravamen sea un beneficio para los clientes y sirva de fundamento para una cultura del seguro, las instituciones deben asegurarse de que sus clientes entiendan la prestación que tienen cuando trabajan con una institución que ofrece cobertura de desgravamen de calidad. La demanda de microseguro solo puede llegar si el mercado entiende qué está comprando y ve que se cumplen las obligaciones establecidas en el contrato de seguro.

9.5.4 Capacidad de organización

Muchas organizaciones saben qué innovaciones serían del agrado de sus prestatarios, pero los IMF a menudo no tienen la capacidad de cambiar los procesos o los sistemas para adaptarse a las versiones ampliadas del seguro de desgravamen. La autovaloración de capacidad es complicada pues las instituciones muchas veces creen tener más capacidad de la que realmente tienen.

Los IMF generalmente tienen capacidad técnica limitada en microseguros y poco interés en desarrollar esa capacidad dado que su competencia principal se refiere al crédito y al ahorro. Algunos tienen acceso a conocimientos especializados a través de sus socios (aseguradoras o intermediarios), mientras que otros se lo procuran de otros centros de recursos técnicos de microseguro y asesores actuariales.

La capacidad puede mejorarse notablemente con sistemas y programas informáticos para el seguimiento de las actividades. Aquéllos que carecen de capaci-

dad deberían desarrollar estos sistemas porque incluso el seguro de desgravamen se vuelve complicado cuando se mejora con coberturas adicionales.

Las instituciones que tienen capacidad suficiente algunas veces afrontan otros retos que les impiden efectuar cambios. Una aseguradora con un producto Takaful exitoso observa que tiene capacidad suficiente, pero que le resulta difícil persuadir a sus socios y directores para que den prioridad al desarrollo de nuevos productos de microseguro. Otros motivos de las limitaciones de expansión pueden ser:

- Deseo de concentrarse en conseguir una extensión más amplia antes de agregar productos adicionales.
- SICL en Sri Lanka sigue siendo conservadora porque hay solo dos actuarios en el país y ninguno de ellos tiene experiencia en microseguros. Por tanto la expansión del producto supone riesgos adicionales significativos que no está dispuesta a asumir.
- Algunas mutuas aún se concentran en crear un superávit y reservas antes que aventurarse con nuevos productos.
- Algunas instituciones alegan que sus clientes están satisfechos con las ofertas básicas y no son conscientes de que hay otras demandas.

9.6 Conclusiones y recomendaciones

Los prestatarios que se han adherido a modelos de responsabilidad de grupo, los que tienen préstamos de valor relativamente altos (cuyos prestamistas no están dispuestos a cancelarlos) y aquéllos de culturas que consideran que dejar una deuda después de morir es un tabú, pueden beneficiarse del seguro de desgravamen. En la mayoría de los casos, sin embargo, el seguro de desgravamen sigue siendo visto como un producto que beneficia a las instituciones de crédito. En el seguro de desgravamen, el valor financiero para los clientes es a menudo escaso, especialmente en los programas basados en cooperativas. Para las cooperativas, los motivos de su escaso valor incluyen la competencia limitada, la política de crear superávit y reservas siniestrales sin recurrir a fondos externos, la falta de focalización en suministrar valor financiero debido a la complacencia y el sobreprecio cauteloso debido a falta de conocimientos actuariales.

La implicación de varias partes (prestamista, bróker, aseguradora y reaseguradora) puede sumar ineficiencia a los productos de desgravamen. Los casos en que los prestamistas administran el seguro de desgravamen por su cuenta tienen el potencial de mantener los costes muy bajos, pero frecuentemente se focalizan en la generación de tarifas antes que en la creación de valor.

Los clientes exigen innovación más allá del seguro básico de desgravamen. El valor del seguro de desgravamen ha mejorado significativamente al mejorar la cobertura disponible y al añadir la pérdida de miembros de la familia. La expansión de productos se suele producir agregando eventos de riesgo adicionales

(como la invalidez total y permanente), la cantidad de una cobertura ampliada (tal como la cobertura que triplica la cantidad del préstamo), otras personas aseguradas (preferentemente el cónyuge) o el seguro de otros bienes (como por ejemplo la vivienda). El seguro de desgravamen voluntario también puede derivar en la mejora de productos, pues requieren una decisión de compra positiva por parte de los clientes, pero estos productos se han demostrado difíciles de vender.

A menudo hay restricciones a la expansión de productos de desgravamen, tales como capacidad técnica, capacidad financiera, requisitos de gestión, casos de negocios poco claros y sensibilidad a los precios de mercado. Las organizaciones de primera línea pueden ceder o conservar el riesgo del seguro dependiendo de su situación y sus planes para la evolución de productos de microseguro. Algunas se baten por reducir los costes y mejorar el valor, algunas carecen de opciones alternativas y otras tratan de optimizar sus beneficios.

La estructura del producto –el seguro de desgravamen como producto independiente en contraste con el producto mejorado con cobertura familiar y/o cobertura de otros riesgos– tiene una repercusión considerable sobre las cuestiones operativas. Estas cuestiones incluyen la continuidad de la cobertura, el cálculo de la prima y los métodos de cobro. Deben considerarse antes de la introducción del producto para garantizar la claridad y minimizar los conflictos. Los ajustes de producto para incluir a las familias, o al menos a los cónyuges, deben efectuarse cuidadosamente e incluir como factor a tener en cuenta los controles de las reclamaciones y las cuestiones de precio.

Las aseguradoras y los prestamistas pueden beneficiarse de las primas del seguro de desgravamen, pero las prestaciones deben utilizarse para crear una serie de productos que puedan subvencionarse con los fondos generados por el producto de desgravamen. No obstante, la evolución se detiene por lo general al seguro de desgravamen básico y no continúa con incluir productos que los clientes puedan evaluar. Cuando esta evolución progresa, las aseguradoras, prestamistas y prestatarios a menudo se benefician, aunque no deben asumirse dichos beneficios.

En resumidas cuentas, en este capítulo se hacen varias recomendaciones sobre el desarrollo e implementación de productos de desgravamen:

- El seguro de desgravamen debe considerarse como un inicio y no como un fin. Los clientes de todo el mundo pueden obtener beneficios si las aseguradoras y los prestamistas aprenden de los productos básicos de desgravamen y utilizan lo que aprendieron para ampliar las opciones disponibles para los clientes.
- El seguro de desgravamen básico (incluidos los cónyuges) debe tratarse como un producto autónomo y debe fijarse el precio en relación con el volumen del préstamo. El precio de otros productos debe fijarse en base a su riesgo específico. A

estos generalmente se les fija el precio conjuntamente y, debido a las diferentes características de riesgo, esto no tiene mucho sentido.

- La administración de productos de desgravamen debe ser sencillo, haciendo esfuerzos activos por reducir los costes. El ahorro debe transferirse a los clientes a través de primas más bajas o a través de la evolución de productos de microseguro para ofrecer más prestaciones.
- En la mayoría de los casos, el seguro de desgravamen básico puede ser ofrecido con eficiencia por los prestamistas como un accesorio a su "Reserva para posibles pérdidas derivadas de préstamos". No deberían existir cuestiones jurídicas que impidieran a los prestamistas suministrar esto, pues el seguro de desgravamen cubre simplemente el incumplimiento en caso de fallecimiento. En caso de préstamos muy grandes, el potencial significativo de pérdidas catastróficas o las expectativas efectivas y la planificación activa para mejorar el seguro de desgravamen y responder mejor a los clientes, hay valor al transmitir el producto de desgravamen a una aseguradora. En caso contrario, es más eficiente si el riesgo de mortalidad de la cartera es soportado por el prestamista.
- Los ejemplos de este capítulo demuestran que los productos de desgravamen pueden ser flexibles y sensibles respecto a las necesidades de las aseguradoras, prestamistas y clientes. El prestamista debe valorar su papel en proporcionar productos de valor para los clientes y debe asumir la responsabilidad de representar las necesidades de sus clientes. El seguro de desgravamen básico no es suficiente para satisfacer las necesidades de los clientes de bajos ingresos. El seguro de desgravamen ofrece a las aseguradoras y a los prestamistas un punto de acceso para asistir a los clientes para que administren sus riesgos de forma eficiente y efectiva. Esta oportunidad no debe desaprovecharse.

10 Seguro funerario

Christine Hougaard y Doubell Chamberlain

Los autores desean agradecer a las siguientes personas por sus útiles opiniones y sugerencias: Jeremy Leach (Hollard Insurance), Richard Leftley (MicroEnsure), Michael J. McCord (MicroInsurance Centre), Marc Nabeth (CGSI Consulting), Rob Rusconi (Tres Consulting) y John Wipf (asesor actuarial).

Este capítulo trata del papel y del valor actual y potencial del seguro funerario para consumidores de bajos ingresos sobre la base de los testimonios recogidos en algunos países seleccionados. No obstante las diferentes experiencias en los distintos países, emergen las siguientes cuestiones importantes:

1. Las familias de bajos ingresos por lo general tienen muy en cuenta **los funerales y los gastos relacionados con los mismos** y, por consiguiente, muchas familias dan alta prioridad a encontrar los medios para afrontar los gastos funerarios y están dispuestas a dedicar parte de sus ingresos familiares a la cobertura funeraria.
2. **Existe un estrecho vínculo entre el seguro funerario y el servicio subyacente, concretamente el funeral.** Este vínculo a un servicio tangible es un motor importante de la demanda así como, en algunos casos, de la elección del canal de distribución utilizado.
3. **El seguro funerario se suministra tanto en el mercado formal como informal.** En algunos casos, el autoseguro de las funerarias actúa de modo informal como aseguradora. El seguro funerario informal también se da en los casos en los que grupos de personas aportan fondos para afrontar los gastos funerarios. El seguro funerario es un producto importante en algunos mercados formales y representa el principal motor de muchas compañías de seguro comercial para ampliar su gama de ingresos. Como tal, ha sido una de las áreas centrales para la innovación en la distribución alternativa.
4. **Las aseguradoras funerarias deben afrontar el desafío de ofrecer mejor valor a sus clientes.** Como se indica en la sección 10.3.1, la combinación de una fuerte demanda de cobertura funeraria y la estrecha asociación con los servicios funerarios puede causar una vulnerabilidad del consumidor. No obstante han comenzado a surgir algunas tendencias para contrarrestar los abusos y proporcionar valor mejorado.

En las siguientes secciones se consideran más detalladamente estos datos.

10.1 Cuestiones relacionadas con la cobertura funeraria

El seguro funerario es una póliza de seguro de vida temporal en el que la prestación se usa para cubrir los gastos funerarios. La prestación puede ser en forma de servicio funerario o consistir en una prestación en efectivo que puede usarse para contribuir a pagar el funeral, o una combinación de ambas. Salvo el seguro de desgravamen *(v. Capítulo 9)*, en varios países el seguro funerario es la forma más común de microseguro *(v. Cuadro 10.1)*.

Cuadro 10.1 **Mapeo del seguro funerario**

Un estudio de expertos en microseguro en **África** descubrió que 14,7 millones de personas en 32 países africanos estaban cubiertas por productos de microseguros. Sudáfrica, donde el seguro funerario es por mucho el mayor producto de microseguros, representa más de la mitad de esta cantidad (8,2 millones). Los participantes en la encuesta suministraban seguro de vida a 9,1 millones de personas de bajos ingresos, de los cuales 6,2 millones disponían de cobertura funeraria (Matul et al., 2010).

Dercon et al. (2004; 2006) resalta la historia, prevalencia y el papel social que desempeña el seguro funerario informal basado en grupos en **Etiopía** y en la **República Unida de Tanzania**. Dercon et al. (2008) han hallado que aproximadamente el 90 por ciento de las familias rurales de una muestra relativamente representativa de la población rural etíope pertenece a por lo menos un *iddir*.

En **Kenia**, los datos de la encuesta muestran que hasta cuatro millones de adultos keniatas forman parte de una sociedad o grupo que cumple una función de bienestar tal como la prestación de una indemnización funeraria al fallecimiento en la familia o pago de los costes de hospitalización (FSD Kenia, 2009).

El estudio de datos más reciente de **Sudáfrica** (FinMark Trust, 2009) muestra que el 43,5 por ciento del total de los adultos posee alguna forma de cobertura de vida. De ellos,

- el 45 por ciento indicó que posee cobertura funeraria a través de una sociedad funeraria y
- el 27 por ciento indicó que disponía de cobertura funeraria comprada en una tienda minorista.

El ochenta por ciento de la muestra de Financial Diaries de Sudáfrica (Collins et al., 2009) tenía por lo menos una forma de cobertura funeraria y la mayoría de ellos tenía más de una:

- el 26 por ciento de las familias tenía un plan funerario formal;
- el 57 por ciento de las familias pertenecía a una sociedad funeraria y
- el 24 por ciento tenía algún tipo de póliza con una funeraria.

Un estudio sobre microseguros en **Colombia** (Cáceres y Zuluaga, 2008) citó los datos de 2006 de la asociación colombiana del sector que estimaba que el 24 por ciento de los 2,7 millones de pólizas de microseguro era un seguro funerario. Además, las fuentes del sector estimaban que el mercado informal de cobertura funeraria, suministrado a través de proveedores de servicios funerarios, podía atender hasta tres millones de clientes.

A pesar de que no se dispone de datos irrefutables sobre el alcance de la cobertura funeraria informal proporcionada fuera de la industria de seguros por casas funerarias en **Brasil**, los actores del sector estiman que alrededor de 20 a 25 millones de personas tienen cobertura funeraria, la mayoría de las cuales cubre a personas de bajos ingresos (Bester et al., 2010).

Un estudio similar realizado en Filipinas (Llanto et al., 2008) estimó que aproximadamente la mitad de los miembros de las 22.000 cooperativas financieras activas (o aproximadamente 1,2 millones de adultos) estaban cubiertos por un seguro funerario interno informal, lo que equivale a aproximadamente el 41 por ciento del mercado total de microseguros. Además, están muy difundidos los grupos funerarios informales conocidos con el nombre de *damayan* .[1]

¿Por qué es tan popular el seguro funerario en los países analizados? Hay varios factores sociales, culturales y económicos que contribuyen a la demanda de este seguro.

Rendir el último homenaje. Algunas culturas atribuyen gran importancia a un funeral decoroso. Las personas tienen siempre en mente el riesgo de la muerte y la necesidad de encontrar formas de hacerse cargo de los gastos relacionados. En algunas culturas, los funerales son considerados esenciales para honrar al difunto. Por ejemplo, en Sudáfrica se da prioridad financiera a un funeral decoroso como parte de la creencia cultural en la importancia de honrar a los antepasados. Los funerales costosos que incluyen alimentos y transporte para los que asisten al funeral son la norma. Del mismo modo, una investigación de mercado realizada por Alternative Insurance Company (AIC) en Haití (Nabeth y Barrau, 2010) mostró que los haitianos creen que un funeral decoroso es esencial para

[1] *"Damayan"* es una palabra filipina que significa "consolar", "empatizar con otro" o "ser parte de" un determinado evento desafortunado o imprevisto. Proviene de la costumbre local de ayudar a los vecinos cuando surge la necesidad. Prácticamente, cada persona que forma parte de un fondo *damayan* se compromete y aporta voluntariamente una cierta cantidad a un fondo que se entregará a la parte agraviada, que igualmente también contribuyó al fondo. La membrecía en un fondo es voluntaria y las prestaciones no son predeterminadas sino contingentes en base a los fondos recabados.

asegurarse de que el alma del fallecido vele por ellos. Como subrayó una persona que respondió en nombre de un grupo: "Deseo también una banda de música para mi funeral. No concibo la idea de no tener una banda de música; cuando esté en mi ataúd, me iré con el ritmo de una banda de música."

Los funerales constituyen también una ocasión para que los parientes se mantengan en contacto y afiancen los vínculos sociales. Puede existir una presión social de cierta importancia en tener una ceremonia funeraria elaborada, como en otras culturas una boda costosa, en relación con los ingresos familiares. Aun en los casos en los que los ayuntamientos ofrecen entierros gratis para los que no pueden afrontar un entierro privado, algunos participantes del grupo meta respondieron que el orgullo de la familia les impedía conformarse con un "funeral de indigentes". La importancia cultural de los funerales es un motor importante de la demanda de seguros, pero como se argumenta más adelante en este capítulo, también constituye un motor de vulnerabilidad.

Vivir bajo la sombra de la muerte. Los funerales no solo son importantes desde el punto de vista cultural. También constituyen una realidad cotidiana. Los debates de los grupos focales en Brasil, Colombia, Haití, Kenia y Filipinas indican que el riesgo de muerte es una preocupación fundamental para las familias de bajos ingresos por una serie de consecuencias financieras. Los etíopes suelen considerar que las sequías constituyen el riesgo principal que deben afrontar las personas. No obstante, los participantes del grupo objetivo consideraban las sequías como "en manos de Dios" y en cambio se concentraban en los riesgos de muerte y enfermedad considerando estrategias de supervivencia. En *Financial Diaries* de Sudáfrica, la muerte afectó a más de cuatro de cada cinco familias durante el año del estudio y los funerales constituyeron por mucho la principal emergencia financiera (Collins et al., 2009). En Zambia, cuando se les preguntó por qué estaban preocupados por el riesgo de muerte, un participante del grupo focal comentó: "Porque llega repentinamente. Hasta hoy podríamos tener un funeral."

Sin embargo, esta priorización no es universal. En India no se enfatizó el riesgo de muerte en los grupos focales. Allí, la prioridad fundamental eran más bien los riesgos de salud. Al igual que en Uganda, el riesgo de muerte no estaba clasificado como muy elevado. En algunos países tales como Costa de Marfil existen distinciones según las tribus y las religiones, y en la mayoría de los países musulmanes tales como Senegal los funerales no son considerados en absoluto importantes.[2] En estos entornos, donde los funerales elaborados no constituyen la norma, existen sin embargo otros costes relacionados con la muerte de un miembro de la familia que suponen que esa cobertura de riesgo similar (aunque no se denomine seguro funerario) pueda ser aún de valor.

[2] Fuente: Debate con CGSI Consulting.

Un asunto en la mente. En algunos países, las personas son reticentes a hablar de la muerte. Comprar un seguro funerario incluso puede ser considerado como de mal agüero. Como comentó un participante de un grupo diana en Brasil: "No me gusta hablar de la muerte. Es como si alguien me estuviese maldiciendo. Cambio inmediatamente de tema. ¡Seguro! ¡Ni siquiera lo he pensado!"

Sorprendentemente, el seguro funerario suele ser más popular en países en los que la gente es reticente a hablar de la muerte. Esto puede considerarse un triunfo del pragmatismo sobre los tabúes culturales. La investigación del grupo focal en Brasil reveló que las personas tienden a obtener cobertura funeraria para sus familiares para evitar las repercusiones financieras de un funeral. Tienen asimismo interés en asegurar la vida de los parientes a cuyo funeral se espera que presten su contribución. Por consiguiente, la cobertura funeraria se vuelve una estrategia de nivelación de los ingresos. Esto es aplicable aun en casos de personas más pudientes. En Indonesia, McCord et al. (2005b) observaron que las personas pudientes se unían a *arisans,* grupos locales de asistencia social de propósitos múltiples, para que los fondos *arisan* facilitasen las demandas que recibían de otros, creando un mecanismo para que los parientes y otras personas no se desmoralizasen por tener que recurrir frecuentemente a los ricos para solicitarles ayuda.

Una repercusión financiera importante. A pesar de que hay diferencias según los países, es comúnmente aceptado que el funeral es un gasto importante:

- En Etiopía, un funeral puede costar hasta un cuarto de los ingresos anuales (Dercon et al., 2008).
- En Brasil, la aseguradora funeraria SINAF estima que una familia media gasta aproximadamente un mes de sus ingresos familiares en un solo funeral común, aumentando a más del sueldo de un mes en caso de opciones más caras.
- En Haití, una investigación de mercado[3] demostró que un funeral medio costaba entre 1.000 US$y 1.300 US$, lo que es equivalente, aproximadamente, al PIB per cápita (IMF, 2010).
- Roth (1999) descubrió que los funerales en un pueblo sudafricano costaban aproximadamente 15 veces los ingresos mensuales de una familia media. Según *Financial Diaries* de Sudáfrica, las familias gastan aproximadamente los ingresos de siete meses en un solo funeral (Collins et al., 2009).
- En Zambia y Kenia, los grupos focales confirmaron que los funerales representaban un gran gasto. El coste del banquete fúnebre y del traslado de los invitados suele ser superior al coste del servicio funerario en sí mismo, un fenómeno que también fue confirmado por *Financial Diaries* de Sudáfrica.

[3] Por CGSI consulting, para Alternative Insurance Company, de Haití.

No solo gastos del funeral. La importancia y el coste del funeral se han recalcado anteriormente, pero no solo se derivan costes de la muerte de un familiar. Deben saldarse las deudas, deben pagarse los gastos diarios y la comida de los parientes visitantes, lo que deriva en un enfoque multicapa de gestión de costes *(v. Cuadro 10.2)*. Cuando la muerte está precedida por una enfermedad, los gastos médicos pueden haber consumido los ahorros familiares o puede haber sido necesario pedir un préstamo. En los casos en que el fallecido es el sostén económico de la familia, la pérdida de ingresos supone el mayor desafío. Aun en los casos en que el fallecido no sea el sostén económico de la familia, pueden producirse pérdidas de ingresos significativas durante el periodo de duelo, puesto que organizar el funeral y alojar a los parientes puede comportar la imposibilidad de trabajar durante semanas.

Cuadro 10.2 **¿Por qué tener varias pólizas de seguro funerario?**

"Como persona, usted tiene necesidades, y existe una jerarquía de necesidades. Desde el punto de vista social, se necesita disponer de dinero en caso de que suceda algún acontecimiento. Por tanto se necesita de la sociedad funeraria y también de los directores de las funerarias que se ocuparán del funeral. Se requiere tiempo para cobrar el dinero de la indemnización de la compañía de seguros, así que siempre que dicho dinero llegue, usted podrá saldar todas las cuentas pendientes, por lo tanto vale la pena. Es una forma de obtener paz espiritual."

Fuente: Miembro sudafricano de un grupo focal.

Apañárselas con los costes. El impacto financiero del funeral debe administrarse de alguna manera. Las investigaciones de mercado indican que las personas utilizan una serie de mecanismos de supervivencia para afrontar esta circunstancia, incluida la extracción de ahorros, contratación de préstamos, petición de contribuciones a familiares y amigos o venta de bienes o negocios –a menudo debido a la presión temporal– a un precio inferior al del bien o existencia. Un mecanismo extremo de supervivencia, citado en los grupos focales en Zambia, era sacar los niños de la escuela para que contribuyan en el negocio o recojan dinero.

Un ejemplo de la investigación de *Financial Diaries* realizada en Sudáfrica ilustra la variedad de estrategias de supervivencia empleadas *(v. Tabla 10.1)*. Cuando falleció el hermano de uno de las participantes, ella se valió de diferentes modos para cubrir los gastos del entierro. Los aportes de la familia y la comunidad representan un mecanismo de supervivencia fiable mencionado repetidamente en la investigación de mercado, pero también existe el consenso de que no es tan fácil. Generalmente, las investigaciones de mercado confirman que muchas de las

estrategias de supervivencia no son fiables o no serán suficientes por sí mismas y pueden abrumar a las personas (aún más) de deudas. Además, cuando contribuyen las familias y la comunidad, el efecto neto puede ser una reducción de ingresos para toda la comunidad a lo largo del tiempo. Algunas formas de cobertura funeraria son consideradas asimismo como no negociables para los participantes de la investigación de mercado.

Tabla 10.1

Estrategias de supervivencia de Thembi

Fuentes de los fondos	*US$*	*Uso de los fondos*	*US$*
Indemnización de la sociedad funeraria	154	Director de funeraria	538
Aportación de familiares	231	Tienda de campaña	91
Aportación de familiares	154	Ollas	35
Aportación de familiares	154	Comidas	649
Alquiler de ollas por familiares	35	Ovejas	100
Compra de ovejas por familiares	100		
Prestado por la sociedad funeraria de la tía (sin interés)	154		
Prestado por el club de ahorro del primo (30 por ciento por mes)	92		
Prestado por un primo (sin interés)	108		
Uso de ingresos (subvención social)	92		
Uso de subvención del hermano fallecido	49		
Total	1 414		1 413

Fuente: Collins et al., 2009.

10.2 Características clave de la cobertura funeraria

Ahora que ha quedado claro por qué la gente quiere un seguro funerario, en esta sección se considera de forma más detallada la naturaleza del seguro funerario. ¿Qué distingue al seguro funerario de otros tipos de microseguro? ¿Cuáles son las características destacadas de este mercado?

10.2.1 Un producto, muchos proveedores

Como se ilustra en la Tabla 10.2, el seguro funerario es ofrecido por una variedad de sociedades de seguros, cooperativas y corporativas, informales y formales.

Tabla 10.2 **Tipos de proveedores de seguro funerario**

	Formal	*Informal*
Mutua	**Sociedades cooperativas de seguros** Ejemplos: Solidaria y La Equidad en Colombia	**Grupos comunitarios de riesgo compartido** Ejemplos: *Iddir,* fondos *damayan,* sociedades funerarias, asociaciones funerarias
Corporativo	**Compañías de seguro comercial** Ejemplos: SINAF (Brasil), Sanlam Sky, Hollard (Sudáfrica) y AIC (Haití)	**Directores de funerarias** Ejemplos: casas funerarias en Brasil o Colombia, directores de funerarias en Sudáfrica, algunas compañías funerarias en Filipinas

Como parte del mercado **formal** el seguro funerario es suministrado por compañías de seguro comerciales y mutuas o sociedades cooperativas de seguros. Tanto las mutuas como las sociedades también pueden suministrar pólizas funerarias **informales** :

- El seguro informal suministrado por las **mutuas** incluye la cobertura funeraria de la misma organización, suministrada en Filipinas por cooperativas que no están registradas como aseguradoras o grupos informales de riesgo compartido que presentan varias formas en diferentes países: *iddir* en Etiopía, asociaciones funerarias o fondos en Zambia, fondos *damayan* en Filipinas, sociedades de asistencia social en Kenia o sociedades funerarias en Sudáfrica.
- El seguro funerario informal es **corporativo** cuando los proveedores de servicios funerarios, que son entidades comerciales en vez de organizaciones basadas en la membrecía, asumen los riesgos internamente. Aunque los directores de las funerarias estén registrados como compañías o empresas (es decir, entidades formales), la cobertura funeraria proporcionada será informal y, posiblemente, ilegal, si no está suscrita por una aseguradora autorizada.

10.2.2 ¿Es un seguro o no?

Allí donde el seguro funerario proporciona prestaciones en especie, es decir servicio funerario, tales prestaciones algunas veces recaen fuera de la definición normativa de seguro. Por ejemplo, en Brasil, Colombia y Kenia, la asistencia funera-

ria está excluida explícitamente de la definición de seguro.[4] Por consiguiente, el mercado no está sujeto a la regulación o supervisión del seguro. En otros casos, el riesgo compartido informal donde no hay garantías contractuales de las prestaciones suministradas o donde los grupos son inferiores a un determinado umbral de tamaño, implícitamente no se considera seguro. Este es, por ejemplo, el caso de las sociedades funerarias en Sudáfrica o, hasta hace poco, los fondos *damayan* en Filipinas.[5] Por lo tanto pueden seguir funcionando legalmente de forma informal.

Esta exclusión intencional de determinadas actividades del mercado formal de seguros es conocida como periodo de gracia normativo. El periodo de gracia normativo puede ser en reconocimiento de los bajos riesgos de seguro de ciertas prácticas o darse por razones pragmáticas, como, por ejemplo, una falta de capacidad de supervisión para hacer cumplir las regulaciones del seguro en cientos de grupos. Incluso puede ser el resultado de la presión por parte de grupos fuertes del sector. En Brasil, por ejemplo, los intentos recientes de incorporar la asistencia funeraria al microseguro se verán frustrados por las casas funerarias que ejercerán presión en el Congreso.

10.2.3 Características sobresalientes de la suscripción

El seguro funerario es básicamente un producto de seguro de vida inicial, sencillo y asequible. Hay determinados elementos comunes en el diseño del producto:

- **Fijación de precio de grupo.** La mayoría de las veces, el precio del seguro funerario se fija y se adapta en base a la experiencia de grupos, aún cuando se vende individualmente. Esto significa que no hay suscripción individual o solo limitada, lo que contribuye a que las primas sean asequibles.
- **Renovable.** Como con otros productos de microseguros, la falta de experiencia de las aseguradoras en el mercado de destino supone que tienen datos actuariales limitados sobre el mismo y por tanto puede ser difícil determinar el precio correcto. Debido a esta incertidumbre, las aseguradoras generalmente (aunque no siempre) son reticentes a comprometerse con garantías o contratos de precio a vida/a largo

[4] En Colombia, una opinión expresada por la Supervisión Financiera en 2006 (basada en una sentencia constitucional de 2003) sostenía que las pólizas suministradas por los proveedores de servicios funerarios recaían fuera de la definición de seguro en la Legislación Fundamental del sistema financiero. Estos proveedores operaban además en un modo no regulado y no supervisado. En Brasil, la Resolución CNSP 102/2004 establece una diferencia entre "cobertura de seguro" y "servicios de asistencia" y permite que los servicios de asistencia funeraria operen fuera de la definición de seguro pues implican prestaciones en especie (servicios de asistencia) antes que reembolsos monetarios en caso de indemnización. En Kenia, la definición de seguro excluye todas las prestaciones en especie. Las prestaciones funerarias se mencionan explícitamente en esta excepción.

[5] Cabe observar que la legislación aprobada en 2010 exige el registro de los fondos *damayan*. Por lo tanto, ya no podrán operar de modo informal con el permiso de las organizaciones reguladoras.

plazo, y prefieren optar por una cobertura de plazo renovable. Esto otorga a la aseguradora la opción de no renovar el contrato cuando expira o de ajustar el precio a cada renovación de acuerdo con la experiencia de riesgo del grupo. Por consiguiente, muchas pólizas funerarias se renuevan mensual o anualmente.

– **Periodos de espera para contrarrestar la antiselección.** Cuando no hay suscripción individual, la antiselección puede constituir un desafío. La gente puede estar dispuesta a comprar un seguro funerario para un familiar enfermo o agonizante. Tal antiselección es generalmente contrarrestada por periodos de espera. Los periodos de espera de hasta seis meses constituyen una práctica habitual en la industria de seguros funerarios. Por ejemplo, se puede concebir una póliza para cubrir solamente la muerte accidental durante los primeros seis meses, sin permitir las reclamaciones de indemnización por muerte natural. A partir del séptimo mes, la póliza cubrirá todos los riesgos de vida. Otro método de contrarrestar la antiselección puede ser aumentar el programa de prestaciones durante un determinado periodo, digamos de tres a cinco años, por ejemplo, pagando solo el 10 por ciento de la prestación el primer año, el 25 por ciento el segundo año y así sucesivamente.
– **Exclusiones limitadas.** Aunque se aplican algunas exclusiones, las aseguradoras funerarias tienden a limitar las exclusiones, por ejemplo, para condiciones preexistentes, cuando son complejas de comunicar a los potenciales clientes y costosas de hacer cumplir. En cambio, para mantener la póliza lo más simple posible, las aseguradoras suelen fijar precios por el riesgo de antiselección asociado sin exclusiones o administrarlo a través de la imposición de un periodo de espera.

10.2.4 El clavo del ataúd

Tal vez el elemento esencial del seguro funerario radica en su estrecha vinculación con los servicios funerarios subyacentes. En algunos casos, la prestación suministrada es un servicio funerario en vez de una indemnización en efectivo. Aunque haya una prestación en efectivo, es necesario pagar por los servicios funerarios subyacentes que impulsan la demanda por el seguro funerario. El vínculo con los asuntos funerarios tiene importancia bajo tres puntos de vista: tangibilidad, distribución y autoseguro.

Tangibilidad. El hecho de que las prestaciones se describan a menudo en términos de servicios funerarios de un cierto nivel lo hace muy tangible a los ojos de los consumidores. Los consumidores de bajos ingresos ponen alto valor en las prestaciones tangibles. Para las personas que tienen un presupuesto restringido, el coste alternativo de pagar primas de seguro es alto. Por consiguiente, la promesa de disponer de una suma de dinero que puede o no ser suficiente para cubrir los gastos en el momento de necesidad puede ser menos atractiva que la garantía de que se cubrirán los gastos o se satisfarán las necesidades en caso de un determi-

nado riesgo. La tangibilidad también se está volviendo popular como medio para comunicar el valor de otros tipos de microseguro. Aparte de los funerales, las prestaciones tangibles incluyen cestas de comestibles o cupones, descuentos en algunas tiendas, la sustitución de un elemento asegurado o el pago de las tasas escolares u otras facturas durante un determinado periodo. Las aseguradoras funerarias añaden cada vez más otras prestaciones tangibles al seguro funerario que mejoran la percepción de valor de los clientes. Por ejemplo:

- Hollard (Sudáfrica) ofrece ahora un producto de seguro funerario que comprende el alquiler de un coche para los preparativos del funeral, una determinada recarga para el teléfono móvil (también para los preparativos del funeral) y el pago de comestibles durante seis o doce meses después del funeral; todo ello además de la indemnización de la suma global para el funeral.
- En Vietnam, donde hablar de la muerte todavía representa un tabú, según los grupos focales conducidos por Groupama Vietnam, es común un producto compuesto que combina cobertura funeraria y cobertura hospitalaria, la prestación de una ambulancia para emergencias y el pago de tarifas escolares o preescolares.

Distribución Visto el vínculo con el servicio funerario, el seguro funerario aislado es distribuido a menudo a través del proveedor de servicio funerario en los mercados estudiados.[6] La distribución a través del director de la funeraria reduce los costes de distribución y puede facilitar la suscripción: las personas son clientes de una casa funeraria y consideran el seguro como una forma de financiación previa del funeral. A pesar de ello, la otra cara de la moneda es que un mercado de servicios funerarios subdesarrollado socava la demanda de seguro funerario. Asimismo, los clientes pueden no estar conformes con el nivel de servicios recibidos en especie.

Autoseguro. Como se ha mencionado anteriormente, en algunos casos los directores de las funerarias actúan como aseguradores de su propio registro sin ser aseguradores autorizados. Los ejemplos incluyen algunas compañías funerarias en Filipinas que tienen capillas y crematorios propios y suministran planes de seguros de vida, planes de "atención de la muerte" o planes de cremación comprando una garantía de riesgo a una aseguradora. Otro ejemplo son las casas funerarias o cementerios en Brasil, que venden planes funerarios. En estos casos, pueden surgir vulnerabilidades específicas de los consumidores *(v. Sección 10.3.2)*.

[6] Cabe observar que este fenómeno se encuentra en algunos países, especialmente Brasil, Colombia y Sudáfrica, pero no representa la totalidad del mercado de seguros funerarios en modo global. En la mayoría de los países, el seguro funerario es sencillamente vendido por las aseguradoras a través de canales de distribución tradicionales o alternativos y las prestaciones se suministran en efectivo y no en especie. En tales casos, el seguro funerario también puede ser una condición o un componente de una póliza de seguro más amplia.

10.2.5 Distribución alternativa

El destino del seguro funerario no está únicamente vinculado a los proveedores de servicios funerarios. El seguro funerario es la fuente de muchas actividades e innovación de los esfuerzos del sector del seguro comercial para desarrollar productos viables destinados al mercado de bajos ingresos. Específicamente, el mercado del seguro funerario está experimentando desarrollos sustanciales en canales alternativos de distribución.

Canal de teléfono móvil. Las pólizas de vida temporal o funerarias, al ser asequibles y simples, son uno de los primeros productos de seguro introducidos a través de operadores de red móvil. Por ejemplo, el operador de teléfonos móviles Tigo en Ghana suministra cobertura gratuita de seguro funerario como incentivo para comprar recargas (cuanto más recarga se compra, más cobertura se recibe). Esto no solo extiende el seguro funerario instantáneamente a millones de clientes, sino que también se espera que represente una presentación del concepto de seguro que permitirá que la empresa venda productos de seguro más complejos y voluntarios a sus clientes en el futuro. El modelo utiliza campañas a través de SMS y de los medios de información para informar a los clientes del importe desembolsado en indemnizaciones y de que dichos pagos fueron efectuados dentro de las 48 horas sucesivas a la recepción de los documentos necesarios. Estas campañas apuntan a superar la percepción negativa del seguro.

Otro modelo comprende la oferta a los clientes de red móvil de la opción de comprar voluntariamente un seguro, usando sus teléfonos como plataforma para el pago de la prima. Además de usar teléfonos móviles para pagar las primas, algunas aseguradoras también están aprovechando el teléfono móvil para comunicar con los clientes, por ejemplo para informarles del vencimiento de las primas *(v. Capítulo 24)*.

Un funeral estándar. Las pólizas funerarias estándar son otro ejemplo de distribución alternativa. En Sudáfrica, por ejemplo, el seguro funerario es el único producto con el que el mercado está suficientemente familiarizado como para comercializarlo. Esto supone que el seguro funerario estándar puede venderse a través de técnicas de venta pasivas *(v. Capítulo 22)*, fiándose de que los consumidores lo compren sin la venta activa cara a cara por parte de un agente *(v. Cuadro 10.3)*.

Cuadro 10.3 **Distribución alternativa: Pep-Hollard, Sudáfrica**

Pep es el principal vendedor minorista de ropa para personas de bajos ingresos de Sudáfrica. Se ha asociado con la innovadora aseguradora Hollard para proporcionar seguros funerarios estándar a primas que parten desde 5 US$ mensuales aproximadamente por una póliza funeraria que cubre a toda la familia, con una prestación de aproximadamente 1.000 US$ por persona. El "paquete de seguro inicial", que es así como se llama, contiene la póliza y otra información. El cajero registra los datos básicos del comprador y después un servicio telefónico llama al cliente para activar la póliza.

El cliente tiene la posibilidad de escoger algunas opciones con respecto al nivel de la prestación y el número de personas que incluirá como vidas aseguradas. También existe la opción de cubrir solo a los padres ancianos. Cada opción de la póliza indemniza un importe en efectivo que puede usarse para un funeral o para cualquier otra finalidad a discreción del beneficiario.

Fuente: Adaptado de Smith y Smit, 2010b.

"Vendido, no comprado". Zuluaga (2010) destaca la utilización y el potencial de los canales alternativos de distribución, así como de las compañías de servicios o vendedores minoristas de seguros funerarios en Colombia. Al contrario de la experiencia en Sudáfrica, una de las principales lecciones de Colombia es la necesidad de ventas activas. Aunque a los clientes les resulta conveniente pagar las primas a través de un canal con el que tienen una relación existente (p. ej. el cajero de una tienda o a través de un complemento de una cuenta de servicios), al principio es necesario persuadirlos a comprarla a través de técnicas de venta activas y a menudo cara a cara *(v. Cuadro 10.4).*

Cuadro 10.4 **Distribución alternativa: CODENSA Mapfre, Colombia**

La compañía eléctrica de Bogotá CODENSA y la aseguradora Mapfre se han asociado para ofrecer a los dos millones de clientes de CODENSA una serie de opciones de seguro, entre ellas tres planes funerarios familiares que proporcionan servicios funerarios en especie pagando una prima mensual a partir de 2 US$. CODENSA considera los productos de seguro como un modo de proporcionar servicios adicionales a sus clientes de electricidad básicos, aumentando así la retención de clientes. Desempeña un papel activo en las ventas y el marketing, así como en la administración del producto.

Se emplean diferentes técnicas de marketing. Al principio, se incluía un folleto con información sobre el producto de seguro en la factura de la electricidad enviada a los clientes, pero esta forma pasiva de marketing no resultó efec

tiva. Actualmente, el marketing se realiza a través de una combinación de ventas mediante centros de asistencia telefónica y cara a cara. La base de datos de clientes se usa para identificar a los clientes potenciales en base a su franja de ingresos y ubicarlos geográficamente. Los clientes potenciales son contactados por teléfono. Si el centro de asistencia telefónica no concretiza la venta pero genera interés, se envía un agente de ventas al domicilio de la persona. La fuerza de ventas de CODENSA también opera puerta a puerta (apuntando a determinados vecinos a la vez) paralelamente al motor de marketing del centro de atención telefónica.

Fuente: Zuluaga, 2010.

10.3 Creación de valor

Esta sección trata acerca de la propuesta de valor del seguro funerario a sus clientes y observa las formas en que las aseguradoras están empezando a mejorar el valor.

10.3.1 Vulnerabilidades del consumidor

La importancia cultural de un funeral decoroso que se ha encontrado en una cantidad de países puede llevar a que se abuse en el mercado del seguro funerario de la vulnerabilidad del consumidor. Dicha vulnerabilidad empeora por el fuerte vínculo entre el seguro funerario y el proveedor de servicios subyacentes. Cuando las prestaciones son suministradas por una funeraria especial, ello creará un mercado cautivo para ese proveedor de servicios. Este acuerdo puede suscitar algunas cuestiones en relación con la protección del consumidor:

- **Limitaciones geográficas.** Cuando no existe la opción de indemnización en efectivo, los clientes pueden recibir solamente la prestación del servicio funerario en el área geográfica en que opera la funeraria en cuestión. Se plantea un problema si el cliente se muda a otro pueblo u otra ciudad. En algunos casos, los clientes pagan primas durante mucho tiempo y acaban descubriendo que no pueden hacer reclamaciones de indemnización porque se han mudado fuera de la zona del servicio de la funeraria.
- **Cobertura múltiple.** Una persona puede tener únicamente un funeral. Por lo tanto, si diferentes miembros de la familia aseguran la misma vida con diferentes pólizas, perderán el derecho a todas las prestaciones de las pólizas salvo una, en caso de que la prestación de la póliza sea un servicio funerario sin opción de indemnización en efectivo. El supraseguro puede ser un problema aun cuando la prestación no esté vinculada al servicio subyacente. Para minimizar los costes de

ventas, las aseguradoras muchas veces solo controlan la identidad de los números de vida asegurados y de los beneficiarios en estado de reclamación. Por lo tanto, puede suceder que más de un miembro de una familia tenga la vida asegurada con diferentes pólizas. Cuando ello no está permitido en las condiciones de la póliza, se indemniza solamente una póliza.

– **Costes inflados.** El hecho de que el director de la funeraria sepa que la aseguradora garantizará a la gente la utilización de su servicio funerario, creando de este modo una base de clientes cautivos, puede llevar a que aumente el coste de los funerales suministrados.[7] No habrá competición efectiva en el mercado si el cliente no puede comparar servicios y precios de diferentes proveedores de servicios en el momento del funeral.
– **Disparidad entre coste y prestaciones.** Cuando se les promete a los consumidores un servicio funerario en vez de una prestación en efectivo, estos no tienen la garantía de que el coste del servicio sea realmente el declarado en valor monetario. El "valor" del funeral ofrecido puede, por tanto, estar inflado en relación con el coste real del servicio prestado. Los consumidores pueden ser inducidos erróneamente a pagar primas infladas creyendo que se les proporcionará un funeral superior,[8] y de ello derivarse una situación de disconformidad de los clientes con el nivel de los servicios (p. ej. al descubrir que el ataúd es de calidad inferior a la prometida). De esta manera, el comportamiento inescrupuloso de los proveedores de servicios funerarios puede socavar la confianza en la industria de seguros funerarios.

Por tanto, las funerarias pueden ser socios de valor para las aseguradoras para distribuir seguros, pero hay que tener cuidado de evitar prácticas anticompetitivas y abusivas y de que la aseguradora suministre valor al cliente y no solo a la industria funeraria. En algunos casos esto requiere la intervención de normas específicas.

¿Solo un ataúd más elaborado? Extender la cobertura de seguro en estas condiciones solo puede provocar el aumento de otros costes y causar un enriquecimiento censurable de la industria funeraria. Como la demanda de seguro funerario está impulsada por la demanda del servicio subyacente, el peligro es que la presión cultural o social por un funeral decoroso sea explotada (en modo intencional o no intencional) para elevar innecesariamente el precio de los funerales a altos niveles. Aunque el proveedor del servicio funerario no sea el asegurador o

[7] Véase, por ejemplo, los resultados sobre Indonesia observados por Hintz (2010a).

[8] Este fue un resultado sorprendente del grupo focal de investigación sudafricano. Un participante mencionó que pagaba 350 R (49US$) por mes –aproximadamente el 10 por ciento de sus ingresos mensuales totales– por una póliza funeraria. Justificaba el alta precio de la prima mensual con el hecho de que le habían garantizado que recibiría un ataúd elegante y el mejor servicio como parte del paquete. También se les preguntó a los participantes los datos de sus pólizas actuales. En la mayoría de los casos, las pólizas usadas por varios participantes diferían sustancialmente, pero esta información nunca fue recibida con preocupación ni les hizo cuestionar el valor de sus pólizas.

no esté directamente vinculado con el asegurador, el hecho de que una prestación por gastos funerarios de un cierto importe sea pagado, prevé implícitamente un funeral que cueste el mismo importe o más. Algunos aducen que si la prestación del seguro aumenta, esto hace que el funeral sea más caro. De esta manera, el seguro puede provocar el aumento de los costes funerarios.

Pero no es por fuerza el caso que el seguro funerario solo produzca funerales más elegantes. Como se indica en la sección 10.1, los gastos funerarios suelen ser elevados independientemente de si las personas tienen seguro funerario o no. Tal como indica la investigación del grupo focal, la gente "mendigaría, robaría o pediría prestado" para pagar el funeral. Compran el seguro funerario como respuesta a la realidad de que el funeral es un gasto inevitable. Aun más importante, también existe la prueba de que cuando las familias tienen la opción de recibir una indemnización en efectivo, las prestaciones del seguro no son solo para pagar el coste del funeral, sino que también se usan para otros efectos financieros de la muerte en la familia (p. ej. saldar las deudas, afrontar la pérdida de ingresos o pagar servicios esenciales y alimentos).

Los peligros de la gestión informal de riesgos. Aunque las prácticas de las aseguradoras suscitan quejas, los consumidores son particularmente vulnerables cuando suministran el seguro funerario fuera del mercado de seguros regulado. Los proveedores de servicios funerarios que proporcionan cobertura interna sin la autorización del seguro no cumplen las regulaciones aplicables a los seguros. No fijan los precios de los seguros en modo actuarial y generalmente no separan su actividad de seguro de la de servicio funerario. Las contribuciones recogidas a menudo no se mantienen separadas como reservas para futuras reclamaciones; en cambio, los servicios funerarios se indemnizan en forma de flujos de efectivo. Cuando surgen problemas de flujos de efectivo o el nivel de mortalidad es superior al esperado, los proveedores que operan en base a flujos de efectivo no pueden seguir cumpliendo sus compromisos. El incumplimiento de los costes y de las prácticas actuariales reduce los costes operativos a corto plazo, pero el hecho de que los riesgos no sean gestionados de forma adecuada perjudica en última instancia a los consumidores.

Dicho esto, es importante observar que el mercado informal ofrece ciertas ventajas en relación con el mercado formal. Por ejemplo, tiende a pagar las prestaciones más rápidamente, exigiendo menos documentación. También puede ser

menos estricto en aspectos tales como el interés asegurable.[9] Y lo que es más importante, el mercado informal a menudo opera en comunidades donde no hay disponibles productos formales, extendiendo así el acceso al seguro. Estas son algunas de las cuestiones que deben considerar las aseguradoras al concebir sus productos y modelos comerciales.

10.3.2 Mejorar el seguro funerario

¿Cómo puede dar mejor valor a los consumidores el seguro funerario y evitar las cuestiones de protección del consumidor? Para responder a esta pregunta, es importante conocer las preferencias y comportamientos del mercado de destino y diseñar productos y servicios para las necesidades de los clientes. Numerosas aseguradoras ya están abordando estas cuestiones, y resulta evidente en los ejemplos que se exponen abajo.

Portabilidad. En algunos países las aseguradoras están empezando a separar la prestación de seguro de un proveedor de seguro particular o, como alternativa, tratan de controlar el aumento de los servicios entregados por su red de funerarias. En última instancia, es la aseguradora que soportará los riesgos de reputación si la funeraria no entrega valor. Tal diferenciación aumenta la capacidad de la aseguradora de limitar el posible abuso de los clientes en la industria del servicio funerario cuando los clientes no están vinculados a ningún otro proveedor de servicios funerarios. Por ejemplo:

– AIC se vale de una red de proveedores autorizados de servicios funerarios y los clientes pueden reclamar el servicio a cualquiera de ellos. Otra opción, por ejemplo, suministrada por algunas aseguradoras en Sudáfrica, es proporcionar vales de descuento rescatables en una serie de funerarias autorizadas o cadenas de funerarias específicas.

[9] Los productos formales suelen tener reglas estrictas sobre intereses asegurables para contrarrestar los abusos. Sin embargo, el concepto "tradicional"de interés asegurable no es necesariamente acorde con las responsabilidades afrontadas por los pobres Por ejemplo, en letra pequeña en una póliza puede estipularse que solo los miembros de la familia unidos mediante un vínculo legal, demostrado mediante documentos, pueden estar cubiertos por una póliza. El tomador de una póliza, debiendo afrontar el pago de los gastos funerarios para un número de familiares, puede en todo caso decidir incluir a la madrasta, un niño acogido en modo no oficial o un pariente lejano en la póliza. En la etapa de reclamación de indemnización puede resultar que estas personas no cumplan los criterios de interés asegurable. Por tanto esto constituye la base para el rechazo de la reclamación, aunque la persona tenga efectivamente el interés asegurable dada la atribución de responsabilidades financieras dentro de la comunidad. El interés asegurable es una cuestión válida y puede ser dificultoso para el mercado formal ser más complaciente al respecto. Al contrario, las condiciones del interés asegurable suelen ser menos estrictas en el mercado informal.

– Algunas de las aseguradoras funerarias sudafricanas pagan prestaciones en efectivo que los beneficiarios pueden utilizar a discreción para comprar un servicio funerario a cualquier proveedor de servicios o contribuir a cubrir otros gastos.

Pagar cuando es necesario. El pago de reclamaciones de indemnización es el momento en que el seguro intangible finalmente se vuelve real y representa una poderosa oportunidad de marketing para las aseguradoras *(v. Cuadro 10.5)*. Aun las reclamaciones de indemnización rechazadas y demoradas son objeto de quejas recurrentes contra la industria del seguro. El procesamiento veloz de las reclamaciones de indemnización es muy importante en el caso del seguro funerario, porque los gastos funerarios no pueden posponerse hasta que sea pagada la indemnización. Las aseguradoras están empezando a concentrarse en mejores servicios de reclamación de indemnizaciones como un modo de mejorar el valor del seguro funerario. Cada vez más, las promesas se efectúan por un máximo de días para el pago de reclamaciones de indemnización y, en algunos casos, como en Filipinas, esto se ha afianzado en las regulaciones. MicroEnsure de Filipinas introdujo un producto por el cual el primer 10 por ciento de la prestación se paga dentro de las 24 horas sin necesidad de presentar una constancia del fallecimiento. El restante 90 por ciento se paga sucesivamente, después de presentar toda la documentación. En Sudáfrica, las aseguradoras como norma prometen pagar las reclamaciones de indemnización dentro de las 48 horas después de recibir la documentación necesaria. En otros países, la promesa es de pagar en cinco o diez días. Esta es un área en que serán necesarias mejoras continuas.

Cuadro 10.5

La importancia de las reclamaciones de indemnización: Alternative Insurance Company (AIC), Haití

Durante el devastador terremoto que sacudió a Haití en enero de 2010, con la presentación de reclamaciones de indemnización de vida de más de 220.000 personas, el enfoque que aplicó AIC fue alentar las reclamaciones, hasta el punto que decidió explícitamente pagar las reclamaciones aunque existiesen fundamentos contractuales válidos para rechazarlas. Se embarcó en una campaña para informar a los potenciales solicitantes que debían reclamar y dónde hacerlo, envió mensajes de texto a todos los tomadores de pólizas al mismo efecto, aprobó reclamaciones de indemnización incluso cuando los tomadores de pólizas recurrieron a directores de funerarias no autorizados y proporcionó prestaciones de servicio completas a los clientes con bajas coberturas en reconocimiento del importante efecto del boca a boca en la comunidad de una experiencia de reclamación de indemnización exitosa. AIC por lo tanto no considera una pérdida las reclamaciones de indemnización exitosas, sino un componente esencial de su modelo de negocio.

Fuente: Nabeth y Barrau, 2010; charla con O. Barrau, Presidente de AIC, 2010.

Las aseguradoras formales que tratan de mejorar los productos de seguro funerario utilizan otros modos y dirigen algunos de los desafíos citados anteriormente: algunas están encontrando formas innovadoras de reducir la carga de la documentación, por ejemplo usando un centro de asistencia telefónica para recabar los datos de la póliza del cliente; algunas aplican periodos de gracia y otros elementos de diseño de productos para proporcionar flexibilidad a los clientes que no tengan ingresos regulares.[10]

Fundamento comercial para un mejor valor. Las medidas citadas no se han implementado por motivos altruistas; tienen fundamento comercial para las aseguradoras, para mejorar el valor y superar la percepción negativa del mercado del seguro funerario. Gracias al poder del marketing boca a boca, el mejor valor trae aparejados volúmenes más altos y, al contrario, el escaso valor socava pronto los volúmenes. Además, contrarrestando los abusos y concentrándose en el pago veloz de las reclamaciones de indemnización pueden derivarse tasas inferiores de caducidad. La mayor persistencia es atractiva porque la adquisición de clientes representa un coste significativo y recuperarlo puede llevar varios meses de contribuciones de primas.[11]

El análisis de negocio para obtener mejor valor también radica en los socios de distribución. El socio de distribución, ya sea un vendedor minorista, operador de red móvil o compañía de servicio, puede sostener los riesgos de reputación en caso de que el producto de seguro que se vende bajo el nombre de su marca ofrezca poco valor. Por tanto es de interés de la aseguradora mejorar constantemente el valor al cliente, pues esto reforzará a la asociación de distribución.

Más allá del funeral. Dado que el coste del funeral no es la única necesidad financiera en caso de fallecimiento de un miembro de la familia, las aseguradoras están empezando a ir más allá del mero seguro funerario para diseñar pólizas que proporcionen indemnización en efectivo, y parte de la cual puede usarse para cubrir los costes de un funeral. Como se expuso en la Sección 10.2.4, también están empezando a incluir prestaciones tangibles innovadoras como parte del paquete de producto. En este caso, como se ilustra en el Cuadro 10.6, el seguro funerario está empezando a evolucionar hacia seguro de vida que, en cambio, puede constituir la base para una oferta empaquetada de cobertura de vida y otras coberturas.

[10] En Sudáfrica, estos factores han contribuido a un notable aumento en la participación del sector formal en el mercado del seguro funerario: los datos de la encuesta muestran que, entre 2003 y 2007, el número de personas que disponía de cobertura funeraria en Sudáfrica aumentó aproximadamente en un 10 por ciento anual, y el crecimiento de la cobertura formal excedió el 20 por ciento anual. Esto significa que la participación en el mercado formal ha aumentado significativamente frente al mercado informal.

[11] En uno de los primeros estudios sobre la finalidad del microseguro en Sudáfrica (Bester et al., 2003), los cálculos actuariales mostraron que una reducción del 25 por ciento en el plazo de la póliza en el mercado de seguros de vida de las personas de bajos ingresos reduciría en un 18 por ciento el precio de las pólizas.

Cuadro 10.6

El papel de las investigaciones de mercado para diseñar productos funerarios "plus"

– **Pep-Hollard, Sudáfrica.** Una de las opciones del plan funerario familiar de Pep-Hollard *(v. Cuadro 10.3)* proporciona una indemnización mensual por un número fijo de meses en vez de una prestación de importe fijo (Smit y Smith, 2010b). Aunque el producto aún se promociona como seguro funerario –pues el mercado está familiarizado con esta categoría de productos– esta forma de estructurar las prestaciones reconoce explícitamente las necesidades de los clientes de un flujo de ingresos en vez de cubrir solo los gastos funerarios. También se afronta el fenómeno encontrado en los grupos focales sudafricanos que los participantes solían tener más de una póliza funeraria, cada una con una finalidad distinta. Esta póliza velaría por las necesidades en curso de efectivo de la familia.
– **AIC, Haití**. Como su nombre indica, AIC aplica un enfoque nuevo al seguro funerario. Antes del lanzamiento de su producto de seguro funerario, Protecta, realizó una extensiva investigación de mercado. Sobre la base de las percepciones que recabó sobre el mercado de destino, AIC diseñó Protecta para ofrecer cuatro niveles de prestaciones (comprendidas entre aproximadamente 1 125 US$ y 2 500 US$) y cuatro opciones de planes para cada nivel de prestación (discusión con O. Barrau, Presidente de AIC, 2010):
  1. **Protecta Classic:** El importe total de la prestación se paga en forma de servicio funerario por parte de una funeraria autorizada.
  2. **Protecta Plus:** Un servicio funerario más un componente de efectivo fijo que el beneficiario puede utilizar para gastos adicionales. Esta prestación estaba incluida para prever los gastos complementarios relacionados con el funeral, tales como las comidas y el transporte, pero también para permitir una pequeña prestación para sacar adelante la familia después del fallecimiento de uno de sus miembros
  3. **Protecta Cash-back:** Una parte de la prima se reembolsa cada tres años, siempre que todos los pagos de la prima estén al día. Esta opción fue incluida para aumentar la propuesta de valor a los clientes para que no piensen que pagan primas sin obtener nada a cambio si no presentan reclamaciones de indemnización. También es un modo para que AIC mantenga un nivel de renovación lo más alto posible.
  4. **Protecta Five Star:** Incluye todas las prestaciones anteriores. La experiencia ha demostrado que este plan es el más popular. Esta popularidad tiene mucho que ver con el nombre del plan, que reconoce la importancia cultural de un funeral decoroso en Haití.

- **UNACOOPEC, Costa de Marfil**. UNACOOPEC, una institución microfinanciera con más de 800 000 clientes, cree firmemente en el papel de la investigación de mercado. En asociación con Allianz, la MFI desarrolló un producto de seguro sobre la base de las investigaciones de mercado que indicaban que la gente suele sacar préstamos para cubrir los gastos funerarios de un miembro de la familia. Este resultado indicaba una necesidad definida de seguro funerario, y fue confirmado por una rápida suscripción del producto en la fase piloto. Los tomadores de la póliza tienen la elección de gastar toda la prestación en un funeral, recibir una indemnización en efectivo o una combinación de las dos. En el caso de la segunda opción, el beneficiario recibe un vale para comprar el servicio en una funeraria. Si los costes del servicio son inferiores al importe del vale, el resto se paga en efectivo.
- **SINAF Brasil.** SINAF es una aseguradora funeraria formal en Brasil, país donde la asistencia funeraria es prestada en gran parte fuera del ámbito del seguro, por proveedores no regulados de servicios funerarios. Sobre la base de las investigaciones de mercado, ofrece a los clientes una variedad de opciones de cobertura funeraria y funeraria "plus". Los clientes pueden elegir el nivel de prima y beneficios para el plan que mejor se adapte a sus necesidades. El plan más básico cubre solo los gastos funerarios. Después se ofrece a los clientes la opción de incluir también la cobertura de accidente personal, es decir, añadir una prestación en efectivo en el caso de muerte por accidente. La tercera opción es añadir un componente de protección de ingresos que proporcione una indemnización en efectivo mensual para compensar en parte los ingresos mensuales del fallecido durante un determinado número de meses. Por otra parte, la póliza proporciona protección por pérdida de ingresos por la muerte del sostén económico de la familia además de cobertura funeraria.

El seguro funerario puro ya representa una transferencia entre generaciones para evitar gastos que pueden retrasar el proceso de acumulación de bienes de la próxima generación. El seguro "Funeral-plus" y las prestaciones extendidas más allá de los costes del funeral desempeñan un papel aún mayor como forma de ahorro a largo plazo para la generación siguiente. De esta manera, el seguro funerario puede representar la base para el desarrollo de un amplio mercado de seguro de vida de base más amplia.

10.4 Conclusión

En este capítulo se ha mostrado que en algunos países el seguro funerario es uno de los productos más populares de microseguros. Siendo parte de un mercado más amplio de microseguros, presenta una serie de características especiales. El seguro funerario no es solo el seguro comercial tradicional; requiere una comprensión dedicada de la dinámica que impulsa los mercados del seguro funerario. Esto es de aplicación tanto a las aseguradoras que se lo proponen como objetivo y lo distribuyen efectivamente y para las entidades reguladoras que tratan de encontrar el enfoque normativo adecuado. A menudo, estas dinámicas se refieren al servicio funerario subyacente. El canal del servicio funerario puede impulsar la demanda, distribución y suscripción del seguro funerario. El vínculo al servicio funerario crea una prestación tangible para el seguro funerario que suscita confianza y proporciona valor real, pero que también causa vulnerabilidad al abuso del consumidor. Las aseguradoras están empezando a focalizar cada vez más en formas de proporcionar mejor valor añadiendo elementos que van más allá del puro seguro funerario. De este modo, el seguro funerario está evolucionando hacia el seguro de vida que puede constituir la base para la acumulación de activo y las transferencias entre las generaciones.

En conclusión, las experiencias reflejadas en este capítulo presentan seis principios clave para la entrega de valor en el mercado del seguro funerario:

1. No olvidarse de la importancia de la tangibilidad y prever las necesidades inmediatas del cliente después del fallecimiento de un ser querido. El seguro funerario no debe implicar una prestación en especie (servicio funerario) para ser tangible. Las ideas innovadoras basadas en la consulta del mercado pueden provocar la mejora de suscripción y retención y mejor valor para el cliente.
2. Mantener la focalización en la simplicidad, aun cuando se añaden componentes esenciales para aumentar el valor *(v. Capítulo 15)*.
3. No se puede esperar para pagar el funeral - la gestión veloz de las reclamaciones de indemnización es un factor clave. El pago tardío de las reclamaciones de indemnización mina la confianza del consumidor. La simplificación del producto y la minimización de exclusiones que deben valorarse en la etapa de la reclamación de indemnización pueden mejorar la eficiencia de la gestión de dichas reclamaciones.
4. El seguro informal puede causar muchos riesgos, pero las compañías de seguro comerciales tienen mucho que aprender del nivel de servicios prestado por los actores informales.

5. Garantizar un buen valor tiene sentido a nivel comercial. Con el interés de crear un mercado de seguros vibrante, caracterizado por la alta persistencia, las aseguradoras deben garantizar que se derive valor para sus clientes. Además de considerar los propios productos y prestaciones, las aseguradoras pueden desvincular las prestaciones de seguro de los proveedores funerarios específicos o ejercitar control sobre la red de proveedores para garantizar valor al cliente.
6. Pensar en más allá del funeral. El seguro funerario puede ser el punto inicial para construir un mercado de seguros de vida entre las familias de bajos ingresos.

IV Seguro de No Vida

11 Diseñado para el impacto sobre el desarrollo: el seguro indexado de nueva generación para los pequeños agricultores

Michael R. Carter

Este documento se basa en un trabajo conjunto de Rachid Laajaj, Lan Cheng, Elizabeth Long y Alexander Sarris. El autor también quisiera expresar su agradecimiento a Joachim Herbold (Munich Re), Ulrich Hess (Banco Mundial), Anuj Khumbhat (Weather Risk), Florian Mayr (Munich Re), Pranav Prashad (OIT) y Rupalee Ruchismita (CIRM), por la intensa revisión realizada de los borradores previos a este Capítulo IV.

Al ser el riesgo económicamente costoso para las economías agrícolas de bajos ingresos, surgieron estrategias protectivas de autoseguro con las cuales los pequeños agricultores no salen de su pobreza ya que eluden oportunidades rentables que al mismo tiempo suponen un riesgo. Y la situación empeora porque el autoseguro solo protege parcialmente a los pequeños hogares agrícolas contra un retroceso del consumo que puede dañar de forma irreversible el desarrollo físico y cognitivo de la población infantil. Estos problemas se agravan aún más debido a que el riesgo frena el desarrollo de los mercados financieros rurales, causando así dificultades a los pequeños agricultores a la hora de invertir y avanzar con las nuevas tecnologías y aprovechar las oportunidades del mercado.

Los recientes avances técnicos en la teledetección y medición meteorológica automatizada abren el camino hacia contratos innovadores de seguros indexados que permiten transferir el riesgo correlacionado o covariante fuera de los pequeños sistemas económicos de la agricultura. Sin embargo, el potencial de la transferencia del riesgo de estos avances y el de las antiguas ideas como el seguro contra pérdidas en la producción agrícola de una zona[1] está sometido a limitaciones, tanto en lo que respecta a la demanda como al suministro. Varios proyectos recientes han mostrado que los retos en el suministro son superables. Los contratos indexados que se basan en la producción de una zona, datos meteorológicos así como en datos del crecimiento vegetativo recogidos por teledetección han sido elaborados y aprobados por entes regulatorios, puestos a la venta por proveedores comerciales y reasegurados por compañías de reaseguro que operan a nivel mundial.

A pesar de este avance en el suministro, la demanda y aceptación de contratos han mostrado ser más bien mediocres, y hasta la fecha apenas hay indicios de que los contratos indexados hayan ayudado a los pequeños agricultores a gestionar mejor los riesgos, logrando mayores ingresos y asegurando mejor el desarrollo humano para sus hijos. Al analizar la experiencia con el seguro vinculado al índice meteorológico, Hazell et al. (2010) constataron que para ser sostenible, los contratos de seguro deben ofrecer una solución a estas limitaciones a que se ve sometida

[1] El seguro que cubre pérdidas de ingresos en la producción agrícola de un área determinada mide el rendimiento medio de una zona geográfica definida (p.ej. una demarcación administrativa o un pueblo) y realiza pagos en el momento que el rendimiento medio esté por debajo de un límite específico.

la demanda. Este capítulo deja a un lado esta observación y propone que los contratos de seguros indexados de nueva generación deben diseñarse con miras a la demanda y al impacto sobre el desarrollo. Para ello hay que tener en cuenta los siguientes puntos:

1. **Contratos adecuadamente diseñados para reducir el riesgo básico:** Para lograr éxito en este área hay que ir más allá de los contratos vinculados al índice meteorológico e incorporar índices del rendimiento agrícola por áreas, e índices de vegetación basados en imágenes captadas por vía satélite, o bien combinaciones de ambas fuentes de información. Para elegir entre estas fuentes de información y diseñar contratos óptimos que reduzcan el riesgo básico, es necesario partir de un enfoque orientado a la demanda, basado en los datos sobre los resultados efectivos de los agricultores y las estrategias de supervivencia.
2. **Vinculación sistemática del seguro con el crédito:** El riesgo es un problema de desarrollo, sobre todo porque obliga a los pequeños agricultores a aplicar estrategias de autoseguro y eluden oportunidades económicas rentables que, al mismo tiempo, suponen un riesgo. Si se vincula explícitamente el seguro indexado con el estado financiero que se requiere para afrontar nuevas oportunidades, los contratos indexados pueden superar las limitaciones en la aceptación del seguro impuestas por el riesgo básico y los recargos contractuales que encarecen el seguro. La forma exacta de lograr esta vinculación depende de la naturaleza del régimen existente de los derechos de propiedad y del entorno del mercado financiero.

La Sección 11.1 introduce los conceptos básicos del riesgo agrícola y del seguro indexado, ilustrando tanto los puntos fuertes como débiles del seguro indexado desde la perspectiva del pequeño agricultor. La Sección 11.2 muestra cómo utilizar los microdatos de los hogares para diseñar de forma inteligente los contratos en base a la elección de señales y funciones de pérdidas e indemnizaciones estadísticamente óptimas. La Section 11.3, por lo tanto, indica cómo utilizar la vinculación entre el crédito y el seguro para afrontar problemas que conlleva el riesgo básico no asegurado y los recargos contractuales, a fin de crear un contrato de seguro indexado, orientado a la demanda y diseñado con miras al impacto del desarrollo. La Section 11.4 pone fin al capítulo.

11.1 Fundamentos del seguro agrícola indexado

Esta sección ofrece una introducción al problema del seguro indexado desde la perspectiva del pequeño agricultor, teniendo en cuenta la efectividad potencial y los costes del seguro indexado con respecto a los mecanismos tradicionales del autoseguro. En el marco de estas observaciones se consideran opciones para mejorar la conveniencia relativa del seguro indexado y sus repercusiones en el desarrollo.

11.1.1 El seguro indexado y los riesgos que afrontan los hogares agrícolas

La mejor forma de entender los retos en el diseño del seguro indexado es enfocar el debate a nivel de los hogares. Los hogares ven con especial preocupación que las fuerzas aleatorias o incontrolables sitúan sus ingresos efectivos y consumibles por debajo del valor habitual o promedio. El objetivo del seguro es proteger a los hogares ante tales desviaciones.

Por los motivos bien descritos en la literatura, el seguro agrícola indexado no funciona asegurando directamente a los hogares contra pérdidas de ingresos o rendimiento,[2] sino asegurando la medición directa o prevista de las pérdidas de rendimiento promedio o típicas que se experimentan en hogares vecinos de una región. Un contrato de seguro indexado se puede representar como un plan de indemnización, según el cual los pagos están vinculados a un índice determinado que pronostica las pérdidas habituales en una zona cubierta por el índice. Para descartar cualquier problema respecto al peligro moral y la selección adversa, es importante que el asegurado no pueda influir en el índice y que las prestaciones no dependan de quién haya elegido comprar un seguro.

La figura 11.1 muestra el plan de indemnizaciones que pueden acompañar un indicador que predice pérdidas agrícolas en una determinada zona y que se basa en un sistema pluviométrico que emite señales. El eje horizontal muestra un índice de pluviosidad (p.ej. lluvia acumulada medida en milímetros) y el eje vertical los pagos en concepto de indemnización. El contrato se define por un nivel límite inferior y otro superior. Si el índice desciende a un valor inferior (señalando sequía), se activa la indemnización tal y como lo muestran las líneas discontinuas en la figura. Lo mismo sucede con las precipitaciones. En el momento que sobrepasan un valor límite superior (señalizando inundación) se activa el mecanismo de pago de indemnizaciones a favor de los agricultores asegurados.

En torno al seguro indexado gira la cuestión clave sobre hasta qué punto las pérdidas de ingresos de los hogares coinciden con el índice de las pérdidas pronosticadas. Si el índice indica una pérdida exacta de 100 kilos cada vez que el rendimiento agrícola está 100 kilos por debajo del valor medio del hogar a largo plazo, el seguro indexado cubriría perfectamente todos los riesgos a que se ve expuesto el hogar. Naturalmente, el problema está en que no hay ningún índice que de esta forma esté perfectamente correlacionado con una pérdida individual.

El índice que predice una pérdida media no encaja del todo con las pérdidas de ingresos del hogar por las tres razones siguientes:

[2] Según la gran experiencia acumulada, cuando se quieren asegurar todas las fuentes de variación en el rendimiento agrícola de los pequeños agricultores hay que afrontar una serie de problemas originados por los costes para obtener información sobre los resultados de los pequeños agricultores que afectan la viabilidad tal seguro (véase Hazell, 1992).

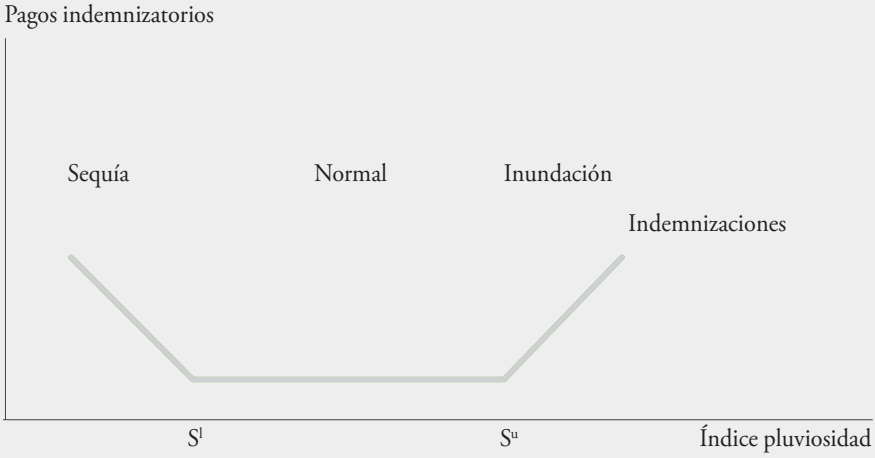
1. **Riesgo puro idiosincrático:** Una granja agrícola puede sufrir daños debido a un factor idiosincrático (p.ej. daños a animales o pájaros) o a fenómenos meteorológicos muy localizados. Los diferentes niveles de riesgos puramente idionsincráticos caracterizan las diversas zonas agroecológicas. En el Sahel, por ejemplo, las precipitaciones son de carácter extremadamente local, de modo que hay una variación significativa entre los pueblos vecinos o, incluso, entre los hogares de un mismo pueblo.
2. **Distorsión creada por la escala geográfica del índice:** Si aumenta el tamaño de la zona geográfica cubierta por un solo índice, las pérdidas de los hogares estarán menos correlacionadas con el seguro indexado. Por ejemplo, en el caso de un índice basado en datos meteorológicos que solamente cubre los hogares situados a una distancia de 1 km de la estación meteorológica, la coincidencia con los hogares será mayor que en el caso de un índice que cubre todos los hogares dentro de un perímetro de 30 km de la estación meteorológica.
3. **Distorsión creada por errores en la predicción del índice:** La pérdida media en una zona geográfica definida se puede medir directamente y con gran precisión (como en el caso de Estados Unidos con los contratos contra pérdida de ingresos de una zona determinada, en los que los ingresos se miden con una tolerancia de +/– 2 por ciento), o bien se puede predecir basándose en la información meteorológica o por satélite, la cual parece ser más económica al implantar, pero que al mismo tiempo conlleva mayores márgenes de errores cuando se utiliza para predecir incluso la pérdida media.

Juntos, estos tres elementos constituyen lo que se llama el riesgo básico, pérdidas de ingresos sufridas por el hogar que no se corresponden con el seguro indexado y, por lo tanto, no están asegurados en el contrato de seguro indexado. Dado que estas dos fuentes del riesgo básico están influidas por el diseño del contrato (cobertura geográfica e índice exacto utilizados), nos referimos a ellas como "efectos del diseño" sobre el riesgo básico.

La estructura contractual lineal en la figura 11.1 es sencilla, y sus estrechas variaciones se utilizaron en varios seguros indexados piloto, incluyendo los de Etiopía, India, Kenia y Malawi. Sin embargo, esta estructura implica la suposición que las pérdidas son lineales en el índice de precipitaciones. Un estudio empírico sobre la sensibilidad de los ingresos frente a la pluviosidad, como el trabajo de Carter (1997) West Africa, sugiere que las pérdidas de ingresos responden a la falta o exceso de lluvias de una forma no lineal. De ser así, estos contratos contra pérdidas comunes y lineales tendrán enormes efectos en el diseño que causan un incremento innecesario del riesgo básico.

En la Sección 11.2 se discuten las formas más adecuadas para estimar estadísticamente las funciones del indicador que son utilizables para diseñar índices y contratos más efectivos. Es bastante improbable que el plan de indemnizaciones estilizado y lineal representado en la figura 11.1 corresponda a la estructura contractual que minimice los efectos de diseño.

Figura 11.1 **Un contrato de seguro indexado estilizado contra precipitaciones**



Una vez diseñado un plan de indemnización, se puede utilizar la información histórica sobre el índice (como, p.ej. datos relativos a precipitaciones) para calcular la distribución de probabilidad del índice y la prima actuarial justa, que es sencillamente el pago medio previsto o a largo plazo en el plan de indemnización. Por lo tanto, la prima de mercado se define como la prima actuarial justa más los márgenes o recargos relacionados con los costes del contrato (p.ej. costes de venta, costes de capital y costes de reaseguro). El recargo puede variar en función de la calidad y el volumen de los datos que se utilizan para determinar la distribución de probabilidad de la señal. En el caso de los contratos del seguro agrícola indexado que ofrece el Ministerio de Agricultura estadounidense, el nivel de recargo habitual es de un 20 por ciento (Smith y Watts, 2009).

Una serie de proyectos piloto ha mostrado que tales contratos de seguro indexado pueden ser definidos y facilitados por el mercado comercial (véase Hazell, 2010). Además, los productos recientemente introducidos que también cumplieron las normas nacionales e internacionales que regulan la oferta de seguros, incluyen un contrato de seguro pecuario basado en imágenes captadas por satélite en Kenia *(véase Capítulo 12),* y los contratos de pérdidas de ingresos por zonas en Mali y Perú.[3] Mientras que estos logros a nivel de la oferta son absolutamente críticos, el seguro indexado solamente conseguirá el impacto deseado en el desarrollo si los asegurados entienden cómo funciona y se deciden a cambiar su comportamiento, generando así una demanda y contratación informadas.

[3] Para más detalles sobre éste y otros proyectos, ir al enlace http://i4.ucdavis.edu.

11.1.2 El autoseguro comparado con contratos de seguro indexado no vinculados

Antes de reflexionar sobre cómo crear contratos indexados que respondan a la demanda, esta sección analiza la demanda de un seguro indexado desde la perspectiva de una pequeña familia agrícola típica que se gana la vida con una estrategia diversificada y cuenta con posibilidades de asegurarse a sí misma para protegerse de los riesgos agrícolas. A diferencia del análisis en la sección 11.3, esta sección parte de la base de que el seguro no está vinculado a un crédito ni a otras alternativas que contribuyan a mejorar el ingreso medio de la familia. Sobre todo se presupone que el hogar cultiva los mismos productos, empleando la misma tecnología, con o sin seguro indexado. En la sección 11.2 se argumenta que, a no ser que el seguro indexado esté, de hecho, vinculado a oportunidades económicas ampliadas, probablemente la demanda del seguro será baja. De forma análoga, la demanda o contratación de un crédito así como la aplicación de nuevas tecnologías agrícolas también podrían ser escasas en el sector de los pequeños agricultores, salvo que estén vinculadas a instrumentos de bajos costes utilizables para la gestión de riesgos, tales como el seguro indexado.

Tal y como figura expuesto en el anexo de este capítulo, nosotros analizamos la demanda del seguro indexado desde la óptica de un pequeño hogar agrícola que obtiene el 50 por ciento de sus ingresos a través de fuentes no agrícolas, mientras que el otro 50 por ciento de la media de sus ingresos proviene de una producción agrícola en la que se emplea una tecnología arriesgada pero relativamente segura de bajos insumos. Para este análisis, partimos de la base de niveles estilizados del riesgo global y de una división razonable de este riesgo entre riesgos correlacionados (tales como el tiempo y la plaga de insectos) y riesgos idiosincráticos.

Según nuestra hipótesis, la mitad del tiempo esta familia obtendrá unos ingresos por producción agrícola inferiores a la media, de modo que el hogar dispone de un consumo que también es inferior a la media. Durante la otra mitad del tiempo, la familia contaría con un consumo superior a la media. A pesar de su estrategia de autoseguro, el 10 por ciento del tiempo la familia dispondría de un consumo bastante reducido (menos del 75 por ciento respecto al nivel de consumo medio) debido al escaso rendimiento del cultivo *(véase figura 11.4 en el apéndice).* En otras palabras, la familia se enfrenta al riesgo "básico" que no está cubierto en la estrategia del autoseguro. Además, aunque la familia renuncie a una estrategia más productiva (con niveles más elevados de fertilización del cultivo, etc.) con la intención de reducir el riesgo, de todas formas tendrá que pagar un recargo implícito, de modo que el autoseguro supondría una reducción de su ingreso medio. La cuestión es si el seguro indexado –con su nivel de riesgo base y recargo– es más efectivo que la estrategia familiar de un autoseguro estilizado.

El seguro indexado ofrece a la familia la opción de incorporar un nuevo instrumento eficaz en sus estrategias tradicionales de gestión de riesgos. El análisis

expuesto en el apéndice parte de la base de que la mitad del riesgo agrícola que afronta el hogar es un riesgo correlacionado que se puede amparar a través del seguro indexado. La otra mitad corresponde al riesgo básico que resulta o bien de un verdadero riesgo idiosincrático, o bien de los efectos de diseño que no están cubiertos por el seguro indexado. El análisis de simulación presupone que la familia se hace cargo del 20 por ciento de los costes de recargo, lo cual significa que, una vez comprado un seguro, el consumo medio de la familia se reducirá ligeramente por debajo de la media anterior al concertar el seguro indexado.

Tal y como figura en el apéndice, si tenemos en cuenta estos supuestos algo conservadores, el seguro indexado reduce la probabilidad de un consumo extremadamente bajo de alrededor de un 10 por ciento a un 3 por ciento. Esta probabilidad es baja pero no igual a cero, y refleja la realidad del riesgo básico y la posibilidad de que la familia podría tener un resultado bajo y no recibir un pago compensatorio del seguro según el contrato indexado. Además, debido a los costes de recargo, el contrato presenta al hogar un juego de suma cero: la reducción (imperfecta) en la probabilidad de bajo consumo se compra a cambio de un ingreso medio reducido. Tal y como figura más detallado en el análisis de Carter et al. (2010), solamente la parte de la población con mayor aversión al riesgo (la parte más preocupada con los resultados del bajo consumo) consideraría atractivo un seguro indexado de este tipo. Si se combina con otros factores que pueden impedir que se asuma un nuevo contrato relativamente complejo (p.ej. incapacidad de entenderlo o falta de confianza de que el seguro no cumpla con su promesa de realizar una indemnización), este conflicto podría ser el motivo por el cual a veces la demanda de un seguro indexado sea débil cuando no se combina con medidas que mejoran simultáneamente el acceso a un crédito, a tecnologías optimizadas y nuevos mercados.

11.1.3 Opciones para aumentar la demanda del seguros indexados

Según la síntesis de Hazell et al. (2010), numerosos proyectos piloto se vieron ante una demanda débil. Aparte de que existen diversas razones que explican la floja contratación de nuevos contratos indexados (incl. la incapacidad de entender y la falta de confianza en el contrato), el debate anterior dejó claro que una parte de la explicación seguramente también hay buscarla en el hecho de que tanto el autoseguro como el riesgo base y los recargos ponen el peligro el deseo de suscribir un contato. Tras reconocer este problema, Hazell et al. (2010) sugieren dos cosas. Lo primero que hay que hacer es diseñar mejor los contratos que tienen un riesgo base inferior. El segundo paso consiste en combinar el seguro indexado con otros servicios agrícolas, de modo que se crearía una propuesta de valor añadido. Las otras dos secciones de este capítulo se basan en estas sugerencias, ampliándolas y combinándolas en un enfoque de nueva generación con miras al seguro indexado para los pequeños agricultores.

11.2 Diseñar contratos para minimizar el riesgo base

La figura 11.1 utiliza el contrato contra lluvias estándar para ilustrar de forma más generalizada el funcionamiento del seguro indexado. A veces al seguro indexado se le conoce por el nombre genérico de seguro meteorológico o contra lluvias, pero dada la importancia del problema del riesgo base se requieren contratos bien diseñados con opciones que no se limiten a índices meteorológicos y que permitan minimizar de forma óptima el riesgo base.

Si bien los contratos contra lluvias suelen basarse en los consejos que dan los expertos acerca del nivel del agua que causa daños en el cultivo, es improbable que las funciones lineales siniestrales y de indemnización ad hoc utilizadas en algunos contratos sean estadísticamente adecuadas y sirvan para minimizar los errores de pronóstico – es decir, los efectos de diseño en el riesgo base puede que sean de gran alcance. Afortunadamente, los microdatos sobre los hogares agrícolas disponibles a gran escala permiten estimar una función de pérdida estadísticamente idónea para la lluvia o cualquier otra señal. A continuación se pueden comparar los contratos respectivos, o las combinaciones híbridas entre ellos, para ver cuál es el que ofrece el mejor valor a la población beneficiaria, teniendo en cuenta la capacidad predictiva de la señal[4] y su coste.

Para ilustrar estas ideas y su implantación, esta sección resume un análisis de los cultivos de grano en África occidental que utilizaron los microdatos para comparar el atractivo de los contratos del seguro indexado contra lluvias y rendimiento agrícola así como los contratos basados en imágenes captadas vía satélite.

11.2.1 Minimizar el riesgo base inducido por el diseño agricultores de grano en África occidental

Esta sección trata de los rendimientos en la cosecha de grano en seis pueblos de Burkina Faso, donde el International Crop Research Institute for the Semi-Arid Tropics (ICRISAT) entrevistó con intensidad a varios hogares agrícolas durante el período de 1980 a 1985. Los datos detallados sobre la producción provienen de 25 hogares agrícolas de cada pueblo y se refieren a las cosechas de los años de 1980/81 a 1982/83 (para más información, véase Carter, 1997). Para este análisis, se agrega cada producción familiar agrícola de todos sus cultivos de mijo y sorgo a fin de crear una cifra anual sobre el rendimiento en granos de cada hogar agrícola. El objetivo de un contrato que minimiza el riesgo base es, por lo tanto, crear un índice que explique lo más explícitamente posible en términos estadísticos la fluctuación en el rendimiento de los hogares agrícolas.

[4] La literatura sobre teledetección ha experimentado un avance sustancial en la identificación de las transformaciones de las señales de satélite respecto a la cobertura vegetativa que mejor predice el rendimiento agrícola sobre el terreno. Esta metodología también se puede aplicar en el caso de otros índices potenciales del seguro.

Un posible índice sería sencillamente el rendimiento medio de un pueblo. Un contrato basado en este índice de rendimiento de un pueblo facilitaría el pago a los agricultores en función del grado en que el rendimiento agrícola del pueblo se desvía de la media a largo plazo. Con ayuda de los datos de ICRISAT podemos reproducir el índice de una zona de cultivo, tomando sencillamente el rendimiento medio de todos los hogares de cada pueblo por cada año de cosecha. En un pueblo, todos los cultivos de los agricultores se encuentran separados el uno del otro, como mucho, unos kilómetros. Dado que la región Sahelian –región de la cual provienen estos datos– tiene fama de tener un riesgo idiosincrático elevado debido a la gran variabilidad del tiempo local, seguimos partiendo de la base de que cada rendimiento familiar agrícola se acerca bastante al nivel medio de rendimiento de su pueblo. En este caso sería relativamente efectivo un contrato basado en el rendimiento medio del pueblo, dado que con las indemnizaciones del seguro se podrían compensar las pérdidas sufridas por los hogares.

El análisis detallado en Laajaj y Carter (2009) muestra que alrededor de la mitad de las fluctuaciones en el rendimiento que experimentan los hogares tienen su origen en el rendimiento medio de granos del pueblo. La otra mitad representa el riesgo base que incluso no estaría asegurado en un contrato contra pérdida en el rendimiento agrícola regional a nivel del pueblo. Si bien es asombroso que tan sólo la mitad del riesgo sea común entre los habitantes del pueblo, cabe notar que es precisamente este riesgo correlacionado el que causa problemas a los hogares a la hora de gestionarlo con mecanismos tradicionales basados en la participación social y reciprocidad.

Si bien el índice de rendimento regional a nivel de pueblo representa el contrato de seguro indexado que minimiza el riesgo base en la región semi-árida de África occidental, probablemente sería demasiado costosa su implantación, pues requeriría un control de rendimiento anual en cada pueblo donde los hogares estan asegurados.[5] Por ello es necesario que comprobemos si existen mecanismos alternativos más económicos que tengan una capacidad predictiva similar a la del índice de rendimiento regional.

Los datos de ICRISAT incluyen información sobre la pluviosidad de cada pueblo. Hay que tener en cuenta que la información sobre la pluviosidad es de una densidad muy elevada, dado que equivale a tener una estación meteorológica cada cinco kilómetros. En la práctica, esta elevada densidad de estaciones no es viable desde el punto de vista económico. No obstante, proporciona otro punto de referencia valioso que se puede comparar con el rendimiento de un tercer posible índice, el cual se basa en datos sobre la cobertura vegetativa (NDVI) recogidos

[5] También pueden surgir problemas de riesgo moral, dado que los habitantes del pueblo podrían decidir por unanimidad producir menos, de modo que el rendimiento del pueblo bajaría, y cada uno recibiría una indemnización del seguro.

por satélite. Dado que este último tipo de datos es menos familiar, presentamos un breve resumen antes de comparar el rendimiento de los contratos basados en NDVI con el de los contratos alternativos basados en medidas más familiares.

11.2.2 Índice diferencial normalizado de vegetación

El índice diferencial normalizado de vegetación (NDVI) es una medición realizada por vía satélite sobre la densidad de la vegetación. El NDVI se mueve en una escala de cero a diez. Los valores inferiores indican que apenas hay crecimiento vegetativo, mientras que los valores superiores representan una vegetación densa. Cada 10 días, el NDVI se mide con una resolución de ocho kilómetros por ocho kilómetros (es decir, se facilita una medición del IDNV para cada pixel de ocho kilómetros por ocho kilómetros). Las mediciones del NDVI realizadas con esta resolución se encuentran disponibles gratuitamente en la página web FEWS NET (Famine Early Warning System Network).[6] La disponibilidad del NDVI con esta resolución es como si hubiera una estación meteorológica separada (o un estudio sobre el rendimiento) cada ocho kilómetros cuadrados. De tener el NDVI una capacidad similar para predecir los rendimientos de cada agricultor a base de datos meteorológicos o de rendimiento por zonas, entonces está claro que se utilizaría como base preferida para un seguro indexado por motivos de costes y simplicidad. Además, el NDVI se remonta al año 1981, de modo que ya se dispone de datos a largo plazo que sirven para fijar con exactitud el precio de un seguro indexado.

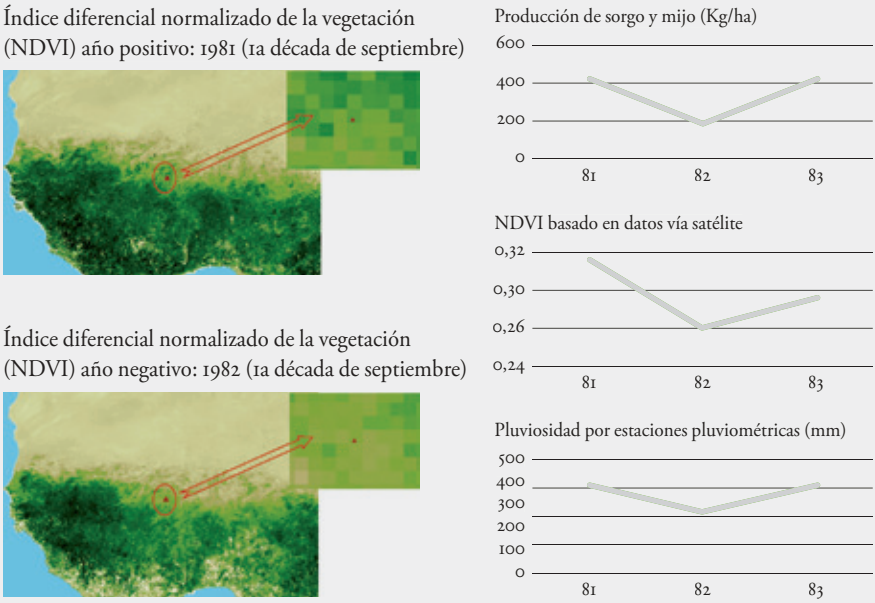
La figura 11.2 muestra cómo funciona el NDVI. En los diagramas a la izquierda de la figura aparecen los datos del NDVI para África occidental. Se ha utilizado un espectro de colores que va de marrón a verde para visualizar gráficamente la escala del NDVI de cero a uno. Los colores de tono marrón señalizan valores bajos del NDVI y los de tono verde valores elevados del NDVI. En cada diagrama hay un recuadro insertado que muestra los pixeles individuales de ocho kilómetros cuadrados para la región alrededor del pueblo Silgey – uno de los seis pueblos incluidos en el estudio ICRISAT de Burkina Faso. El punto en el recuadro es el pixel donde se encuentra el centro del pueblo.

Las tres primeras gráficas a la derecha de la figura 11.2 muestran la producción de grano de 1981-1983 de Silgey, según la medición realizada por el estudio abajo mencionado ICRISAT Village Level Studies. La gráfica del medio muestra el NDVI medio de ese período, mientras que la gráfica inferior indica las lluvias medidas por un pluviómetro del pueblo que se utilizó para el estudio ICRISAT. De forma impresionante, estas figuras muestran que el NDVI sigue los rendimientos a nivel del pueblo. Aunque ello sea alentador, es necesario que evalue-

[6] Se pueden comprar los datos de resolución más elevada que miden el NDVI por cada cuadrado de 30 metros por 30 metros.

mos más minuciosamente la exactitud con que el NDVI pronostica los rendimientos del pueblo para así crear la base para un contrato del seguro indexado.

Figura 11.2 **Previsión del rendimiento mediante datos recabados por satélite**



11.2.3 Comparación del rendimiento local, el tiempo y los contratos basados en el NDVI

La señal en bruto del NDVI podría utilizarse como base para un contrato del seguro indexado. Asimismo existe una literatura bien desarrollada sobre la teledetección que ha explorado las transformaciones del NDVI que mejor predicen los rendimientos de granos. Para este análisis empleamos la transformación de la información del NDVI, la cual se denomina indicador del estado de la vegetación (VCI). El VCI se define de la siguiente manera:

$$VCI = 100 * (NDVI - NDVI_{mín})/(NDVI_{máx} - NDVI_{mín})$$

Respecto a un pueblo determinado, el VCI utiliza series de NDVI a largo plazo para relacionar el NDVI actual con los valores extremos registrados desde 1982 en el mismo período del año.

La figura 11.3 muestra la medición del VCI realizada en el año 1983 para el pueblo Kolbila, uno de los lugares analizados en el estudio ICRISAT. La gráfica muestra el valor mínimo histórico y el valor máximo histórico del NDVI para Kolbila. Según se aprecia en la figura 11.3, el VCI para Kolbila se acercó bastante

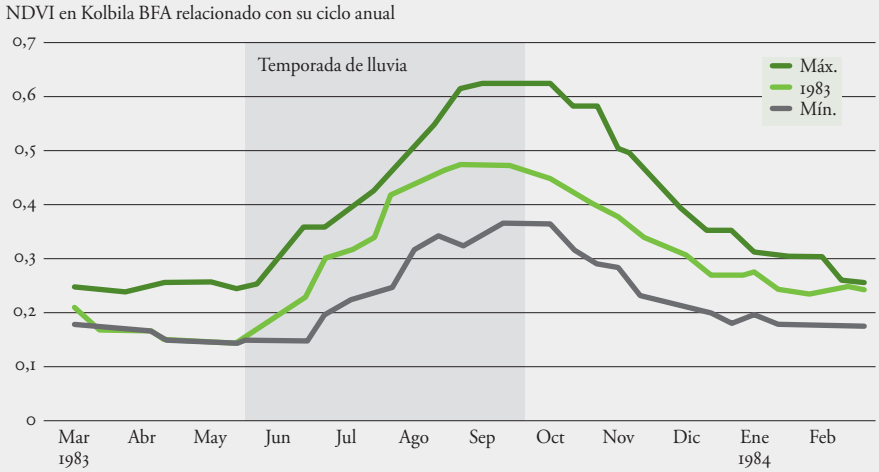
al valor cero en abril de 1983, pero en septiembre del mismo año alcanzó un valor aproximado de 0,5. Una ventaja de la transformación del VCI es que relaciona los valores absolutos del NDVI con el contexto local, facilitando así el uso de los datos del NDVI que provienen de lugares heterogéneos.

Cabe preguntarse a cuánto ascendería el riesgo base en el contrato del seguro indexado suscrito en función del VCI específico del pueblo. Laajaj and Carter (2009) estiman la función del indicador estadísticamente óptimo (minimización del riesgo base) que se puede obtener para el VCI.

En un procedimiento similar basado en datos pluviométricos a nivel local (pueblo) se pudo observar que el indicador VCI acapara el 89 por ciento de la reducción de varianza del índice de rendimiento del pueblo. La pluviosidad alcanza el 75 por ciento de la reducción del riesgo del contrato del rendimiento agrícola por zona a nivel local (pueblo). Es interesante observar que al combinar el VCI con las mediciones de pluviosidad en un índice híbrido no se logra ninguna reducción de varianza adicional que vaya más allá de la que se obtiene solamente con el índice basado en el VCI.

Es posible que mejore la capacidad predictiva de los datos pluviométricos con ayuda de otros análisis, pero también es importante tener en cuenta que un plan de seguro probablemente no pueda permitirse tener las mediciones meteorológicas a nivel local (pueblo) que se encuentran disponibles en los datos del estudio ICRISAT. Incluso las propuestas más ambiciosas para construir una estación meteorológica sugieren que cada estación debería cubrir un círculo con un radio de 25 kilómetros. A título comparativo, unas 30 mediciones separadas del NDVI estarían disponibles en un círculo de este radio, de modo que un contrato basado en un NDVI de alta densidad debería tener otra ventaja de diseño frente a los contratos que se basan en índices meteorológicos.

Figura 11.3 **Calcular el VCI a través de un NDVI máximo y mínimo**



Si bien es cierto que el análisis de los datos de ICRISAT para África occidental muestra que el NDVI no solamente puede ofrecer un riesgo base inferior a un coste más bajo que los índices basados en datos pluviométricos, este resultado no se debe extender a otros entornos agroecológicos. En algunas situaciones, la teledetección puede facilitar un índice eficaz en relación con su coste, como es el caso con las previsiones de mortalidad del ganado en Kenia *(véase capítulo 12),* mientras que en otras situaciones puede revelarse como un indicador no fiable de los rendimientos agrícolas (según se pudo comprobar, la información vía satélite no fue un indicador muy fiable para los cultivos de algodón en Mali). Estos resultados muestran que el diseño de un contrato de seguro indexado –que sea efectivo en términos de costes y que minimice el riesgo base–, debería incluir varias opciones de índices, utilizando microdatos que corroboren hechos reales y permitan seleccionar el índice idóneo. Al mismo tiempo, el análisis también muestra que hay límites para eliminar el riesgo base, incluso a través de un contrato diseñado adecuadamente. En el caso extremo de Sahel, parece difícil recurrir a un seguro indexado para eliminar más de la mitad del riesgo agrícola a que se ven enfrentados los agricultores. En vista de estos límites técnicos en la calidad del seguro indexado, la siguiente sección estudia las posibilidades para seguir mejorando el valor del impacto sobre el desarrollo y la sostenibilidad del seguro mediante la vinculación del mismo con un crédito.

11.3 Vinculación entre el seguro y el crédito

El análisis en la sección 11.1 parte de la base de que la pequeña familia agrícola solamente tenía acceso a una actividad agrícola tradicional. Si bien son importantes los riesgos inherentes a tales actividades, la economía del desarrollo estuvo mucho tiempo ocupándose de la idea de que uno de los costes más significativos del riesgo es que induce a las familias agrícolas a evitar riesgos, nuevas tecnologías y oportunidades económicas que ofrecen ingresos medios mejorados durante un período determinado. Además, el riesgo frena el desarrollo de los mercados financieros rurales, lo que agrava los problemas de los hogares agrícolas con escasos recursos de liquidez. En esta sección se argumenta que una vinculación explícita del seguro indexado con actividades de este tipo no solamente solucionará el problema de desarrollo que tanto encarece el riesgo, sino que también resolverá el problema de una débil demanda de seguros.

11.3.1 Actividades económicas de alto rendimiento y pequeños hogares agrícolas

Generalmente, las actividades económicas de alto rendimiento requieren al principio inversiones significativas en insumos como mejores semillas y fertilizantes. Este factor por sí solo aumenta la exposición al riesgo de la familia, dado que un

año de sequía supone un ingreso neto negativo y no solo cero. A ello se suma el hecho de que la varianza en el ingreso procedente de actividades de alto rendimiento también tiende a ser más elevada lo que, en parte, se debe a que estas actividades no se adaptan tan bien a las exigencias climáticas como las actividades tradicionales que han evolucionado en un sistema agroecológico específico. Finalmente, dado que es fácil que los incrementados costes de producción en efectivo sobrepasen la liquidez disponible del hogar agrícola, es imprescindible acceder a capital a través de intermediarios financieros u operadores de la cadena de valor.

A fin de estudiar el rendimiento del seguro indexado en combinación con las nuevas tecnologías de alto rendimiento, hemos de volver al modelo estilizado del hogar agrícola que figura detallado en el apéndice. Ahora partimos de la base de que con una inversión significativa en semillas y fertilizantes equivalente a los ingresos no agrícolas del hogar, éste puede utilizar una tecnología mejorada para aumentar el ingreso neto medio agrícola en un 25 por ciento respecto a la actividad de cultivo tradicional.

Esta tecnología de alto rendimiento ofrece al hogar la posibilidad de alcanzar unos ingresos más elevados y, por consiguiente, un nivel más alto de consumo. Sin embargo, debido a los costes de los insumos y al riesgo inherente a las nuevas tecnologías, este consumo medio más elevado se materializa a costa de un riesgo agravado.

Teniendo en cuenta estas hipótesis adicionales, nuestro análisis simulado revela que, de situarse el consumo del hogar por debajo del 75 por ciento a largo plazo, la media tradicional tecnológica aumentaría de un diez a casi un 20 por ciento si la aplicación de la nueva tecnología no va acompañada de un seguro *(véase figura 11.5 en el apéndice).* Asimismo muestra la probabilidad no trivial de una bajada en el consumo a tan sólo un 50 por ciento respecto a su promedio antiguo a largo plazo. Incluso si suponemos que el hogar tuviera ahorros para financiar la actividad de alto rendimiento, este notable "trade-off" entre el riesgo y rendimiento desanimaría a un gran número de agricultores a aplicar nuevas tecnologías,[7] lo que significaría no tocar los ahorros y mantener el mismo nivel de vida bajo.

La decisión de utilizar tecnología tradicional cuando la actividad de alto rendimiento está disponible y es financieramente viable, puede ser analizado como una decisión tomada desde la óptica del seguro. Visto desde esta perspectiva, practicar el autoseguro mediante la aplicación continua de tecnologías tradicionales conlleva una carga muy elevada, dado que reduce en un 25% el ingreso previsto del hogar proveniente de la agricultura, a la vez que disminuye el consumo medio global del hogar. De acuerdo con lo arriba expuesto, esta estrategia de

[7] Cuando se analiza desde la perspectiva económica convencional de la teoría de utilidades esperadas, la tecnología solamente la aplicarían los hogares con aversión al riesgo de grado muy bajo o los hogares que almacenan fortunas superiores a la media (véase Carter et al., 2010).

autoseguro también va acompañada de riesgos no asegurados o riesgos base, pues el hogar que se asegura a sí mismo sigue contando con probabilidades positivas de resultados de consumo bajos. Visto desde la perspectiva del desarrollo, para mejorar el bienestar de la economía de un hogar el desafío del seguro indexado no es eliminar todos los riesgos base y recargos, sino simplemente ofrecer más beneficios que el costoso autoseguro al que se puede recurrir si se confía en las tecnologías tradicionales. Tal y como se describe en las siguientes secciones, los mecanismos para lograrlo dependen esencialmente de la naturaleza del mercado financiero.

11.3.2 El seguro indexado y el desarrollo de la actividad de alto rendimiento cuando los préstamos están íntegramente garantizados

Lo que se expone aquí y en la siguiente sección se basa en el supuesto de que los pequeños hogares agrícolas carecen de ahorros para adquirir nuevas tecnologías, incluso si tienen el deseo de comprarlas. A fin de averiguar la interacción entre el seguro y el crédito en este entorno, partimos de la base de que los préstamos a la agricultura se ofrecen a través de un sector prestamista competitivo, y el rendimiento que esperan los prestamistas equivale a los costes de oportunidad del capital a nivel económico. Asimismo partimos del supuesto de que los prestatarios devolverán la máxima cantidad posible del préstamo, recurriendo a todo tipo de ingreso obtenido de las actividades agrícolas y utilizando cualquier garantía requerida para el préstamo. Cuando hay una garantía completa de todos los préstamos –es decir, cuando hay suficiente garantía para reembolsar el préstamo íntegro incluso en caso de haber una pérdida de cosecha–, la entidad prestamista no asume ningún riesgo. En estas condiciones, un préstamo funciona de forma similar a una autofinanciación, dado que el hogar agrícola asume y se responsabiliza plenamente de todo el riesgo relacionado con una actividad de alto rendimiento. Los préstamos pueden ser avalados íntegramente en las economías en las que existen títulos de propiedad de la tierra.

Dado que los préstamos totalmente garantizados funcionan al igual que una autofinanciación, solamente los hogares con menos aversión al riesgo son las que estarían dispuestos a aceptar la probabilidad de resultados muy bajos a cambio de obtener en el futuro ingresos más elevados. Este caso –en el que los pequeños hogares agrícolas pueden acceder a un préstamo para financiar una actividad de alto rendimiento, pero no lo hacen y se niegan a desempeñar tal actividad– corresponde a lo que Boucher et al. (2008) describen como racionamiento del riesgo. Según afirman estos autores, teóricamente es muy probable que el racionamiento del riesgo afecte a hogares con menos fortuna y que, empíricamente, pueda limitar las opciones y reducir en hasta un 20 por ciento el ingreso de los pequeños agricultores en Centroamérica y Suramérica.

Una vez garantizado íntegramente un préstamo, el hogar que asume todo el riesgo se beneficiará directamente de las prestaciones del seguro indexado. Los resultados de simulación mostrados en el apéndice indican que, una vez combinada con un préstamo y un seguro indexado, la nueva tecnología se puede aplicar casi sin el riesgo de que el consumo descienda a un nivel inferior al 50 por ciento de su media a largo plazo. Sin embargo, tras estar vinculados el crédito y el seguro, el hogar podría verse afectado por un ligero aumento del riesgo de que el consumo descienda a un nivel inferior al 75 por ciento de su media a largo plazo frente a la estrategia del autoseguro. Una vez alcanzado este nivel, el contrato vinculado desempeña un rol dominante en la estrategia del autoseguro, dado que durante la mayor parte del tiempo ofrece un consumo más elevado del hogar que en el caso de la estrategia del autoseguro. Si bien es cierto que el contrato vinculado sigue presentando el hogar con un sistema compensatorio (rendimientos más elevados a cambio de un mayor riesgo de obtener resultados bajos), el "trade-off" establecido es mucho menos acusado que el que ofrece la tecnología sin seguro. El análisis realizado por Carter et al. (2010) muestra que mientras este contrato vinculado sigue caracterizándose por un sistema compensatorio, todos los agentes, salvo los más reacios al riesgo, prefieren el contrato vinculado a la estrategia de la baja tecnología y el autoseguro.

El sistema compensatorio que sigue manteniéndose con el contrato vinculado se puede reducir o incluso eliminar completamente si se puede aminorar el riesgo base en el contrato del seguro indexado. Hasta ahora se ha partido de la base de que el seguro indexado puede cubrir la mitad del riesgo asumido por el hogar agrícola y que la otra mitad queda como riesgo base. Es más o menos la calidad del seguro que se puede obtener mediante el uso de las señales por vía satélite para los productores de granos del Sahel u otros contratos que minimizaron los efectos de diseño. No obstante, en los entornos que permiten asegurar más del riesgo (es decir, en vez de la mitad dos terceras partes), o en los que el diseño inteligente del contrato reduce aún más los efectos del diseño sobre el riesgo base, los contratos vinculados pueden dominar por completo las estrategias del autoseguro *(véase la figura 11.5 en el apéndice).* Es decir, en comparación con la estrategia del autoseguro, cuando se combina con un contrato de crédito y seguro vinculado, la tecnología de alto rendimiento ofrece menos riesgos de resultados de consumo bajos y una oportunidad mucho mayor de obtener resultados de consumo elevados. Incluso del agente más reacio al riesgo se esperaría que prefiera un acuerdo vinculado al autoseguro de baja tecnología (dependiendo de los conocimientos en la materia y de la confianza en el contrato).

Es importante tener en cuenta que en el contrato vinculado todavía están incluidos el riesgo base y los recargos. Si bien, por lo tanto, es inferior a un contrato de seguro perfecto que ofrece cobertura total, tal opción inviable no constituye ningún punto de comparación especialmente interesante. Más interesante

sería una comparación con la estrategia del autoseguro existente con sus grados del riesgo base y sus recargos elevados. La vinculación entre el crédito y el seguro es importante, precisamente porque abre la puerta al autoseguro predominante y al cambio tecnológico atrayente.

11.3.3 Seguro indexado y oferta de crédito en entornos donde existen altos niveles de seguridad ("entornos de garantías elevadas")

Hasta ahora, el debate sobre la vinculación ha partido de la base de que los préstamos están plenamente garantizados, de modo que los hogares asumen todo el riesgo directo que conlleva una interrupción de la producción que da lugar al incumplimiento de pago. Lo cierto es que los prestatarios no asumen directamente ningún riesgo inmediato cuando sus préstamos están íntegramente garantizados, pero sí afrontan potencialmente lo que se denomina riesgo económico político. En el caso de un gran impacto covariante que genera pérdidas de cosecha y repercute en que se materialice la seguridad facilitada por los pequeños hogares agrícolas, los prestatarios podrían anticipar una presión política y condonar la deuda pendiente más que convertir las zonas agrícolas en barbecho. Tal y como lo describen Tarazona y Trivelli (2005), este escenario tuvo lugar en 1998 después del fenómeno El Niño en Perú. Hay que tener en cuenta que este riesgo económico-político está directamente vinculado a los impactos covariantes, dado que la posibilidad política para tal condonación de deuda existe donde un gran número de agricultores puede indicar un evento fácilmente observable.

La magnitud de este riesgo económico político depende de la cartera de préstamos de la parte prestataria. Según la modelación realizada por Carter et al. (2010), los prestatarios reaccionarán a nivel de mercado, aumentando la tasa de devolución requerida para los préstamos agrícolas no garantizados debido al aumento de la proporción de la cartera de préstamos en agricultura. Un aumento del número de pequeños agricultores que contratan préstamos (inducidos por la disponibilidad de contratos del seguro indexado) previsiblemente provocaría un incremento del coste de capital en el sector agrícola, lo que constituiría una fuerza que tiende a frenar las contrataciones en aumento.

Es de esperar que los contratos que vinculan explícitamente préstamos y seguro indexado resuelvan este problema. Si bien es cierto que el seguro indexado no cubre todos los riesgos, en cambio sí cubre los riesgos covariantes que agravan el problema económico político al que se ven enfrentados los prestamistas. La siguiente sección aborda de forma más profunda el tema de una vinculación en entornos en los que apenas se dispone de garantías y donde ésta incluso es de mayor importancia.

11.3.4 El seguro indexado y las actividades de gran rendimiento en entornos donde apenas se dispone de garantías ("entornos de escasas garantías")

Es improbable que los préstamos puedan contar con un garantía plena, especialmente en muchas regiones con pequeños agricultores en África subsaharina. Si un préstamo no goza de plena garantía, el prestamista asume una parte del riesgo de bajo rendimiento. Incluso si los prestamistas no están dispuestos a conceder préstamos con bajo nivel de garantía, deberán computar tasas de interés más elevadas a fin de alcanzar una determinada tasa de devolución esperada. Además, dado que probablemente los impagos de préstamos agrícolas están correlacionados, los prestamistas o bien pueden limitar estrictamente la suma de los préstamos agrícolas en su cartera (Taranzano y Trivelli, 2005), o bien, en caso de aumentar tales préstamos, exigir una tasa de devolución más alta para compensar el riesgo adicional en sus balances (Carter et al. 2010).

En este contexto, la oferta de créditos para financiar nuevas tecnologías puede ser restringida o resultar cara. A ello hay que añadir que es improbable que ofrecer simplemente un seguro indexado a los agricultores provoque un gran impacto, dado que la prestación del seguro va primeramente dirigida al prestamista que asume una gran parte del riesgo donde apenas hay garantías disponibles. Ni los mercados de créditos ni de seguros parecen emerger independientemente en entornos con bajo nivel de garantías, de modo que las tecnologías agrícolas y los ingresos podrían estancarse.

Los contratos vinculados seguro-crédito ofrecen una posibilidad de salir de esta situación. Un contrato de seguro indexado que cubre el riesgo covariante afrontado por los prestamistas debería ser suficiente para relajar las limitaciones impuestas a la oferta de crédito en el sector de la pequeña agricultura. Al mismo tiempo, si los prestamistas se someten a la presión competitiva, las tasas de préstamos bajarán y se reducirá el coste de crédito para el pequeño hogar agrícola, creando así más demanda de capital y aumentando la aplicación de alta tecnología.

Mientras que estos mecanismos se diferencian ligeramente de los arriba mencionados donde se dispone de un alto nivel de garantía –según el análisis de Carter et al. (2010)–, el resultado neto es casi idéntico en lo que se refiere al impacto global sobre los ingresos agrícolas y los niveles de bienestar. Los contratos del seguro indexado vinculados al crédito y la aplicación de mejores tecnologías pueden dominar el elevado riesgo base y traer consigo recargos que los pequeños hogares agrícolas deben pagar si optan por asegurarse a si mismos adoptando tecnologías tradicionales.

11.3.5 Márketing vinculado al seguro indexado

En cumplimiento de sus propias condiciones, la vinculación entre los contratos del seguro indexado inteligentemente diseñados y el crédito también puede ofre-

cer importantes ventajas de márketing. En entornos con bajo nivel de garantía, en los que la mayoría de las prestaciones directas del seguro indexado va dirigida a los prestamistas, tiene sentido comercializarlas directamente a los prestatarios como cartera o seguro a nivel meso *(véase capítulo 4).* Si bien en un mercado de préstamos perfectamente competitivo las prestaciones de este seguro de cartera beneficiarían a los prestatarios, en un mundo real en el que los mercados de préstamos rurales distan de ser competitivos, un planteamiento del seguro orientado al impacto en el desarrollo deberá considerar un mecanismo contractual que garantice que las prestaciones del seguro efectivamente pasan a los prestatarios. En entornos con alto nivel de garantías, la vinculación puede que siga ofreciendo ventajas de márketing, dado que un solo contrato es capaz de ofrecer un crédito y al mismo tiempo también un seguro.

11.4 Conclusión: Diseñado con miras al impacto sobre el desarrollo

El seguro para pequeños hogares agrícolas no es una finalidad en sí misma. Su importancia de debe a que es capaz de aliviar un problema fundamental en el desarrollo económico, es decir el autoseguro económicamente costoso, y desarrollar estrategias de gestión que pueden causar y mantener la pobreza de los pequeños agricultores. El enfoque del problema del seguro desde esta perspectiva de impacto en el desarrollo sugiere un planteamiento centrado en la demanda respecto al diseño del contrato, que se basa en los datos de los pequeños hogares agrícolas y sus tecnologías y limitaciones a nivel de producción.

Tal y como se explica en este capítulo, este planteamiento permite, por un lado, evaluar los índices de seguro alternativos –zona de cultivo, combinaciones basadas en datos recabados por satélite, condiciones meteorológicas e híbridas– y seleccionar un diseño de contrato estadísticamente adecuado que contribuya a reducir el riesgo base no asegurado en términos de eficiencia y costes. Además, este planteamiento abre la puerta a contratos vinculados de crédito y seguro, sensitivos al contexto y diseñados para profundizar simultáneamente los mercados financieros y facilitar la aplicación de tecnologías a los pequeños agricultores, operando tanto a nivel de demanda como de oferta en el mercado de crédito agrícola. Según el argumento aquí expuesto, se trata de una combinación de contratos inteligentemente diseñados y una vinculación que permite al seguro indexado dominar las estrategias del autoseguro en los pequeños hogares agrícolas, apoyar la demanda y, por último, generar el impacto deseado a nivel de desarrollo, tanto en lo que se refiere a los ingresos de los pequeños agricultores como a los resultados del desarrollo humano.

Apéndice – Análisis de simulación entre seguro indexado y autoseguro

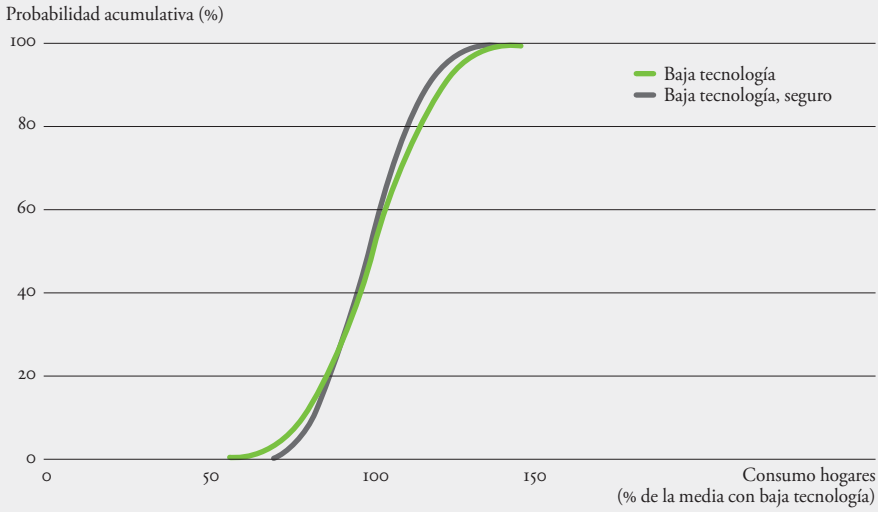
Este apéndice proporciona detalles adicionales sobre las simulaciones mencionadas en las secciones 11.1 y 11.3. En Carter et al. (2010) se expone el debate completo sobre estas simulaciones así como más análisis sobre el grado en que existiría una demanda para contratos indexados.

El seguro indexado que solamente contempla las tecnologías tradicionales

La figura 11.4 ilustra el riesgo afrontado por los hogares agrícolas estilizados con y sin seguro indexado, partiendo de la base que la oportunidad permanece sin cambio alguno. El eje horizontal muestra el ingreso del que la familia dispone para el consumo, expresado en porcentaje del consumo medio de la familia sin seguro (100 por ciento correspondería, por lo tanto, al nivel consumo medio de una familia). El eje vertical muestra la probabilidad acumulativa de diferentes resultados de consumo para una familia. La línea verde muestra estas probabilidades cuando una familia no tiene un contrato del seguro indexado. Para el 50 por ciento del tiempo, la familia tendrá niveles de consumo equivalentes o inferiores a su media y, teniendo en cuenta los supuestos utilizados en la simulación, para el 10 por ciento del tiempo, la familia deberá conformarse con un consumo igual o inferior al 75 por ciento de su nivel normal.

Figura 11.4

Asegurar la tecnología tradicional



La línea gris representa las probabilidades de consumo cuando la producción agrícola de la familia no está cubierta por un contrato indexado. Para fines ilustrativos, hemos partido de la base de que la mitad de la variación en el rendimiento afrontada por la familia es amparada por el contrato indexado y que la

otra mitad corresponde a un riesgo base no cubierto. Asimismo suponemos que la prima del contrato va acompañada de un recargo del 20 por ciento, lo que significa que el hogar paga un 20 por ciento más en primas de lo que se espera que recuperaría de los pagos indemnizatorios. Por último, suponemos que los puntos destacados se plantean de tal forma que el mecanismo de pagos se activa en el momento en que los rendimientos medidos o previstos de una zona determinada se sitúan por debajo de su nivel medio.

El análisis minucioso de la figura 11.4 muestra los puntos débiles y fuertes del seguro indexado. En primer lugar se observa una disminución sustancial de las probabilidades de que se produzcan resultados extremadamente bajos. Con un seguro, solamente existe un 2 por ciento de probabilidad de que el consumo del hogar se reduzca a menos de un 75 por ciento de su nivel normal, mientras que sin un seguro la probabilidad sería de un 10 por ciento. Si bien el nivel es bajo, esta probabilidad no se sitúa en cero, lo cual se debe al hecho de que el contrato no cubre todos los riesgos. Una cobertura de seguro completa sin riesgo base dejaría estable el consumo del hogar en su nivel medio (menos costes en concepto de suplemento o recargo). Tal y como se puede ver en la figura 11.4, el riesgo base sustancial permanece a un nivel relativo respecto a este seguro completo estilizado (pero inviable).

Este factor y el hecho de que las primas aumentan en un 20 por ciento significa que, incluso con seguro, el consumo de la familia sigue cayendo por debajo de su nivel medio del 100 por ciento anterior al seguro. El ingreso medio del hogar también se reduce en un 1 ó 2 por ciento porque los recargos son computados al seguro. La reducción parcial en la probabilidad de bajos resultados se compra a cambio de un ingreso medio reducido.

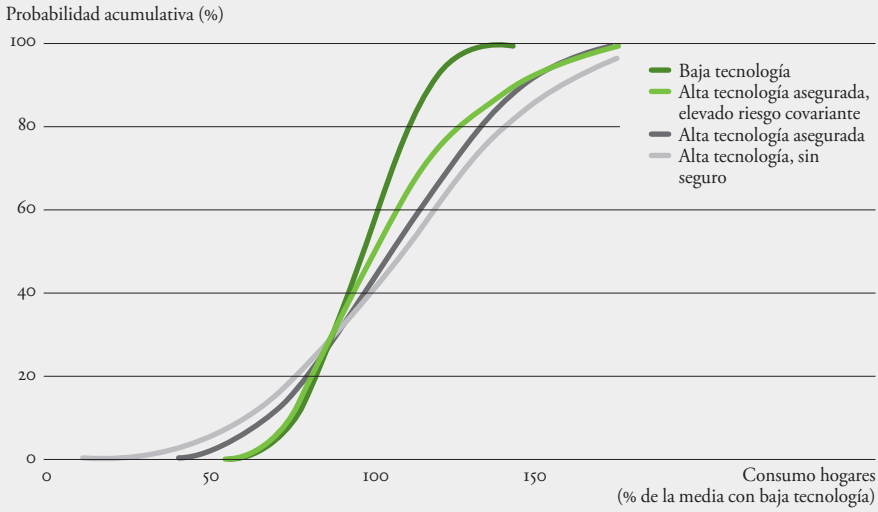
Seguro indexado y actividades de alto rendimiento económico

La figura 11.5 ilustra la función de la distribución acumulativa para la actividad de alto rendimiento estilizada que se describe más arriba en la sección 11.3. En comparación con la actividad tradicional (mostrada aquí con una línea verde oscura), la actividad de alto rendimiento alcanza un rendimiento medio que supera en un 25 por ciento al de la actividad agrícola tradicional y que requiere la compra en efectivo de insumos importantes. La línea de color gris claro en la figura 11.5 refleja la probabilidad de diferentes resultados a nivel de consumo de un hogar en la actividad de alto rendimiento, cuando los costes en efectivo son autofinanciados íntegramente por el hogar, o bien financiados por un préstamo plenamente garantizado.

Tal y como se puede observar, en el caso de la alta tecnología, el hogar cuenta con casi el 10 por ciento de posibilidad de que su consumo total sea inferior al 50 por ciento del ingreso medio alcanzable con la baja tecnología. Sin embargo, alre-

dedor del 40 por ciento del tiempo, el consumo del hogar será, como mínimo, un 25 por ciento superior al ingreso medio alcanzable con la baja tecnología.

Figura 11.5 **Vincular el seguro y el crédito para la aplicación de tecnologías**



La línea de color gris oscuro en la figura 11.5 representa el impacto del seguro indexado cuando está vinculado al crédito y a la aplicación de tecnología en un entorno agroecológico relativamente desfavorable, en el cual sólo el 50 por ciento del riesgo afrontado por los hogares se puede cubrir mediante un contrato del seguro indexado bien diseñado. A pesar de esta desventaja, este seguro vinculado hace que el riesgo a nivel de resultados de bajo consumo retroceda a niveles alcanzados con la tecnología tradicional de bajo rendimiento. Al mismo tiempo, la vinculación a la nueva tecnología supera la estrategia del autoseguro en un 70 por ciento del tiempo. Mientras que el contrato vinculado mantiene el hogar con un sistema compensatorio (rendimientos más altos a cambio de un cierto riesgo incrementado de resultados bajos), el "trade-off" es menos pronunciado que el que ofrece la alta tecnología sin seguro.

Finalmente, según refleja la línea de color verde claro en la figura 11.5, la vinculación a la nueva tecnología puede dominar completamente el autoseguro si una mayor parte (dos tercios) del riesgo global asumido por los hogares es un riesgo no asegurable y covariante.

12 Seguro pecuario: Ayudar a los ganaderos vulnerables a manejar su riesgo

Anupama Sharma y Andrew Mude

Los autores desean expresar su agradecimiento por comentarios y sugerencias que facilitaron los revisores de esta obra, entre los cuales cuentan Iddo Dror (Micro Insurance Academy), Brian Foster (consultor), K. Gopinath (IFFCO Tokio), Joachim Herbold (Munich Re), Florian Mayr (Munich Re), Pranav Prashad (OIT), Dirk Reinhard (Fundación Munich Re), Rupalee Ruchismita (CIRM) y otro revisor anónimo.

La ganadería representa el 40 por ciento de toda la producción agraria y supone el sustento y la seguridad alimentaria de más de 100.000 millones de personas (FAO, 2009). Los medios de subsistencia basados en la ganadería ofrecen una vía de dejar atrás la pobreza para muchas personas de escasos recursos en todo el mundo. Sin embargo, la población pobre todavía ha de afrontar una serie de riesgos cuando aspiran a acceder a los beneficios del sector ganadero vibrante y en crecimiento.

La motivación principal de ofrecer un seguro pecuario a poblaciones de escasos recursos o vulnerables fue la reducción de la vulnerabilildad a que se ven expuestos los pequeños ganaderos en los sistemas productivos. Hay países como, por ejemplo, la India, que ya han ido acumulando gran experiencia con los seguros pecuarios para gente pobre; sin embargo, la mejor oferta de productos de seguro y el diseño innovador de los mismos hacen que los seguros sean cada vez más interesantes por su potencial de reducir la exposición de los pobres frente a los riesgos que conlleva la ganadería como medio de subsistencia. El hecho de que a la gerencia de riesgos se le atribuya una mayor importancia como pilar fundamental de cualquier estrategia reductora de la pobreza (Pica et al., 2008), y que vaya acompañada de una compleja economía ganadera en desarrollo accesible para los pobres, constituye una base sólida que abre el camino al seguro pecuario.

En este capítulo no solamente se destacan las valiosas experiencias que nos enseñaron los beneficios potenciales del seguro pecuario, sino que se analizan las razones que a veces hicieron fallar un producto y también se estudian las condiciones que tienen que darse para implantar con éxito un producto del seguro pecuario. La sección 12.1 muestra la importancia de la economía ganadera a nivel global y expone el papel vital de la gestión de riesgos en el sector ganadero a la hora de mejorar el bienestar en los ámbitos rurales. La sección 12.2 nos ofrece una serie de experimentos del seguro pecuario a nivel global y resume la experiencia adquirida con tales experimentos. La sección 12.3 destaca los desafíos generales que se plantean en numerosos planes piloto del seguro pecuario. En la sección 12.4 se hace referencia a las innovaciones en el diseño y oferta de seguros, señalando las diversas oportunidades que ayudan a afrontar los obstáculos en el seguro pecuario.

12.1 ¿Para qué sirve el seguro de ganado?

La ganadería es para la gente pobre un medio esencial para ganarse la vida. Sirve tanto de fuente de ingresos como de fuente de riqueza productiva, y la gente pobre espera poder fiarse de ellas para sus futuros flujos de ingresos. Además, el ganado es uno de los pocos activos de que disponen los pobres, sobre todo las mujeres, que lo tienen más difícil a la hora de acceder a otros medios de ganarse la vida (FAO, 2009). Según estimaciones, unos mil millones de personas (o bien alrededor del 70% de los 1.400 millones de personas en condiciones de extrema pobreza) dependen de la ganadería (Delgado et al., 1999).

La revolución ganadera constituye un medio poderoso para dirigir el crecimiento en favor de los pobres (IFAD, 2004; Thornton et al., 2008; FAO, 2009), pero el hecho de que los pobres queden excluidos de la producción ganadera se debe esencialmente a su elevada exposición a los riesgos de mortalidad, morbilidad y a otros riesgos del ámbito ganadero y comercial. La pérdida para el hogar es enorme cuando se produce una enfermedad, accidente o robo de ganado. A ello hay que añadir que los grandes riesgos asociados a la producción lechera hacen que la explotación animal sea una actividad arriesgada para los hogares de bajos ingresos. Los riesgos de producción pueden deberse a la escasez de insumos como, p.ej., pienso, forraje, agua para los animales, elevada morbilidad de animales individuales o epidemia *(véase Tabla 12.1).* El clima tropical y las malas condiciones higiénicas en muchos países en vías de desarrollo son algunos de los factores que causan o agravan enfermedades tales como mastitis, fiebre aftosa y septicemia hemorrágica.

Tabla 12.1 **Tipos de riesgos en la cría de ganado**

Riesgo en la producción	*Riesgo del precio*
Muerte – por accidente y natural	Infraestructura rural frágil, p.ej. carreteras en mal estado, falta de cadena de suministro climatizada
Enfermedad: – Elevada morbilidad debido a epidemias y otros riesgos variables – Paralización de la producción lechera debido a enfermedades como mastitis y fiebre aftosa	Fluctuaciones en el coste del ganado y de los productos
Problemas en el suministro de insumos: – Falta de forraje seco y verde para los animales – Falta de agua durante períodos de sequía, lo que causa estrés al ganado	

La muerte de un animal es el mayor riesgo para los ganaderos pobres. Para los hogares de bajos ingresos los animales suelen ser un activo de gran valor, quizás incluso el activo de mayor importancia, por lo que la muerte de un animal puede suponer una merma sustancial del patrimonio neto del hogar y, por supuesto, una reducción del nivel de ingresos y producción. En el caso de que la compra de un animal se haya realizado a través de un préstamo, el hogar puede que tenga una deuda pesando sobre un activo que ya no es suyo.

Asimismo existen otros riesgos importantes que dependen del contexto. Heffernan et al. (2003), tras llevar a cabo una encuesta en la que participaron 3.000 hogares de toda Bolivia, la India y Kenia, llegaron a la conclusión de que para el 20 por ciento de todos los productores las enfermedades del ganado constituyen el mayor problema. Otros (Perry et al. 2003; Pica-Ciamarra, 2005) argumentaron que en los países de bajos ingresos de África, Asia y América Latina las enfermedades animales son un factor importante a la hora de limitar la producción láctea y cárnica y de reducir los ingresos del ganado. Asimismo, para la mayoría de los que subsisten gracias al ganado, sobre todo en áreas semiáridas, el riesgo más significativo son los impactos climatológicos que provocan escasez de agua y de alimentos. La mayor parte de los sistemas productivos en los que están involucradas las personas de escasos recursos –sistemas agropastoriles, pastoriles y sistemas de pequeños agricultores de cultivos y ganadería– es de secano y padece de graves deficiencias que a menudo traen consigo morbilidad –que reduce la producción– y, en muchos ocasiones también mortalidad en amplias zonas.

La creciente escasez de agua y de alimentos se traduce inicialmente en una reducción de tasas menores de lactancia lo que, a su vez, merma los ingresos diarios. También la tasa de parición de los animales debilitados se ve negativamente afectada, lo que repercute en el flujo de ingresos previsto de un futuro rebaño. Por otro lado, los animales desnutridos sufren trastornos inmunológicos, de modo que son más propensos a morir por una enfermedad y contribuyen a perpetuar el ciclo de morbilidad. Pueden darse casos extremos en los que la severa carencia de agua y de forraje provocan mortalidad.

Los riesgos no asegurados, especialmente aquellos relacionados con activos de producción valorados, dejan a los hogares expuestos a graves pérdidas ocasionadas por impactos fuertes. Los costes sociales ocasionados por oportunidades de inversión no aprovechadas y estrategias ineficientes son considerables (Dercon, 2005; Dercon et al., 2005; Barrett et al., 2006; Carter and Barrett, 2006).

La mortalidad debida a las principales causas de vulnerabilidad –desnutrición y enfermedad– es generalmente aceptada por el seguro, y abarca un conjunto de riesgos que la mayoría de los programas del seguro pecuario cubren. No obstante, como no todos los riesgos son asegurables es importante elaborar una estrategia para el sistema de gestión global que, entre otras cosas, incluya la reducción del riesgo a través de medidas preventivas, tales como mejor alimentación, vacunación, cría y tratamiento antiparasitario.

12.2 Seguro pecuario para pobres

Muchas veces, los gobiernos y el sector público asumieron un rol pionero en los pocos planes de seguro pecuario que había en los países en vías de desarrollo. Como ampliación de la ayuda agrícola que puede facilitar el gobierno –y que incluye precios mínimos garantizados para productos agrarios, refinanciación, extensión de servicios y subvenciones para insumos–, el seguro que cubre los riesgos inherentes a la producción agrícola constituye un método complementario que sirve para estimular la producción agrícola y el bienestar económico de los hogares rurales.

En la India –que cuenta con el mayor stock de ganado del mundo y presume de tener los programas de seguros más grandes apoyados por el gobierno para la agricultura en el mundo en vías de desarrollo–, se vienen ofreciendo varios planes de seguros pecuarios desde 1971, cuando los bancos nacionalizados, a través de la Agencia de Desarrollo para Pequeños Agricultores empezaron a financiar la compra de ganado bovino y a ofrecer un seguro obligatorio para proteger sus préstamos concedidos (Sharma, 2010). En la Tabla 12.2 se describen varios programas puestos en marcha por el Gobierno de la India desde entonces.

Tabla 12.2: **Cronología histórica del seguro en la India**

Año	*Implantación de una agencia/programa*	*Nota*
1971	"Plan de seguros para el ganado bovino" por Small Farmer´s Development Agency	Los bancos nacionalizados comenzaron a financiar la compra de ganado bovino y acordaron recaudar primas de los beneficiarios. La vigencia de la cobertura fue de un año y la recaudación de primas se realizó anualmente.
1983	"Póliza del seguro de ganado bovino" ofrecido en el programa Integrated Rural Development Program (IRDP)	El seguro de ganado y de activos se hizo extensivo a las personas de escasos recursos, ofreciéndoles préstamos subvencionados en el marco del programa IRDP (subvención del 50 por ciento). Producto obligatorio con préstamo. La prima fue de un 2,25 por ciento (muerte) + 0,85 por ciento en caso de discapacidad total permanente; el producto no establece ninguna edad límite para el ganado bovino.
1983	Seguro de ganado según lo acordado en los mercados	Producto voluntario y sin subvención. Para animales no asegurados en el marco del IRDP. Prima: 2,85 a 4,00 por ciento Edad especificada: de dos a ocho años para vacas lecheras; de tres a ocho años para búfalos.
2006	"Livestock Insurance Scheme" (plan del seguro pecuario) implantado por State Livestock Development Boards y State Animal Husbandry Departments	La prima es subvencionada en un 50 por ciento. Mayor competencia entre el sector público y el privado; las primas no deben exceder del 4,5 por ciento en las pólizas anuales y tampoco del 12 por ciento en las pólizas de tres años.

Una característica en común de estos programas es el hecho de que incluso donde los operadores particulares hayan suscrito el riesgo y puesto a disposición los servicios de agencia y distribución, el gobierno indio ha subvencionado estos esfuerzos, generalmente pagando un 50% o más de la prima de mercado. A pesar de ello, la aceptación del producto es relativamente baja, llegando a menos de un 8 por ciento del ganado bovino total asegurable cubierto por un seguro (indiastat.com, 2010). Entre los motivos mencionados para ello está el escaso grado de implantación y la distribución limitada, así como la incapacidad o falta de voluntad de pagar y la concienciación limitada del producto.

Esta forma de apoyo gubernamental se observa también en otros países en vías de desarrollo con programas de seguros pecuarios. En Eritrea, la National Insurance Corporation of Eritrea (NICE) –establecida en 1993– ofreció una gama de productos de seguro subvencionados que abarcan desde seguros de salud y de daños al ganado hasta diversas pólizas agrícolas, incluyendo pérdidas pecuarias (Mohammed and Ortmann, 2005). La póliza del seguro pecuario de NICE se limita al ganado lechero e indemniza al asegurado en caso de una muerte producida por accidente, enfermedad o epidemia. Si la prima subvencionada es de un 4 por ciento del valor de una vaca, la indemnización se limita al 75 por ciento de la suma asegurada.

A pesar de ser elevado el valor del ganado y el riesgo de mortalidad en Eritrea, casi 10 años después de lanzarse el producto tan sólo el 4,4 por ciento de los pequeños productores lecheros han hecho uso de sus servicios (Mobae, 2002). Según los estudios, la demanda se mueve a este nivel bajo por no ser suficiente la cobertura de NICE, o bien porque el ganadero no entiende el producto o el producto carece de efectividad (Mohammed and Ortmann, 2005).

En la República Islámica de Irán, donde la agricultura representa una cuarta parte del PNB nacional y el 85 por ciento de la población activa agrícola está involucrada en la producción ganadera (Naeemi Nezam Abadi, 1999), el seguro pecuario se ofrece a través del banco estatal Agriculture Bank. Aunque se trata de un producto subvencionado y la clientela diana denota una gran demanda por un seguro pecuario, el nivel de aceptación de tal seguro ha sido bastante bajo (Chizari et al., 2003). Como causa del escaso nivel de aceptación destacan los costes y las condiciones desfavorables de la póliza así como la lentitud e inseguridad en el proceso de pago de los siniestros (Chizari et al., 2003).

A diferencia de Eritrea e Irán, Vietnam cuenta con una experiencia más variada y amplia en el seguro pecuario porque, por un lado, el papel que juega el Estado es más destacado y, por otro, porque el seguro pecuario se ofrece como producto individual. En Vietnam, al igual que en la India, el concepto del seguro pecuario se basa en la demanda de créditos utilizables para la compra de ganado. El 60 por ciento de los hogares dispone actualmente de un préstamo para invertirlo en la producción ganadera, y el 54 por ciento de todos los préstamos forma-

les se destina a la ganadería en áreas rurales en el norte, centro y sur de Vietnam (Dufhues et al., 2004; Duong and Izumida, 2002). Con ello queda demostrado que existe la necesidad de un seguro pecuario que proteja a los prestatarios del riesgo de impago.

Dufhues et al. (2004) estudiaron las limitaciones y el potencial de los planes del seguro pecuario en Vietnam, sometiendo a un análisis a cuatro tipos diferentes de proveedores de productos de seguro: un seguro vinculado a un crédito en una compañía estatal; un seguro vinculado a un crédito ofrecido a través de un proyecto de desarrollo; un seguro pecuario puro ofrecido por una compañía estatal; y, finalmente, una compañía de seguros privados. Estos esfuerzos conllevan una serie de retos que, entre otras cosas, incluyen el colapso de la compañía estatal que ofrece exclusivamente contratos para asegurar la mortalidad del ganado, así como las grandes pérdidas que puede sufrir la compañía estatal y el proyecto de desarrollo que ofrece productos vinculados a un crédito. Dufhues et al. (2004) llegan a la conclusión de que la inexistencia de datos sobre la mortalidad utilizables para determinar con exactitud las primas, así como la presión política para fijar primas de bajo nivel, han sido los problemas más importantes en el desarrollo de un mercado sostenible de seguros pecuarios para los pequeños ganaderos en Vietnam.

Sin embargo, en Vietnam, los avances en este sentido son prometedores. La iniciativa privada y estrictamente comercial fue fomentada por Groupama, una de los compañías líderes que opera en varios ramos de seguro y pone especial énfasis en el seguro agropecuario en todo el mundo. En septiembre de 2002, Groupama empezó a ofrecer seguros pecuarios en Vietnam. Después de que en los primeros años Groupama sufriera pérdidas con este producto, la compañía decidió ampliar su extensión infraestructural, aumentar el número de sus negocios de veterinaria para apoyar el control y la verificación, así como realizar ensayos con los datos recopilados para mejorar sus conocimientos acerca de los riesgos y revisar las condiciones de su producto.

En la India, BASIX y IFFCO-Tokio llevaron a cabo estudios similares. Tras su implantación con éxito, BASIX logró con su producto reducir de forma constante la mortalidad y morbilidad en el área y difundir en mayor medida el seguro pecuario *(Recuadro 12.1).* Los resultados preliminares obtenidos del producto de base tecnológico de la compañía india IFFCO-Tokio dan motivo de esperanza de que el seguro pecuario pueda ser comercialmente viable *(véase Recuadro 12.2).*

Recuadro 12.1 **Estrategia para la gestión de riesgos pecuarios por BASIX, India**

BASIX –una institución que promociona los medios de subsistencia– ofrece toda una gama de servicios financieros y no financieros con el objetivo de ayudar a los hogares de escasos recursos. En combinación con los cuidados preventivos de veterinaria, el 31 de marzo de 2008 su producto del seguro pecuario suscrito por Royal Sundaram cubrió a 26.129 cabezas de ganado. Uno de los procesos innovadores más importantes consistió en que la certificación del valor animal y de su salud fue delegado a la plantilla in situ de BASIX. Se redujeron los costes de transacción al no haber veterinarios involucrados, de modo que el producto se pudo ofrecer a un precio más bajo. Gracias a la formación impartida a la plantilla se logró subsanar la falta de conocimientos técnicos. También se daba por sentado que si incluso la plantilla de BASIX cometiera algún que otro error, las ventajas de esta solución tendrían más peso que los costes originados previamente por la escasa calidad y los servicios veterinarios proclives al fraude.

A fin de reducir el riesgo de mortalidad, la plantilla local ofrece servicios veterinarios como medida de prevención a los tomadores de póliza. Otras de las características del producto fueron las siguientes: un período de espera de 10 días a partir de la fecha del marcado, suma asegurada del 100 por cien, suscripción por la compañía de seguros sobre la base de datos electrónicos presentados por BASIX, y un descuento en las primas en función del número de animales (5 por ciento para dos, 10 por ciento para tres y más). Estas características mejoraron la propuesta de valor a los agricultores, y también disminuyeron el peligro de fraude y moral.

Fuente: Adaptado de BASIX, 2011.

Antes de presentar algunas innovaciones en procesos y pólizas que pueden activar una prestación por parte del seguro pecuario, la siguiente sección describe más en detalle algunas dificultades que deberán superarse.

12.3 Dificultades al facilitar un seguro pecuario

Con un 4 por ciento del volumen total de primas en los seguros agrícolas suscritos a nivel mundial (Iturrioz, 2009), el seguro pecuario es un segmento del mercado relativamente pequeño. Según se ha podido observar, existe un gran potencial pero al mismo tiempo una penetración muy baja de este mercado, lo cual significa que el seguro pecuario es demasiado caro o que su concepto no satisface las necesidades específicas de la clientela diana. El hecho de que las primas sean

de coste elevado o que el concepto de los productos no sea el adecuado se debe a que existe una serie de obstáculos a lo largo de la cadena de suministro.

Al igual que muchos otros productos de seguro, el seguro pecuario padece de un problema de dos vertientes – el riesgo moral y la selección adversa. Ambos se basan en la información asimétrica entre el asegurador y el asegurado. Técnicas inefectivas de identificación, métodos costosos para verificar los siniestros y la falta de una evaluación estándar son los factores que en medida creciente favorecen el fraude en la industria. Hay zonas en la India donde las aseguradoras temen que una gran parte de los siniestros notificados en el seguro pecuario sea fraudulenta, tal y como se deriva de la elevada tasa de mortalidad en áreas aseguradas (Sharma, 2010). Con el objetivo de contener las pérdidas ocasionadas por el riesgo moral y la selección adversa, las aseguradoras optan por intensificar los controles, provocando así no solamente un incremento del precio de las primas sino también requisitos difíciles de cumplir lo que, a su vez, resulta perjudicial para una aceptación. Existe una gran necesidad de mejorar los procesos de control y verificación para así terminar con el persistente círculo de fraude y el bajo nivel de aceptación.

El seguro pecuario y, en especial, aquellos productos concebidos para los pequeños agricultores en zonas rurales, se consideran un producto de difícil transacción por los siguientes motivos:

- **Control y verificación:** A fin de combatir los siniestros fraudulentos, las aseguradoras han de nombrar a sus propios veterinarios, o a otro agente correspondiente, para el marcado, la evaluación y el cálculo del riesgo. La verificación de un siniestro en zonas rurales remotas para uno o dos animales asegurados conlleva un coste de transacción considerable respecto al flujo de ingresos de un cliente particular.
- **Valoración de los animales:** El valor del ganado está estrechamente relacionado con la edad, el estado de salud y la capacidad reproductiva de un animal. Debido a la variedad de crianzas en las diferentes áreas geográficas con distintos patrones de alimentación, las aseguradoras tienen dificultades a la hora de fijar el valor correcto y, por ello, muestran cierta reticencia a la hora de establecerse en este mercado.
- **Identificación de los animales:** Obviamente, las aseguradoras deben saber cuáles son los animales que quieren asegurar; sin embargo, en vista de que apenas se dispone de técnicas de identificación eficaces, el problema del riesgo moral aumenta de forma sustancial y ello repercute en la fijación del precio de un producto.
- **Elevado coste operativo:** Los procesos operativos asociados a la emisión de pólizas y a la liquidación de siniestros pueden ser caros porque requieren gran intensidad de trabajo.
- **Elevada frecuencia de fraude en los siniestros:** Las prácticas fraudulentas en el seguro pecuario aumentan cada vez más debido a los frágiles métodos de identificación.

- **Ausencia de un precio actuarial:** Es complicado elaborar un diseño efectivo en un entorno carente de datos que corrobore las hipótesis de probabilidad y sirva para fijar el precio adecuado de los productos de seguro. Por lo tanto, la suscripción resulta difícil cuando el tomador de la póliza no puede o se niega a revelar datos correctos sobre el estado de salud y facilitar un historial verídico de los animales.
- **Sistemas complementarios para reducir el riesgo:** La mayoría de los servicios en apoyo al ganado rigen para un período de tiempo determinado y se prestan en forma de inseminación artificial, vacunación, tratamiento antiparasitario, etc. Las instituciones gubernamentales a veces se ven imposibilitadas de ofrecer servicios en un momento dado por culpa de limitaciones financieras y burocráticas. Si bien el gobierno es consciente de la necesidad imperante de mejorar los sectores relacionados con la explotación lechera y la cría de los animales, los esfuerzos están tan escasamente dispersos que resulta imposible alcanzar los efectos positivos deseados. Por eso hay muchos obstáculos que se dejan aparcados sin afrontarlos, probablemente también por ser de carácter público las intervenciones a favor de la salud del animal.

Aparte de que los obstáculos en el suministro suponen el mayor problema para la sostenibilidad de un mercado de seguros pecuarios, también hay que tener en cuenta diversos aspectos relativos a la demanda. Los retos en la demanda del seguro pecuario no se distinguen en gran medida de los retos de otros productos de seguro. El seguro pecuario se ve impedido en su crecimiento debido a la incapacidad o falta de voluntad de pagar y también porque los conocimientos sobre el producto son limitados.

12.4 Catalizar el mercado: innovaciones que hacen viable el seguro pecuario

A pesar de estos significativos retos de lograr viabilidad y volumen, algunas innovaciones parecen permitir evitar los obstáculos identificados. Tal y como se explica abajo, el camino hacia una expansión del seguro pecuario viable se puede allanar gracias a determinados desarrollos recientes en el diseño del producto, a los métodos de identificación, así como a los procesos operativos y a los modelos institucionales, tecnologías y subvenciones.

Ampliación de la cobertura de riesgo del producto

Se ha constatado que existe la necesidad de ofrecer coberturas globales para el cuidado del ganado bovino. La mayoría de los productos de seguro cubre la mortalidad y varias de sus causas, pero quizás se pueda aumentar el atractivo de un producto si se cubre más que el riesgo de muerte y se trata de avanzar hacia una "cobertura de productividad". La productividad (p.ej. tasas de lactancia o índice de parición) se puede ver afectada por enfermedades, climatología extrema u

otros factores que causan un fuerte impacto en los ingresos de las personas de escasos recursos. Al ampliar la cobertura de riesgos se incrementa el precio de las primas, a la vez que disminuye la demanda por parte de los hogares de liquidez limitada. Las primas de tales productos se podrían hacer más atractivas si se ofreciesen en combinación con estrategias reductoras de riesgos que sirven para contener el riesgo global y ayudar a que los hogares se beneficien de tales estrategias.

Métodos de identificación optimizados

Hasta ahora se han ensayado varios métodos de identificación en el mercado con mecanismos compensatorios interesantes entre costes y efectividad *(véase Tabla 12.3).* Según se ve en el ejemplo de IFFCO-Tokio *(véase Recuadro 12.2),* la rápida optimización tecnológica en la identificación y el control del ganado contribuyen a superar una de las mayores dificultades del seguro pecuario. La identificación por radiofrecuencia (RFID) posibilita no solamente la identificación, sino que también ofrece otras aplicaciones valiosas que, entre otras cosas, permiten recoger y almacenar datos con facilidad. Una vez que se hayan generado y registrado suficientes datos gracias a la tecnología RFID, las medidas encaminadas a reducir riesgos y controlar enfermedades serán más fáciles de implantar que en el pasado. Es importante que se estudien a fondo las tecnologías que ayudan a identificar y seguir las propiedades fisiológicas de los animales, de modo que se puedan ponderar sus costes y ventajas. Los gastos de monitoreo y el índice de fraude se reducirán gracias a la puntualidad y a los costes disminuidos, así como a la mayor eficiencia y capacidad de los sistemas tecnológicos de identificación y control del ganado a la hora de proporcionar datos. Se supone que ello también permitirá reducir sustancialmente el coste de las primas.

Tabla 12.3

Comparación de las diferentes técnicas de identificación del ganado

Tema/estrategia	*Distancia de lectura*	*Lectura fácil*	*Retención*	*Aplicación fácil*	*Coste*
Marcado metálico	Pulgadas	Varía	Bajo	Fácil	< US$0,01
Marca	Pies	Bien (mientras sea visible)	Desaparece con el tiempo	Difícil	Barato
Tatuaje	Pocos metros	Bajo	Desaparece con el tiempo	Difícil	Barato
Marcado auricular	Pies	Difícil	Largo	Difícil	Barato
Patrón de colores	Metros	Difícil	Largo	s.r.	Barato
Código de barras	Pulgadas	Varía	Bien a moderado	Fácil	Barato
RFID (implantación)	Pulgadas a pies	Fácil	Bien a moderado	Algo difícil	US$1 a US$4 (en función del volumen)

RFID (externo)	Pulgadas a pies	Fácil	Bien a moderado	Fácil	US$1 a US$4 (en función del volumen)
Prueba de ADN	s.r.	Prueba laboratorio	Vitalicio	Ensayo requiere tiempo	Muy caro
Imagen de la retina	Pulgadas a pies	Fácil	Vitalicio	Instalación de equipos	Sin uso extensivo
Identificación morro	Pulgadas	Requiere experiencia	Bueno	Medidas preventivas al tomar una huella del morro	Aún en fase experimental

Fuente: Adaptado de la Comparación de dispositivos de identificación de animales y sistemas de numeración, 2010.

Procesos optimizados

Tanto el ejemplo de BASIX como el de IFFCO-Tokio descritos en este capítulo destacan la importancia de redefinir la participación de los veterinarios en los procesos del seguro pecuario. Existe un gran riesgo de colusión entre los veterinarios y los pequeños agricultores e, incluso, las otras partes intervinientes en la cadena de valor como, por ejemplo, los prestatarios. Por ello se utilizan en ambos planes los propios veterinarios y el personal in situ para asumir algunas tareas de los veterinarios.

Recuadro 12.2

Mejorando la viabilidad del seguro pecuario en IFFCO-Tokio

IFFCO-Tokio está realizando ensayos con un modelo del seguro pecuario, empleando un dispositivo de identificación basado en la tecnología de RFID para lograr una reducción del índice de fraude. En el período de agosto de 2008 a marzo de 2010 estuvieron aseguradas casi 15.000 cabezas de ganado. Durante la fase piloto del proyecto, el hecho de que haya bajado la siniestralidad (42 por ciento) –menos que la quinta parte de la siniestralidad ocasionada por marcados auriculares tradicionales– demuestra la aplicación eficaz de la nueva tecnología.

Probablemente más importante que la tecnología sea el cambio en el proceso que IFFCO-Tokio inició con motivo de la tecnología. Actualmente, IFFCO-Tokio supervisa el marcado de cada animal nuevo, de modo que cada vez se da menos el caso de que se archiven siniestros para "animales" no asegurados. Aún se aprecia cierta resistencia frente a la nueva tecnología por parte de los empleados bancarios y los veterinarios, porque ya no pueden presentar reclamaciones basadas en siniestros fraudulentos. Los temores antes mencionados no se materializaron dado que la acogida del producto pecuario basado en RFID es bastante positiva entre los clientes. En general se puede decir que los propietarios del ganado bovino aceptan la nueva tecnología gracias a la transparencia en los procesos de inscripción y siniestros y al hecho de que el ganado bovino no se ve expuesto a situaciones estresantes por la tecnología. Algunos incluso prefieren la tecnología

RFID a la marcación externa porque, según manifestaron, esta tecnología protege su privacidad y así los vecinos no saben si tienen o no un préstamo para la compra del animal.

Fuente: Adaptado de "Microinsurance Innovation Facility, 2011" de la OIT.

Seguro indexado

El seguro indexado es una innovación prometedora que despertó gran interés en la última década y dio lugar a numerosos productos piloto en todo el mundo *(véase Capítulo 11).* Los productos del seguro indexado pueden ser muy importantes, sobre todo teniendo en cuenta que los hogares de bajos ingresos cada vez son más vulnerables frente a los riesgos climatológicos *(véase Capítulo 4).* La creación de mercados de seguros para determinados acontecimientos –calculables con precisión y vinculados a un índice bien definido– va adquiriendo cada vez más importancia, dado que permite a la población pobre beneficiarse de las ventajas de un seguro (Banco Mundial, 2005; Skees, 2008; Hazell et al., 2010).

El seguro indexado generalmente cubre cultivos y cosechas, aunque también puede jugar un papel esencial en el ámbito del ganado *(véase Tabla 12.4).* Esta tecnología reduce radicalmente los costes de transacción y, por lo tanto, contribuye a que un producto sea rentable. El seguro indexado también ayuda a reducir el problema relacionado con el riesgo moral y la selección adversa. Sin embargo, todo ello va a costa del riesgo básico, dando así lugar a una discrepancia entre la indemnización del seguro y las pérdidas efectivas del agricultor.

Tabla 12.4 **Experimentos con productos indexados para el seguro pecuario**

País	*Plan o tipo de seguro*	*Características destacadas*	*Proveedor de servicios*
Mongolia	Cobertura en caso de muerte	Producto indexado para la población migratoria durante los duros inviernos, basado en las tasas de mortalidad históricas	Tramos de riesgo por ganaderos, aseguradoras y gobierno
Kenia	Cobertura de fenómenos catastróficos tales como sequías, que tienen un impacto sobre el forraje	Producto indexado contra sequías y otros fenómenos meteorológicos que se basa en el NDVI	Plan piloto por aseguradoras privadas con el apoyo del International Livestock Research Institute

Mongolia fue el primer país en implantar un producto de seguro pecuario indexado que incluía en su cobertura pérdidas sustanciales ocasionadas por inviernos extremos *(véase Recuadro 12.3).* En enero de 2010 se lanzó en el distrito Marsabit al norte de Kenia el segundo producto de seguro pecuario indexado con el objetivo de ofrecer una cobertura para la mortalidad del ganado por falta persistente de forraje (Mude et al., 2010). El índice Marsabit se deriva de un índice de vegetación diferencial normalizado (NDVI) recogido vía satélite que

resume el estado del forraje de pastizales disponible. Más de 1.000 cabezas de ganado estuvieron aseguradas durante el período hasta mayo de 2011.

Ambos proyectos están aún en fase experimental y requieren datos que corroboren las historias de éxito. Además, el seguro pecuario indexado posiblemente sea efectivo en zonas semiáridas pero quizás no en zonas donde la producción agrícola es más compleja y abarca distintas actividades. El jurado aún tiene dudas respecto a la efectividad de esta solución si el gobierno no concede subvenciones.

El modelo de base comunitaria:
Mientras que haya algunos pocos experimentos en todo el mundo que ensayan y verifican modelos de base comunitaria para el ganado, no se pueden negar sus potenciales beneficios. El Livestock Protection Scheme (LPS) que se aplica en Andhra Pradesh, la India, es un ejemplo de ello. El programa tuvo éxito en la reducción del fraude a través de la supervisión y vigilancia de la comunidad (Sharma and Shukla, 2010). Con el programa se logró mantener a un nivel bajo los costes globales del suministro y alcanzar una difusión significativa *(véase Tabla 12.5).* El estrecho monitoreo con fuerte propiedad comunitaria contribuyó a reducir el fraude y a crear confianza entre los miembros comunitarios y fue decisivo a la hora de aumentar la inscripción. Sin embargo, el esquema se asegura a sí mismo, lo que puede ser problemático si aumenta la mortalidad y, al igual que en el caso de muchos esquemas de base comunitaria, ello puede convertirse en un problema de gobernanza si se alcanza una escala mayor.

Recuadro 12.3

Cobertura indexada para el ganado en Mongolia

En 2005, el Banco Mundial fue invitado a apoyar al gobierno de Mongolia en la puesta en marcha de un programa de seguros pecuarios. Dado que se sabía perfectamente que en las extensas zonas de Mongolia sería imposible implantar un esquema tradicional para evaluar las pérdidas en ganado durante la dura climatología invernal, se trató de hallar métodos alternativos que permitieran medir las pérdidas ocasionadas al ganado. Desde principios de 1920, cada mes de diciembre se llevó a cabo en Mongolia un censo de animales que proporcionó datos estimados sobre las tasas de mortalidad de los animales según especies y distritos rurales *(soum)*. Se propuso que estos datos se utilizaran como base para las primas de los nuevos programas de seguro. Los diseñadores de pólizas y otras partes involucradas entendieron que las primas basadas en tasas de mortalidad por *soum* retendrían los incentivos ofrecidos a los pastores para que trabajaran fuerte a fin de salvar sus animales durante el período invernal de climatología extrema.

El seguro pecuario indexado (IBLI, por sus siglas en inglés) tiene por objetivo ofrecer una cobertura que incluya la mortalidad del ganado causada por una

catástrofe en una región determinada, reconociendo que las estrategias de gestión de riesgos a nivel de los hogares son la mejor forma de afrontar los respectivos riesgos de mortalidad del ganado. El seguro pecuario piloto IBLI implica una cooperación público-privada para un producto de seguro comercial, el Base Insurance Product (BIP), y un producto de respuesta ante un desastre, el Disaster Response Product (DRP), que compensa a los pastores cuando se producen grandes pérdidas del ganado. El BIP presta indemnización en el momento que las tasas de mortalidad del ganado por *soum* se elevan a más del 6 por ciento. Las pérdidas superiores al 30 por ciento son gestionadas por el seguro DRP y pagadas actualmente mediante un préstamo de emergencia concedido por el Banco Mundial con el objetivo de que el gobierno de Mongolia pueda afrontar financieramente tales pérdidas una vez finalizada la fase piloto. Así, la exposición comercial (BIP) corresponde al tramo entre el 6 y el 30 por ciento de mortalidad, mientras que el componente social (DRP) sirve para afrontar las pérdidas que exceden del 30 por ciento de mortalidad. Los pastores pueden elegir su suma asegurada sobre la base de un valor agregado de todos sus animales para la especie específica. Lo habitual es que los pastores tengan asegurado el 30 por ciento del valor estimado de sus animales.

En general, el seguro IBLI ha superado los objetivos en términos de rendimiento que fueron desarrollados en la fase inicial del proyecto. Actualmente participan cuatro compañías. En 2006 se vendieron 2.400 pólizas; más de 3.700 pólizas se vendieron en 2007; y 4.100 pólizas se vendieron en 2008, lo que representa el 14 por ciento de los pastores en las provincias piloto. En 2008, tras las cuantiosas pérdidas pecuarias, se pagó una indemnización de US$340.000 a 1.783 pastores. Todos los sistemas financieros funcionaron según lo previsto; una pequeña cantidad proviene de la línea de crédito. Los prestatarios ofrecieron tasas de interés inferiores y mejores condiciones de préstamo a los pastores; a mediados del año, el National Statistics Office implantó con éxito un censo para garantizar pagos puntuales, pues las pérdidas suelen producirse en los primeros cinco meses del año.

Fuente: Adaptado de GlobalAgRisk, 2009.

Tabla 12.5 **Parámetros para el LPS, Andhra Pradesh, India**

	2006 a 2007	*2007 a 2008*	*2008 a 2009*	*2009 a 2010*
Inscripción	3.519	4.756	48.675	90.035
Reclamaciones recibidas	96	120	327	–
Porcentaje de reclamaciones	2,73	2,52	0,67	–

Fuente: LPS, DRDA, Gobierno del Estado de Andhra Pradesh, India, 2011.

Subvenciones adecuadas

En vista de los elevados costes de transacción y la poca capacidad de pagar, posiblemente los gobiernos tengan que intervenir para catalizar el seguro pecuario. En muchas ocasiones, esta intervención se realizó concediendo subvenciones generalizadas a las compañías de seguros estatales, o incluso pagando primas reducidas a las aseguradoras privadas. Si bien se pone énfasis en la necesidad de subvenciones para apoyar ideas nuevas que se traduzcan en beneficios de bienestar social, muchas veces tales subvenciones se solicitaron ad hoc, lo que contribuyó a amortiguar los incentivos de innovación y ello se considera responsable del fracaso de muchos intentos de ofrecer un seguro pecuario. Además, tal y como se menciona arriba, en varios programas gubernamentales se pudo constatar que las subvenciones directas no ayudaron a aumentar la cobertura, sino que provocaron una paralización en el desarrollo del producto.

Cabe destacar la necesidad de subvenciones adecuadas "bien dirigidas" que ayuden a acelerar el desarrollo de un seguro pecuario basado en los principios de un mercado competitivo.

- **A nivel del productor/agricultor:** Las subvenciones se pueden conceder en forma de reducciones de primas para ganaderos cuyas prácticas de explotación ganadera contribuyen a minimizar el riesgo. Ello ayudará a lograr los objetivos que consisten en conceder descuentos a quienes fomenten prácticas encaminadas a reducir riesgos, así como en reducir primas globales minimizando la exposición a riesgos efectiva.
- **A nivel de los mediadores:** Siempre que los agregadores ayuden a agrupar riesgos y disminuir los costes de transacción, las subvenciones podrían concederse en forma de costes fijos para establecer los procesos de negocio necesarios. También se les podría ofrecer otros incentivos a los mediadores para que faciliten datos u otros servicios que ayuden a las aseguradoras a operar con mayor eficiencia a un coste menor.
- **A nivel de las aseguradoras:** A las aseguradoras se les podría subvencionar las primas, siempre y cuando soliciten periódicamente tales subvenciones en un sis-

tema abierto y transparente que permita entrar a nuevos competidores. Posiblemente la concesión de subvenciones a primas también esté sujeta a condiciones, a las que las aseguradoras deberían adherirse (p.ej. contratos de rendimiento) para conservar un negocio.

Las subvenciones pueden servir para reducir primas, estimular la demanda y mejorar la innovación en el diseño del contrato mediante el aumento de la información y la reducción de pérdidas por fraude, así como mediante la concesión de primas reducidas a los clientes que adopten medidas que minimizan riesgos. Sin embargo, según muestra el estudio de PICC*(Recuadro 12.4),* incluso si las subvenciones hicieran que sea asequible un producto, ello podría no ser suficiente como para estimular la demanda de tal producto.

Recuadro 12.4

¿Pagar la prima después del plazo de vigencia?

La aseguradora estatal en China PICC, en colaboración con los servicios de extensión agrícola del gobierno, viene desarrollando desde 2005 en la provincia de Sichuan un producto de seguro voluntario para el ganado porcino. El gobierno local subvenciona con un 40 por ciento la prima, la cual se sitúa a un nivel de precio asequible de RMB 10 (US$1,50) por animal. A pesar de la fuerte subvención a las primas, la demanda de seguros se mantiene a un nivel bajo. Las ventas se quedan estancadas al nivel anual de 200.000 cerdos asegurados, es decir, una cuota en el mercado total del 20 al 25 por ciento.

Tanto la liquidez limitada como la falta de confianza en las aseguradoras juegan un papel destacado en la baja aceptación del microseguro. A fin de superar estos problemas, los investigadores del Centre for Agricultural and Rural Development (ICARD), con sede en China, y el International Food Policy Research Instituite, con sede en EE.UU., están ensayando un procedimiento alternativo para la recaudación de primas que ofrece a los agricultores la opción de aplazar el pago hasta finales del período que cubre su seguro. Los agricultores que se inscribieron en 2011 en el programa piloto recibieron un número de seguro para identificarse como titular de un seguro de ganado porcino. Gracias a este procedimiento, los agricultores disfrutan de las ventajas de un seguro a pesar del tema de la confianza y de las limitaciones de liquidez. Los casos de impago de la prima serán previsiblemente limitados, teniendo en cuenta el proceso selectivo a la hora de acceder a un seguro en el próximo período, así como la función de los servicios de extensión del gobierno en el esquema.

Fuente: Adaptado de "Microinsurance Innovation Facility, 2011" de la OIT

12.5 Conclusión

La producción ganadera es para muchos pequeños ganaderos una vía fiable de salir de la pobreza. Sin embargo, para poder participar de forma efectiva en la revolución ganadera y compartir sus beneficios esperados, los ganaderos han de tener acceso a métodos que les permitan manejar los diferentes riesgos que conllevan la cría y el márketing del ganado.

El seguro pecuario puede contribuir a que muchos ganaderos sepan gestionar los riesgos de producción a que están expuestos. A pesar de su promesa, sin embargo, la implantación de un seguro pecuario supone afrontar numerosos retos. La puesta a disposición de un seguro pecuario se ve obstaculizada por las dificultades que surgen en la identificación y el control del ganado asegurado y también por el elevadísimo coste que supone realizar ventas a pequeños ganaderos en zonas remotas. Naturalmente, ello crea desincentivos en el diseño de pólizas adecuadas. Para catalizar la oferta es necesario aprovechar las innovaciones en las nuevas tecnologías de la información para así reducir el fraude y los costes del suministro. Es importante subrayar que, en el mercado actualmente distorsionado, el aspecto de la demanda sigue siendo un gran problema debido a la falta de concienciación y el rechazo de pagar una prima.

Se pueden desarrollar soluciones que mejoren los mercados mundiales que operan con seguros pecuarios. No cabe duda que merecen ser estudiados a fondo los modelos vinculados a índices y comunidades que se aplican al seguro pecuario. Con toda seguridad que la demanda experimentará un auge si se dispone de mejores estrategias de márketing y agentes de venta motivados que se dedican a comercializar productos del seguro pecuario. Por otro lado, se están realizando ensayos con nuevas tecnologías como el RFID y el NDVI. En definitiva, el seguro pecuario puede perseguir el objetivo de crear sistemas eficaces para la gestión del ganado. Los sistemas para la reducción y transferencia de riesgos deberían estar integrados para así poder optimizar el rendimiento global del sector ganadero.

A pesar de los problemas iniciales con el seguro pecuario, el entorno favorable de las instituciones e infraestructuras, las mejoras tecnológicas en el diseño y suministro así como la creciente demanda y, ante todo, los conocimientos adquiridos en experimentos previos, son motivo de esperanza de que el seguro pecuario sea comercialmente viable y contribuya a mejorar el estado de bienestar. Incluso donde fueran necesarias subvenciones, podría ser obligatorio un seguro pecuario subvencionado en forma de una red de seguridad productiva que permita a los pobres participar en la producción ganadera y en el márketing.

V El seguro y el mercado de bajo ingresos

13 La psicología del microseguro: los pequeños cambios pueden causar una diferencia sorprendente

Aparna Dalal y Jonathan Morduch

Los autores se han beneficiado de la colaboración con Catherine Burns y Jonathan Bauchet; sus investigaciones y publicaciones han contribuido a los contenidos de este capítulo. Han recibido comentarios útiles de Jeremy Leach (Hollard), Denis Garand (DGA), Job Harms (Free University of Amsterdam), Karlijn Morsink (University of Twente) y un revisor anónimo. Asimismo, los autores quisieran agradecer el apoyo financiero de AIG y la fundación Bill & Melinda Gates Foundation mediante la Iniciativa de Acceso financiero.

Cualquier persona que haya tenido problemas para cumplir con un plazo, seguir una dieta o ahorrar para una gran compra, sabe lo difícil que puede ser convertir las intenciones en acciones. Muchos de nosotros luchamos cuando la tentación se acerca, los problemas de mañana parecen distantes y las elecciones son complejas. Son estas realidades las que impulsan el campo de la economía del comportamiento, la rama de la investigación que incorpora conocimientos de la psicología y de la economía para enriquecer la comprensión de cómo las personas toman sus decisiones.[1]

Las ideas de la economía conductual están transformando la comprensión de la toma de decisiones financieras. Una lección importante es que los pequeños cambios en el diseño de productos y márketing a veces pueden causar una diferencia sorprendente sobre si y cómo se utilizan los productos financieros.

Este capítulo se basa en las ideas de la economía del comportamiento y en los resultados de investigaciones en el laboratorio y de campo para describir nuevos conocimientos sobre cómo se piensa en los hogares sobre pérdidas y beneficios, cómo ellos ponderan los equilibrios actuales y futuros, luchan con el autocontrol y se ven influenciados por los métodos de enmarcar las diferentes opciones. Estas ideas pueden ayudar a los aseguradores a mejorar el diseño de sus productos, el márketing, la concienciación respecto al seguro, fijación de precios y la concertación. En este capítulo se reflexiona sobre las posibilidades y se describen ejemplos, de microseguros y contextos más amplios, para mostrar las formas prácticas en que las ideas de comportamiento podrían ser desplegadas para ampliar el acceso al seguro.

13.1 Pequeños cambios pueden causar una diferencia sorprendente

El sector del microseguros ha crecido en los últimos años, pero siguen habiendo significativos retos por parte de la demanda y la oferta. Los proveedores están buscando posibilidades para reducir los costes de transacción, desarrollar canales

[1] Para una amplia introducción a la economía conductual, véase Thaler y Sunstein (2008); para una perspectiva crítica, véase Rubinstein (2006) y Güth (2007).

de distribución adecuados, adoptar nuevas tecnologías y mejorar las estructuras organizativas. Estos proveedores también se dan cuenta de que el aumento de la demanda y la creación de una cultura del seguro en las comunidades vulnerables necesitarán cambios en las actitudes y creencias, lo que puede ser un proceso lento *(véase Capítulo 14).*

Este capítulo es una debate sobre cambios más sencillos, ajustes pequeños que los aseguradores y canales de distribución pueden hacer y que pueden tener un impacto significativo sobre la manera de cómo la gente percibe los seguros, si los compran y cómo utilizan los productos de seguro.

Para influir en las decisiones, las organizaciones deben: 1) entender cómo se toman las decisiones; 2) entender el contexto y las "interpretaciones" en los que los hogares pobres operan; y 3) evaluar los factores que impiden las acciones (Mullainathan and Shafir, 2009).

Las decisiones que tomamos son una función tanto de nuestras características personales así como del contexto en el cual operamos. Tradicionalmente, los economistas no han prestado mucha atención al poder del entorno, concentrándose, en cambio, en las características internas y personales de los tomadores de decisiones. Sin embargo, las investigaciones experimentales han mostrado que factores situacionales pueden influir en la acción de una persona de forma importante – a veces, las personas actúan de manera muy diferente cuando se modifican las circunstancias externas.

Otra lección general de la economía conductual es el papel de la "interpretación". La gente no siempre procesa las informaciones y opciones de forma "objetiva". Más bien se interpreta y procesa la información, pero no a base del estado real del mundo sino a base de nuestra representación mental de las opciones (Mullainathan y Shafir, 2009). Como consecuencia, la forma de cómo están enmarcadas las opciones puede tener gran importancia. No es suficiente proporcionar informaciones – también es importante entender cómo se va a procesar esa información.

13.2 Estrategias

En este capítulo se pasa revista de los ocho ajustes situacionales que pueden influir en el comportamiento y se investiga cómo el encuadre puede influir en las decisiones de la gente respecto a la compra y utilización de un seguro.

13.2.1 Debe ser sencillo

Cuando las personas toman un decisión, evalúan las opciones disponibles y eligen la que más les gusta. Por ello, durante mucho tiempo, los economistas han creído que a las personas "racionales" les gusta tener opciones – cuánto más alter-

nativas a elegir, mejor. En la teoría de la economía tradicional, eso es todo, pero la economía conductual ofrece un punto de vista diferente.

En primer lugar, la investigación del comportamiento económico ha demostrado que la mera adición de posibilidades puede hacer más que simplemente aumentar las opciones; puede cambiar la naturaleza de la propia decisión en sí. Esto pone el énfasis en la "arquitectura de la elección". La arquitectura de la elección es el contexto en el cual se toma una decisión y, especialmente, la forma cómo se presentan o enmarcan las opciones. La atención se concentra en las opciones disponibles y, fundamentalmente, en cómo se perciben estas opciones.

Las diferencias de encuadre pueden ser sutiles pero importantes. Se pueden presentar las opciones de forma aislada o en comparación con otras, y se puede indicar la naturaleza y el número de las alternativas disponibles para fines de comparación.

Veamos un ejemplo de la venta por catálogo que tiene características paralelas a los aseguradores que venden un paquete de productos. Ariely (2009) informa sobre un experimento, en el cual se les ofrecieron suscripciones a revistas a determinadas personas. Se les presentaron dos listas de opciones de suscripción. La primera lista incluía tres elementos: sólo en línea por US$59, sólo impreso por US$125 y la combinación de "impreso + en línea" por US$125. La segunda lista incluía dos elementos: sólo en línea por US$59 e "impreso + en línea" por US$125. En la primera lista, la opción de "sólo impreso" es irrelevante desde el punto de vista de la teoría económica tradicional: cuesta lo mismo que "impreso + en línea", pero lo último ofrece más valor. Sucede, pues, que la inclusión de la "irrelevante" opción influye fuertemente en la elección de las personas: el 84 por ciento de las personas a las que se les solicitó que eligieran una suscripción en la primera lista se decidió por la cara opción "impreso + en línea", pero sólo el 32 por ciento de aquéllos que eligieron en la segunda lista optó por esta versión. En otras palabras: si se incluye un elemento irrelevante en la lista de opciones de suscripción, la posibilidad de que la gente se decida por el producto caro aumenta en más del 160 por ciento.

No es el objetivo de este ejemplo mostrar cómo se puede manipular a los clientes para que compren productos más caros. Muestra, más bien, cómo las diferentes combinaciones de opciones pueden cambiar el enfoque de los clientes, a menudo sin que se den cuenta. Los aseguradores pueden probar menús de opciones para que los clientes se mantengan enfocados a las opciones más significativas.

En segundo lugar, estos nuevos conocimientos muestran que las personas, al enfrentarse a un exceso de opciones, pueden experimentar sentimientos de conflicto y de indecisión lo que, a su vez, puede conducir a procrastinación o inacción. Este fenómeno, llamado "sobrecarga de elección", puede ser un verdadero problema cuando se interpone entre las personas y las importantes decisiones que

quieren o tienen que tomar. La solución no consiste en eliminar todas las opciones, sino en reconocer que demasiadas opciones pueden llevar a la inacción, en contra del resultado deseado. En el microseguro debería tenerse en cuenta que las opciones típicas no son simplemente: ninguna cobertura de seguro o los productos formales de microseguro, sino que también pueden incluir una serie de mecanismos informales que los hogares pobres utilizan para protegerse frente a riesgos (Collins et al., 2009).

La existencia del efecto de sobrecarga de opciones es apoyada por la evidencia experimental. El ejemplo que mejor se conoce es un experimento en una tienda de comestibles en California. Se les presentó a los clientes una selección de mermeladas para que las probaran. Entre los que se detuvieron para probar la mermelada fue mucho más probable que compraran un frasco cuando se les había presentado seis opciones que cuando tenían entre 24 mermeladas para elegir (Iyengar y Lepper, 2000). Se cuestionó la idea de una sobrecarga de opciones (p. ej., Scheibehenne, 2008; Greifeneder, 2008), pero la relevancia para opciones financieras sigue siendo un tema interesante. La idea de la sobrecarga de opciones se presenta, p.ej., cuando tomamos decisiones para ahorrar. En Estados Unidos, muchas personas pueden ahorrar para su jubilación a través de cuentas de ahorro que son, en parte, exentos de impuestos y que pueden conseguir a través de su empleador. La inscripción a tales cuentas, sin embargo, puede ser compleja: se trata de elegir un determinado porcentaje del salario para ahorrar y colocar el dinero ahorrado en una gran variedad de productos financieros con diferentes perfiles de riesgo y tasas de rentabilidad. Los investigadores aplicaron un mecanismo de inscripción rápida™ que permite a los empleados a registrarse en una cuenta de ahorro con tasas de contribución y asignaciones de activos preestablecidas. La elección se simplifica enormemente: se trata sólo de decidir si ahorrar o no, omitiendo decisiones sobre cuánto ahorrar o cómo. Como resultado del mecanismo de inscripción rápida™, las tasas de participación entre los empleados nuevos en una empresa real se triplicaron (Choi et al. 2009).

Otro ejemplo proviene de un experimento de campo aleatoreo en África del Sur. Bertrand et al. (2010) envió cartas de publicidad para concertar un préstamo a antiguos clientes de créditos de consumo. Al azar, variaron diferentes elementos de la carta, incluyendo la tasa de interés anunciada, indicando que se trataba de una tasa de interés especial o muy baja, sugerencias sobre cómo usar el importe del préstamo, una lista pequeña o grande de ejemplos de préstamos y una comparación con la tasa de interés de un competidor. En general, los autores descubrieron que el contenido de la publicidad tuvo un efecto significativo respecto a la aceptación del préstamo. En particular, el número de ejemplos que se presentaron en la carta influyó en la decisión de las personas para solicitar un préstamo. Los potenciales prestatarios que recibieron una carta de comercialización de préstamos con sólo un ejemplo de capital, tasa de interés y vencimiento eran más

propensos a solicitar un préstamo –aunque no necesariamente con los importes y porcentajes anunciados– que los que recibieron cartas con varios ejemplos. Para el prestamista, se trata un pequeño detalle sin costes en el contenido de su publicidad, pero este detalle llevó a una gran diferencia: el efecto estimado sobre la concertación fue el mismo que el de una reducción en un 25 por ciento de la tasa de interés.

La simplicidad también es importante en la comercialización de microseguros. Los productos que proporcionan diferentes opciones de cobertura o características opt-out/opt-in pueden ser tan complicados que los potenciales clientes los rechazan – aunque sobre el papel, el diseño es muy sensato.

13.2.2 Encuadre las pérdidas

Otro aspecto del encuadre es el tipo de mensaje que va unido a una decisión. Se pueden presentar las opciones con un mensaje positivo: "Aproveche esta oportunidad única en su vida"; o con un mensaje negativo: "No se pierda esta oportunidad única en su vida".

Un ejemplo de mensajes positivos y negativos son los encuadres negativos y positivos. El márketing del seguro puede transmitir la misma información básica haciendo hincapié en la ventaja de la cobertura respecto a un suceso adverso o resaltando la pérdida sufrida por una persona sin seguro frente al mismo hecho. En la teoría se supone que un encuadre negativo tiene más fuerza que un encuadre positivo y hay algunas pruebas en el sentido de que mensajes que encuadran pérdidas inducen la demanda con más énfasis que mensajes que encuadran beneficios (p.ej. Ganzach and Karsahik, 1995). Por ejemplo, mensajes como "No pierdas tu propiedad o tu dinero ahorrado, compra un seguro para una cobertura en casos de emergencia" podrían llevar a más personas a concertar un seguro que un mensaje encuadrado de forma positiva, tal como "Aumenta tu tranquilidad, compra un seguro para una cobertura en casos de emergencia".

La explicación del poder que emana de encuadres negativos es que la invocación de las potenciales pérdidas dispara una "aversión a la pérdida". La aversión a la pérdida es un fenómeno bien documentado en la literatura sobre la economía del comportamiento. Un amplio espectro de pruebas experimentales ha demostrado que se percibe con más ímpetu una pérdida asociada con la renuncia a una cosa que la ganancia asociada con la obtención de alguna cosa (Kahneman and Tversky, 1979; Tversky and Kahnemann, 1991). Este desequilibrio provoca un "efecto de posesión", es decir, se prefiere lo que uno ya posee. En otras palabras, cuando somos dueños de algo creemos que es más valioso que otras personas.

List (2003) buscó pruebas por la evidencia del efecto de posesión. Para una investigación seleccionó al azar a participantes que recibieron una taza, una barra de chocolate, ambas cosas o nada, y luego los encuestó sobre sus preferen-

cias respecto a ambas cosas. Se preguntó a aquellos participantes que no habían recibido nada qué taza o barra de chocolate quisieran recibir. En general, no tenían una preferencia pronunciada respecto a ninguno de estos bienes de bajo valor – estaban tan interesados en la taza como en el chocolate. Aquellos participantes que recibieron o bien la taza o la barra de chocolate, sin embargo, estaban mucho menos dispuestos a intercambiar lo que tenían por otra cosa – había una probabilidad cuatro veces superior de que terminaran el experimento con el bien que habían recibido en un principio. Lo que importaba fue la "posesión". Por consiguiente, en el caso del seguro los proveedores muchas veces tienen éxito si ponen enfásis en la posible pérdida de los valores existentes.

13.2.3 Facilitar el autocontrol

Los seguros, al igual que los ahorros, pueden considerarse como una inversión que genera flujos de capital en el futuro. En un mundo perfectamente racional, los hogares mirarían sus necesidades presentes y futuras y equilibraríamos de forma óptima su consumo corriente con los ahorros e inversiones para el futuro. Sin embargo, no es así. La tentación de gasta el dinero ahora, a menudo se interpone entre nosotros y nuestros objetivos de inversión más bien estratégicos.

La economía del comportamiento ofrece una explicación de los problemas con el autocontrol y la tentación. La idea de la "inconsistencia del tiempo" proporciona una de las razones más importantes respecto a la toma de decisiones financieras. La inconsistencia del tiempo describe situaciones en las que las personas tienen preferencias en diferentes puntos de tiempo que entran en conflicto la una con la otra. Los datos experimentales muestran, p.ej., que algunas personas son particularmente impacientes respecto a la satisfacción de sus necesidades actuales. Por lo tanto, incluso si estas personas realmente valoran el ahorro regular en el futuro, ese plan es difícil de cumplir porque, según pasa el tiempo, el futuro se hace presente y la preferencia a consumir prevalecerá. Si se les da oportunidad, algunas personas cambiarán de opinión respecto al ahorro. Esta tensión se llama, a veces, "prejuicio presente" y puede reducir también la demanda de seguros.

Los problemas de autocontrol, por ejemplo, hacen que sea difícil acumular las grandes sumas requeridas para realizar pagos de primas por adelantado. De hecho, el volumen de las primas se menciona con frecuencia como obstáculo para la compra de seguros. Una forma de acomodar los problemas de autocontrol es, por lo tanto, hacerlo más fácil pagar las primas de los seguros, al permitir a los clientes que paguen en pequeñas cuotas en lugar de insistir en un pago grande. Este enfoque sigue el modelo de otros instrumentos financieros ya utilizados por los pobres. Tanto los contratos de microcréditos como los esquemas de ahorro informales utilizan pagos pequeños y frecuentes para ayudar a la gente pobre a

acumular sumas más grandes. Hay, por supuesto, a veces razones económicas para realizar pagos de primas por adelantado en el entorno del microseguro, pero no es de extrañar que la gente realice cada vez más pagos pequeños y frecuentes.

Otra forma de abordar los problemas de autocontrol es a través de dispositivos de compromiso. La teoría económica tradicional sostiene que las personas siempre valoran la liquidez o la opción de gastar dinero en cualquier momento, en la actualidad o en el futuro. La investigación sobre la economía conductual, sin embargo, muestra que las personas que presentan un prejuicio presente, probablemente prefieran productos que ofrecen estructuras y que imponen una cierta disciplina, tales como un contrato sobre una cuenta de ahorro o una póliza de seguro de Vida mixto *(véase Capítulo 8)*, que restringe el acceso a los fondos hasta una fecha determinada o el logro de una meta de ahorro.

La evidencia experimental sobre las cuentas de ahorro a base de contratos muestra que pueden ejercer mucho poder. Ashraf, Karlan y Yin (2006) llevaron a cabo un experimento de campo para poner a prueba la eficacia de un producto de ahorro contractual ofrecido por el Green Bank of Caraga en las Filipinas. Dividieron a los clientes de forma aleatoria en tres grupos y ofrecieron los productos de ahorro contractuales, llamados SEE, a un grupo. El segundo grupo no recibió nada extra. El tercer grupo recibió material de publicidad sobre el valor de los ahorros (pero ningún producto contractual de ahorros). Todos los grupos también tenían acceso a un producto de ahorros estándar sin cláusula de compromiso y la cuenta SEED ofrecía la misma tasa de interés que las cuentas de ahorro estándar de Green Bank; la única diferencia consistió en que fue imposible para los titulares retirar los fondos hasta que hayan sus objetivos. Lo que a mucha gente les parece una limitación de sus cuentas, otras personas lo ven de forma diferente: las mujeres que posiblemente tengan problemas de autodisciplina tienen un 15 por ciento más de probabilidad de firmar una cuenta SEED que otras mujeres. Para los hombres no hubo ninguna diferencia. Además, la cláusula de compromiso tuvo un impacto significativo sobre los resultados de los ahorros. Después de un año, el promedio de los ahorros bancarios incrementaron en un 81 por ciento para los clientes que tenían cuentas SEED, lo que fue substancialmente más elevado que los ahorros del otro grupo.

Este tipo de mecanismo de compromiso puede ayudar a personas con problemas de autocontrol a comprar un seguro. Los proveedores de seguros podrían ofrecer, por ejemplo una opción a comprometerse durante la fase de vacas flacas a comprar un seguro durante la próxima fase de vacas gordas. En la fase de vacas flacas es cuando más se siente la necesidad de tener un seguro, porque los agricultores no pueden hacer frente a casos de emergencia caros, y también es la fase en la que los agricultores probablemente no dispongan de fondos suficientes para comprar un seguro. Comprometerse de antemano a comprar un seguro, tal como el ejemplo analizado por ICARD en China *(véase Recuadro 12.4)* podría ayudas a

algunas familias que quieren comprar un seguro pero que no pueden gastar el dinero que quisieran reservar para pagar las primas.

En muchos sentidos, el seguro en sí es un instrumento de compromiso, que requiere que las personas hagan un sacrificio de una forma estructurada en la actualidad para tener derecho a beneficios en el futuro. Los aseguradores pueden aprovecharse de este elemento comprometedor que tienen los productos de seguro.

13.2.4 Que salte a la vista

Las familias pobres se tienen que enfrentar a flujos de ingresos bajos e irregulares que utilizan para satisfacer sus necesidades actuales. Una de las principales razones por que las familias pobres luchan por invertir en el futuro –ya sea a través de ahorros o seguros– es que las necesidades futuras no saltan a la vista. Las ideas destacadas son aquéllas que son las más importantes entre el gran número de ideas que compiten por nuestra atención. En otras palabras, "saltar a la vista" significa estar presente en nuestra mente.

Para que las necesidades futuras salten a la vista deben ser reconocidas y vistas como prioridades respecto a las necesidades actuales (Armendáriz y Morduch, 2010). Es posible que las personas no cumplan al cien por cien sus necesidades futuras porque sólo les prestan una atención limitada (Karlan et al., 2010). Como resultado, algunas de las necesidades futuras podrían terminar siendo completamente ignoradas y no se les toma en cuenta a la hora de tomar una decisión. Destacar las necesidades futuras en el momento que las personas están tomando sus decisiones de inversión puede ayudar a hacer planes para el futuro.

Al igual que las comparaciones y el encuadre, una programación del tiempo es un elemento dentro de la arquitectura de elecciones que puede influir en las decisiones. Ello puede especialmente relevante para personas con ingresos irregulares o estacionales. Duflo et al. (2009) ilustran este punto. Los investigadores encontraron que los agricultores en África occidental eran más propensos a comprar fertilizantes en el momento de la cosecha. Una explicación es que los agricultores tenían fondos a disposición durante la temporada de cosecha y optaron por invertir el dinero para combatir problemas de autocontrol, tal como se mencionó arriba. Vender seguro a personas cuando tienen dinero a gastar – durante la temporada de cosecha, por ejemplo, parecer ser algo intuitivo. Otra explicación es que los agricultores ven mejor los beneficios de los fertilizantes durante la temporada de cosecha, es decir, cuando los fertilizantes saltan a la vista.

El problema de que algo salte a la vista es particularmente importante para el seguro. A menudo se compra el seguro para acontecimientos inesperados, desagradables en los que la gente prefiere no pensar. Si la gente coloca su dinero en base a las necesidades más destacadas, estos sucesos inesperados se encuentran en

la posición más inferior de su lista de prioridades, a pesar de que podrían tener el mayor impacto en su bienestar.

Las organizaciones que fomentan los ahorros se ven enfrentados a retos similares. Afortunadamente, hay algunos nuevos resultados de investigaciones experimentales que son alentadores. Esto demuestra que los pobres pueden ahorrar y, de hecho, lo hacen; los resultados apuntan a estrategias que los aseguradores podrían utilizar para que sus productos salten más a la vista.

A través de una serie de experimentos de campo al azar en Bolivia, Perú y las Filipinas, Karlan et al. (2010) probaron si los textos recordatorios (transmitidos por teléfonos móviles) ayudaron a la gente a ahorrar al superar el problema de la atención limitada. En cada experimento, un banco ofrecía productos de ahorro y mandó mensajes a clientes para recordarles que ahorraran. Los investigadores vieron que con los recordatorios subieron los ahorros: en total, se ahorró un 6 por ciento más, y un 3 por ciento más de la gente cumplió con sus metas de ahorro.

Al igual que los mensajes estimulan los ahorros regulares, las compañías de seguros que cobran los pagos de primas durante algún tiempo, podrían fomentar los pagos con recordatorios que destacan más las acciones de la gestión de riesgos. Cuando se pide a la gente que paguen sus primas, los mensajes podrían recordarles los beneficios que ofrece un seguro frente a los sucesos adversos que pueden afectar a su hogar.

Al hacer que los efectos adversos salgan más a la luz, los recordatorios pueden ayudar a superar la limitada atención que las personas suelen prestar a acontecimientos futuros y desagradables. Por ejemplo, el programa de microseguro de CARE en la India organiza en toda la comunidad celebraciones cuando paga las reclamaciones de seguro. Pagos de reclamaciones públicos ofrecen la oportunidad de destacar de forma positiva los sucesos adversos y recordar a las personas –aseguradas o no aseguradas– de que el seguro es de gran ayuda cuando estos sucesos ocurren.

La gente también tienen un cierto "prejuicio respecto a la disponibilidad": influye en la forma de planificación de las personas si un suceso es fácil de recordar o no. La facilidad con la que se recuerda un siniestro influye en su "probabilidad subjetiva", es decir, el grado en que se estima probable la ocurrencia. Los siniestros recientes son más fáciles de recordar, por lo que las personas tienden a sobreestimar la probabilidad de que vuelvan a ocurrir. Del mismo modo, el ser testigo de algo hace que destaque más que cuando simplemente se aprende algo de este siniestro. Este prejuicio respecto a la disponibilidad también puede explicar el potencial que tienen las ventas en el seguro de daños después de un desastre natural como, por ejemplo, el incremento de la demanda por un seguro de terremoto en California después del terremoto en Loma Prieta en 1989 (Palm, 1995). Las autoridades de supervisión y los aseguradores deberían tener en cuenta estos

prejuicios cuando intentan educar a la gente que vive en áreas expuestas a desastres naturales.

13.2.5 Socavar el exceso de confianza

Otro prejuicio que influye en las probabilidades subjetivas es el exceso de confianza. Las personas tienden a estimar con demasiado optimismo la probabilidad de pasar por acontecimientos positivos así como negativos. Sin embargo, no se trata sólo de una suposición incorrecta. El exceso de confianza sigue incluso si las personas conocen las estadísticas de probabilidad para la población en su conjunto. Este tipo de prejuicio se manifiesta en una tendencia muy extendida de considerarse a sí mismo como por encima del promedio – por ejemplo, el 90 por ciento de los conductores en Nueva Zelanda so consideraban a sí mismos como conductores más seguros que la media (Walton and Bathurst, 1998). Como resultado, la gente –probablemente– subestime sistemáticamente los riesgos a los que están expuestos.

Este tipo de cálculo erróneo posiblemente lleve a la gente a invertir demasiado poco en una gestión proactiva de riesgos respecto a lo que invertirían si tuvieran en cuenta la exposición a riesgos real. La gente sobreestima, por ejemplo, su estado de salud e infravaloran los riesgos actuales a los que tienen que hacer frente. En otras palabras: cuando la gente no entiende el grado de probabilidad de que les ocurra una desgracia, entonces suele subestimar las medidas de protección como los seguros.

13.2.6 Acceso a "cuentas mentales"

La tradicional teoría económica parte de la base que el dinero es un bien fungible – no tiene etiquetas y el bienestar de un hogar puede resumirse en una sola suma global (Mullainathan and Shafir, 2009). Sin embargo, los nuevos conocimientos de la economía conductual han demostrado que la gente no siempre piensa así sobre su dinero. En lugar de ello, distribuyen su patrimonio en varios "cuentas mentales" separadas relacionadas con objetivos específicos de gastos (Thaler, 1990). La gente suele tener diferentes cuentas mentales para gastos como el alquiler, la educación, alimentación y casos de emergencia. Se podría fomentar las cuentas mentales si se ahorra a través de diferentes mecanismos y vehículos: una ROSCA (rotating savings and credit association – asociación alternante entre ahorros y créditos), pedir a un amigo que guarde el dinero y una cuenta de ahorro en una institución de microfinanciación. Las personas tienen cuentas separadas, siguen cumpliendo los objetivos de ahorro de cada cuenta y son reacios a utilizar estas cuentas para otro tipo de gastos. Esta práctica, en parte, explica la

dificultad del "desahorro", cuando los hogares prefieren pedir dinero prestado a pesar de que disponen de ahorros.

No obstante, las cuentas mentales también pueden usarse para crear una asociación entre la etiqueta y una demanda en el futuro. Si la gente puede crear una asociación mental entre un flujo de ingresos y una demanda futura, entonces tal asociación podría hacer que tal demanda resalte (Karlan et al., 2010). Y como estas cuentas mentales no son fungibles, la creación de esta asociación podría prevenir que las necesidades presentes reemplazcan las necesidades futuras.

En los experimentos con recordatorios arriba mencionados, Karlan et at. (2010) pusieron a prueba el efecto de las cuentas mentales asociando recordatorios con los objetivos personales de ahorro fijados por los clientes. Algunos clientes recibieron, al azar, mensajes que se concentraban en sus individuales objetivos de ahorro. Mientras que las asociaciones, cuyo único objetivo era crear ahorros, no tenían un impacto significativo en cuanto a los ahorros, los recordatorios que indicaron las necesidades particulares de ahorro así como un incentivo para ahorrar –por ejemplo, una tasa de interés más elevada como recompensa por constituir un depósito planificado– sí que incrementaron la tasa de ahorro en casi el 16 por ciento.

La mayoría de la gente tiene una cuenta mental para casos de emergencia como un fondo para "tiempos de necesidad". Los aseguradores podrían asociar sus productos con estas cuentas mentales para estimular a la gente para que consideren su póliza de seguro como una "fondo de emergencia". Haciendo referencia a esta cuenta mental ya existente podría tener un efecto muy fuerte sobre cómo la gente considera un producto de seguro.

13.2.7 Ser consciente del valor de cero

Hay algo especial para la gente si el valor de una caso es cero. Experimentos han demostrado que se prefieren mucho más (quizás de forma irracional) los bienes regalados a alternativas con costes positivos y un beneficio neto más alto, y que las preferencias de la gente cambian de repente cuando el valor cero entra en juego. Shampanier et al. (2007), por ejemplo, ofreció a varios participantes en un estudio la opción de comprar un vale para un regalo por valor de US$10 ó de US$20 para Amazon.com con un descuento. En el primer experimento, los investigadores ofrecieron el vale por US$10 por un precio con descuento a US$5, y el vale de regalo de US$20 por sólo US$12. La mayoría de la gente optó por comprar el vale de US$20 por US$12. En el segundo experimento, los vales costaron US$1 y US$8, respectivamente. De nuevo, la mayoría optó por comprar el vale por US$20. Pero en el tercer experimento la decisión cambió pro completo. Esta vez, el vale para una regalo de US$20 costó US$7 y el valor de US$10 costó US$0. Si tienen la posibilidad de elegir, el 100 por ciento de los participantes optaron por el vale de

US$10. El valor relativo del vale para el regalo no ha cambiado – el vale de US$ 20 siempre cuesta US$7 más que el vale de US$10. Lo único que ha cambiado fue la introducción del cero, y el efecto habla por sí mismo.

En cuanto al seguro, la gente suele preferir pólizas cero-deducibles/copagadas a pólizas con mecanismos de gastos compartidos. El truco es aprovecharse de esta preferencia sin perjudicar el papel de los gastos compartidos en la mitigación de los riesgos morales y la selección adversa. Una opción puede ser ofrecer una póliza de seguro de salud con un número limitado de visitas gratuitas a pacientes en régimen ambulatorio al año, y un deducible normal o copago para todos los gastos cubiertos después.

13.2.8 Eliminar los obstáculos que impiden la acciones

Mientras que el enfoque estaba dirigido al márketing de seguros, la economía de la conducta también puede identificar pasos para mejorar el uso del microseguro. Si analizamos las tomas de decisiones, los economistas muchas veces hacen hincapié en la influencia de las características internas, personales de cada persona y se concentran menos en el poder que tienen factores externos contextuales. En la práctica, las acciones de las personas están influenciadas, a veces de forma desproporcionada, por "factores de canal" que parecen ser inconsecuentes (Mullainathan and Shafir, 2009). La idea es que bastan pequeños estímulos para fomentar determinadas formas de comportamiento. Si se diseñan de forma adecuada, los factores de canal pueden ser muy eficientes al transmitir las intenciones en acciones, pero si se ignoran puede llevar a la inacción.

Un experimento de Leventhal et at. (1965) ilustra el papel de los factores de canal. Se informó a los estudiantes sobre los riesgos de tétano y la importancia que tiene vacunarse contra esta enfermedad. Les pusieron a disposición también información sobre cómo obtener la inyección. Encuestas posteriores mostraron que esta "educación" había cambiado las convicciones y actitudes frente a tétano. Sin embargo, la educación no cambió su comportamiento: sólo el 3 por ciento de los participantes se vacunaron. La situación cambió cuando se añadieron factores de canal a la educación. La tasa de vacunación subió al 28 por ciento si a los participantes también se les facilitó un mapa con la enfermería más cercana y se les rogó a hacer un cita concreta. Se necesitaba estos factores de canal adicionales para transformar la intención en acción.

Los factores de canal pueden tener un efecto sobre si la gente compra o no un seguro. Una educación hacia el seguro que incluye temas como la gestión de riesgos o contrato de seguro podría ser útil para cambiar la percepción de las personas sobre el valor que tiene un seguro, pero estos conocimientos probablemente no se traducen en un cambio de la conducta si no se eliminan los obstáculos que impiden la acción. Convertir la compra de un seguro en algo conveniente a tra-

vés de representantes de seguro in situ después de un seminario de formación es un ejemplo de un factor de canal.

Los factores de canal también pueden afectar a la forma cómo la gente utiliza el seguro. Vamos a analizar el caso de un plan de seguro de Salud con una red ya establecida de hospitales. El asegurador ha examinado a cada hospital conectado a la red en cuanto a su calidad y ha establecido un esquema de precios predeterminado. Ahora al asegurador no le queda más que hacer que procurar que la gente utilice estos hospitales. El primer requerimiento es que la gente conozca el cuadro de hospitales incluidos en la lista; esto se puede conseguir facilitándoles un mapa en el que se indican los hospitales. Sin embargo, en situaciones de emergencia, la gente muchas veces no tiene acceso o no se acuerda de este mapa. Algunos aseguradores, como Uplift en la India, han creado una línea directa para llamar en caso de emergencia que indica a los pacientes los hospitales conectados a la red. Todos los costes y esfuerzos necesarios para crear una red de proveedores podrían ser inútiles si no se guían los pacientes de forma adecuada y, por eso, una pequeña intervención puede tener un impacto enorme sobre la utilización de las pólizas.

13.3 Conclusión

Las nuevas conclusiones obtenidas por investigaciones llevadas a cabo en la intersección entre psicología y ciencias económicas ponen de manifiesto que detalles pequeños pueden tener efectos grandes. Otra conclusión importante es que el contexto en el cual la gente puede elegir, incluso decidir si comprar o no un seguro, influye fuertemente en sus decisiones. En la Tabla 13.1 se resume varias estrategias pequeñas que pueden utilizar los microaseguradores cuando intentan incrementar el número de nuevos clientes y el uso del microseguro.

Tableau 13.1

Resumen de recomendaciones

Tema/estrategia	*Breve descripción*	*Implicaciones para el microseguro*
Debe ser sencillo	No es siempre la mejor opción ofrecerles muchas posibilidades a los clientes Una "sobrecarga de opciones" puede resultar en inacción.	Es posible que los clientes objetivo tengan problemas en entender el microseguro. Se podría incrementar el número de nuevos clientes reduciendo las opciones disponibles en las pólizas de microseguro o simplificando las elecciones de los clientes objetivo de otra forma, por ejemplo ofreciéndoles productos de seguro multirramo.
Encuadre las pérdidas	Cada persona reacciona de forma diferente a la idea de ganar y perder. El riesgo de perder algo que ya se tenía es una mayor motivación por actuar que la posibilidad de ganar algo.	Se podría incrementar el número de nuevos productos de microseguro apelando al temor de cada uno a perder algo (p.ej., su propiedad, su salud) más que promocionar los beneficios de un seguro.
Facilitar el autocontrol	Muchas personas son impacientes – sin embargo sí que tienen en alta estima al futuro y se preocupan por posibles pérdidas. Algunos reconocen estas incoherencias y buscan productos y servicios que les imponen disciplina y autocontrol.	Comprar una póliza de seguro significa gastar pequeños importes de dinero ahora para obtener mayores beneficios en el futuro. El seguro puede imponer una cierta disciplina y, a través de determinados factores de autocontrol, ayudar a la gente a acumular grandes sumas. Por eso, hacer propaganda sobre este tema frente a potenciales clientes impacientes puede ayudar a incrementar el número de nuevos clientes.
Hacer que destaque	Las necesidades futuras, al igual que eventos inhabituales e inciertos, no suelen estar a la cabeza de las preocupaciones de la gente. Deseos y necesidades presentes suelen destacar mucho más, y es mucho más probable que influyan en el comportamiento de cada uno.	Si procuramos que se preste más atención a estos futuros acontecimientos irregulares, entonces se puede desencadenar una acción en la actualidad para protegerse contra tales acontecimientos, sobre todo a través de un seguro. Pagar las reclamaciones de seguro de forma pública, por ejemplo, en un buen método para que los acontecimientos adversos salgan más a la luz.
Socavar el exceso de confianza	El seguro ofrece protección contra sucesos inciertos. La evidencia conductual muestra que las personas, en general, tienen demasiada confianza y piensan que tales sucesos les ocurrirán con menos probabilidad que al resto de la población.	Los microaseguradores pueden incrementar el número de clientes nuevos si socavan el exceso de confianza de los potenciales clientes, por ejemplo si ponen a disposición datos sobre la actual frecuencia de ocurrencia de riesgos asegurados.
Acceso a cuentas mentales	Aunque el dinero es un bien fungible, la gente muchas veces reserva determinados importes para fines específicos. Podrían permitirse una póliza de microseguro pero no la compran porque, en su mente, el dinero ya lo han asignado a otra cosa.	El microseguro puede aprovecharse de las cuentas mentales: asociar el microseguro con un flujo de ingresos específicos puede incrementar la probabilidad de que las personas realmente compren una póliza.
Ser consciente del valor de cero	Un precio de cero atrae el interés de la gente como ninguna otra cosa, incluso si un precio positivo aporta más valor neto.	En el seguro, las pólizas cero-deducibles/co-pagadas suelen ser las preferidas de los consumidores con bajos ingresos, mas el método de los gastos compartidos es muy útil para contrarrestar los riesgos morales y la selección adversa. Encontrar métodos para aprovechar la preferencia de la gente del "cero" podría incrementar el número de clientes nuevos en el microseguro.
Eliminar los obstáculos que impiden las acciones	Transformar la intención en acción no es nada fácil. La evidencia de la conducta indica que los "factores de canal" o los pequeños impulsos pueden tener una fuerza sorprendente para crear ciertas acciones.	Los factores de canal pueden tener un efecto sobre si la gente compra o no un seguro y cómo los utiliza. Se pueden utilizar para unir la brecha entre el reconocimiento de una demanda de seguro y la compra real de una póliza, o para dirigir a los pacientes asegurados a los hospitales conectados a una red con costes inferiores.

14 Nuevas prácticas en la educación del consumidor sobre gestión de riesgos y seguros

Iddo Dror, Aparna Dalal y Michal Matul

Este capítulo es una adaptación de la nota informativa n.º 3 publicada por el Fondo para la Innovación en Microseguro de la OIT (2010). Los autores desean dar las gracias a los siguientes revisores por sus valiosos comentarios: Helen Barnes (CARE International UK), Hennie Bester (Cenfri), Virginia Bethe (OIT), Monique Cohen (Microfinance Opportunities), Alejandra Diaz (Fundaseg), Jeanna Holtz (OIT), Thabo Gumbi (Hollard Insurance), Jeremy Leach (Hollard Insurance), Marcia Metcalfe (Freedom from Hunger), Viviene Pearson (South African Insurance Association), Caroline Phily (OIT), Anja Smith (Cenfri), Evelyn Stark (Bill & Melinda Gates Foundation), Jasmin Suministrado (OIT), Peter Wrede (AKAM) y Mary Yang (OIT). En particular, desean expresar su agradecimiento a Sarah Bel (OIT) por sus comentarios y su colaboración a lo largo del estudio.

La educación del consumidor en el sector del microseguro supone un esfuerzo sistemático para enseñar estrategias de gestión de riesgos y el papel que desempeña el seguro con el fin de fomentar buenas prácticas de gestión de riesgos entre los hogares de bajos ingresos. El objetivo de la educación del consumidor es ofrecer a los hogares conocimientos y aptitudes que les permitan tomar decisiones financieras informadas. La educación del consumidor puede ser impartida por las propias microaseguradoras, externalizarse a organizaciones asociadas como, por ejemplo, canales de distribución o instituciones de formación especializadas, o bien puede formar parte de un esfuerzo nacional colaborativo por parte de organismos gubernamentales o del sector.

Por lo general, la educación del consumidor se considera una parte íntegra de los planes de microseguros; está prevista para beneficiar tanto a los profesionales como a sus clientes. Su propósito es ayudar a que los hogares de bajos ingresos hagan elecciones razonables y que los profesionales estimulen la demanda. No obstante, las actuales lagunas existentes en la investigación académica y empresarial hacen que resulte difícil demostrar si la educación del consumidor puede cumplir su promesa. Nuevas evidencias procedentes de una serie de evaluaciones en curso en Brasil, Colombia, Ghana, India, Kenia y Sudáfrica estarán disponibles en los próximos años para arrojar luz sobre esta cuestión. Hasta entonces, el aprendizaje obtenido a partir de las experiencias de los profesionales es la mejor guía para los que diseñan nuevos programas de educación para el consumidor.

Debido al creciente número de programas de educación para el consumidor y la enorme demanda de crear capacidad, el Insurance Education Working Group de la Microinsurance Network decidió compilar una lista de nuevas prácticas que los profesionales del microseguro deberían tener en cuenta al diseñar programas educativos. Este artículo resume las aportaciones de más de cincuenta profesionales que fueron pioneros a la hora de implantar programas de educación para el consumidor. Sus aportaciones están documentadas en tres estudios (Dror et al.,

2010; Burns y Dalal, 2010; Smith et al., 2010b) y cuentan con el apoyo del Fondo para la Innovación en Microseguro de la OIT y la Microinsurance Network.

Las experiencias de los profesionales que se analizan en estos estudios demuestran que se requiere un enfoque integrado y a largo plazo para mejorar la capacidad de gestión de riesgos y aumentar el uso de las herramientas financieras pertinentes. Un programa que ofrezca educación ad hoc, de forma independiente, que no esté relacionado con un acceso a los productos del microseguro adecuados, por lo general no es suficiente para lograr tales objetivos.

Este capítulo pone de relieve las características de diseño clave en cuanto a contenido e impartición de la educación y, en las dos secciones siguientes, se dan ejemplos de organizaciones que han implantado tales características. En la sección final, el capítulo analiza los retos en cuanto a sostenibilidad, así como en cuanto a supervisión y evaluación especialmente pertinentes para los profesionales que desean incorporar la educación en sus modelos empresariales.

14.1 Contenido de la educación del cliente

14.1.1 Enfocar el seguro y la gestión de riesgos; ampliar a otros conceptos financieros si procede

La cuestión principal para los profesionales que intentan diseñar un programa educativo atañe a la magnitud del contenido. ¿Debería tratar el programa conceptos de educación financiera generales como, por ejemplo, la administración del dinero y la elaboración de presupuestos? ¿Debería abordar temas de gestión de riesgos más amplios como, por ejemplo, la naturaleza de los riesgos y las diferencias entre seguro y ahorro? ¿Debería centrarse principalmente en detalles específicos del producto como, por ejemplo, el pago de primas, las prestaciones, las exclusiones y los procedimientos de presentación de reclamaciones? La envergadura del contenido depende de un determinado número de factores, entre ellos, los recursos disponibles, la cantidad de tiempo de la que dispone el educador con la comunidad, los conocimientos y la experiencia previos de la comunidad y el cometido del profesional. Algunos profesionales analizados sostienen que resulta útil comenzar con una educación financiera básica antes de abordar contenidos sobre seguros y gestión de riesgos. Comenzar con conceptos como la elaboración de presupuestos es importante porque permite a los hogares comprender cómo se están utilizando los recursos actuales y valorar el impacto de las pérdidas.

Con recursos limitados, es posible que los profesionales del microseguro no puedan ofrecer un programa de educación financiera exhaustivo. En tales casos, debería hacerse hincapié en los seguros y la gestión de riesgos. El contenido podría diseñarse para conferir a los hogares de bajos ingresos la capacidad de

identificar los riesgos del hogar, encarar las reservas que les sugiere el concepto de seguro, comparar diferentes estrategias de gestión de riesgos, entre ellas, el seguro y urdir una estrategia para priorizar y gestionar adecuadamente sus riesgos. Si se centra solamente en los beneficios del producto, el programa tiene más que ver con el marketing del producto específico y difícilmente podría clasificarse como un programa de educación para el consumidor.

A continuación, presentamos dos ejemplos de programas que han asentado de forma inteligente una educación en seguros y gestión de riesgos.

CARE India, en colaboración con la aseguradora Bajaj Allianz, diseñó un programa de educación completo *(ver Tabla 14.1)* que incluía cuatro componentes: 1) educación sobre riesgos 2) educación sobre seguros 3) educación sobre el producto y 4) logística y funcionalidades del producto. CARE India consideró que todos estos aspectos eran indispensables a la hora de crear una cultura del seguro e incluyó todos ellos de forma premeditada en el diseño de su programa Insure Lives and Livelihood (ILAL) destinado a las comunidades rurales vulnerables y pobres de Tamil Nadu, India.

Tabla 14.1

Áreas de contenido para CARE India

Educación sobre riesgos	*Educación sobre seguros*	*Educación sobre el producto*	*Logística del producto*
– ¿Cuáles son los riesgos? – Mecanismos de gestión de riesgos – Mecanismos de riesgos en la práctica – Diferencia entre ahorro y seguro	– ¿Qué es el microseguro? – Principios del seguro – ¿Por qué el microseguro? – ¿Qué es el seguro de vida y el seguro no vida? – ¿Qué son primas, siniestros?	– Presentación de CARE, Bajaj Allianz – ¿Qué es ILAL? – Explicar los seguros de vida y los seguros no vida – ¿Qué se entiende por prima, siniestro, exclusión, inclusión?	– Cómo pagar primas – ¿Cuándo deberían cobrarse las primas? – Cómo presentar reclamaciones – Requisitos de documentación

En Kenia, el Swedish Cooperative Centre y Microfinance Opportunities desarrollaron un módulo de educación financiera de diez sesiones, como muestra el Cuadro 14.1, centrado en los seguros y la gestión de riesgos, y que también incluye conceptos de educación financiera importantes. El contenido se imparte según la modalidad de círculo de estudio, siendo un miembro del grupo quien actúa como coordinador y dirige un debate acerca del tema clave del día.

Cuadro 14.1

Áreas de contenido para Swedish Cooperative Centre y Microfinance Opportunities

1. Introducción a la metodología de círculo de estudio: como aprenden los adultos, elección de un líder, papel de los participantes, planificación de sesiones de aprendizaje.
2. Riesgos: ¿qué es un riesgo?, ¿cómo puede afectarle el riesgo?, ¿qué riesgos plantean los mayores retos?
3. Herramientas de gestión de riesgos: ¿qué es la protección? Identificar medidas de protección (antes) y reacción (después).
4. Ahorro: ¿cómo ahorrar dinero, ¿dónde puede ahorrar?, ¿utilizar ahorro o crédito?
5. Introducción al seguro: mitos sobre seguros, asociaciones de bienestar y comunidad de riesgos; comparar asociación de bienestar y seguro.
6. Cómo funciona el seguro: términos del seguro, análisis costes-beneficios, preguntas frecuentes (FAQ).
7. Diferentes tipos de seguros: conceptos básicos del seguro de salud, vida y daños.
8. Cómo presentar una reclamación: términos para presentar una reclamación; asesoramiento y práctica para rellenar un formulario de reclamación.
9. Cómo encontrar los seguros mejor adaptados para usted y su familia: escoger el mejor seguro, preguntas que se han de formular al proveedor de seguros, buenas y malas técnicas para comunicarse con los miembros de una familia y tomar decisiones juntos, desarrollar un plan de acción para adquirir un seguro.
10. Cómo, cuándo y por qué renovar: ¿qué es una renovación? Consecuencias de no renovar su póliza de seguros, qué se ha de tener en cuenta antes de renovar, renovar o no renovar su póliza.

Fuente: Smith et al., 2010b.

14.1.2 Basar la educación en lo que los individuos ya saben y comentar su exposición al riesgo

El contenido de un programa siempre debería enmarcarse en el contexto de lo que ya saben los hogares acerca de los seguros y el modo en que piensan sobre sus riesgos. Cuando la información es totalmente nueva, como suele ser el caso del seguro, los hogares no disponen de un marco de referencia existente. Por consiguiente, el programa debería establecer vínculos específicos entre el seguro y las estrategias de gestión de riesgos como el ahorro y el crédito que ya están utilizando los hogares.

El contenido debería ser sobresaliente para captar la atención de los hogares y fomentar la retención. Una manera sencilla de hacer que el contenido destaque es hablar acerca de los riesgos. Tratar el tema de los riesgos puede parecer demasiado obvio y básico, pero puede resultar fundamental para lograr el éxito. La experiencia adquirida en el ámbito de la economía del comportamiento muestra que las personas suelen subestimar la probabilidad de que se produzcan acontecimientos adversos *(ver Capítulo 13).* Por esta razón, para que la educación resulte pertinente, conviene recordarles los principales riesgos presentes en sus vidas y sus comunidades.

El material educativo sobre riesgos puede venir justo después, con un debate acerca del modo en que los hogares gestionan habitualmente dichos riesgos, el modo en que pueden mejorarse estrategias informales para mitigar los riesgos y el modo en que se pueden complementar estas estrategias informales con seguros formales. El objetivo es relacionar el valor del seguro con otras disposiciones formales e informales de cara a abordar el riesgo.

Por ejemplo, Weather Risk Management Services (WRMS, Servicios de Gestión de Riesgos Meteorológicos), que ofrece seguros contra las inclemencias del tiempo en toda la India, recuerda a los agricultores situaciones de malas cosechas en el pasado y explica las condiciones climáticas que producen tales pérdidas con el objetivo de que los agricultores recuerden ejemplos concretos de riesgos potenciales. Con datos existentes sobre pérdidas en la cosecha registradas en el pasado, WRMS es capaz de mostrar el volumen de productos agrícolas que un agricultor podría perder durante estas situaciones adversas y el modo en que una póliza se lo hubiera evitado.

Otro ejemplo consistente en brindar una educación pertinente sobre riesgos es la impartida por el Hollard Insurance Group de Sudáfrica, que organiza talleres de tres horas en los cuales se presenta a los participantes un "mapa conversacional" que representa a una comunidad con casas, tiendas, fábricas y hospitales. El mapa, que aparece en la Figura 14.1, representa varios eventos asegurables. El formador explica las prestaciones que una póliza de seguros ofrecería en cada uno de los casos, así como los derechos y las responsabilidades, tanto del asegurado como de la aseguradora.

Figura 14.1 **"Mapa conversacional" de Hollard**

14.2 Impartir educación al consumidor

Al diseñar el modo de impartir sus programas educativos, los profesionales deben decidir sobre las herramientas que desean utilizar, así como sobre el canal y la frecuencia de impartición. Los profesionales deberían recordar que la educación es algo más que una mera transferencia de información. Los buenos programas educativos tienen el objetivo de contribuir a la reducción proactiva de los riesgos. Para que esto suceda, la educación debe impartirse de forma orientada al alumno; cuanto más dinámica y participativa sea, mejor. Los profesionales deben pensar en la educación del consumidor como un proceso a largo plazo. La educación puede ser aún más eficaz cuando se imparte a través de diferentes canales y cuando se realiza de forma continua e integrada con el acceso a interesantes productos de microseguros. Una formación aislada y puntual no es suficiente.

14.2.1 Combinación de canales y herramientas

Los profesionales deberían contemplar el uso de una combinación de canales (p.ej., talleres, radio y TV) y herramientas (p.ej., catálogos, rotafolios y juegos) a la hora de impartir su programa, ya que cada uno de los canales y de las herramientas puede servir para un propósito en específico. Los canales representados por los medios de comunicación masivos y las artes escénicas son útiles a la hora

de crear conciencia entre un gran público, mientras que los canales localizados como talleres y la formación en aulas permiten una mayor participación y, potencialmente, un mayor entendimiento. Diversificar las herramientas ayuda a responder a diferentes estilos de aprendizaje y a que diferentes segmentos de destino muestren interés por la educación. El uso de múltiples canales también refuerza los mensajes.

CARE India y sus socios comunitarios utilizan programas culturales como canciones, arte dramático y espectáculos de marionetas para fomentar el interés entre los hogares. Los agentes in situ crean canciones que abordan temas de seguros poniéndoles melodías famosas de películas. Pequeños equipos formados por miembros de grupos de autoayuda locales representan obras de teatro para un público más numeroso. Los agentes sobre el terreno dijeron que estos programas culturales eran más eficaces a la hora de suscitar el interés que el mero hecho de hablar con los clientes. Sin embargo, constataron que, si bien los programas culturales eran capaces de crear una amplia conciencia, el público generalmente no memorizaba los detalles de la presentación y necesitaba más oportunidades para debatir acerca de los principios del seguro y las características del producto en pequeños grupos.

La CNSeg, Confederación Brasileña de Empresas de Seguros, ha involucrado activamente a miembros de la comunidad en su programa educativo mediante el uso de medios de comunicación masivos (vídeos y radionovelas) para difundir el material educativo. Los vídeos y las radionovelas se basan en un sencillo guión que pone de relieve importantes mensajes acerca del valor del seguro para los hogares de bajos ingresos. Se producen en la comunidad y tienen como actores a vendedores locales y miembros de la comunidad. Solicitando puntos de vista a la comunidad para crear nuevos escenarios, la CNSeg está utilizando un enfoque participativo cuyo propósito es desarrollar confianza en el seno de la comunidad y animar a los miembros a tomar nota y memorizar los mensajes.

La Micro Insurance Academy (MIA) utiliza juegos interactivos para ayudar a las comunidades a identificar sus riesgos, aprender acerca de una gestión de riesgos proactiva y comprender la propuesta de valor del seguro de salud. Un juego, el CHAT (del inglés, Choosing Healthplans All Together, Eligiendo Planes de Salud Juntos) ha sido diseñado para ayudar a las comunidades pobres a gestionar los compromisos a la hora de tener en cuenta las prestaciones de atención sanitaria. El juego, ilustrado en la Figura 14.2, permite a los miembros definir conjuntamente el paquete de prestaciones que cubre sus necesidades más relevantes.

Figura 14.2 **Juego CHAT**

Cada uno de los individuos participantes recibe una cartulina CHAT, que muestra diferentes formas de riesgos asegurables, junto con un determinado número de adhesivos que representan los fondos disponibles. A continuación, los participantes colocan los adhesivos en la cartulina de acuerdo a los riesgos contra los que quieren asegurarse. Después, los participantes dibujan tarjetas de eventos que simulan riesgos de la vida real y debaten la pertinencia de sus elecciones. En la segunda ronda, el ejercicio se realiza en un grupo de unos 15 participantes. A través del diálogo, los participantes llegan a un consenso sobre los riesgos específicos contra los que la comunidad desea estar asegurada. Otro juego, denominado el "Treasure Pot", ayuda a los miembros de la comunidad a comprender el concepto del seguro y de los riesgos compartidos. El juego incluye una simulación de riesgos de la vida real, utilizando tarjetas que representan siniestros relacionados con la salud y dulces que simbolizan el dinero. El juego muestra las deficiencias de utilizar crédito o ahorro como herramientas de gestión de riesgos y el modo en que los riesgos compartidos pueden resultar beneficioso para la comunidad. La MIA utiliza tales herramientas como parte de un programa educativo integral sobre seguros que también incluye talleres, folletos, medios de comunicación masivos (radio y películas) y juegos callejeros.

14.2.2 Impartir una educación continua

La educación del consumidor no debería reducirse a una actividad puntual sino a un esfuerzo de mediación constante que utilice mensajes transmitidos a través de múltiples canales de forma integrada. Los esfuerzos ad hoc raras veces son eficaces.

La experiencia de la South African Insurance Association (SAIA, Asociación de Seguros Sudafricana) ofrece un interesante recordatorio de la razón por la cual actividades puntuales podrían no satisfacer de forma efectiva las expectativas de una educación sobre seguros. Como parte de su iniciativa de educación financiera, la SAIA respaldó un proyecto que impartía talleres de educación financiera en zonas rurales y comunales a través de organizaciones comunitarias y de trabajo. Su objetivo consistía en fortalecer a las comunidades rurales de bajos ingresos ofreciéndoles conocimientos financieros básicos. A raíz de una evaluación del programa, la SAIA constató que sólo el 57% de los participantes entrevistados recordaba a duras penas haber participado en el taller. Este bajo porcentaje de retención podría deberse a que la formación fue impartida en un taller de forma aislada, en vez de utilizar un proceso de aprendizaje continuo mediante mensajes de repaso en diferentes formatos.

Sin embargo, los talleres pueden ser un canal eficaz si se emplean sesiones más cortas durante un período de tiempo más prolongado y si los mensajes se refuerzan a través de otros canales. Freedom from Hunger en colaboración con Sinapi Aba Trust de Ghana ofrece una serie de talleres en torno a "conversaciones de aprendizaje" para ayudar a las familias a comprender cómo obtener y utilizar microseguros de salud. Los talleres consisten en conversaciones de aprendizaje cortas y técnicas que utilizan historias, juegos de rol y ayudas visuales para examinar cómo funcionan los seguros, cómo ahorrar en los pagos de primas, qué cubre el seguro y cómo utilizar las opciones de atención sanitaria disponibles cubiertas por el seguro. Para reforzar los principales mensajes, Freedom from Hunger prevé organizar sesiones de "repaso" más cortas antes de poner en marcha campañas de suscripción.

CARE India y sus socios distribuidores comunitarios constataron que algunos temas como, por ejemplo, los riesgos compartidos y las condiciones para presentar reclamaciones, debían recalcarse y repetirse de forma continua. Los agentes in situ también señalaron que explicar el valor del seguro de vida en la India era más difícil que hablar de otros tipos de seguro, dado que los clientes no veían ninguna prestación tangible con el seguro de vida. Los agentes de campo tenían que centrarse en el modo en que el seguro de vida ayuda a los beneficiarios más de lo que éstos hubieran anticipado.

14.2.3 Vincular la educación a los productos

Contribuir a mitigar los riesgos y aumentar el acceso al seguro son actividades complementarias. Por una parte, el máximo potencial de un programa educativo sólo puede obtenerse cuando los hogares tienen la opción de aplicar sus nuevos conocimientos y habilidades para seleccionar las herramientas de gestión de riesgos adecuadas. Al mismo tiempo, la educación en cuanto a seguros puede derivar en una mayor aceptación del producto, reduciendo los costes incurridos en llegar a los hogares del sector informal y aumentando el tamaño del fondo común de riesgo en su totalidad.

Siempre que sea posible, la educación del consumidor debería vincularse a los productos de seguros. De lo contrario, existen pocas probabilidades de que los individuos cambien su comportamiento. Cuando la educación está vinculada a los productos, el contenido también debería incluir un apartado sobre detalles específicos del producto. La cuestión en este caso no es si los mensajes de marketing pueden o deberían formar parte de iniciativas educativas de mayor envergadura, sino el modo en que éstos se integran y si la educación ayuda a las personas a hacer elecciones más informadas.

ICICI Prudential ofrece seguros de vida con un producto de ahorro a largo plazo a trabajadores de las plantaciones de té en el noreste de la India. Como la mayor parte de este grupo de destino nunca había oído hablar de seguros, la aseguradora organizó una campaña de educación y sensibilización. Sesiones vespertinas autónomas impartidas por formadores reclutados entre los miembros de una comunidad se acompañaban con una iniciativa emprendida por una ONG comunitaria basada en la proyección de una película. Voluntarios especialistas en vídeo enseñaron y ayudaron a jóvenes de las comunidades desatendidas a producir cortometrajes sobre cuestiones apremiantes como la salud, la higiene, la educación y la importancia del ahorro. Durante las proyecciones, se dieron más detalles sobre las características y las prestaciones clave del microseguro de ICICI Prudential. Los formadores constataron que necesitaban utilizar problemas sociales (como el alcoholismo) vividos de cerca por muchos miembros de la comunidad para llegar al corazón de los clientes e incorporar a continuación temas relativos a la seguridad como la gestión financiera, el ahorro y los seguros. Las sesiones vespertinas, la proyección de las películas y el trabajo de fondo por parte del personal de ventas fueron integrados conjuntamente en un proceso coherente para generar confianza y permitir a las comunidades tomar decisiones financieras informadas.

14.3 Sostenibilidad y modelo empresarial para la educación del consumidor

La educación del consumidor puede impartirse a través de diferentes modelos empresariales con diversos mecanismos de financiación que tienen implicaciones en la sostenibilidad y el alcance. En el modelo más común, el profesional del microseguro (portador de riesgo o canal de distribución) ofrece la educación como parte de su estrategia de promoción. Por lo general, estos programas se centran en el corto plazo con un objetivo de sensibilización sobre seguros y productos específicos, de modo que las actividades educativas se integran con el marketing. Estas actividades están normalmente programadas para coincidir con el periodo de suscripción y, si bien el programa está vinculado a productos específicos, el contenido puede ampliarse para incluir temas de gestión de riesgos generales. Por lo general, el programa educativo está autofinanciado (por ejemplo, mediante ingresos por primas) y, por consiguiente, el hecho de contar con una estrategia clara para un modelo empresarial sostenible desde el inicio se convierte en un aspecto clave para la organización.

La asociación de CARE India con Bajaj Allianz es un ejemplo de un modelo empresarial algo diferente, por el cual un financiador externo (Allianz SE) asume la financiación inicial necesaria para desarrollar la infraestructura del programa, incluyendo los materiales y la capacidad de formación. En tales programas, crear una estrategia empresarial con el fin de que el plan sea sostenible es importante para los profesionales; de esta manera, el contenido puede seguir impartiéndose una vez que la financiación inicial se termina.

"On the Money" de Old Mutual, en Sudáfrica, nos ofrece un ejemplo diferente de una aseguradora que imparte educación financiera general financiada por su rama de responsabilidad social corporativa. Este programa tiene un objetivo más a largo plazo y un cometido más amplio que los ejemplos anteriores, dado que su propósito es mejorar las prácticas financieras de los sudafricanos de bajos ingresos; no se centra solamente en el seguro. La iniciativa ha dotado de una educación financiera a más de 50.000 sudafricanos desde su inicio de vigencia, a través de talleres sobre el modo de gestionar las finanzas.

14.3.1 Utilizar las instituciones existentes y unir recursos

Una mejora en la comprensión de los seguros por parte de una comunidad es un bien público, lo que significa que muchas instituciones podrían beneficiarse de eso. Para una aseguradora puede resultar difícil justificar la inversión en un extenso programa cuando la competencia podría beneficiarse igualmente del gasto realizado. De ser así, asociaciones de seguros, gobiernos, donantes u organizaciones sin ánimo de lucro podrían estar mejor situados si ofrecen programas de tal índole.

Un enfoque consiste en mancomunar los recursos del sector a nivel nacional y que la administración del programa educativo sea asumida por una agencia independiente como, por ejemplo, una asociación de seguros. Sudáfrica ha adoptado este modo de proceder. La South African Financial Services Charter (Carta estatutaria de servicios financieros de Sudáfrica) requiere que todas las compañías de seguros gasten un 0,2% de los beneficios después de impuestos en educación financiera. La SAIA aprovechó esta oportunidad para impulsar un esfuerzo colaborativo. Mancomunó los recursos de varias compañías de seguros y supervisó los esfuerzos en educación del consumidor para el sector. El programa alcanzó una escala sorprendente. Sin embargo, esta carta estatutaria impuso limitaciones a las aseguradoras, dado que su objetivo era promover una educación general entre los segmentos de menores ingresos y no permitió que las aseguradoras elaboraran el programa en base a sus productos. Estas limitaciones impidieron que las aseguradoras vieran la educación como una oportunidad de negocio, poniendo bajo amenaza la eficacia del plan.

Cuando un programa corre a cargo de una agencia independiente o asociación de seguros, es importante definir su objetivo para asegurarse de que todas las partes aceptan y garantizan un apoyo continuo. Después de cuatro años de operaciones, la SAIA cambió su orientación estratégica para animar a sus miembros a seguir aportando recursos sin dejar de asumir una tarea de educación del consumidor de mayor envergadura. La SAIA reconsideró este enfoque, principalmente porque algunas aseguradoras mostraban su preocupación por el hecho de que el diseño del programa no cumpliera con su objetivo comercial: educar a clientes potenciales en cuanto a seguros hasta el punto de que pudieran tomar decisiones informadas en este ámbito y, por ende, estimular la aceptación del seguro. Una evaluación del programa de la SAIA también suscitó cuestiones sobre si tenía sentido para la SAIA centrarse en contenidos genéricos cuando otras instituciones podían estar mejor posicionadas para abordar esta categoría de educación financiera, por ejemplo, el Departamento de Educación o el organismo regulador del sector financiero (Smith et al., 2010).

La SAIA está buscando maneras para vincular la educación a los esfuerzos de marketing de aseguradoras individuales. No es tarea fácil, ya que una asociación de seguros no puede promocionar los productos de tan solo una compañía. Algunos enfoques que han sido probados por otras asociaciones incluyen la introducción de una cesta de productos de diferentes aseguradoras, información a las aseguradoras sobre los detalles de varias actividades y la oportunidad de ser creativas basándose en ellas, así como la incorporación de vales de descuento y promociones de diferentes aseguradoras (distribuyéndolos de forma aleatoria) (Smith et al., 2010). Ahora, la mayoría de los miembros de la SAIA cree que tiene sentido mancomunar recursos para la educación financiera, ya que pueden crear juntos una cultura del seguro más eficaz que a través de acciones individuales y descoordinadas.

FUNDASEG, la fundación de aseguradoras colombianas (Fasecolda), ofrece otro ejemplo de campaña educativa sobre seguros con un objetivo a largo plazo. Los programas educativos de FUNDASEG están destinados a mejorar la educación financiera entre los hogares de bajos ingresos. El contenido incluye un importante componente de seguros y gestión de riesgos que pretende sensibilizar a la población de bajos ingresos acerca de los seguros. No obstante, el programa no está vinculado a ningún producto en específico.

Cada escenario ofrece un panorama diferente de asociaciones y opciones posibles para educar al consumidor. Deben examinarse nexos con programas sociales, iniciativas de educación financiera gubernamentales, así como iniciativas de protección al consumidor y educación escolar. La educación del consumidor debería ser facilitada por varias partes interesadas, las cuales deberían centrarse en sus responsabilidades para con la sociedad y sacar partido de sus puntos fuertes para mejorar el bienestar. Cuando existe una firme iniciativa gubernamental o sectorial, los profesionales deberían plantearse asociaciones con tales iniciativas. A falta de de iniciativas generales, los profesionales del microseguro pueden emprender programas individuales que demuestren la ventaja de fomentar iniciativas de educación del consumidor de mayor envergadura. El sector privado está bien situado para encabezar la educación del consumidor, como en los ejemplos de la SAIA y la FUNDASEG indicados más arriba. Sin embargo, la colaboración privada no es práctica habitual en la mayoría de los mercados del microseguro, lo que plantea la cuestión de si los gobiernos y donantes pueden desempeñar un papel más activo, y de qué manera, a la hora de facilitar la creación de tales bienes públicos.

Cada uno de los modelos empresariales tiene puntos fuertes y retos específicos, tal y como se muestra en la Tabla 14.2.

Tabla 14.2

Modelos empresariales – puntos fuertes y retos

Proveedor	*Financiación*	*Ejemplos*	*Puntos fuertes*	*Retos*
Portador del riesgo, canal de distribución	Autofinanciación (p.ej., ingresos por primas)	ICICI Prudential (India)	– Integrado con acceso a los productos – Potencial para sostenibilidad de coste-beneficio	– Contenido generalmente limitado que conlleva un impacto limitado
Portador de riesgo, canal de distribución	Financiación por donantes, financiación pública a veces limitada a la puesta en marcha inicial	CARE-Bajaj, SCC (Kenia)	– Integrado con acceso a los productos – Puede servir de demostración; una manera de evaluar costes y beneficios – Contenido general, capacidad para probar canales	– Dificultad para mantener el programa tras finalizar financiación inicial
Portador del riesgo	Fundación por RSE	Old Mutual (Sudáfrica)	– Contenido general, capacidad para probar canales – Puede servir de demostración; una manera de evaluar costes y beneficios	– Capacidad e interés limitados entre aseguradoras para realizar tales programas – No integrado con productos
Asociación de seguros	Financiación por miembros basada en cuotas, financiación pública y contribuciones asignadas	SAIA, FUNDASEG (Colombia)	– Contenido general, capacidad para probar canales – Cierto potencial para integrar el acceso a productos – Potencial de sostenibilidad y gestión profesional cuando los miembros siguen viendo beneficios	– Dificultad de vincular a productos debido a factores de neutralidad – Dificultad para mancomunar recursos de compañías que compiten entre sí
Agencia gubernamental (p.ej., Departamento de Educación, organismo regulador del sector financiero)	Financiación pública	Programa Financial Services Authority (Reino Unido)	– Contenido general, capacidad para probar canales – Capacidad para llegar a los jóvenes a través de programas escolares – Potencial para abordar las necesidades de diferentes segmentos	– Difícil supervisar el impacto en el comportamiento de la gestión de riesgos – Sujeto a cambios políticos – Escasos incentivos que han de ser bien gestionados

14.3.2 Incorporar actividades de supervisión y evaluación

Se requiere una esmerada actividad de supervisión y evaluación para realizar el seguimiento de los costes y beneficios de la educación con respecto a los objetivos establecidos del programa educativo de cara a comprender qué combinación de contenido y estrategias de impartición es la más rentable. Las actividades de supervisión y evaluación pueden diseñarse para evaluar en qué medida el programa influye en el conocimiento, las habilidades, las actitudes y los comportamientos de los hogares, y su posible impacto en el hogar y el profesional. La Tabla 14.3 proporciona ejemplos de indicadores que podrían medirse.

Tabla 14.3

Ejemplos de indicadores de supervisión y evaluación

Conocimiento

– Conocimiento del objetivo del seguro
– Conocimiento de los riesgos habituales cubiertos por el seguro y el impacto de tales siniestros en las familias
– Comprensión del modo en que funciona el seguro generalmente
– Conocimiento de términos del seguro como primas, siniestros y prestaciones
– Conocimiento de datos del producto como precio, proceso de presentación de reclamaciones y exclusiones de la póliza

Habilidades

– Capacidad para calcular el coste de eventos de riesgo
– Capacidad para comparar pólizas de seguros y seleccionar la adecuada
– Capacidad para calcular costes de primas y distribución de beneficios
– Capacidad para resumir el ciclo de cobro de primas
– Capacidad para completar procesos de solicitud
– Capacidad para presentar una reclamación

Actitudes

– Convicción de que el seguro es adecuado para personas de bajos ingresos
– Confianza de los proveedores de seguros
– Convicción de que planificar riesgos atrae a los riesgos
– Probabilidad de comprar una póliza de seguros en los doce meses siguientes

Comportamientos

– Creación y adopción de un plan de gestión de riesgos
– Uso de deuda, ahorro o seguro durante emergencias
– Acto de realizar pagos de primas puntuales
– Compra de póliza de seguro en los últimos doce meses
– Renovación de póliza de seguro en los últimos doce meses

Las actividades de supervisión y evaluación más comunes se realizan ad hoc y se limitan a encuestas de satisfacción del cliente o a análisis de aceptación del producto. Tales actividades generan mucha información pero, con frecuencia, no bastan para comprender el efecto de la educación en las actitudes o comportamientos, o el impacto económico y social resultante en clientes y profesionales. Para evaluar el impacto de la educación en el comportamiento del cliente, el evaluador debe aislar el efecto del programa educativo del producto y de otros factores externos.

Puede obtenerse importante información sobre el uso y la eficacia a través de una investigación cualitativa basada en entrevistas a clientes, debates de grupos objetivo y análisis de diarios financieros. Sin embargo, evaluar el impacto sobre el comportamiento y el bienestar requiere que los profesionales apliquen metodologías de estudio experimentales como, por ejemplo, ensayos controlados aleatorios que miden el impacto del programa a través de grupos de control y tratamiento. Este tipo de estudio puede parecer difícil (no menos debido a la implicación financiera de llevar a cabo una investigación tan rigurosa), pero es posible, y a menudo necesario, para comprender la eficacia de diferentes enfoques educativos y convencer a los interesados de lo acertado que es invertir en educación para el consumidor.

14.4 Conclusión

Crear un programa de educación del consumidor eficaz requiere un minucioso diseño de contenidos y de modalidades de impartición, así como colaboraciones estratégicas entre varias partes interesadas. Si bien las actividades de supervisión y evaluación son difíciles, resultan fundamentales a la hora de desarrollar un programa educativo eficaz. Este capítulo presenta experiencias preliminares de algu-

nos profesionales que pueden reproducirse y probarse en nuevos contextos. Sin lugar a dudas, se requiere más innovación e investigación en cuanto a educación del cliente para comprender lo que puede y no puede hacer para mejorar el valor y el alcance de los productos de microseguros. Las experiencias clave que han sido identificadas hasta la fecha son las siguientes:

- **Privilegiar el seguro y la gestión de riesgos; ampliar a otros conceptos financieros si procede:** En un contexto con recursos limitados, un enfoque que aborde todos los aspectos financieros puede no ser factible. En tales casos, debería hacerse hincapié en los seguros y la gestión de riesgos.
- **Basar la educación en lo que los individuos ya saben y comentar su exposición al riesgo:** El contenido del programa siempre debería enmarcarse en el contexto de lo que la comunidad ya sabe acerca de los seguros y el modo en que actualmente gestiona el riesgo. Una manera fácil de conferir pertinencia al contenido es entablar la conversación comentando los riesgos actuales a los que se enfrenta la comunidad.
- **Utilizar una combinación de canales y herramientas:** Resulta útil utilizar una combinación de canales para impartir la educación como, por ejemplo, la formación en grupos o los medios de comunicación masivos, porque cada uno de estos canales contribuye a un objetivo diferente, está orientado a diversos estilos de aprendizaje y ayuda a reforzar los mensajes clave.
- **Impartir una educación continua:** La educación financiera no es una actividad puntual sino un esfuerzo constante que debería transmitir mensajes congruentes a través de varios canales de forma integrada.
- **Vincular la educación a los productos:** Vincular la educación a productos de seguros ofrece un incentivo para que los hogares actúen y cambien sus comportamientos en cuanto a gestión de riesgos. Asimismo, ofrece una oportunidad a los profesionales de reforzar sus intervenciones de marketing.
- **Utilizar las instituciones existentes y mancomunar recursos siempre que sea posible:** Deben examinarse nexos con programas sociales, iniciativas de educación financiera gubernamentales, así como iniciativas de protección al consumidor y educación escolar *(ver Capítulo 26)*. Cuando existen firmes iniciativas gubernamentales o sectoriales como, por ejemplo, programas sociales, educación financiera gubernamental o iniciativas de protección al consumidor, las organizaciones deberían plantearse asociaciones con tales iniciativas. En ausencia de iniciativas más amplias, el sector privado parece estar bien posicionado para allanar el camino de la educación del consumidor.
- **Incorporar actividades de supervisión y evaluación desde el inicio:** Se requiere una esmerada actividad de supervisión y evaluación para comprender qué estrategia educativa es la más rentable, crear un modelo empresarial para la educación del consumidor y evaluar el impacto de la educación en el bienestar de los hogares.

15 Mejorando el valor para el cliente: Información procedente de la India, Kenia y Filipinas

Michal Matul, Clémence Tatin-Jaleran y Eamon Kelly

Este capítulo es una adaptación del Artículo sobre microseguros nº 12, publicado por el Fondo para la Innovación en Microseguro de la OIT (2011). Los autores dan las gracias al personal de las organizaciones que han participado en la prueba de la herramienta PACE por el tiempo dedicado, por compartir información y por sus valiosos comentarios sobre el análisis final. Los autores también desean expresar su agradecimiento por sus comentarios en este capítulo a Elizabeth McGuiness (Microfinance Opportunities), Michael J. McCord (MicroInsurance Centre), Barbara Magnoni (EA Consultants), Richard Koven (consultor), Pranav PrashadIT), Peter Wrede (OIT), Jeremy Leach (Hollard Insurance), Bert Opdebeeck (BRS) y Denis Garand (DGA).

En el sector del microseguro, es importante cerciorarse de que el mercado de destino esté recibiendo una buena relación calidad-precio por sus primas. Los proveedores de microseguros tienen el objetivo de mejorar sus productos para atraer y retener a sus clientes. Gobiernos y donantes están buscando maneras eficaces de incorporar el microseguro en sus estrategias de desarrollo. Todos ellos se plantean las mismas preguntas: ¿Se benefician realmente los clientes del microseguro? ¿Cómo se evalúan tales beneficios? ¿Cómo mejoramos la propuesta de valor para los pobres?

Este capítulo contribuye a este debate centrándose más en mejorar el valor para el cliente que en probarlo.[1] Presenta resultados de PACE (Producto, Acceso, Coste y Experiencia), la herramienta de evaluación de valor para el cliente de la OIT, que examina el valor añadido para los clientes de productos de seguros comparándolos con medios alternativos de protección contra riesgos similares.

La sección 15.1 describe brevemente la herramienta PACE y sus componentes. Basándose en un análisis de 15 microaseguradoras en la India, Kenia y Filipinas, la sección 15.2 adopta un enfoque práctico de las oportunidades para crear valor ampliando las prestaciones para los miembros, facilitando el acceso, reduciendo los costes y mejorando la experiencia del cliente. Con frecuencia, estas pequeñas mejoras pueden suponer grandes diferencias en el modo en que los clientes perciben y responden a los productos de microseguros. La sección 15.3 ilustra el valor del microseguro en relación con los mecanismos informales y las iniciativas de seguridad social. La sección final presenta un análisis a nivel nacional que compara el valor relativo de productos en el mismo mercado, mostrando la importancia del producto y la madurez del mercado.

[1] Consultar el capítulo 3 de este documento así como Dercon y Kirchberger (2008), y Magnoni y Zimmerman (2011) para obtener reseñas bibliográficas sobre el impacto del microseguro.

15.1 Marco y herramienta de evaluación del valor para el cliente

Como se sintetiza en el Cuadro 15.1, la creación de valor es un proceso complejo que puede ser analizado en muchas etapas y desde diferentes perspectivas. La herramienta de evaluación del valor para el cliente, PACE, aborda principalmente la primera etapa de creación de valor, cuando los productos se desarrollan o se perfeccionan (zona uno en la *Figura 15.1*). Atiende a las necesidades de los profesionales en lo relativo a desarrollar una mejor propuesta de valor para proteger a sus clientes de riesgos específicos. La herramienta PACE no mide el impacto del microseguro ni tampoco pretende evaluar la satisfacción del cliente o las decisiones de compra. No pretende sustituir los estudios exhaustivos sobre el impacto, los cuales son necesarios para evaluar el efecto del microseguro en el bienestar del cliente.

La herramienta PACE ofrece un análisis inicial del producto y de los procesos que puede complementarse con investigación sobre el mercado o estudios de impacto. Ofrece valiosas perspectivas para los profesionales, las cuales pueden ayudar en la toma de decisiones, así como a infundir un enfoque centrado en el cliente en cuanto al microseguro, al tiempo que brinda información útil para el diseño de estudios más riguroso o debates sobre pólizas.

Cuadro 15.1

Definición de valor para el cliente y proceso de creación de valor

El valor para el cliente se define desde la perspectiva del cliente y no desde la del vendedor. La definición de valor para el cliente utilizada en este capítulo combina los puntos de vista a partir de la bibliografía de desarrollo y marketing (Sebstad y Cohen, 2000; Dercon, 2005; Woodruff, 1997; Kotler, 1994; Plaster y Alderman, 2006). Desde la perspectiva del desarrollo, la cuestión definitiva es en qué medida y si el producto mejora el bienestar de los asegurados, sus familias y sus comunidades. En el contexto del seguro, el valor para el cliente consiste en disminuir su vulnerabilidad a través de prácticas de gestión de riesgos mejoradas que contribuyen a un mayor bienestar. Este enfoque orientado al cliente responde a una piedra angular del marketing: productos valiosos permiten satisfacer los objetivos de los clientes y sus necesidades básicas. La perspectiva basada en el marketing entraña el análisis de comportamientos de compra, el uso del producto y la satisfacción del cliente. Si no hay demanda, es posible que el producto sea deficiente, pero también puede significar que los compradores no perciben el valor propuesto.

La creación de valor en la industria del microseguro es un proceso que comienza con el desarrollo de un producto y la puesta en marcha de su distribución. El valor se crea cuando los clientes utilizan el producto y están lo suficientemente satisfechos como para renovar sus pólizas. El uso de seguros no significa que los clientes tengan que presentar reclamaciones, ya que también pueden

obtener prestaciones no relativas al seguro o indirectas como, por ejemplo, el acceso a insumos productivos. El proceso de creación de valor para el cliente se describe en la Figura 15.1. Los pasos están estructurados y, analizando por separado cada una de las etapas de la cadena de valor, es más fácil poner de relieve oportunidades de creación de valor.

Figura 15.1 **Modelo de creación de valor para el cliente**

PACE, la herramienta de evaluación del valor para el cliente radica en el conocimiento actual disponible sobre las preferencias de los hogares de bajos ingresos en cuanto a productos de seguros. Cohen y Sebstad (2005) enumeran algunos aspectos clave que deben tenerse en cuenta a la hora de desarrollar soluciones de gestión de riesgos para los pobres. La convicción subyacente en el análisis PACE es que los productos de microseguros sólo pueden ofrecer valor si son:

- **adecuados:** corresponden a las necesidades de gestión de riesgos más importantes de la población de destino.
- **accesibles:** tienen un fácil acceso y los productos se explican en un lenguaje sencillo y se distribuyen en las proximidades de los grupos de destino.
- **asequibles:** ofrecen una buena rentabilidad a un precio que los clientes de destino se puede permitir.
- **receptivos:** ofrecen una pronta respuesta a los eventos adversos a través de una liquidación de siniestros puntual y respuestas adecuadas a las consultas de los

clientes, de modo que los pobres no necesitan recurrir a mecanismos caros para hacerles frente como, por ejemplo, solicitar préstamos a prestamistas.

– **sencillos:** fáciles de entender y de utilizar; se trata de un principio fundamental, dados los bajos niveles de educación de la población de destino.

El marco PACE está diseñado en torno a los cinco principios mencionados anteriormente y estructurado en cuatro dimensiones principales. Como ilustra la Figura 15.2, la sencillez es una característica intersectorial relevante para cuatro aspectos:

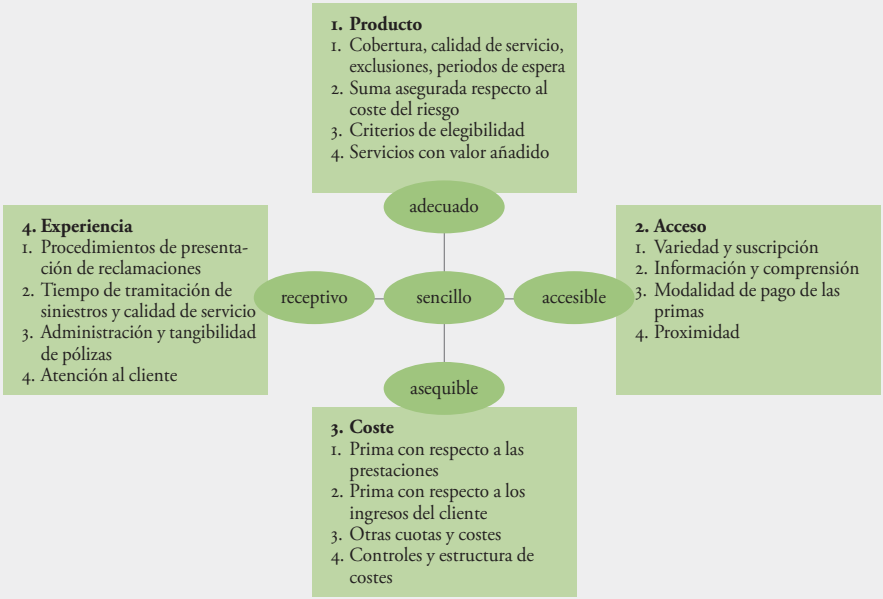
– **Producto:** describe la pertinencia analizando la cobertura, el nivel de prestaciones, los criterios de elegibilidad y la disponibilidad de servicios con valor añadido.
– **Acceso:** se centra en la accesibilidad y la sencillez examinando la variedad, la suscripción, la información, la educación, la modalidad de pago de las primas y la proximidad.
– **Coste:** evalúa tanto la asequibilidad como la rentabilidad, teniendo en cuenta los costes adicionales para mantener bajos los costes de distribución generales.
– **Experiencia:** evalúa la receptividad y la sencillez analizando los procedimientos de presentación de reclamaciones y el tiempo de tramitación de las mismas, la administración de las pólizas, la tangibilidad del producto y la atención al cliente.

Si bien las cuatro dimensiones son importantes para los clientes, se puede argüir que, en determinadas circunstancias, algunas dimensiones son más importantes que otras para un segmento de mercado en específico. Sin embargo, desde la perspectiva del cliente, la solución ideal es una propuesta de valor equilibrada; un producto que obtenga una buena puntuación en las cuatro dimensiones. Dada esta conjetura y en pro de la sencillez, las dimensiones se abordan de forma equitativa. Además, cuando la herramienta PACE se evalúa desde la perspectiva de los clientes, se asume que los productos analizados son financieramente viables, o bien que existe una estrategia clara para lograr la viabilidad. Los productos no sostenibles ofrecen escaso valor para los clientes a largo plazo.[2]

[2] La calificación utiliza una escala de cinco puntos y criterios en 16 subdimensiones. Si bien es plausible asumir que las cuatro dimensiones son prácticamente igual de relevantes, no todas las 16 subdimensiones entrañan la misma importancia. Por ejemplo, no se puede comparar la importancia de la tramitación de siniestros con la de la administración de pólizas. Por consiguiente, dentro de cada dimensión principal, se asigna mayor importancia a dos subdimensiones, que contribuyen al 70% de la puntuación total en lo que respecta a la dimensión, mientras que las dos otras subdimensiones contribuyen al 30% restante. Hay más información disponible sobre los criterios de puntuación y la ponderación de PACE en Matul et al. (2011).

Figura 15.2

Marco del análisis de valor añadido PACE



El análisis PACE presentado en este capítulo se basaba principalmente en datos secundarios y en un limitado número de entrevistas al personal. Especificaciones del producto, datos sobre rendimiento, manuales y organigramas de proceso, así como informes y feedback del personal eran fuentes de datos clave. El enfoque de recopilación de datos es similar al de una auditoría, por el cual, las respuestas a preguntas específicas reciben el visto bueno en base a datos procedentes de diferentes fuentes. Este análisis ofrece mejores puntos de vista cuando se compara con productos similares *(ver la sección 15.4).* El valor para el cliente no puede analizarse de forma aislada porque el microseguro generalmente complementa mecanismos de gestión de riesgos existentes como, por ejemplo, grupos de crédito y ahorro informales o redes de seguridad gubernamentales financiadas con impuestos *(ver sección 15.3).*

Una faceta importante de esta herramienta es que examina tanto las especificaciones del producto como los procesos relacionados. Al evaluar procesos actuales desde la perspectiva de los clientes, la herramienta PACE puede identificar oportunidades de mejora. Parte del problema con algunos productos de microseguros es que los procesos implantados para facilitar el acceso o para abordar los siniestros generalmente están mal diseñados y socavan el valor de los productos.

15.2 Oportunidades de creación de valor

Basándose en la aplicación de esta herramienta en la India, Kenia y Filipinas, y en el análisis de 15 proveedores de microseguros, esta sección presenta algunos datos preliminares sobre los esfuerzos realizados de cara a mejorar el valor en cada una de las cuatro dimensiones PACE. En cada país, los analistas contemplaron líneas de negocio similares – seguros de vida en Filipinas, seguros de salud en la India, y seguros de salud y combinados en Kenia *(ver Tabla 15.1).* Por consiguiente, la lista de oportunidades de creación de valor presentada a continuación está basada en la experiencia de estas aseguradoras y no aborda innovaciones en otras líneas de productos de microseguros.

15.2.1 Mejorar las características del producto para aumentar las prestaciones a los miembros

El seguro de vida es el producto de microseguro más desarrollado, y algunas formas de hacerlo más valioso están bien documentadas. Churchill et al. (2003) y Wipf et al. (*Capítulo 9* en este documento) sostienen que, con el fin de que los productos sean más atractivos para los clientes potenciales, es importante que los beneficios trasciendan los del seguro de desgravamen básico e incluyan cobertura de muerte para otros miembros de la familia y/u otras prestaciones. Como presenta la sección 15.4, los seguros de vida en Filipinas ilustran la manera en que, en un mercado maduro, los proveedores han incorporado las mejores prácticas para ofrecer valor a sus clientes.

Tabla 15.1

Productos incluidos en la prueba de la herramienta de evaluación del valor para el cliente[1]

País	*Aseguradora, nombre de producto*	*Tipo de producto*	*Modelo de distribución*	*Fecha de inicio*	*Alcance (vidas)*
Kenia	National Hospital Insurance Fund (NHIF), cobertura del sector informal	Hospitalización	Gobierno	2007	no procede
	Cooperative Insurance Company (CIC), Bima ya Jamii	Hospitalización, invalidez y muerte accidental, decesos	APP, socio-agente	2007	8 300 (Junio de 2010)
	Pioneer Assurance, Faulu Afya	Asistencia médica ambulatoria y hospitalización, temporal de vida, invalidez y muerte accidental, decesos	Socio-agente	2010	11 000 (Sep. de 2010)
	Britak, Kinga ya Mkulima	Vida entera, hospitalización	Socio-agente, corredor	2007	78 000 (Oct. de 2010)
	Jamii Bora Trust (JBT), Jamii Bora health	Hospitalización	Comunitario	2001	600 000 (Oct. de 2010)
India	Gobierno de la India, Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)	Hospitalización	APP, gubernamental	2009	45 millones (Dic. de 2010)
	ICICI Lombard, Health Insurance Scheme (HIS) para tejedores	Hospitalización y asistencia médica ambulatoria	APP	2005	5,5 millones (Dic. de 2010)
	Yeshasvini Trust, Yeshasvini Scheme	Hospitalización	APP	2007	2,7 millones (Nov. de 2010)
	Bharti Axa, Palmyrah Workers Development Society (PWDS)	Hospitalización	Socio-agente	2010	16 000 (Dic. de 2010)
	VimoSEWA, Sukhi Parivar y Swastha Parivar	Hospitalización, vida y activos; hospitalización	Socio-agente	1992	100 000 (Dic. de 2010)
	Uplift Mutuals, Uplift Health	Hospitalización	Comunitario	2003	100 000 (Feb. de 2011)
Filipinas	First Community Cooperative (FICCO), asociación de beneficio mutuo (MBA)	Temporal de vida, invalidez y muerte accidental	MBA regulada	2007	330 000 (Nov. de 2010)
	Centre for Agriculture and Rural Development (CARD), asociación de beneficio mutuo (MBA)	Temporal de vida, invalidez y muerte accidental	MBA regulada	1994	4 millones (Nov. de 2010)
	Coop Life Insurance and Mutual Benefit Services (CLIMBS), Microbiz Family Protector	Temporal de vida, invalidez y muerte accidental, decesos e incendios	Socio-agente	2004	135 000 (Nov. de 2010)
	MicroEnsure, Family Life con Taytay Sa Kauswagen (TSKI)	Temporal de vida, invalidez y muerte accidental, decesos	Socio-agente, corredor	2007	1 millón (Nov. de 2010)

[1] Para más detalles sobre los productos y su rendimiento, consultar la sección 15.4.
IP = in-patient (paciente interno); OP = outpatient (paciente ambulatorio);
AD&D = accidental death and disability (muerte accidental e invalidez).
MBA = asociación de beneficio mutuo, APP = asociación público-privada

Una de las pocas problemáticas pendientes respecto al valor del microseguro de vida concierne a las coberturas por invalidez y muerte accidental. A menudo, el valor para el cliente de estas coberturas es cuestionable debido a un precio inadecuado (altas primas para un riesgo muy poco frecuente), exclusiones y periodos de espera, los cuales, en principio, no son necesarios para controlar la selección adversa de las coberturas de accidente.

Dada la alta exposición de los hogares de bajos ingresos a los accidentes y la dificultad que experimentan a la hora de enfrentarse a gastos inesperados, es importante seguir mejorando el valor de los productos que cubren la invalidez y la muerte accidental. Algunos proveedores en Filipinas, como CLIMBS, han simplificado la lista de exclusiones e introducido periodos exentos espera en coberturas por accidente. Del mismo modo, CARD y MicroEnsure ofrecen cobertura en caso de accidente justo después de la suscripción, mientras que las prestaciones por muerte natural aumentan de forma incremental con el paso del tiempo. Otra característica positiva del producto CARD es que las prestaciones por invalidez se abonan en cuotas mensuales en vez de pagar una suma global, de modo que para el asegurado equivale a percibir un salario mensual.

Como se comentó en el Capítulo 5, diseñar productos de salud valiosos y sostenibles es inherentemente más complejo que proyectar otro tipo de microseguro. Muchos proveedores como la Self Employed Women's Association (SEWA, Asociación de Trabajadoras por Cuenta Propia) y Uplift en la India incorporan servicios de atención sanitaria preventiva en sus productos de hospitalización, lo cual es un buen método para estimular el valor (también para los no demandantes), al tiempo que se reducen los costes de las reclamaciones relativas a la hospitalización.

Otra manera relativamente eficaz de mejorar las prestaciones es el pago de prestaciones en efectivo por hospitalización o una cobertura por pérdida de capacidad productiva debida a una hospitalización. Esto puede resultar útil cuando los clientes tienen que pagar (de manera informal) medicamentos o servicios debido a unos sistemas de salud públicos con escasa financiación. Además, también puede ofrecer protección a trabajadores del sector informal que no reciben ninguna indemnización por pérdida de capacidad productiva a través de los sistemas de la seguridad social. Por ejemplo, CIC en Kenia paga 2 000 KES (22 USD) semanales por un periodo de hasta 25 semanas durante una hospitalización. Las trabajadoras del sector de la salud pertenecientes a la SEWA acuden al hospital durante el primer o segundo día de hospitalización para proporcionar un anticipo en relación con una reclamación que se reembolsará íntegramente más adelante.

Por último, los criterios de elegibilidad y los mecanismos para elegir a miembros adicionales o designar beneficiarios para seguros de vida y de salud requieren una atenta supervisión. Como se describió en el Capítulo 16 y se observó en algunos productos en la India y Filipinas, dejar que el miembro principal seleccione a otros miembros para pólizas de salud puede incurrir en discriminación de género,

ya que, probablemente, las suscripciones de miembros femeninos de las familias serán mucho menores. Por consiguiente, tienden a preferirse productos que brindan cobertura a la totalidad de la familia, ya que presentan la ventaja de reducir la selección adversa.

15.2.2 Facilitar el acceso

Variedad y suscripción

Intuitivamente, ofrecer variedad entre productos o características específicas debería resultar beneficioso. Sin embargo, el exceso de opciones puede complicar las decisiones y desanimar a los clientes a la hora de comprar un producto valioso *(ver Capítulo 13).* Además, los productos obligatorios que no ofrecen posibilidad de elegir suelen ser más baratos, dado que permiten a las aseguradoras alcanzar escala con mayor rapidez y evitar la selección adversa. Las ventajas y los inconvenientes de los productos obligatorios comparados con los voluntarios se examinan mejor cuando se tienen en cuenta, al mismo tiempo, todas las dimensiones de valor para el cliente (ver los ejemplos de Kenia en la sección 15.4).

Algunos proveedores están experimentando con enfoques híbridos. En Filipinas, MicroEnsure ofrece un producto obligatorio a los prestatarios de la institución microfinanciera (IMF) Taykay Sa Kauswagan, Inc. (TSKI), con una opción de inclusión voluntaria para los clientes que desean proseguir con la cobertura tras haber pagado sus préstamos, ya que muchos clientes también ahorran con TSKI. La idea básica es controlar la selección adversa a través de un producto obligatorio distribuido con un servicio de alta calidad que permite a los clientes apreciar el producto y comprarlo voluntariamente, o mejorarlo con una opción superior en el futuro.

Las necesidades de los clientes varían, por lo que muchos productos han sido normalizados para reducir los costes de transacción. Si bien la administración de una personalización excesiva puede resultar costosa, ofrecer a los clientes variedad parece ser una solución aceptable. Entre las aseguradoras analizadas, sólo Pioneer Assurance y VimoSEWA ofrecen dicha variedad. A medida que mejoran los niveles educativos en cuanto a seguros, debería ser posible dejar a los clientes elegir entre una serie limitada de cláusulas o incluso decidir en cuanto a una combinación de productos que ofrezcan protección contra riesgos sanitarios, de vida y/o daños en un mismo producto. Por el momento, los productos combinados disponibles para los clientes de bajos ingresos son estrictos y su distribución es onerosa (ver la experiencia de Kenia en la sección 15.4).

El proceso de suscripción reviste especial importancia, especialmente en cuanto a la elección del momento oportuno y la duración del periodo de afiliación. VimoSEWA procede con las suscripciones después de las cosechas en zonas rurales para sortear las limitaciones de liquidez y acceder a los agricultores

cuando éstos disponen de fondos procedentes la cosecha. Algunos planes de salud en la India tienen un único y breve periodo de suscripción durante el año. Si bien un periodo de suscripción de una semana puede mitigar la selección adversa y reducir los costes de marketing, no es suficiente para captar a todos los hogares interesados y puede crear enormes desafíos operativos.

Información y comprensión

El bajo nivel educativo sobre seguros dificulta que los clientes comprendan las pólizas y las utilicen de manera apropiada. Es necesario proporcionarles un acceso fácil a la información sobre el producto y educarles en cuanto a su uso mientras se contemplan otras soluciones de gestión de riesgos disponibles. Normalmente, esto implica una educación financiera general y es preciso utilizar varios canales para transmitir mensajes educativos y cambiar el comportamiento del consumidor.

El capítulo 14 describe varias estrategias y herramientas utilizadas por profesionales. El análisis del valor para el cliente puso de manifiesto otras perspectivas de proveedores como MicroEnsure, VimoSewa y Uplift, que llevan a cabo programas educativos sistemáticos sobre conceptos de gestión de riesgos que van más allá de la transferencia de información básica. El programa educativo de MicroEnsure, por ejemplo, está basado en tres pilares fundamentales: 1) el uso de cómics, canciones y CD para mejorar la educación financiera de los clientes y permitirles comparar productos de ahorro y de seguros; 2) explicación de las prestaciones y la logística del producto; y 3) educación del personal del FMI sobre el mismo contenido, haciendo hincapié en la tramitación de siniestros.

Merece la pena evaluar más a fondo estos ingentes esfuerzos; no obstante, dados los costes, es poco probable que las compañías de seguros sean capaces de organizar programas de tal magnitud sin el apoyo de donantes, el Gobierno u organismos del sector. Por este motivo, ofrecer información clara sobre el producto es un buen punto de partida para las microaseguradoras. FICCO en Filipinas e ICICI Lombard en la India dan ejemplos útiles, ya que la primera facilita un documento de póliza muy sencillo que verbaliza las prestaciones fundamentales y la logística de la póliza, y la segunda presenta una lista de exclusiones en el reverso de la tarjeta del seguro. En general, los proveedores estudiados en Filipinas superan a sus homólogos de la India y Kenia con la sencillez de los formularios y la claridad del lenguaje utilizado durante el proceso de suscripción.

La educación parece cobrar más importancia cuando los clientes, o bien no deciden comprar el producto por sí mismos (productos obligatorios), o bien pagan poco por productos subvencionados. En tales circunstancias, el uso por parte de los clientes es generalmente inferior a lo esperado (o los índices de rechazo de siniestros mayores), porque los clientes no comprenden totalmente las prestaciones ni los procesos de tramitación de siniestros. Se requiere un mayor

nivel educativo para productos complejos, lo que probablemente explica por qué MicroEnsure lleva a cabo un amplio programa educativo y Britak en Kenia se limita a una mera transferencia de información.

Pago de primas

Collins et al. (2009) presentó un panorama detallado sobre el modo en que los pobres de todo el mundo viven con ingresos bajos e irregulares. Pagar por un seguro es difícil para los hogares de bajos ingresos que luchan por satisfacer un gran número de necesidades con escasos recursos. Las microaseguradoras reconocen que este problema está obstaculizando el acceso y están probando diferentes métodos para solventarlo.

Se requiere una mayor flexibilidad en el pago de las primas. Los hogares de bajos ingresos valoran el hecho de pagar en pequeñas cuotas (irregulares, si es posible) en la puerta de su casa, y que sus pagos estén escalonados en el tiempo. Los pagos móviles, no practicados no obstante por los planes analizados, pueden representar un avance, siempre y cuando los costes de transacción permanezcan asequibles *(ver Capítulo 24).* También son convenientes unos periodos de gracia razonables para evitar el vencimiento de las pólizas. Sin embargo, no siempre es posible añadir flexibilidad, dado que las normativas sobre seguros pueden limitar la posibilidad de aportar mayor flexibilidad para ajustar determinadas opciones del producto. Si tomamos como ejemplo las pólizas de salud, se requieren generalmente primas anuales abonadas en un pago único.

En países desarrollados, deducciones automáticas de la nómina ofrecen una opción fácil y práctica para los clientes. Esta opción es poco común en el contexto del microseguro, dado que los hogares de bajos ingresos generalmente trabajan en la economía informal. Entre los productos analizados, sólo Britak en Kenia, que trabaja con la Kenyan Tea Development Authority, ofreció deducciones automáticas a pequeños cultivadores de té, a los cuales se pagaba un salario mensual y una prima anual.

Otra solución para mejorar la comodidad de los pagos consiste en vincular el microseguro a otros servicios financieros. Por ejemplo, casi el 90% de las primas del producto Bima ya Jamii de CIC se compran con un préstamo procedente de cooperativas de ahorro y crédito (CAC). Esto también lo practican otros proveedores en Kenia. El asunto es delicado, dado que existe una delgada línea entre el aumento del valor para el cliente y la venta cruzada de servicios de crédito, que puede conllevar una deuda excesiva o un incremento de las primas.

Por esta razón, el uso de ahorros y remesas para financiar primas debería ofrecer a los clientes más valor, si bien tales soluciones todavía tienen que desarrollarse *(ver Capítulo 17).* VimoSEWA obtuvo resultados dispares con dos mecanismos de pago de primas vinculados al ahorro. La deducción automática de cuentas de ahorro no funcionaba cuando el saldo de la cuenta era insuficiente, y

era difícil educar a los clientes adecuadamente, dado el carácter obligatorio del producto. Los clientes de VimoSEWA también tienen una opción de realizar un depósito en una cuenta bancaria SEWA especial, por la que reciben cobertura en vez de intereses. Si bien este mecanismo reduce los costes de transacción, no sortea las limitaciones de liquidez, dado que los clientes tienen que abrir un depósito que es 20 veces la prima anual. Anteriormente, un cuarto de los miembros de la SEWA había utilizado el método de pago a plazo fijo, pero esta proporción había registrado una constante disminución (McCord et al., 2006).

Proximidad

Dado que las opciones de transporte son limitadas y a menudo caras, los hogares de bajos ingresos necesitan una red de puntos de venta accesible para suscribirse a planes de seguros y hacer uso de sus propias prestaciones. A este requisito se adhiere la mayoría de las aseguradoras analizadas, especialmente VimoSEWA, Uplift y PWDS, cuyo personal está presente en la comunidad para el proceso de suscripción. Es también el caso de las aseguradoras de vida en Filipinas, que generalmente asignan importantes recursos a la formación del personal de atención al cliente de los canales de distribución, situados cerca de los clientes, así como al desarrollo de una red de sus propios agentes para respaldar a los socios distribuidores.

15.2.3 Reducir costes

Rentabilidad

La rentabilidad puede medirse comparando todas las prestaciones aseguradas y no aseguradas con la prima total pagada. De los planes analizados, no es sorprendente que los productos subvencionados sean los más rentables. Los productos que ofrecen numerosas prestaciones con valor añadido como, por ejemplo, Uplift o VimoSEWA, también obtienen una buena puntuación en esta dimensión. Resulta interesante constatar que, en Filipinas, donde existe un mercado maduro para los seguros de vida, todos los productos ofrecen una rentabilidad similar.

El análisis de la rentabilidad ayuda a determinar si los precios excesivamente altos se fijan para compensar procesos ineficaces. Por ejemplo, en Kenia, ni un producto relativamente barato de Britak ni el plan más completo de Pioneer Assurance parecen ofrecer la mejor rentabilidad. Ambos productos registran índices de siniestralidad de entre el 80 y el 120%, lo que significa que los miembros obtienen más por sus primas. Sin embargo, un porcentaje de tal magnitud también es indicativo de un problema con el programa que, finalmente, puede ser perjudicial tanto para el proveedor como para el cliente. Al parecer, otros proveedores kenianos tienen procesos más eficaces o mejores controles de costes porque, incluso con índices de siniestralidad menores, ofrecen a los clientes más rentabilidad.

Asequibilidad

Muchos de los productos examinados parecen ser asequibles, especialmente en Filipinas, donde todos ellos están en un rango de 20 a 30 PHP (0,44 a 0,66 USD) al año. Como se describe en la sección 15.4, los únicos que no cumplen con la dimensión de asequibilidad son los productos combinados en Kenia de CIC y Pioneer, lo cual podría explicar su lento crecimiento.

De nuevo, puede utilizarse una subvención para hacer que los productos sean asequibles siempre y cuando sea permanente o esté diseñada de tal manera que no socave la viabilidad a largo plazo de un producto específico. Esto se está generalizando en países con políticas gubernamentales bien fundamentadas, especialmente en los seguros de salud y agrícolas. Tres de los planes de salud examinados en la India están subvencionados, ya sea por Gobiernos estatales o por el Gobierno central.

Otros costes

En la mayoría de casos estudiados, los productos no requieren que los clientes sufraguen costes adicionales. Sin embargo, recibir prestaciones de atención sanitaria y realizar visitas a familiares enfermos, aún pueden suponer costes de desplazamiento, especialmente en zonas rurales. Planes como el RSBY ofrecen una dieta por desplazamiento, la cual elimina obstáculos para el acceso y debería mejorar considerablemente la rentabilidad del microseguro en zonas rurales.

Muchos planes de salud tienen copagos del 10 al 20%. Como muestra el ejemplo de PWDS *(ver Cuadro 15.2),* si los miembros tienen la posibilidad de escoger, seleccionan de forma intuitiva una opción con copago y, por consiguiente, primas más bajas. Esto coincide con el elevado porcentaje de descuento que generalmente se observa en los hogares de bajos ingresos, dando paso a la noción de que los hogares de bajos ingresos valoran el efectivo en mano más que el efectivo en el futuro *(Capítulo 13).* Algunos de los planes en la India ofrecen copagos para cirugías costosas u hospitalización a raíz de un accidente. Este tipo de copago debería tener un impacto limitado a la hora de controlar el riesgo moral, si bien puede aumentar considerablemente la vulnerabilidad de aquéllos expuestos a riesgos catastróficos. Al parecer, el valor para el cliente puede aumentar notablemente si se eliminan los copagos para siniestros caros pero poco frecuentes, mientras que se siguen utilizando para incidentes baratos más frecuentes.

Cuadro 15.2 **Preferencias de copagos más elevados (y primas más bajas) en PWDS, India**

Palmyrah Workers Development Society (PWDS), una ONG en Tamil Nadu, ofrece un seguro de salud por hospitalización a sus grupos de autoayuda en colaboración con dos aseguradoras. PWDS quería involucrar a grupos comunitarios durante el desarrollo del producto para comprender sus requisitos y obtener una pronta adquisición. Se abordaron dos opciones del producto con la comunidad: una con el pago íntegro del siniestro y una prima más elevada, y otra con un copago del 20% y una prima más baja. Cuando el producto fue lanzado, cuatro de las cinco federaciones comunitarias se decantaron por la opción de copago. Los miembros creían que un copago reduciría reclamaciones falsas y excesivas, dado que una parte del coste tenía que ser sufragada por el demandante. Su decisión de decantarse por la opción de copago estuvo probablemente inducida por el precio más bajo, aunque también reveló que comprendían el requisito de autorregulación y estaban dispuestos a probarlo.

Controles y estructura de costes

Tal y como se describió en el análisis anterior acerca de la rentabilidad, un control de costes eficaz debería resultar en productos más rentables que permitan el acceso a servicios a largo plazo. Es también el caso de la eficacia y la estructura de costes, dado que los consumidores no quieren pagar por la ineficacia de los proveedores. Análisis detallados sobre estructura y control de costes trascienden el alcance de este capítulo, pero es interesante observar varias estrategias de reducción de costes entre las organizaciones participantes: eliminar a mediadores (MBA en Filipinas), utilizar personal de canales de distribución (CLIMBS, Pioneer Assurance), implicar a corredores especializados (MicroEnsure) o administradores externos, realizar controles contra el fraude y la selección adversa, y supervisar costes a nivel del proveedor de atención médica (Jamii Bora Trust, Uplift, RSBY). Por último, los avances tecnológicos deberían contribuir a la eficacia, si bien aún es demasiado pronto para que estos casos hayan aportado alguna evidencia.

15.2.4 Mejorar la experiencia

Puntualidad y tramitación de siniestros

El microseguro se vuelve tangible para los clientes cuando se liquida un siniestro, de modo que ofrece una oportunidad a las aseguradoras de generar confianza y aumentar la fidelidad. La tramitación de siniestros debe ser cómoda y estos últimos deben liquidarse de manera oportuna para ofrecer mejor servicio que los métodos informales a través de los cuales los hogares de bajos ingresos gestionan los riesgos.

Un desembolso rápido de las cláusulas de deceso en las pólizas de vida en Filipinas constituye un buen ejemplo de mejora del valor para el cliente. CLIMBS,

CARD *(ver Cuadro 15.9)* y MicroEnsure abonan el componente de prestaciones de sepelio de la póliza en 24 horas, mientras que el resto de las prestaciones del seguro de vida se paga un poco más adelante y está sujeto a la presentación de más documentación.

Cuadro 15.3

Modelo de liquidación de siniestros 1-3-5 de CARD

En el Center for Agriculture and Rural Development (CARD) de Filipinas, el procedimiento "1-3-5 días" para la liquidación de siniestros se asegura de que los miembros tengan una experiencia positiva con la compañía de seguros. Tras ser comprobados por el director de sucursal CARD o el personal de la MBA de CARD, los siniestros se liquidan en un plazo de:

- 24 horas a partir de la notificación: debe liquidarse una reclamación de indemnización si el cadáver aún no está enterrado en el momento del visto bueno.
- tres días a partir de la notificación y con documentos completos: debe liquidarse una reclamación de indemnización si el cadáver ya está enterrado en el momento del visto bueno.
- cinco días a partir de la notificación: se tomarán medidas definitivas con respecto a reclamaciones difíciles.

Fuente: Sitio web de la MBA de CARD, 2011.

Como se describió en el Capítulo 6, las compañías de microseguros de salud están ofreciendo cada vez más una solución para acceder a los beneficios a través de reclamaciones "sin efectivo". En vez de adelantar su propio dinero y ser reembolsados más tarde por una aseguradora, un miembro puede acceder a servicios de atención sanitaria gratis. La mayoría de las figuras del microseguro de salud, entre ellas, ICICI Lombard, RSBY, PWDS, CIC, NHIF, Pioneer Assurance, Jamii Bora Trust y Britak, han adoptado soluciones "sin efectivo", a pesar de las críticas vertidas sobre este enfoque. Uplift está convencida de que un sistema de reembolso crea un sentido de la propiedad más profundo entre los clientes y evita que los proveedores de atención médica inflen los costes (p.ej., debido a un tratamiento innecesario). Uplift cree que un sistema de reembolso es más eficaz a la hora de mantener bajos los costes de siniestros globales.[3] VimoSEWA practica algo a medio camino, adelantando parte del pago cuando el cliente está en el hospital y desembolsando el resto una vez presentada la documentación.

3 Uplift probó soluciones sin efectivo y sostiene que las tarifas cobradas por los proveedores de atención médica representaban casi el doble comparado con las tarifas de las soluciones con efectivo.

A pesar de estos ejemplos positivos, muchas microaseguradoras pueden mejorar su tramitación de siniestros. El proceso puede ser engorroso, especialmente en el caso de coberturas por invalidez y muerte accidental, y algunas coberturas de salud "con efectivo". Plazos de más de un mes menoscaban la rentabilidad, dado que los beneficiarios pueden recurrir a alternativas costosas para generar el pago único que se requiere. Unos altos índices de rechazo de algunos planes sugieren que los procedimientos de reclamación no son claros o no están bien comunicados. La lista de los documentos necesarios para algunos productos, especialmente en Kenia, es demasiado larga. No queda claro si el papeleo adicional favorece, en cierto modo, el control por parte de la aseguradora pero, sin lugar a dudas, empeora la experiencia de los clientes. El enfoque basado en el sentido común de MicroEnsure respecto a los certificados de accidente y defunción es un ejemplo de pequeño cambio que mejora la experiencia de los clientes *(ver Cuadro 15.4).*

Cuadro 15.4

Proceso de mejora del valor para el cliente en MicroEnsure

MicroEnsure comenzó su asociación con Taytay Sa Kauswagen, Inc. (TSKI) en 2007, en la región de Visayas, Filipinas, donde la IMF ya estaba administrando un seguro de vida para brindar cobertura a sus miembros. La cobertura existente se utilizaba como un punto de partida para diseñar un producto con valor añadido utilizando el modelo socio-agente con el apoyo de MicroEnsure, un mediador de microseguros *(ver Capítulo 23),* para el desarrollo, el marketing y la administración de siniestros del producto. Con el paso del tiempo, se han modificado diferentes características.

La primera medida adoptada fue aumentar la suma asegurada de 100 000 a 120 000 PHP (de 2 222 a 2 666 USD), de modo que el importe del préstamo (un promedio de 30 000 PHP, 666 USD) y los costes funerarios estuvieran completamente cubiertos y quedara una cantidad adicional para los beneficiarios. Se estableció una separación entre las prestaciones de vida y de entierro, y se incluyeron enfermedades previamente existentes en las prestaciones de entierro, lo que resultaba en un pago más rápido de los beneficios. Para simplificar la estructura de costes y permitir a los clientes comprender mejor el producto, se incorporó una tarifa comunitaria, de modo que no hubiera diferencia en la prima con respecto al grupo de edad. A continuación, la suscripción de miembros de la familia se volvió obligatoria y se adoptó una tarifa familiar para que todos los miembros estuvieran protegidos, aunque con diferentes niveles de prestaciones. También se revisó la definición de dependientes varias veces para adaptar la póliza a las situaciones familiares en Filipinas.

Para simplificar la tramitación de siniestros, MicroEnsure convirtió a la IMF en fideicomisaria de la póliza. Se redujo la documentación necesaria para trami

tar el siniestro, incluyendo el uso posible de declaraciones juradas y certificados del jefe de aldea. Además, se introdujo una tabla de prestaciones que aumentaban con el tiempo para limitar las comprobaciones sobre exclusiones y condiciones previamente existentes. Gracias a tales adaptaciones, el plazo de tramitación de siniestros se redujo de tres meses a 44 días a fecha de noviembre de 2010, lo que supone un avance considerable, si bien aún puede mejorarse.

Fuentes: Datos procedentes de MicroEnsure; Fondo para la Innovación en Microseguro, 2011.

Administración y tangibilidad de las pólizas

La administración de pólizas plantea menos problemas que la tramitación de siniestros porque la mayoría de las aseguradoras examinadas, especialmente FICCO, CARD y CLIMBS, destacan a la hora de distribuir certificados de póliza o tarjetas de seguros a sus miembros rápidamente. RSBY utiliza tecnología para emitir tarjetas de afiliación sobre el terreno durante sus campañas de suscripción. Sin embargo, en otros casos, los clientes esperan las tarjetas de tres a cuatro semanas. Muchos proveedores no proporcionan ningún documento de póliza ni ninguna prueba tangible del seguro. Es difícil defender los argumentos de reducción de costes, dado que la prueba del seguro puede ser tan sencilla como la tarjeta utilizada por ICICI Lombard con información clave sobre la póliza en el reverso.

Para que los clientes tengan una experiencia positiva, también es importante hacer que el seguro sea tangible para esa amplia mayoría que ha sido lo suficientemente afortunada como para no tener que presentar una reclamación. Los esfuerzos de Uplift y VimoSEWA descritos en el Capítulo 5 son buenos ejemplos de rentabilidad para los clientes que no presentan reclamaciones, aunque prestar servicios adicionales puede ser costoso y, en el caso de líneas de productos diferentes del seguro de salud, puede representar un menor beneficio directo para las aseguradoras. Ofrecer tangibilidad puede ser tan sencillo como proporcionar una tarjeta de afiliación y enviar mensajes de texto de seguimiento con información sobre la póliza de seguros.

Atención al cliente

A medida que los modelos de distribución y los productos ganan en complejidad, el papel que desempeña la atención al cliente en el microseguro cobra mayor importancia. En el pasado, se descuidaba mucho este aspecto y muchas microaseguradoras no ofrecían a sus clientes ninguna manera de ponerse en contacto con ellas en caso de problema o si necesitaban información. Recientemente, sin embargo, las aseguradoras han redoblado sus esfuerzos para brindar asistencia a los clientes antes, durante y después de una venta.

Con los avances en el ámbito de las telecomunicaciones, se están probando los centros de atención telefónica al cliente en materia de microseguros y los clientes de algunos planes (CIC, Pioneer, ICICI, RSBY, Uplift) tienen acceso a un

número gratuito. Esto permite a los clientes comprender las características básicas del producto en el momento en que lo compran, establece un mecanismo intercambio de información y de tramitación de reclamaciones, y les permite comprobar el estado de su póliza.

La atención al cliente va más allá de los centros de atención telefónica y el mero hecho de estar cerca del cliente. Se trata de disponer de un proceso institucionalizado para ofrecer respuestas satisfactorias a las consultas de los clientes, mecanismos para responder a las quejas y un sistema para supervisar y reaccionar ante reclamaciones y solicitudes individuales. Por ejemplo, CLIMBS, CIC, Uplift y VimoSEWA, entre otras, se han esforzado por implantar estructuras de atención al cliente. Por lo general, éste no es el caso de muchos planes socio-agente o basados en la comunidad, que consideran que basta con estar cerca del cliente.

15.2.5 Equilibrar compromisos en un proceso de mejora continua

Muchos de los productos incluyen elementos que contribuyen a mejorar el valor, si bien es inusual que un producto obtenga un buen resultado en todas las dimensiones de valor para el cliente, dado que generalmente existe un compromiso entre asequibilidad y mejoras en las prestaciones, el acceso y la experiencia. Las mejoras en cuanto al valor para el cliente, no obstante, no siempre requieren un aumento de la prima. También pueden lograrse a través de un aumento de la eficacia, dado que muchos procesos pueden agilizarse. De hecho, la mejora continua del valor que se proporciona al cliente fue observada en varios planes, incluidos MicroEnsure y Uplift *(ver Cuadros 15.4 y 15.5).*

Las mejoras del valor para el cliente deberían ser estratégicas. Existen compromisos intrínsecos entre el valor para el cliente y las consideraciones empresariales. Un enfoque "equilibrado" del valor en las cuatro dimensiones de PACE es perfectamente verosímil para un cliente, pero podría no ser la mejor elección para una microaseguradora en un entorno competitivo que desea diferenciar su oferta.

Cuadro 15.5 **Proceso de mejora del valor para el cliente en Uplift**

Uplift Mutuals inició su plan de seguros de salud en 2003 con una cobertura máxima de 5000 INR (111 USD) por una prima anual de 50 INR (1,11 USD) por persona. El producto cubría íntegramente los tratamientos recibidos en hospitales públicos y el 80% los dispensados en hospitales privados. En 2007, se añadieron descuentos para las consultas y medicamentos de los pacientes que recibían asistencia sanitaria ambulatoria y se incluyeron en la cobertura procedimientos de asistencia médica de día y accidentes, mientras que se excluyeron por un período de dos años las condiciones que ya existían (anteriormente, se habían excluido solamente durante un año), y la prima se incrementó hasta 60 INR (1,33 USD) por persona.

Al mismo tiempo, Uplift contrató a personal sobre el terreno plenamente dedicado a mejorar la atención al cliente. En 2009, Uplift elevó la suma asegurada a 15 000 INR (333 USD) por una prima de 100 INR (2,22 USD) por persona.

Uplift tuvo que hacer frente a tres problemas durante sus primeros años: 1) un elevado índice de rechazo de siniestros, 2) un aumento en el coste de los siniestros, y 3) un aumento en los gastos de bolsillo. Debido a la falta de conocimientos, se presentaron muchas reclamaciones para casos excluidos. El plan no fue capaz de controlar los costes de atención sanitaria porque se apoyaba en una pequeña red de proveedores, de modo que no podía comparar los costes. Uplift se dio cuenta de que sus miembros valoraban el acceso a la información sobre los servicios sanitarios tanto como las prestaciones financieras del seguro. Para mejorar el acceso, Uplift desarrolló una red de más de 300 proveedores de atención médica de calidad ofreciendo descuentos del 10 al 50% en el precio y estableció una línea de ayuda las 24 horas, los 7 días de la semana, para ayudar a los miembros a obtener acceso a un proveedor de servicios de salud apropiado. De cara a aumentar el valor para todos los miembros, incluso aquéllos sin reclamaciones por hospitalización, Uplift amplió sus iniciativas sanitarias para incluir descuentos en medicamentos, campamentos médicos mensuales, chequeos gratuitos y educación sanitaria para evitar enfermedades estacionales.

Los esfuerzos de Uplift para mejorar el valor propuesto al cliente parecen estar dando sus frutos. A principios de 2011, el plan brindaba cobertura a más de 100 000 personas, el índice de rechazo de siniestros era del 2%, el índice de siniestralidad había aumentado hasta un 47%, el índice de servicios (porcentaje de miembros que acceden a servicios sanitarios ambulatorios u hospitalarios) era del 56%, el gasto de bolsillo se había reducido del 22% y el índice de renovación había aumentado del 48% en 2008 a más del 60% en 2010. Actualmente, el programa de Uplift no es totalmente sostenible. Las primas son suficientes para cubrir operaciones de seguros, pero no bastan para mantener las prestaciones con valor añadido, que son subvencionadas por un donante. Según las estimaciones de Uplift, triplicar el número actual de miembros debería permitir generar economías de escala para sostener todo el programa.

Fuentes: Datos procedentes de Uplift; Fondo para la Innovación en Microseguro, 2011.

Por último, el valor para el cliente es contextual. No todas las mejoras que funcionan en un país pueden reproducirse o son necesarias en otro. Las preferencias de los clientes pueden ser diferentes, la disponibilidad de la tecnología o los socios de distribución varían, y el panorama de mecanismos informales, planes de seguridad nacional y proveedores de microseguros pueden obligar a encontrar un nicho para un producto específico. La siguiente sección de este capítulo com-

para varios productos a nivel nacional e ilustra la importancia de considerar un producto en relación con sus alternativas.

15.3 Establecer criterios de referencia: mecanismos informales y planes de seguridad social

Los mecanismos informales y los planes de seguridad social ofrecen puntos de referencia para evaluar el valor del microseguro en el contexto de otras opciones de gestión de riesgos.

Los hogares de bajos ingresos utilizan un gran número de mecanismos informales como, por ejemplo, empresas funerarias, grupos de ahorro o de autoayuda para gestionar riesgos de vida, salud y daños. A través de mecanismos de compartición de riesgos en grupos, los hogares participan en una importante función social anidada en comunidades bien definidas que permiten mancomunar riesgos sin demasiado fraude, riesgo moral o selección adversa. Sin embargo, tal y como describen Dercon (2005) y Morduch (1999), tienen muchos puntos débiles. Sólo pueden hacerse cargo de riesgos idiosincráticos y no de riesgos covariantes que afectan a las comunidades en su conjunto (p.ej., inundaciones). Están mejor adaptados a pequeños desembolsos en los casos de siniestros frecuentes. Sólo grupos bien estructurados, generalmente gestionados por un comité remunerado, son capaces de responder a pérdidas más importantes, si bien éstos son poco frecuentes y generalmente radican en zonas urbanas.

Los hogares de bajos ingresos tienden a “parchear" varias estrategias porque ninguna puede ofrecer, por sí sola, los fondos suficientes como para cubrir grandes pérdidas. Los hogares lo compensan participando en varios planes grupales o, en el caso de una emergencia, agotan sus ahorros, venden activos a bajo precio o solicitan uno o varios préstamos a prestamistas o IMF. Estas actividades generalmente suponen costes elevados (Cohen y Sebstad, 2005; Collins et al., 2009).

La evaluación del valor para el cliente PACE en Kenia sobre el uso de mecanismos de gestión de riesgos informales *(ver Cuadro 15.6)* confirma que ofrecen cobertura parcial a un precio elevado. Los mecanismos de compartición de riesgos informales en Kenia obtienen una baja puntuación en cuanto a coste y prestaciones del producto, alta en cuanto a acceso y media en cuanto a experiencia.

Cuadro 15.6 **Valor para el cliente de mecanismos de compartición de riesgos informales en Kenia**

En Kenia, "grupos de bienestar" de 20 a 60 miembros son una manera popular y autogestionada de responder a riesgos de vida y, hasta cierto punto, a riesgos sanitarios. Están mejor organizados en zonas urbanas, donde los miembros contribuyen regularmente con importe de entre 200 a 400 KES (de 2,20 a 4,40 USD) al mes para recibir un pago de 20 000 a 50 000 KES (de 222 a 555 USD) en caso de muerte del miembro principal o de un miembro de la familia. En caso de enfermedad grave, se solicita a los miembros una contribución ex-post de entre 100 y 500 KES (de 1,10 a 5,50 USD), lo que resulta en pagos únicos de 5 000 a 30 000 KES (de 55 a 333 USD) para cubrir facturas sanitarias. En zonas rurales, los cobros ex-ante son poco frecuentes, de modo que se solicita a los miembros que contribuyan durante el funeral y, algunas veces, grupos de individuos organizan eventos especiales para recaudar fondos con el fin de ayudar a los miembros a reaccionar ante importantes adversidades relativas a la salud (Cohen et al., 2003; Smith et al., 2010; Simba, 2002).

Dado que el coste de un funeral puede oscilar entre 150 000 y 200 000 KES (1 666 y 2 222 USD), la cobertura del riesgo a través de un grupo es insuficiente. Muchas personas pertenecen a entre dos y cinco grupos de bienestar al mismo tiempo o combinan esta afiliación con otras estrategias como, por ejemplo, pedir prestado o vender activos para generar la cantidad solicitada. Por lo tanto, aunque unas aportaciones periódicas a un grupo pueden parecer asequibles (y son similares a las primas que se cobran para productos de microseguros similares), la relación coste-beneficio es baja. Además, cada uno de los miembros incurre en costes de transacción en forma de tiempo, comisiones y contribuciones en especie, por lo que confiar en varios mecanismos de grupo informales puede ser una estrategia cara para enfrentarse a las adversidades. Por último, estos grupos no tienen ningún sistema de reaseguro que pueda ofrecer cobertura en caso de siniestros excesivos, de modo que los grupos también son financieramente vulnerables.

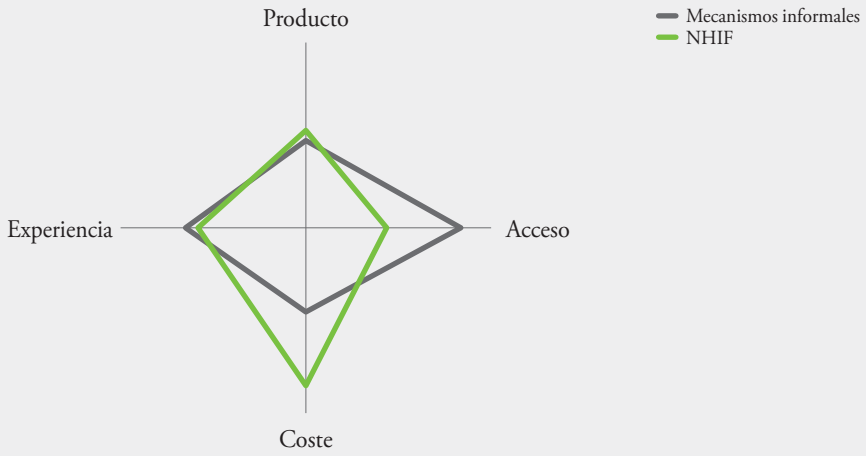
Los grupos de bienestar en Kenia son accesibles, pero parecen ofrecer un servicio deficiente a sus miembros. Johnson (2004) señala que el 40% de los hogares en zona rural pertenecía al menos a un grupo. En la mayoría de los casos, las reglas son sencillas, los grupos pertenecen a la comunidad y ofrecen maneras cómodas de recaudar las contribuciones en cuotas frecuentes pero pequeñas. Los procedimientos de liquidación de siniestros también son fáciles y bastante flexibles, pero parecen funcionar solamente en planes ex-ante que ofrecen un buen servicio en zonas urbanas en cuanto a riesgos de vida. En caso de funeral, los grupos urbanos generalmente pagan la prestación a la familia de forma instantánea, pero el pronto pago es raramente el caso en zonas rurales y, en general, en lo que se refiere a riesgos sanitarios. Hay indicios que sugieren que las contribuciones ex-post, si es que se llegan a recaudar, requieren largos plazos. Simba (2002) apunta que recaudar contribuciones entre los miembros puede llevar varias semanas después de un funeral.

El otro estándar de comparación para analizar el valor que percibe el cliente con el microseguro son los planes de seguridad social. A pesar de la creación en muchos países de planes de seguridad social que trascienden el sector formal, su alcance es limitado y raras veces ofrecen una protección completa dado que, por lo general, cubren riesgos sanitarios o eventos catastróficos, o pretenden reducir la vulnerabilidad de niños y ancianos (OIT, 2008).

El National Hospital Insurance Fund (NHIF, Fondo Nacional de Seguro Hospitalario) en Kenia es un buen ejemplo que ilustra un esfuerzo gubernamental para proteger a un estrato más pobre de la población. Disponible en un principio para trabajadores de la economía formal y financiado con sus aportaciones, en 2007, el NHIF incorporó a trabajadores del sector informal por una prima anual de 1920 KES (21 USD) para toda la familia, lo que corresponde aproximadamente a entre un 0,8 y un 1,2% de los ingresos de un hogar de bajos ingresos, dentro del rango de la disposición a pagar identificado en el Capítulo 7. La cobertura puede adquirirla cualquiera en las oficinas del NHIF, pero dado el limitado conocimiento a nivel público, pocas personas se han suscrito. Ofrece una cobertura por hospitalización casi completa en hospitales públicos y reembolsos limitados para servicios en establecimientos sanitarios privados. Dado que la cobertura es razonable para el precio, el NHIF obtiene una buena puntuación en cuanto a coste, moderada en cuanto a producto y experiencia, especialmente debido a la deficiente calidad de servicio en los hospitales públicos, y baja en cuanto a acceso. Se obtuvieron resultados similares en otros planes gubernamentales de la India, lo que sugiere que, si bien los programas de seguridad social podrían resolver el problema del coste (sobre todo a través de subvenciones), se requieren mejores soluciones para favorecer el acceso, establecer procesos eficientes y controlar la calidad de la atención.

Como muestra la Figura 15.3, en Kenia, en un contexto de gestión de riesgos más generalizado, parece que el microseguro tiene posibilidades de añadir valor. Para ello, el microseguro debería emular los métodos informales de acceso y complementar las prestaciones de los planes de seguridad social, a la vez que brinda un servicio de mejor calidad.

Figura 15.3 **Evaluación PACE de la gestión de riesgos informal y NHIF en Kenia**



15.4 Valor relativo de productos a nivel nacional

Esta sección presenta un análisis a nivel nacional de los tres mercados: microseguro de vida en Filipinas, microseguro de salud en la India y productos combinados en Kenia. Muestra la importancia de la evaluación del valor para el cliente de un producto comparado con alternativas en el mismo mercado para identificar ventajas, inconvenientes y oportunidades de mejora del producto.

15.4.1 Revelar puntos débiles de los productos combinados en Kenia

Los hogares de bajos ingresos en Kenia clasifican los riesgos de salud y de vida entre sus mayores preocupaciones (Cohen et al., 2003) y esta perspectiva de demanda está en consonancia con el suministro de estructuras de gestión de riesgos y planes de microseguro informales que, generalmente, cubren tanto los riesgos de vida como de salud. El análisis PACE en Kenia compara tres productos combinados de CIC, Pioneer Assurance y Britak, y dos seguros de hospitalización de Jamii Bora Trust y NHIF *(ver Tabla 15.2)*.[4] Se podría argumentar que esto equivale a comparar manzanas con naranjas. Sin embargo, dado que los riesgos sanitarios representan una gran preocupación entre los hogares de bajos ingresos, comparar un seguro de salud y vida con un seguro sólo de salud es un ejercicio válido desde la perspectiva del cliente, dado que ambos abordan su mayor prioridad. Además, los productos son comparables en la medida en que se destinan de

4 El producto de CIC vende cobertura por hospitalización del NHIF y lo combina con prestaciones de vida suscritas por CIC.

forma generalizada a segmentos de mercado similares: CIC y Britak atienden a la misma población en zonas rurales y CIC y Pioneer en zonas urbanas, mientras que Jamii Bora Trust apunta a un mercado ligeramente menos acomodado de habitantes de barriadas urbanas. No obstante, ninguno de los planes kenianos tiene una justificación económica por el momento *(ver Capítulo 18 para los resultados de CIC).*

Tabla 15.2

Productos incluidos en el análisis PACE para Kenia

	CIC, Bima ya Jamii	*Pioneer Assurance, Faulu Afya*	*Britak, Kinga ya Mkulima*	*Jamii Bora Trust (JBT)*
Fecha de inicio	2007	2010	2007	2001
Tipo de producto	Hospitalización, invalidez y muerte accidental, decesos, voluntario, simple	Atención médica ambulatoria y hospitalización, temporal de vida, invalidez y muerte accidental, voluntario, simple	Vida entera, hospitalización, voluntario, simple	Hospitalización, desgravamen, obligatorio, vinculado a créditos
Cobertura	340 000 KES (hospitalización), 50 000 KES (efectivo hospital), 100 000 KES (invalidez y muerte accidental), 30 000 KES (decesos)	200 000 KES (hospitalización), atención médica ambulatoria ilimitada, 100 000 KES (vida), invalidez en tablas	100 000 KES (vida), incluido el 20% para hospitalización	Hospitalización ilimitado, cobertura préstamo pendiente
Prima anual[1]	3 650 KES por familia	6 995 KES por familia	1 860 KES para miembro y cónyuge	2 400 KES por familia
Distribución	CAC e IMF	IMF	Empleador (KTDA)	IMF
Segmento de destino[2]	Miembros de CAC y clientes de IMF 10 a 15 000 KES (rural) 15 a 30 000 KES (urbano)	Microemprendedores urbanos 15 a 30 000 KES	Pequeños cultivadores de té 10 a 15 000 KES	Habitantes de barriadas urbanas 10 a 20 000 KES
Rendimiento	8 300 vidas (06.2010) Índice de siniestralidad del 40% en vida; 120% en salud Índice de renovación del 25%	11 000 vidas (09.2010) Índice de siniestralidad > 100%	78 000 vidas (10.2010) Índice de siniestralidad del 80 al 100% Coeficiente de caída del 1%	600 000 vidas (10.2010) Índice de siniestralidad del 80 al 120%

[1] Las primas no incluyen el coste de adquirir un préstamo para comprar el seguro, lo cual es muy común en todos los productos examinados, salvo en Britak.
[2] Ingresos medios mensuales del hogar según estimaciones de los proveedores, estudio del impacto actual del producto CIC realizado por EUDN y Oxford University, y estudio de Ana Klincic sobre clientes de Jamii Bora Trust (no publicado).
Nota: 1 USD = 91 KES.

De acuerdo al análisis PACE, el microseguro de Jamii Bora Trust es el único que añade un valor significativo *(Figura 15.4).* Este producto imita los mecanismos informales en cuanto a acceso, satisface las funciones sociales y presta un servicio

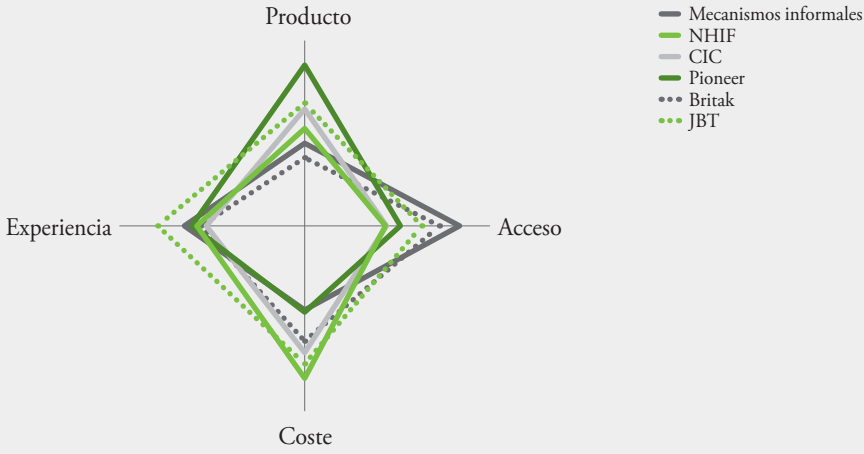
de calidad, al tiempo que ofrece una cobertura más completa que el NHIF a un precio similar. La relativamente buena rentabilidad se obtiene gracias a la limitada selección adversa debido a la naturaleza obligatoria del producto, así como a los controles pertinentes establecidos para reducir el fraude y el riesgo moral por los proveedores de atención médica. La característica obligatoria vinculada a créditos reduce la puntuación en cuanto al acceso, dado que los clientes no tienen opción alguna y, en la mayoría de los casos, recurren a préstamos para financiar primas. Sin embargo, esto se compensa gracias a la sencillez del producto y a la proximidad de sucursales Jamii Bora. Ahora se está debatiendo la posibilidad de ofrecer más variedad a los miembros, pero parece que otorgar un carácter voluntario al producto para todos los miembros de Jamii Bora Trust reduciría la rentabilidad, dado que los costes de administración y la selección adversa aumentarían notablemente.

El de Britak es el producto más accesible por su sencillez y su cómodo canal de distribución que permite deducir la prima de los salarios mensuales automáticamente. Sin embargo, unas prestaciones relativamente bajas menoscaban su potencial de desarrollo. Además, la rentabilidad ligeramente inferior pone en riesgo a este producto cuando los mercados adquieren un mayor nivel educativo y se vuelven menos fragmentados.

Bima ya Jamii ha sido un firme intento por parte de CIC de permitir a las personas acceder a la cobertura del NHIF, mejorando al mismo tiempo la cobertura y el servicio a un precio razonable. Sin embargo, no ha funcionado bien en la práctica y requiere reajustes, dado que el NHIF anunció en 2010 su intención de incluir servicios ambulatorios en su cobertura, lo que resultará en un considerable aumento de la prima. Por consiguiente, CIC y NHIF están contemplando la posibilidad de dejar de ofrecer el producto en su forma actual. A pesar de mejoras en cuanto a proximidad y conocimiento por parte de los clientes, CIC y NHIF han experimentado dificultades a la hora de simplificar el proceso de suscripción y los documentos necesarios, y sincronizar sus sistemas de información. CIC también se vio obligada por la normativa a cobrar una prima anual inicial, lo cual dificultó que las personas pudieran permitirse o acceder al producto.

El producto combinado de Pioneer obtuvo una baja puntuación por diferentes razones. Por una parte, es el producto más completo del mercado y, como tal, merece especial atención, pero es difícil de explicar a los clientes y resulta complicado mantener altos niveles de servicio para una cobertura múltiple, lo cual deriva en puntuaciones más bajas en cuanto a acceso y experiencia. Además, el producto lucha contra la selección adversa y existe una necesidad de mejorar los procesos administrativos para gestionar mejor la red de proveedores. Por último, los mercados de bajos ingresos son sensibles a los precios; una prima equivalente al 2,9% de los ingresos mensuales hace que el producto Pioneer supere el umbral de la asequibilidad. Sin embargo, es el producto menos veterano de todos y su propuesta de valor tiene posibilidades de mejorar con el paso del tiempo.

Figura 15.4 **Análisis PACE del valor para el cliente, Kenia**



	Mecanismos informales	*NHIF*	*CIC*	*Pioneer*	*Britak*	*JBT*
Producto	2,3	2,6	3,3	4,4	1,9	3,3
Acceso	4,3	2,2	2,3	2,7	3,7	3,3
Coste	2,2	4,2	3,4	2,4	3,2	3,8
Experiencia	3,3	3,0	2,7	3,1	2,9	4,0

Aún no se ha alcanzado un consenso sobre el valor para el cliente de los productos de microseguros kenianos, dado que muchos de ellos son nuevos; dada su limitada madurez, existen posibilidades de mejora. Sin embargo, el análisis PACE plantea la cuestión sobre el valor que los productos combinados ofrecen al cliente, al menos en el rígido formato utilizado en Kenia. En teoría, existen sólidos argumentos a favor de los productos combinados, dados los altos costes de adquisición en microseguros. No obstante, hay que ser consciente de sus inconvenientes. La complejidad inherente dificulta explicar las prestaciones a los clientes y mantener un servicio de alta calidad; además, unas pólizas que resultan caras de administrar derivan en productos apenas asequibles. Desde la perspectiva del valor para el cliente, la falta de variedad es un problema, dado que no se puede asumir que soluciones “de talla única" lo engloben todo. Todos estos factores han resultado en una baja aceptación.

15.4.2 Comparación de varios modelos de seguros de vida en la India

Durante la última década se han desarrollado varios productos de microseguros de salud en la India, convirtiéndolo en el mercado más veterano para la provisión de cobertura de salud a los hogares de bajos ingresos. Como muestra la Tabla 15.3,

el análisis PACE capta esta diversidad examinando seis productos de hospitalización combinados con prestaciones adicionales. Estos productos se distribuyen a través de un plan comunitario (Uplift), de ONG en asociación con aseguradoras (PWDS, VimoSEWA), de una compañía de seguros en colaboración con el Ministerio de Textiles (ICICI Lombard), de un Gobierno estatal en colaboración con cooperativas (Yeshasvini) y del Gobierno con varias aseguradoras privadas (RSBY).[5] Los planes de RSBY y para tejedores están subvencionados, y este último es el único que ofrece cobertura ambulatoria íntegra. Podría parecer improcedente comparar planes subvencionados con planes cotizados en el mercado, pero tales comparaciones cobran sentido desde la perspectiva de los clientes, lo cual es la esencia de la evaluación PACE. Los productos atienden a grupos de destino similares pero se venden en diferentes lugares (salvo RSBY, difundido por toda la India).

Los planes patrocinados por el Gobierno obtienen una puntuación similar a la de su homólogo keniano NHIF *(ver Figura 15.5).* Si bien pueden ofrecer mejores productos a un menor coste gracias a las subvenciones, como son planes a gran escala registran peores resultados en los aspectos de acceso y experiencia. En cuanto a RSBY, el acceso está limitado a la población por debajo del umbral de la pobreza tal y como se identifica en la cartilla de racionamiento. Más importante aún es que el número de altas se reduce porque la suscripción se realiza generalmente en un plazo de tiempo específico y todos los miembros de la familia deben acudir en persona. Una información limitada entre el público y un reducido esfuerzo para educar a los miembros son explicaciones posibles del bajo índice de uso. En el caso de ICICI Lombard, el acceso a este plan se ve refrenado por la limitada educación de los miembros para un producto relativamente complejo. Los bajos índices de uso sugieren procedimientos de presentación de reclamaciones inadecuados, pero un sistema "sin efectivo" emergente debería mejorar la calidad de servicio en un futuro próximo. El Gobierno de la India y las aseguradoras involucradas están asignando recursos para que el RSBY y otros planes patrocinados por el Gobierno funcionen para la población de bajos ingresos.

Las mejoras en cuanto a acceso y experiencia podrían dificultar que los planes cotizados en el mercado compitan con el RSBY y otros programas gubernamentales, al menos para los clientes más pobres. Algunos hogares están actualmente suscritos al RSBY y a otros planes de microseguros de salud, pero parece que, en el futuro, los planes se alinearán con el RSBY y reposicionarán sus productos. Organizaciones como Uplift, VimoSEWA y PWDS pueden mejorar el acceso al RSBY y asegurarse de que sus miembros se benefician del sistema gubernamental.

[5] Varias aseguradoras públicas y privadas ofrecen el RSBY; las primas varían ligeramente, pero el diseño del producto y los procesos centrales siguen siendo los mismos. Para el análisis PACE, se toma como referencia el RSBY distribuido en colaboración con ICICI Lombard. Para más información sobre el RSBY y el microseguro de salud en la India, consultar el Capítulo 20, sección 20.2.4.

Tabla 15.3

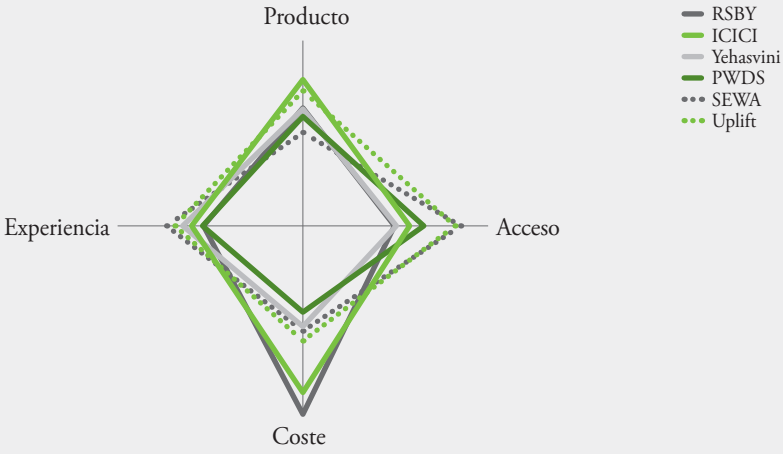
Productos incluidos en el análisis PACE, India

	RSBY	*ICICI Lombard, plan HIS para tejedores*	*Yeshasvini*	*Bharti-Axa/ PWDS*	*VimoSEWA, Sukhi Parivar y Swastha Parivar*	*Uplift*
Fecha de inicio	2009	2005	2007	2010	1992	2003
Tipo de producto	Hospitalización, voluntario, individual, simple	Hospitalización y atención médica ambulatoria, voluntario, colectivo, simple	Hospitalización, voluntario, colectivo, simple	Hospitalización, voluntario, colectivo, simple	Hospitalización, voluntario, colectivo, generalmente vinculado	Hospitalización, obligatorio, colectivo, vinculado a crédito
Distribución	Variada	Cooperativas	Cooperativas	Grupos de autoayuda	Grupos de autoayuda	MFI
Cobertura	30 000 INR sin sublímites, pre y post hospitalización, maternidad íntegra, dietas de transporte, descuentos en atención médica ambulatoria	15 000 INR sin sublímites, cobertura integral	200 000 INR hospitalización pero limitado a una incidencia por persona y por año; principalmente cirugía	30 000 INR sin sublímites, maternidad completa	2 000 a 6 000 INR para productos combinados; 10 000 INR para el producto simple	15 000 INR para hospitalización, sublímites pre y post hospitalización, descuentos en asistencia médica ambulatoria, servicios de salud preventiva
Segmento de destino[1]	– Población por debajo del umbral de la pobreza en zonas urbanas y rurales – Ingresos mensuales del hogar: 1 500 INR (rural) y 2 000 INR (urbano)	– Tejedores y otros trabajadores del textil – Semiurbano y principalmente rural (en 29 estados de la India) – Principalmente miembros por debajo del umbral de la pobreza – Ingresos mensuales del hogar: 2 000 INR (rural) y 2 500 INR (urbano)	– Miembros de Sociedades Cooperativas Registradas en Karnataka rural – Sector pobre superior, algunos miembros por debajo del umbral de la pobreza – 3 000 INR (rural) y 3 500 INR (urbano)	– Miembros de grupos de autoayuda en 7 federaciones en 3 distritos del sur de Tamil Nadu – Sólo rural – Sector pobre superior – 3 500 INR (rural)	– Miembros de la SEWA y otros beneficiarios de ONG, principalmente en Gujarat – Sector informal, rural (60%) y urbano (40%) – Pobres, algunos miembros por debajo del umbral de la pobreza – 2 500 INR (rural) y 3 000 INR (urbano)	– Principalmente población urbana, Pune y Mumbai, habitantes de barriadas urbanas, clientes de microcréditos – Pobres, algunos miembros por debajo del umbral de la pobreza – 2 500 INR (rural) y 3 000 INR (urbano)
Rendimiento	22,5 millones de tarjetas emitidas (Feb. de 2011) Promedio de 2,5 vidas por tarjeta suscrita	De 1,7 a 1,8 millones de pólizas, de 5 a 6 millones de vidas (Dic. de 2010); índice de cobertura del 90% Índice de siniestralidad del 50 al 90%; bajo índice de rechazo de siniestros Índice de renovaciones del 95 al 100%	2,7 millones de vidas (Nov. de 2010) Índice de siniestralidad del 70 al 100% Índice de renovaciones del 70%	6 500 pólizas, 16 000 vidas (Dic. de 2010) Índice de siniestralidad del 140 al 160%	60 000 pólizas, de 100 a 125 000 vidas (Dic. de 2010); 8% de miembros de la SEWA Índice de siniestralidad del 60 al 90%; índice de rechazo de siniestros del 15% Índice de renovaciones del 60%	100 000 vidas Índice de siniestralidad del 47%; índice de rechazo de siniestros del 2% Índice de renovaciones del 70% (Feb. de 2011)

[1]La estimación de los ingresos del cliente debería tratarse con sumo cuidado dada la limitada disponibilidad de datos.
Las cantidades indicadas anteriormente se basan en estimaciones de los proveedores en relación con el nivel por debajo del umbral de la pobreza en la India, cuyo umbral se establece en ingresos mensuales de aproximadamente 1 800 INR (rural) y 2 300 INR (urbano) para una familia de cuatro miembros.
Notas: 1 USD = 44 INR.

Figura 15.5

Análisis PACE del valor para el cliente, India



	RSBY	*ICICI*	*Yeshasvini*	*PWDS*	*SEWA*	*Uplift*
Producto	3,2	3,8	3,0	2,9	2,4	3,6
Acceso	2,6	3,0	2,7	3,4	4,4	4,3
Coste	4,9	4,3	2,6	2,3	2,7	2,9
Experiencia	2,7	3,1	3,3	2,7	3,7	3,6

Resulta interesante constatar que, al igual que Kenia, el valor para el cliente más "equilibrado" lo ofrece un plan basado en la comunidad. Como se describe en el Cuadro 15.5, Uplift obtiene una buena puntuación en PACE, principalmente gracias a servicios con valor añadido, asistencia sanitaria de calidad, esfuerzos de educación del cliente sistemáticos y una excelente atención al consumidor. VimoSEWA es muy similar a Uplift en varios aspectos, salvo en lo que respecta al producto, dado que las prestaciones son las más bajas de todos los planes de la India. Al mismo tiempo, VimoSEWA ha sido financieramente viable desde hace varios años,[6] mientras que Uplift aún depende de donantes, lo que sugiere que las prestaciones con valor añadido que ofrece Uplift podrían no ser realistas para un plan cotizado en el mercado. Los aumentos en las primas podrían ser una opción para mejorar la viabilidad, dado que la mayoría de los planes examinados en la India están por debajo del umbral de la disposición a pagar para un seguro de salud.

[6] No obstante, el rendimiento del plan no ha recibido el visto bueno con las aseguradoras portadoras del riesgo.

Los productos Yeshasvini y PWDS añaden un valor ligeramente inferior, pero atienden a sus mercados cautivos y ofrecen una cobertura decente a un precio justo. El acceso parece ser un problema para Yeshasvini, mientras que PWDS, el menos maduro de todos los planes de la India, necesita mejorar la administración de las reclamaciones y la calidad del servicio. Si se resuelven los problemas de riesgo moral y selección adversa, pueden existir posibilidades de mejora, derivando en más valor para el cliente.

En definitiva, el análisis PACE para la India traza un interesante panorama del valor proporcionado por diferentes modelos. Cada modelo tiene diferentes puntos fuertes, los cuales pueden utilizarse para crear mejores seguros de salud para los hogares de bajos ingresos. Las figuras del sector privado y las ONG deberían alinear sus productos con planes para el público en general (siempre y cuando mejoren la calidad de servicio) a través de la integración o dirigiéndose a diferentes segmentos de mercado.

15.4.3 Mejora del valor del seguro de vida en Filipinas

Así como la India es uno de los mercados más veteranos en microseguros de salud, Filipinas lo es en los microseguros de vida. Para el análisis PACE se seleccionaron coberturas de vida obligatorias con prestaciones por decesos e invalidez. Los diferentes modelos representados incluyen CARD y FICCO, que son grandes asociaciones de beneficio mutuo (MBA), CLIMBS, una aseguradora cooperativa regulada que funciona de acuerdo a un modelo socio-agente con IMF y cooperativas, y MicroEnsure, un corredor especializado que desarrolla y administra productos distribuidos según el modelo socio-agente.[7] Los cuatro productos son similares y las microaseguradoras atienden generalmente a los mismos segmentos de mercado *(Tabla 15.4),* permitiendo que el análisis PACE sea más fácil que en los demás países donde la presencia de planes de seguridad social y la complejidad del seguro de salud dificultan la comparación.

[7] Se toma como referencia el producto MicroEnsure con TSKI para la evaluación PACE en Filipinas.

Tabla 15.4

Productos incluidos en el análisis PACE, Filipinas

	FICCO, MBA	*CARD, MBA*	*CLIMBS, Micro-biz Family Protector*	*MicroEnsure, Family Life con TSKI*
Fecha de inicio	2007	1994	2004	2007
Producto	Temporal de vida, invalidez y muerte accidental	Temporal de vida, invalidez y muerte accidental	Temporal de vida, invalidez y muerte accidental, decesos, incendios	Temporal de vida, invalidez y muerte accidental, decesos
Cobertura	40 000 PHP (muerte natural, principal), 10 000 PHP para otros, invalidez y muerte accidental similar	50 000 PHP (muerte natural, principal), 10 000 PHP para otros, muerte natural similar, incapacidad hasta 100 000 PHP, indemnización por hospitalización de 10 000 PHP en caso de accidente de vehículo de motor	30 000 PHP (muerte natural, principal), 10-15 000 PHP para otros, invalidez y muerte accidental similar, prestaciones de sepelio de 2 500 a 10 000 PHP, 40 000 PHP para incendios	90 000 PHP (muerte natural, principal), 15 a 30 000 PHP para otros, PHP 70 000 (invalidez y muerte accidental, principal), 10 a 20 000 PHP para otros, beneficios de 5 000 a 20 000 PHP
Prima mensual por familia[1]	90 PHP	60 PHP	87 PHP	78 PHP
Distribución	IMF FICCO	IMF CARD	IMF y cooperativas	IMF TSKI
Segmento de destino[2]	Microemprendedores, pescadores, agricultores y trabajadores del sector formal de 13 000 a 2 millones PHP Ingresos medios familiares mensuales de 5 a 20 000 PHP	Mujeres microemprendedoras, comercio, servicios, agricultura 5 a 20 000 PHP	Miembros de cooperativas de ahorro y crédito 5 a 20 000 PHP	Mujeres microemprendedoras, pobres trabajadores, principalmente en zonas rurales 5 a 20 000 PHP
Rendimiento[3]	85 000 miembros (330 000 vidas aseguradas) Índice de siniestralidad del 30% Índice de retención > 80%	1 millón de miembros (4 millones de vidas aseguradas) Índice de siniestralidad del 15 al 25% Índice de retención > 80%	135 000 vidas	1 millón de vidas Índice de siniestralidad del 45%

1 La mitad de las primas de las MBA van a un fondo de garantía y se reembolsa a los miembros cuando deciden abandonar el plan.

2 Dado que todos los planes van destinados a una población justo por debajo o por encima del umbral de la pobreza, el rango de ingresos calculado para todos los planes es de 5 000 a 20 000 PHP, siendo los ingresos medios mensuales de los hogares de 11 000 PHP. Estos cálculos se basan en las siguientes fuentes: 1) PhilHealth (2010): umbral de bajos ingresos de 246 109 PHP al año, aproximadamente 20 000 PHP al mes; ingresos medios del grupo de bajos ingresos de 7 500 PHP; 2) Estadísticas sobre pobreza oficiales del National Statistical Coordination Board (2011): umbral de pobreza mensual de una familia de cinco miembros en 7 017 PHP.

3 El índice de siniestralidad para las MBA se calcula en base a las primas recaudadas. En realidad, el índice se duplica ya que debería basarse solamente en la parte no reembolsable.
Nota: 1 USD = 45 PHP.

Todos los planes en Filipinas ofrecen mejor valor a los hogares de bajos ingresos que mecanismos de riesgo informales similares *(Figura 15.6),* a pesar de que en la cultura filipina, está bien implantada la asistencia por parte de la comunidad a las familias en momentos de dificultad. La principal limitación de los mecanismos informales es que sólo cubren los costes funerarios, lo cual deja a las familias en una situación de vulnerabilidad cuando fallece el sostén económico de la familia. También existen mecanismos informales para los riesgos de vida, baratos y bastante receptivos, especialmente cuando se comparan con los mismos mecanismos en Kenia.

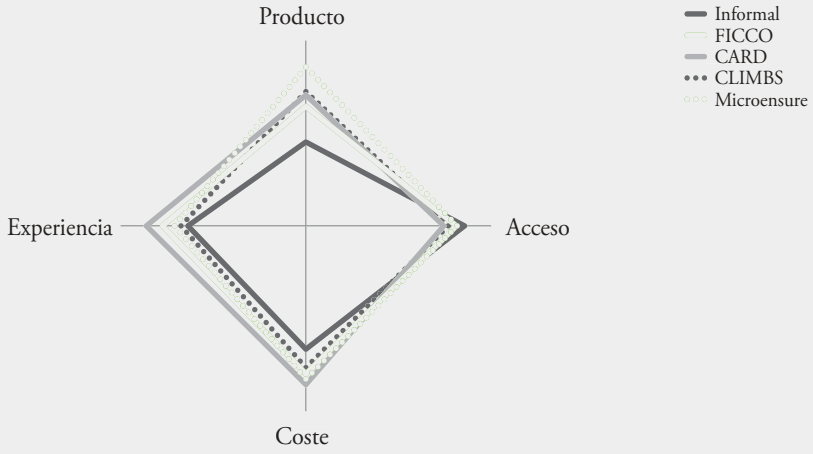
No obstante, el hecho de que los microseguros de vida examinados añadan valor en Filipinas merece especial atención, ya que es difícil ofrecer mejor valor que la práctica informal del *abuloy.*[8] De hecho, los orígenes del microseguro en Filipinas proceden de la formalización del *abuloy* por parte de algunas cooperativas que requerían a los miembros una aportación ex-ante de entre 2 a 5 PHP (de 0,04 a 0,11) al mes para una prestación en caso de muerte de 20 a 35 000 PHP (de 444 a 777 USD), lo que se aproxima al precio que los individuos pagan para formar parte del *abuloy.* A raíz de la aparición de asociaciones de beneficio mutuo como, por ejemplo, CARD y FICCO, éstas se basaron en planes semiformales de las cooperativas y los formalizaron completamente.

Los cuatro productos examinados obtienen prácticamente la misma puntuación en las cuatro dimensiones principales del análisis PACE. Como se describe en la sección 15.2, los productos tienen varios puntos fuertes y débiles, pero ofrecen una buena cobertura y un buen servicio a un precio razonable. Según Rimansi (2002), el precio está dentro del rango de la disposición a pagar declarada por los hogares de bajos ingresos. La relación calidad-precio sigue siendo objeto de preocupación, dado que todos los productos son muy rentables, lo que sugiere que existe la posibilidad de aumentar las prestaciones o de reducir las primas.

Es interesante observar tal convergencia en un entorno donde no hay demasiada competencia, dado que la mayoría de las aseguradoras (especialmente las que son asociaciones basadas en miembros) atienden a mercados cautivos. Sin embargo, con una actividad mayor por parte de CLIMBS y la reciente entrada de MicroEnsure, la competencia se ha manifestado y los clientes parecen haberse beneficiado de ella. Los seguros de vida en Filipinas se basan en mecanismos informales y han mejorado continuamente sus características para ofrecer más valor, dando muestras de que la madurez sí importa y que el valor para el cliente mejora con el paso del tiempo. Aún quedan mejoras por realizar y, con una competencia en aumento, los beneficios para el cliente deberían ser mayores.

[8] En el marco del *damayan*, un término más amplio para la asistencia comunitaria, los familiares y amigos aportan el *abuloy* (ayuda informal para el funeral) para una familia que ha perdido a uno de sus miembros.

Figura 15.6 **Análisis PACE del valor para el cliente, Filipinas**



	Informal	*FICCO*	*CARD*	*CLIMBS*	*MicroEnsure*
Producto	2,3	3,3	3,6	3,7	4,3
Acceso	4,3	4,0	3,6	3,8	4,0
Coste	3,4	4,0	4,4	3,9	4,3
Experiencia	3,2	3,8	4,3	3,3	3,5

15.5 Conclusiones

El valor para el cliente es un tema complejo, aunque debe ser comprendido por los profesionales para lograr el éxito en sus negocios, y por otras partes interesadas para respaldar eficazmente el desarrollo de los mercados del microseguro. La herramienta PACE puede utilizarse para comparar el microseguro con sus alternativas a través de un sistema de auditoría sustentado por fuentes de información secundarias. Colma la laguna existente entre los indicadores clave de rendimiento, los cuales sólo pueden indicar logros o problemas, y estudios de clientes de pleno derecho, que son caros y de carácter longitudinal. El marco PACE examina los productos bajo el prisma de los clientes de una forma holística, teniendo en cuenta las dimensiones que son importantes para los consumidores. Por esta razón, puede ser utilizado por los profesionales para mejorar el valor de sus productos y contribuir a procesos de gestión estratégicos. Los resultados del análisis PACE parecen lo suficientemente sólidos como para involucrar a Gobiernos, donantes y organismos reguladores en debates a nivel de las pólizas.

El análisis inicial en la India, Kenia y Filipinas muestra que el microseguro aún tiene posibilidades de añadir valor a las prácticas de compartición de riesgos y a los planes de seguridad social existentes para proteger a la población de bajos

ingresos contra riesgos de vida y salud. Los resultados que se presentan en este capítulo confirman las limitaciones de mecanismos de gestión de riesgos informales y examinan con mayor profundidad el modo en que el microseguro debería complementar sistemas de seguridad social.

El análisis de tres países alude a la correlación entre el valor para el cliente y la madurez de los mercados. En Filipinas, donde durante más de una década las compañías de microseguros han mejorado continuamente sus productos de seguro de vida, parece no cuestionarse el valor de todos los productos examinados En Kenia, donde acaban de iniciarse innovaciones en los productos combinados como el seguro de salud y de vida, el valor para el cliente de la mayoría de las ofertas sigue en entredicho, ya que no son mucho mejores que los mecanismos informales y no complementan el régimen de seguridad social. Los microseguros de salud en la India parecen estar a medio camino a la hora de ofrecer valor al cliente, con una interesante interacción entre productos valiosos distribuidos a través planes comunitarios o administrados por ONG e iniciativas patrocinadas por el Gobierno, cuya importancia está aumentando.

En el proceso de creación de valor continuo, el entorno competitivo, la orientación del mercado y/o el compromiso social pueden dar lugar a mejoras considerables. Por lo general, las mejoras son pequeños ajustes que marcan una enorme diferencia para los consumidores de bajos ingresos. Sin embargo, es poco frecuente que una oferta destaque en lo relativo al producto, el acceso, el coste y la experiencia. Así pues, aún queda margen para la mejora, ya que los clientes están buscando valor en las cuatro dimensiones. Existen muchos compromisos en este proceso, pero si las mejoras derivan en una mayor eficacia, una propuesta equilibrada puede ser posible.

Los ejemplos descritos en este capítulo son inspiradores, pero el valor para el cliente es contextual y no todas las ideas pueden traspasar las fronteras de mercados con diferentes preferencias entre los clientes, sistemas de seguridad social, panoramas competitivos y disponibilidad de tecnología o canales de distribución. Con todo, si bien el contexto reviste importancia, algunos impulsores de valor para el cliente parecen lo bastante universales como para incorporarse en la agenda global del microseguro de cara a mejorar aún más el valor para el cliente. Esto incluye examinar:

- mejoras en la tramitación de siniestros, la atención al cliente, la educación del cliente y los procesos de suscripción;
- la transformación del aumento de la eficacia (a través de mejoras en los procesos y el uso de tecnología) en más valor para el cliente;
- el valor del diseño de productos obligatorios comparado con el de productos voluntarios;

- el equilibrio entre sencillez y cobertura (coberturas simples comparado con coberturas más completas y adecuadas) en el contexto de costes de marketing, demanda y adquisición;
- formas de estructurar asociaciones público-privadas para el microseguro agrícola y de salud;
- oportunidades para inspirarse en mecanismos informales y garantizar mejor la coexistencia con el seguro.

Por último, en el sector del microseguro, al igual que en cualquier otra actividad de distribución, el valor para el cliente debería impulsar la viabilidad empresarial. Mejores productos permiten alcanzar con mayor rapidez economías de escala, un requisito previo del microseguro. Algunos seguros de vida examinados en este capítulo muestran que es posible hallar el equilibrio perfecto entre el valor para el cliente y la viabilidad empresarial. No existe una respuesta sencilla sobre qué estrategia empresarial es la más eficaz, pero es difícil elaborar una buena estrategia sin comprender las necesidades de los clientes y sin una herramienta que vincule la inteligencia del mercado con el proceso de planificación estratégico. Para comprender las necesidades de los clientes, las microaseguradoras necesitan más datos de estos últimos.

16 Microseguro adecuado para mujeres

Anjali Banthia, Susan Johnson, Michael J. McCord y Brandon Mathews

Este capítulo es una adaptación del Microinsurance Paper No. 3, publicado por ILO Microinsurance Innovation Facility (2009) que fue fundado por Swiss Development Cooperation. Los autores quieren expresar su agracedimiento a Inez Murray (Women's World Banking), Anne Gincherman (Women's World Banking), Raven Smith (Zurich) y Jonathan Tin (Zurich) por su apoyo invalorable para este informe. También agradecen a Jail Kabeer (Institute of Development Studies, University of Sussex), Gabriele Ramm (consultor) y Patricia Richter (OIT) por revisar este informe.

Para millones de mujeres en todo el mundo, una cobertura de microseguro puede significar la diferencia entre vida y muerte. Disponer de mecanismos de cobertura efectivos es algo crucial para mujeres pobres que no sólo se ven expuestas ellas mismas a una mayor vulnerabilidad a riesgos, sino que también soportan la carga de manejar los riesgos de sus familias. Durante la vida de una mujer, estos riesgos pueden incluir problemas de salud de ella misma y de los miembros de su familia, la pérdida de ingresos del cabeza de familia debido a fallecimiento o divorcio, vulnerabilidad en la vejez, preocupaciones por el bienestar de sus hijos si ella misma muriera, violencia doméstica, riesgos relacionados con el puesto de trabajo y catástrofes naturales, tales como se presentan en la Figura 16.1. Cualquiera de estos riesgos puede llevar a un impacto financiero serio y, muchas veces, devastador para las mujeres pobres y sus hogares, a una mayor pobreza, inestabilidad y vulnerabilidad.

Figura 16.1 **Sucesos y riesgos durante la vida de mujeres pobres**

Los hombres pobres se ven confrontados con muchos de estos mismos riesgos. Sin embargo, el impacto sobre las mujeres pobres es mucho más fuerte. A nivel global, las mujeres representan el 70% de los pobres en el mundo (UNIFEM, 2010). Están expuestas a un nivel desproporcionado de vulnerabilidad física y de violencia. Ganan menos –muchas veces trabajan en el sector informal–, poseen menos y tienen menos control de su propiedad (Mayoux, 2002).

Cuando estas vulnerabilidades se unen con la responsabilidad de asegurar el bienestar y la seguridad de sus familias, queda obvio que las mujeres no solo tienen la necesidad urgente y única de disponer de medidas apropiadas para manejar los riesgos, sino que también actúan como agentes respecto a la gestión de riesgos de sus familias.

Tradicionalmente, las mujeres pobres han afrontado los riesgos utilizando recursos que ofrecen una protección moderada pero frecuentemente limitada, ineficiente, no fiable o incluso dañino. El microseguro ofrece una solución prometedora para las mujeres pobres si está diseñado y puesto a disposición de forma efectiva. Las mujeres forman un segmento significativo del mercado de microseguro emergente porque buscan cobertura para ellas mismas y sus familias y actúan como gestores de riesgos para los hogares. A pesar de ello existen millones de mujeres pobres sin seguro.

En este capítulo destacamos la importancia de una comprensión de los riesgos específicos a los que se tienen que enfrentar las mujeres pobres así como la influencia de la dinámica en los hogares respecto a la forma cómo se gestionan estos riesgos. Con estas conclusiones investigamos cómo se puede diseñar y poner a disposición mejor el microseguro a las mujeres. También sirve como una llamamiento a a la acción para IMF[1] y otros canales de distribución, así como a los donantes, aseguradoras y la comunidad de investigación, para que se desarrolle esquemas de microseguro que consideren el género.

Los resultados para este trabajo se han sacado, básicamente, de estudios de mercado cualitativos llevados a cabo *Women's World Banking* (WWB) de 2003 a 2008 en ocho países en África, Europa del Este, América Latina, Oriente Medio y el Sur de Asia y de la literatura existente sobre el ahorro y microseguro.

16.1 El género y los riesgos en hogares pobres

¿Cómo se diferencian las decisiones y estratégicas de gestión entre hombres y mujeres? Si bien existen muchas diferencias entre las culturas, en términos generales se puede decir que los hombres suelen cumplir su papel como proveedores, persona de autoridad y cabeza de familia, y normalmente son los responsables por tomar decisiones financieras de mayor tamaño. Las mujeres suelen cumplir su papel de cuidadoras, amas de casa y, cada vez más, asalariadas y gerentes financieros del hogar. Inherente a su papel de cuidadoras es la responsabilidad de afrontarse a los riesgos –tales como problemas de salud, casos de muerte en la familia y de emergencia– para mantener la seguridad, la salud y estabilidad en su casa.

Estos diferentes papeles llevan a diferentes estrategias de gestión de riesgos para hombres y mujeres que se pueden observar desde las tres perspectivas descri-

1 En este capítulo nos concentramos en primer lugar en las instituciones de microfinanciación (IMF) como canales de distribución.

tas a continuación. Primero: la actitud de las mujeres respecto a formar ahorros, su aversión a riesgos y su gestión financiera difieren muchas veces de la actitud de los hombres. Segundo: existen algunos riesgos que se presentan para las mujeres como resultado de sus relaciones dentro del hogar. Tercero: las mujeres son más vulnerables frente a riesgos debido a su fisiología y su posición dentro del hogar y en la sociedad.

16.1.1 La actitud de la mujer frente a la gestión de riesgos

Las mujeres ahorran mucho y son buenos gestores de riesgos. Las mujeres suelen utilizar sus ingresos para mejorar la atención y el nivel de vida en sus hogares, ya sea gastando los beneficios empresariales en los gastos del hogar o guardándolos para poder recurrir en estos ingresos en caso de necesidad. Este comportamiento se relaciona con el papel de las mujeres como cuidadoras y sugiere que, si las mujeres se ocupan de las necesidades del día a día de la familia, quedan libres recursos de los hombres para invertir y expandir sus negocios. En este sentido, sus funciones son interdependientes. Un hombre paquistaní dice: "Las mujeres usan [sus ingresos] en casa, piensan en los niños, ahorran dinero para la dote o la educación de los niños. Eso es lo que hacen las mujeres. Los hombres quieren ampliar su negocio" (WWB, 2008c).

Los datos recogidos en los países desarrollados muestran que las mujeres tienen más aversión frente al riesgo que los hombres frente a la inversión (Jianakoplos y Bernasek, 1998). Sin embargo, las diferencias en la aversión al riesgo quizás no sea algo biológico o innato sino que surge de los papeles tradicionales dentro de la familia y los diferentes grados de riesgo a los que las mujeres y los hombres se enfrentan. Si estas diferencias surgen de preferencias innatas o de contextos de género, las mujeres y los hombres gestionan los riesgos de manera diferente, y esto tiene implicaciones para el diseño de productos de microseguro.

16.1.2 Las relaciones dentro del hogar y la gestión de riesgos

Algunos hogares operan con una toma de decisiones y negociación conjunta significativa. En otros casos, puede haber una fuerte separación de los papeles, con poca discusión o colaboración, o puede haber conflictos latentes o manifiestos en los que algunos miembros, por lo general las mujeres, sienten que están tratando de cumplir con sus responsabilidades, a pesar de sus cónyuges. En estos últimos casos, los hombres suelen ofrecer poca ayuda, retiran sus contribuciones cuando las mujeres ganan sus propios ingresos o presentan demandas respecto a los ahorros e ingresos de las mujeres para sus propios fines. En el peor de los casos, el conflicto puede conducir a la violencia doméstica y el divorcio.

La forma cómo funciona un hogar repercute significativamente en la asignación de recursos respecto a ahorros y seguros. Cuando la cooperación es buena, las decisiones conjuntas para movilizar fondos para contratar un seguro son más fáciles. En los hogares, donde los roles están claramente separados o hay conflictos, estas decisiones suelen ser más problemáticas. En estos casos, las mujeres que desean adquirir pólizas que respondan a las necesidades atribuidas a su papel –por ejemplo, la atención de salud de los niños– puede que tengan que recurrir a sus propios niveles de ingresos y ahorros que son, por lo general, más bajos. La mera existencia de un conflicto familiar también puede aumentar el deseo de una mujer para comprar un seguro así como afectar las características que ella elige. El conocimiento de tales dinámicas de género dentro de un hogar permitirá que se mejoren el diseño y la puesta a disposición de productos de microseguro.

16.1.3 Mayor vulnerabilidad a los riesgos para las mujeres pobres

Las necesidades de gestión del riesgo de las mujeres están determinadas por los riesgos específicos y singular que tienen que enfrentar debido a su fisiología y su posición en la familia y la sociedad. Los riesgos clave a los que tienen que hacer frente las mujeres pobres son los siguientes:

- **Salud:** Las crisis de salud son uno de los riesgos mayores y menos previsibles a los que se enfrentan los hogares pobres. Gastos médicos enormes y la pérdida de salarios pueden dejar caer incluso a los hogares más bien estables en la pobreza (Chen et al., 2008). Las mujeres se enfrentan a un doble reto cuando se trata de riesgos para la salud: son más susceptibles a problemas de salud y es más probable que sean responsables del cuidado de los problemas de salud de los demás. Los ejemplos de la mayor susceptibilidad a las enfermedades de las mujeres incluyen temas de salud reproductiva, como queda obvio con las 300 millones de mujeres que sufren daños permanentes de salud como resultado de embarazos y partos (Ahmed y Ramm, 2006). Las mujeres también son más susceptibles a enfermedades como el VIH/SIDA de transmisión sexual, ya que a menudo están en posiciones más débiles para negociar sexo seguro (ONUSIDA, 2008). La salud de las mujeres también puede estar amenazada por una mayor exposición al agua insalubre mientras que limpian sus hogares y a humos nocivos de leña o de carbón mientras que cocinan (Ahmed y Ramm, 2006). Las mujeres pobres son menos propensas a usar sus recursos limitados para un tratamiento cuando están enfermas, prefiriendo en lugar de ello utilizar los recursos para el tratamiento de un miembro enfermo de la familia, especialmente un niño (Kern y Ritzen, 2002).
- **La muerte del esposo:** En la mayoría de los países, las mujeres tienden a vivir más que sus maridos. La probabilidad aumenta en aquellas comunidades donde las mujeres suelen contraer matrimonio con hombres mayores y donde la esperanza

de vida masculina se acorta por la violencia, condiciones de trabajo insegura o la participación militar. Para las mujeres pobres, la muerte de un marido puede ser devastador – no sólo emocionalmente, sino también económica y legalmente. Las viudas que dependieron de sus cónyuges en lo que respecta a la ayuda financiera deben aprender a sobrevivir de forma independiente, con pocas oportunidades de volver a casarse. El riesgo se incrementa para las mujeres con hijos pequeños que deben mantener y educar. También es posible que las viudas tengan que afrontar importantes batallas legales y culturales para quedarse con la propiedad tras la muerte de su marido. La pérdida de la propiedad puede dejarlas sin un hogar para vivir y puede amenazar su seguridad en cuanto a ingresos y alimentación. Los aseguradores podrían desempeñar un papel positivo en estas situaciones al exigir que los bienes asegurados sean a nombre de la mujer (Ahmed y Ramm, 2006).

– **La vejez:** La vejez ejerce una presión considerable sobre los hogares pobres debido a la necesidad de apoyo financiero y de ayuda para vivir, así como por el aumento de los costes sanitarios. Tradicionalmente han sido las mujeres las que se han enfrentado principalmente a este riesgo porque confiaban en sus hijos adultos les ayudaran. Cada vez más, sin embargo, las mujeres están preocupadas de que sus hijos no puedan o no quieran proporcionar este apoyo. Debido a esta ruptura de los roles tradicionales, muchas mujeres se vuelven muy vulnerables, en particular las viudas.
– **Divorcio:** Las investigaciones de WWB revelan que muchas mujeres divorciadas están bajo intensa presión financiera; una presión que se agudiza si tienen hijos a su cargo. Al igual que en el caso de la muerte de un cónyuge, las mujeres divorciadas se enfrentan a la pérdida de apoyo financiero de sus maridos, un costo que se acentúa en los países en los que la pensión alimenticia es o bien no requerida o no se cumple, y con frecuencia libran fuertes batallas legales para quedarse con la propiedad después del divorcio. Estos riesgos financieros son aún más difíciles cuando se juntan con las barreras culturales y el ostracismo social al que las mujeres divorciadas pueden verse expuestas. Mientras que el "seguro de divorcio" puede que no sea viable, los aseguradores y canales de distribución pueden alentar a las mujeres a que figure su nombre en los títulos legales de los bienes a asegurar, para protegerlas en caso de divorcio o la muerte de su marido. IMF y otros medios de entrega también pueden ayudar a las mujeres divorciadas, proporcionándoles servicios jurídicos asequibles para que ayuden a las mujeres a quedarse con sus bienes después del divorcio.
– **Muerte propia:** Muchas mujeres se preocupan de que sus hijos, especialmente sus hijas, no estén bien atendidos en el caso de su propia muerte. Las mujeres también se preocupan por cargar a sus familias con los gastos del funeral y deudas pendientes, y las que cuentan con ingresos tienen miedo de que su familia no tenga los recursos para sobrevivir sin su contribución. Los microseguros son una herramienta ideal para proporcionar apoyo financiero, inclusive el pago de deu-

das pendientes y poner a disposición beneficios financieros para los niños; sin embargo, algunas mujeres temen que sus cónyuges, si ella se declara la beneficiaria de una póliza de seguro de vida, puedan gastar una parte o la totalidad del pago del seguro para propósitos no deseados. Para evitar este problema, los canales de distribución podrían ofrecer un asesoramiento respetuoso con la cultura para ayudar a las mujeres que recapaciten sobre sus opciones para nombrarse beneficiarias. Los microseguros también pueden ser diseñados para proporcionar directamente beneficios prácticos, tales como alimentos o vales para gastos escolares, para garantizar mejor que se cumplan las necesidades de las mujeres incluso después de su muerte.

- **Violencia doméstica:** La violencia doméstica no sólo pone en situación de riesgo la salud mental y física de las mujeres, sino que también puede amenazar su seguridad financiera. Las mujeres que sufren de violencia doméstica pueden incurrir en costos financieros serios para la atención médica y rehabilitación, lo que tiene implicaciones para el seguro de salud (Ahmed y Ramm,2006). También puede darse el caso que su capacidad de obtener ingresos se reduzca si su trabajo les somete al abuso o si el abuso ha hecho que ya no puedan trabajar. Para las mujeres pobres que no poseen propiedad, este riesgo se agrava. Investigación en el sur de la India dieron como resultado que el 49 por ciento de las mujeres casadas sin tierra ni una casa sufrió violencia doméstica, mientras que esa cifra se redujo a un nivel entre el 10 y el 18 por ciento para las que tenían tierra o una casa (Murray, 2008). Por lo tanto, los esfuerzos de las IMF para fomentar la propiedad de activos a través del ahorro y del crédito también pueden ser una herramienta de gestión de riesgos importante para las mujeres.
- **Riesgos relacionados con el trabajo:** Las mujeres pobres se enfrentan a una serie de riesgos relacionados con el trabajo que, a menudo, no se cubren con los productos de seguros disponibles. Los comerciantes que trabajan en las calles o en los mercados suelen ser vulnerables al robo y la violencia física. Las trabajadoras sexuales son altamente expuestas a las enfermedades de transmisión sexual, la violación y el abuso. Las mujeres que trabajan en negocios en su hogar son vulnerables porque carecen de las medidas de seguridad que suelen existir en las fábricas y porque están aisladas físicamente de los demás, disminuyendo sus oportunidades de afiliarse a los sindicatos y exigir igualdad de remuneración. Dado que a las mujeres normalmente se les paga menos por su trabajo que a los hombres y hay una mayor probabilidad de que trabajen en el sector informal donde reciben menos protección legal contra los riesgos laborales, su capacidad de prevenir o hacer frente a estos riesgos es más limitada.
- **Desastres naturales:** Los efectos de los desastres naturales en los pobres pueden ser especialmente agudos, pero rara vez eso está cubierto por un seguro *(véase el Capítulo 4).* Un porcentaje significativamente mayor de las víctimas en muchos desastres naturales recientes han sido mujeres. Esta disparidad de género resulta

de varias diferencias de género: como cuidadoras de los niños, las mujeres suelen estar más cerca físicamente a los dependientes en caso de una situación de desastre y, por lo tanto, se puede dar el caso de que tengan que tratar de rescatarlos, lo que reduciría su capacidad de ser evacuadas rápidamente. Las restricciones culturales sobre la capacidad de las mujeres para salir de su casa sin el permiso de un hombre también pueden impedir la evacuación oportuna. Aunque las mujeres sobrevivan un desastre, muchas veces sufren una segunda oleada de riesgo porque se ha visto demostrado que aumenta la amenaza de violencia física y sexual contra las mujeres, sobre todo en los campamentos de refugiados durante la fase de recuperación (Dimitríjevics, 2007).

16.2 Estrategias tradicionales para la gestión de riesgos y el afrontamiento

Los mecanismos que las mujeres pobres utilizan tradicionalmente para hacer frente a un riesgo se pueden resumir en dos categorías: 1) la gestión de riesgos o estrategias antes del suceso, las medidas adoptadas para limitar los riesgos o prepararse para la ocurrencia de un suceso que conlleva riesgo, y 2) las estrategias para hacer frente al riesgo o estrategias posteriores al suceso, las medidas adoptadas para hacer frente a las consecuencias de las crisis después de que se hayan producido. En este capítulo se analiza la gestión de riesgos sin microseguro y las estrategias de afrontamiento. El microseguro como una estrategia de gestión del riesgo se tratará en el capítulo 16.3.

16.2.1 Anterior al suceso: las estrategias de gestión de riesgos para las mujeres pobres

- **Ahorros:** Como se señaló anteriormente, las mujeres utilizan sus ahorros para pagar fuertes impactos financieros asociados con su papel de cuidadoras, incluyendo la salud, la educación y las emergencias. Las mujeres pobres emplean una variedad de estrategias de ahorro, como el ahorro en casa, en activos, en asociaciones alternantes de ahorro y crédito (ROSCA) y en cuentas en bancos, instituciones de microfinanzas (IMF) o cooperativas.
- **La toma de decisiones de negocio con aversión al riesgo:** Con acceso limitado al capital y educación y las limitaciones significativas en su tiempo debido a las responsabilidades del cuidado en el hogar, las mujeres pobres a menudo no tienen otra opción que dedicarse a actividades indiferenciadas, poco rentables, de bajo valor añadido y de bajo riesgo, tales como coser o cocinar, que son actividades adicionales a las tareas domésticas. Cuando obtienen algunos beneficios, las mujeres suelen evitar reinvertir sus ganancias en su actividad principal y eligen opciones más adversos al riesgo. Este comportamiento evita grandes pérdidas, pero también limita grandes ganancias, y es típico por su preferencia de seguri-

dad y una gestión de riesgos frente a decisiones de negocio más arriesgadas si bien potencialmente más rentables.

- **Invertir en propiedad:** Para muchas mujeres, el hecho de tener una propiedad es una importante estrategia para gestionar los riesgos de un divorcio, viudez o edad avanzada. Con su nombre en la escritura pública de la tierra, se puede evitar batallas legales complicadas y costosas sobre la propiedad si se divorcian o se quedan viudas, asegurando así su lugar para vivir. Ser propietario de una casa permite a las mujeres pasarla a sus hijos, crear un lugar para vivir cuando hayan alcanzada una edad avanzada y les da la opción de alquilar la totalidad o parte de la casa como una fuente de ingresos, lo cual es particularmente importante para las mujeres de edad avanzada.
- **"Invertir" en niños:** Las mujeres a menudo consideran que las inversiones en la educación y los negocios de sus hijos son inversiones en su propia seguridad en la vejez. "La mayor inversión que puedes hacer es educar a tus hijos, darles dinero para que vayan a la universidad", dice una mujer dominicana (WWB, 2008b). La esperanza es que los hijos con una buena formación tendrán empleos bien remunerados que les prestan suficientes recursos para que puedan cuidar de sus padres ancianos y un sentido de responsabilidad para "devolver" a los padres lo que éstos últimos habían soportado mientras que ellos eran jóvenes.
- **Participar en las relaciones sociales informales recíprocas:** En muchas culturas, las mujeres invierten en relaciones sociales informales recíprocas para estar preparadas ante diversos acontecimientos del ciclo de vida, como el nacimiento de un hijo o la muerte de un cónyuge. Las relaciones para la gestión del riesgo como *munno mukabis* (que significa "asociación para amigos en casos de necesidad") en Uganda, brindan la oportunidad a sus miembros a recaudar, durante algún tiempo, fondos con el fin de conseguir recursos suficientes para ayudar a sus miembros si hubiera una necesidad financiera, como una muerte o una boda (CGAP, 2000).

16.2.2 Posterior al suceso: estrategias de afrontamiento de riesgos para las mujeres pobres

- **Recortar los gastos de los hogares:** Cuando se produce una crisis financiera, las mujeres pobres a menudo responden cortando los gastos de los hogares. Dependiendo de la necesidad financiera, estos recortes pueden incluir una reducción de los gastos del día a día, tales como alimentos y gastos médicos y/o reducciones de costes a largo plazo, tales como pasar a una vivienda menos cara u obligando a su hijos, especialmente las hijas, que abandonen la escuela (World Bank, 2009).
- **Prestar dinero:** Muchas mujeres pobres recurren a prestar dinero para hacer frente a choques financieros, ya sea de la familia, de los amigos, las IMF, o los prestamistas que cobran altos intereses y casas de empeño. Las mujeres también

suelen desviar fondos previamente prestados para otros propósitos (p.ej., una inversión empresarial) en la gestión de los riesgos inmediatos. Cuando ya se han tomado préstamos, una estrategia de último recurso para hacer frente a riesgos puede ser dejar de pagar el préstamo si se necesita el dinero para otra cosa.

- **Venta de activos:** Otra estrategia para afrontar un riesgo es la venta de bienes tales como oro, terreno y la vivienda, o de activos para la generación de ingresos, tales como los equipos de negocios o ganado.
- **Iniciar o incrementar actividades para generar ingresos:** Los miembros de los hogares pobres también pueden iniciar o incrementar sus actividades de generación de ingresos para ganar dinero extra para hacer frente a las crisis financieras (Ezemenari et al., 2002). Con frecuencia se trata de un severo golpe financiero que empuja a las mujeres, y en algunos casos a sus hijos, al trabajo. Un estudio reciente entre las trabajadoras sexuales en el oeste de Kenia revela el hecho inquietante de que casi el 20 por ciento de las mujeres está más dispuesto a prestar servicios sexuales arriesgados y mejor pagados en días en los que un miembro de la familia, especialmente un niño, se enferma, para hacer frente a los gastos médicos necesarios (Robinson y Yeh, 2009).
- **Participar en las relaciones sociales informales recíprocas:** Las relaciones sociales informales también pueden ayudar a las familias pobres a afrontar las crisis financieras. En Kenia, las mujeres utilizan *harambees* (que significa "poner en común"), donde las mujeres se reúnen para cubrir los gastos de las crisis financieras, como la muerte de un miembro de la familia. Un estudio realizado en Nepal reveló que cuando alguien muere, los miembros de la comunidad suelen donar pequeñas cantidades de dinero y alimentos, que las familias utilizan durante el período de luto de 13 días (Simkhada et al., 2000).

16.2.3 Consecuencias de estrategias de riesgo

Aunque muchas de las estrategias de riesgo que los hogares pobres utilizan ofrecen cierta protección, aun así a menudo son insuficientes para cubrir la totalidad de los costes asociados con golpes financieros (Dercon y Kirchberger, 2008; Cohen y Sebstad, 2009). Además, estas estrategias tienen, a menudo, consecuencias secundarias negativas para las mujeres y sus familias.

Insuficiencias

Si bien las investigaciones de WWB revelan que las mujeres pobres están dispuestas y pueden ahorrar alrededor del 10 al 15 por ciento de sus ingresos netos mensuales, la cantidad raramente es suficiente para cubrir más que los costes básicos para casos de emergencia y algunos costes relacionados con la salud. Ahorrar también puede ser ineficaz cuando la seguridad de los ahorros está en cuestión, como es el caso, a menudo, con los ahorros informales en los que se corre el peli-

gro de robo, fraude o presión porque otros miembros de la familia quieran gastar tal ahorros, lo que merma su capacidad de servir como un mecanismo eficaz de supervivencia. En unas investigaciones en Uganda se ha constatado que se pierde el 22 por ciento de los ahorros acumulados en planes de ahorro informales en comparación con una tasa de pérdida de sólo el 3,5 por ciento en el sector formal (Wright y Mutesasira, 2001). Dado que las mujeres son más propensas a utilizar mecanismos informales de ahorro, este riesgo les afecta de manera desproporcionada (WWB, 2003).

Por otra parte, ahorrar a través de las ROSCA puede ser inútil cuando varios miembros requieren dinero al mismo tiempo o cuando un miembro que tiene que hacer frente a un fuerte golpe financiero no recibe su pago pendiente (WWB, 2006d). Otras relaciones sociales recíprocas informales también son incapaces de dar cobertura completa a muchos riesgos. En el ejemplo anteriormente mencionado de Nepal, las contribuciones de los miembros de la comunidad sólo cubrieron el 25 por ciento de los gastos asociados con la muerte de un familiar (Simkhada et al., 2000). Las relaciones sociales también pueden ofrecer poca protección contra riesgos covariantes, tales como desastres naturales o epidemias, porque los demás pueden verse afectados por problemas similares, lo que limita su capacidad a ayudar.

Implicaciones secundarias adversas

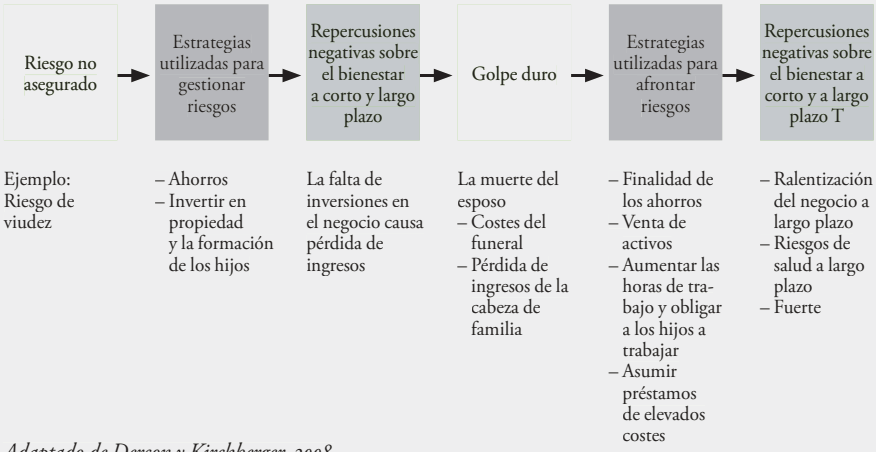
Varias estrategias de riesgo, aunque a veces eficaces a corto plazo, pueden conducir a que se endurezcan las consecuencias secundarias adversas, perpetuando así un ciclo de pobreza para las mujeres pobres y sus familias. La asignación de los beneficios empresariales al ahorro en lugar de la inversión, por ejemplo, es una de las principales razones por las empresas de mujeres no crecen en la misma medida que las empresas de los hombres (Murray, 2008). Acumulando ahorros preventivos también puede limitar el gasto en otras necesidades vitales como la vivienda o la educación. Otras prácticas de negocio con aversión al riesgo, tales como la diversificación en una serie de empresas más pequeñas, pueden reducir las repercusiones si falla un negocio pero, por otra parte, limitan las posibilidades de éxito de un negocio. Estos opciones con aversión al riesgo hacen que las mujeres pobres renuncien a oportunidades rentables que podrían haberles ayudado a romper el ciclo de la pobreza (Dercon y Kirchberger, 2008).

Cuando una mujer hace frente a una crisis y vende activos productivos como la ganadería o el equipo, puede que esté obligada a aceptar un precio inferior al del mercado debido a su situación de desesperación. Además, elimina su capacidad de obtener ingresos de los activos en el futuro. Del mismo modo, sacar a los niños de la escuela puede reducir los gastos inmediatos del hogar y permitir que los niños tengan tiempo para trabajar, pero constituye una pérdida grave para su desarrollo y una grave restricción de su potencial de ganancias a largo plazo. La

reducción de la alimentación y de gastos médicos también puede tener repercusiones graves para la salud en un hogar. Las investigaciones sobre la reciente crisis económica indican que las mujeres y las niñas sufren de manera desproporcionada de estos recortes (Instituto de Estudios sobre el Desarrollo, 2009).

Es cierto que los préstamos pueden ayudar a suavizar las necesidades financieras a corto plazo, pero también pueden llevar a un endeudamiento a largo plazo (Simkhada et al., 2000). El incumplimiento de pago de préstamos puede liberar dinero en efectivo a corto plazo y, al mismo tiempo, dar lugar a una futura pérdida de acceso a financiación. La figura 16.2 ilustra cómo muchas de las estrategias de riesgo mencionadas pueden fallar para la mujer que las emplea (Dercon y Kirchberger, 2008).

Figura 16.2 **Ejemplos de estrategias de riesgos y sus consecuencias**



Adaptado de Dercon y Kirchberger, 2008.

La insuficiencia y el daño asociado a muchas de las estrategias de riesgo de uso común indican una fuerte necesidad de opciones más robustas que proporcionen una cobertura más adecuada y de larga duración sin efectos negativos.

16.3 El microseguro sensible al género

El microseguro puede proporcionar una cobertura adecuada y duradera contra los choques para las mujeres pobres si está diseñado y comercializado adecuadamente para hacer frente a sus necesidades. Si bien se está haciendo disponible una amplia gama de productos de microseguros, incluidos planes de protección contra la pérdida de cosechas, daños a la propiedad, desastres naturales, desempleo, discapacidades y los costos asociados al rol de las mujeres como cuidadora, esta discusión se centrará principalmente en el microseguro de Salud y de Vida por-

que esos riesgos suelen ejercer la mayor presión financiera sobre las mujeres pobres (Roth et al., 2007).

Para que un programa de microseguros tenga éxito se debe lograr un equilibrio entre una cobertura que satisface las necesidades de las mujeres pobres, reduciendo al mínimo los costes operativos para el suministro y las aseguradoras y, por otra parte, manteniendo bajas las primas para fomentar la posibilidad de disposición y accesibilidad (Churchill, 2006). Hay varios ejemplos útiles en el mercado. La Academia de Microseguro presenta a los clientes un "menú" de los beneficios, en el cual pueden escoger y elegir los atributos en función de sus necesidades y capacidad de pago. Otros han ofrecido a sus clientes otros productos financieros, tales como cuentas de ahorro o préstamos de emergencia para cubrirlas lagunas en sus programas de microseguros. Las cajas indicadas en este capítulo proporcionan algunos ejemplos de microseguros sensibles al género.

16.3.1 Atributos de diseño

Salud y beneficios disponibles para mujeres

El microseguro de salud para las mujeres debe ir más allá de la cobertura de los servicios básicos de salud para cubrir los riesgos de salud del ciclo de vida de las mujeres, incluidas las cuestiones de salud reproductiva, como el embarazo, atención prenatal y del niño, métodos anticonceptivos, la menopausia, así como la atención preventiva como reconocimientos periódicos de salud, vitaminas, educación sobre la prevención de enfermedades, vacunas para ellas mismas y sus niños. Los microseguros de salud integral deben abarcar también varios tipos de atención como, por ejemplo, la atención primaria y especializada, la atención de la salud mental, el tratamiento ambulatorio, la hospitalización, la cirugía y los medicamentos recetados, así como el acceso a médicos femeninas.

Muchos productos de microseguro de salud carecen de una cobertura global o la ofrecen a precios no asequibles para la mayoría de las mujeres. Varios esquemas excluyen el embarazo, indicando como motivo los altos costes para las aseguradoras y clientes. Cuando la ONG india Shepherd trató de negociar el precio de un programa de microseguro de salud que incluía los beneficios de maternidad con la compañía de seguros United India, de propiedad estatal, las primas fueron aproximadamente el doble de las primas que excluían la maternidad, es decir, demasiado caras para los clientes de bajos ingresos de Shepherd (Ahmed y Ramm, 2006). Otras compañías ofrecen coberturas de embarazo limitadas. Delta Life en Bangladesh, por ejemplo, excluye la cobertura de mujeres durante su primer embarazo por el riesgo más elevado que se produzcan complicaciones (Ahmed y Ramm, 2006). Otros programas tienen un período de espera de nueve meses para la cobertura de salud para evitar que las mujeres contraten el seguro al descubrir que están embarazadas, o limiten los beneficios

a sólo uno o dos nacimientos por cada cliente (Herbas, 2009). Por ello, el reto consiste en encontrar una manera de proporcionar una cobertura global a un precio alcanzable. El Cuadro 16.1 muestra cómo el banco boliviano MFI BancoSol trató este problema.

Cuadro 16.1 **El BancoSol de Bolivia ofrece más beneficios para las mujeres**

Mientras que muchos programas de microseguros incluyen los beneficios de maternidad o imponen períodos de espera de nueve meses o más para prevenir que las mujeres embarazadas suscriban un seguro, BancoSol ofrece un producto único integral de microseguros de salud para las mujeres junto con la compañía Zurich. El programa proporciona cobertura completa de maternidad con un período de espera de siete meses, dando a las mujeres embarazadas un plazo de dos meses para adquirir un seguro que cubra el parto. Como IMF de alto rendimiento de Bolivia con cerca de 200.000 clientes en 2009, BancoSol fue capaz de ejercer su poder de negociación para conseguir estas condiciones favorables a las mujeres con Zurich, y demostró rápidamente la viabilidad de este tipo de programa a través de un programa piloto. En los dos años desde que el lanzamiento del programa piloto, el programa de microseguros de salud de BancoSol ha llegado a más de 14.000 clientes. El sesenta y dos por ciento de los clientes son mujeres, en comparación con sólo el 45 por ciento de los prestatarios, lo que subraya el alto valor de los programas de microseguros sensibles al género para mujeres.

Fuente: Autores.

Cobertura de microseguro de Salud para toda la familia

Como cuidadoras, las mujeres valoran fuertemente el microseguro de salud que les permite cubrir a toda su familia. Sin embargo, los altos costes adicionales por añadir otros miembros de la familia tienen como consecuencia que, a menudo, la cobertura de la familia sea inasequible u obligan a las mujeres a escoger y elegir a quién asegurar. Esta última opción plantea problemas graves para las mujeres y niñas porque a menudo son ellas las que quedan fuera (Ahmed y Ramm, 2006).

En otros casos, no es posible elegir entre varios miembros de una familia, como en el caso de los planes patronales, que a veces sólo cubren a los empleados. Una mujer en Jordania que se ve en esta situación, dice: "Mi esposo está asegurado solo por la empresa para la que trabaja. Le quitan 7 dinares (US$10) al mes de su salario. Él puede ir a los hospitales privados, pero nosotros no estamos cubiertos. Tendría que pagar más para que nos incluyan [y no nos lo podemos permitir] (WWB, 2006c). La Asociación de Trabajadoras por Cuenta Propia (SEWA) de la India ha mitigado este problema ofreciendo a sus clientes planes de microseguros de salud familiar que automáticamente incluyen a todos los miem-

bros de la familia. Mientras que estos "paquetes" son más caros que un seguro individual, SEWA llegó a la conclusión de que podían mantener bajos los costes adicionales si asegura una proporción más elevada de la población. El producto ha demostrado ser muy popular: el programa triplicó su volumen en 2005 (Chatterjee, 2005). Este ejemplo muestra que es posible ofrecer planes familiares de bajo coste y destaca el efecto multiplicador para las aseguradoras cuando se dirigen al mercado de las mujeres como un canal para la cobertura de salud de las familias.

La cobertura de microseguro de Vida para los maridos

Un aspecto crítico del seguro de vida para mujeres es hacer disponible una cobertura a ellas mismas y sus maridos, aunque en muchos esquemas están cubiertas solamente las mujeres. A menudo, esto se realiza a través de una cobertura unida a un préstamo, una de las formas más comunes del microseguro de vida que protege sólo la vida de un prestatario de IMF *(véase el Capítulo 9).* Dado que los prestatarios de IMF suelen ser mujeres, el seguro de desgravamen les deja sin protección si sus maridos se mueren. Se dice que esta situación supone "una de las grandes ironías [del microseguro]", porque si se ofrece una cobertura sólo para la vida de una mujer esto significa, en realidad, que para obtener 'beneficios' de un seguro, la mujer tendría que a morir primero "(Ahmed y Ramm, 2006). CARD (siglas inglesas; Centro de Desarrollo Agrícola y Rural) de Las Filipinas reconoció esta necesidad y modificó su producto para cubrir también los cónyuges. Esto creó un beneficio agregado para la cartera de préstamos de CARD porque la muerte de un cónyuge puede afectar a la capacidad de la mujer de devolver un préstamo (Ahmed y Ramm, 2006).

Protección para los niños de las mujeres: la posibilidad de designar a los beneficiarios y reclamaciones prácticas beneficiosas para niños

Mientras que muchos planes de microseguros asumen que los esposos serán los beneficiarios de las reclamaciones de seguros de vida de sus esposas, muchas mujeres quieren tener la libertad de elegir a otro beneficiario si sienten que sus maridos no proporcionarían la protección adecuada para sus hijos en el caso de su muerte, o si se preocupan de que sus maridos podrían utilizar el pago del seguro para objetivos no deseados, como una segunda esposa o el consumo personal (Ahmed y Ramm, 2006). Si se les da la posibilidad de designar a un beneficiario, muchas mujeres elegirían a amigos, parientes o hijos adultos en vez de a sus maridos, pero muchos productos no ofrecen esta opción (Cohen y Sebstad, 2006).

Otra forma de proteger a los niños es estructurar las reclamaciones de tal forma que ofrezcan una máxima protección a largo plazo e incentivos para evitar estrategias dañinas para hacer frente a riesgos, como sacarlos de la escuela. La Organización All Lanka Mutual Assurance (ALMAO) en Sri Lanka ha presen-

tado un plan de microseguros de vida que paga beneficios escalonados a los niños durante un período de cuatro años (un 20 por ciento después la muerte del padre o de la madre y un 20 por ciento cada año durante los cuatro años siguientes). Véase el recuadro 16.2 para la descripción del enfoque innovador que La Equidad en Colombia utiliza para animar que permanezcan en la escuela los niños cuyo padre o cuya madre ha fallecido.

Cuadro 16.2

La Equidad de Colombia estructura los beneficios de un seguro de vida para proteger a los niños

En Colombia, una respuesta lamentable mas común al fuerte impacto financiero que supone la pérdida del padre o de la madre es sacar a los niños de la escuela. Esta decisión reduce los costes para la educación y el niño tiene tiempo para dedicarse a un trabajo remunerado, pero al mismo tiempo pone en serio peligro el aprendizaje, el desarrollo y el potencial de ingresos a largo plazo del niño. Para que ello n suceda, La Equidad, una gran aseguradora con más de tres millones de clientes, ha estructurado los beneficios de su producto de microseguro de vida Amparar para proteger a los niños. Además de un pago único para caso de muerte y para el funeral, la póliza paga mensualmente una suma para financiar única y exclusivamente la educación durante los dos años siguientes a la muerte de un padre o de la madre. Asimismo ofrece a las familias un pago mensual para alimentos durante un año. Este programa está explícitamente diseñado para evitar que las familias se vean obligadas a limitar la educación o las calorías en la alimentación de los niños para poder luchar contra el choque financiera que supone la muerte del padre o de la madre.

Fuente: Adaptado de Almeyda y de Paula Jaramill, 2005.

16.3.2 Características de suministro

Disponibilidad para prestatarios y no prestatarios

Muchas IMF no ofrecen seguros para las mujeres que no son prestatarios actuales. En Jordania, una mujer expresa su preocupación por esta política: "No debería ser [sólo para los prestatarios]. Ahora yo soy un [prestatario], pero si mis circunstancias mejoran, es posible que no renueve mi préstamo. Es decir que el seguro debería ser un producto diferente a un préstamo. Si quiero un préstamo, puedo comprar un préstamo. Si quiero un seguro, puedo comprar un seguro" (WWB, 2006c). Separar los microseguros de vida y los préstamos podría ser una forma efectiva para garantizar más cobertura completa para los clientes y incrementar el número de pólizas vendidas a través de los IMF a miembros que no son prestatarios, aunque ello incremente los riesgos de selección adversos.

Suscripción voluntaria

Las mujeres pobres a menudo expresan su desagrado por los programas de microseguros de vida obligatorios, sobre todo si la cobertura no satisface sus necesidades y si no son plenamente conscientes de los beneficios. Este problema se observó en Uganda, donde las mujeres pagaban las primas obligatorias sin conocer la cobertura, lo que resultó en la idea errónea de que las primas eran, en realidad, las tasas por la gestión del préstamo (Young et al., 2006). Con información limitada sobre el uso de la póliza, las mujeres no obtienen ningún beneficio.

Sin embargo, los programas de microseguros de vida obligatorios son muy comunes. Los IMF valoran la protección que ofrecen en sus carteras de préstamos y/o están motivados por el potencial de ingresos en concepto de comisiones. También puede ser que no quieran invertir recursos en convencer a los clientes de que la compra voluntaria de los productos es una decisión inteligente. Estos productos, sin embargo, sí contienen una ventaja importante para los clientes: gracias a los bajos los costes de administración, las primas tienden a ser significativamente inferiores a las de los planes voluntarios. Por lo tanto, es fundamental para las IMF y otros puntos de venta que examinen de cerca la disposición de sus clientes a pagar, a fin de evaluar si los productos voluntarios son adecuados en el contexto local. Tanto SEWA en la India como BancoSol en Bolivia han llegado a la conclusión que sus clientes estaban dispuestos a pagar por los microseguros voluntarios una vez que sean conscientes de los beneficios que aportan y consideren de que las primas suponen un valor positivo (Chatterjee, 2005).

La comunicación con el cliente desde la perspectiva del género

Los programas eficaces de microseguros sensibles al género deben contener un elemento educativo para explicar el funcionamiento de los microseguros y cómo puede ofrecer beneficios valiosos para las mujeres y sus familias. Los microseguros supondrán un nuevo concepto para la mayoría y puede ser que muchos sean reacios o sospechosos. Se les debe poner a disposición información comprensible en materia de costes, idoneidad, gestión de siniestros, cobertura y beneficios a largo y corto plazo *(véase el Capítulo 14).*

Las comunicaciones deben abordar los malentendidos más comunes sobre microseguros, expresadas por una mujer jordana cuando dice: "Concerté un plan de seguro. Pagamos una determinada cantidad para nuestros tres hijos y mi esposo. El año terminó [y], al ver que no nos habíamos beneficiado, optamos por darnos de baja en el plan de seguro. Pagamos 50JD (US$70) al año por cada persona" (WWB, 2006c). Informaciones educativas pueden ayudar a convencer a las mujeres de que los microseguros sí que suponen unos beneficios para ellas, incluso si no reclaman ninguna prestación.

Los mensajes destinados a mujeres también han de tener en cuenta que, en muchos contextos culturales, las mujeres necesitan más información que los hombres a la hora de decidir si concertar o no un seguro. También hay que tener en consideración la elevada tasa de analfabetismo entre las mujeres en muchos países (McCord, 2007a). Dado que las mujeres deben estar plenamente convencidas de la función y los beneficios de un producto para que se suscriban voluntariamente, las más exitosas estrategias de comunicación sensibles al género garantizan el contacto frecuente con la clientela femenina por personal servicial (Chatterjee, 2005). Para Tata-AIG era muy útil contratar y dar formación a mujeres agentes de ventas provenientes de comunidades locales para así garantizar que las mujeres tenía acceso directo in situ a los agentes de venta. Se animó a estos agentes a vender primero a personas que conocían en su pueblo y luego irse más lejos. (Churchill y Leftly, 2006). Estas interacciones deben ser también realizada de una manera sensible para las mujeres que viven en relaciones difíciles o abusivas y que pueden requerir apoyo adicional para negociar la compra de los microseguros con sus maridos. El recuadro 16.3 proporciona una descripción del enfoque de SEWA respecto a los microseguros para la mujer y describe las estrategias que SEWA usa para mantener una comunicación frecuente y accesible con sus clientes.

Cuadro 16.3 **El Banco SEWA de la India: Un pionero en los microseguros de género**

Bajo el lema "Nuestras vidas están llenas de riesgos, VimoSEWA hace que nuestra vida sea más segura", el banco SEWA de la India ofrece a sus clientes –mujeres pobres que trabajan por cuenta propia– una selección de tres sistemas de microseguro en forma de paquetes diseñados para proporcionar una cobertura única llamada "De la cuna hasta la tumba". Esta cobertura ayuda a afrontar las dificilísimas situaciones a que se ven expuestas las mujeres pobres durante todo el ciclo de su vida. Los planes, que se ofrecen a distintos precios para garantizar la asequibilidad de los mismos, cubren el caso de muerte, salud así como los bienes de las mujeres, con opciones para amparar también a los maridos y los niños por un bajo precio adicional. La cobertura de los niños proporciona protección para todos los niños de una familia, para evitar que los padres tengan que elegir a cuál de sus hijos asegurar. Empezando con 7.000 clientes en 1992, en 2009 VimoSEWA ofreció cobertura a casi 200.000 hombres, mujeres y niños. Los productos se combinan exclusivamente con depósitos de ahorro a plazo fijo de SEWA, dando a los clientes la posibilidad de pagar las primas de seguro con los intereses devengados en sus cuentas de ahorros.

SEWA utiliza una variedad de estrategias de comunicación para promover los productos y acercar el concepto del microseguro a los clientes. Se ha podido com

probar que la clientela femenina valora en gran medida cuando habitualmente el trato es personal de cara a cara, dado que aprecian el hecho de poder participar y tener la oportunidad de formular preguntas acerca de sus pólizas y profundizar en problemas familiares relacionados con riesgos. Vimo SEWA ha utilizado reuniones tanto pequeñas y grandes con los clientes para ofrecer foros confortables sólo para mujeres para discutir temas tales como lo que puede suceder cuando una mujer o una familia pobre se enfrenta a un riesgo importante y cómo pueden proteger a sus familias de los riesgos mediante el uso de microseguros

Fuente: Autores.

Pólizas de seguros y gestión de siniestros sencillas: procesos adecuados para mujeres con poca formación

Las pólizas de seguro deben ser simples y fáciles de entender. Exclusiones y disposiciones complejas deben reducirse a un mínimo y los pagos deben ser sencillos y claros, lo que hará que sea más fácil para los solicitantes potenciales entender cómo funciona el microseguro y cuáles son los beneficios para ellas. Las pólizas de seguros también deben presentar gestiones de siniestros claras y sencillas si se quiere que los programas tengan éxito. Esto significa que el suministro (es decir, una IMF) debe proporcionar información suficiente y fácil de entender sobre cómo se gestiona una reclamación y ofrecer apoyo a los clientes que necesitan ayuda. Informaciones claras y apoyo adecuado son especialmente importantes para los clientes nuevos que no están familiarizados con el proceso. Sin una gestión de siniestros fácil de usar y accesible incluso para los clientes analfabetos, las mujeres no sólo pueden dejar de recibir las ventajas de los microseguros, sino que puede ser que también pierdan el dinero gastado en primas que podría haber invertido en otras estrategias de riesgo (Mayoux, 2002).

16.4 Conclusión: un llamamiento a la acción

Las mujeres pobres se enfrentan a una serie de riesgos potencialmente catastróficos. Disponen de una variedad de tradicionales estrategias de riesgo pero a menudo éstas son insuficientes. Los microseguros, cuando están diseñados eficazmente para satisfacer las necesidades especiales de las mujeres pobres, pueden ofrecer importantes beneficios a este mercado objetivo. Sin embargo, con amplias demandas de cobertura exhaustiva y una presión para mantener los costes a un nivel bajo, la puesta en práctica con éxito de productos de microseguros de género representa un serio desafío. En este capítulo se ha intentado plantear muchas de las cuestiones de género relacionadas con la oferta de microseguros, y se hace un llamamiento urgente a la acción a los donantes, las aseguradoras, la

comunidad de investigación, las instituciones de microfinanzas (IMF) y otros canales de distribución.

16.4.1 IMF y canales de distribución

Muchas IMF están en contacto con las necesidades financieras de las mujeres pobres y, por lo tanto, tienen la oportunidad de ir más allá en la concesión de préstamos para ofrecer microseguros con una perspectiva de género. Otros canales de distribución posiblmenete tengan menos acceso al mercado de las mujeres, pero aun así ofrecen grandes oportunidades para llegar a las mujeres pobres.

Animamos a todos los canales de distribución, incluyendo las IMF que ya concedieron préstamos a muchas mujeres, que estudien la gerencia de riesgos de las mujeres y las necesidades de supervivencia a través de estudios del mercado local con miras al género. Animamos a estas organizaciones a que utilicen conclusiones impulsadas por estudios sobre los clientes para desarrollar productos de microseguros nuevos o mejorar los ya existentes con enfoque de género. Después de que se haya lanzado al mercado un producto, los estudios sobre las repercusiones son fundamentales para garantizar que el sistema responda a las necesidades de las mujeres en el contexto local. El desarrollo de microseguros que tenga en cuenta el género ofrece ventajas tanto directas como indirectas para los canales de distribución, por ejemplo las comisiones de pólizas vendidas o los efectos de tener clientes con hogares más saludables y más seguridad económica.

16.4.2 Aseguradores

Animamos a las empresas de seguros a que aprovechen esta oportunidad de trabajar con IMF y otros canales de distribución para proporcionar microseguros que tengan en cuenta los géneros. Para las compañías de seguro que principalmente prestan servicios a las personas de ingresos más altos en los países desarrollados, se abre un mercado de millones de nuevos clientes si alcanzan a las mujeres pobres. En 2010, Swiss Re estimó que el mercado potencial para los microseguros era de cuatro mil millones de personas (Swiss Re, 2010b), sin embargo, Roth et al. (2007) constataron que sólo 78 millones de personas de bajos ingresos en los 100 países más pobres del mundo tenían cobertura de seguro. Esto ofrece una gran oportunidad a las aseguradoras de aprovechar unas ventas de alto volumen que se estiman en 40 mil millones de US$ (Swiss Re, 2010b). Por otra parte, mediante la comercialización de microseguros a las mujeres, las aseguradoras pueden disfrutar de un efecto multiplicador porque muchas mujeres incluyen en la cobertura a sus esposos e hijos.

16.4.3 Las instituciones de la investigación

Hay una necesidad vital para entender mejor las respuestas a los riesgos de género y cómo estrategias de riesgo –como los microseguros– pueden ayudar a aliviar la carga financiera de riesgos en las mujeres pobres. *Alentamos a las instituciones de la investigación que estudien las siguientes preguntas:*

- ¿Cómo se pueden comparar la cobertura y los beneficios de los microseguros con los de las estrategias tradicionales de riesgo utilizadas por las mujeres? ¿Cómo combinan las mujeres pobres los microseguros con otras estrategias de gestión de riesgos?
- El microseguro, ¿libera recursos para las mujeres en hogares pobres? ¿Cómo se utiliza estos recursos? ¿El microseguro afecta a las tasas que emplean las mujeres para inversiones en negocios, el comportamiento de ahorro y/o los niveles de consumo de los hogares? ¿Que repercusiones tiene eso para la seguridad económica de la familia?
- ¿Cómo se pueden complementar cuentas de ahorro seguras y programas de microseguros entre sí para afectar la capacidad de las mujeres pobres de administrar y gestionar los riesgos?
- ¿Cuáles son las mejores prácticas en la comercialización, distribución y el diseño de productos de microseguros sensibles al género, incluyendo la educación de mercado, la fijación de precios y la gestión de reclamaciones?

16.4.4 Donantes

Animamos a los donantes a utilizar sus recursos para invertir en el desarrollo de los microseguros para mujeres. Con amplios recursos y misiones para apoyar la reducción de la pobreza, la comunidad de donantes está en una posición única para proporcionar apoyo importante al desarrollo de microseguros para las mujeres. Los donantes pueden financiar la investigación y la educación del consumidor, y también pueden proporcionar asistencia técnica importante y fomentar la capacidad de las IMF y otros canales de distribución que quieren desarrollar programas de microseguros (Latortue, 2008). Dado que los costes asociados a las investigaciones iniciales y el desarrollo de programas de microseguros pueden ser muy altos y puede ser que los aseguradores comerciales, al principio, sean bastante reacios, el apoyo inicial de donantes puede ser crucial para poner en marcha iniciativas con enfoque de género. En un nivel superior, los donantes puede promover una política y un marco regulatorio para los microseguros que considera las características específicas de las mujeres.

16.4.5 El futuro del microseguro para las mujeres

Los microseguros son un nuevo mercado de desarrollo, y hay mucho trabajo que hacer para crear una industria de microseguros sensibles al género. Es crucial seguir desarrollando una comprensión de cómo las mujeres combinan los microseguros con las estrategias de gestión del riesgo, cómo sus actitudes hacia el riesgo difieren de las de los hombres y cómo los microseguros afectan sus tasas de inversión en negocios, el comportamiento de ahorro y el consumo de los hogares. Cada uno de los donantes, investigadores y profesionales tiene un papel importante a desempeñar en la creación de un esfuerzo común para seguir promoviendo el desarrollo de los microseguros sensibles género.

17 Formalización del seguro informal inherente a la migración: análisis de las relaciones potenciales entre migración, remesas y microseguro

Jennifer Powers, Barbara Magnoni y Emily Zimmerman

Este capítulo es una adaptación del Documento sobre microseguros n.º 7, publicado por el Fondo para la Innovación en Microseguro de la OIT (2011). Los autores desean agradecer la colaboración de Sara Duquette (HEC Montreal), así como la información y las recomendaciones proporcionadas por Ricardo Cordero (IOM), Yoko Doi (World Bank), Imke Gilmer (GTZ), Sonia Pellecer (IOM), Sonia Plaza (World Bank), Andrea Riester (GTZ), Maria Victoria Saenz (IDB) y Betty Wilkinson (ADB). Asimismo, quieren expresar su gratitud a las aseguradoras, a los profesionales y a las empresas de transferencia de fondos por compartir sus experiencias y su tiempo en las entrevistas realizadas.

En una economía cada vez más globalizada, el impacto financiero de la migración contribuye de manera fundamental al flujo financiero entre países, en particular en los países en desarrollo. Esta migración está generalmente motivada por el deseo que muchas personas tienen de incrementar sus ingresos y de proporcionar una vida mejor a sus familias. Durante los últimos 20 años, la cantidad de personas que viven fuera de sus países de origen ha aumentado en casi un 40%, pasando de 155 millones en 1990 a 214 millones en 2010 (UN DESA, 2009).

La diversificación geográfica y de los ingresos puede ayudar a que los emigrantes y sus familias mitiguen diversos riesgos, especialmente los relacionados con grandes crisis financieras en sus países de origen o de acogida. Para los familiares que permanecen en el país de origen, el emigrante a menudo sirve como seguro informal frente a las adversidades. Cuando hay una emergencia que requiere un desembolso significativo de dinero, con frecuencia se recurre al emigrante para que envíe una suma de dinero que cubra los gastos. Muchos emigrantes también se hallan en una posición de vulnerabilidad extrema en su país de acogida, trabajando generalmente en la economía informal y sin poder acceder a las redes básicas de seguridad social, o tienen trabajos peligrosos que aumentan el riesgo de accidentes.

Un seguro podría constituir una herramienta útil para que las familias transnacionales gestionen algunos de estos riesgos. Sin embargo, un seguro tradicional es casi siempre muy costoso, complejo o difícil de conseguir para los hogares de bajos ingresos de muchos emigrantes. Estos hogares requieren productos simples adaptados a sus necesidades y a un precio reducido, características habituales de los microseguros. Aunque existen obstáculos importantes a la hora de proporcionar seguros vinculados a la migración a los emigrantes y a sus familias, la oportunidad de beneficiarse del capital social creado por dicha migración y de los canales de transferencia de dinero que esta población utiliza habitualmente podría servir para que las aseguradoras se sobrepusieran a los problemas relacionados con el coste y la distribución. En 2010, el flujo internacional de remesas estimado fue de 437 000 millones de USD, tres veces más que la cantidad destinada a ayu-

dar a los países en vías de desarrollo (Ratha, 2010). La mayoría de este dinero va dirigido a las familias de los emigrantes para satisfacer necesidades básicas de los hogares como el alquiler, gastos relacionados con la educación y la obtención de alimentos. Unos mecanismos que permitan que las familias transnacionales utilicen parte de estos fondos en adquirir un seguro podrían contribuir en gran medida a reducir su vulnerabilidad y los riesgos.

En muchos países de acogida, los emigrantes constituyen un amplio porcentaje de la población que generalmente se encuentra mal atendida por el sector financiero, especialmente por las aseguradoras, lo cual supone una oportunidad para que éstas se expandan en un mercado sin explotar. En los países de origen, la vinculación de los microseguros a la migración puede facilitar la superación de algunas de las dificultades de venta de los microseguros corrientes, ya que los emigrantes suelen tener una capacidad mayor para pagar que los miembros de la familia que permanecen en su país natal, así como múltiples motivaciones para querer proteger a sus familiares del país de origen (GTZ, 2009).

Sería posible vincular varios planes de seguros a la migración, entre ellos: 1) productos que busquen mitigar los riesgos particulares a los que se enfrentan los emigrantes en sus países de acogida, como seguros de accidentes o de repatriación, 2) productos que cubran los riesgos específicos de las familias de los emigrantes en sus países de origen que, por ejemplo, protejan el flujo de las remesas, 3) productos que saquen partido de los flujos de remesas o de las redes y de los canales de distribución creados por la migración, y 4) productos que aprovechen el deseo de los emigrantes de proteger a sus familias en su ausencia mediante la formalización del seguro informal proporcionado por dichos emigrantes.

Este capítulo se basa en una revisión documental y en varias entrevistas con reputados expertos en remesas y migración, profesionales en microseguros y agentes de transferencia de fondos para analizar las relaciones existentes y potenciales entre migración, remesas y seguros.[1] La sección 17.1 explica el modo en que la migración puede afectar a las preferencias y a la demanda de seguros por parte de los emigrantes y de sus familias. La sección 17.2 presenta un marco para los microseguros vinculados a la migración y una descripción de los productos existentes. Las secciones 17.3 y 17.4 contemplan las oportunidades y las dificultades para desarrollar los microseguros vinculados a la migración, incluidas las dificultades normativas y legales, así como las relativas al marketing, las ventas, los pagos y los procesos operativos. Finalmente, la sección 17.5 ofrece recomendaciones preliminares a las partes interesadas, especialmente a las microaseguradoras,

[1] Una limitación de este estudio es que muchos planes se encuentran en fases previas de desarrollo, por lo que es difícil extraer conclusiones definitivas. Otra limitación es que la mayoría de los programas identificados buscan sacar provecho de los flujos migratorios internacionales, y no de los flujos migratorios domésticos. Es probable que los retos relacionados con la demanda para desarrollar programas domésticos sean similares, aunque es posible que los retos operativos sean bastante distintos.

en su intento por cubrir las necesidades de gestión de riesgos de los emigrantes y de sus familias.

17.1 Consideraciones sobre la demanda de seguros vinculados a la migración

Las iniciativas de microseguros podrían proporcionar herramientas rentables para trasladar a terceros parte de la responsabilidad de mitigar los riesgos que tiene el emigrante. Una capacidad mayor para el pago así como los riesgos particulares a los que se enfrentan las familias transnacionales, pueden contribuir al crecimiento de la demanda de seguros. Además, los deseos del emigrante, tanto de controlar el modo en que se gastan las remesas como de trasladar los riesgos a un tercero, pueden afectar a la demanda.

La mayoría de los estudios han constatado que la mayoría de las remesas se utilizan para el consumo, las necesidades básicas del hogar (Orozco, 2003; Alvarez Tinajero, 2009; Asfar, 2003; de Bruyn y Wets, 2006) y la atención sanitaria (Amuedo-Dorantes et al., 2007). Generalmente, son las familias de los emigrantes las que deciden cómo emplearlas.[2] Sin embargo, es posible que, cuando las preferencias de los emigrantes y sus familias acerca de cómo utilizar las remesas difieran, el emigrante desee tener mayor control sobre el modo en que vaya a emplearse el dinero. Algunos estudios también han probado que si se concediera un control absoluto sobre cómo utilizar las remesas, los emigrantes gastarían el dinero de distinta manera, asignando menos al consumo diario y más al ahorro (Ashraf et al., 2010).

Un estudio sobre un seguro funerario formal en Sudáfrica indica que puede resultar difícil convencer a los familiares de los emigrantes de que emplear remesas en un seguro es algo sensato, incluso cuando sus ingresos son suficientes (Crayen et al., 2010). Los emigrantes, por otra parte, pueden estar interesados en adquirir seguros para sus familias con el fin de protegerlas, dado que a menudo son los propios emigrantes los que pagan las facturas en periodos de crisis. Un estudio llevado a cabo por SegurCaixa, una compañía de seguros que ofrece seguros a emigrantes en España, señaló que a los emigrantes les gustaría contar con una cobertura para sí mismos cuando visitan su país de origen, así como una cobertura para los miembros de su familia. Un estudio dirigido a emigrantes haitianos en las Islas Turcas y Caicos, realizado por AIC, una compañía de seguros haitiana, también halló que los emigrantes estaban interesados en transferir parte de la responsabilidad y de los riesgos relacionados con sus familiares en el país de origen a canales más formales.[3] De forma similar, en grupos focales con emigrantes guatemaltecos y salvadoreños, Microfinance International Corporation (MFIC) detectó que estaban más interesa-

[2] Alvarez Tinajero (2009) concluyó que el emigrante tan sólo decidía cómo utilizar las remesas en un 5% de los casos y que únicamente en el 12% de los casos se trataba de una decisión conjunta tomada por el emigrante y por el miembro a cargo del hogar que recibía la remesa.

[3] Entrevista con Isabelle Depeche, Directora de Microseguros, AIC.

dos en obtener coberturas para sus familias que para sí mismos, con excepción de los seguros de accidentes o de repatriación.

La demanda de un microseguro por parte de los emigrantes o sus familias puede variar en función de los ingresos, del nivel de asimilación, del grado de documentación y de otros factores. Un estudio de SegurCaixa muestra una relación estrecha entre ingresos, asimilación y demanda de un seguro. La adquisición de un seguro entre los emigrantes se concentró entre aquéllos con ingresos más elevados y aquéllos que habían permanecido más tiempo en el país de acogida. Magnoni et al. (2010) también demostraron que la adquisición de un seguro era más probable entre los emigrantes mexicanos de Nueva York que habían vivido más tiempo en Estados Unidos, así como entre los que tenían mayores ingresos, los que estaban casados y los que tenían una cuenta bancaria.

Las familias transnacionales se enfrentan a muchos riesgos específicos. Por lo tanto, además de la gama de productos habituales que pueden resultar atractivos para la familia del emigrante en su país de origen, existe la necesidad de desarrollar seguros específicamente adaptados a los riesgos a los que estas familias pueden enfrentarse, como la repatriación, la protección de las remesas,[4] los accidentes laborales y el desempleo.

17.2 Marco: las "3 haches" de los seguros vinculados a la migración

Para hacer frente a las necesidades de los emigrantes y de sus familias han surgido tres tipos de modelos. Denominados las **3 haches** en Magnoni et al. (2010), estos modelos son el del país de acogida (**H**ost country), el del país de origen (**H**ome country) y el modelo híbrido (**H**ybrid) *(ver Tabla 17.1).* La característica definitoria de cada uno de estos modelos radica en dónde se encuentra la sede de la aseguradora o de la entidad que acepta los riesgos.

En el modelo del país de acogida (**Host** country), la aseguradora está ubicada en el país donde el emigrante se ha trasladado. Los programas de este tipo son los más apropiados para asegurar a los emigrantes, teniendo además un gran potencial dado que pueden ser utilizados de forma sencilla por emigrantes procedentes de multitud de países. El modelo del país de acogida generalmente no cubre a los familiares del país de origen del emigrante, aunque puede proporcionarles cierto grado de seguridad de manera indirecta. Por ejemplo, el seguro muerte accidental y repatriación de SegurCaixa concede una prestación en metálico a las familias, la cual puede paliar el impacto de la pérdida de las remesas en caso de muerte o accidente del emigrante *(ver Cuadro 17.1).*

[4] Tales productos deberían considerar las necesidades específicas de los miembros con mayor probabilidad de permanecer en el país de origen. Por ejemplo, Magnoni et al. (2010) señalaron que la mayoría de los familiares de los emigrantes que permanecen en el país de origen son sus padres o sus suegros, lo que sugiere que los seguros de salud relacionados con los problemas de la población anciana podrían ser más adecuados para este colectivo.

Cuadro 17.1

Seguro de muerte accidental y repatriación de SegurCaixa

SeguraCaixa, una filial de La Caixa, una de las mayores cooperativas de España, ofrece algunos de los pocos seguros vinculados a la migración con un potencial reseñable. En 2008, 66 000 emigrantes legales, principalmente procedentes de África y América Latina, fueron asegurados con SegurCaixa Repatriación, que paga una suma global en caso de muerte del emigrante y la repatriación del cadáver, y 14 000 obtuvieron cobertura mediante SegurIngreso, que paga una suma total en caso de muerte del emigrante y un importe mensual a la familia durante los cinco años posteriores a su muerte. Las primas mensuales parten de 7 EUR (10USD).

Fuentes: www.laCaixa.es e Informe Anual de SegurCaixa Holding, 2008.

En el modelo del país de origen (**Home** country), la entidad que acepta los riesgos está ubicada en el país de origen del emigrante. El asegurado puede ser el emigrante y/o su familia, dependiendo del producto y del canal de distribución.

En el modelo híbrido (**Hybrid**), las entidades que aceptan los riesgos tienen presencia en el país de origen y en el país de acogida. Este modelo puede asegurar al emigrante en el país de acogida y a los familiares en su país de origen de forma más sencilla que el modelo "Home" o que el modelo "Host". Aunque el modelo "Hybrid" cuenta con muchas ventajas, a día de hoy son pocas las aseguradoras que han intentado ocuparse del mercado de bajos ingresos utilizando dicho modelo.

Tabla 17.1

Características generales del modelo de las "3 haches"

Modelo	*Asegurado*	*Mitiga riesgos para:*	*Necesidad de un intermediario*	*Apalanca las remesas*
Aseguradora en el **país de acogida** del emigrante	Emigrante	Emigrante y familia del emigrante (depende del producto)	Posiblemente con fines de marketing	Improbable
Aseguradora en el **país de origen** del emigrante	Familia del emigrante (más probable) o emigrante (antes de partir)	Emigrante (indirectamente) y familia del emigrante (directamente)	Definitivamente si se dirige al emigrante; posiblemente si se dirige a la familia del emigrante	Muy posible
Híbrido: aseguradora en el país de origen y de acogida	Emigrante y/o familia del emigrante	Emigrante y/o familia del emigrante	Posiblemente con fines de marketing o para transferencias monetarias	Posible

17.3 Retos normativos y legales

Las restricciones normativas y legales constituyen una de las limitaciones más importantes para vender seguros a los emigrantes y a sus familias cuando viven en distintos países dado que, generalmente, las aseguradoras no están autorizadas en el país de origen y en el país de acogida. Las limitaciones varían en función del país de origen y del de acogida, de si el emigrante y/o los miembros de la familia del país de origen son beneficiarios de las pólizas, y de la ubicación de la compañía de seguros. Con frecuencia, estas limitaciones están infravaloradas y apenas han sido estudiadas, aunque constituyen uno de los factores clave que impiden el inicio de los programas. Esta sección incluye una descripción de los tipos de normativas que afectan a los microseguros vinculados a la migración.

Elección de la legislación. El primer reto de cualquier transacción internacional es determinar qué jurisdicción es aplicable. Para productos vinculados a la migración, en los que el seguro lo vende una compañía extranjera y/o alguno de los beneficiarios o todos ellos se encuentran en otro país, puede resultar difícil precisar cuál es el país cuya la legislación sobre seguros debe aplicarse. En general, las partes pueden elegir entre ellas la legislación que rige un contrato, pero este asunto apenas se ha estudiado en lo referente a las ventas de seguros con varios países implicados.

Alcance de la normativa. Independientemente de cuál sea el país cuya legislación es aplicable en el contrato del seguro en sí, las partes deben cumplir con la legislación sobre seguros de todos los países en los que se desarrollan las actividades. Los seguros normalmente se rigen a nivel nacional por una autoridad ministerial independiente (Vollbrecht, 2000).[5] La Unión Europea utiliza un sistema de "pasaportes", que permite que las aseguradoras autorizadas por el organismo regulador de su país de residencia legal desarrollen su actividad y aseguren riesgos en los países pertenecientes a la UE (Krishnan, 2010), lo cual puede facilitar los seguros vinculados a la migración entre los países europeos.

Los productos vinculados a la migración también se enfrentan a distintas definiciones de los seguros y de las actividades relacionadas con los mismos, que a menudo son muy vagas, en los países de origen y de acogida. Además, los requisitos relacionados con el tipo de cobertura y las exclusiones requeridas o permitidas

[5] En los Estados Unidos, los seguros y las actividades relacionadas se rigen por la legislación de cada Estado, lo que complica aún más la situación.

pueden diferir entre países, planteando dificultades de uniformidad de la cobertura a nivel internacional.[6]

Autorización de las aseguradoras. Casi todos los países exigen que las compañías de seguros obtengan una licencia para asegurar los riesgos ubicados en su territorio (Krishnan, 2010). La autorización puede suponer un obstáculo significativo para los modelos "Home", donde 1) es improbable que las aseguradoras compitan con las aseguradoras del país de acogida, y 2) la población emigrante es generalmente escasa, haciendo difícil conseguir las economías de escala necesarias para contrarrestar los costes financieros y administrativos de adquirir y conservar una licencia. Los modelos "Home" pueden buscar socios en el país de acogida para intentar superar estos retos, aunque en función del país, incluso esto podría no ser posible. Dos programas como éstos entre América Latina y Estados Unidos fueron suspendidos debido a tales problemas legales.[7]

El modelo del país de acogida (Host country) evita muchos de los obstáculos relacionados con la autorización de las aseguradoras, dado que las aseguradoras nacionales previamente autorizadas en el país de acogida pueden formalizar contratos de seguros con emigrantes ubicados en esos países. Sin embargo, los modelos "Host" pueden estar limitados a asegurar al emigrante y ser incapaces de asegurar a los familiares del emigrante en el extranjero si no poseen una sucursal o una filial en el país de origen.

Regulación de los intermediarios. La mayoría de los países precisa que los intermediarios implicados en los contratos de seguros estén autorizados (Sterling, 2000). En los tres modelos, los intermediarios pueden estar sujetos a la regulación del país de origen y/o del país de acogida, dependiendo de dónde tengan lugar la publicidad, la formalización del contrato, el pago de las primas y otras actividades.

[6] Según Warner (2004), estas legislaciones diferentes, aunque no estén en conflicto directo entre sí, pueden plantear dificultades administrativas importantes, y provocar incertidumbre donde no está claro cuál es el país cuya legislación debe aplicarse. Por ejemplo, en Filipinas, las aseguradoras tan sólo son responsables conforme a las pólizas de seguros de vida en el caso de suicidio si éste se comete después de que la póliza haya estado vigente durante dos años, a menos que la póliza estipule un periodo inferior. Por otro lado, muchas pólizas de seguros de vida de EE.UU. excluyen la cobertura en el caso de suicidio con independencia de cuándo ocurra.

[7] MFIC dejó de ofrecer planes médicos de salud de EPSS a emigrantes guatemaltecos de los Estados Unidos por preocupación a que fueran considerados ilegales por los organismos reguladores *(ver Cuadro 17.3)*. BancoSol también dejó de ofrecer seguros de repatriación a los emigrantes bolivianos en los Estados Unidos tras darse cuenta de que había sido mal informado por su socio acerca de las restricciones legales relacionadas con la comercialización y la venta de pólizas de aseguradoras extranjeras en los Estados Unidos.

Es posible que los canales alternativos descritos más abajo no tengan la capacidad de obtener una licencia de corredor o de agente.[8] Con frecuencia, incluso los corredores y los agentes autorizados están limitados para comercializar o colaborar en la venta de productos de aseguradoras no autorizadas.[9] Existe algo de margen para que los intermediarios sin licencia promocionen planes de seguros vinculados a la migración, aunque el alcance de las actividades que un intermediario puede lograr sin una licencia varía enormemente de un país a otro.

Estado de la documentación. La situación de indocumentación de muchos emigrantes puede suponer importantes desafíos a la hora de adquirir seguros en los países de acogida. Las compañías de seguros generalmente solicitan documentos de identificación que puede que los emigrantes no tengan o no quieran mostrar. En la mayoría de países desarrollados, los emigrantes indocumentados perfectamente pueden ir a juicio y hacer que se cumplan los derechos de sus contratos, pero estos derechos, en la práctica, generalmente están limitados, lo cual puede perjudicar a los emigrantes en caso de querellarse contra la compañía de seguros.[10]

17.4 Retos y oportunidades operativas para los seguros vinculados a la migración y a las remesas

A pesar de las oportunidades potenciales en el mercado de los productos vinculados a la migración, el desarrollo de los productos, los canales de distribución y los procedimientos operativos y administrativos para atender a las familias transnacionales pueden ser complejos. Esta sección describe las oportunidades y los retos que abordan los seguros vinculados a la migración en las siguientes áreas: 1) marketing y ventas 2) emisión de pólizas 3) pago de primas y 4) administración de reclamaciones. El servicio al cliente es especialmente importante, pero también es especialmente complejo debido a la naturaleza transnacional de las familias aseguradas *(ver Cuadro 17.2).* La Tabla 17.3 situada al final de esta sección resume los retos y las oportunidades clave modelo por modelo.

[8] Los corredores (quienes representan al asegurado) casi siempre requiere estar autorizados, mientras que los agentes (que representan a las aseguradoras) a menudo no lo están. El motivo de esta distinción es que los agentes están indirectamente supervisados debido al hecho de que actúan en lugar de las aseguradoras, las cuales están directamente supervisadas. Sin embargo, los agentes generalmente precisan estar registrados por parte de la autoridad reglamentaria o en un colegio profesional (Vollbrecht, 2000).

[9] Además, tanto las aseguradoras como los intermediarios deben cumplir con la leyes de publicidad aplicables en cualquiera de los países en los que se comercialicen los productos.

[10] En los Estados Unidos, los emigrantes indocumentados tienen el derecho legítimo de emprender acciones legales (Hagl v. Jacob Stern & Sons, Inc. y Montoya v. Gateway Ins. Co.) y en la Unión Europea, muchos derechos fundamentales son de aplicación a todas las personas con independencia de su situación administrativa, aunque en la práctica a los emigrantes indocumentados se les niegan diversas formas de protección social (Carrera y Merlino, 2009).

Cuadro 17.2 **Revisión del seguro obligatorio para trabajadores indonesios empleados en el extranjero**

En Indonesia, aproximadamente entre el 90 y el 95% de los emigrantes acuden a una agencia de trabajo para gestionar sus visados de trabajo, el viaje y su empleo en el extranjero. En 2006, el gobierno introdujo nuevas normas en las que se establece que todas las agencias de trabajo para de emigrantes deben proporcionarles un seguro antes de su partida, durante su estancia en el país de acogida y tras su retorno (Seguro TKI). Este paquete incluye una cobertura por muerte accidental, muerte por enfermedad, costes funerarios, invalidez por accidente, gastos médicos, cancelación del viaje, abuso físico, fracaso en el trabajo finalización anticipada del contrato, salario no recibido, deportación, enfermedad mental, traslado laboral no autorizado y gastos legales y judiciales. El seguro lo distribuyen agencias de trabajo para emigrantes, y son aseguradoras privadas las que emiten las pólizas. Un problema para todas la partes implicadas es la falta de una base de datos sobre los emigrantes o de información detallada de las reclamaciones, lo cual afecta negativamente a la transparencia, a la fijación de los precios y a la tramitación fluida de los siniestros.

Otros problemas primordiales para los emigrantes son: 1) comunicación pobre de la cobertura al emigrante y a la familia, 2) la complejidad de las pólizas y de los procedimientos de presentación de reclamaciones, y 3) la representación mínima de las aseguradoras en el país de acogida, donde tienen lugar la mayoría de los accidentes.

Algunos problemas primordiales para las compañías de seguros son: 1) tarifas de corredores elevadas cobradas por las agencias de trabajo, 2) unos precios bajos fijados por la reglamentación, 3) la complejidad del producto, y 4) la obligación de asegurar factores "no asegurables".

Fuente: Entrevista con Yoko Doi, especialista financiero, the World Bank Office Jakarta, 2009.

17.4.1 Marketing, ventas y distribución

Los retos de la distribución de seguros a familias transnacionales son significativos debido a las dos ubicaciones del mercado al que van dirigidos, así como a la naturaleza internacional de muchos programas. Por lo tanto, para que los modelos de microseguros tengan éxito, debe encontrarse la manera de comercializarlos en ambas partes de la familia transnacional o estructurar su programa de tal modo que una parte ostente el poder absoluto a la hora de tomar decisiones.

Modelos del país de origen

Para los modelos "Home", el mayor reto a la hora de comercializar sus productos entre los emigrantes es encontrar un canal de distribución apropiado. Cuando la migración es legal y se organiza por adelantado, la venta de productos a los emigrantes se vuelve más sencilla ya que es posible predefinir los términos de la emigración con disposiciones efectuadas a través de un canal formal, minimizando así las limitaciones legales y evitando la venta de los seguros en los países de acogida. Por ejemplo, la mayoría de los emigrantes legales procedentes de Indonesia y Filipinas acuden a agencias de trabajo para asegurar el empleo, los visados y otros documentos; estas agencias pueden ser un excelente canal de distribución de microseguros *(ver Cuadro 17.2).* Sin embargo, es importante resaltar que gran parte de la migración legal es a corto plazo, normalmente temporal o por un periodo que va de uno a tres años, lo que hace que el diseño de los productos y la recaudación de las primas sea más fácil, aunque limita la posibilidad de retención del cliente.

El marketing y las ventas a través de los modelos "Home" una vez que el emigrante ya se encuentra en el país de acogida son más complicados debido a las restricciones normativas referentes al marketing y a la distancia física con el emigrante. Muchos modelos "Home" han buscado socios en el país de acogida para que comercialicen sus productos; no obstante, es posible que dichos socios tengan que hacer frente a sus propias restricciones normativas, legales o relativas a su capacidad para comercializar los seguros *(ver Cuadro 17.3).* Las soluciones basadas en Internet pueden ayudar a superar algunas restricciones, pero es improbable que sean efectivas sin una promoción sobre el terreno en el país de acogida.

Cuadro 17.3 **¿La manera correcta de vender? Planes médicos para las familias de emigrantes guatemaltecos en Norteamérica**

En 2007, IOM Guatemala puso en contacto a Empresa Promotora de Servicios de Salud (EPSS), una compañía de servicios relacionados con la atención sanitaria de Guatemala, con Microfinance International Corporation (MFIC), una empresa de procesamiento de remesas y microfinanzas con sede en EE.UU., para que los emigrantes guatemaltecos en EE.UU. tuvieran la oportunidad de adquirir planes prepago de servicios médicos para los familiares de su país de origen. EPSS dispone de una de las redes de hospitales y clínicas más importantes de Guatemala y la filial de MFIC, Alante Financial, lleva tiempo trabajando con comunidades de emigrantes procedentes de América Latina que no poseen cuentas bancarias en los Estados Unidos, proporcionándoles otros servicios financieros.

En teoría, parecía la unión perfecta, pero el plan nunca acabó de levantar el vuelo, vendiéndose sólo entre 15 y 20 planes en los Estados Unidos. Según el personal entrevistado, los desastrosos resultados del programa no pueden atribuirse

al diseño del producto, ya que los planes de EPSS tienen un precio atractivo y están bien considerados en Guatemala, sino a dificultades legales y de distribución que limitaron las ventas.

Al mismo tiempo, EPSS trabajó con el Programa de Migración de Mano de Obra Procedente de Guatemala a Canadá con el fin de vender sus productos a los emigrantes temporeros que iban a Canadá. Tras un programa piloto en 2007, un total de 2.500 trabajadores y sus familias en 2008, y 3.900 trabajadores en 2009, se inscribieron en el programa. En 2010, se espera alcanzar la cifra de los 4.000 trabajadores. La diferencia del alcance del programa canadiense y del estadounidense pone de relieve lo importante que es el canal de distribución de cara al éxito de los seguros vinculados a la migración y a las dificultades adicionales que se presentan al intentar trabajar con emigrantes ilegales o indocumentados.

Fuentes: Entrevistas con Sonia Pellecer, IOM Guatemala y Kai Schmitz, MFIC; www.saludosualcance.net, www.mfi-corp.com, www.munichre-foundation.org.

Para evitar muchas de las dificultades en la comercialización del producto entre los emigrantes del país de acogida, las aseguradoras del país de origen pueden optar por comercializar el producto directamente entre las familias de los emigrantes, de modo que éstas adquieran el seguro o transmitan la información al emigrante. Sin embargo, estos canales de transmisión pueden ser lentos y poco fiables, y las familias pueden mostrarse reticentes a compartir la información con el emigrante cuando su opinión sobre la demanda de un seguro difiere. Seguros Futuro en El Salvador es un ejemplo de modelo de país de origen que comercializa el producto directamente entre las familias de los emigrantes, y que intenta superar algunas de estas dificultades mediante la educación financiera *(ver Cuadro 17.4).*

Cuadro 17.4

Seguros Futuro: reconocimiento de la necesidad de educación del consumidor

Seguros Futuro lanzaba en fechas recientes un seguro de remesas y repatriación diseñado para los emigrantes salvadoreños y sus familias. La aseguradora lanza sus productos a través de una red de cooperativas de ahorros y préstamos, cuyos servicios dan cobertura a unas 100.000 personas con familiares en el extranjero. El seguro cubre el coste de la repatriación del cuerpo del emigrante desde Norteamérica y dota a la familia de una remesa mensual con una duración de un año. Las primas comienzan con 35 USD al año, en función del nivel de cobertura elegido.

Seguros Futuro cree que entre su clientela existe la necesidad de un producto así, dado que aproximadamente un 20% de sus afiliados cuenta con un familiar en el extranjero. Sin embargo, la demanda del producto es cuestionable, ya que la

mayor parte del mercado al que va dirigido no reconoce la necesidad de dicho seguro. Por este motivo, Seguros Futuro proporciona activamente educación financiera a su mercado de acerca de los beneficios del seguro. La adquisición del seguro ha sido de entre un 25 y un 30% en los primeros seis meses entre las personas que asistieron a las actividades formativas, con 222 pólizas vendidas.

Fuentes: Entrevista con Daysi Rosales, Directora Ejecutiva de Seguros Futuro; y www.segurosfuturo.com.

Modelos del país de acogida

Los modelos "Host" se enfrentan a muchos menos retos al comercializar sus productos entre los emigrantes, gracias a que las aseguradoras están autorizadas en el país de acogida. Asimismo, puede que cuenten con redes en el país de acogida que favorezcan la distribución. Sin embargo, los mercados de seguro de muchos países de acogida, especialmente en los países desarrollados, han evolucionado muy poco en lo que a distribución de bajo coste se refiere y aún confían excesivamente en modelos de agentes y corredores relativamente costosos.

Es posible que los modelos "Host" necesiten asociarse a organizaciones que ya trabajan con la comunidad a la que van dirigidos sus productos, las cuales pueden facilitar la localización de los emigrantes, ayudar a que las aseguradoras se ganen la confianza de los emigrantes y colaborar potencialmente en la educación de los consumidores. Tales asociaciones son aún más importantes para los emigrantes indocumentados, a quienes es más difícil llegar y pueden precisar de más educación relacionada con el consumo.

Modelos híbridos

Los modelos híbridos deberían poder sobreponerse a muchas de las dificultades de marketing y de ventas a las que se enfrentan los modelos "Home" y los modelos "Host". Una aseguradora con sede en el país de origen asociada a una aseguradora del país de acogida no afronta las mismas restricciones normativas y legales de un modelo "Home", está próxima al emigrante y a su familia, y tiene la capacidad de desarrollar productos para ambos. Elegir el canal de distribución apropiado sigue siendo importante.

Cuadro 17.5 **SparxX de Pioneer Life**

SparxX de Pioneer es un plan sencillo de seguros y ahorros diseñado para que sea accesible por los segmentos de bajos ingresos de la población filipina. Se caracteriza por fracciones de pago tan reducidas como 300 pesos (aproximadamente 6 USD) y proporciona un reintegro garantizado tras cierto número de años, en base a la edad del individuo. Al mismo tiempo, dota a los compradores de un seguro de vida igual al valor de futuro garantizado. Con el paso del tiempo, es

posible acumular multitud de tarjetas para aumentar los ahorros y la protección del seguro.

En la actualidad, Pioneer está poniendo a prueba varios planes de distribución para SparxX, que incluyen a los emigrantes a los que van dirigidos y a sus familias. La encargada de promocionar SparxX entre los emigrantes filipinos es una entidad de marketing de Hong Kong, mediante un plan de puntos y de marketing en red. Asimismo, combina SparxX con otros seguros para las familias de los emigrantes en Filipinas a través de sus Clubes de Ahorro y Bienestar *(para obtener más información, ver Cuadro 17.6).*

Fuentes: Entrevistas con Noel Deguzman y Geric Laude de Pioneer Life Inc. y Pioneer Group; y www.pioneer.com.ph.

Asociaciones de marketing y distribución

La Tabla 17.2 describe las asociaciones que pueden realizarse en los programas de seguros vinculados a la migración. Estas asociaciones pueden influir en los costes para el usuario final. Seleccionar socios que ya cuenten con la confianza de la comunidad y recurrir a asociaciones transaccionales con la comunidad, o ambas, pueden suponer un valor añadido.

Tabla 17.2

Socios para el marketing y la distribución de microseguros vinculados a la migración

País de acogida	*País de origen*
– Agencias de envío de remesas (bancos, ETF, IMF limitadas)	– Agencias de recepción de remesas (bancos, IMF, ETF, casas de préstamos, oficinas de correos)
– Organizaciones de diáspora	– Agencias de trabajo/emigrantes
– Proveedores de servicios (p.e., compañías de repatriación)	– Proveedores de servicios (p.e., redes de asistencia médica)
– Organizaciones religiosas	– Organizaciones religiosas
– Grupos deportivos	– Otras organizaciones de la comunidad u ONG
– Empleadores	
– Otras organizaciones de la comunidad u ONG	

Explotación del capital social de la migración

Organizaciones tales como grupos de la iglesia, asociaciones locales y centros relacionados con los emigrantes, que ya se hayan ganado la confianza de estos últimos, bien sea por una relación prolongada con la comunidad o bien por el suministro de otros servicios, pueden ayudar a que las aseguradoras también obtengan la confianza de los emigrantes, como Pioneer ha hecho con la Iglesia Católica de Filipinas *(ver Cuadro 17.6).* Otro modo en que las aseguradoras pueden hacer uso del capital social creado por las comunidades de emigrantes es mediante programas de recomendación, por medio de los cuales las aseguradoras recompensan a los emigrantes que les recomiendan a sus allegados. En Hong Kong, por ejemplo, los emigrantes pueden ganar puntos por adquirir sus tarjetas de SparxX y por dar recomendaciones a otras personas.

Cuadro 17.6 **Clubes de Ahorro y Bienestar de Pioneer**

Pioneer Group se asoció con la Iglesia Católica en Filipinas para contactar con las familias de los emigrantes. Mediante sus parroquias, la iglesia organiza Clubes de Ahorro y Bienestar que pretenden ayudar a que las familias gestionen mejor sus finanzas y utilicen de un modo más adecuado sus remesas. Los Clubes de Ahorro y Bienestar combinan el seguro de vida y ahorro SparxX de Pioneer con una cobertura de reembolso por error médico o accidente personal. Además, se ofrecen actividades de formación financiera grupal de manera periódica. El coste anual de unirse a los clubes es de 10 USD para los adultos y de 8 USD para los menores de dieciséis años.

Hasta junio de 2010, Pioneer había registrado unos 1.000 miembros en sus primeros seis meses. Se ha inscrito alrededor del 20% de las personas que asistieron a los encuentros iniciales presentados de manera conjunta con la iglesia, lo que la aseguradora considera una cifra razonable. Un reto aún mayor es la capacidad de la iglesia de organizar campañas promocionales, dado que sólo hay un empleado de la iglesia trabajando a jornada completa en el proyecto. Además, son pocos los miembros que ahorran con sus tarjetas SparxX o las recargan regularmente tras pagar la cuota inicial.

Fuentes: Entrevistas con Noel Deguzman y Geric Laude de Pioneer Life y Pioneer Group; y www.pioneer.com.ph.

17.4.2 Emisión de pólizas

En los planes donde los emigrantes pagan por asegurar a sus familiares, obtener la información necesaria y enviar la póliza a la familia puede constituir un reto para las aseguradoras desde el punto de vista logístico, debido en parte a las limitaciones de asegurar a terceros. Algunas aseguradoras han estructurado sus planes de modo que el emigrante realiza el pago en el país de acogida y transmite los datos personales del miembro de la familia a la aseguradora. Entonces, el miembro de la familia es el responsable de rellenar la solicitud. Por ejemplo, una aseguradora con sede en el país de origen puede asegurar a los miembros de la familia del emigrante mediante una asociación con una empresa de transferencia de fondos (ETF)[11] en el país de acogida; la ETF puede recabar la información personal necesaria para la solicitud, transferir la información necesaria para la aplicación, transferir esa información a la aseguradora y emitir el pago de la prima después de que el miembro de la familia haya completado la solicitud. Sin embargo, en algunos países puede haber limitaciones legales en relación a la capacidad de una ETF para desempeñar estas acciones si no ostenta una licencia de corredor o de agente.

[11] Una ETF está ampliamente definida y puede incluir una empresa de transferencia de fondos especializada como Western Union, un banco, una IMF o una institución financiera, u otro tipo de organismo autorizado a enviar o recibir remesas (como las casas de préstamos en Filipinas).

17.4.3 Pago de primas

Una de las oportunidades potenciales de los microseguros vinculados a la migración es la posibilidad de aprovechar los flujos de remesas para garantizar el pago de las primas puntualmente. Las aseguradoras pueden hacerlo asociándose con una ETF en el país de origen o de acogida que intervenga en el punto de partida o de recepción del flujo de la remesa. Finalmente, también pueden hacer uso de innovaciones tecnológicas para facilitar el pago de las primas a nivel internacional.

Asociaciones con empresas de transferencia de fondos

Los modelos "Home" pueden utilizar una ETF como socio para comercializar sus productos y fomentar el pago de las primas cuando los emigrantes envían remesas directamente a sus familias, como en el caso de Seguros Futuro en El Salvador *(ver Cuadro 17.4).* Los modelos "Home" que trabajan con emigrantes en sus países de normalmente dependen de su asociación con una ETF si reciben el pago directamente del emigrante. En BancoSol de Bolivia, los pagos de las remesas se realizan desde una ETF en las cuentas corrientes de los emigrantes en Bolivia, desde las que se cargan las primas directamente. Los modelos "Hybrid" y "Host" también pueden aprovechar los acuerdos con las ETF, para actuar de canales o centros de pago para emigrantes sin una cuenta bancaria en países de .

Las asociaciones con las ETF son más efectivas cuando las remesas se envían a través de canales como bancos, IMF u otras ETF, en lugar de por canales informales. Las ETF también tienen un potencial muy grade de convertirse en un canal de pago regular para las aseguradoras cuando las remesas son "uniformes"(aquéllas enviadas frecuentemente, generalmente en pequeñas cantidades y a través de canales formales) en lugar de "abultadas" (aquéllas enviadas en grandes cantidades pero menos frecuentes y regulares y generalmente a través de canales informales).

Otras limitaciones de utilizar las ETF como canales de pago en algunos países incluyen la concentración de las ETF en zonas urbanas, el elevado coste de los servicios y la falta de competencia, que pueden incrementar el coste del seguro y/o disuadir a las ETF a que amplíen sus servicios. La normativa a menudo establece umbrales altos para el capital neto de las ETF y/o les exige enviar bonos de gran tamaño, lo que resulta en una competencia limitada y costes elevados. Las aseguradoras pueden encontrar algunas instituciones financieras reticentes a dicha asociación si ven a la aseguradora como un competidor. En Filipinas, por ejemplo, Pioneer Life Inc. consideró una asociación con una ETF para promocionar sus Clubes de Ahorro y Bienestar y el "producto de ahorro" de SparxX. Sin embargo, la alianza no fue posible debido a que la mayoría de las remesas se efectuaron a través de bancos en Filipinas y éstos vieron a SparxX como un competidor directo.

Para que las asociaciones entre las aseguradoras y las ETF logren que un seguro vinculado a la migración tenga éxito, es vital que ambas partes estén totalmente comprometidas con el proyecto y la asociación. Para establecer las directrices y los sistemas que permitan el pago directo de las primas, y explicar al personal y a los clientes el modo de realizar los pagos, pueden precisarse un tiempo y unos recursos significativos. Las ETF necesitan convencerse del potencial del producto en el mercado, que precisa estar en la línea con el resto de objetivos estratégicos.

Aprovechamiento de la tecnología para facilitar el pago de las primas

Las plataformas en línea y otras innovaciones tecnológicas prometen reducir el coste total de las transferencias de fondos y aumentar la comodidad. Algunas ETF, incluida Western Union, ya han empezado a introducir plataformas globales en línea, añadiendo pagos por servicios, tarjetas de crédito y servicios financieros en sus menús. Safaricom, un proveedor de servicios de telefonía móvil de Kenia, ha introducido servicios de transferencia de fondos (M-Pesa) a través de su red de telefonía móvil. En colaboración con Vodafone, los kenianos pueden enviar dinero desde el Reino Unido a sus hogares mediante sus teléfonos móviles.

Ninguno de los programas identificados en este estudio ha desarrollado una plataforma para el pago directo de primas de seguros, por lo que resulta difícil saber cómo aceptarán los emigrantes estos canales de pago. Es probable que dependa del nivel de conocimientos que el grupo al que van dirigidos estos productos posea sobre tecnología e informática, así como de su grado de comodidad y confianza con el uso de tales sistemas de pago. También puede depender de si en el país de existe o no una organización de apoyo que dirija al sitio a los emigrantes y que responda a sus preguntas.

17.4.4 Administración y verificación de reclamaciones

Otro reto de los programas de seguros transnacionales es el procesamiento de las reclamaciones, especialmente cuando el asegurado y el beneficiario están en países distintos. Obtener los documentos necesarios para cumplir los requisitos de las reclamaciones desde el extranjero puede ser complejo y llevar tiempo, y es posible que los familiares del país de origen del emigrante tengan dificultades de acceso. Para abordar este problema, algunos modelos “Home” que ofrecen seguros de repatriación gestionan las reclamaciones mediante alianzas con compañías con sede en el país de que prestan su asistencia en el proceso de reclamación. Por ejemplo, el seguro de vida y repatriación de Banorte para mexicanos de Norteamérica colabora con una compañía de repatriación cuya sede se encuentra en los Estados Unidos. SegurCaixa ha establecido una relación con una compañía de repatriación en

España para recopilar y procesar documentos, y también trabaja con los consulados si no existe ningún miembro con vida en España para presentar la reclamación.

Algunas aseguradoras también se han asociado con corredores que representan a los beneficiarios si están fuera del país. Por ejemplo, BancoSol en Bolivia tiene un representante en España que ayuda a los emigrantes a completar las solicitudes de reclamación y las manda a Bolivia para que sean procesadas. Esta asistencia es posible porque España permite que los corredores lleven a cabo actividades limitadas en lugar de las aseguradoras extranjeras que no están autorizadas allí.

Tabla 17.3

Resumen de las oportunidades y los retos de los modelos de las "tres haches"

	Oportunidades	*Retos*
Modelos del país de origen	– Más propensos a entender las necesidades del grupo de clientes al que se dirigen – Más proclives a introducir los microseguros dado que es un mercado importante en muchos países "que exportan mano de obra" – Pueden comercializar, vender y administrar pólizas para las familias de los emigrantes de forma más fácil – especialmente útiles para los seguros que requieren proveedores de servicios, como la atención sanitaria – Pueden aprovechar los canales de distribución locales que ya trabajan con la clientela a la que van dirigidos, tales como remisores e IMF para contactar con las familias de los emigrantes o agencias de trabajo de emigrantes para contactar con éstos	– Restricciones legales para comercializar y vender los seguros en el país de acogida – Falta de proximidad con los emigrantes que hace que la comercialización sea más difícil – Necesidad de un canal de distribución en el país de acogida para trabajar con los emigrantes o para facilitar el pago directo de las primas – Limitaciones de la demanda de productos en el país de origen, como la falta de confianza y de la educación necesaria por parte de los consumidores
Modelos del país de acogida	– Las restricciones normativas y legales suelen ser menos significativas ya que las aseguradoras están autorizadas – Puede convertirse en un mercado interesante por explotar, dado que los emigrantes no están tan bien atendidos por el sector financiero y hay poca competencia por parte de otras aseguradoras – Puede haber modelos capaces de respaldar la distribución aunque no siempre están adaptados a la población de – Es más probable que los emigrantes soliciten seguros y que sean más capaces de pagar por ellos que sus familiares – Con frecuencia los emigrantes se organizan en asociaciones/redes que facilitan el marketing	– Es menos probable que se comprendan las necesidades del grupo al que van dirigidos – Es menos probable tener acceso a los canales de distribución que trabajan con el grupo al que van dirigidos – La asistencia al cliente y la administración de las reclamaciones son complejas cuando los beneficiarios son familiares en el país de origen
Modelos híbridos	– Evitan muchos de los retos normativos y legales ya que existen aseguradoras autorizadas en ambos países – Posible comercializar productos entre emigrantes y familias de modo más efectivo – importantes cuando las familias toman decisiones conjuntamente – Existen canales de distribución en ambos países (aunque puede que no estén adaptados al mercado al que van dirigidos) – Pueden continuar suministrando servicios a los emigrantes que retornan a sus países de origen	– Las primas pueden ser más elevadas si la asociación crea un nivel adicional – La administración de las reclamaciones es más complicada cuando los beneficiarios y los servicios están presentes en ambos países y hay dos aseguradoras implicadas – La elección en materia legal es más complicada

17.5 Conclusión

Este capítulo presenta el modo en que las aseguradoras abordan los riesgos a los que se enfrentan las familias transnacionales, así como el modo en que las redes y las conexiones creadas por la migración pueden utilizarse para llegar a este mercado. Si bien el microseguro vinculado a la migración es incipiente, las experiencias que se han tratado anteriormente ilustran las primeras enseñanzas para desarrollar y promover planes con el fin de proteger a los trabajadores emigrantes y a sus familias. Ellos incluyen:

- Los requisitos legales y normativos plantean uno de los retos más significativos con respecto al seguro vinculado a la migración, dado que las aseguradoras generalmente no tienen licencia en el país de origen y en el de acogida al mismo tiempo. Es fundamental analizar las cuestiones normativas y legales antes de poner en marcha un proyecto, dado que las actividades permitidas en una jurisdicción podrían ser ilegales en otra.
- Podría ser más eficaz vender productos de seguros vinculados a la migración directamente al emigrante, dado que las preferencias en cuanto a gastos suelen ser divergentes entre los emigrantes y sus familias, así como la responsabilidad de seguro informal del emigrante.
- Encontrar el canal de distribución adecuado, que depende del modelo, las características de la población emigrante y el marco normativo, entre otros aspectos, es clave para alcanzar la escala.
- La selección de socios que ya cuentan con la confianza de la comunidad, así como transacciones financieras recurrentes con ellos, pueden añadir valor a las aseguradoras.
- La situación de indocumentación de muchos emigrantes puede plantear serias dificultades a la hora de venderles productos de seguros en sus países de acogida, pero la necesidad de seguro de esta población desde una perspectiva de gestión de riesgos suele ser elevada, lo que apunta a un posible papel para donantes y agencias gubernamentales.
- Existe una gran necesidad en cuanto a educación financiera y orientada al cliente para fomentar el seguro vinculado a la migración. Estos programas son costosos y podrían beneficiarse de nuevos esfuerzos que impliquen a medios de comunicación masivos, teléfonos móviles y plataformas de Internet.
- Para facilitar los pagos, los seguros vinculados a la migración pueden utilizar flujos de remesas a través de asociaciones con ETF, que son más eficaces cuando las remesas son baratas, “uniformes” y se envían a través de canales formales. Las innovaciones tecnológicas pueden ofrecer canales de pago alternativos, si bien es difícil conocer el grado de receptividad de los emigrantes.

– Los programas deben tener en cuenta el desarrollo de procedimientos de presentación de reclamaciones y opciones de atención al cliente accesibles a los emigrantes y sus familias desde el extranjero.

Los emigrantes y sus familias representan un mercado casi sin explotar para el seguro, con algunos riesgos únicos y asegurables. Si bien los retos son importantes, la recompensa potencial, tanto para las aseguradoras como para las familias transnacionales, de formalizar la gestión de riesgos informal creada por la migración también puede ser significativa. Sin embargo, establecer un plan de seguros satisfactorio vinculado a la migración requiere una buena comprensión del segmento de mercado y sus necesidades específicas. El éxito depende de un firme compromiso con el proyecto de todas partes implicadas, la compañía de microseguros, los mediadores y cualquier organización de apoyo para resolver los problemas jurídicos, de marketing, de distribución y de pago. Para seguir ampliando los planes de microseguros vinculados a la migración, especialmente a comunidades donde el potencial de desarrollo es mayor, se requieren más esfuerzos para superar todos los desafíos.

VI Aseguradoras y microseguro

18 ¿Es rentable el negocio de microseguro para las compañías de seguros?

Janice Angove y Nashelo Tande

Este capítulo es una adaptación del artículo sobre microseguros n.º 11, publicado por el Fondo para la Innovación en Microseguro de la OIT. Los autores desean expresar su gratitud a las aseguradoras por su participación en estos estudios de caso. Desean transmitir su más sincero agradecimiento a Guillermo López de Aseguradora Rural (Guatemala), Anne Wambui de CIC (Kenia), Rakesh Jain de ICICI Lombard (India), Gema O Cheng de Malayan Insurance (Filipinas) y Colette Patience de Old Mutual (Sudáfrica). Quieren asimismo agradecer las valiosas aportaciones brindadas por Yogesh Gupta de Allianz (India) y sus puntos de vista generales sobre la rentabilidad del microseguro. Desean dar las gracias también a Arman Oza y Maud Monget, que se encargaron de la investigación de los estudios de caso de ICICI Lombard y Aseguradora Rural respectivamente. Agradecen asimismo a Alexander Thomson de Quindiem Consulting por su contribución en el marco analítico y a Doug Lacey por sus valiosas directrices y puntos de vista a lo largo del proyecto. Los autores desean transmitir un agradecimiento especial a Richard Leftley (MicroEnsure), Brandon Mathews (Zurich), Michael McCord (MicroInsurance Centre) y Kelly Rendek (consultor actuarial) por sus valiosas aportaciones y sus útiles comentarios. Queremos también agradecer a Aparna Dalal su trabajo en la edición de este capítulo.

¿Bajo qué circunstancias pueden las compañías de seguros generar ganancias en microseguros? Esta pregunta es importante dado que, en muchos mercados, las aseguradoras están cada vez más interesadas en expandirse en el mercado de bajos ingresos. Para mantener la implicación de las figuras comerciales en este mercado, el microseguro necesita contribuir con la rentabilidad global de la aseguradora y generar valor para sus accionistas. Los beneficios sostenibles deben ser suficientes para justificar la inversión necesaria con el fin de apoyar el desarrollo del negocio.

Este trabajo presenta un análisis de estudios de caso sobre la rentabilidad del microseguro facilitado por cinco aseguradoras de diferentes zonas del mundo.

- La Co-operative Insurance Company (CIC) en Kenia ofrece un seguro de vida crédito obligatorio y Bima Ya Jamii, un seguro de vida y salud voluntario combinado.
- Old Mutual en Sudáfrica ofrece una cobertura funeraria colectiva.
- ICICI Lombard en la India ofrece Manipal Arogya Suraksha Yojana (MAS), un seguro de salud colectivo, así como un seguro de cosechas en base al índice de precipitaciones.
- Aseguradora Rural (ASR) en Guatemala ofrece una cobertura de fallecimiento e invalidez así como una cobertura estudiantil, que incluye una póliza de vida y un seguro de salud adicional.
- Malayan Insurance en Filipinas ofrece una cobertura de vida con prestaciones adicionales como asistencia en caso de incendios.

Si bien las experiencias de estos estudios de caso son únicas, los desafíos y los éxitos de estas iniciativas de microseguros ofrecen perspectivas de posibles estrategias con vistas a mejorar la viabilidad para otras figuras del mercado.

Este capítulo trata exclusivamente la viabilidad comercial del microseguro, pero existen otras razones para que las aseguradoras se orienten hacia el mercado de bajos ingresos *(ver Capítulo 19).* Especialmente evidentes a raíz de los estudios de caso son los objetivos sociales para mejorar la calidad de vida de los pobres. Dada la importancia y prevalencia de los objetivos sociales, una revisión completa debería considerar una propuesta de valor para el cliente de la iniciativa *(ver Capítulo 15).* La cuestión de la rentabilidad tiene que equilibrarse con el grado en que los productos ofrecen valor al cliente, ya que la sostenibilidad a largo plazo depende de la propuesta de valor.

A pesar del incentivo social, es importante que el microseguro sea viable para mantener la implicación de las aseguradoras. Los estudios de caso indican que el microseguro puede ser rentable. Sin embargo, en algunos casos, a las aseguradoras les ha resultado difícil establecer una iniciativa rentable y se han involucrado en un proceso iterativo de reestructuración para lograr la rentabilidad.

En su mayoría, las aseguradoras no han realizado un seguimiento formal de los costes asociados al microseguro. Por consiguiente, los gastos se asignaron utilizando un método proporcional, por el cual los costes de gestión del segmento empresarial en cuestión o de la compañía en su conjunto se adjudicaron al negocio del microseguro de acuerdo a los volúmenes de primas. Es posible que, si los costes se asignaran con mayor exactitud al microseguro, el ratio de gastos fuera mayor. A medida que el negocio va creciendo, un seguimiento exhaustivo de los gastos por parte de las aseguradoras irá cobrando cada vez más importancia con el fin de comprender mejor la viabilidad comercial del microseguro.

Este capítulo se organiza de la siguiente manera. La sección 18.1 ofrece una visión general del marco y de los impulsores de la rentabilidad. La sección 18.2 define el contexto de las aseguradoras, el sector en el que operan y sus iniciativas de microseguros. Un análisis financiero y un examen de los impulsores de la rentabilidad para cada una de las iniciativas de microseguros se describen en la sección 18.3. La sección 18.4 presenta las principales conclusiones de los estudios de caso y recomienda ámbitos para futuras investigaciones.

18.1 Marco para evaluar la rentabilidad

La Tabla 18.1 presenta una visión general del marco desarrollado para evaluar la rentabilidad del microseguro que incluye tres impulsores principales de la rentabilidad: alcanzar la escala, gestionar los costes de los siniestros y gestionar los costes de adquisición y administración. Los dos aspectos en la base del diagrama coinciden con los impulsores de la rentabilidad y sientan las bases necesarias para iniciativas con éxito.

Tabla 18.1

Marco para evaluar la rentabilidad de iniciativas de microseguros

Escala: vender y mantener grandes volúmenes de negocio	*Gastos de tramitación de siniestros*	*–Bajos costes administrativos*
– Definir y acceder al mercado – Ofrecer prestaciones valiosas y satisfacer las necesidades del mercado al tiempo que se mantienen las primas a un nivel asequible – Incentivar los canales de distribución para vender y renovar productos voluntarios – Crear relaciones con el mercado y prestar un servicio eficaz relativo a las pólizas	Descripción del riesgo – Gestionar la selección adversa, el riesgo moral y el fraude de reclamaciones – Utilizar el reaseguro y gestionar la volatilidad de reclamaciones y el riesgo de covarianza	– Trabajar con socios y grupos – Valerse de la infraestructura existente – Sencillez y eficacia de los sistemas de administración y distribución

Estructura organizativa y contexto de mercado
Seguimiento de la experiencia

El marco presentado en la Tabla 18.1 utiliza el exceso de ingresos respecto de los gastos tal y como se muestra en la cuenta de ingresos como medida del beneficio durante el periodo. El beneficio durante un determinado periodo de tiempo es una medida absoluta y, por consiguiente, es difícil compararla con los beneficios de otras iniciativas de microseguros o líneas de negocio de forma aislada. Por lo tanto, el marco evalúa la rentabilidad global de la iniciativa de microseguros con respecto a los ingresos por primas, tal y como indica el Cuadro 18.1.

Cuadro 18.1

Evaluación de la rentabilidad

$$\text{Índice de rentabilidad bruta del seguro} = \frac{\text{Beneficio bruto del seguro}}{\text{Primas brutas adquiridas}}$$

El beneficio también se calcula en términos de beneficio neto del seguro con respecto a las primas netas adquiridas (después del reaseguro).

La rentabilidad que requieren los inversores está generalmente relacionada con el capital necesario, así como con el riesgo de la iniciativa. Si las aseguradoras desean tener un mayor conocimiento del valor generado por el microseguro para los accionistas, es importante mantener un registro del capital y de los demás recursos dedicados a este negocio, así como llevar un seguimiento de los beneficios sobre las inversiones. No ha sido posible facilitar información sobre la rentabilidad de la inversión de estos estudios de caso debido a una falta de datos por parte de las aseguradoras acerca de las cantidades invertidas en la creación del negocio. En la sección de análisis se facilita información cualitativa acerca de los recursos destinados al negocio.

18.2 Contexto e introducción

Esta sección presenta una introducción de las cinco iniciativas de microseguros estudiadas y los contextos en los que operan *(ver Tabla 18.2 para obtener un resumen).*

18.2.1 Co-operative Insurance Company (CIC), Kenia

El sector de los seguros keniano está subdesarrollado comparado con otros sectores de la economía, con una tasa de penetración de los seguros del 2,6 % aproximadamente en los últimos años. La mayor parte de esta tasa de penetración se atribuye a los seguros a terceros obligatorios de automóviles y a pensiones y seguros gubernamentales obligatorios del National Hospital Insurance Fund (NHIF, Fondo Nacional de Seguro Hospitalario) y el National Social Security Fund (NSSF, Fondo Nacional de Seguridad Social). La actividad de los seguros en el mercado de bajos ingresos ha aumentado en los últimos años, ya que muchas aseguradoras tradicionales están mostrando su interés por este mercado. Recientemente, se ha introducido una gama de productos que incluye seguros de salud, vida crédito, accidentes personales y de cosechas.

La Co-operative Insurance Company (CIC) es una aseguradora consolidada propiedad de más de mil cooperativas. Es la única cooperativa aseguradora en África y la octava aseguradora más grande de Kenia. La CIC ha estado activa en el mercado de bajos ingresos durante varios años, administrando una serie de productos a través de sus departamentos de seguros tradicionales existentes. Dada su experiencia en el mercado y su dedicación a la hora de ampliar su negocio de los microseguros, la CIC estableció un departamento de microseguros en 2010. La CIC se ha beneficiado de sus relaciones con el movimiento cooperativista de Kenia, lo cual le ha permitido formar alianzas con muchas cooperativas de crédito.

Entre los productos de microseguros que ofrece la CIC hay un seguro de vida crédito colectivo y un seguro combinado denominado Bima ya Jamii (seguro para la comunidad). El seguro de vida crédito es el microseguro más antiguo de la CIC, el cual se ofrece a instituciones microfinancieras (IMF) y cooperativas de ahorro y crédito (CAC) desde 2002. El producto es obligatorio para todos los prestatarios. Cubre al prestatario durante el periodo del préstamo y paga el valor del préstamo pendiente más intereses al prestamista en caso de invalidez o fallecimiento del prestatario. En 2010 se introdujo un pago adicional de 130 USD para el prestatario con invalidez o sus dependientes sobrevivientes sin coste adicional.

El producto de vida crédito ha permitido a la CIC generar beneficios con el fin de apoyar el desarrollo de microseguros más arriesgados, como el Bima ya Jamii, que ofrece prestaciones de hospitalización, gastos de funeral, accidentes personales o lucro cesante para el miembro principal y sus dependientes. Bima ya Jamii ha sido revisado con el tiempo, principalmente a raíz de las dificultades

experimentadas con el componente de hospitalización del producto. En la versión más reciente (y más exitosa) del producto, la CIC dejó la hospitalización en manos del NHIF, que tiene más experiencia a la hora de gestionar riesgos de seguros de salud.

Bima ya Jamii, al igual que el producto de vida crédito, se vende a través de cooperativas de ahorro y crédito (CAC) y de instituciones microfinancieras (IMF). Sin embargo, no es obligatorio para todos los miembros de IMFs o de CACs. La CIC cuenta con estos canales para vender el producto a sus clientes. Esta estructura planteó desafíos para la CIC, requiriéndose una mejora en la remuneración de los socios para incentivar las ventas. La CIC ha contratado recientemente a una agencia para que se encargue de gestionar las ventas en los ramos IMF y CAC. La agencia es responsable de formar a los agentes de ventas sobre el funcionamiento del Bima ya Jamii, facilitar información al consumidor en el punto de venta y brindarle asistencia en nombre de la CIC (tanto para el socio como para el asegurado).

Tabla 18.2

Introducción general de las iniciativas de microseguros

	Productos	*Mercado de destino*	*Distribución y administración*	*Estructura*
Co-operative Insurance Company (CIC), Kenia	– Vida crédito: obligatorio – Bima ya Jamii: seguro de vida y hospitalización combinado voluntario **El seguro de vida crédito presenta grandes beneficios desde su fecha de efecto** **Crecimiento difícil de lograr para el producto voluntario**	Miembros de instituciones microfinancieras (IMF), cooperativas de ahorro y crédito (CAC) y otros grupos de autoayuda **Gran afiliación a IMFs y CACs en Kenia**	IMFs, CACs y otros grupos **Se aprovecha la relación existente con estos grupos**	Planea implantar una unidad de negocio independiente para el microseguro
Old Mutual, Sudáfrica	Burial Society Support Plan: cobertura funeraria colectiva **La cobertura funeraria es habitual en Sudáfrica, pero se trata de un mercado altamente competitivo**	Miembros de empresas funerarias, pompas fúnebres y clubes de ahorro **Dificultad debida al pequeño tamaño de los grupos**	Agentes asalariados que trabajan con los grupos son responsables de vender y emitir pólizas **Modelo de distribución costoso**	Establecimiento de la unidad de negocio Foundation Market para centrarse en el mercado de bajos ingresos
ICICI Lombard, India	– Manipal Arogya Suraksha: seguro de salud colectivo – Seguro indexado frente a riesgos climáticos: cobertura de cosechas con base al índice de precipitaciones (incluye crédito) **El gobierno ha sensibilizado sobre el seguro indexado** **Dificultad para que el seguro de salud sea rentable**	– Grupos comunitarios en las zonas costeras de oeste de la India – Clientes de IMFs, bancos rurales y otras entidades crediticias	– Red de proveedores de atención sanitaria – IMFs y otras entidades crediticias **La ventaja de ser el primero en llegar es importante a la hora de establecer relaciones con estos grupos**	Los microseguros se gestionan en unidades de negocio organizadas por líneas de productos. No hay una unidad de negocio independiente para los microseguros.
Aseguradora Rural (ASR), Guatemala	– Cobertura de vida: seguro por fallecimiento e invalidez – Seguro estudiantil: póliza de vida con cobertura de salud adicional **Ambos productos han sido rentables desde su lanzamiento**	Clientes de BANRURAL (banco rural)	Red de sucursales bancarias de BANRURAL **Integración en la infraestructura de la empresa matriz**	Los microseguros se gestionan en el departamento dedicado a los seguros de vida
Malayan Insurance, Filipinas	Cobertura de vida con prestaciones adicionales (por ejemplo, asistencia en caso de incendios)	Clientes de casas de empeño, bancos rurales e instituciones de préstamo, cooperativas y ONGs	Casas de empeño, bancos rurales y otras entidades crediticias **Se aprovecha de la amplia presencia del socio en el mercado de bajos ingresos**	– Gestionado por el Retail Underwriting Group – Planea trasladar el microseguro a sucursal en 2011

18.2.2 Ventas inapropiadas en África del Sur

La provisión de seguros tradicional en Sudáfrica está muy avanzada y es comparable a la de las naciones desarrolladas, tanto en su tamaño como en el grado de sofisticación. Sin embargo, el mercado de bajos ingresos está desatendido. En consecuencia, se han realizado mayores esfuerzos en los últimos años, tanto en el sector público como en el privado, para mejorar la prestación de seguros en este mercado. Ahora hay disponible una variedad de seguros para los sudafricanos de bajos ingresos, entre los que predominan los productos funerarios voluntarios suministrados por proveedores formales (aseguradoras) e informales (empresas funerarias y pompas fúnebres). El mercado de los seguros funerarios es altamente competitivo. Las aseguradoras han utilizado una amplia variedad de canales de distribución para llegar al mercado, desde el modelo del agente tradicional, hasta alianzas con grupos religiosos, minoristas, empresas funerarias y pompas fúnebres. Los productos también se venden a través de bancos.

Old Mutual es la aseguradora más antigua y más grande del país, y ofrece un amplio abanico de productos en todos los segmentos de ingresos en Sudáfrica. El mercado masivo minorista, orientado a clientes de los grupos de ingresos medios-bajos, es una importante unidad de negocio para Old Mutual, dado que contribuye de manera significativa con su crecimiento y rentabilidad. El éxito de la unidad de mercado masivo minorista derivó en la creación de la unidad de negocio Foundation Market en 2008 con el objetivo de desarrollar productos exclusivamente para el mercado de bajos ingresos. La Foundation Market se estableció como una unidad de negocio independiente con vistas a proporcionar microseguros de cara a lograr el crecimiento y contribuir finalmente con la rentabilidad de Old Mutual.

El plan de apoyo a la empresa funeraria de Old Mutual ofrece un pago en efectivo a raíz del fallecimiento de un asegurado cubierto. Cubre al miembro principal, con la opción de añadir a miembros inmediatos de la familia, y se distribuye a través de empresas funerarias y pompas fúnebres mediante agentes asalariados. Una vez que la empresa funeraria o las pompas fúnebres deciden hacerse cargo de la cobertura, ésta se vuelve obligatoria para todos los miembros, los cuales pagan cada uno de ellos una prima mensual. Las empresas funerarias y pompas fúnebres pueden elegir entre diversas sumas aseguradas, con el nivel de cobertura seleccionado aplicable a todos los miembros, quienes, por consiguiente, pagan todos la misma prima mensual. Tanto el diseño del producto como el modelo de distribución son habituales en el mercado de Sudáfrica.

Debido a las normas culturales existentes, el producto goza de una buena acogida y, por lo tanto, es relativamente fácil de vender. Sin embargo, el uso de agentes asalariados para distribuir el producto resulta caro. Además, las empresas funerarias tienden a ser pequeñas, de modo que ha resultado difícil alcanzar una mayor escala. Otro desafío lo ha planteado el gran número de competidores en el mer-

cado, por lo que los altos costes de distribución del producto no pudieron repercutir plenamente en las primas del producto. No obstante, la unidad Foundation Market se ha beneficiado del acceso a competencias técnicas e infraestructura en otras unidades de negocio, lo que ha permitido mantener bajos los gastos generales. Old Mutual está preparada para ofrecer este respaldo hasta que la unidad de negocio se vuelva rentable y pueda sustentar su propia plataforma de gastos.

18.2.3 ICICI Lombard, India

ICICI Lombard fue fundada en 2001, cuando el mercado de los seguros indio se abrió a operadores privados *(ver Capítulo 20 para más información).* En la actualidad, es la mayor aseguradora del sector privado (seguros de vida no incluidos) de la India y ofrece una amplia gama de productos comerciales y al por menor. El negocio del microseguro de ICICI Lombard proviene principalmente de planes colectivos vendidos a través de alianzas con grandes y prestigiosas IMFs y ONGs, así como de planes financiados por el Gobierno. En 2008, el Gobierno de la India puso en marcha un seguro de salud nacional conocido como el "Rashtriya Swasthya Bima Yojana" (RSBY). ICICI Lombard se ha centrado en obtener licitaciones del RSBY con éxito en diferentes regiones, siendo un factor fundamental en su estrategia permanente relativa a los microseguros.

Entre los muchos productos de microseguros suscritos por ICICI Lombard, hay un seguro indexado frente a riesgos climáticos que la aseguradora fue la primera en introducir en 2003 con una de las principales IMF, BASIX. El producto se vende a agricultores de toda la India a través de entidades crediticias. Asimismo, el Gobierno desempeña un papel fundamental a la hora de fomentar las ventas subvencionando las primas del producto hasta en un 80 por ciento para aquellos agricultores que solicitan un crédito agrícola. El producto ofrece un desembolso en caso de escasez de lluvia o de lluvia excesiva, de acuerdo a la opción elegida por el asegurado. Los pagos son progresivos cuando en una zona empiezan a escasear o se vuelven excesivas las precipitaciones, de acuerdo con un límite predeterminado. El producto frente a riesgos climáticos se ha beneficiado de campañas gubernamentales de sensibilización sobre el seguro indexado *(para más información ver Capítulos 4, 11 y 20).*

ICICI Lombard también propone varios productos relacionados con la salud, incluido uno conocido como el "Manipal Arogya Suraksha Yojana" (MAS), que se ofrece a familias de bajos ingresos en las zonas costeras de los Estados de Kerala, Karnataka y Goa. Este producto ofrece un subsidio en caso de hospitalización y una cobertura adicional durante los 30 días anteriores y los 15 días posteriores a la hospitalización para el miembro principal y sus familiares inmediatos. Se vende de forma colectiva a grupos comunitarios (o clusters) como, por ejemplo, iglesias, templos y grupos de autoayuda. Este producto fue desarrollado junto con el Mani-

pal Group, una empresa diversificada implicada en ámbitos de la salud y la educación. Manipal posee 11 hospitales, en los cuales pueden amortizarse los subsidios que cubre el seguro de salud. La administración del producto se comparte entre ICICI Lombard y el Manipal Group.

Manipal Foundation, un equipo de responsabilidad social empresarial del Manipal Group, ofrece subvenciones a las primas en proporciones variables a familias que no pueden permitirse las primas.

18.2.4 Aseguradora Rural (ASR), Guatemala

Gran parte de la población guatemalteca, tanto en los grupos de ingresos bajos como medios, está excluida de los servicios financieros formales. El mercado de los seguros en Guatemala es relativamente pequeño, con 17 aseguradoras en total que cubren los mercados de los seguros de vida y de no vida. La penetración de los seguros en el país es baja, de un 1,2 %, y se ha mantenido relativamente estable durante los últimos años. Pocas compañías de seguros en Guatemala se han aventurado en el sector de los microseguros y, entre ellas, sólo tres muestran una actividad significativa. Por lo tanto, la competencia está limitada.

Aseguradora Rural (ASR) es una pequeña aseguradora, fundada en 1999 para operar tanto en el mercado de los seguros de vida como en los seguros de no vida. Es propiedad absoluta de BANRURAL, un gran banco local que pretende ampliar los servicios financieros a la población rural. La estrategia de ASR está en consonancia con la de BANRURAL, ambas centradas en ofrecer seguros al mercado rural. La aseguradora ha lanzado cuatro productos de microseguros hasta la fecha y este negocio ha experimentado un crecimiento significativo desde su entrada en vigor representando un 28 % de las primas brutas totales de ASR en 2009. El negocio del microseguro se administra de acuerdo a las estructuras de funcionamiento de los seguros tradicionales en ASR. No obstante, hay un equipo encargado de gestionar la relación entre ASR y la red de agencias de BANRURAL, que actualmente distribuye todos los microseguros de ASR.

Este estudio de caso incluye un seguro de vida y una póliza de salud para estudiantes. El seguro de vida representó aproximadamente un 90 % de las primas brutas de microseguros totales de ASR en 2009. Fue el primer microseguro de ASR y ofrecía un seguro de vida, funerario y de invalidez. Existe toda una gama de niveles de prestaciones y primas anuales entre los que escoger, con diferentes planes disponibles para la franja de edades entre 15 y 50 años y la franja de edades entre 51 y 64 años. Para comprar una póliza, el cliente tiene que ser titular de una cuenta de BANRURAL, si bien los clientes de BANRURAL no están obligados a comprar el producto.

La póliza de estudiantes de ASR ofrece una prestación por invalidez y fallecimiento para los miembros principales y una prestación de salud para menores económicamente dependientes. Entre las prestaciones del producto, se incluyen:

- para menores, servicios de atención médica suministrados por la red de asistencia sanitaria asociada de ASR, Empresa Promotora de Servicios de Salud (EPSS) o reembolso de gastos sanitarios en un centro de salud diferente en caso de accidente, subsidio diario por hospitalización en caso de accidente o enfermedad y asistencia médica las 24 horas del día.
- para progenitores, cobertura en caso de fallecimiento por causas naturales o accidentales y cobertura en caso de invalidez permanente o total.

Hay disponible toda una gama de niveles de prestaciones y primas para ambos componentes. Al igual que con el seguro de vida, los titulares de una póliza deben tener una cuenta con BANRURAL, si bien el producto no es obligatorio para todos los titulares de una cuenta. ASR dedica una gran cantidad de tiempo gestionando el papel que desempeña BANRURAL a la hora de distribuir el producto, y la motivación de los agentes bancarios para vender el producto ha planteado un desafío.

18.2.5 Malayan Insurance, Filipinas

El sector de los seguros filipino es pequeño pero está creciendo, y representaba el 1,2 % del PIB en 2006. Las aseguradoras están empezando a orientarse hacia el mercado de bajos ingresos y están ofreciendo diferentes productos: planes de seguros vitalicios, de accidente, funerarios y médicos, protección de bienes para microempresarios contra incendios, rayos, inundaciones, tifones o terremotos, y seguro indexado de cosechas frente a riesgos climáticos. Además, el Gobierno desarrolló el *National Strategy and Regulatory Framework for Microinsurance* (Marco Normativo y Estratégico Nacional para el Microseguro) para fomentar el crecimiento en el sector del microseguro, al tiempo que se protegía a los consumidores instando a los vendedores de pólizas de seguros, o bien a que se registraran en una asociación de beneficio mutuo (MBA, por sus siglas en inglés) o a que formaran una alianza con una aseguradora regulada (ver Capítulo 25).

Malayan Insurance, la aseguradora general más grande de Filipinas, ha estado activa en el mercado de bajos ingresos como parte de una estrategia de expansión en nuevos mercados. Cuenta con tres canales de distribución para cubrir el mercado de bajos ingresos:

- **Una red nacional de casas de empeños,** con más de 1.200 sucursales, ofrece seguros de accidentes personales con asistencia en caso de incendio
- **Bancos rurales e instituciones crediticias** ofrecen créditos al consumo y minoristas para proyectos sobre medios de subsistencia y microempresas a través de 78 sucursales a escala nacional
- **Cooperativas y ONGs** ofrecen seguros contra incendios, de vida e indexados frente a riesgos climáticos

18.3 Análisis financieros e impulsores de la rentabilidad

Esta sección trata la rentabilidad global de estas iniciativas de microseguros y examina los factores subyacentes en su viabilidad financiera. El análisis emplea una combinación de indicadores de rendimiento derivados de información financiera y puntos de vista obtenidos a raíz de las entrevistas con gerentes en las aseguradoras. Estos puntos de vista son especialmente útiles a la hora de comprender las finanzas e identificar elementos de la iniciativa que pueden contribuir con el beneficio o crear pérdidas para el negocio.

18.3.1 Evaluación global de la rentabilidad

Para que las iniciativas de microseguros sean propuestas de negocio viables, deben contribuir con la rentabilidad global del negocio en relación con su riesgo y la inversión de capital y demás recursos necesarios. La Tabla 18.3 muestra los índices de rentabilidad bruta del seguro (por ejemplo, los costes antes del reaseguro) para los productos analizados en este estudio.

Tabla 18.3

Índices de rentabilidad bruta del seguro[1]

Aseguradora	*Producto*	*2009 (%)*	*2008 (%)*	*2007 (%)*
CIC, Kenia	Bima ya Jamii (seguro de invalidez y fallecimiento accidental combinado con el Fondo Nacional de Seguro Hospitalario, National Hospital Insurance Fund)	27	51	60
	Seguro de vida crédito	66	66	69
ICICI Lombard, India[2]	Manipal Arogya Suraksha (MAS) (seguro de salud)	(32)	(30)	(30)
	Seguro frente a riesgos climáticos (seguro indexado frente a riesgos climáticos)	1.	5	(35)
Old Mutual, Sudáfrica	Burial Society Support Plan (seguro funerario)	0 a 5	25 a 35	20 a 25
ASR, Guatemala	Seguro de vida (invalidez y fallecimiento accidental)	67	46	85
	Seguro estudiantil (invalidez y fallecimiento accidental)	56	67	
Malayan, Filipinas	Negocio de microseguros (principalmente por invalidez y fallecimiento accidental)	47	35	47

[1] Índice de rentabilidad bruta del producto = (primas brutas – siniestralidad – gastos)/primas brutas.
[2] Todas las cifras relativas a la India en la sección del análisis financiero corresponden al año financiero del 1 de abril al 31 de marzo.

CIC

Los gastos asignados al Bima ya Jamii se basaban en los gastos directos determinados por la CIC añadiendo una proporción de los gastos del seguro de vida colectivo asignados a este producto, de acuerdo a hipótesis barajadas por los investigadores. No se asignaron gastos de forma individual al seguro de vida crédito.

Ambos microseguros de la CIC tratados en este estudio son rentables. El producto relativo al seguro de vida crédito es más rentable que el producto relativo al seguro de salud combinado, y es el más rentable de todos los productos de los estudios de caso. La CIC utilizó su experiencia con el seguro de vida crédito para aprender sobre el mercado. La rentabilidad del seguro de vida crédito apoyó la ampliación a otros microseguros como, por ejemplo, el seguro de salud combinado.

El seguro de salud combinado registró pérdidas hasta que fue relanzado como el Bima ya Jamii con el componente del seguro de salud suscrito por el NHIF. Se identificaron los siguientes factores clave de rentabilidad para los microseguros de la CIC:

- alianzas con un gran número de IMFs y CACs;
- uso de la infraestructura existente del canal de distribución y pago de bajas tarifas por la venta y la prestación de servicios del negocio;

- carácter obligatorio y altos márgenes del seguro de vida crédito;
- combinación de prestaciones de seguro de vida con las prestaciones de salud más populares;
- subcontratación del riesgo de la cobertura sanitaria al NHIF;
- dificultad a la hora de lograr volúmenes de negocio adecuados para Bima ya Jamii debido a una falta de incentivos para el personal de ventas;
- un control más exhaustivo de los gastos relativos al Bima ya Jamii derivó en una reducción de los niveles de rentabilidad.

ICICI Lombard

ICICI Lombard reestructuró sus operaciones en 2008. Desde entonces, no ha habido ninguna unidad de negocio independiente para el microseguro ni para los sectores social y rural. Las dos unidades de negocio que se ocupan de ambos microseguros también son responsables de los productos que se venden a otros segmentos de mercado.

Los costes administrativos reales y los costes de adquisición sin comisiones relativos al microseguro no estaban disponibles en ICICI Lombard. Además, se facilitó a los investigadores importes de gastos presupuestados, en vez de importes reales. Sin embargo, dada la política de estricta observancia de los presupuestos de gastos de ICICI Lombard, hay muy poco margen de variación entre los costes presupuestados y los costes reales. El método de asignación de gastos tiene en cuenta que el coste de elaborar el negocio es proporcional a los ingresos por primas.

No hay ninguna provisión de seguro indexado frente a riesgos climáticos debido a la estructura del producto. Las primas adquiridas y los siniestros incurridos son equivalentes a las primas emitidas y a los siniestros pagados y declarados. El análisis financiero del seguro indexado frente a riesgos climáticos se basa en los resultados brutos de la prima de reaseguro. ICICI Lombard no desveló las cifras netas de las primas de reaseguro ni información sobre siniestros en cuanto al seguro frente a riesgos climáticos, ya que constituiría información confidencial a efectos comerciales. Con vistas a mantener la coherencia, las cifras muestran los resultados brutos del reaseguro para ambos productos.

Ha resultado difícil lograr la rentabilidad en cualquiera de estas iniciativas de microseguros. El producto de seguro frente a riesgos climáticos parece desintegrarse incluso antes de que se tenga en cuenta el reaseguro. El producto de seguro de salud MAS ha estado generando de forma constante una rentabilidad negativa debido al elevado índice de siniestros. ICICI Lombard ha adoptado medidas con vistas a mejorar la experiencia del seguro de salud, pero el efecto de esta acción aún está por ver en los índices de rentabilidad. Se identificaron los siguientes factores clave de rentabilidad para los microseguros de ICICI Lombard:

- alianzas con un gran número de instituciones crediticias para el seguro frente a riesgos climáticos y la red de proveedores de atención médica para el producto MAS;
- carácter obligatorio del seguro frente a los riesgos climáticos para todos los miembros del grupo;
- uso de la relación estable del proveedor de atención médica con la comunidad, así como del personal de la aseguradora para fomentar las inscripciones;
- el riesgo de siniestralidad plantea un desafío para ambos productos, protegidos por un reaseguro en lo que respecta al seguro frente a los riesgos climáticos, razón fundamental por la cual ICICI Lombard puede ofrecer esta cobertura;
- una relación beneficiosa mutua con el canal de distribución permite tarifas más bajas para los servicios y el acceso a la infraestructura;
- la gestión del microseguro junto con negocios de seguros tradicionales de acuerdo a una línea de productos facilita el acceso a los recursos de la unidad de negocio y permite que los gastos sean subvencionados por la unidad de negocio en su conjunto;
- el apoyo gubernamental y la red de atención sanitaria permite una sensibilización respecto a los productos;
- la combinación de objetivos sociales con el seguro permite que las primas sean subvencionadas por el Gobierno (indexado frente a riesgos climáticos) y por la Manipal Foundation (salud).

Old Mutual

La práctica de Old Mutual en el mercado del seguro tradicional consiste en mantener actualizada información suficiente de cada cliente para realizar un seguimiento del historial de la cartera de clientes. Tales prácticas empresariales desembocan en la actividad del Foundation Market. Los gastos se supervisan y se asignan a cada uno de los productos de la cartera del Foundation Market, lo que permite fijar los precios con exactitud.

Los datos recibidos de Old Mutual eran bastante completos ya que facilitaban información sobre las provisiones para el producto, así como los gastos de gestión asignados a este último. Dado que las provisiones son pertinentes para el producto relativo a las empresas funerarias, los índices financieros se basan en primas adquiridas y pérdidas registradas. Los gastos de gestión asignados se utilizaron en la evaluación de la rentabilidad de la iniciativa.

El seguro funerario colectivo de Old Mutual había estado registrando pérdidas desde su lanzamiento en 2003 y, sólo en el pasado año ha podido ser rentable gracias a las acciones realizadas para gestionar los índices de pérdidas. En el estudio de caso se identificaron los siguientes factores clave de rentabilidad para los seguros funerarios colectivos:

- las medidas adoptadas para reducir el número de grupos con pérdidas en los libros están empezando a mejorar el mediocre historial de siniestros;
- el modelo de distribución por parte de agentes asalariados es caro con respecto a los volúmenes de primas generados, problema que empeora debido al pequeño tamaño de los grupos;
- implantar una unidad de negocio independiente para el Foundation Market con vistas a introducir el seguro en el mercado de bajos ingresos, sin dejar de tener acceso a recursos de otras unidades de negocio de la aseguradora.

ASR

ASR no analiza siniestros y gastos de forma específica para el microseguro en su sistema de supervisión y gestión del rendimiento. Los gastos se gestionan a nivel de la compañía y se analiza cualquier desvío de los objetivos presupuestarios.

El análisis de la rentabilidad en la Tabla 18.3 se basa en las primas recibidas y los siniestros declarados durante el año, y una cantidad asignada de gastos, provisiones y rentas de inversión. Los gastos imputables a siniestros fueron identificados para ambos productos y para el negocio de los microseguros consolidado.

Los gastos de marketing y de formación se gestionan a nivel de la compañía y fueron distribuidos sobre la base de primas brutas. Los gastos relativos a las actividades de promoción que fueron directamente identificados para los microseguros se asignaron en consecuencia. La cantidad asignada de incentivos de ventas se basa en el número de pólizas vendidas. Las retribuciones, los dividendos y los gastos administrativos se asignaron sobre la base de primas brutas.

Se tomaron en cuenta las provisiones pertinentes y los estados financieros se basan en primas adquiridas y siniestros incurridos.

Las iniciativas de microseguros de ASR han registrado buenos resultados anuales desde el inicio de la actividad en 2007. Ambos productos han logrado niveles de rentabilidad comparables. El seguro de vida es uno de los principales contribuyentes con la rentabilidad global gracias al volumen de ventas que genera. Los siguientes impulsores de la rentabilidad fueron identificados en el estudio de caso:

- ofrecer productos sencillos con poca disponibilidad previa en el mercado;
- uso de suscripciones y exclusiones limitado para gestionar riesgos de siniestros;
- alianza con el banco matriz con una gran presencia en el mercado de bajos ingresos;
- sin cuotas para acceder a la infraestructura y los servicios suministrados por BANRURAL.

Malayan

Las iniciativas de microseguros Malayan han sido rentables desde la inversión inicial en 2004. Se identificaron los siguientes factores clave de rentabilidad:

- ofrecer seguros por invalidez y fallecimiento accidental simples con cobertura adicional (por ejemplo, incendios) que tienen una buena acogida en el mercado de destino;
- alianza con casas de empeños, bancos rurales y entidades crediticias con una gran presencia en el mercado de bajos ingresos;
- realizar cambios en la cobertura con el paso del tiempo de acuerdo al historial (por ejemplo, eliminar la exclusión "agresión y asesinato no provocado" de los productos vendidos a través de casas de empeños).

18.3.2 Alcanzar la escala

El microseguro necesita alcanzar grandes volúmenes para generar beneficios y justificar los recursos necesarios para crear el negocio. Esto puede suponer un reto en el mercado de bajos ingresos y las aseguradoras emplean estrategias para alcanzar la escala como, por ejemplo, trabajar con mediadores, aprovechar la demanda existente y ofrecer productos obligatorios. La escala alcanzada por una iniciativa de microseguros se calcula generalmente en términos de vidas cubiertas y volúmenes de primas *(ver Tabla 18.4).*

Tabla 18.4

Volúmenes de primas y vidas cubiertas

Aseguradora	*Producto*	*Primas emitidas brutas (USD '000)*			*Vidas cubiertas*		
		2009	*2008*	*2007*	*2009*	*2008*	*2007*
CIC, Kenia	Bima ya Jamii[1]	142	137	27	18 872	17 461	3 625
	Seguro de vida crédito[2]	3 919	2 356	2 196	256 762	170 725	159 047
ICICI Lombard, India	Seguro de salud	1 323	1 008	539	550 194	511 456	318 334
	Seguro meteorológico	20 490	4 637	1 383	259 958	108 819	43 278
Old Mutual, Sudáfrica	Seguro funerario colectivo	Sin respuesta[3]			400 000 a 450 000	400 000 a 450 000	500 000 a 600 000
ASR, Guatemala	Seguro de vida	4 789	2 603	2 143	123 429	75 004	42 184
	Seguro estudiantil	175	36		20 554	3 984	
Malayan, Filipinas	Negocio de microseguros	1 913	1 246	815	5 009 089	4 334 887	4 113 975

[1] Los bajos volúmenes de pólizas para el seguro estudiantil de ASR y Bima ya Jamii se explican en parte porque estos productos son relativamente nuevos, dado que se lanzaron en 2008 y 2007 respectivamente.
[2] Productos obligatorios combinados con crédito.
[3] Old Mutual no pudo revelar los volúmenes de primas, dado que se trata de información confidencial desde el punto de vista de la competencia para la aseguradora.

Si bien los estudios de caso muestran un número importante de vidas cubiertas, las primas de microseguros son relativamente pequeñas comparado con los volúmenes de primas del negocio tradicional (del 3 % o menos para todas las iniciativas excepto el seguro de vida crédito de CIC y el seguro de vida de ASR).[1] Las líneas de productos del microseguro deberán ampliarse significativamente antes de que tengan un impacto tangible en el negocio de la aseguradora en su conjunto.

El crecimiento del seguro de vida crédito para CIC y del seguro de vida para ASR ha permitido que estos productos compensen una proporción notable de los volúmenes de primas brutas del negocio de vida de dichas aseguradoras (25 % y 37 % respectivamente en 2009). En ASR, el crecimiento del negocio del microseguro ha superado las expectativas de la aseguradora. ASR atribuyó el aumento de las ventas a una nueva estrategia de dirección comercial y al establecimiento de un departamento encargado de las relaciones con el canal de distribución. ASR desarrolló e implementó una nueva metodología de marketing y promoción, y un sistema de incentivos para centrarse en las iniciativas de microseguros.

Para varios planes, la viabilidad depende de un crecimiento continuo. El volumen de pólizas de Old Mutual no es lo suficientemente elevado como para cubrir los costes de distribución. El seguro de salud de ICICI Lombard no ha logrado una penetración suficiente en los grupos para contrarrestar la selección

[1] Esta información no está disponible para Malayan.

adversa. El seguro frente a riesgos climáticos de ICICI no ha logrado la suficiente expansión geográfica como para permitir que la aseguradora retenga la mayoría de las primas y dependa menos de los reaseguros.

Crecimiento en las primas

Algunos de los productos estudiados muestran tendencias de crecimiento considerables. Estas tendencias, junto con el gran tamaño del mercado sin explotar, ofrecen oportunidades de crecimiento en dichos mercados. La Tabla 18.5 muestra el crecimiento del volumen de las primas durante los dos últimos años.

Tabla 18.5 **Crecimiento de primas e índice de renovación**

Aseguradora	*Producto*	*Crecimiento de primas emitidas brutas (%)*		*Índice de renovación (%)*	
		2008–2009	*2007-2008*	*2008–2009*	*2007–2008*
CIC, Kenia	Bima ya Jamii	3,7	412,4	30	6
	Seguro de vida crédito[1]	66,3	7,3	81	78
ICICI Lombard, India	Seguro de salud MAS	31,3	87,2	s.r.	
	Seguro meteorológico	341,9	235,2	s.r.	
Old Mutual, Sudáfrica	Seguro funerario colectivo	18,0	2,0	60	50
ASR, Guatemala	Seguro de vida[2]	84,0	21,5	87	64
	Seguro estudiantil	389		68	
Malayan, Filipinas	Negocio de microseguros	54	53	s.r.	

[1] El índice de renovación del seguro de vida crédito se basa en el número de socios.
[2] Pólizas promedio.

El crecimiento del volumen de primas para el seguro de vida crédito de CIC y el seguro frente a riesgos climáticos de ICICI Lombard está sustentado por el aumento del número de grupos de ahorro asociados y entidades crediticias, así como por altos niveles de retención de los socios existentes.

Los principales retos de crecimiento han sido experimentados por CIC con el Bima ya Jamii y por Old Mutual con el seguro funerario colectivo. El volumen de pólizas y los niveles de retención para Bima ya Jamii están por debajo del nivel previsto por la aseguradora, en parte debido a la falta de una venta activa a miembros de grupos de forma individualizada. En cuanto a los productos funerarios colectivos, Old Mutual ha emprendido un ejercicio para reducir el número de empresas funerarias con pérdidas durante los últimos tres años. Como parte de este ejercicio, Old Mutual aumentó las primas para las empresas funerarias donde el negocio registraba pérdidas. La consecuencia fue que muchos de estos planes no renovaron la cobertura y que disminuyeron los volúmenes de negocio.

Las experiencias de las diferentes aseguradoras ofrecen información sobre factores subyacentes al crecimiento de los volúmenes de negocio y el logro de una mayor escala.

Trabajar con socios y grupos existentes para acceder al mercado

Todas estas aseguradoras trabajan con mediadores como, por ejemplo, IMFs, CACs, ONGs, proveedores de asistencia sanitaria y empresas funerarias para acceder al mercado. Sus experiencias muestran los beneficios que se derivan de trabajar con socios para alcanzar la escala en el mercado de bajos ingresos:

- Trabajar con un socio con un gran número de sucursales o puntos de acceso permite a la aseguradora desarrollar una clientela amplia y diversificada. ASR se beneficia del acceso a cuatro millones de clientes de BANRURAL y la asociación de Malayan con casas de empeño proporciona acceso a un gran segmento del mercado de bajos ingresos.
- La aseguradora puede utilizar la infraestructura del socio para acceder al mercado como parte de las actividades existentes de los asegurados (por ejemplo, realizando amortizaciones del préstamo a la IMF). Esto reduce costes para la aseguradora y para el cliente. ASR puede sacar partido de la amplia presencia de BANRURAL en el país (alrededor de 750 puntos de venta que cubren el 80 % del país).
- La escala puede ser más fácil de alcanzar cuando los productos son obligatorios y están combinados con otros productos financieros ofrecidos por el socio (por ejemplo, crédito de IMFs). La cobertura obligatoria para todos los miembros del grupo o la venta de pólizas sueltas se utiliza para el seguro de vida crédito de CIC, el seguro frente a riesgos climáticos de ICICI Lombard y el seguro funerario colectivo de Old Mutual.
- Los vínculos existentes de los socios con el mercado y una relación de confianza pueden facilitar la expansión en el mercado. ASR utiliza la imagen positiva del banco para promocionar sus microseguros. ICICI Lombard trabaja con el Manipal Group, que inspira confianza y ha estado involucrado con las comunidades durante mucho tiempo.

Las aseguradoras pudieron establecer asociaciones satisfactorias empleando las siguientes estrategias:

- Las relaciones existentes con socios del mismo grupo de servicios financieros crearon una ventaja competitiva para CIC, ICICI Lombard y ASR.
- La ventaja de ser el primero en establecer una relación con los socios y mantenerla a través de un servicio eficaz resultó de gran importancia para las iniciativas con un mayor tiempo de ejecución de CIC y ICICI Lombard.

- La creación de relaciones mutuamente beneficiosas con los socios, donde la aseguradora puede negociar precios más bajos con el socio. El seguro de vida crédito y los seguros indexados benefician directamente al socio protegiendo el préstamo de impagos en caso de fallecimiento o mala cosecha. El seguro de salud de ICICI Lombard ofrece al proveedor de atención médica una base de clientes consolidada.
- Crear y mantener relaciones con socios a través de buenos niveles de servicio y la satisfacción de clientes individuales. Altas tasas de retención de socios de entre el 80 y el 100 % parecen indicar que la mayoría de las aseguradoras en este estudio de caso parecen haberlo logrado (tal y como muestra la *Tabla 18.5*).
- El modelo de distribución de Old Mutual requiere que los agentes vendan el negocio en la comunidad donde viven y en sus inmediaciones. Esto fomenta una relación de confianza entre los agentes y los asegurados. Éste resultó ser un importante factor para su crecimiento, especialmente en el caso de empresas funerarias, centradas en la comunidad. Si bien Old Mutual ha podido alcanzar un gran número de vidas utilizando este modelo, el volumen de pólizas no soporta los costes de los agentes asalariados y existen otras figuras en el mercado sudafricano que han conseguido un mayor volumen de pólizas empleando modelos de distribución a través de socios, por ejemplo, grupos religiosos y minoristas.
- Todas las aseguradoras se han implicado a la hora de desarrollar las competencias de los socios. Las aseguradoras han ayudado a sus socios a establecer infraestructuras y sistemas con el fin de lograr procesos eficaces y facilitar el flujo de información entre el asegurador y el socio.

Primas asequibles y competitivas

Establecer primas a un nivel adecuado para este mercado es fundamental. A menudo hay tensiones entre la provisión de los beneficios que demanda el mercado y el mantenimiento de las primas a un nivel asequible. Las aseguradoras en los estudios de caso abordaron el tema de las primas asequibles de la siguiente manera:

- En cuanto a la cobertura de vida y los productos frente a riesgos climáticos, las aseguradoras se enfrentan al problema de la asequibilidad de las primas ofreciendo productos con prestaciones limitadas.
- Old Mutual y ASR introdujeron una serie de opciones a nivel de las prestaciones para permitir a los clientes seleccionar un rango de precio asequible para los beneficios que ellos valoran. Para Old Mutual, se trataba de responder al hecho de que un determinado número de empresas funerarias estaban debilitándose al verse forzadas a seleccionar opciones demasiado caras.
- La flexibilidad de las opciones de pago de las primas es importante. ASR permite pagos de primas mensuales, trimestrales o anuales. En cambio, CIC indicó que

su pago de primas anual para el producto Bima ya Jamii era demasiado caro para muchos clientes potenciales.

– La competitividad de las primas es un aspecto fundamental en el mercado de los seguros funerarios colectivos de Sudáfrica. Con frecuencia, el importe de la prima es un aspecto clave a la hora de seleccionar una aseguradora para las mayores empresas funerarias y pompas fúnebres. Con el fin de seguir siendo competitiva, Old Mutual ha tenido que mantener las primas a un nivel inferior del que soportaría el alto coste de distribución de la iniciativa hasta que el volumen de negocio alcanzara un nivel comercialmente viable. Este contexto altamente competitivo no se percibió en otros estudios, pero puede convertirse en un problema en caso de entrar más figuras en los diferentes mercados.
– La dificultad para conciliar las prestaciones requeridas por el mercado con la asequibilidad y la viabilidad financiera de las primas se ilustra mediante la experiencia de CIC con el seguro de salud combinado. CIC amplió las prestaciones del seguro de vida combinado de acuerdo a sugerencias formuladas por socios, lo cual derivó en grandes pérdidas para el negocio. Este hecho incitó a CIC a entrar en relación con el NHIF. Además, el NHIF propuso un aumento de la prima del 50 % en 2010, lo cual afectó a la asequibilidad del producto Bima ya Jamii.
– Las normativas pueden influir en el modo de establecer las primas, tal y como muestran las experiencias de Malayan e ICICI Lombard *(ver Cuadro 18.2).*

Cuadro 18.2 **Implicaciones normativas de las primas**

Para Malayan e ICICI Lombard, factores externos como primas máximas reguladas para microseguros y subvenciones de primas han desempeñado un importante papel. Los microseguros de Malayan deben satisfacer los requisitos reglamentarios de Filipinas, donde se fijan niveles de prima máximos en proporción a los ingresos disponibles de diversos segmentos del mercado de bajos ingresos *(ver Capítulo 25).*

En la India, la necesidad de asequibilidad de las primas se solventa mediante subvenciones de primas en vez de intervenir en los precios. Estas subvenciones de primas permiten que los productos lleguen a segmentos del mercado que, de otro modo, hubieran estado excluidos por motivos de asequibilidad. La ventaja para ICICI Lombard de ampliar el mercado de destino potencial de los productos demostró las ventajas de alinear los productos con objetivos sociales, donde existen prestaciones para la comunidad más allá de la cobertura del seguro (por ejemplo, mejora de la atención sanitaria para la comunidad).

Diseño de prestaciones y productos

Las aseguradoras de los estudios de caso desarrollaron productos con prestaciones genéricas dirigidas a una amplia clientela. Las ventajas de este aspecto pueden apreciarse en la escala alcanzada por el seguro de vida crédito de CIC, el seguro indexado de ICICI Lombard, el negocio de microseguros de Malaysia y el seguro de vida de ASR. En cambio, el seguro de salud MAS de ICICI Lombard está diseñado para un segmento específico del mercado, limitándose el mercado de destino a zonas geográficas en las que opera el proveedor de atención médica. Esta restricción pone límites al mercado global, pero permite a la aseguradora desarrollar una cobertura más ajustada a las necesidades de la comunidad.

La demanda de servicios de atención sanitaria en el mercado de bajos ingresos es alta. CIC e ICICI Lombard se han aprovechado de esta circunstancia vinculando el seguro a un proveedor de atención médica que goza de una buena reputación a la hora de prestar servicios de calidad. CIC ha trabajado en colaboración con el NHIF público para ofrecer el componente relativo a la hospitalización del producto Bima ya Jamii combinado. Esta asociación ofrece ventajas únicas a CIC, dado que la aseguradora es capaz de incrementar el atractivo del producto incluyendo la prestación sanitaria, mientras que el riesgo lo soporta NHIF. ICICI Lombard ha trabajado con el Manipal Group para ofrecer cobertura a través de su red hospitalaria. Los desafíos para alcanzar la suficiente escala de productos voluntarios se percibe en el bajo volumen de pólizas de ambos productos. Para CIC, el volumen de pólizas representa solamente el 63 % del volumen de pólizas previsto establecido por la aseguradora después de tres años, y para ICICI Lombard, los índices de inscripción están por debajo del objetivo del 60 % para la mayoría de los clusters.

Estas aseguradoras reciben input de los socios y de los grupos comunitarios desde la etapa de inicio de vigencia y a lo largo del tiempo sobre posibles mejoras en el diseño de las prestaciones:

- CIC se dirige al socio potencial, IMF o CAC con la idea del producto, de modo que dicho socio pueda ofrecer input sobre si existe la suficiente demanda para el producto en cuestión. A continuación, el producto se coordina con el socio y, si tiene éxito, se difunde entre otros socios.
- ASR se beneficia del conocimiento que los agentes de BANRURAL tienen de los clientes. ASR recibe input de BANRURAL cuando desarrolla un nuevo producto con el fin de evaluar si dicho producto satisface las necesidades de los clientes.
- El Manipal Group tiene una relación desde hace mucho tiempo con la comunidad que ha ayudado a ICICI Lombard a desarrollar un seguro de salud que satisface las necesidades del mercado.

– Old Mutual ha contado con información sobre las necesidades del mercado procedente de sus iniciativas de responsabilidad social.[2]
– Los inputs del cliente son uno de los principales componentes del proceso de desarrollo de productos de Malayan.

Si bien el análisis de los factores subyacentes a la retención del negocio indicaron que las prestaciones que los clientes perciben como portadoras de valor es importante, el valor de los productos para los clientes no fue evaluado de forma explícita como una medida para el éxito de la iniciativa.

Incentivos para vender y retener el negocio

ASR y Malayan implementaron programas de incentivos para los agentes de sus socios. ASR registró un aumento en el volumen de las primas tras la puesta en marcha de un programa que ofrecía incentivos al personal de ventas a nivel individual y colectivo.

Old Mutual estructuró sus paquetes de incentivos para agentes asalariados con vistas a centrarse en mantener los planes existentes, así como en vender nuevos productos. Los agentes de Old Mutual reciben recompensas de acuerdo al volumen de negocio y el índice de siniestralidad de los grupos que suscriben.

La importancia de incentivar las ventas de productos individuales se percibe en los desafíos experimentados por CIC a la hora de lograr los volúmenes de pólizas previstos y retener el negocio con el producto Bima ya Jamii *(ver Cuadro 18.3).*

Cuadro 18.3 **Crear una fuerza de ventas dedicada**

El producto Bima ya Jamii de CIC fue vendido inicialmente por personal en IMFs o CACs. No había incentivos para el personal de ventas a nivel individual, y vender seguros no era la responsabilidad principal de dicho personal. Por consiguiente, no se daba prioridad a la venta de seguros, lo cual resultó en bajos volúmenes de primas. CIC está abordando este problema estableciendo una fuerza de agentes responsable de la venta de productos individuales y proponiendo una comisión para dichos agentes. Los incentivos individuales aumentan el coste de distribución de los productos, pero parecen ser necesarios para alcanzar los volúmenes de pólizas que se requieren.

[2] El Foundation Market tiene estrechos vínculos con las iniciativas de responsabilidad social empresarial de Old Mutual, incluido un programa de información al consumidor y un Masisizane Fund que ofrece préstamos a pequeñas y medianas empresas. Old Mutual se ha valido de su experiencia con estas iniciativas para comprender mejor el mercado y generar prospectos de marketing.

Satisfacción del cliente y creación de relaciones con la comunidad
La satisfacción del cliente y el mantenimiento de altos niveles de servicio son importantes para retener el volumen de negocio:

- Old Mutual se compromete a liquidar el siniestro en las 48 horas posteriores a la recepción de toda la documentación. El agente ayuda al beneficiario a reunir y presentar la documentación necesaria. Mantener la satisfacción del cliente a través de los servicios adicionales ofertados por los agentes es importante en el competitivo sector de los seguros funerarios de Sudáfrica.
- La calidad del tratamiento suministrado por la red hospitalaria es importante para el seguro de salud de ICICI Lombard y las prestaciones sin efectivo permiten procesos de tramitación de siniestros más eficaces *(ver el Capítulo 6).*
- Old Mutual y ASR ofrecen una formación inicial y continua para agentes sobre los productos con el fin de mantener una alta calidad del servicio al cliente. Esta formación supone costes para la aseguradora y es una de las razones por las cuales el modelo de agente asalariado ha sido una estrategia cara para Old Mutual.
- ICICI Lombard investiga motivos de cancelación del seguro de salud. ASR lleva a cabo encuestas para evaluar la satisfacción del cliente después de la venta de la póliza y realiza un seguimiento de dicha satisfacción y de las razones de cancelación de las pólizas.
- Se pueden utilizar programas de sensibilización e información al consumidor para establecer la relación con la comunidad. Las campañas de sensibilización sobre salud llevadas a cabo por el Manipal Group permiten mantener una relación de confianza con la comunidad.

18.3.3 Gestión de costes imputables a siniestros

El riesgo de siniestros mayores de lo esperado puede ser considerable para el microseguro, especialmente si las compañías están introduciéndose en mercados con poca experiencia sobre la que basar hipótesis de siniestros esperados *(ver Capítulo 21).* El índice de siniestralidad respecto a las primas puede indicar si los siniestros son mayores de lo esperado por la aseguradora cuando se determinó el precio del producto.

Tabla 18.6

Índices de siniestralidad brutos

Aseguradora	*Producto*	*2009 (%)*	*2008 (%)*	*2007 (%)*
CIC, Kenia	Bima ya Jamii	15	7	4[1]
	Seguro de vida crédito	5	8	5
ICICI Lombard, India	Manipal Arogya Suraksha	110	109	110
	Seguro meteorológico	77	75	115
Old Mutual, Sudáfrica	Seguro funerario colectivo	65 a 75	80 a 90	90 a 100
ASR, Guatemala	Seguro de vida	32	38	2
	Seguro estudiantil	31	11	
Malayan, Filipinas	Negocio de microseguros	18	27	13

[1] El seguro Bima ya Jamii y los microseguros de ASR son iniciativas relativamente nuevas que comenzaron en 2006 y 2007. El bajo índice de siniestralidad en el primer año se debe muy probablemente a la poca familiaridad con los seguros y los plazos de las reclamaciones. A medida que el volumen de negocio crece con el paso del tiempo, se espera que el índice de siniestralidad se estabilice de cara a obtener el perfil de riesgo de las vidas cubiertas.

El análisis en la Tabla 18.6 muestra que el historial de siniestros está estrechamente relacionado con el tipo de producto y el perfil del mercado de destino:

- Los bajos índices de siniestros para el seguro de vida crédito obligatorio en Kenia están en consonancia con el negocio del seguro de vida de crédito obligatorio.
- Los índices de siniestralidad también son relativamente bajos en cuanto a los seguros de vida con prestaciones limitadas presentes en el producto Bima ya Jamii, el seguro de vida y estudiantil de Guatemala y las iniciativas de microseguros de Malayan.
- La gestión de los índices de siniestralidad de los productos de salud es un desafío habitual en los microseguros. Los altos costes de siniestralidad no parecen estar relacionados con una región, aseguradora o iniciativa en específico. Las dificultades a la hora de gestionar el coste de los siniestros se demuestran mediante el historial de pérdidas con el seguro de salud en la India. ICICI Lombard ha tomado medidas para mejorar el índice de siniestralidad aumentando las primas, negociando tarifas de tramitación más bajas con los proveedores de atención médica, fomentando las inscripciones y gestionando la antiselección. Sin embargo, hasta la fecha, estos esfuerzos sólo han tenido un pequeño efecto perceptible. Se registró una experiencia similar en el seguro de salud y vida combinado de CIC que, más adelante, relanzó este producto bajo el nombre de Bima ya Jamii subcontratando el riesgo relativo a la salud a NHIF.

Las aseguradoras emplearon las siguientes medidas para gestionar los costes de siniestralidad, incluyendo la fijación de precios del riesgo y aplicando medidas y controles para gestionar los riesgos de siniestralidad:

Determinación del precio de los riesgos

Los seguros de vida crédito y de invalidez y fallecimiento accidental son más fáciles de tasar que los seguros de salud. Esto ha supuesto una ventaja para CIC, ASR y Malayan. Tanto CIC como ICICI Lombard han tenido un historial de siniestros negativo con los seguros de salud, el cual empeoró debido a la dificultad para equilibrar la demanda de mayores niveles de cobertura con la asequibilidad de las primas.

Para fijar un precio a los productos, las aseguradoras se valieron generalmente de la experiencia existente con productos similares procedentes del mercado de seguros tradicional y realizaron ajustes para el mercado de bajos ingresos. Old Mutual y ICICI Lombard tuvieron dificultades con este enfoque *(Cuadro 18.4)*. El historial de siniestros con el seguro funerario colectivo y el seguro de salud MAS no reflejó estimaciones iniciales. Las normas internacionales sobre fijación de precios en seguros indexados se utilizaron para tasar el producto frente a riesgos meteorológicos, para el cual ICICI Lombard recibió apoyo por parte de la reaseguradora.

Cuadro 18.4 **Reevaluar el riesgo**

El índice de siniestralidad de Old Mutual ha sido superior al previsto del 60 % desde su inicio de vigencia, situándose cerca o por encima del 100 % en 2006 y 2007. Esto se debe en parte al perfil del mercado, donde el historial de mortalidad fue superior al esperado a la hora de fijar precios iniciales de acuerdo con otros segmentos del mercado.

Old Mutual ajustó los precios para el seguro funerario colectivo e introdujo un sistema de fijación de precios diferenciales entre los grupos. Realizó un seguimiento activo de los siniestros y ajustó las primas de manera constante, ofreciendo descuentos en historiales de siniestros positivos y aumentando las primas en el caso contrario. Estos esfuerzos derivaron en índices de siniestralidad más bajos alcanzando entre un 65 y un 75 %. Si bien estos esfuerzos derivaron en un descenso del volumen de las primas, resultaron en la retención de negocios de mejor calidad.

Adopción de medidas y controles para gestionar riesgos de siniestros

Las aseguradoras necesitaban encontrar un equilibrio entre establecer controles suficientes para gestionar los riesgos y mantener la eficacia y los bajos costes de adquisición. Las aseguradoras utilizan técnicas similares para gestionar los riesgos de siniestralidad a las utilizadas por los negocios de seguros tradicionales, incluyendo lo siguiente:

- La **antiselección,** también conocida como selección adversa o selección negativa, puede suponer un riesgo significativo para la aseguradora y debería ser gestionada a la hora de diseñar el producto. Esto es especialmente importante ya que generalmente no se suscriben productos de microseguros y el rechazo de siniestros debería minimizarse para mantener la confianza del mercado de bajos ingresos. El riesgo de la antiselección a nivel individual no es un problema para el seguro de vida crédito, que es obligatorio, y el beneficio se utiliza para pagar el préstamo pendiente. La antiselección tampoco tiene mucha cabida en el seguro frente a riesgos climáticos, dado que los siniestros son activados por patrones relativos a las precipitaciones que están fuera del control del asegurado. En cuanto al seguro de vida de ASR, el riesgo de antiselección se gestiona a través de criterios de selección limitados. Las exclusiones en la etapa de reclamación se utilizan en el caso del seguro estudiantil. Old Mutual emplea características del producto, como un periodo de espera de seis meses y la naturaleza obligatoria del producto para todos los miembros del grupo, con vistas a gestionar la antiselección. El historial de siniestros del seguro funerario colectivo parece haberse visto afectado negativamente por la antiselección por grupos con un historial de siniestros más exiguo. Old Mutual introdujo un sistema de fijación de precios diferenciales de acuerdo al historial de siniestros del grupo para frenar el problema. La antiselección supone un riesgo considerable en el seguro de salud y ha sido un importante desafío para el seguro de salud MAS. ICICI Lombard ha tratado de controlar el riesgo de la antiselección marcándose como objetivo un índice de inscripciones mínimo del 60 % para cada grupo, pero pocos grupos alcanzaron dicho objetivo. Además, la distribución del producto a través del proveedor de atención médica puede empeorar los efectos de la antiselección, dado que los proveedores de atención médica son susceptibles de tener más contacto con familias que utilizan servicios de atención médica con mayor frecuencia. Los esfuerzos de ICICI Lombard para mejorar los índices de inscripción aún no ha mostrado ningún indicio de disminución de los índices de siniestralidad.
- El **fraude de siniestros** se gestiona trabajando con colaboradores y agentes de distribución. Old Mutual y CIC cuentan con líderes comunitarios y de grupos, así como con socios para dar el visto bueno a la mayoría de los productos. Sin embargo, existen riesgos si el socio no valida los siniestros adecuadamente. En cuanto al seguro de salud, Old Mutual, ASR e ICICI Lombard han puesto en

marcha sistemas a nivel de la aseguradora para comprobar la validez de los siniestros. El riesgo de fraude de siniestros es alto en el seguro de salud. Para gestionar el riesgo de sus productos, ICICI Lombard trabaja solamente con la red Manipal de proveedores de atención sanitaria de cara a ofrecer tratamiento a los asegurados. El equipo de siniestros en ICICI Lombard supervisa de cerca los protocolos de tratamiento.

– **Riesgos de covarianza y reaseguro:** Los niveles de prestaciones de los microseguros son bajos, por lo que el riesgo de grandes siniestros individuales no plantea un problema. Además, el volumen de negocio de las iniciativas de microseguros representa una pequeña proporción de la totalidad del volumen de negocio de la aseguradora para todos los productos estudiados. Por consiguiente, las aseguradoras no han comprado reaseguros para mitigar riesgos de siniestralidad por encima de los importes mínimos requeridos por la normativa, a excepción de ASR e ICICI Lombard en lo que respecta al seguro frente a riesgos climáticos *(ver Cuadro 18.5).* A pesar del bajo nivel de prestaciones, los altos niveles de siniestros debidos a la acumulación de importes de pequeños siniestros siguen siendo un riesgo para los microseguros. Esto se refleja en la experiencia de Malayan, donde el mayor índice de siniestralidad registrado en 2008 se atribuye, en parte, a pérdidas debidas al tifón Frank.

Cuadro 18.5

Reasegurar el riesgo del seguro climático

El riesgo de una acumulación de siniestros debidos a condiciones adversas en las precipitaciones es considerable para el seguro indexado frente a riesgos climáticos. ICICI Lombard utiliza un programa de reaseguros en varios tramos para proteger a la compañía de grandes pérdidas en la cartera relativa al riesgo climático. La protección que ofrece este programa de reaseguros es la razón principal por la cual ICICI Lombard es capaz de ofrecer el seguro frente a riesgos climáticos y es clave para el éxito de la línea de negocio. Sin embargo, esta protección tiene lugar a costa de trasladar los beneficios a la reaseguradora. Con el creciente volumen del seguro frente al riesgo climático, ICICI Lombard estará posicionada para retener una mayor parte del riesgo de este negocio.

18.3.4 Gestionar los costes administrativos y de adquisición

La gestión de costes de los microseguros es clave a la hora de crear un negocio viable al tiempo que se mantienen primas asequibles para el mercado de bajos ingresos.

Tabla 18.7

Ratio de gastos

Aseguradora	*Producto*	*Tasa de gastos*			*Índice de costes de 'adquisición*			*Índice de costes administrativos en curso*		
		2009	*2008*	*2007*	*2009*	*2008*	*2007*	*2009*	*2008*	*2007*
CIC, Kenia	Bima ya Jamii	58	41	35	19	15	16	38	27	20
	Seguro de vida crédito	29	26	27	15	5	12	14	21	15
ICICI Lombard, India	Seguro de salud MAS	16	20	20	9	15	15	7	6	5
	Seguro meteorológico	20	20	20	15	15	15	5	5	5
Old Mutual, Sudáfrica	Seguro funerario colectivo	>40	>40	30–40	30–40	30–40	s.r.	10–20	10–20	s.r.
ASR, Guatemala	Seguro de vida	10	14	7	6	5	1	5	9	6
	Seguro estudiantil	9	13		6	5		5	9	
Malayan, Filipinas	Negocio de microseguros	35	38	40	32	33	36	3	5	4

El ratio de gastos para las líneas de productos figura en la Tabla 18.7 y, entre las observaciones clave, se incluyen las siguientes:

- El ratio de gastos es más alto para CIC, Malayan y Old Mutual.
- El ratio de gastos para CIC refleja un margen para la contribución en los gastos corporativos que no se asignan directamente a una única unidad de negocio. Para el negocio de los seguros de vida crédito tiene sentido contribuir con los costes globales de funcionamiento de la aseguradora, dado que los ingresos por primas de este producto se están volviendo una parte considerable de su negocio relativo a los seguros de vida. En cuanto a Bima ya Jamii, los elevados gastos reflejan la cantidad considerable de recursos destinados a desarrollar la nueva línea de productos y crear competencias para los socios en torno a esta nueva iniciativa.
- El seguro funerario colectivo de Old Mutual utiliza un modelo de distribución relativamente caro de agentes asalariados, lo que conlleva ratios de gastos más elevados, derivando en una considerable barrera para la rentabilidad. El aumento del ratio de gastos en 2008 resultó de un mayor coste de funcionamiento del Foundation Market como una unidad de negocio independiente, así como de una mayor exactitud a la hora de identificar los costes de preparación del negocio.

- En cuanto a Malayan, los altos ratios de gastos se deben a las altas comisiones pagadas, que han contribuido a alcanzar una escala considerable.
- Los ratios de gastos más bajos de los microseguros de ICICI Lombard y ASR reflejan en parte las tarifas más bajas pagadas a los socios para la distribución del negocio y menores costes de gestión atribuidos a esta actividad.
- El seguro de salud MAS y el seguro funerario colectivo registran pérdidas antes de tener en cuenta los costes administrativos en curso y los gastos generales de la compañía. Los índices de siniestralidad para el seguro de salud MAS superan el 100 %, lo que supone que este producto no contribuye a la hora de soportar los gastos de preparación de este negocio. Los índices combinados del seguro funerario colectivo y el seguro frente al riesgo climático rebasan el 100 %, lo cual indica que estos productos no contribuyen con los gastos de gestión de la compañía ni con el uso de recursos a la hora preparar este negocio, los cuales se reflejan en la asignación de gastos. CIC recibió una subvención para desarrollar el producto Bima ya Jamii. Si la compañía hubiera financiado estos costes por sí misma, este producto también habría registrado pérdidas durante el periodo de estudio.

Cabe destacar que los gastos relativos al producto Bima ya Jamii y al seguro funerario colectivo se han analizado con mayor precisión que los correspondientes a las demás iniciativas investigadas. ASR e ICICI Lombard no supervisan los costes de gestión del negocio a nivel del producto, pero dejan margen para los costes de gestión del microseguro asignando los costes de gestión del segmento de negocio pertinente (ICICI Lombard) o de la compañía en su conjunto (ASR) de acuerdo a volúmenes de primas. Si los costes se asignaran de forma más exacta a los demás productos de microseguros, los ratios de gastos podrían ser mayores.

Bajos costes de adquisición

Para gestionar sus costes administrativos y de adquisición, las aseguradoras han llevado a cabo varias estrategias. Por ejemplo, CIC, ICICI Lombard, ASR y Malayan se valen de alianzas para reducir los costes de distribución de su negocio de microseguros:

- CIC y ASR trabajan con socios que son los propietarios de la compañía aseguradora. Esto les confiere especiales concesiones en términos de acceso a la infraestructura de los socios sin tener que pagar por los recursos, lo cual representa una ventaja considerable a la hora de mantener bajos los costes de adquisición.
- Los socios de CIC e ICICI Lombard también han estado dispuestos a renunciar o a reducir las tarifas, dado que se obtienen otros beneficios al asegurar a la clientela del socio. En el caso del seguro de vida crédito, las IMFs y CACs tienen su cartera de préstamos protegida contra impagos como consecuencia del fallecimiento del prestatario. De forma similar, el seguro frente a riesgos climáticos pro-

tege al prestamista contra impagos del préstamo en caso de mala cosecha debido a patrones de precipitaciones extremas. El seguro de salud ofrece al proveedor de atención sanitaria una clientela consolidada donde el coste del tratamiento lo cubre la aseguradora.

- El pago de cuotas al socio para distribuir y prestar servicios en relación a los productos es habitual en el ámbito del microseguro. Incluso cuando se paga a los socios una cuota para distribuir el producto, como en el caso del producto Bima ya Jamii de CIC y los productos de ICICI Lombard, el uso de socios para la distribución es aún menos costoso que el uso de una fuerza de agentes asalariados únicamente responsables de vender y mantener pólizas de microseguros, tal y como demuestran índices de costes de adquisición más elevados para Old Mutual.
- La mayoría de las aseguradoras ofrecen incentivos individuales al personal del socio o al equipo de agentes encargado de vender y retener el negocio. Recientemente, CIC ha contratado a un equipo de agentes para distribuir el producto Bima ya Jamii. Estos incentivos aumentan los costes de adquisición del negocio de microseguros pero son necesarios para alentar al personal a vender productos voluntarios.

Los costes de adquisición para las microaseguradoras en los estudios de caso también reflejan actividades promocionales y de marketing:

- El marketing y la promoción representaban el 25 % de los costes de adquisición de ASR en 2009. ASR y CIC están planeando aumentar su gasto en actividades promocionales para sus productos de microseguros.
- ICICI Lombard ha aumentado la implicación de su personal en el marketing del seguro de salud y la inscripción de asegurados pero, dado que los costes no se controlan a nivel del producto individual, este gasto no es evidente en la información financiera disponible. ICICI Lombard se ha beneficiado de la promoción del seguro indexado por parte del Gobierno y la promoción de seguro de salud MAS por parte del proveedor de atención sanitaria.
- Los agentes asalariados de Old Mutual representan un modelo de distribución costoso. En la actualidad, el volumen de negocio no soporta los costes del equipo de agentes, pero el propósito para el seguro funerario colectivo es soportar los costes relativos a este producto a través del crecimiento proyectado en los próximos dos a tres años. El modelo de agentes asalariados fue elegido porque los agentes necesitaban ser remunerados para satisfacer las necesidades de miembros de grupos, por encima de las ventas. La experiencia de Old Mutual pone de manifiesto el compromiso entre gestionar los costes del equipo de agentes y contar con dicho equipo para crear una relación con los clientes y asumir algunas de las tareas implicadas en prestar servicios relativos a las pólizas.

Procedimientos administrativos eficaces

CIC, ICICI Lombard y ASR utilizan la infraestructura del socio para cobrar primas, pagar siniestros, realizar modificaciones a las pólizas y comunicarse con los asegurados. Esto tiene la ventaja de reducir el coste de la iniciativa para el asegurado, pero depende de la capacidad del socio para ofrecer un servicio de calidad y vender o renovar pólizas.

Trabajar con grupos en vez de con personas de forma individual facilita la reducción de costes y permite a Old Mutual utilizar estructuras de planes para administrar pólizas. Sin embargo, el tamaño de grupo promedio es relativamente pequeño (55 en 2009, 65 en 2008) y se requieren grupos más grandes organizados en pompas fúnebres para diseminar los costes de este negocio.

Sencillez en los productos, niveles limitados de administración de pólizas en curso, suscripciones limitadas o nulas en la fase de inicio de vigencia de la póliza y procesos de pago de siniestros eficaces contribuyen a gestionar los costes administrativos del negocio de los microseguros. En cambio, Old Mutual permite cambios en la cobertura de las pólizas de seguros mensualmente. La flexibilidad del producto aumenta la carga administrativa para el plan, el agente y Old Mutual, y se añade a los costes de preparación de este negocio. Esto pone de manifiesto la dificultad de ofrecer la flexibilidad que exigen los asegurados y mantener bajos los costes administrativos.

18.3.5 Factores intersectoriales

Dos aspectos de iniciativas están presentes entre los impulsores de la rentabilidad: el seguimiento de la experiencia y la estructura organizativa.

Seguimiento de la experiencia

Las cinco aseguradoras destinaron recursos a este negocio incurriendo en gastos de marketing, desarrollo, formación y sistemas relativos al microseguro. No obstante, la mayor parte de las aseguradoras no realizaron un seguimiento formal de dichos costes. Por consiguiente, es difícil evaluar el coste asociado a cada producto de microseguro y el impacto financiero de las medidas tratadas anteriormente. La gestión de gastos a nivel de la compañía o de una unidad de negocio permite la subvención cruzada de gastos, de modo que las iniciativas de microseguros pueden acceder a los recursos más amplios de la compañía, pero no permite a la aseguradora evaluar con exactitud la rentabilidad del negocio del microseguro.

Un determinado número de compañías evalúa la rentabilidad de los productos y de las unidades de negocio asignando gastos sobre la base de volúmenes de primas. Cuando no había información de los gastos reales, éste es el enfoque que se adoptaba en el presente estudio (es decir, para todos los productos salvo el

Bima ya Jamii y el seguro funerario colectivo). Esto indica cómo las propias aseguradoras evalúan ellas mismas la rentabilidad de las líneas de negocio del microseguro. Sin embargo, no es lo idóneo dado que las aseguradoras han invertido considerables recursos para desarrollar el microseguro y estos costes pueden no reflejarse en asignaciones de gastos proporcionales.

El microseguro puede experimentar costes que podrían no estar presentes en los seguros tradicionales, en cuanto a desarrollo de las relaciones con los socios y la creación de competencias de los socios en temas relacionados con los seguros. Por consiguiente, es importante realizar un seguimiento de los gastos con mayor exactitud para comprender los costes totales que supone suscribir este negocio, identificar deterioros en el historial y adoptar las medidas adecuadas en fases tempranas.

Todas las aseguradoras tienen planes ambiciosos para ampliar el microseguro y dedican recursos futuros a este negocio. CIC tiene la intención de implantar una unidad de negocio independiente con la introducción de un equipo de agentes y un elevado gasto en marketing para Bima ya Jamii, que tardará en recuperar las ganancias algunos años. ICICI Lombard está dedicando más recursos de la aseguradora a trabajar con grupos comunitarios con el fin de lograr mayores niveles de inscripción para el seguro de salud MAS. ASR tiene previsto empezar a comercializar seguros individuales. Se espera que todas estas medidas aumenten la base de gastos de las iniciativas de microseguros. A medida que el negocio crece y que las aseguradoras dedican más tiempo a crear y mantener el negocio, será más importante supervisar los gastos relativos al microseguro con mayor exactitud.

1 *Estructura organizativa:*

La estructura organizativa de la aseguradora y la posición del negocio del microseguro dentro de dicha estructura influyen en los costes de gestión del negocio y el respaldo de dicho negocio a través de subvenciones cruzadas procedentes de seguros tradicionales.

- El microseguro no se gestiona de forma independiente con respecto al seguro tradicional en ICICI Lombard y ASR. ICICI Lombard asigna recursos por todo el negocio a nivel de unidad de negocio vertical (por ejemplo, salud). Los costes del microseguro los soportan ingresos por primas procedentes del mismo tipo de negocio donde se requiera. La situación es similar en ASR, salvo que el microseguro se gestiona en el departamento de seguros de vida a nivel de la compañía. Esto permite el acceso a la experiencia técnica y a los recursos de las demás unidades de negocio, y que los gastos de la iniciativa de microseguros se apoyen en otras fuentes de ingresos de la compañía.
- El Foundation Market de Old Mutual se estableció como una unidad de negocio independiente de cara a ofrecer el nivel necesario de atención al mercado en las etapas de desarrollo. Por consiguiente, se requiere el suficiente volumen de pri-

mas procedente de una variedad de productos en aras de la sostenibilidad. Hasta la fecha, el seguro funerario colectivo ha generado un volumen de primas a un nivel que podría contribuir en cierta medida con la infraestructura y los costes de gestión de la unidad de negocio, pero los gastos correspondientes a la distribución del producto han limitado el alcance de esta contribución. En consecuencia, el Foundation Market todavía utiliza la infraestructura, los recursos y la experiencia generales de otras unidades de negocio, lo cual puede ser importante durante las etapas iniciales de desarrollo de una iniciativa de microseguro.

– Anteriormente, en el seno de CIC, varios departamentos se encargaban de las actividades relativas al microseguro. Ahora, la aseguradora ha establecido un departamento independiente para los microseguros y supondrá un auténtico reto convertirse en una unidad autosuficiente dado que, en la actualidad, el micronegocio depende enormemente del respaldo del negocio tradicional. Es probable que el departamento de microseguros cuente con recursos de otros departamentos, si procede.

18.4 Conclusiones y recomendaciones

El historial de rentabilidad ha sido muy variado para las cinco diferentes aseguradoras:

– Los seguros de vida crédito obligatorios de CIC, ASR y Malayan, y los seguros por invalidez y fallecimiento accidental básicos son los más rentables.
– A Old Mutual y a ICICI Lombard les está resultando difícil lograr la rentabilidad con el seguro de salud MAS y el seguro funerario colectivo. Si bien estas aseguradoras han registrado un descenso de las pérdidas en este negocio a raíz de las medidas correctivas, las iniciativas aún no están dando beneficios, tal y como evaluara este estudio.
– Además, el seguro de salud MAS registra pérdidas desde el punto de vista de los siniestros antes de tener en cuenta los gastos relacionados con este negocio. Esto significa que no está contribuyendo con los gastos de desarrollo y administración del negocio ni con los gastos empresariales generales.

El análisis de los factores que impulsan la rentabilidad reveló que:

- Los productos obligatorios y los productos con prestaciones de vida sencillas, más fáciles de valorar, han demostrado ser rentables.
- La falta de escala y control de la antiselección han derivado en elevados índices de siniestralidad.
- El reaseguro ha sido importante para el seguro indexado frente a riesgos climáticos.
- Trabajar con socios puede ayudar a las aseguradoras a gestionar los costes de distribución y administración del negocio. El modelo de agentes asalariados de Old Mutual registró los ratios de gastos más altos.
- Trabajar con socios que tienen una motivación social puede generar beneficios para los miembros que superen la cobertura ofrecida por las pólizas de seguros. El Manipal Group realiza campañas de sensibilización sobre atención sanitaria a la comunidad.
- ICICI Lombard se ha beneficiado de subvenciones de primas para el seguro indexado frente a riesgos climáticos. Las subvenciones permiten que el producto sea asequible para una mayor parte del mercado y han contribuido a alcanzar la escala en estas iniciativas.

El feedback procedente de los socios y del mercado, así como la supervisión del rendimiento financiero son factores clave a la hora de crear una iniciativa de microseguros comercialmente viable. Todas las aseguradoras en estos estudios de caso llevan a cabo un seguimiento activo del historial de siniestros de sus carteras de microseguros. Sin embargo, la mayoría no controla los gastos iniciales o en curso relativos al microseguro de forma independiente con respecto a los gastos de otros negocios de seguros. Las aseguradoras necesitan supervisar los costes totales de cara a obtener una mayor comprensión del rendimiento de su negocio de microseguros.

Las experiencias de CIC, ICICI Lombard y Old Mutual muestran que la ampliación al microseguro puede ser un proceso de aprendizaje iterativo donde se aprenden lecciones costosas a través de la experimentación. Esta observación pone de manifiesto la importancia de realizar un seguimiento de la experiencia, aprendiendo continuamente del mercado y ajustando el producto y los precios para mejorar la viabilidad de los productos.

Todas las aseguradoras que forman parte de esta investigación consideran que el mercado de bajos ingresos sin explotar ofrece una oportunidad de negocio potencialmente viable. Las aseguradoras están poniendo cada vez más énfasis en el mercado de bajos ingresos en sus planes de expansión. Están dedicando recursos para desarrollar competencias en el mercado y sentar unas bases sólidas para el negocio del microseguro. Los mercados se están volviendo más competitivos, y la creación de relaciones con socios tales como IMFs y bancos rurales están

cobrando cada vez más importancia. A pesar de estos esfuerzos, algunas iniciativas aún no han mostrado beneficios y todavía cubren solamente una pequeña parte del mercado potencial.

Si bien estos cinco estudios de caso ofrecen una valiosa información sobre la rentabilidad de las iniciativas de microseguros de las aseguradoras, sería prematuro extraer conclusiones generales sobre la rentabilidad de estos productos y debe prestarse especial atención a la hora de aplicar los hallazgos de estos estudios de caso a otros contextos y productos. A este respecto, investigaciones posteriores sobre el rendimiento de otros microseguros resultarán de utilidad.

Si bien este capítulo sólo aborda la viabilidad del microseguro, una revisión completa debería integrar la propuesta de valor de la iniciativa para el cliente con el fin de ofrecer una perspectiva holística. La cuestión de la rentabilidad tiene que equilibrarse con el grado en que los productos ofrecen valor al cliente *(ver Capítulo 15),* dado que la sostenibilidad a largo plazo depende de la propuesta de valor de los productos. El diseño de investigaciones futuras deberá tener en cuenta este importante aspecto.

19 Enseñar a los elefantes a bailar : La experiencia de las aseguradoras comerciales en los mercados de bajos ingresos

Janice Angove, Martin Herrndorf y Brandon Mathews

Los autores desean agradecer a Felipe Botero (MetLife), Doubell Chamberlain (Cenfri), Iddo Dror (Micro Insurance Academy), K Gopinath (IFFCO-Tokio), Thomas Mahl (Munich Re), Marc Nabeth (CGSI) y Dirk Reinhard (Munich Re Foundation) sus puntos de vista y sugerencias. Los autores también están en deuda con los numerosos responsables de seguros anónimos que fueron entrevistados sobre su experiencia para la investigación de base de este documento.

En la segunda mitad del siglo XX, muchas aseguradoras comerciales en mercados desarrollados desviaron su atención de la clase media para enfocarla en clientes más acomodados.[1] Más recientemente, en mercados emergentes no obstante, el péndulo puede haber oscilado hacia el otro extremo, dado que algunas aseguradoras se muestran optimistas y comprometidas con la prestación de servicios para el mercado de bajos ingresos, lo que generalmente se denomina como "microseguro". Estas compañías, los elefantes en el título del capítulo, generalmente deben trabajar para desarrollar los productos, los procesos y las competencias con vistas a atender las necesidades de pequeños agricultores, trabajadores del servicio doméstico, artesanos, vendedores en mercados y similares, dado que pocas aseguradoras están familiarizadas con las características de este mercado. De acuerdo con las experiencias pioneras de las primeras en llegar, este capítulo ofrece algunos detalles sobre el modo de comenzar.

El sector de los seguros formales posee enormes recursos fundamentales: dinero, personas, acceso y experiencia. La implementación de estos recursos en beneficio de los hogares de bajos ingresos promete una enorme contribución a la reducción de la pobreza. Dercon et al. (2008) señalan que riesgos no asegurados son una causa de la pobreza. Es difícil imaginar una oportunidad más adecuada para las aseguradoras de contribuir a la mejora de la sociedad. Valiéndose de competencias fundamentales y motivadas por un crecimiento rentable a medio y largo plazo, las aseguradoras pueden atender algunos de los puntos débiles que perpetúan la pobreza y refrenan el desarrollo económico. Para lograrlo, no obstante, las aseguradoras necesitan un cierto grado de cambio o innovación.

Que el concepto de "bajos ingresos" signifique pobre, trabajador pobre o clase media emergente es algo que puede argumentarse. El desafío global para una aseguradora comercial en este desconocido mercado es obtener el equilibrio perfecto entre costes y beneficios. Los costes incluyen todo lo necesario para fomentar el cambio; desde el tiempo de gestión y las inversiones hasta la gestión de proyectos

[1] *Wall Street Journal,* 3 de octubre de 2010: "La orientación hacia una clientela más adinerada pone en un aprieto a las aseguradoras en el ramo de vida".

y el riesgo para la reputación. Los beneficios se pueden resumir como las ganancias, pero también incluyen valor adicional procedente de una mayor competitividad a través de innovaciones útiles y una reputación mejorada.

Este capítulo sintetiza las experiencias de las aseguradoras comerciales que trabajan para extender su negocio en el segmento de bajos ingresos, así como las recomendaciones para estas últimas. Organizado en tres secciones, el capítulo comienza con los motivos y los objetivos de las aseguradoras. La segunda parte trata del proceso para lograr dichos objetivos dentro de la compañía, y la tercera parte aborda las actividades externas con los clientes y los socios necesarias para alcanzar la escala y la sostenibilidad.

19.1 La implicación de los aseguradores comerciales en el microseguro

19.1.1 El papel de los aseguradores comerciales: potencial y retos

Los aseguradores comerciales están cada vez más implicados en el mercado de bajos ingresos y están abriendo activamente vías para ampliar su negocio. La idea de que el mercado de bajos ingresos no puede ser asegurado está siendo desafiada o desaprobada, y las iniciativas de microseguros se están percibiendo como una oportunidad para aprovecharse del potencial de la "fortuna en la base de la pirámide" de acuerdo con Prahalad (2005). Los pobres son considerados ahora como un enorme mercado sin explotar que acumula considerables recursos financieros y presenta una gran necesidad, enfrentándose a riesgos que habitualmente están asegurados en segmentos de altos ingresos.

Muchas aseguradoras multinacionales pretenden crecer rápidamente en mercados emergentes. Chartis ha llegado incluso a rebautizar su división de "mercados emergentes" en "mercados de crecimiento". Compañías como Allianz, Chartis y Zurich han puesto en marcha iniciativas específicas de cara a llegar mejor a los clientes de bajos ingresos. Algunas aseguradoras nacionales también están involucradas en este segmento de mercado, posiblemente debido a la competencia en segmentos más adinerados, o sencillamente porque son emprendedoras.

De forma general, la implicación de aseguradores comerciales en el microseguro ha experimentado un crecimiento considerable en varios frentes:

– **Nuevos mercados:** varias empresas internacionales están expandiendo su negocio en economías emergentes, por ejemplo, Allianz en varios países africanos, Colombia, India e Indonesia, y Mapfre en América Latina. Se espera que una parte considerable del negocio en estos países provenga del mercado de bajos ingresos, donde algunas aseguradoras han comunicado que el 20% de sus asegurados son clientes de microseguros. También es posible encontrar ejemplos de

aseguradoras comerciales que desempeñan un papel en iniciativas impulsadas por el desarrollo como, por ejemplo, programas del sector público y actividades de responsabilidad social empresarial (RSE). Por ejemplo, algunas aseguradoras comerciales se han involucrado en el Rashtriya Swasthya Bima Yojana (Plan Nacional de Seguros de Salud) en la India *(ver Capítulo 20).* Generalmente, las primas en estos planes están subvencionadas por el Gobierno o por donantes, de modo que los productos son más asequibles para el mercado de bajos ingresos.

- **Nuevos participantes:** el mercado ha suscitado el interés de las aseguradoras que previamente no estaban implicadas en el mercado de bajos ingresos y ha propiciado su entrada en este último. Por ejemplo, aseguradoras generales en Sudáfrica como Santam y Mutual and Federal, han desarrollado productos que ofrecen seguros de edificios y contenido para hogares de bajos ingresos. Dados los requisitos normativos en la India *(ver Capítulo 20),* las aseguradoras multinacionales que operan en este país están exponiéndose al microseguro y algunas de ellas están comenzando a exportar las lecciones aprendidas.
- **Nuevos productos:** *las aseguradoras comerciales han ampliado su gama de productos más allá del seguro de desgravamen* (ver Capítulo 9), *el seguro funerario* (ver Capítulo 10) y las pólizas de invalidez y muerte accidental simples. Otros productos como seguros de daños, seguros de cosechas indexados *(ver Capítulo 11),* seguros contra incendios y seguros para personas que se desplazan a diario son prometedores *(ver Cuadro 19.1).*
- **Innovación en la mediación:** las aseguradoras están aprovechando los avances en tecnologías de la información y la comunicación *(ver Capítulo 24)* y las oportunidades de vincularse a grupos de mediadores *(ver Cuadro 19.2)* para expandir a nuevos mercados.
- **Nivel de competencia:** si bien la ventaja del primero en llegar sigue siendo crucial a la hora de establecer una relación con socios y acceder al mercado, algunos mercados, como en el caso de Colombia, la India y Sudáfrica, están experimentando una competencia creciente en el negocio del microseguro. El seguro funerario colectivo y el seguro de desgravamen son mercados muy controvertidos, con canales de distribución que comparan activamente niveles de cuotas, comisiones y servicios a la hora de seleccionar una aseguradora con la que suscribir la cobertura.

Cuadro 19.1

Aumento de la diversidad de productos por parte de las aseguradoras comerciales

El interés comercial en las prestaciones del microseguro ha resultado en la proliferación de diferentes tipos de microseguros por todo el mundo:

– Kenya Orient Insurance relanzó el producto Safari Bima en 2010, ofreciendo un seguro de salud, invalidez y muerte accidental a las personas que viajan a diario entre su hogar y su trabajo.
– En 2008, Mutual and Federal puso en marcha un seguro ganadero que cubría a pequeños agricultores en Sudáfrica.
– Allianz lanzó un seguro de vida-ahorro en la India en 2008 que atrajo a tres millones de asegurados y más de 100 millones de USD en primas anuales.
– También en la India, Agriculture Insurance Corporation, IFFCO-Tokio e ICICI Lombard están participando en un plan de seguros de cosechas frente a riesgos climáticos subvencionado para los agricultores. Tras percatarse de la oportunidad, más aseguradoras han decidido entrar a formar parte del plan para la próxima temporada agrícola. Las reaseguradoras también han demostrado su interés por reasegurar este plan.
– En Jordania, Zurich lanzó un seguro de efectivo por hospitalización comercializado con el nombre de "Caregiver" y distribuido por MicroFund for Women, afiliado al Women's World Banking.

Cuadro 19.2

Distribución innovadora utilizada por aseguradoras comerciales

Tal y como se describe en el Capítulo 22, una mayor disponibilidad de socios que las aseguradoras comerciales pueden utilizar para acceder al mercado de bajos ingresos ha facilitado una distribución innovadora. Estos socios a menudo son los líderes en el debate y se dirigen a las aseguradoras para establecer iniciativas de microseguros:

– Mapfre ha formado una alianza con CODENSA, la compañía de suministro eléctrico más grande de Colombia, con aproximadamente dos millones de clientes en Bogotá. A los clientes de CODENSA se les ofrece un determinado número de seguros como parte de un programa de fidelidad del cliente que incluye seguro funerario, de vida, garantía ampliada y de accidentes personales. Los productos se comercializan a través de ventas de atención personalizada y centros de llamadas salientes. Los canales de ventas y marketing son administrados por CODENSA con el apoyo de Mapfre (Smith et al., 2010b).

– En Sudáfrica, Hollard ha ampliado con éxito sus relaciones con minoristas como el Edcon Group o las tiendas PEP, dirigidas al mercado de medios y bajos ingresos, y también distribuye a través de la Best Funeral Society.
– Zurich ha experimentado en Bolivia y México con tarjetas de seguros prepago vendidas en quioscos y tiendas de venta al por menor. En Chile, ha vinculado a agentes "puerta a puerta" con una compañía de servicios públicos para cobrar primas, y en Sudáfrica utilizó agentes dotados de una aplicación en los teléfonos móviles con el fin de aumentar las ventas.

Aparte del negocio denominado "microseguro", las aseguradoras comerciales acceden al mercado de bajos ingresos con mayor frecuencia a través de iniciativas denominadas "distribución alternativa", "mercado masivo", "negocio colectivo", "fidelidad" o "marketing de afinidad". Si bien posicionar el negocio como microseguro puede atraer a nuevos socios interesados en prestaciones más a largo plazo para sus clientes, independientemente de cómo se denomine la iniciativa, generalmente se requieren innovaciones o cambios para llevar nuevos productos a través de nuevos socios a nuevos clientes. Es importante dejar atrás etiquetas antiguas y desarrollar una estrategia unificada para segmentos de bajos ingresos con el fin de crear una cartera empresarial rentable a corto plazo y sostenible a largo plazo.

Hasta la fecha, el mercado ha experimentado tanto éxitos como fracasos en varios productos y acuerdos de cooperación, al igual que con el seguro tradicional. Sin embargo, aprovechar la oportunidad económica que brinda el mercado del microseguro es un reto para las aseguradoras. La siguiente sección trata las oportunidades que ofrece el microseguro y los "retornos" que puede generar para la aseguradora.

19.1.2 Motivaciones y medidas de éxito

Las innovaciones que pretenden llegar al segmento de bajos ingresos incurren en gastos y, por consiguiente, una cartera satisfactoria de microseguros debería generar retornos que justificaran la inversión. Los retornos potenciales relacionados con el microseguro se clasifican en tres categorías principales: 1) retornos financieros; 2) innovación; y 3) reputación. La importancia relativa de cada elemento variará dependiendo de la aseguradora y del nivel de desarrollo de la iniciativa. Sin embargo, a medio y largo plazo, las iniciativas de microseguros deben producir retornos financieros para que las aseguradoras sigan con el negocio, aunque dichos retornos se identifiquen en otros segmentos empresariales a través de alianzas o innovaciones mejoradas.

Retornos financieros

Para establecer una amplia cartera de microseguros en una aseguradora comercial, debe lograrse una cierta rentabilidad. Los inversores requieren un nivel de retorno proporcional al riesgo incurrido por el negocio. Con mayores esfuerzos necesarios y más incógnitas, es posible que el microseguro requiera incluso mayores beneficios, sin tener en cuenta la innovación y la reputación. La viabilidad financiera debe lograrse en un plazo razonable; de lo contrario, las aseguradoras abandonarían el mercado o impondrían bajos límites en sus exposiciones.

Primas totales más bajas significan que deben venderse grandes volúmenes de negocio para generar beneficios a niveles que justifiquen el esfuerzo. Asimismo, hay que alcanzar una determinada escala para ofrecer prestaciones reales a bajo coste a los clientes de microseguros. Si bien el número exacto de clientes por el cual un plan se vuelve rentable varía de acuerdo a la estructura de costes y las condiciones del cliente, la mayoría de las compañías de seguros dudarían en participar en planes con menos de 10.000 clientes de microseguros. Dado que la escala sólo puede alcanzarse a medio plazo, también es importante evaluar su indicador: el crecimiento.

El microseguro ofrece oportunidades de diversificación para las aseguradoras comerciales. Para las multinacionales, la diversificación en nuevos territorios, riesgos y grupos de destino reviste un gran atractivo. Asumir riesgos en negocios desvinculados de su cartera principal es especialmente útil para mejorar el perfil de riesgo global de la aseguradora y la gestión del flujo de caja.

Innovación

Un aspecto central con respecto al debate sobre los microseguros es darse cuenta que los canales de distribución, los productos y los procesos generalmente utilizados por las aseguradoras rinden poco en el segmento de bajos ingresos. Por consiguiente, se requiere innovación, lo cual implica reducir radicalmente los costes, aumentar la eficacia y hacer propuestas de seguros más sencillas y más directas para los clientes, aunque sea una tarea compleja para la aseguradora.

Los conocimientos y las competencias obtenidos a través de actividades de microseguros exitosas pueden transferirse a menudo a la actividad principal de la compañía con el paso del tiempo. Las innovaciones que permiten que se vendan seguros de forma rentable a clientes de bajos ingresos en un quiosco o a través del teléfono móvil pueden adaptarse para atender a clientes más adinerados. Asimismo, las aseguradoras han indicado que las lecciones aprendidas a la hora de hacer más rentable el microseguro pueden incluirse en el negocio en un sentido más amplio, resultando en una reducción de costes para la compañía en su conjunto.

Reputación

Una buena reputación entre inversores, entidades reguladoras y el público, y la confianza de los asegurados son factores importantes para que las aseguradoras puedan acceder al capital, así como retener y ampliar su negocio. Las inversiones y las acciones llevadas a cabo con objetivos sociales en mente son beneficiosas para la reputación de las aseguradoras.

En la última década, la expansión del acceso a servicios financieros en mercados desatendidos ha ido cobrando cada vez mayor interés. Legisladores de varias economías emergentes están tomando la iniciativa y están ampliando el acceso de los seguros al mercado de bajos ingresos *(ver Capítulo 25)*. La "inclusión financiera" ha suscitado el interés internacional en los diálogos del G-20. La provisión de microseguros puede permitir a las aseguradoras forjarse la reputación de contribuir al logro de objetivos sociales más amplios, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Asimismo, los microseguros también contribuyen a las intenciones de la RSE. Si una compañía comprometida socialmente atrae y motiva a empleados, accionistas y clientes, entonces la promesa social del microseguro –mejorar las vidas del mercado de bajos ingresos ofreciendo protección contra riesgos que, de otro modo, derivarían en más pobreza– mejora indirectamente los resultados de la compañía.

Es posible que las aseguradoras que trascienden el enfoque de que el impacto social y la rentabilidad requieren inevitablemente un compromiso sean más conscientes de las sinergias en el desarrollo de tales objetivos. Desde una perspectiva de impacto social, por ejemplo, la rentabilidad es necesaria para movilizar las inversiones requeridas de cara a alcanzar und determinada escala y mejorar el producto y la calidad de servicio para los clientes. Desde la perspectiva de rentabilidad, el aumento del impacto social puede crear una demanda a largo plazo mejorando el nivel de vida de los clientes. A largo plazo, el microseguro necesita crear valor para los clientes protegiéndoles de los riesgos a un precio asequible mientras que, al mismo tiempo, crea valor para la aseguradora contribuyendo a los beneficios empresariales globales *(ver Cuadro 19.3)*.

Cuadro 19.3

Práctica del microseguro de "consumidor emergente" global de Zurich

Las aspiraciones y los objetivos de la práctica del microseguro de Zurich condensan los objetivos dobles de retorno financiero y social con los objetivos de crecimiento financiero sostenible, innovación de productos y procesos, y compromiso con la sociedad ofreciendo proactivamente los recursos humanos y financieros de Zurich para superar el desafío y la promesa de una mayor inclusión financiera.

Zurich ha empezado a alejarse del término "microseguro", para utilizar en su lugar el de "consumidor emergente". La compañía considera que refleja mejor las necesidades del cliente, que no son "micro" (al menos desde el punto de vista del cliente) y, por otra parte, el prefijo "micro" tampoco describe adecuadamente la escala de este negocio. Por consiguiente, la iniciativa no percibe a los hogares de bajos ingresos como "pobres", sino como consumidores ambiciosos y "emergentes", tal y como demuestra la creciente clase media en los mercados emergentes. El seguro protege los bienes y los ingresos, y los consumidores emergentes disponen de ambos.

En 2010, Zurich tenía 2,3 millones de pólizas que cubrían a los "consumidores emergentes" en siete países, en 2009 habían sido 1,8 millones. Aproximadamente el 75% del volumen procede de América Latina, el 15% de Asia y el 10% restante de África.

Fuente: Adaptado de la página web de Zurich Financial Services.

Además, una importante motivación para que las aseguradoras se involucren en el microseguro es aprovecharse de la ventaja del primero en llegar mientras el mercado se está desarrollando. De esta forma, las aseguradoras tratan de crear una base de clientes que permanezca fiel y de ampliar el uso del seguro a medida que aumentan los ingresos.

Tal y como figura en la Tabla 19.1, el microseguro tiene el potencial de ofrecer retornos financieros, así como ventajas relacionadas con la innovación y la creación de la reputación de la aseguradora. Sin embargo, las iniciativas deben estructurarse cuidadosamente para que puedan ser comercialmente viables. La siguiente sección describe un enfoque, basándose primero en aspectos internos, para lograr el éxito.

Tabla 19.1

Actividades de microseguros de aseguradoras comerciales y sus medidas de éxito

Ejemplo	*Medidas clave de éxito*		
	Rentabilidad	*Innovación*	*Reputación*
Seguro de indemnización por hospitalización en efectivo "CareGiver" lanzado por Zurich y distribuido por una IMF en Jordania	El producto fue lanzado en 2010, pero las reclamaciones hasta ahora y los ratios de gastos parecen prometedores	El producto ofrece una cobertura de salud sin precedentes, incluyendo complicaciones de maternidad; atiende las especificidades de los asegurados de sexo femenino *(ver Capítulo 16)*	El producto ha dado a Zurich y a su socio una cobertura mediática en los principales medios de comunicación a nivel mundial
Allianz lanzó el Sarva Shakti Suraksha (SSS), un seguro de ahorro-vida con IMF y cooperativas en la India	Con ingresos de más de 100 millones de USD y la suficiente rentabilidad, se está adaptando el producto a otros mercados	SSS es un producto líder en microseguros de ahorro en la India y ha abierto la vía a nuevos canales de distribución; la aseguradora ha adaptado también el producto al mercado indonesio	Medios internacionales han informado reiteradamente sobre el producto y la cooperación de Allianz con socios clave
"Segmento del microseguro" de Mapfre en Brasil	En un plazo de cinco años, Mapfre multiplicó sus ingresos hasta el punto de que vende en 20 días lo que solía vender en un año	La orientación hacia trabajadores de la economía sumergida ha ampliado el mercado potencial de forma exponencial	Ha suscitado el interés de los medios y de las agencias de desarrollo

19.2 Organización interna: modelos para el éxito

El desarrollo del microseguro como un negocio viable para una compañía de seguros puede requerir el cambio de las estructuras y los procesos internos, a veces, de forma considerable. Esta sección aborda los cambios y las etapas clave que se requieren, así como los factores de éxito identificados en un determinado número de aseguradoras comerciales.

Como muestra la Figura 19.1, la forma, el desarrollo y la cadencia reales de estos cambios se verán influenciados por factores inherentes a la compañía, así como por el entorno mercantil y normativo. Además, el microseguro, como cualquier iniciativa empresarial, debería ser respaldado por buenas prácticas empresariales – incluyendo una sólida gestión de riesgos y una firme implementación. Un seguimiento continuo, así como feedback sobre los cambios, pueden ayudar a implementarlos de forma efectiva.

Figura 19.1 **Modelo para desarrollar iniciativas de microseguros sostenibles**

Entorno, normativa y práctica empresarial	1. Garantizar el compromiso y la comprensión a nivel interno	Seguimiento y feedback
	2. Aprender y perfeccionar modelos	
	3. Estructurar el negocio para alcanzar la escala	
	Gestión de riesgos y buenas prácticas	

19.2.1 Garantizar el compromiso y la comprensión a nivel interno

La primera fase comienza con la definición del microseguro en el seno de la aseguradora comercial, identificando las motivaciones de la compañía, consolidando el apoyo y planificando las primeras etapas. Es necesario definir indicadores de éxito a corto y largo plazo en esta fase inicial, que probablemente incluirán una combinación de los objetivos tratados en la sección anterior. Los objetivos deberán enmarcarse en la viabilidad comercial a largo plazo, de modo que la iniciativa disponga de los recursos necesarios para tener probabilidades de éxito.

Como una condición previa para manejar el microseguro de forma efectiva, el respaldo de los superiores jerárquicos y el deseo de innovar a diferentes niveles de la compañía son fundamentales. En esencia, el concepto del microseguro es atractivo: ayudar a los clientes de bajos ingresos, captar el crecimiento de los mercados emergentes, contribuir a la evolución de la sociedad y obtener ganancias. Sin embargo, invertir en este concepto requiere una comprensión y un compromiso más profundos que el "amor a primera vista". El desarrollo del negocio del microseguro requiere atención administrativa y asignación de recursos a la luz de las prioridades concurrentes. Es importante identificar un apoyo interno, que debería ser un directivo con la autoridad, los recursos y el interés suficientes.

La creación de una estructura de apoyo puede resultar difícil debido a que se percibe el microseguro como una especie de limosna o, peor aún, como unas relaciones públicas cínicas. El segmento de bajos ingresos se caracteriza a menudo como de alto riesgo, no rentable o imposible de atender *(ver Cuadro 19.4)*. Esto deriva, al menos en parte, en un razonamiento circular según el cual, dado que los clientes de bajos ingresos no compran seguros hoy, tampoco lo harán mañana. Este razonamiento nos hace pensar en la famosa observación del fundador de Digital Equipment Corporation: "No hay ninguna razón por la cual alguien querría tener un ordenador en su hogar".

Las bajas expectativas hacen que las aseguradoras no realicen los cambios necesarios para el éxito. Cuando Zurich en Sudáfrica ofreció por primera vez una cobertura de propiedad basada en el microseguro, la dirección insistió en cambiar lo menos posible "para probar si el microseguro funciona antes de hacer cambios". Como era de esperar, sin cambios en la propuesta, los clientes que previamente no querían seguros, siguieron sin quererlos.

Cuadro 19.4 **Reacciones diversas de la dirección**

Algunas de las reacciones de los principales responsables en cuanto al microseguro:

– "Los pobres sólo compran tres cosas: alcohol, cigarrillos y billetes de lotería"
– "Demasiado volátiles… no en mi cartera"
– "Aunque sea algo grande en 10 años, mira alrededor de esta sala… ¿ves aquí a alguien que no esté jubilado dentro de 10 años?"
– "Esa puede ser tu definición pero, para mí, el microseguro sólo es microseguro si pierde dinero…"
– "Suena bien… Supongo que necesitas personas, o dinero, o ambos… veamos cómo podemos obtenerlos".
– "El microseguro es una parte, pero hay que decir que una parte muy pequeña, de nuestro negocio… eso significa que el microseguro es algo "bueno de tener".
– "Aunque a menudo salga en los medios… para nosotros es un negocio de nicho, un negocio complementario."
– "La manera más rápida de que alguien que entiende de seguros abandone la sala es pronunciar la palabra "microseguro".

Fuente: Memorandos internos y notas de reunión de varias compañías.

Una vez que los patrocinadores clave hayan aceptado el microseguro como comercialmente atractivo y útil para las vidas de los clientes, el proyecto necesitará espacio para tener éxito, incluyendo recursos humanos y financieros, así como autoridad y objetivos respecto al rendimiento. Es fundamental no subestimar la importancia de los mandos intermedios en este proceso. Con frecuencia, los mandos intermedios serán responsables de la toma de decisiones prácticas y de la implementación de los procesos necesarios para el éxito del microseguro. Incluso con el apoyo de la alta dirección, los gerentes y compañeros que trabajen de una forma determinada y no tengan incentivos para cambiar pueden suponer un obstáculo para el desarrollo del microseguro en una compañía de seguros.

Los dos principales desafíos a nivel gerencial son los siguientes: 1) la naturaleza del microseguro como una iniciativa centrada en un segmento de clientes; y 2) la estructura de incentivos para los gerentes. El microseguro no es un producto, fun-

ción o proceso singular; es una serie de actividades orientadas a ampliar el acceso a los clientes de bajos ingresos. Implica los esfuerzos coordinados de diferentes funciones y departamentos a nivel de la aseguradora. Por ejemplo, coordinar un plan con productos tanto generales como de vida supone, en la mayoría de las compañías, trabajar con departamentos independientes de suscripción, siniestros, finanzas e incluso recursos humanos.

En lo que respecta a los incentivos, la remuneración de los gerentes responsables de la implementación se basa generalmente en objetivos de crecimiento a corto plazo y resultados consistentes a medio plazo; en este contexto, la incertidumbre y la volatilidad percibida del microseguro resultan poco atractivas. Por consiguiente, los sistemas de incentivos para el microseguro deben estar en consonancia con los requisitos empresariales y estratégicos de mayor nivel. Una vez que una estrategia para el microseguro haya despertado el interés de la alta dirección, debe hacerse tangible y concreto para solicitar apoyo (o al menos evitar que se menoscabe activamente) entre los mandos intermedios.

El apoyo para el microseguro puede obtenerse demostrando el tamaño del mercado potencial, destacando los éxitos de la competencia, ilustrando el carácter social del microseguro y mostrando las oportunidades de aprendizaje e innovación. Si bien esta táctica puede llegar a los corazones e incluso a las mentes de los compañeros de trabajo, no sustituye un sistema de dirección e incentivos adecuado.

Asimismo, en esta fase inicial la aseguradora también puede implicar a socios externos como, por ejemplo, organizaciones de desarrollo y distribuidores. Las oportunidades de visitar proyectos existentes y la exposición a situaciones reales en mercados emergentes a través de estas instituciones pueden ayudar a crear experiencias e imágenes tangibles del mercado de bajos ingresos y del microseguro. Iniciativas experimentales, generalmente sustentadas por donantes, han sido cruciales a la hora de demostrar los modelos de negocio y las oportunidades del mercado, sensibilizando y proporcionando material a los gerentes de microseguros con el fin de convencer a sus compañeros y directores de su potencial.

Erigir una relación contractual a largo plazo con un socio paciente y respetado para explorar conjuntamente el espacio puede aportar legitimidad interna y un foco de atención, así como garantizar un apoyo creíble y a largo plazo en el negocio. Por ejemplo, con motivo de su iniciativa global, Zurich ha colaborado desde muy pronto con la Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC); Allianz y Munich Re formaron asociaciones similares con la Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Cooperación Internacional Alemana) o GIZ; y docenas de aseguradoras se beneficiaron de su colaboración con el Fondo para la Innovación en Microseguro de la OIT. Si bien las cantidades aportadas por los donantes son relativamente pequeñas desde el punto de vista de una aseguradora, varios gerentes de microseguros citan el apoyo político y simbólico de agencias públicas como fundamental a la hora de catalizar y sostener el apoyo y el compromiso interno.

19.2.2 Aprender y perfeccionar modelos

Crear una cultura de aprendizaje abierta

Como uno de los siguientes pasos a emprender de cara a introducirse en el mercado, las aseguradoras comerciales deben dedicar tiempo y recursos a desarrollar habilidades y competencias, aprender sobre el mercado, crear relaciones y negociar alianzas con los operadores importantes.

Crear una cultura de aprendizaje acerca del mercado del microseguro y una disposición para innovar son importantes a la hora de concebir negocios de microseguros. Hollard, una aseguradora sudafricana que en 2010 cubría aproximadamente cuatro millones de vidas en el mercado de bajos ingresos (Coydon y Molitor, 2011), atribuye su éxito a su cultura empresarial emprendedora que apuesta por un enfoque abierto y no burocrático. Sin embargo, destaca que esto no supone ningún compromiso de los principios empresariales básicos y que las nuevas ideas deben ser respaldadas por una propuesta empresarial firme.

La expansión en el mercado de bajos ingresos es, con frecuencia, un proceso de aprendizaje iterativo, donde las iniciativas se perfeccionan a medida que la aseguradora va ganando más experiencia. Una gran parte del aprendizaje es la disposición a equivocarse, de modo que se prueban nuevas tácticas y el error se tolera siempre y cuando la compañía aprenda del esfuerzo realizado *(ver Cuadro 19.5).*

Cuadro 19.5 **Dar cabida a los errores y el aprendizaje**

Al comienzo de la iniciativa de microseguros de Zurich, se preguntó al director ejecutivo: "Pretendemos hacer algo nuevo y nos "tropezaremos". ¿Está listo para ello?" Éste respondió, "si el error es estratégico –no sabíamos algo que era desconocido– soy muy tolerante. Pero no toleraré una ejecución mal planificada."

Uso de experimentos y ensayos piloto

Los experimentos y los ensayos piloto son dos enfoques que forman parte del proceso de aprendizaje que se puede utilizar para perfeccionar los modelos.

Los experimentos son proyectos únicos con hipótesis claramente definidas, cuyo propósito es confirmar que la compañía pueda lograr sus objetivos de microseguros. En la medida de lo posible, el negocio principal debería estar a salvo de estos proyectos singulares y los costes deberían limitarse a lo estrictamente necesario para conocer los resultados.

Los experimentos pueden ser de un valor inestimable a la hora de desarrollar iniciativas y aprender sobre las necesidades y preferencias de los clientes, posibles socios, condiciones locales y normativas sin grandes obligaciones ni compromisos de recursos iniciales. Los requisitos en cuanto a sistemas pueden mantenerse bajos gracias a que los datos se manejan generalmente en hojas de cálculo o

mediante soluciones de software fácilmente disponibles. La financiación externa durante esta fase puede resultar especialmente útil si aquéllos que toman las decisiones en cuanto a recursos no son recompensados por alcanzar los objetivos sustentados por estos experimentos.

Se deben establecer criterios de evaluación claros para los experimentos, y los proyectos deben evaluarse periódicamente con respecto a dichos criterios. Eliminando o aclarando algunas variables, las conclusiones iniciales de la fase de experimento ayudan a crear la situación para ensayos piloto. La información obtenida a raíz de los experimentos sienta las bases de la innovación necesaria para garantizar el éxito a largo plazo de un proyecto.

Los ensayos piloto para poner en marcha el negocio se inician después de que los experimentos hayan facilitado respuestas para probar las hipótesis. En el momento de la fase piloto, se han respondido a la mayoría de las cuestiones clave acerca de cómo funcionará el negocio. Si bien los ensayos piloto deben ser flexibles y ágiles, también son el punto en el que se realizan más inversiones iniciales permanentes. Un ensayo piloto es una inversión provisional para confirmar los mejores métodos antes de implementarlos, lograr mayor escala y desarrollarlos. Los métodos piloto son más flexibles que los procesos industrializados, pero más trascendentales que los experimentos. La forma básica del esfuerzo debería percibirse en la fase piloto, aunque los elementos individuales sean aún relativamente fáciles o baratos de sustituir. Al igual que los experimentos, hacer mucho hincapié en el aprendizaje acelerará los esfuerzos en la fase piloto.

Los ensayos piloto y los experimentos son valiosas oportunidades para que las aseguradoras hagan bien las cosas antes de alcanzar cierta escala, si bien se recomienda prestar especial atención al impacto en todos los participantes. Los experimentos crean expectativas por parte del personal y los compañeros de trabajo, así como de los clientes y otras partes interesadas externas. A menudo, los compañeros de trabajo son estimulados por la oportunidad de utilizar el seguro en beneficio de la sociedad e incluso pueden dedicar parte de su tiempo a ayudar. Cuanto más lejos llegue un experimento a poblaciones vulnerables, más importante será tener en cuenta los efectos para los clientes de destino. Aparte del dinero y del tiempo de la aseguradora, se requiere a los clientes de bajos ingresos que inviertan su tiempo y confianza en experimentos y ensayos piloto.

Cuadro 19.6 **Proceso de aprendizaje iterativo**

En Kenia, la experiencia de Cooperative Insurance Company (CIC), que ofrece un seguro de salud y de vida combinado que fue relanzado como Bima ya Jamii en 2007, ilustra cómo el desarrollo de los microseguros puede ser un proceso de aprendizaje iterativo a través de cambios en el producto, el asegurado y el modelo de distribución.

CIC empezó ofreciendo el producto combinado en 2003 a través de instituciones microfinancieras (MFI) seleccionadas y cooperativas de ahorro y crédito (CAC). Con el paso del tiempo, el producto fue mejorado a petición de los socios con un mayor nivel de prestaciones y opciones para hospitales de costes más elevados. Enseguida el negocio empezó a registrar grandes pérdidas. Entonces, CIC formó una asociación con el National Hospital Insurance Fund (NHIF) para que asumiera las prestaciones sanitarias.

Al amparo de este nuevo acuerdo, el índice de siniestralidad en cuanto al componente de cobertura de vida seleccionado por CIC alcanzó un nivel aceptable, pero el volumen de pólizas fue muy inferior a lo esperado debido a la falta de incentivos individuales para vender el producto para el personal de IMF y CAC. Para compensarlo, CIC ha establecido una relación con una agencia independiente que distribuye el producto a través de intermediarios microfinancieros.

Fuente: Angove y Tande, 2011.

19.2.3 Estructurar el negocio para alcanzar mayor escala

Las iniciativas de microseguros tienen enormes oportunidades de escala gracias al tamaño de la población de destino y al potencial de mediación de los canales de distribución. Con la optimización en la fase piloto, el enfoque se orientará de forma natural hacia la industrialización. Al entrar en el microseguro con nuevos productos, socios y procesos, las aseguradoras utilizan a menudo habilidades, infraestructura y recursos financieros de otras líneas de negocio en la fase inicial de la industrialización. Sin embargo, este arreglo puede no encajar bien y poner en peligro el éxito del plan. Los procesos de aprendizaje iterativo se proyectarán hasta la fase de industrialización mientras que las iniciativas de microseguros se adaptan conforme a la experiencia y el *feedback* del mercado *(ver Cuadro 19.6)*.

Ajustar los recursos tradicionales a un nuevo modelo empresarial

Se requieren procesos y sistemas estables para proteger los datos del cliente y garantizar la conformidad con la normativa reglamentaria y de suscripción; por consiguiente, los recursos se extraen a menudo del negocio principal. Por ejem-

plo, Old Mutual en Sudáfrica creó el departamento *Foundation Market* para ocuparse de los hogares de bajos ingresos, pero hasta que pueda alcanzar mayor escala y generar suficientes beneficios, esta unidad de negocio sigue siendo sustentada financiera y técnicamente por otros departamentos *(ver Capítulo 18)*.[2] Para alcanzar mayor escala, un grupo más amplio que incluya la alta dirección, expertos técnicos y personal operativo debe implicarse a la hora de desarrollar el microseguro en una línea de negocio consolidada. Mientras que la fijación de los precios del producto puede producirse de forma aislada para experimentos y ensayos piloto, se requiere dirección técnica y recursos actuariales al establecer una iniciativa escalable.

Al tiempo que el microseguro crece, las plataformas de seguros tradicionales lucharán para funcionar con la eficacia y la agilidad necesarias *(ver Cuadro 19.7)*. Las pólizas de bajo coste no pueden soportar las mismas estructuras de gastos que los productos tradicionales. Una compañía multinacional en la India descubrió que costaba más de 20 USD emitir una póliza – y que de ninguna manera se podría abastecer al grupo de destino del microseguro mientras se soportara dicho coste. Para ampliar aún más su acceso al mercado de bajos ingresos de forma ventajosa, los productos tienen que ser altamente rentables. Para ello, algunas aseguradoras invierten una considerable cantidad de tiempo y esfuerzo negociando de cara a ahorrar costes y haciendo que las estructuras operativas sean más eficientes.

Como resultado, valerse de los recursos del negocio tradicional puede suponer un "desaprendizaje" y una reestructuración significativos. Las aseguradoras deben evitar que la iniciativa en crecimiento sea estrangulada por sistemas y procesos heredados como, por ejemplo, sistemas de tecnología de la información (TI) inflexibles y el personal responsable de estos últimos. Además, trabajar con patrocinadores externos y socios distribuidores requiere que los sistemas y las operaciones respondan de manera flexible a diferentes requisitos del socio.

[2] Govindarajan y Trimble (2005) señalan que es la manera más arriesgada de proceder, pero es la tendencia natural entre empresas consolidadas.

Cuadro 19.7 **Microseguro en compañías de seguros multinacionales**

Las compañías multinacionales ofrecen oportunidades y retos específicos para el microseguro. Sus fortalezas financieras y sus recursos pueden convertir inversiones estratégicas en oportunidades a largo plazo y sus sólidas marcas internacionales pueden ofrecer incentivos para inversiones más especulativas con el fin de generar prestaciones sociales o investigaciones en beneficio de todos. Además, su presencia en muchos países puede ayudar a traspasar innovaciones de sistemas y productos probadas en un escenario a otros escenarios. Los expertos en microseguros radicados en la sede pueden contribuir a crear la base de conocimiento general, ejercer a través del liderazgo y ser un punto de contacto para el público u organizaciones de la sociedad civil.

El inconveniente es que las aseguradoras multinacionales tienen muchas prioridades diferentes, especialmente en mercados emergentes. Asimismo, han alcanzado la escala suficiente como para estructurar los procesos en departamentos funcionales, obteniendo una ventaja comparativa, así como en la gestión de riesgos, pero creando barreras para agilizar la adaptación. En compañías organizadas por líneas de negocios, funciones (suscripciones, siniestros, ventas, TI) y geografía, cualquier iniciativa que pretenda atender a un nuevo cliente deberá, o bien coordinar simultáneamente todos los elementos de la compañía (básicamente, tener poderes delegados por el director ejecutivo) o bien, lo cual es más razonable, modificar su ambición o escindirse, tal y como recomienda Christensen (2003).

Trabajar dentro del sistema no aportará nada interesante al "intraemprendedor" de microseguros incipiente acerca de su compañía. Por ejemplo, una aseguradora sudafricana pretendía contratar a un equipo de tres personas para poner en marcha una oficina en el sector del microseguro. En el sistema de Recursos Humanos de la aseguradora, el salario más bajo posible estaba codificado en el nivel cero. Para que el modelo empresarial de microseguros funcionara, el plan consistía en pagar salarios inferiores a la mitad del nivel cero. Como resultado, la compañía no pudo contratar personal directamente sin cambiar todo el plan de retribuciones de la compañía – algo obviamente imposible. En su lugar, las tres personas fueron contratadas a través de una agencia externa, reduciendo su conexión con la compañía y aumentando los costes.

Las experiencias emergentes de compañías de seguros multinacionales que están desarrollando carteras de microseguros considerables en todo el mundo muestran que son rentables. Para conseguirlo y desarrollar sistemáticamente sus actividades de microseguros, muchas aseguradoras a escala mundial han establecido equipos o unidades especiales para avanzar en el sector.

Algunos de estos equipos desempeñan un papel de coordinación a la hora de fomentar el microseguro, definir normas de calidad y gestionar las relaciones públicas y las actividades de los medios a nivel mundial. Otras compañías presentan un enfoque más activo, con empleados a nivel grupal que gestionan ensayos piloto locales, el desarrollo de productos y la adquisición de nuevos socios de distribución.

Acuerdos organizativos

Para integrar los recursos anteriores a los nuevos procesos, las aseguradoras pueden utilizar diferentes enfoques con el fin de apoyar el microseguro: hacer uso de los recursos existentes, subcontratar funciones o establecer una unidad de negocio separada o joint venture con recursos específicos en los microseguros. Por supuesto, cada enfoque tiene ventajas e inconvenientes, tal y como muestra la Tabla 19.2, pero para las compañías que están realmente comprometidas con el servicio al mercado de bajos ingresos a largo plazo, el modelo "delimitado" se muestra especialmente convincente.

Tabla 19.2

Varios enfoques para estructurar el negocio

	Ventajas	*Inconvenientes*	*Ejemplo*
Coordinación: hacer uso de los recursos empresariales existentes, coordinados por un equipo de microseguros central	Costes de puesta en marcha y costes generales relativamente bajos para el microseguro	– Tensión constante entre el negocio tradicional y el del microseguro – Acceso a los recursos sumamente dependiente e impredecible	– Mutual and Federal y Santam gestionan microseguros en sus divisiones Nuevos Mercados y Mercados Emergentes, respectivamente
Externalización: adquirir recursos de microseguro de forma externa (actuarios, sistemas, etc.)	– Costes de puesta en marcha relativamente bajos – Mayor flexibilidad a la hora de elegir entre diferentes sistemas – Posibilidad de obtener soluciones "probadas" de los sistemas, etc.	– Oportunidades de aprendizaje limitadas para la aseguradora – Capacidad limitada para captar valor a largo plazo – Dependencia en el socio subcontratado para proyectos de innovación	– Allianz depende de su socio PlaNet Guarantee para gestionar relaciones de microseguros con varias IMF en países africanos (Gradl et al., 2010)
Unidad de negocio separada o joint venture (delimitación o ring-fencing): crear una división separada/joint venture con los recursos necesarios para el microseguro	– Mayor accesibilidad a los recursos – Mayor flexibilidad a la hora de utilizar recursos "delimitados" adecuadamente – Crear una cultura de microseguros basada en estrategias innovadoras – Desarrollar sólidos conocimientos de las necesidades y preferencias del mercado – Abordar la competencia para obtener recursos y atención con otros sectores empresariales	– Costes iniciales más elevados – Necesidad de utilizar recursos totalmente integrados, pérdida de flexibilidad a corto plazo	– Metropolitan Life estableció Cover2go como un polo de innovación fuera de la sede con su propio sistema de TI y una orden de innovar (Smith y Smit, 2010c)

19.3 Participación externa: crear relaciones de mercado

Al establecer una sólida plataforma interna, también se debe prestar especial atención a los factores externos, especialmente al cliente y al canal de distribución. Mientras que una distribución alternativa *(ver Capítulo 22)* y el valor del cliente *(ver Capítulo 15)* son abordados detalladamente en otros capítulos, esta sección se centra en los desafíos especiales a los que se enfrentan las aseguradoras comerciales de cara a industrializar y gestionar cooperaciones.

19.3.1 Industrializar: alcanzar mayor escala

Para que el microseguro sea viable, las aseguradoras necesitan alcanzar, de forma rentable, un gran número de clientes de bajos ingresos, y esto implica los tres aspectos siguientes: 1) productos adecuados; 2) creación de confianza y proceso de ventas; y 3) volúmenes de transacciones.

Ofrecer los productos adecuados

El microseguro debe ofrecer una sólida propuesta de valor al mercado de bajos ingresos para que el negocio sea sostenible a largo plazo. A diferencia de otros segmentos, casi por definición, el mercado de destino del microseguro está, en el mejor de los casos, muy poco representado en la plantilla de las compañías de seguros. Por consiguiente, para comprender mejor cómo un segmento percibe el riesgo y la idoneidad de los mecanismos de adaptación existentes, las aseguradoras no pueden confiar en la "intuición".

Algunas aseguradoras han trabajado satisfactoriamente con socios comunitarios para comprender el mercado. El feedback de clientes de microcréditos obtenido a través de entidades crediticias ayudó a Allianz a crear productos más rentables. En base a los conocimientos obtenidos a raíz de este proceso, Allianz está incorporando una cobertura por invalidez a su seguro de vida en Senegal para cubrir la pérdida de ingresos en caso de que el asegurado fuera incapaz de trabajar (Gradl et al., 2010).

Un enfoque clave con vistas a alcanzar una mayor escala del mercado es comprender los mecanismos de adaptación existentes y suministrar las prestaciones correspondientes que ofrezcan una propuesta de valor mejorada. El seguro funerario en Sudáfrica es un ejemplo de aseguradoras que aprovechan la demanda existente de cobertura al expandirse en el mercado de bajos ingresos. Mecanismos informales como planes de prestaciones de empresas funerarias y pompas fúnebres son habituales en Sudáfrica. Algunas aseguradoras de vida han visto la oportunidad de ofrecer seguros en este mercado, lo que ha resultado en que una proporción relativamente alta del mercado de bajos ingresos tenga una cobertura formal. El 40% de los adultos en Sudáfrica tiene seguro funerario, y probablemente la mayoría pertenece al mercado de bajos ingresos (FinMark Trust, 2009).

En el caso de la cobertura funeraria, el mercado de bajos ingresos está especialmente interesado en el servicio y el soporte funerarios existentes durante los preparativos del funeral. Por consiguiente, algunas aseguradoras trabajan en asociación con pompas fúnebres para ofrecer paquetes de servicios en vez de prestaciones en metálico a los asegurados. Hollard en Sudáfrica también ofrece apoyo a la familia del fallecido, tradicionalmente responsabilidad de las empresas funerarias (helping hands o manos amigas) en el funeral.[3]

El sistema de prestaciones tiene que estar en consonancia con las expectativas del mercado. Las aseguradoras no deberían ofrecer coberturas diferentes de las expectativas en las que los clientes no confíen. Por ejemplo, si una póliza tiene prestaciones que parecen ser "demasiado buenas para ser verdad", el comprador prudente la evitará. Asimismo, las aseguradoras deben tener en cuenta las preferencias del mercado con el fin de encontrar los medios adecuados para interactuar con el grupo de destino, especialmente en lo que respecta a la tecnología *(ver Cuadro 19.8).*

Cuadro 19.8 **Satisfacer el mercado según corresponda**

Cover2go, una sucursal de Metropolitan Life en Sudáfrica, desarrolló un seguro para personas que viajan a diario entre su hogar y el trabajo que combinaba el uso de agentes en centros de transporte y tecnología de teléfono móvil. El producto ofrecía una cobertura de accidente personal de 2140USD por una prima única de 1,40 USD durante un periodo festivo en el que un gran número de personas estaban viajando. Se vendía a través de agentes en el centro de transporte, y la prima se deducía del crédito del teléfono móvil. La confirmación de la compra de la póliza se enviaba a los asegurados mediante SMS. Los estudios realizados antes del lanzamiento habían concluido en que este producto suscitaba mucho interés pero, en realidad, se vendieron muy pocas pólizas. Las investigaciones realizadas sobre la escasa cantidad de productos vendidos revelaron que:

– Las prestaciones y las primas no se correspondían con las expectativas del mercado. El producto parecía ser "demasiado bueno para ser verdad" y los asegurados no esperaban que se les pagaran unos beneficios tan elevados.
– Los asegurados no tenían el suficiente crédito en el teléfono móvil para pagar las primas.

[3] Entrevistas con gerentes de seguros implicados en microseguros.

– Los asegurados se sentían incómodos a la hora de utilizar el SMS como medio para informar a los beneficiarios de la cobertura; preferían pólizas tangibles.

La experiencia de Cover2go ofrece importante información sobre la necesidad de tener en cuenta las expectativas de los clientes en lo que respecta a las primas y las prestaciones, y satisfacer a los clientes de acuerdo al grado de uso de la tecnología.

Fuente: Smith y Smit, 2010c.

Incorporar técnicas de prevención de pérdidas en el diseño de las prestaciones puede ser importante para cubrir riesgos o segmentos de mercado que anteriormente se consideraban "inasegurables". El fomento de un comportamiento orientado a mitigar el riesgo también permite que la cobertura de seguros incorpore primas más bajas, lo cual es importante en el mercado de bajos ingresos. Por ejemplo, un seguro piloto ganadero de Mutual and Federal en Sudáfrica se está vinculando a entidades agrarias para garantizar que el ganado esté marcado (para su identificación en caso de pérdida) y bañado (para proteger de enfermedades). Esta iniciativa introduce la gestión de riesgos en el proceso del seguro. Los agricultores se benefician al tiempo que su ganado está protegido de enfermedades y tienen acceso a una cobertura de seguros. La aseguradora puede ofrecer una cobertura más asequible porque el riesgo es menor. Trabajar con la comunidad de esta manera puede resultar caro, pero la aseguradora obtiene beneficios al desarrollar una relación con la comunidad, así como el acceso a un mercado que aún estaba sin explotar.

Acertar con el proceso de ventas y establecer relaciones de confianza

Una relación de confianza es muy importante en el proceso de ventas. Comienza asentando la confianza con las personas que venden el producto, que pueden estar tan poco familiarizadas con el seguro como los clientes. Una comunicación permanente con la comunidad es también importante para garantizar al mercado que la aseguradora lo entiende. Asimismo, las aseguradoras deben centrarse en el servicio de cara a retener el negocio. Algunas aseguradoras han optado por crear relaciones directas con los clientes a través de agentes. Otras, como ICICI Lombard en la India y CIC en Kenia *(ver Capítulo 18),* se aprovechan de las relaciones que algunos socios han establecido con el mercado. En este caso, la reputación del producto de la aseguradora depende, por tanto, del servicio que el socio brinda a los clientes *(ver Cuadro 19.9).*

Cuadro 19.9

Crear una cascada de confianza

En Senegal, Allianz trabaja en colaboración con la IMF CAURIE y PlaNet Guarantee (un mediador de microseguros especializado – *ver Capítulo 23*) para ofrecer cobertura de crédito vida. Los clientes de las IMF necesitan tener plena confianza en que la aseguradora se hará cargo de un siniestro en el futuro. Esto se consigue a través de una "cascada de confianza". Existe una relación de confianza mutua entre Allianz y PlaNet Guarantee. CAURIE confía en el asesoramiento de PlaNet Guarantee, las entidades de préstamo confían en CAURIE, y los prestatarios confían en las entidades.

Fuente: Gradl et al., 2010.

Muchas aseguradoras comerciales también están adoptando una visión a largo plazo sobre la inversión en el mercado y están sensibilizando sobre los seguros en el mercado de bajos ingresos a través de campañas de información al consumidor *(ver Capítulo 14).*

Gestionar transacciones con los clientes

Con el tiempo, la escala transaccional del microseguro se vuelve completamente diferente a lo que la mayoría de las aseguradoras manejan en sus segmentos tradicionales. Además, los sistemas y procesos existentes corresponden a productos individuales altamente personalizados, mientras que el microseguro se produce de forma masiva.

Por consiguiente, muchas aseguradoras están examinando nuevas maneras de utilizar la tecnología con el fin de acceder al mercado, aumentar la eficacia y reducir costes *(ver Cuadro 19.10 y Capítulo 24).* La tecnología puede resultar útil en la administración, manteniendo el contacto con los asegurados y brindando un mejor servicio de las pólizas, especialmente en el proceso de tramitación de siniestros. Los importantes desarrollos e innovaciones que han tenido lugar en el ámbito de los pagos y las plataformas móviles están alentando a las aseguradoras comerciales a explorar vías para utilizar esta tecnología con vistas a lograr una mayor escala y reducir los costes de adquisición del negocio, administración de pólizas y cobro de primas (Zurich, 2011). Sin embargo, se trata de una herramienta para el microseguro más que de una solución global.

Cuadro 19.10 **Usar la tecnología**

Distribuir pólizas y cobrar primas
El producto Cover2go y el producto Safari Bima ofrecido por Kenya Orient utilizaban ambos tecnología móvil para activar pólizas y cobrar primas, cosechando un éxito ambivalente – principalmente porque la tecnología por sí sola no explica lo suficiente el producto. Además, los organismos reguladores no permitieron el cobro del tiempo de llamada como pago de prima. Aparte del problema del bajo volumen de ventas, el uso de tecnología en estos casos resultó relativamente caro, dado que el proveedor de telefonía se quedaba con el 50 % de la prima en el caso del producto Cover2go.

Fuente: Entrevistas con gerentes de seguros implicados en microseguros.

Gestión de riesgos
En la India, dispositivos de identificación por radiofrecuencia (RFID) incorporados bajo la piel del ganado permiten determinar más fácilmente si el animal muerto estaba asegurado por Bajaj Allianz, lo que reduce significativamente el posible fraude.

Fuente: Gradl et al., 2010.

19.3.2 Trabajar con socios y grupos

En la mayoría de los ejemplos descritos anteriormente, una amplia gama de socios de distribución (o "patrocinadores") están implicados a la hora de relacionar al consumidor del microseguro con las aseguradoras comerciales. El acceso al mercado es un ámbito importante al que prestar especial atención porque los mecanismos de distribución tradicionales no generan los suficientes volúmenes. Desarrollar relaciones con socios distribuidores que tienen acceso a un amplio segmento del mercado es una estrategia utilizada con éxito por aseguradoras de vanguardia *(ver Cuadro 19.11).* Los mismos requisitos básicos para establecer la práctica del microseguro en la aseguradora comercial existente también cobran sentido a la hora de crear y mantener relaciones con socios distribuidores: identificar y ser claro acerca de los incentivos, implementar a través de experimentos y ensayos piloto y, por último, industrializar.

Cuadro 19.11 **Ventaja del primero en llegar**

La ventaja del primero en llegar es crucial a la hora de establecer relaciones con los socios y puede asegurar relaciones a largo plazo que permiten a las aseguradoras crear iniciativas de microseguros sostenibles. Muchas aseguradoras mantienen relaciones duraderas con los socios que se forjaron en las fases iniciales de la expansión en el negocio del microseguro:

– La alianza entre Sanlam Sky (anteriormente African Life) en Sudáfrica y la Iglesia Cristiana Sionista se estableció hace 20 años y ahora ofrece cobertura a más de un millón de vidas.
– También en Sudáfrica, en 2001, Hollard estableció una joint venture con el Edcon Group, el principal grupo minorista de ropa, calzado y textil del país. Hollard ofrece ahora una amplia gama de seguros a través de los diferentes puntos de distribución de Edcon. Ambas compañías han creado una cultura de "aprendizaje conjunto" con un intercambio rápido y continuo de ideas difícil de igualar por la competencia.
– Desde 2003, ICICI Lombard ofrece un programa de seguro indexado en la India con BASIX, una sociedad de cartera para varias entidades con ánimo y sin ánimo de lucro implicadas en la promoción de los medios de subsistencia, incluyendo servicios de apoyo empresarial y microfinanciero, y con más de tres millones de hogares de bajos ingresos.
– Zurich Bolivia comenzó ofreciendo una cobertura voluntaria a través del primer banco comercial del mundo dedicado a las microfinanzas, BancoSol, en 2003, y sigue llevando negocios a través de la cuenta.
– AIG formó varias alianzas satisfactorias, entre ellas, Casas Bahia en Brasil, Bank Rakyat Indonesia y la red especializada en microfinanzas FINCA en varios países.

Como figura en los Cuadros 19.11 y 19.12, los socios potenciales pueden adoptar muchas formas: grupos religiosos, minoristas, bancos, oficinas de correos, empresas de servicios, IMFs, CACs, cooperativas agrícolas, asociaciones y sindicatos de trabajadores, y grupos afines como, por ejemplo, clubes deportivos. Muchas aseguradoras se aprovechan de las relaciones de confianza existentes entre socios y clientes de destino, obteniendo el apoyo de los responsables de los grupos o del socio para avalar, compartir la marca o incluso etiquetar el producto. Generalmente, estos patrocinadores se incluyen en programas de asociación o de marketing directo. El hecho es que los bienes de consumo llegan a todos los rincones del mundo mientras que los servicios financieros no lo hacen. El producto de invalidez y muerte accidental de IFFCO-Tokio distribuido con bolsas de fertilizante en la India da una idea de lo que es posible. Desde el punto de vista del sector, dichos socios se consideran distribuidores alternativos; pero desde el punto de vista del cliente, la tienda de la esquina y el operador de telefonía móvil son sus proveedores de confianza.

Cuadro 19.12 **La filosofía de asociación de Hollard**

Hollard se considera uno de los grupos de seguros más innovadores de Sudáfrica. La estrategia de asociación de Hollard ha sido clave para el crecimiento de su negocio del microseguro. Esta filosofía de asociación se basa en "identificar a socios con ideas afines, comprender los puntos fuertes respectivos y, a continuación, conducir el valor a largo plazo a través de estructuras optimizadas para garantizar el éxito mutuo".

Hollard ha establecido relaciones con diferentes socios:
– minoristas centrados en el mercado de bajos ingresos como las tiendas Jet y PEP, que ofrecen servicios funerarios y otros productos
– proveedores de microfinanzas como Bayport, Blue Financial Services, Opportunity International (Mozambique), Beehive, y la Savings and Credit Co-opera-tives League (SACCOL), donde el seguro de desgravamen y el seguro funerario están disponibles
– proveedores de servicios jurídicos como Legalwise
– grupos afines como el club de fútbol Kaizer Chiefs
– agencias de marketing directo como Amway en la India
– grupos de bajos ingresos como sindicatos (South African Municipal Workers' Union) y grupos de empresas funerarias (South African Federation of Burial Societies)
– compañías de telefonía móvil como MTN Ghana *(ver Cuadro 24.7)*

Fuente: Adaptado de la página web de Hollard.

Obtener valor de las asociaciones

Trabajar con socios permite a la aseguradora ampliar al mercado de bajos ingresos las relaciones, la infraestructura, el impacto físico y los puntos de contacto que tiene el socio. Esto facilita el proceso de ventas, un cobro de primas eficaz, la comunicación con los asegurados y la liquidación de siniestros. El socio puede desempeñar algunas funciones en nombre del programa de seguros como la administración de pólizas y el cobro de primas, especialmente si ya tiene sistemas de cobro a los clientes (ver ejemplo de Aseguradora Rural en el *Capítulo 18*). Las aseguradoras incluso pueden trabajar con varios socios que desempeñan diferentes funciones, por ejemplo, un socio para vender y distribuir pólizas y otro para administrar el negocio.

Trabajar con socios también puede suponer el desarrollo y la implementación de mejoras en iniciativas de microseguros. Los socios, que generalmente tienen un contacto más directo con el mercado, pueden ofrecer un valioso feedback a la aseguradora sobre el sistema de prestaciones, los procesos operativos y la satisfacción del cliente. La responsabilización y la participación activa del socio parecen producir mejores resultados, pero ejercen mayor presión en la aseguradora a la hora de demostrar y generar valor. Las aseguradoras que no son capaces de responder al riesgo tienen que aplazar o volver a desarrollar productos si los socios no están satisfechos.

La confianza en el proveedor del seguro es importante; sin embargo, generalmente es el socio el que tiene el trato con el cliente. Por consiguiente, la aseguradora debe asegurarse de que el socio goza de una buena reputación y de la confianza del mercado antes de firmar un acuerdo de cooperación *(ver Cuadro 19.13).*

Cuadro 19.13 **Imagen y reputación de los socios**

Metropolitan Cover2go formó una alianza con las tiendas *spaza*, pequeños minoristas informales en las comunidades locales, para distribuir un seguro funerario. Si bien estos minoristas locales eran fácilmente accesibles a los hogares de bajos ingresos, la aseguradora se percató finalmente de que tenían una imagen "dudosa" y el mercado de destino se mostró reticente a la hora de comprarles un seguro. Posteriormente, la aseguradora estableció una relación con un minorista nacional; si bien estos puntos de distribución eran menos accesibles al mercado, el minorista nacional tenía una marca de mayor confianza y una imagen estable en el mercado, así como un mayor éxito en las ventas.

Crear y gestionar relaciones

Tal y como describe el Capítulo 22, existen numerosos socios potenciales a través de los cuales las aseguradoras pueden acceder al mercado de bajos ingresos. El desafío reside en encontrarlos y negociar una relación que sea beneficiosa para ambos.

Para empezar a crear una relación, las aseguradoras deben seleccionar a los socios que mejor encajen con ellas y que sean capaces de desempeñar las funciones necesarias. Conviene ser consciente de los incentivos y las expectativas desde el principio, y mostrarse cauto allí donde sean diferentes para los socios. El socio debería facilitar el acceso al mercado de destino y/o ser capaz de prestar otros servicios que la aseguradora necesita. Asimismo, el socio debe estar bien adaptado a la aseguradora desde el punto de vista operativo y de sistemas. Algunos riesgos pueden reducirse a través de un proceso inicial de selección y la debida diligencia consistente que implique al socio en el proceso de desarrollo del producto *(ver Cuadro 19.14)*.

Cuadro 19.14 **Importancia de obtener la plena implicación del socio**

La asociación de una aseguradora sudafricana con un grupo religioso se topó con un imprevisto en la fase inicial, a la hora de comercializar su seguro de continente y contenido de hogar a los miembros de una iglesia. La aseguradora desarrolló una elaborada campaña de marketing para el producto, pero no implicó al socio en su desarrollo. Los responsables de la iglesia se negaron a que la aseguradora lanzara la campaña de marketing. Aunque el producto fue respaldado por los líderes religiosos, no fue comercializado activamente al inicio. Por consiguiente, llevó más tiempo de lo esperado alcanzar los volúmenes previstos.

Los acuerdos de asociación logran un mayor éxito cuando la relación ofrece una propuesta de valor atractiva para ambas partes. Los intereses de la aseguradora y del socio deben estar en consonancia con la venta y el mantenimiento de los productos; así pues, los incentivos deberían estar estructurados para facilitar este posicionamiento. Estructurar el acuerdo de modo que se generen beneficios para el socio, aparte de los ingresos en concepto de comisiones, ha contribuido al éxito de algunas aseguradoras en el mercado, por ejemplo, ampliando el uso de proveedores de atención sanitaria y pompas fúnebres *(ver Cuadro 19.15)*.

Cuadro 19.15 **Asociaciones y productos que responden a las necesidades del socio**

Desarrollar productos específicamente orientados a las necesidades de un socio distribuidor puede ayudar a convencer a dichos socios de las ventajas de una colaboración:

– El seguro de **desgravamen,** un producto básico que liquida un préstamo en caso de muerte del prestatario. Generalmente se vende a través de instituciones microfinancieras y mejora directamente el perfil de riesgo de dichas organizaciones. Cada vez con más frecuencia, reconoce también prestaciones a los supervivientes del prestatario, así como otras ventajas *(ver Capítulo 9).* La cobertura de estos riesgos está pensada para que los prestatarios tengan más confianza a la hora de solicitar un préstamo y los prestamistas estén más dispuestos a ofrecerlos.
– El **seguro frente a riesgos climáticos** cubre los riesgos debidos a condiciones climáticas adversas como, por ejemplo, precipitaciones abundantes o escasas. Cuando se combina con las ventas de insumos (semillas o fertilizantes), puede ayudar a los productores de estos insumos a aumentar sus ventas a pequeños agricultores protegidos contra los riesgos del clima. Por ejemplo, en Kenia, la Syngenta Foundation está promoviendo un seguro indexado para el maíz y el trigo suscrito por UAP, una compañía de seguros local, y distribuido por proveedores de insumos agrícolas *(ver Cuadro 24.3).*
– El **seguro de daños** cubre el uso continuado de elementos patrimoniales específicos. Un producto ofrecido por Zurich en Indonesia, en colaboración con la multinacional cementera Holcim, está combinado con materiales de construcción para hogares de bajos ingresos y ofrece a los clientes más confianza en la calidad de la vivienda.
– El **microseguro de salud** se ofrece generalmente junto con proveedores de atención sanitaria, que gozan de ingresos más estables y mayor demanda de clientes. Por ejemplo, en la asociación entre ICICI Lombard y el Manipal Group de proveedores de atención sanitaria descrita en el Capítulo 18, Manipal se beneficia obteniendo acceso a una base de clientes necesaria para utilizar los hospitales del grupo con vistas al tratamiento.

Desarrollar tales productos requiere altos niveles de flexibilidad por parte de la aseguradora, así como la disposición y los recursos para conocer las prioridades de las organizaciones del socio antes de desarrollar el producto.

Fuente: Angove y Tande, 2011; Entrevistas con gerentes de seguros; Web de Syngenta Foundation.

Abordar los riesgos del socio

Dada su importancia a la hora de acceder al mercado, establecer la confianza y gestionar procesos de seguros clave, es fundamental identificar y controlar los riesgos que supone trabajar con socios. No son exclusivos del microseguro pero cabe observar lo siguiente:

- **Prometer más de lo que se ofrece:** trabajar con socios de distribución alternativa requiere la implicación de la aseguradora y del socio. Generalmente, las aseguradoras no están familiarizadas con la venta a través de entidades que non son de seguros y dichas entidades no tienen generalmente mucha experiencia en vender seguros. Dado que negociar asociaciones puede ser un largo proceso, hay mucho tiempo para crear expectativas, lo cual puede llevar a apresurar el lanzamiento una vez que la asociación se ha asentado finalmente. La importancia de probar procesos y formar al personal de primera línea no debería subestimarse.
- **Duración y flexibilidad de los acuerdos:** cuanto más ambiciosa sea la iniciativa, más fundamental se volverá el hecho de tener un compromiso sincero de trabajar conjuntamente a largo plazo.
- El **fraude** puede representar un problema a nivel del socio, que puede eludir la entrega de primas a la aseguradora o confabular con los asegurados para presentar falsos siniestros. Si bien las aseguradoras han implantado mecanismos para evitar o reducir el fraude, éstos necesitan adaptarse para abordar el fraude en los diferentes niveles de un plan de esa índole.
- **No conformidad con la normativa:** es importante que el socio cumpla con todas las normativas sobre seguros y demás normativas relativas a los servicios que presta a la aseguradora y en su nombre. Esto incluye normativas sobre intermediarios y ventas de pólizas. Mientras que la nueva normativa sobre seguros en algunas jurisdicciones *(ver Capítulo 25)* permite maneras flexibles de trabajar con socios, crea generalmente responsabilidades para la compañía de seguros, por ejemplo, una adecuada formación de los agentes y procesos para evitar ventas indebidas por parte del socio.
- **Incumplimientos:** depender de socios para la distribución y el mantenimiento de los productos puede convertirse en un problema si dichos socios no desempeñan sus funciones según lo previsto. Zurich Bolivia y Prodem pusieron fin a su asociación después de dos años debido a que la IMF no daba prioridad a las ventas, lo cual resultó en un bajo volumen de pólizas (Churchill y de Grandchant, sin fecha). CIC en Kenia se enfrentó a dificultades similares a la hora de distribuir su producto Bima ya Jamii voluntario a través de IMFs y CACs *(ver Capítulo 18)*.

Estos riesgos pudieron dañar la reputación de la aseguradora entre los clientes existentes y potenciales, inversores, organismos reguladores y demás partes interesadas. Los riesgos para la reputación de la aseguradora se reducen poniendo en común los intereses entre el socio y la aseguradora. Asimismo, el socio necesita mantener una buena reputación con los clientes para retener el negocio. Los riesgos pueden abordarse con una mejor formación del personal del socio, estructurando incentivos en torno a las ventas y al mantenimiento de las pólizas, y a través de un control exhaustivo de la calidad del servicio que ofrece el socio.

19.4 Conclusión

La implicación de las aseguradoras comerciales en el mercado del microseguro está creciendo a gran velocidad. Dada la naturaleza del sector de los seguros, las aseguradoras comerciales están bien posicionadas para contribuir a desarrollar el microseguro en una industria sostenible a escala mundial y ampliar el acceso a los seguros al mercado de bajos ingresos. El enorme mercado sin explotar ofrece una clara oportunidad para las aseguradoras comerciales de ampliar la rentabilidad de su negocio tanto para sí mismas como para sus clientes; no obstante, para lograrlo, conviene tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- **Equilibrar los objetivos:** los productos meramente motivados por el lucro y desvinculados de cualquier consideración de las necesidades del cliente resultarían estimulantes, en el mejor de los casos, en un negocio orientado a hogares de bajos ingresos no familiarizados con productos de seguros. Los objetivos sociales se perciben como un buen propósito pero, con frecuencia, tampoco alcanzan la escala en un proyecto comercial, dado que no están reforzados ni en consonancia con los sistemas de medición e incentivos de la compañía. Hacer excesivo hincapié en cualquiera de los dos objetivos limita el grado al que una aseguradora puede implicar a la gama más amplia de socios empresariales. Las aseguradoras exitosas hallan un equilibrio entre los objetivos financieros, sociales y de innovación del microseguro para que el negocio crezca a corto plazo y resulte rentable a medio y largo plazo.
- **Permitirse innovar:** el éxito se logra a través de un proceso de aprendizaje iterativo donde las iniciativas se ajustan con el paso del tiempo de acuerdo al rendimiento y al *feedback* del mercado (ver Capítulo 21). Las aseguradoras deben realizar una inversión comprometida y probar cosas nuevas a la hora de desarrollar la línea de negocio, al tiempo que mantienen prácticas empresariales sólidas. Asimismo, las aseguradoras deben tener en cuenta las perspectivas a largo plazo de cara a lograr la viabilidad comercial, alcanzar la escala y crear un mercado de microseguros estable al desarrollar estrategias y estructurar iniciativas de microseguros.

- **Fracasar aprendiendo... ¿aprendiendo a fracasar?** En los microseguros, así como en todas las innovaciones, el fracaso puede adoptar muchas formas –y resultar en pérdidas financieras para una compañía de seguros o en una actuación social que no satisface las expectativas del asegurado. La evaluación del rendimiento con respecto al objetivo es fundamental y tiene que ser objetiva. Las compañías deberían estructurar sus proyectos para proteger la actividad principal de los efectos de la experimentación y aprender las lecciones adecuadas lo más rápido posible. Si bien las grandes compañías tienen capital suficiente como para cometer algunos errores, si no aprenden de dichos errores, su compromiso se debilitará.
- **Aprender y adaptar a escala local:** el seguro del mercado de bajos ingresos depende en gran medida de factores locales como, por ejemplo, riesgos que corre el mercado, disponibilidad de socios y normativas sobre seguros. El crecimiento es susceptible de lograrse a través del éxito de iniciativas locales. Por lo tanto, el éxito en el mercado del microseguro es más "un goteo de éxitos" en iniciativas individuales que una "rotura de presa" donde una única innovación cambia el aspecto del microseguro para las aseguradoras comerciales. Una cartera de iniciativas más pequeñas resulta más favorable que una gran inversión en cualquier esfuerzo individual con vistas a la innovación.
- **Aprender y reproducir:** por otra parte, los procesos principales, los productos e incluso los socios ofrecen grandes oportunidades para la reproducción en varios mercados. Se pueden aplicar factores de éxito en diferentes contextos, pero es probable que se pongan en práctica de forma diferente dependiendo de las condiciones locales. Los desafíos de escala, acceso, escasez de datos e incluso técnicas de ventas son comunes para la mayoría, si no la totalidad de países y regiones, ofreciendo una ventaja de aprendizaje diferente a una aseguradora capaz de coordinar o guiar los esfuerzos a través de múltiples mercados.
- **Crear y perfilar el mercado activamente:** el microseguro requiere un "ecosistema" alrededor del cliente. Las grandes aseguradoras tienen los recursos y la capacidad de convocatoria capaces de reunir a los diferentes actores. Al crear canales de ventas, las compañías de seguros deben aspirar a una participación y una co-responsabilidad activas por parte del socio, asegurándose de que la organización entiende los principios básicos del producto y apoya la creación de un mercado del microseguro comercialmente viable. Asimismo, las aseguradoras pueden crecer de forma exponencial cuando aprenden nuevos métodos de sus socios.
- **Comprometerse a crear un entorno propicio:** las declaraciones formales realizadas por los legisladores –como el G-20– influyen en los organismos encargados de establecer las normas. Se están desarrollando enfoques legislativos proactivos e inclusivos en muchos mercados emergentes con vistas a respaldar la expansión del microseguro. La Access to Insurance Initiative (Iniciativa de

Acceso a Seguros), la International Association of Insurance Supervisors (Asociación Internacional de Supervisores de Seguros), así como agencias de desarrollo internacionales están trabajando activamente con vistas a establecer un entorno propicio para el microseguro. Mantenerse al día de estos debates, o incluso implicarse en ellos, puede ayudar al desarrollo de un sector del seguro más inclusivo.

20 Sinergias del mercado y el Estado: información útil sobre el éxito del microseguro en la India

Rupalee Ruchismita y Craig Churchill

Los autores desean dar las gracias a los revisores por sus comentarios y su asesoramiento, entre ellos, K. Gopinath (IFFCO-Tokio), Thomas Mahl (Munich Re), Florian Mayr (Munich Re), Michael J. McCord (MicroInsurance Centre), Arman Oza (consultor independiente), Pranav Prashad (OIT) y Markus Ruck (OIT). El trabajo se basa en entrevistas con Gunaranjan (Yousee), Anuj Khumbat (WRMS), Asha Ramaswamy (SBI Life), Kumar Shailabh (Uplift), Dr. Suresh DJ (Yeshasvini), Dr. Manjunath (SKDRDP), Suresh Krishna (Grameen Koota), y los autores quieren agradecerles el tiempo dedicado. Los autores desean reconocer el apoyo de Kunal Gautam por la puesta a disposición de la base de datos "Micro Insurance Map".

La India es líder mundial en cuanto a innovación de microseguros. El contexto indio reúne varios factores que contribuyen a mejorar la gestión de riesgos para los hogares de bajos ingresos coordinando de forma eficaz la intersección entre la inclusión financiera en los mercados del seguro y la ampliación de la protección social a los trabajadores de la economía informal, incluyendo los siguientes aspectos:

- **Inversión pública en redes de seguridad:** en un 2,1% de su producto interior bruto (PIB), la cuota de la India correspondiente al gasto público en redes de seguridad es mayor que en la mayoría de países de ingresos medios-bajos (Weigand y Grosh, 2008). El crecimiento económico de la India ha permitido el desarrollo de la protección social desde mediados de los años 2000, especialmente a través de planes de seguros de salud masivos.
- **Asociaciones público-privadas:** para apoyar la ampliación de las coberturas de seguros a las poblaciones por debajo del umbral de la pobreza, el Gobierno ha contratado a compañías de seguros tanto públicas como privadas para gestionar planes subvencionados por el Estado.
- **Incentivar a través de subvenciones:** los Gobiernos estatales y central de la India han subvencionado algunos seguros para apoyar actividades productivas por parte de los hogares de bajos ingresos, haciendo que sean más asequibles, con especial preferencia por los seguros agrícolas y ganaderos.
- **Innovaciones impulsadas por cuotas:** la Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA, Autoridad Reguladora y de Desarrollo de los Seguros) de la India obliga a las compañías de seguros a crear un porcentaje de su cartera en los "sectores social y rural". Ocuparse de estos mercados requería nuevos enfoques, lo cual originó innovaciones considerables.
- **Normativas sobre microseguros:** en 2005, la IRDA promulgó las normativas sobre microseguros, (Micro-Insurance Regulations), que redujeron los requisitos de certificación para convertirse en agente de microseguros y definieron un producto de microseguro. Esta normativa facilitadora legalizó canales de entrega

alternativos para permitir que las aseguradoras diversificaran sus métodos de distribución.

- **Grandes aseguradoras propiedad del Gobierno:** a pesar del rápido crecimiento de las compañías de seguros privadas, el mercado aún está dominado por grandes compañías públicas con órdenes e infraestructuras para ayudar a los pobres.
- **Mediadores activos:** aproximadamente el 90% de la mano de obra se emplea en la economía informal o el "sector no organizado" de la India. Sin embargo, existe un alto nivel de organización dentro del sector "no organizado" a través de organizaciones no gubernamentales (ONG), instituciones microfinancieras (IMF), grupos de autoayuda (SHG[1]), cooperativas y demás mediadores. Estos intermediarios potenciales son generalmente partidarios del seguro e incluso algunos de ellos asumen el riesgo fuera del ámbito del supervisor de seguros.
- **Gran mercado de bajos ingresos:** de una población total de 1.300 millones de habitantes, el 42% de los hogares rurales y el 26% de los hogares urbanos viven por debajo del umbral de la pobreza (Tendulkar et al., 2009). Estos hogares, así como hogares rurales económicamente activos por encima del umbral de la pobreza, ofrecen a las aseguradoras un enorme mercado potencial y la perspectiva de lograr economías de escala.

La convergencia de estos factores, todos ellos en un inmenso país, crea un entorno dinámico para el desarrollo del microseguro. La sección 20.1 es una introducción de la industria del seguro de vida y general en la India, especialmente con respecto a su compromiso con los sectores rural y social. La segunda sección aborda innovaciones específicas en los productos que han permitido que los seguros de salud, vida, agrícolas y ganaderos adquieran relevancia para el mercado de bajos ingresos. La sección 20.3 describe los canales que se utilizan habitualmente para distribuir seguros a los pobres. El capítulo concluye resumiendo los factores clave que han contribuido al desarrollo del microseguro en la India, cuya información puede resultar útil a profesionales y legisladores interesados en ampliar la protección social e incrementar la inclusión financiera en otros países.

[1] Un grupo de autoayuda (SHG, por sus siglas en inglés) es un grupo perteneciente a una aldea generalmente formado por entre 15 y 20 mujeres locales. Los miembros realizan contribuciones periódicas durante algunos meses hasta que consiguen el capital suficiente para prestárselo entre sí. Los grupos de autoayuda son comunes en la India, ya que han sido impulsados por el National Bank for Agriculture and Rural Development (NABARD, Banco Nacional de Desarrollo Agrícola y Rural). A través del programa de vinculación SHG-banco de NABARD, los grupos de autoayuda con un historial de amortizaciones periódicas con su propio capital, pueden acceder a una financiación adicional por parte de los bancos contando con la refinanciación del NABARD. El NABARD calcula que hay 2,2 millones de grupos de autoayuda en la India, lo que representa 33 millones de miembros, que han contraído préstamos de bancos al amparo de este programa. Esta cifra no incluye los grupos de autoayuda que no han solicitado prestamos a los bancos (Informe Anual NABARD, 2011).

20.1 Introducción general del sector

En 1999, la IRDA, autoridad reguladora recién instaurada, abrió la industria del seguro previamente nacionalizada a aseguradoras privadas y a la inversión extranjera. Conforme a los requisitos para las aseguradoras públicas, la IRDA obligó a todas las aseguradoras privadas a que crearan un determinado porcentaje de su cartera en los sectores rural y social, utilizando la lógica descrita por el presidente de la IRDA como "forced familiarity" (familiaridad forzada) *(ver Cuadro 20.1).*

Cuadro 20.1 **Obligaciones en los sectores rural y social**

La IRDA emitió la notificación Rural and Social Sector Obligations (Obligaciones en los sectores rural y social) para todas las aseguradoras en 2002. Las obligaciones requieren que las aseguradoras de vida obtengan el 7% del total de vidas aseguradas del sector rural, aumentando anualmente un 16% para el quinto año. Para las aseguradoras generales, las obligaciones rurales comienzan con un objetivo del 2% de su prima asegurada en el primer año, aumentando al 7% en el décimo año. Los objetivos del sector social para todas las aseguradoras comienzan con 5.000 vidas aseguradas en el primer año, aumentando progresivamente a 55.000 vidas en el décimo año de funcionamiento (IRDA, 2008).

De acuerdo con el ex presidente de la IRDA, Rao, esta "familiaridad forzada" con el negocio rural alentará a las aseguradoras a descubrir modelos de negocio rentables para abastecer a este segmento de mercado y, en los años posteriores, aumentarán voluntariamente su inversión y ampliarán su compromiso con los hogares de bajos ingresos. Si bien algunas aseguradoras perciben sus obligaciones como un coste de la actividad empresarial, otras han validado este argumento superando regularmente sus objetivos rurales y sociales.[2]

Fuente: Autores

La industria del seguro en la India ha experimentado un crecimiento considerable desde que se abriera a las compañías privadas, con 19 compañías de seguros generales y 23 compañías de seguros de vida desde el año 2000. En los últimos

[2] En este capítulo, los datos comunicados en virtud de estas "Obligaciones en los sectores rural y social" se utilizan en representación del microseguro, si bien no todos los negocios del seguro rural se centran exclusivamente en comunidades vulnerables. En base a su disponibilidad, los datos sobre microseguros, relativos a los productos registrados según lo dispuesto por las normativas en microseguros de 2005, se utilizan para una mejor evaluación de los objetivos.

años, la cartera del microseguro ha crecido aún más rápido que las líneas de negocio tradicionales de las aseguradoras. Sin contar la cobertura de los planes de seguros de salud masivos del Gobierno *(ver Sección 20.2.4)*, en 2009–2010[3] unos 163 millones de personas de bajos ingresos aproximadamente tenían alguna forma de seguro.[4] Este alcance sin igual se ha logrado a través de diferentes enfoques con aseguradoras públicas y privadas, y con aseguradoras generales y de vida, tomando diferentes vías para atender al mercado de bajos ingresos.

Aparte de los requisitos normativos, el crecimiento ha sido impulsado por la voluntad del Gobierno de conceder subvenciones de cara a fomentar el acceso a una gama de productos, tal y como se muestra en la Tabla 20.1. Mientras que la mayoría de los planes subvencionados se destinan a los retos que plantean los microseguros como, por ejemplo, la "voluntad y la capacidad de pagar" y un "conocimiento limitado", algunas subvenciones están diseñadas mejor que otras. Por ejemplo, una prima totalmente subvencionada puede no ser adecuada, ya que la ausencia de cuotas no permite indicar el valor al cliente y, por lo tanto, puede derivar en agentes y productos ineficaces. Una desacertada selección del público de destino, cuando los productos subvencionados están disponibles para clientes que pueden permitírselos, desincentiva las soluciones basadas en el mercado. Esto afecta especialmente a los numerosos planes de seguros subvencionados distribuidos a través de redes bancarias que ofrecen "crédito dirigido", el cual se subvenciona y se destina a fines específicos (por ejemplo, comprar ganado) y/o a grupos de destino específicos (por ejemplo, miembros de grupos de autoayuda), si bien en realidad no es un medio eficaz de dirigirse a los pobres.

Los objetivos de prioridad y la disponibilidad de subvenciones de primas financiadas por el Estado para compañías privadas han contribuido enormemente al desarrollo de sus carteras rurales. Sin embargo, estas intervenciones gubernamentales no son la única explicación para las carteras rurales de las aseguradoras privadas. Algunas también están deseosas de contar con la ventaja del primero en llegar, desarrollando su marca en el mercado de bajos ingresos y admitiendo que millones de pobres de la India rural no seguirán siendo pobres durante mucho tiempo. Una de las mejores maneras de diferenciarse de las aseguradoras públicas, que ya disponen de marcas fuertes, es a través de la innovación. Esta innovación es especialmente poderosa si no solamente ayuda a los actores privados a introducirse en el negocio rural, sino que también ofrece lecciones que podrían beneficiar a las líneas de negocio tradicionales de las aseguradoras.

[3] El año fiscal indio comienza el 1 de abril y finaliza el 31 de marzo, por lo que todos los datos se presentan mencionando ambos años.

[4] Se trata de estimaciones aproximadas basadas en datos publicados de planes estatales y el alcance de las compañías de seguros a través de otros modelos. El alcance mencionado aquí no incluye a los aproximadamente 300 millones de personas de bajos ingresos cubiertas por planes de salud masivos, como se describe en la sección 20.2.4.

Esta sección pone de relieve algunas de las diferencias clave entre el alcance del microseguro en compañías de seguros generales y de vida, que utilizan principalmente datos del sector rural como indicadores para evaluar la actuación a la hora de atender a los hogares de bajos ingresos.

Tabla 20.1

Hacer funcionar las subvenciones

	Muerte natural y accidental (para miembros de grupos de autoayuda)	*Muerte natural y accidental (para trabajadores agrícolas sin tierra)*	*Ganado (para mortalidad)*	*Agricultura (producción por superficie)*	*Agricultura (indexado frente a riesgos climáticos)*
Plan 1	Janashree Bima Yojana (JBY)	Aam Admi Bima Yojana (AABY)	Livestock Insurance Scheme (LIS)	National Agriculture Insurance Scheme (NAIS) Programme	Weather-based Crop Insurance Scheme (WBCIS)
Año de lanzamiento	2000	2007	2006	1999	2007
Portador de riesgo	Life Insurance Corporation of India (LIC)	LIC	Varias aseguradoras, principalmente públicas	Agriculture Insurance Corporation (AIC)	Inicialmente sólo AIC, pero ahora varias aseguradoras privadas
Subvención	Subvención de prima del 50% más beca para estudiante universitario	Toda la prima está subvencionada por el Gobierno central	Subvención de prima del 50%	Las subvenciones de las primas varían según la cosecha y el Estado, hasta el 80%; financiado al 50-50 por los Gobiernos central y estatales Subvención de siniestralidad: la siniestralidad agregada que supera la prima está cubierta por el Gobierno (reaseguro implícito)	Las subvenciones de primas varían según la cosecha y el Estado, hasta el 80%
Alcance	130 millones de vidas (2009–10)	7 millones de hogares (2008–09)	Casi 1 millón de animales (2005–08) en 100 distritos seleccionados	19 millones de agricultores (2008–09)	9 millones de agricultores (2010-11)
Canal de distribución principal	Bancos a través del programa de vinculación SHG-bancos	Planes gubernamentales y programa de vinculación de crédito de bancos rurales regionales	State Livestock Development Board (SLDB) y State Animal Husbandry Department (SAHB)	Los 2/3 de los asegurados son miembros del programa de vinculación de crédito de bancos rurales regionales; se asegura el préstamo sobre cosechas a corto plazo	Principalmente programa de vinculación de crédito de bancos rurales regionales sustituyendo al NAIS en los distritos donde se ofrece

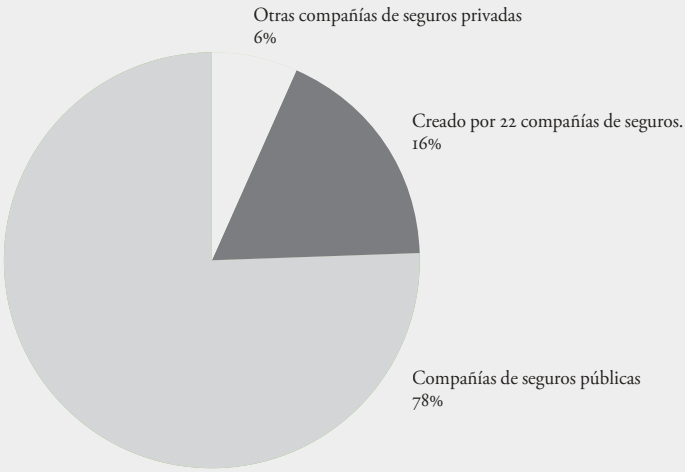
Fuente: Adaptado de varias fuentes, disponibles en "Micro Insurance Map", 2011. "Micro Insurance Map" es un banco de datos disponible situado en www.microinsurancemap.com, repleto de estadísticas sobre microseguros en la India, gestionado por el Centre for Insurance and Risk Management (CIRM).

20.1.1 Creado por 22 compañías de seguros

De los 8.000 millones de USD en primas de seguros generales recaudados en 2009–10, el 17% fue realizado en el sector social. En 2009–2010, diez aseguradoras superaron los objetivos que se habían fijado, mientras que solo una fracasó en su objetivo rural. Además, la cartera rural creció a un ritmo más rápido, con un incremento interanual del 39% comparado con el 19% de la industria global.

Con un historial más largo y cuotas más altas que las aseguradoras privadas, las cinco aseguradoras públicas son figuras más importantes en los sectores social y rural. En 2009–2010, las aseguradoras públicas –AIC, United India, New India, National y Oriental– registraban una cuota de mercado del 78%, principalmente cubriendo riesgos de salud, ganado y agricultura. Las cinco aseguradoras privadas más grandes acaparaban de forma conjunta el 16% del mercado. Las 14 compañías aseguradoras generales restantes generaban sólo el 6% de los 1.300 millones de USD en primas de los sectores rural y social *(ver Figura 20.1)*. Además, la cuota de mercado de las aseguradoras privadas ha crecido incesantemente de poco menos del 12% (aproximadamente 4 millones de riesgos cubiertos) en 2004–2005 al 22% (aproximadamente 13 millones de riesgos cubiertos) en 2009–2010, lo que indica que las figuras privadas están emprendiendo más negocios rurales, aunque carezcan de la infraestructura rural de las aseguradoras públicas.

Figura 20.1 **Primas totales de los sectores rural y social para las aseguradoras generales (2009–2010)**



Fuente: "Micro Insurance Map", 2011

20.1.2 Creado por 22 compañías de seguros

Las primas de seguros de vida en el sector rural representaban el 2,5% (1.500 millones de USD) de los 59.000 millones de USD del total de las primas de seguros de vida en 2009–2010. Sólo una aseguradora de vida no alcanzó sus objetivos a escala rural y social, mientras que cinco de ellas los superaron.

Como figura más antigua y más importante, Life Insurance Corporation (LIC), la única aseguradora pública del ramo de vida de la India, detenta aproximadamente el 76% de la totalidad del mercado del seguro de vida. Los organismos reguladores requieren que LIC mantenga un objetivo rural especial del 25% de sus vidas anuales totales aseguradas. En 2009–2010, representaba el 95% de todas las primas de microseguros de vida, lo cual se atribuyó a su temprana entrada en el mercado, a su fuerza de agentes individuales y, más recientemente, a un acceso exclusivo a productos de microseguros subvencionados por el Estado. El gran alcance del mercado rural de LIC sólo encuentra competencia en los productos de Rural Postal Life Insurance (RPLI) del Department of Posts (Departamento de Correos) que cuenta con la red postal más grande del mundo con 150.000 oficinas de correos.

En 2009–2010, los productos de microseguros de LIC, que son un subconjunto de su cartera de seguros rurales mucho mayor, representaban aproximadamente 84 millones de USD en primas.[5] La siguiente cartera de microseguros más grande es la de Aviva Life, con 1,9 millones de USD, que pone de manifiesto la cuota de mercado masiva de la aseguradora estatal. Sin embargo, las aseguradoras privadas se están expandiendo a medida que crecen para cumplir con sus objetivos rurales en aumento y, aunque en la actualidad los productos registrados como "microseguros" no son los que más contribuyen a esta cartera, se están desarrollando rápidamente.

Una diferencia importante entre LIC y las aseguradoras privadas radica en sus modelos de distribución. Mientras que LIC cuenta con una extensa red de agentes individuales, legado histórico que no puede considerarse como una "buena práctica" para el microseguro hoy en día, las aseguradoras privadas generalmente ofrecen productos vinculados a préstamos que llegan a los hogares de bajos ingresos a través de IMFs y cooperativas. SBI Life es diferente porque su cartera rural puede atribuirse al modelo de bancaseguros; se aprovecha de la extensa infraestructura rural de su empresa matriz, State Bank of India, el banco comercial más grande del país, para llegar a los prestatarios del programa de vinculación SHG-banco. La distribución del producto se aborda más detalladamente en la sección 20.3.

[5] Dado que no hay datos exactos sobre la cartera rural de las compañías de seguros de vida disponibles, esta estimación se basa en el objetivo de cartera rural encomendado del 25% de su cartera total.

20.2 Productos

En estos últimos años, la India ha experimentado una explosión de nuevos productos que cubren los riesgos prioritarios de los hogares de bajos ingresos. Esta sección pone de relieve algunas de las innovaciones emergentes en las líneas de seguros de ganado, agricultura, salud y vida.

20.2.1 Seguro ganadero

Aproximadamente 100 millones de indios obtienen su sustento de la ganadería, ya sea como fuente de ingresos principal o secundaria. A pesar de este enorme mercado, sólo el 7% del ganado del país está asegurado. La ganadería de vacas y búfalos es un medio de subsistencia más arriesgado que la agricultura porque la muerte de un animal causa una merma permanente de activos, no sólo una pérdida de ingresos temporal. La economía ganadera puede dividirse en dos categorías: a) animales grandes, principalmente bovinos para la producción de leche; y b) animales pequeños como cabras, ovejas y aves de corral. Hay pocos productos disponibles para este último grupo, si bien los propietarios de animales pequeños se encuentran, con frecuencia, entre las comunidades más vulnerables, como en el caso de las tribus nómadas.

Desde 1971, el Gobierno ha catalizado el mercado de los seguros ganadero a través de la Small Farmers' Development Agency (SFDA, Agencia de Desarrollo de Pequeños Agricultores), que introdujo varios planes para ganaderos a lo largo de los años. Históricamente, el seguro ganadero se ha ofrecido como un producto obligatorio, vinculado a préstamos bancarios con una subvención del 50% en la prima. La distribución voluntaria a través de ventas directas tiene una subvención del 10% en la prima; sin embargo, presenta un alto potencial de crecimiento teniendo en cuenta la emergencia de centrales lecheras privadas, potenciales mediadoras que tienen un incentivo para invertir en la protección de los medios de subsistencia de sus productores lecheros (Sharma et al., 2009).

En 2004-2005, aproximadamente el 80% de los 7,9 millones de animales asegurados estaba cubierto por aseguradoras privadas, especialmente United India, la mayor aseguradora de ganado. A pesar de su prevalencia en el mercado, las aseguradoras públicas han aportado pocas modificaciones al diseño del producto. Aunque el Gobierno permitió que las aseguradoras privadas hicieran uso de la cartera vinculada a créditos rurales subvencionados, pocas aseguradoras privadas trataron de cubrir este grupo. En 2007, después de que la IRDA eliminara las restricciones en las tarifas de las primas, seis aseguradoras privadas entraron en el mercado de los seguros ganaderos, introduciendo nuevos productos y procesos para descubrir un negocio rentable.

Incluso con subvenciones, las primas derivadas de la cobertura ganadera representan menos del 1% del total de las primas rurales. Además de los desafíos que se

describen en el Capítulo 12 – incluyendo altos costes de transacciones, fraude y riesgo moral –la fijación de precios de los seguros ganaderos es complicada debido a una falta de datos sobre la mortalidad en razas regionales y una información limitada sobre el valor presente neto, lo cual es necesario para determinar la suma asegurada. Queda un amplio margen para la mejora del diseño del producto, que generalmente se limita a periodos de un año y se vincula con préstamos en lugar de con fases de productividad del ganado; los riesgos cubiertos se limitan a la muerte del animal y la cobertura ganadera es tristemente célebre por engorrosas liquidaciones de siniestros, lo cual limita la demanda.

El mayor desafío para el seguro ganadero son los elevados índices de siniestralidad, que a menudo superan el 100%, lo cual empeora con el fraude a dos niveles. A nivel del cliente, por ejemplo, cuando los agentes de seguros dotan al propietario de etiquetas auriculares para identificar al animal asegurado, es posible que el propietario no marque el ganado, lo que supone que el hogar estaría asegurando a todo el rebaño por el precio de un animal. Otra opción es que los propietarios pueden cortar las orejas etiquetadas de sus animales vivos y enviarlas a modo de siniestro. El segundo nivel implica el fraude por parte de los mediadores, incluidos agentes y bancos. Por ejemplo, si el préstamo se utiliza con un fin que no es el de comprar ganado, el personal del banco puede quedarse con la etiqueta de esta "vaca de papel" y enviarla a modo de siniestro en caso de muerte de un animal no asegurado. Los veterinarios pueden ser también un accesorio del fraude a cualquier nivel facilitando falsos certificados de muerte a cambio de una suma de dinero adicional (Sharma et al., 2009).

Para controlar el fraude, las aseguradoras están experimentando con diferentes estrategias. Por ejemplo, IFFCO-Tokio introdujo las etiquetas de identificación por radiofrecuencia (RFID) y los cambios correspondientes en sus procesos operativos para mejorar la identificación de los animales asegurados distribuidos a través de cooperativas *(ver Cuadro 12.2).* Como consecuencia, ha experimentado una tasa de incidencias del 0,8%, notablemente inferior a la media del sector situada en el 4%. Durante una prueba piloto de dos años, sólo se denegaron cuatro siniestros, mientras que 117 fueron liquidados de un grupo de 15.080 animales asegurados. De forma similar, HDFC Ergo está probando una serie de funciones innovadoras para reducir los siniestros. Aparte de controlar el fraude a través del uso de RFID y fotografías, la aseguradora colabora facilitando servicios de reducción de riesgos como, por ejemplo, vacunas, desparasitado y enriquecimiento de los piensos para reducir la mortalidad del ganado y mejorar la productividad (Joseph y Ruchismita, 2011).

20.2.2 Seguro agrícola

La cuota de agricultura del PIB en la India, aunque en retroceso, sigue siendo considerable en torno al 18% (en 2008), y el sector emplea a más del 60% de la mano de obra. La necesidad de proteger a los agricultores de riesgos e ingresos irregulares ha sido una preocupación constante para los legisladores nacionales. La India tiene 116 millones de explotaciones agrícolas operativas que abarcan 163 millones de hectáreas y, entre ellas, una vasta mayoría son de tamaño pequeño y marginal. Aproximadamente el 80% de los agricultores explota menos de 2 hectáreas, y una proporción considerable de esos hogares está por debajo del umbral de la pobreza (GFDRR y World Bank, 2011). Dado que sólo el 40% de la zona de cultivos de la India está irrigada, los agricultores son especialmente vulnerables a las inclemencias del tiempo, a lo que se añaden noticias periódicas de suicidios de agricultores durante años de sequía. Esta sección describe, en primer lugar, el seguro de producción por superficie impulsado por planes gubernamentales y, a continuación, presenta el seguro indexado frente a riesgos climáticos, inicialmente coordinado por el sector privado y ahora ofrecido también como programa gubernamental.

Seguro de producción por superficie

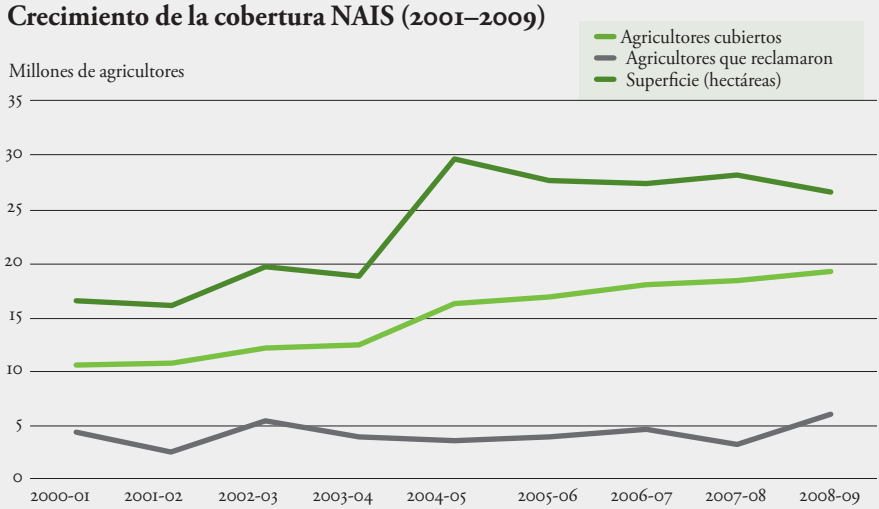
La extensa mayoría de las explotaciones agrícolas de la India cultivan cosechas de secano, y son especialmente vulnerables a los azares del monzón indio. Durante la década que finalizó en 2009, aproximadamente 350 millones de personas se vieron afectadas por la sequía en la India (GFDRR y World Bank, 2011). Para proteger a los agricultores de riesgos agrícolas, el Gobierno ha contado históricamente con dos intervenciones: a) sustentación de precios mínimos; y b) seguro de cosechas subvencionado a partir de índices de producción. El Comprehensive Crop Insurance Scheme (CCIS, Plan de Seguro Integral de Cosechas) patrocinado por el Gobierno implantado en 1985–86 fue sustituido por el National Agriculture Insurance Scheme (NAIS, Plan Nacional de Seguros Agrarios) en 1999. Suscrito por AIC, el NAIS se distribuye generalmente a través de bancos rurales como un producto obligatorio vinculado a préstamos de cosechas subvencionados *(ver Tabla 20.1).*

Dado que los agricultores plantan diferentes cultivos para diversificar el riesgo, el producto multicultivo del NAIS pretende asegurar los ingresos agrícolas totales del agricultor mejor que la cobertura de cosechas individual del CCIS. El índice NAIS se basa en las principales producciones de cosechas individuales cultivadas en la zona, calculadas por su superficie. Compara las divergencias de las producciones de cosechas históricas en dicha zona, y trata a todos los agricultores en su perímetro definido de forma idéntica en cuanto a riesgos y pérdidas. Para 2009, el NAIS había asegurado a 19 millones de agricultores y 26 millones de hectáreas, cubriendo aproximadamente el 16% de la tierra cultivada *(ver Figura 20.2).*

El plan resultó eficaz a la hora de llegar a los pequeños productores: la prima media por agricultor asegurado superaba ligeramente las 400 INR (9 USD). En cuanto a la tenencia de tierras, la superficie media asegurada por agricultor disminuyó de 1,6 hectáreas en 2000–2001 a 1,4 hectáreas en 2008–2009, lo que indica que el plan está dando cobertura a más agricultores pequeños y marginales (GFDRR y World Bank, 2011).

Figura 20.2

Crecimiento de la cobertura NAIS (2001–2009)



Fuente: "Micro Insurance Map", adaptado de AIC, 2009.

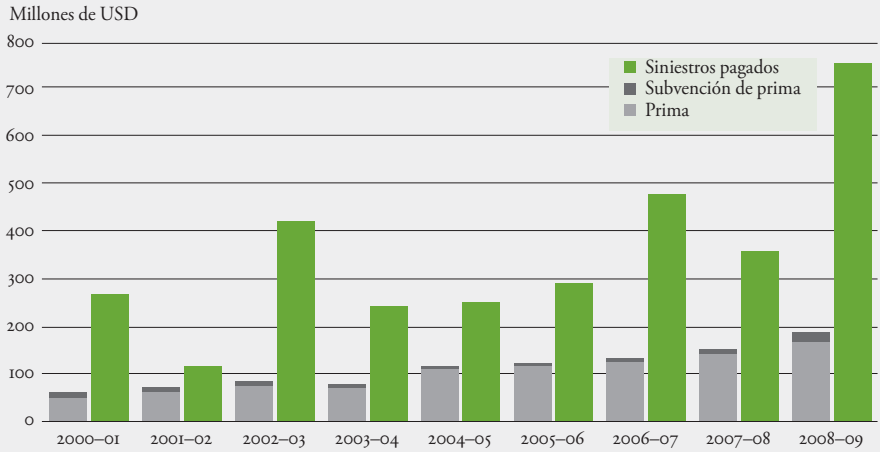
A pesar de estas ventajas, un plan que utiliza índices, en vez de las pérdidas reales de los agricultores, está sujeto al riesgo base *(ver secciones 4.3.2 y 11.1).* Si bien el enfoque basado en índices es más rentable que evaluar las pérdidas de cada agricultor, los planes de producción por superficie aún suponen elevados costes de mano de obra a la hora de llevar a cabo ejercicios de "prueba de cosechas" para evaluar la producción. En la India, este cálculo es realizado por agencias gubernamentales, lo cual reduce el coste para la aseguradora, pero ésta no puede controlar el proceso de evaluación de pérdidas. La implicación de la parte adicional también origina retrasos considerables a la hora de liquidar las reclamaciones (Sinha, 2007).

La aseguradora, AIC, recibe subvenciones por siniestros y primas del Gobierno para que el producto siga siendo asequible para el agricultor. Si bien el NAIS ofrece una cobertura limitada a los agricultores, el producto aún tiene elevados desembolsos por siniestros y es inherentemente insostenible, como muestra la Figura 20.3 – de ahí la necesidad de reaseguro implícito a través de subvenciones por siniestros del Gobierno.

Si bien el NAIS sigue siendo el mayor programa de seguros agrícolas, su crecimiento está refrenado por las limitaciones anteriormente mencionadas. El

Gobierno está probando un nuevo enfoque, el Modified National Agricultural Insurance Scheme (MNAIS, Plan Nacional de Seguros Agrícolas Modificado), con aspectos clave que resulten más interesantes para los agricultores, así como atractivos para las aseguradoras privadas. El MNAIS se describe en el Cuadro 20.4 al final de esta sección, pero primero es necesario presentar el seguro indexado frente a riesgos climáticos.

Figura 20.3 **Actuación del NAIS (2001–2009) (en millones de USD)**



Fuente: "Micro Insurance Map", adaptado de AIC, 2009.

Seguro indexado frente a riesgos climáticos

La implicación del sector privado en el seguro agrícola ha adoptado principalmente la forma de una cobertura indexada frente a riesgos climáticos. Como se describe en el Cuadro 4.1, en 2003 el Banco Mundial apoyaba a ICICI Lombard y a su socio de distribución BASIX en la coordinación del primer contrato de seguro indexado frente a riesgos climáticos, un producto que realizaba desembolsos a los agricultores en base a las precipitaciones registradas (u otros parámetros meteorológicos) en vez de tener en cuenta las pérdidas reales.

El éxito del sector privado a la hora de responder a las necesidades específicas de los agricultores con un modelo de negocio rentable llevó al Gobierno a conceder subvenciones, disponibles para las aseguradoras tanto públicas como privadas, originando un aumento espectacular de la aceptación del producto. Casi dos millones de agricultores estaban cubiertos por WBCIS en 2009–2010, llegando hasta los nueve millones de agricultores indios en 2010–2011 (Kumar, 2011). En la actualidad, la India tiene el mercado de seguros indexados frente a riesgos climáticos más dinámico entre los países en vías de desarrollo.

La evolución del mercado del seguro indexado frente a riesgos climáticos puede describirse mediante la revisión de tres aspectos: 1) diseño de contrato; 2)

calidad de datos; y 3) modelos de distribución, que ofrecen interesante información y valiosas lecciones.

Diseño de contrato

Un debate importante es el compromiso entre contratos precisos y complejos que son más sensibles a los riesgos de los agricultores y productos sencillos, que se comprenden con mayor facilidad. Antes de 2008, los productos más sencillos predominaban, dado que las ventas eran voluntarias y, por lo tanto, el conocimiento del agricultor era fundamental. Se trataba de contratos muy claros, pero raras veces incluían coberturas específicas a los ciclos de los cultivos. Los contratos relativos a los ciclos de los cultivos tratan de responder a los diferentes riesgos incurridos durante la germinación, la fase vegetativa, la floración y la madurez o la fase de cosecha, y ofrecen diferentes coberturas y umbrales de desembolso para cada fase *(ver Cuadro 20.2).* Se trata de una difícil elección, ya que los agricultores comprenden mejor los contratos sencillos, pero si no son capaces de presentar reclamaciones durante años malos, perderán la confianza y será improbable que renueven, lo cual es una gran motivación a la hora de invertir en contratos específicos a los ciclos de las cosechas.

Cuadro 20.2 **Tickets frente a los riesgos climáticos según las fases de cosecha**

HDFC Ergo, en colaboración con el Food Policy Research Institute y CIRM, está llevando a cabo un seguro indexado frente a riesgos climáticos piloto que pretende hallar un equilibrio entre productos sencillos y fáciles de comprender, y contratos más precisos aunque más complejos.

En este ensayo piloto, los contratos de seguros frente a riesgos climáticos se venden en forma de tickets específicos para las diferentes fases de riesgo de las cosechas y determinan claramente la cantidad del desembolso. A través de un enfoque modular, el agricultor puede elegir el importe de la cobertura así como la fase de la cosecha que desea asegurar, lo que permite flexibilidad y variedad. Cuanto más cortas sean las fases de riesgo cubiertas por el contrato, más bajas serán las primas y, por consiguiente, más asequibles.

En una temporada de cosecha, hay disponibles dos tipos de tickets para cada uno de los periodos de cuatro meses. Ambos tickets tienen prestaciones similares pero diferentes probabilidades de desembolsos. El ticket con mayor probabilidad de desembolso cuesta 352 INR (unos 8 USD, equivalente a cuatro días de trabajo agrícola), mientras que uno con una menor probabilidad está disponible por 265 INR (unos 6 USD). El primer ticket realiza un desembolso en caso de precipitaciones moderadas, mientras que el otro lo hace en caso de precipitaciones excesivas, lo cual representa graves pérdidas. Ambos tickets permiten un pago de, ya sea 1.000 INR (22 USD) por acre cuando el índice alcanza la cantidad "predefinida"

de grandes precipitaciones, ya sea 4.000 INR (88 USD) por acre cuando el índice se extralimita. Los agricultores pueden elegir el nivel de gravedad de un evento que desean cubrir y el tipo de fase, lo que les permite crear su propia cobertura basada en restricciones de liquidez y percepción del riesgo. El proceso de elegir su propia cobertura crea una mayor comprensión y transparencia sobre cuándo y cómo funciona un producto de seguro indexado.

Aproximadamente el 93% de los contratos vendidos eran opciones de alto valor. Esto indica la preferencia de los agricultores por coberturas de riesgo moderadas, que tienen una mayor probabilidad de desembolso, incluso cuando tienen un mayor coste inicial. Tal y como se esperaba, las ventas en la cobertura de tres periodos fueron desiguales registrándose las mayores ventas en el segundo periodo de cobertura. Estas elecciones del comprador sugieren que un enfoque personalizable podría conllevar una mayor aceptación.

Fuente: Adaptado de CIRM, 2011.

Gracias a correlaciones de datos mejoradas entre la producción y las diferentes condiciones meteorológicas, la India ha avanzado en las coberturas de sus años piloto que incluían un solo tipo de cosecha y una única condición climática con correlaciones cosecha-clima comparativamente escasas. Ahora, los productos con coberturas que abarcan diferentes riesgos climáticos son más comunes, lo que permite también el desarrollo de contratos más precisos. En teoría, esto disminuye el riesgo base para el agricultor. Sin embargo, un diseño de productos mejorado puede no resultar en una mayor aceptación porque la complejidad resultante puede suponer una carga para los canales de distribución y ventas *(ver Capítulo 13).* Por ejemplo, el producto de seguro indexado frente a riesgos climáticos multirriesgo para el arroz, desarrollado por Weather Risk Management Services (WRMS, Servicios de Gestión de Riesgos Meteorológicos), fue posteriormente sustituido por coberturas de riesgo único (temperatura y precipitaciones por separado), que facilitaron la distribución y las ventas, aunque aumentaron los costes de transacción y se limitó la cobertura de riesgo para el agricultor.

La otra preocupación relativa a los datos afecta a los plazos, donde un retraso en la recepción de datos meteorológicos certificados por las aseguradoras derivan en retrasos de liquidación de siniestros. Algunas innovaciones han probado con una estrategia de desembolso temporal basada en datos disponibles para mejorar el plazo de entrega. Otra manera de mejorar el proceso es transfiriendo datos automáticamente desde las estaciones meteorológicas hasta las aseguradoras.

El seguro indexado frente a riesgos climáticos ha evolucionado para incluir una gama más amplia de cosechas, como el cilantro y las uvas, y parámetros meteorológicos adicionales como las heladas para huertos de árboles frutales.

Tales innovaciones también son valiosas para una gama limitada de riesgos no agrícolas, tal y como se ilustra en el Cuadro 20.3.

No toda la evolución en los productos ha resultado positiva. Por ejemplo, ha habido un cambio en los periodos de pago de siniestros, resultando en productos con menos valor para el cliente. En los años piloto, los siniestros se liquidaban después de cada fase de cosecha, pero ahora los desembolsos tienen lugar generalmente al final de la temporada debido a la limitada infraestructura financiera y al alto coste para llegar a los agricultores. Una ventaja clave de un contrato indexado frente a riesgos climáticos debería ser su capacidad para realizar desembolsos inmediatos con el fin de ayudar a los agricultores a pagar medidas correctivas alternativas como, por ejemplo, alquilar bombas de agua para reducir las pérdidas de cosechas finales. Por consiguiente, deberían seleccionarse periodos de pago más cortos, con pagos realizados a través de mecanismos de transferencia de fondos de bajo coste.

Cuadro 20.3 **Seguro indexado frente a riesgos climáticos para grupos no agrícolas**

Seguro de laca para poblaciones indígenas

Respaldado por el Department of Tribal Affairs, las ONGs BASIX y PRADAN, WRMS e ICICI Lombard desarrollaron un producto específico para tribus productoras de laca, una resina natural secretada por insectos que prosperan en árboles específicos. La laca, fuente de ingresos altamente lucrativa para los habitantes del bosque, se utiliza para hacer joyas, barnices, tintes y lacre.

Durante su corto ciclo de producción, las larvas de los insectos son vulnerables a variaciones bruscas de temperatura. El índice meteorológico se activa a raíz de la variación de temperatura, a diferencia de otros contratos que, en su mayoría, cubren condiciones extremas. La liquidación de siniestros se realiza de forma inmediata para permitir al asegurado comprar más larvas a tiempo para un segundo ciclo de cosecha. Es conceptualmente similar a una "cobertura de semillas en periodo de siembra" en un contexto agrícola, que ofrece semillas de sustitución en caso de escasez de lluvia durante la fase de siembra.

Seguro de sal para trabajadores de las salinas

En otro ejemplo de cobertura indexada frente a riesgos climáticos no agrícola, las aseguradoras IFFCO-Tokio y ICICI Lombard se reunieron para ofrecer un contrato único diseñado por WRMS para los trabajadores de las salinas. Las salinas, principalmente en áreas costeras, son campos donde la salmuera es extendida por temporeros para el secado y la producción de sal. Los trabajadores de las salinas son generalmente trabajadores sin tierra que pertenecen a la clase económica y social inferior.

Esta cobertura de lluvia excesiva es única porque tiene un riesgo base cero. Hay una correlación del 100% entre las pérdidas de los agricultores y el exceso de lluvia, dado que la sal que se está secando se disuelve con la exposición a la lluvia. Tales contratos indexados frente a riesgos climáticos tienen un altísimo valor para el cliente. Sin embargo, después de dos años, el producto fue suspendido, aun cuando existía un gran interés entre los agricultores, tras las pérdidas catastróficas debidas al ciclón Laila. Las aseguradoras fueron incapaces de juntar a productores de sal de todo el país para alcanzar la escala, de modo que el plan no tuvo la envergadura suficiente como para interesar a las reaseguradoras.

Fuente: Adaptado de Krishnaswamy y Ruchismita, 2011.

Calidad de los datos

Mientras que el punto de partida es el acceso a datos meteorológicos y de productividad de cosechas históricos digitalizados para identificar las correlaciones y desarrollar los índices, la expansión de la cobertura indexada frente a riesgos climáticos depende de la creación de mecanismos de transmisión de datos fiables para la infraestructura de medición climatológica.

Un impulsor fundamental del mercado del seguro indexado frente a riesgos climáticos fue el acceso a datos históricos de las estaciones meteorológicas por el Indian Meteorological Department (Departamento Meteorológico de la India). La mayoría de las estaciones eran meras calibradoras de lluvia y se ha realizado un esfuerzo considerable para ampliar la red de estaciones meteorológicas automatizadas (AWS, por sus siglas en inglés). La inversión en AWS fue realizada por varios departamentos gubernamentales como institutos meteorológicos, de enseñanza e investigación espacial, y también ha atraído la inversión de agencias privadas con incentivos para acceder a datos más precisos sobre una gama más amplia de fenómenos meteorológicos (por ejemplo, la velocidad del viento). Esfuerzos futuros para mejorar la normalización de los datos desde fuentes públicas y privadas debería mejorar el acceso a reaseguros asequibles.

En vez de depender exclusivamente de estaciones meteorológicas, IFFCO-Tokio está probando nuevas tecnologías para crear transparencia y mejorar el tiempo de liquidación de siniestros, como el índice de vegetación de diferencia normalizada (NDVI, por sus siglas en inglés) para reducir el riesgo base en los seguros indexados frente a riesgos climáticos (Patankar, 2011).

De forma similar a la labor de creación de mercado de los mediadores de microseguros *(ver Capítulo 23),* la implicación de WRMS, un mediador de seguros frente a riesgos climáticos, ha apoyado al mercado del seguro indexado frente a riesgos climáticos a la hora de alcanzar la escala reuniendo volumen de contratos e invirtiendo en la digitalización de datos y la modelización del riesgo. Sin embargo, en general, una calidad de datos mediocre y la incertidumbre acerca del

impacto del cambio climático *(ver Capítulo 4)* son retos continuos y suponen altas primas en reaseguros, que podrían refrenar el desarrollo de productos mejores y más asequibles.

Distribución

En los primeros años, sólo había una aseguradora (ICICI Lombard) que distribuía seguros indexados frente a riesgos climáticos a través de ONGs e IMFs. Esta relación brindó una oportunidad de aprendizaje a partir de la cual se diseñaron varios productos para ofrecer soluciones personalizadas a grupos de riesgo específicos. Posteriormente, la escala fue alcanzada diversificando la distribución, por ejemplo, trabajando con cooperativas y aprovechando el alcance rural de proveedores de productos agrícolas y organismos de adquisiciones.

El Gobierno respondió a la aceptación voluntaria de los agricultores de planes indexados frente a riesgos climáticos ofreciendo subvenciones a las primas para dichos contratos, inicialmente para AIC y, más tarde, para todas las aseguradoras. La inclusión de AIC en el mercado indexado frente a riesgos climáticos ha sido uno de los grandes impulsores de escala porque permitió que la cobertura se ampliara a la clientela "cautiva" del programa de vinculación de crédito. Los volúmenes masivos de cobertura indexada frente a riesgos climáticos en la India, y el interés que demostraron las figuras privadas en colaborar con el Gobierno para ofrecer WBCIS, puede atribuirse, en parte, al cobro y la distribución de primas constantes. Los bancos rurales deducen la prima del préstamo del agricultor y la subvención estatal correspondiente está disponible en una sola transacción, lo cual minimiza los costes administrativos para las aseguradoras.

Dichas subvenciones, no obstante, están limitadas a cosechas específicas en distritos identificados y no están disponibles para todos los agricultores. Esta provisión selectiva de seguros es inherentemente desigual e influye en las decisiones de cosecha de los agricultores, llevándoles a centrarse en los cultivos asegurados principales. Algunas de las limitaciones del WBCIS pueden ser salvadas por el MNAIS *(ver Cuadro 20.4).*

Cuadro 20.4 **Modified National Agricultural Insurance Scheme (MNAIS)**

El MNAIS, Plan Nacional de Seguros Agrícolas Modificado, es un producto híbrido indexado frente riesgos climáticos y de producción, que combina los planes indexados NAIS y WBCIS de AIC, probado experimentalmente en 34 distritos en 12 Estados durante la cosecha Rabi (invierno) de 2010–11 para superar algunos de los retos asociados al NAIS. Si se lleva a cabo con éxito, podría sustituir al NAIS y ofrecer a los agricultores pequeños y marginales una mejor cobertura de riesgos.

El MNAIS está utilizando lo que se espera que sea una base más precisa para calcular la producción umbral que desencadenaría los pagos: la producción promedio de los últimos siete años excluyendo hasta dos años declarados como afectados por la catástrofe. Se basa tanto en contratos de producción por superficie como indexados frente a riesgos climáticos. La producción por superficie de las principales cosechas se calcula a nivel de la aldea, lo que reduce notablemente el riesgo base espacial. Una de las ventajas clave del aspecto indexado frente a riesgos climáticos del contrato que MNAIS ofrece es su capacidad para liquidar siniestros durante la temporada de cosecha, brindando asistencia inmediata, de modo que el agricultor puede invertir en estrategias alternativas para frenar la pérdida de cosechas durante toda la temporada.

El producto cubre aquellas plantaciones que no han sido posibles a razón del 25% de la suma total asegurada si el monzón es tardío y el agricultor decide aplazar la siembra hasta la llegada de las lluvias. El producto también cubre pérdidas tras la cosecha hasta las dos semanas posteriores a la misma. Dada la limitada infraestructura de almacenes rurales, los agricultores "cortan y extienden" la cosecha en el campo para el secado después de la recolección. Un chubasco repentino podría estropear la cosecha originando pérdidas considerables.

En el MNAIS, las primas actuariales se pagarán para asegurar la cosecha y, por consiguiente, la responsabilidad de los siniestros recaerá en la aseguradora, a diferencia del NAIS, donde el Estado concedía subvenciones a los siniestros. Esta modificación podría derivar en una mayor transparencia de los precios (donde la prima refleja el auténtico riesgo), y estimular el uso de contratos de reaseguro informados en vez de que el Gobierno actúe en calidad de reaseguradora libre. El MNAIS también podría suponer una mejor gestión del programa, ya que las pérdidas reales deberán ser asumidas por la aseguradora. Las subvenciones a las primas seguirán contribuyendo a la asequibilidad del producto.

Este producto podría aumentar el alcance de los contratos indexados frente a riesgos climáticos, catalizar la inversión privada en infraestructura meteorológica, garantizar una mejor fijación de precios de los reaseguros agrupando riesgos de diferentes regiones, y generar una considerable demanda garantizada para estimular a las nuevas aseguradoras a ofrecer seguros agrícolas. Mientras que compañías de seguros agrícolas independientes como AIC son cruciales, se requiere una mayor competencia para abastecer al enorme mercado sin explotar a un coste asequible.

Fuente: Adaptado de CIRM, 2011.

20.2.3 Seguro de vida

India tiene 32 microseguros de vida registrados. Aviva Life tiene la mayoría de los productos, un total de siete, y LIC, la mayor aseguradora, dispone de cuatro productos. El crecimiento en el número de productos registrados, principalmente por aseguradoras privadas, puede atribuirse a dos factores. En primer lugar, cuanto más tiempo lleven las aseguradoras y más crezca su cartera principal, más altos serán sus objetivos en los sectores rural y social, lo cual ejerce presión en las aseguradoras para crecer a través de nuevas estrategias. En segundo lugar, dado que la aseguradora pública lleva más tiempo funcionando, ya se ha cogido la "fruta de la rama más baja", de modo que las aseguradoras privadas tienen que probar nuevas estrategias.

Como se describe en el Capítulo 8, un número creciente de aseguradoras está complementando sus seguros de vida vinculados a préstamos con productos voluntarios. Tanto los seguros de vida para caso de muerte como para caso de vida están siendo adaptados a los requisitos de liquidez de los hogares y a las preferencias de los productos, por ejemplo:

- **Producto mixto:** SBI Life, la mayor aseguradora de vida privada, está experimentando con un producto mixto – un seguro de vida que cubre los gastos hospitalarios y enfermedades graves, junto con un seguro de bienes patrimoniales (continente y contenido) y accidentes personales para dar valor añadido al cliente, al tiempo que se reduce el coste de las transacciones a través de una entrega integrada.
- **Prestaciones garantizadas:** Bajaj Allianz trabaja en asociación con bancos rurales y grandes IMFs para distribuir su cobertura voluntaria de seguro y ahorro. En noviembre de 2010, este producto había llegado a cubrir tres millones de vidas y generó aproximadamente 100 millones de USD en primas, ilustrando la preferencia de los clientes por productos de ahorro con características tales como un alto valor de rescate, aunque la cantidad asegurada máxima sea baja.
- **Seguro mixto no prescriptible:** el producto único de Max New York Life (MNYL), Max Vijay, es un producto de ahorro y de seguro diseñado para "no prescribir". Para adecuarse a los ingresos irregulares del mercado de destino, los asegurados pueden recargar su cuenta siempre que tengan fondos adicionales *(ver Capítulos 8 y 22).*
- **Plazos cortos:** el producto Bima Kawatch Yojana de Birla Sun Life, que tiene una opción de tres años, y Navakalyan Yojana de Tata AIG, que ofrece cobertura durante cinco años, permiten a los clientes obtener rápidamente los beneficios del pago de sus primas, en vez de tener que esperar 10 o 15 años.
- **Opciones de pago flexibles:** Jeevan Madhur, de LIC, ofrece una variedad de opciones de primas, incluido un pago semanal mínimo de 25 INR (0,50 USD), quincenal de 50 INR (1 USD) y mensual de 100 INR (2,20 USD). LIC ha

recurrido a sus agentes de microseguros para vender más de 100.000 de estas pólizas en su primer año, y también ha empezado a distribuirlas a través de ONGs, IMFs y grupos de autoayuda. Asimismo, este producto se ha personalizado y ofrecido a un grupo previamente excluido: trabajadores del sexo, donde el coste del examen médico correrá por cuenta de LIC.

En cuanto al seguro de vida, el diseño del producto es generalmente menos complicado que introducir el producto en el mercado de destino. Este aspecto se trata en la sección 20.3.

20.2.4 Seguro de salud

Quizá la mayor contribución de la India con el debate sobre microseguros a escala mundial haya sido en el sector de la salud. Esta sección pone de relieve algunas de las innovaciones emergentes en la importante labor de administración de siniestros y, a continuación, presenta los logros de los planes de seguros de salud masivos subvencionados por el Gobierno.

Hacia una mejor gestión de los siniestros

Los modelos de microseguros de salud variados y dinámicos de la India desarrollados por mutuas, IMFs y aseguradoras han sido ampliamente documentados (por ejemplo, Radermacher y Dror, 2006; MicroInsurance Centre, 2009). Si bien estos esfuerzos han sido pioneros en cuanto a microseguros de salud asequibles en la India, la dificultad ha radicado en establecer sistemas y procesos para garantizar una alta calidad de servicio en la gestión de siniestros y la supervisión de hospitales *(ver Cuadro 20.5).*

El modelo socio-agente, por ejemplo, ha alcanzado la escala, pero ha experimentado problemas con la calidad del servicio. Las aseguradoras, en calidad de socias en el modelo, han trabajado a menudo con un administrador externo general para atender sus carteras de salud rurales. Sin embargo, la limitada presencia rural de los administradores externos y sus complejos procesos de gestión de siniestros no respondieron bien a los productos de seguros de salud básicos ofrecidos por las IMFs. La insatisfacción resultante del cliente condujo a algunas IMFs a alejarse de planes sin efectivo, de aseguradoras privadas o del modelo socio-agente. Por ejemplo, Bandhan, una IMF con más de tres millones de miembros, regresó a los beneficios basados en el reembolso cuando comenzó a experimentar impagos de préstamos debido a problemas con el procesamiento de siniestros "sin efectivo". La gestión de siniestros se había vuelto incómoda y se enfrentaba a numerosos retos, entre ellos, una documentación incompleta y la falta de comprensión de las exclusiones por parte de los clientes, así como una confabulación ocasional entre clientes y proveedores.

Más recientemente, nuevos administradores externos han iniciado operaciones empresariales "centradas en el sector rural". Además, algunos administradores externos generales, estimulados en parte por ingentes planes de salud respaldados por el Estado, han modificado los sistemas para atender mejor a los clientes rurales. La capacidad de los administradores externos debería seguir desempeñando un importante papel a la hora de gestionar grandes volúmenes de contratos de seguros de salud de alta calidad.

Cuadro 20.5 **Incorporar a los administradores externos ausentes**

Con limitados controles en cuanto a supervisión y prestación de servicio sobre el terreno, las aseguradoras generalmente dependen enormemente de administradores externos para evaluar y liquidar siniestros, así como para realizar controles con la finalidad de detectar facturas "infladas" y fraudes descarados. Los complicados procesos de los administradores externos y unos gastos generales más elevados, no obstante, no estaban originalmente adaptados al mercado de los microseguros y los consecuentes rechazos de siniestros derivaron en la insatisfacción de los clientes.

Dadas las dificultades con los administradores externos, cuando agentes como las IMFs y las ONGs ofrecían coberturas de salud suscritas, a menudo creaban una capacidad administrativa interna o utilizaban los sistemas de la aseguradora para prestar servicios como los desempeñados por los administradores externos a fin de optimizar la capacidad de servicio. Estos esfuerzos requerían invertir en sistemas informáticos y procesos personalizados para gestionar el volumen de negocio y alinear los sistemas del agente, la aseguradora y las instalaciones sanitarias. Sin embargo, el modelo socio-agente no creó incentivos financieros para que ONGs o IMFs ofrecieran un mejor servicio de siniestros o invirtieran en el control de fraudes.

Al contrario, el modelo mutualista estimula el plan para controlar los siniestros y ofrecer un mejor servicio, ya que apuesta por los beneficios financieros del control de fraudes y de altas reinscripciones. Algunas IMFs han pasado del modelo socio-agente al modelo mutualista para mejorar el servicio de siniestros y satisfacer las necesidades de productos específicos de sus miembros. A continuación figuran algunos ejemplos del modo en que las figuras implicadas abordaban el "vacío intermedio" de la administración de siniestros:

– **Asumir el riesgo a nivel interno:** la IMF Grameen Koota pasó de trabajar con aseguradoras generales a cooperar con un socio de servicios, SAS Poorna Arogya Healthcare, para ofrecer servicios de administrador externo a sus miembros y gestionarlo como un plan de seguro de salud interno. Del mismo modo, la ONG SHEPHERD paso del modelo socio-agente al modelo mutualista con

ayuda de la mutua "aseguradora" Uplift. Asumiendo el riesgo, ambas organizaciones tienen más incentivos para gestionar los siniestros eficazmente.

– **Externalizar a un administrador de confianza:** la IMF SHARE trabajó con MicroEnsure en ubicaciones específicas para abordar sus requisitos de gestión de datos con la aseguradora.
– **Administración interna:** la ONG BASIX y el programa de desarrollo rural Sri Kshetra Dharmasthala Rural Development Programme (SKDRDP) crearon tecnología interna para gestionar operaciones relativas a las desempeñadas por administradores externos con vistas a facilitar una integración constante de sistemas con la aseguradora y permitir una prestación de servicios y productos más personalizada. También ofrecen estos servicios a otras organizaciones.

Fuente: Autores

Esquemas de seguro de salud masivo

Lo que es especialmente interesante acerca de los microseguros de salud en la India es la emergencia de planes masivos impulsados por el Estado. Estos planes se incluyen en el amplio concepto del microseguro porque varios de ellos implican algún tipo de cuota de usuario, y a menudo son implementados por la industria de los seguros a través de asociaciones público-privadas. Además, el diseño de los planes se ha fundamentado considerablemente en las experiencias de los microseguros de salud basados en ONGs y mutuas.

De los 75 millones de personas cubiertas por estos planes en 2007, se calcula que 302 millones tenían microseguro de salud en 2010.[6] Tres de estos planes – Aarogyasri en Andhra Pradesh, Kalaignar en Tamil Nadu y el programa nacional Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) – aseguraban supuestamente a 54 millones de familias a finales de 2010 (PHFI, 2011). Respaldados por una voluntad política y la capacidad de acumular elevadas cifras, estos planes están transformando el microseguro de salud atendiendo desafíos clave como la creación de datos y la inversión en tecnología de identificación, y estableciendo estándares en el sector de la provisión de servicios sanitarios.

[6] Estas cifras parecen optimistas y es posible que consideren tamaños de hogares más grandes. De acuerdo a los análisis del RSBY, Krishnaswamy y Ruchismita (2011) calculan que hay un promedio de 2,7 personas por familia por tarjeta emitida, mientras que el cálculo de la Public Health Foundation of India (PHFI, Fundación de Salud Pública de la India) parece considerar que el tamaño promedio de un hogar es mayor.

Figura 20.4

Evolución cronológica de planes de seguros de salud masivos a favor de los pobres en la India

Plan 1	Yeshasvini Cooperative Farmers Health Care Scheme	Weavers' Insurance	Rajiv AarogyaSri Community Health Insurance Scheme	RSBY	Chief Minister Kalaignar Insurance Scheme for Life Saving Treatments
– Ubicación – Año de inicio – Alcance	– Karnataka – 2003 – 3 millones de vidas	– Multiestatal – 2005 – 6,4 millones de vidas (1,6 millones de familias)	– Andra Pradesh – 2007 – 70 millones de vidas (20,4 millones de familias)	– Nacional – 2008 – 63 millones de vidas (23 millones de familias)	– Tamil Nadu – 2009 – 35 millones de vidas

La Figura 20.4 ilustra la cronología de los principales planes y su alcance actual. Mientras que el primer plan de seguro de salud masivo, Yeshasvini, iniciado por el Karnataka Department for Cooperation en 2003, inspiró los planes más recientes, la mayoría de sus características siguen siendo únicas. No tiene portador de riesgo y se gestiona como un fondo de salud a través de un administrador externo. Es un producto voluntario con un aporte en concepto de prima por parte de los miembros. Al contrario, el Weavers' Health Insurance Scheme (Plan de Seguro de Salud para Tejedores) iniciado dos años más tarde por el Ministerio de Textiles para artesanos pobres está gestionado por las aseguradoras. El plan para tejedores es único porque incluye cobertura para pacientes ambulatorios, mientras que los demás planes masivos cubren principalmente la hospitalización.

Las principales características de RSBY, Yeshasvini y los dos planes estatales se describen en la Tabla 20.2. Las diferencias entre ambos programas financiados por el Estado, Aarogyasri y Kalaignar, se atribuyen a la situación sanitaria de cada Estado, lo que sugiere que el diseño del producto se personaliza para responder a los requisitos regionales. Aarogyasri en Andhra Pradesh ofrecía inicialmente una cobertura por hospitalización pero, con el paso de los años, su paquete se amplió para incluir enfermedades graves. Kalaignar, por otra parte, opera en Tamil Nadu, que tiene una infraestructura sanitaria pública más robusta y funcional y, por consiguiente, sólo necesitaba cubrir enfermedades graves.

Yeshasvini invierte menos en tecnología de identificación, pero todos los planes dependen enormemente de la recogida y la transmisión de datos electrónicos, y tienen sistemas de información para la administración (MIS, por sus siglas en inglés) bastante sólidos. A excepción de Aarogyasri, los planes tienen pocos recursos humanos asignados al seguimiento y a la supervisión. RSBY y Kalaignar utilizan tarjetas biométricas para controlar el fraude; RSBY emite tarjetas sanitarias en tiempo real (en el lugar de inscripción) para mejorar el servicio al cliente y

controlar cualquier práctica de "búsqueda de beneficio" por parte de la agencia emisora de tarjetas *(ver Cuadro 20.6).* Existe una marcada diferencia en el coste promedio de hospitalización, que puede atribuirse a cuatro factores: tipo de riesgo médico cubierto, perfil de los hogares de destino, costes sanitarios crecientes en la región y capacidad del plan para negociar tarifas preferenciales con proveedores de atención sanitaria.

Yeshasvini sigue teniendo un elevado índice de utilización que podría atribuirse, en parte, a la contribución del cliente, lo cual aumenta la concienciación e induce al uso. El problema con este plan es un índice de siniestralidad promedio cada vez mayor (del 157% en 2010), que haría insolvente un fondo sin aseguradora ni reaseguradora.

Cuadro 20.6

RSBY: Implementar a gran escala

Para finales de 2010, el programa RSBY se había puesto en marcha en 340 distritos en 25 Estados, con 23 millones de tarjetas activas, asegurando a unos 63 millones de individuos viviendo bajo el umbral de la pobreza. La exitosa implementación a una escala de tal magnitud puede atribuirse a la asociación público-privada que ha establecido el plan. Mientras que Aarogyasri y Kalaignar colaboraban con una aseguradora, Star Allied Insurance, RSBY en su primer año trabajó con ocho aseguradoras y 16 administradores externos para implementar el plan. Muchos administradores externos tienen más puntos fuertes localizados, que RSBY puede aprovechar a través de su acuerdo de contratación y licitación a nivel de distrito. Mientras que tres aseguradoras representan el 75% de las operaciones del RSBY, el rendimiento del programa está correlacionado con el administrador externo y no con la aseguradora.

En el primer año, el RSBY registró una tasa de incidencias del 2,4%, menor de lo que se esperaba, dado que la población de destino no asegurada previamente habría tenido presumiblemente una demanda reprimida en servicios sanitarios. Las tasas de utilización son más altas cuando las tarjetas se emiten de inmediato. Los pueblos que tienen al menos un siniestro registran un mayor porcentaje de tarjetas activadas en los primeros 20 días de inscripción. Para aumentar la inscripción, así como la utilización, es posible que el plan necesite implicarse en contratos directos con administradores externos, en lugar de sólo con las aseguradoras. Una relación directa con administradores externos puede mejorar el control del rendimiento y evitar varios niveles de subcontratación de las actividades de inscripción por parte de los administradores externos.

Las regiones con más hospitales privados en red muestran una mayor utilización, con una tasa de hospitalización un 0,2% superior. Esto podría atribuirse a la mejor calidad percibida (o real) de la infraestructura sanitaria y a la disponibilidad de suministros en las instalaciones privadas, y también a la búsqueda proactiva de negocio por los hospitales privados. El RSBY está llevando a cabo actualmente una iniciativa de mejora de la calidad, basada en una estructura de incentivos organizada por niveles para estimular a los hospitales públicos y privados a mejorar sus infraestructuras sanitarias.

Fuente: Adaptado de Krishnaswamy y Ruchismita, 2011.

Tabla 20.2

Comparativa de los cuatro planes de seguros de salud masivos más importantes

Características	*Criterios*	*Yeshasvini (Karnataka) 2003*	*Aarogyasri (Andhra Pradesh) 2007*	*RSBY (Nacional) 2008*	*Kalaignar (Tamil Nadu)2009*
Producto	Unidad de inscripción	Individuos	Familias	Familias	Familias
	Fuentes de financiación	Contribución: beneficiario 58% + Gobierno 42% (en 2009–10)	Estado	0,60 USD por beneficiario +75% por centro y 25% por gobierno estatal en la mayoría de casos	Estado
	Tarifa de prima en 2009–10	3,30 USD por persona	6 USD por familia	12 USD promedio por familia	10 USD por familia
	Cobertura de seguro máxima	4.444 USD por persona	3.333 USD por familia con reserva adicional de 1.111 USD	666 USD por familia	2.222 USD durante 4 años, por familia
	Operaciones comunes	Cardiología, otorrinolaringología, cirugía general, pediatría, obstetricia, oftalmología	Oncología, cardiología, traumatología, cirugías ginecológicas y urinarias, cirugías generales	Tratamiento médico, oftalmología, neurología, enfermedades infecciosas, operaciones ginecológicas y obstétricas	Ortopedia, oncología, urología, cardiología, histerectomía y otorrinolaringología
Herramientas de gestión	Medidas de contención de costes	– El administrador externo ofrece autorización previa para todos los procedimientos – Tarifas para 1.600 procedimientos prenegociadas	– Tarifas predefinidas en paquete de diagnóstico y control de autorización previa para progresión médica – MIS, equipos de vigilancia médica y amplia red de personal de seguimiento de proyectos en hospitales	– Tarjeta inteligente para verificación de identidad antes de autorización – Tarifas cerradas de paquete de diagnóstico para operaciones comunes – Análisis exhaustivo del historial de reclamaciones	– Tarifas predefinidas en paquete de diagnóstico y control de autorización previa para progresión médica – Programación del alta con agentes de enlace
	Herramientas de TI utilizadas	– Presentación de reclamaciones electrónica – Software en todos los hospitales en red, vinculados a los sistemas de los administradores externos	– Firma digital de todos los usuarios, procedimiento anterior y posterior de fotografía digital del paciente – MIS exhaustivo y operaciones y liquidaciones de siniestros electrónicas	– Fotos y datos biométricos de familias en chip inteligente al realizar la inscripción – Las tarjetas inteligentes permiten autorización offline y transferencia de datos por lotes	– Tarjeta inteligente digital para identificar al beneficiario y a la familia – Autorización previa y presentación de reclamaciones basadas en la web – Cámaras web para coordinar y supervisar a los agentes de enlace en hospitales en red
	Criterios de selección de hospital	Mínimo 50 camas para pacientes internos + cuidados intensivos (UCI), ambulancia, médicos cualificados	Mínimo 50 camas y demás criterios de infraestructura como UCI con 2 ventiladores	Al menos 10 camas + instalación médica, quirúrgica y de diagnóstico + registro con departamento de TI	Mínimo 50 camas
	Nº de personas a tiempo completo en organismo de ejecución	Menos de 10	117	Aproximadamente 10 a nivel central 100 en agencias nodales estatales	Menos de 10
Prestaciones	Número de beneficiarios (Sept. 2010)	3 millones	Aproximadamente 70 millones (20,4 millones de familias)	63 millones	35 millones
	Coste promedio por hospitalización (INR)	8.240	27.848	4.262	33.720
	Número de hospitalizaciones por cada 1.000 personas	22	5	25	4
	Índice de siniestralidad	157%	69,6 – 128,3% (media 89%)	Aprox. 80% en 2009–10	80%

20.3 Canales de distribución

La distribución de los seguros a los hogares de bajos ingresos es difícil por varias razones, entre ellas, los desafíos a la hora de acceder a zonas remotas y fomentar la acogida entre individuos que carecen de experiencia con productos financieros complejos (Gaurav et al., 2011). Además, los hogares pobres, por definición, se enfrentan a problemas de liquidez al pagar las primas y son reticentes a comprar un producto intangible con beneficios que pueden o no están disponibles en un determinado momento en el futuro.

A continuación se enumeran, de forma más o menos cronológica, cuatro canales destacados a través de los que se han distribuido seguros en la India rural con vistas a superar tales retos. Inicialmente, antes de que se utilizara el término "microseguro", la dilatada infraestructura bancaria rural del Gobierno, la Oficina de Correos y la red de agentes de LIC fueron los principales canales de distribución de productos asequibles y, en la actualidad, siguen siendo los más sobresalientes. En los años 90 y a principios de los años 2000, ONGs y mutuas aprovecharon su capital social en la comunidad para educar a los hogares en cuanto a seguros y gestión de riesgos, y ofrecerles productos personalizados. Más tarde, las IMFs entraron en el mercado y ofrecieron una solución al problema de la asequibilidad financiando primas. También brindaron sólidos sistemas de gestión de datos y efectivo, y facilitaron la evolución del sector desde una iniciativa de "desarrollo" hasta una orientación más comercial. Más recientemente, las aseguradoras han ampliado su estrategia de distribución incluyendo cadenas de suministro rurales y canales de venta directa con el apoyo de la tecnología como, por ejemplo, quioscos de Internet rurales y redes de corresponsales bancarios, que tienen un gran potencial para ayudar a las aseguradoras a alcanzar la escala con productos básicos a precios asequibles.

20.3.1 Canales facilitados por el Gobierno

Antes de la introducción de las compañías de seguros privadas en la India en 1999, la distribución de seguros en zonas rurales se realizaba generalmente a través de tres canales principales: la extensa red de agentes de LIC, la infraestructura financiera gubernamental e India Post (Correos de la India).

Durante décadas, LIC contó con sus agentes para vender pólizas de vida por todo el país. La escalabilidad de este canal se atribuye a tres factores: 1) la orden emitida por el Estado a LIC de prestar servicio a los hogares de bajos ingresos; 2) la fuerte marca de LIC, muy conocida en la mayoría de las zonas rurales; y 3) sus populares productos basados en el ahorro con características como la devolución de la prima. Aunque sus estructuras de comisión de agentes están en pie de igualdad con las normas del sector, los importantes y estables volúmenes de negocio, las subvenciones gubernamentales y un elaborado programa de desarrollo de

agentes contribuyen a la viabilidad del modelo. Uno de los factores que contribuyen a su popularidad es la capacidad de los agentes para ofrecer un instrumento de ahorro fiable a través de un cómodo "servicio a domicilio". Este modelo de distribución sigue vigente en la actualidad. En 2009–10, los agentes de LIC vendieron 38 millones de los 45 millones de pólizas de vida totales del sector, poniendo de manifiesto el éxito de estos agentes y su pertinencia para LIC.

La India tiene más de 32.000 sucursales bancarias rurales, la mayoría bancos comerciales del sector público y bancos rurales regionales, aproximadamente 14.000 sucursales de bancos cooperativos y 98.000 sociedades primarias de crédito agrícola (PACS) (Basu, 2006). Esta enorme red de instituciones financieras rurales dominadas por el Gobierno ofrece crédito dirigido, a menudo acompañado de la cobertura de seguros subvencionada y obligatoria asociada. Además, estas instituciones financieras mantienen una destacada cartera de seguros de accidentes personales y de vida.

India Post es la red de correos más grande del mundo, con el 90% de sus oficinas de correos en zonas rurales. Su larga historia y gran alcance la han convertido en un exitoso canal para la distribución de servicios financieros, gestionando más de 240 millones de cuentas de ahorro. En 1995, India Post presentó su plan Rural Postal Life Insurance (RPLI, Seguro de Vida de Correos Rural) con una orden específica de ofrecer cobertura a hogares rurales, personas desfavorecidas y mujeres trabajadoras. En 2009–10, el RPLI tenía 9,9 millones de pólizas activas con una suma acumulada asegurada de 596.000 millones de INR (12.000 millones de USD) de sus seis productos de seguro de vida.[7] Aparte de distribuir su propia línea de productos, la red postal también actúa como agente para distribuir productos de seguros generales de Oriental. La póliza de seguros de accidentes personales de Oriental con una prima anual de 15 INR (0,30 USD) por una suma asegurada de 100.000 INR (2.222 USD) ha sido especialmente popular (India Post, 2010–11).

20.3.2 Modelos organizados por ONGs y mutuas

Las mutuas y las ONGs son organizaciones comunitarias con amplias agendas de desarrollo que también utilizan los seguros para alcanzar sus objetivos. Tratan de estar implicadas en varias actividades como, por ejemplo, el empoderamiento de las mujeres, la creación de medios de subsistencia, la asistencia en casos de catástrofe y el desarrollo de infraestructuras como colegios, pozos y centros médicos. La India es afortunada de tener más de 25.000 organizaciones sociales civiles,

[7] Los seis productos son: seguro de vida entera, de vida entera convertible, mixto, mixto anticipado durante 15 y 20 años, mixto de vida conjunta y para niños. En 2008–09, se liquidaron 45.000 siniestros que ascendían a 1.300 millones de INR (26.400 millones de USD). Todas las operaciones del RPLI están computarizadas (India Post, 2010–11).

muchas de las cuales han sentado las bases del actual y dinámico mercado de los microseguros, especialmente la cobertura de salud a través de planes de seguros de salud comunitarios (CBHI, por sus siglas en inglés).

La afiliación a CBHI ha sido estable gracias al alto valor ofrecido por sus productos y servicios, de gran acogida entre los clientes, pero la viabilidad financiera ha sido fuente de preocupación. Los miembros tienen percepciones positivas de sus características únicas como el pago de primas en semillas, bonificaciones en caso de no declarar siniestros e incentivos de fidelidad que aumentan el límite de la cobertura con respecto al año anterior. Se ha demostrado una mayor madurez del producto a través de servicios adicionales. Por ejemplo, el plan SKDRDP ofrece coberturas de hospitalización quirúrgica y no quirúrgica sin periodos de espera para el tratamiento domiciliario,[8] servicios de maternidad, muerte accidental y catástrofes naturales. Otros CBHI ofrecen "servicios con valor añadido" que abarcan desde consultas a través de la telemedicina hasta el suministro de medicamentos y servicios de ambulancias. Los CBHI tienden a ser asequibles cuando funcionan en tándem con la infraestructura sanitaria gubernamental garantizando un fácil acceso a la atención médica. Asimismo, intervienen para aumentar el acceso a los medicamentos a precios asequibles.

Si bien estos modelos registran altos niveles de renovación y percibieron una mayor satisfacción por parte del cliente, a menudo son incapaces de ampliarse debido a una limitada capacidad de gestión y experiencia en seguros. Existen algunas excepciones destacables como DHAN Foundation, VimoSEWA, SKDRDP y Uplift *(ver Cuadro 5.1),* que han registrado un espectacular crecimiento en su número de miembros pero, en general, los CBHI tienden a mantenerse a pequeña escala.

La relación entre los CBHI y las aseguradoras ha evolucionado con los años. En algunos casos, los CBHI asumen el riesgo ellos mismos (por ejemplo, DHAN Foundation); otros trabajan en asociación con aseguradoras en coberturas estándar y luego retienen algunos de los riesgos para ofrecer beneficios que las aseguradoras no cubren (por ejemplo, VimoSEWA y SKDRDP).[9] Sin embargo, los CBHI que asumen todo el riesgo a menudo ofrecen productos con una cobertura limitada, en parte porque carecen de facilidades de reaseguros en el contexto normativo actual. Efectivamente, estos planes funcionan en un vacío normativo por-

[8] La hospitalización domiciliaria se proporciona cuando el estado del paciente es tal que puede ser tratado desde su casa bajo vigilancia médica.

[9] Por ejemplo, el plan de salud SKDRDP tiene una póliza de "cero rechazos", con lo cual, la ONG cubre siniestros que considera auténticos pero no aprobados por la aseguradora. Asimismo, ofrece cobertura por tratamiento domiciliario y permiso de descanso, a diferencia de la aseguradora. Sin embargo, en sólo tres de sus siete años de funcionamiento, los siniestros pagados por el plan han sido inferiores al total de las primas cobradas, dificultando al SKDRDP encontrar aseguradoras privadas, que, a diferencia de las públicas, raras veces tienen acceso a subvenciones estatales y prefieren asegurar carteras sostenibles.

que la IRDA sólo reconoce a las compañías de seguros como entidades que pueden ofrecer contratos de seguros.[10]

Los programas de seguros de salud masivos como el RSBY, cuya población de destino es similar, también pueden erigirse como rivales para mutuas y ONGs. Para adaptarse a estos programas de protección social, los planes comunitarios están explorando vías para complementar las prestaciones que ofrece el Gobierno. Los programas gubernamentales ofrecen una oportunidad única de involucrarse en CBHIs basándose en sus habilidades básicas de movilización comunitaria, lo que podría aumentar los índices de suscripción y la conciencia del cliente con respecto a los planes de salud masivos. Además, permiten supervisar instalaciones sanitarias locales, lo que sería mutuamente beneficioso ya que podría prestar mejores servicios sanitarios a hogares de bajos ingresos al tiempo que ofrece una mayor legitimidad a mutuas y ONGs.

20.3.3 Distribución por IMFs

A diferencia de las ONGs y mutuas que a menudo conceden microcréditos como una de sus muchas intervenciones en la comunidad, las IMFs de la India se centran principalmente en ofrecer servicios financieros. Sus estrechos vínculos con sus clientes reducen los costes de transacción, la selección adversa y el fraude para la aseguradora. Además, los seguros vinculados a créditos reducen el riesgo de reembolso de las IMFs y, por consiguiente, los incentivos para el canal de distribución están en perfecta consonancia con los intereses de la aseguradora. A excepción de la crisis de Andhra Pradesh de 2010, el éxito de las microfinanzas en la India ha hecho albergar esperanzas de que estas instituciones con sólidos sistemas de gestión de datos y de efectivo puedan servir como un canal eficaz para la contratación de seguros y otras soluciones de gestión de riesgos.

Las MFIs se están extendiendo rápidamente en la India, por lo que representan un canal de distribución escalable. De acuerdo a la asociación industrial SaDhan, las IMFs prestaron servicio a más de 26 millones de clientes en 2009–10, un crecimiento del 18% en clientes y del 56% en la cartera de préstamos comparado con el año anterior (Srinivasan, 2010). Los productos obligatorios vinculados a créditos ya han demostrado el modo en que las IMFs pueden ayudar a las aseguradoras a lograr sus objetivos rurales. Han surgido problemas con productos más ambiciosos, no obstante, que pueden atribuirse en parte a la incapacidad por parte de las aseguradoras de enfrentarse a clientes y a proveedores de asistencia sanitaria en zonas rurales, así como al desfase de incentivos, por el cual las

[10] Si desea más información sobre las condiciones normativas para mutuas y planes comunitarios, consulte la sección 25.4.

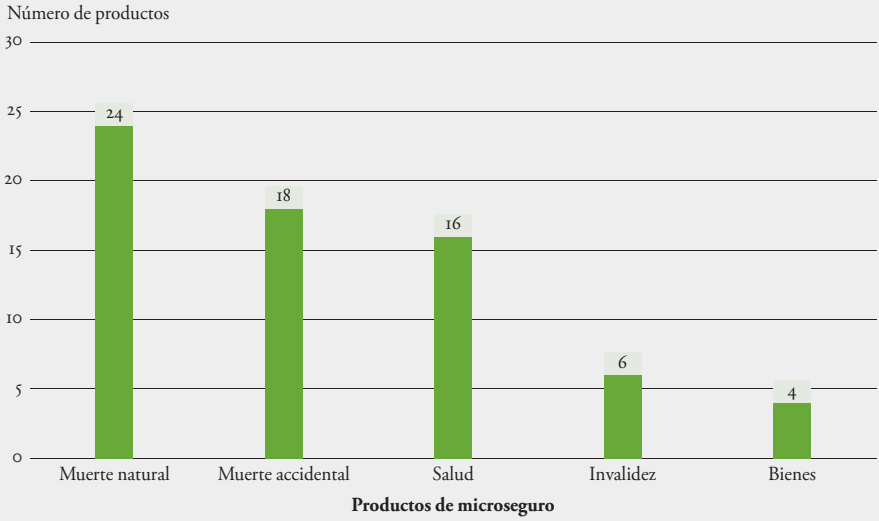
IMFs sólo son compensadas por emitir las pólizas, no por encargarse de su mantenimiento.

En 2007–08, el CIRM estudió a 47 IMFs para comprender su implicación en los microseguros y averiguó que la gran mayoría de los productos eran obligatorios y estaban vinculados a créditos en nombre de compañías de seguros. La Figura 20.5 muestra el tipo de productos ofertados.

Los pocos productos voluntarios cubrían principalmente la salud y la muerte accidental. Si bien hay demanda de soluciones relativas a riesgos de salud, los productos disponibles generalmente cubren pocos sucesos catastróficos y, por lo tanto, no responden a las necesidades de los hogares de cubrir riesgos de moderados a más frecuentes. A las IMFs les ha resultado difícil ofrecer una cobertura voluntaria asequible debido a dos factores principales: a) el personal está mal dotado para asesorar a los hogares sobre soluciones de gestión de riesgos; y b) consume mucho tiempo al personal. Invertir en la educación del cliente y el desarrollo del seguro es difícil para las IMFs indias conocidas por sus procesos simplificados con vistas a ofrecer productos de préstamo básicos. Pocas IMFs han modificado procesos para adaptarse a la diversificación de productos.

Figura 20.5

Los cinco productos principales que ofrecen las IMFs[1]



[1] La categoría de muerte natural incluye seguro de desgravamen y productos con opciones de pensión y devolución de fondos. La categoría de muerte accidental incluye coberturas por invalidez y seguro de accidente personal.

Fuente: "Micro Insurance Map", 2011.

Las aseguradoras que trabajan con IMFs a menudo asumen que éstas tienen la capacidad de brindar soporte sobre el terreno para la pronta notificación de siniestros y asistencia a los beneficiarios a la hora de recopilar la documenta-

ción necesaria. Si bien muchas de las mayores IMFs son capaces de respaldar la liquidación de siniestros y gestionar actividades relacionadas con los seguros, éste no es el caso de las IMFs más nuevas y más pequeñas. Más de la mitad de las IMFs investigadas no disponían de un balance de microseguros por separado, no realizaban análisis de siniestros y no invertían en formación para el personal de cara a distribuir microseguros.

Aunque sean grandes, las IMFs aptas pueden ser canales de distribución arriesgados. El seguro no es su negocio principal, sino más bien una actividad complementaria. La crisis microfinanciera en 2010 afectó directamente a las carteras de grandes y algunas medianas IMFs con una exposición considerable en el Estado de Andhra Pradesh. La crisis tuvo implicaciones adicionales a escala mundial, tal y como se describe en el Cuadro 20.7, pudiendo presentar una oportunidad para el microseguro dependiendo del modo en que los implicados respondían al cambio normativo que prohibía a las IMFs cobrar por el servicio al cliente además de las comisiones que reciben de las aseguradoras.

Cuadro 20.7 **¿Oportunidad en tiempos de crisis?**

Durante años, ha estado cociéndose a fuego lento una rivalidad entre los modelos de IMFs y grupos de autoayuda subvencionados por el Estado en Andhra Pradesh. En 2010, la oferta pública inicial de SKS, la mayor IMF de la India con una considerable cuota de su cartera en Andhra Pradesh, junto con publicaciones en medios de comunicación que vinculan las prácticas de cobro de préstamos con los suicidios, incitaron al jefe de gobierno de Andhra Pradesh a aprobar una "ordenanza para proteger a los grupos de autoayuda femeninos de la explotación por parte de las instituciones microfinancieras". Esta ordenanza pretendía imponer una serie de condiciones nuevas a las IMFs, incluido un registro distrito por distrito, requisitos para realizar amortizaciones de préstamo cerca de instalaciones gubernamentales locales, un cambio en los plazos de amortización de semanales a mensuales, y otras medidas para atajar cobros supuestamente inmorales, altos tipos de interés y especulaciones. Esta ordenanza ha contribuido a un contexto general que impide operaciones en los estratos inferiores de las IMFs, de modo que las amortizaciones de préstamos para las IMFs en Andhra Pradesh disminuyeron drásticamente. Las IMFs incapaces de negociar eficazmente su financiación podrían tornarse insolventes y carentes de liquidez.

A raíz de las preocupaciones relativas a la protección de los clientes, la entidad bancaria reguladora, el Reserve Bank of India, impuso un techo al tipo de interés en los préstamos de las IMFs. En este contexto, identificar fuentes alternativas de ingresos se ha vuelto crucial para la supervivencia de las IMFs. Mientras exploran

otras oportunidades generadoras de ingresos, la crisis puede convertirse en una oportunidad para el microseguro. La cuestión es si el microseguro podría volverse parte del negocio principal de las IMFs y evolucionar más allá de los planes obligatorios vinculados a préstamos para ofrecer un abanico personalizado de seguros y soluciones de gestión de riesgos.

Fuente: Adaptado de CGAP, 2010; Balkenhol, 2010.

20.3.4 Nuevos canales de distribución

Si bien las IMFs están creciendo rápidamente, sólo llegan a un pequeño porcentaje de la población rural. Las aseguradoras indias también están ofreciendo cobertura a los pobres a través de nuevos canales, entre ellos, cadenas de suministro, corresponsales bancarios y agentes de ventas directas.

Cadenas de suministro rurales: otros mediadores implicados en la ampliación de los seguros a las zonas rurales son empresas de la cadena de suministro agrícola:

- **Centrales lecheras:** en Tamil Nadu, United India en colaboración con Hatsun Dairy está tratando de solventar las limitaciones de liquidez de los hogares rurales, distribuyendo seguros ganaderos donde las primas las pagan por anticipado las centrales lecheras y luego se cobran a los hogares de los ingresos procedentes de la leche.
- **Puntos de venta de tractores:** HDFC Ergo distribuye seguros indexados frente a riesgos climáticos subvencionados por el Estado en Madhya Pradesh a través de un minorista de tractores.
- **Empresas de fertilizantes y semillas:** al igual que la cobertura por accidentes personales combinada que IFFCO ofrece con sus bolsas de fertilizantes, Pioneer Seeds también experimentó con un seguro gratuito, suscrito por ICICI Lombard, que pagaría beneficios en semillas en caso de lluvia insuficiente durante el periodo de germinación.[11] Un vínculo de esta índole reduce los costes de distribución y marketing del seguro.
- **Puntos de venta de insumos agrícolas:** AIC se ha valido de sus proveedores de insumos agrícolas como Hariyali Kisan Bazaar para distribuir seguros agrícolas.

[11] Este producto se ofreció durante un año cosechando un éxito desigual. Un desafío clave fue la falta de incentivos para los minoristas a la hora de ocuparse del papeleo adicional inherente al suministro de recibos de seguros. Asimismo, dado que el año asegurado fue un buen año, no se pagó ningún siniestro. Según los minoristas, el beneficio intangible del seguro no influyó en la decisión de compra de semillas de los agricultores tanto como el famoso régimen marco de años anteriores (Akhilandeswari y Patankar, 2010).

Quioscos de Internet rurales: el alcance de Internet en la India rural ha estado expandiéndose. Un importante estímulo para este crecimiento ha sido el ambicioso plan de e-gobernanza del Gobierno consistente en implantar quioscos en zonas rurales para ofrecer servicios de datos e información. Conocidos como centros de servicios comunes (CSC, por sus siglas en inglés), estos quioscos con un ordenador conectado a Internet son puntos de distribución para los servicios del sector social, público y privado. En agosto de 2011, había 96.000 CSC operativos en la India rural gestionados por 15 agencias privadas designadas por el Estado (SDA, por sus siglas en inglés). Algunas SDA ofrecen seguros, como SARK Systems, que ofrece productos de Birla Sun Life y HDFC Ergo, mientras que 3i Infotech ha colaborado con MNYL para distribuir seguros de vida. Además de la red gubernamental de CSC, también hay quioscos privados como, por ejemplo COMAT, que distribuye productos de seguro de vida de LIC a través de sus 2.000 centros empresariales rurales en cinco Estados (Departamento de TI, 2011).

Cuadro 20.8

Nuevos canales de distribución y tecnología

Un importante factor a la hora de respaldar la emergencia de estos nuevos canales de distribución es la disponibilidad de nuevas tecnologías que ofrecen una interfaz con el cliente "ligera" en zonas rurales sin ninguna infraestructura física, permiten una comunicación clara entre las diferentes organizaciones involucradas en la cadena de suministro y mejoran el historial de siniestros. Tres tecnologías que apoyan los diferentes aspectos de dicho proceso son los teléfonos móviles, los terminales de punto de venta (TPV) y las tarjetas inteligentes biométricas.

Teléfonos móviles

Aunque la normativa india refrena el cobro de primas a través de móviles, éstos se han utilizado con otros fines como, por ejemplo:

– **Emisión de seguros:** Thinkways, una figura de la tecnología móvil, ha colaborado con HDFC Ergo en el desarrollo de una aplicación móvil para la recogida de datos de seguros y la emisión de pólizas.
– **Servicios con valor añadido:** WRMS ofrece previsiones meteorológicas a modo de mensajes de texto junto con sus productos de seguros para mejorar la retención del cliente.
– **Cuentas de operaciones bancarias:** mientras que el corresponsal bancario FINO utiliza TPVs y móviles *(ver Cuadro 25.6),* Eko cuenta exclusivamente con teléfonos móviles para abrir cuentas de operaciones bancarias, que serán una potente plataforma para la distribución de seguros.

Terminales punto de venta

– **Retos de conectividad:** TPVs gestionados por MNYL, porque se daba por sentado que los asegurados desearían recibos al realizar sus pagos de primas. Sin embargo, los TPV experimentaron considerables problemas de conectividad y, por consiguiente, fueron desechados a favor de tarjetas de rascar y teléfonos móviles, ambos muy bien acogidos entre los clientes.
– **Diagnóstico a distancia:** CARE Foundation utiliza un dispositivo de mano para ofrecer servicios de seguros a pacientes ambulatorios a través de un trabajador de la salud *(ver Sección 24.2.2 y Cuadro 5.3)*

Tarjetas biométricas

– **Prevención de fraudes:** RSBY junto con otros planes de salud masivos utiliza una tarjeta inteligente biométrica para reducir los fraudes de identidad.

Vinculando la inscripción del cliente a sistemas de procesamiento de transacciones, figuras del sector tecnológico como Gradatim ofrecen soluciones de fase inicial y final a intermediarios con vistas a una mayor integración de los sistemas entre las partes implicadas. Este enfoque integrado agiliza los procesos y reduce el coste de las ventas, la suscripción y la administración de siniestros.

Fuente: Autores

Bancaseguros y corresponsales bancarios: SBI Life, la mayor aseguradora de vida privada del país, distribuye la mayoría de su cartera a través de sucursales bancarias de sus empresas matriz para llegar a los grupos de autoayuda. La nueva variación en bancaseguros concierne a las compañías de corresponsales bancarios como Financial Information and Operations Network (FINO), A Little World y Eko Indian Financial Services que están atendiendo la enorme demanda insatisfecha de servicios bancarios prácticos y ofreciendo una vía para la distribución de los seguros. Este canal es único porque depende de las ventas voluntarias por parte de agentes locales, de modo que los productos deben ser claros y estar presuscritos, con una sencilla resolución de siniestros. Bharti Axa ha colaborado con Eko para ofrecer Bachat Bima (seguro de ahorro), mientras que la alianza de HDFC Ergo con FINO vendió 100.000 pólizas de accidente personal. Estos productos forman parte de la tendencia a lograr grandes volúmenes de negocio distribuyendo productos sencillos, de poco valor y asequibles.

Ventas directas: históricamente LIC, y más recientemente Tata AIG, han empleado agentes individuales para ofrecer seguros de vida en zonas rurales. Una innovación más reciente con potencial para alcanzar escala han sido los agentes dotados de tecnología de MNYL para distribuir el producto Max Vijay y mantenerlo a través de terminales de punto de venta (TPV). Este modelo ha cosechado

un éxito desigual. Si bien la aseguradora se las arregló para vender más de 90.000 pólizas, tuvo menos éxito a la hora de fomentar los complementos o los pagos en curso, posiblemente porque el *modus operandi* totalmente flexible sin un programa de pago resultó ser demasiado flexible y no infundió la suficiente disciplina *(ver Capítulo 8)*.

En general, el éxito potencial de muchos de estos nuevos canales de distribución depende de soluciones tecnológicas, tal y como ilustra el Cuadro 20.8, las cuales facilitan mayor alcance y eficacia del microseguro *(ver Capítulo 24)*.

20.4 Conclusión: Catalizadores del éxito

Para la mayoría de las cuentas, el desarrollo del microseguro en la India es una historia de éxito. Si bien es cierto que aún puede mejorar, cualquiera que esté interesado en ampliar la protección social y/o desarrollar mercados de seguros inclusivos puede aprender valiosas lecciones de la experiencia india. Quizá una de las observaciones más interesantes es hasta qué punto pueden estar estrechamente integrados el Estado y el mercado.

De acuerdo con el historial de la India, los siguientes aspectos son cruciales para un mercado del microseguro sostenible y escalable: 1) compromiso gubernamental; 2) normativas propicias; 3) soluciones tecnológicas; 4) nuevas partes interesadas; y 5) productos especializados.

1) Compromiso gubernamental

– **Aseguradoras públicas y liberalización del mercado:** las grandes compañías de seguros públicas con una orden explícita de llegar a sectores desatendidos, se han erigido como un importante activo para el desarrollo del microseguro en la India. Sin embargo, la participación de aseguradoras privadas con inversión extranjera ha sido crucial de cara a estimular la competencia y la innovación.
– **Asignación prudente de subvenciones:** las subvenciones de primas pueden ser una manera de motivar a los mercados a ofrecer una protección pertinente para los pobres. Sin embargo, deberían evitarse aquellas subvenciones que desincentivan las soluciones basadas en el mercado. Algunos planes gubernamentales, como los programas agrícolas y ganaderos, terminan atendiendo a grandes y medianos agricultores que pueden permitirse el seguro. Además, los productos con subvenciones a ambos extremos – primas y siniestros – inhiben una determinación transparente de los precios y dificultan la elaboración de una evaluación fiable de los costes y logros del programa. Asimismo, con productos subvencionados, conviene mantener primas parciales, que permiten a los usuarios indicar la pertinencia del producto a sus proveedores a través de la aceptación y la renovación.

- **Acreditación y normalización de la infraestructura:** el Gobierno puede ser una figura clave a la hora de crear normas aplicables a la totalidad del sector, lo que derivaría en una mayor eficacia al reducirse los costes de control de calidad del servicio para las aseguradoras. Por ejemplo, los planes de salud masivos han empezado a crear protocolos e invertir en la acreditación de proveedores de atención sanitaria y en la normalización de la atención sanitaria. En los seguros agrícolas, para mejorar la fiabilidad de datos y permitir a las reaseguradoras cobrar primas de "riesgo desconocido" más bajas, se ha implementado un proceso de certificación para los datos procedentes de estaciones meteorológicas privadas. En el futuro, un proceso de normalización y acreditación más exhaustivo reducirá los obstáculos de entrada para las aseguradoras.
- **Asociación público-privada:** la transición del Gobierno, de ofrecer seguros directamente a través de sus propias aseguradoras y canales de distribución a financiar primas para carteras gestionadas por aseguradoras públicas y privadas, ha sido de gran ayuda para alcanzar la escala, tal y como demuestran los planes de seguros de salud masivos y el mercado del seguro indexado frente a riesgos climáticos. Una implementación eficaz requiere un proceso transparente de licitaciones, así como compartir públicamente los datos relativos al riesgo.
- **Infraestructura pertinente:** el microseguro se ha beneficiado notablemente de la extensa infraestructura del sector financiero, con su red de sucursales, oficinas de correos, quioscos de Internet y, próximamente, corresponsales bancarios. Asimismo, es importante tener en cuenta las instalaciones sanitarias, las estaciones meteorológicas, las telecomunicaciones y demás infraestructuras de apoyo que son fundamentales para la expansión del microseguro. Siempre que sea posible, los gobiernos deberían animar al sector privado a invertir en algunas de estas infraestructuras.

2) *Normativas propicias*

- **Familiaridad forzada:** la notificación Rural and Social Sector Obligations (Obligaciones en los sectores rural y social) de la IRDA contribuyó enormemente a la orientación de aseguradoras hacia los mercados de bajos ingresos. Dado que muchas compañías han superado sus objetivos en los sectores social y rural, el microseguro se erige como una oportunidad de negocio para esta industria. Las cuotas son controvertidas y, definitivamente, no son para todo el mundo. Pero, ¿se habrían implicado las compañías privadas en el microseguro si no se les hubiera obligado a ello? Quizás algunas sí, pero no con el mismo nivel de inversión y compromiso que han demostrado hasta la fecha. El microseguro se ha desarrollado más rápidamente en la India debido a las órdenes en cuanto a los sectores rural y social.
- **Normativas sobre microseguros:** A diferencia de las obligaciones, que son imperativas, las normativas sobre microseguros de 2005 tienen un carácter

optativo con el fin de crear un entorno propicio para ayudar a las aseguradoras a ocuparse de los hogares de bajos ingresos. Si bien los resultados han sido desiguales, las normativas han permitido que ONGs, grupos de autoayuda y algunas IMFs actúen en calidad de agentes de microseguros y ofrezcan productos tanto de vida como de no vida, con una identidad jurídica para los mediadores sociales.

– **Normativa de apoyo en sectores conexos:** el proyecto de directrices del Ministerio de Salud y el Ministerio de Información y Tecnología sobre asuntos tales como la e-salud, vía Internet, y la telemedicina han enviado señales positivas para la inversión privada en productos de seguros de salud más completos implicando modelos alternativos de atención sanitaria y gestión de la información sanitaria.

3) *Soluciones tecnológicas*

– **Sistemas de identificación:** la mayoría de productos de escala han adoptado nuevas tecnologías de identificación como, por ejemplo, la RFID y la biométrica, para mejorar la eficacia, el control del fraude y realizar una liquidación puntual de siniestros. Los esfuerzos para crear un número de identificación único a nivel nacional también supondrán un progreso significativo a la hora de salvar los retos de identificación y gestión de datos, y permitirán a las aseguradoras reducir los costes de emisión y liquidación de siniestros.[12]
– **Gestión de la información:** se necesitan plataformas tecnológicas para que las diferentes figuras implicadas interactúen entre sí: aseguradoras, administradores externos e infraestructura de distribución. Tales tecnologías también han permitido a las aseguradoras emplear la infraestructura existente de oficinas de correos y bancos.
– **Soluciones para fases iniciales:** para ofrecer productos fiables y de bajo coste, es necesaria la inversión en herramientas como, por ejemplo, el uso de diagnósticos en el punto de atención médica (CARE Foundation con su seguro piloto para pacientes ambulatorios) y dispositivos de mano (MNYL). En el futuro, se prevé que las aseguradoras emplearán canales de alta tecnología como corresponsales bancarios, que utilizan dispositivos móviles y TPVs junto con tarjetas biométricas para salvar los retos operativos.
– **Reducción de riesgos:** la tecnología no solamente significa alta tecnología; muchas soluciones de baja tecnología pueden contribuir notablemente a mejores

[12] Aproximadamente 9,5 millones de individuos ya han recibido la tarjeta de identificación única Aadhar. Almacenará en una base de datos central datos demográficos básicos e información biométrica sobre cada individuo como una fotografía, diez huellas dactilares y un escáner de iris. Un esfuerzo similar en Pakistán a través de la National Database and Registration Authority (NADRA) ya ha cubierto a 96 millones de individuos y ha sido de un valor inestimable a la hora de identificar los hogares para el suministro de programas gubernamentales.

prácticas de gestión de riesgos, por ejemplo, a través de la educación sanitaria de enfermedades evitables y prácticas de gestión ganadera mejoradas. Las aseguradoras tienen incentivos para evitar las reclamaciones, que derivan en resultados de desarrollo positivos.

4) *Nuevas partes interesadas*

– **Figuras especializadas:** WRMS desempeñó un papel fundamental al permitir que el mercado del seguro frente a riesgos climáticos alcanzara escala a través de productos innovadores, diseñados a la medida para cosechas, canales de distribución y grupos de riesgo específicos. Ahora están emergiendo empresas de software como, por ejemplo, Thinkways y Gradatim, para construir sistemas de información con vistas a emitir y gestionar siniestros al tiempo que se crean datos actuariales para la mejora de programas.
– **Administradores externos:** el microseguro requiere enormes volúmenes y, con frecuencia, las aseguradoras no tienen la capacidad interna para gestionar la administración por sí solas. En cuanto al microseguro de salud, los administradores externos pueden desempeñar un papel fundamental a la hora de apoyar el desarrollo de importantes planes, si bien no son para todo el mundo. La insatisfacción con los administradores ha llevado a algunas IMFs y ONGs a establecer centros de procesamiento internos, que reducen los plazos de notificación de siniestros y el tiempo de gestión de siniestros en general. Tales esfuerzos requieren una colaboración más estrecha con las aseguradoras para garantizar una perfecta integración de procesos.
– **Distribución alternativa:** la próxima oleada de canales de distribución puede ser la más prometedora – incluyendo cadenas de suministro agrícolas, corresponsales bancarios, quioscos de acceso a Internet y minoristas locales con TPVs – todos ellos centrados en facilitar y reducir los costes de transacción para los clientes. Los incentivos están mejor alineados allí donde los distribuidores demuestran especial interés por las asociaciones como, por ejemplo, centrales lecheras que quieren garantizar la previsibilidad de la leche o empresas de semillas que ofrecen beneficios en especie.

5) *Productos especializados*

– **Coberturas de cartera:** con un enorme mercado sin explotar, el reto clave del sector del microseguro ha sido el de entrar en el mercado, es decir, llegar a hogares que no habían tenido previamente acceso al seguro. Los productos que son "ligeros" y pueden llegar a ser "virales" fácilmente han recibido una mayor acogida entre los interesados. El coste de la transacción es una parte predominante de los productos de microseguros, que llega a alcanzar hasta un 40% de la prima, de modo que el seguro formal se convierte en indeseable para los hogares. Un conocimiento limitado de los seguros, acuciado por una falta de formación del

canal de ventas encarece las ventas directas y expone al cliente a posibles ventas indebidas. Una alternativa, más asequible para entrar en el mercado, es ofrecer coberturas de cartera o de nivel intermedio a mediadores, tal y como probó BASIX con su cartera de préstamos agrícolas, que soslaya los costes de educación del cliente y ayuda a cubrir riesgos asegurables a precios asequibles.

- **Productos combinados:** con la débil conectividad de última milla disponible para los hogares de bajos ingresos, las aseguradoras generales y de vida se enfrentan a problemas de distribución. Si bien la normativa sobre microseguros ha permitido los productos combinados, pocas aseguradoras los han ofrecido. El producto combinado de SBI Life que pretendía asegurar riesgos de daños y de vida disminuye el coste de una transacción doble para el hogar y, por consiguiente, puede ser un paso en la dirección correcta hacia una cobertura completa más asequible.
- **Productos para riesgos moderados:** muchas iniciativas ofrecen productos baratos que cubren eventos de escasa probabilidad para hacerlos más asequibles. Estos productos tienden a generar menos reclamaciones, conllevando bajos niveles de renovación, lo cual es un importante criterio para medir el valor percibido por el cliente. Para aumentar el valor, los productos pueden ofrecer a los hogares la opción de elegir entre coberturas moderadas y para catástrofes, aumentando la conciencia de los hogares sobre coberturas y exclusiones.
- **Ofrecer servicios con valor añadido:** el modelo preferido de combinar servicios sería aquél cuyo paquete adicional reduce el riesgo asegurado, alineando por tanto el interés de la aseguradora (o del mediador) a la hora de ofrecerlo. Por ejemplo, algunos mediadores pueden suministrar vacunas y enriquecimientos para piensos con el seguro ganadero. Otro ejemplo es la provisión de cupones para pacientes ambulatorios o campamentos médicos para reducir incidencias de hospitalización. Tales acuerdos aseguran que los clientes reciban algo tangible por su prima, aunque no puedan realizar una reclamación, aumentando el valor percibido del producto.

El logro realizado en la India durante la última década para proteger a los pobres a través de la implicación de todos los sectores de la sociedad es más que destacable.

Obviamente, la India no lo ha descubierto todo. Existe una necesidad de reconocer que la pobreza y la vulnerabilidad son un fenómeno tanto urbano como rural, y tener en cuenta intervenciones que beneficien tanto a los habitantes de barriadas urbanas como a los migrantes. La naturaleza obligatoria de muchos productos subvencionados por el Estado no permite ningún feedback en cuanto a la mejora del producto. Además, la dependencia en el programa de crédito y la red bancaria reduce la capacidad de las aseguradoras de controlar la calidad de sus carteras. Sin lugar a dudas, hay cabida para una mayor educación y

protección del consumidor, con el objetivo de sustentar las ventas evitando una crisis microfinanciera en el sector del microseguro. Y los requisitos normativos que impiden que las aseguradoras realicen ventas de seguros y cobros de primas mediante teléfonos móviles están obstaculizando la nueva ola de innovación.

Independientemente de los retos que aún persisten, el éxito de la India, caracterizado por una gran diversidad de enfoques y figuras involucradas, y que combina la inclusión financiera y la protección social, es fuente de inspiración.

21 Precio de los productos de microseguro

Denis Garand, Clémence Tatin-Jaleran, Donna Swiderek y Mary Yang

Los autores desean dar las gracias a los diferentes revisores por sus comentarios, entre ellos, Nigel Bowman (IAA), Eamon Kelly (consultor), Caroline Phily (OIT), Kelly Rendek (consultor actuarial) y Peter Wrede (OIT).

La prima o el precio de un producto de microseguro es un aspecto importante que influye en la viabilidad y el valor percibido por el cliente. Si la prima es demasiado baja, el plan podría desmoronarse; si es demasiado alta, la aceptación podría ser reducida *(ver Cuadro 21.1)*. Una perfecta comprensión de cada uno de los componentes de la prima permite evaluar la validez del precio propuesto al negociar con un portador de riesgo o al vender a clientes.

La fijación del precio de un microseguro no puede aislarse del contexto en el que se ofrece el producto ni del propio diseño del producto. La fijación del precio depende en gran medida de la situación socioeconómica del mercado de destino, el modo en que se distribuye el producto, los procesos operativos que respaldan el producto y la gestión global del plan. Si bien los pasos necesarios para determinar el precio de un microseguro son similares a los realizados en un seguro convencional, los responsables de la fijación de precios deben adaptarse a los escasos datos disponibles, tener en cuenta diferentes factores y evaluar las tendencias esperadas con el fin de desarrollar un precio lógico para un mercado con una capacidad de pagar limitada. En aras de la pertinencia, debe realizarse un seguimiento continuo de la experiencia relativa al producto, y la estructura de fijación de precios debe redefinirse una vez que se hayan realizado las observaciones suficientes.

Una fijación de precios adecuada es fundamental para la viabilidad de un producto. Los proveedores de microseguros deberían recurrir a especialistas de la fijación de precios con habilidades actuariales. Quizá es más importante que las microaseguradoras desarrollen un conocimiento exhaustivo sobre el modo en que la fijación de precios está influenciada por las características del producto y el comportamiento del mercado, así como por procesos operativos y administrativos. Los responsables de la fijación de precios competentes hallan un equilibrio entre la asequibilidad y la viabilidad mediante la comprensión del mercado de destino, trabajando estrechamente con el equipo de desarrollo del producto y colaborando con otras partes interesadas que influyen en el rendimiento del producto.

Este capítulo, que complementa a Wipf y Garand (2006), presenta el ciclo de fijación de precios, aborda el manejo de las limitaciones de datos y describe los factores adicionales que se han de tener en cuenta al fijar el precio de un producto de microseguro. Este capítulo concluye demostrando las experiencias de dos organizaciones y sugiriendo que la comunidad actuarial puede desempeñar un trabajo adicional para afrontar los retos de la fijación de precios actuales.

Cuadro 21.1 **Consecuencias de los errores al fijar precios brutos**

Es importante comprender las posibles consecuencias de los errores a la hora de fijar el precio de un microseguro. Estos errores no sólo afectan a los resultados financieros del proveedor, sino también al mercado emergente del microseguro.

Si la prima es demasiado alta:

– Puede resultar en un bajo índice de aceptación si los clientes potenciales perciben que un producto es inasequible o poco rentable. Si el índice de aceptación es bajo o no aumenta con el tiempo, no se alcanza la escala y no se puede lograr la sostenibilidad.
– La antiselección puede aumentar porque un producto caro atraerá solamente a clientes que perciben valor en un producto cuya prima es elevada, es decir, aquéllos más propensos a presentar reclamaciones.

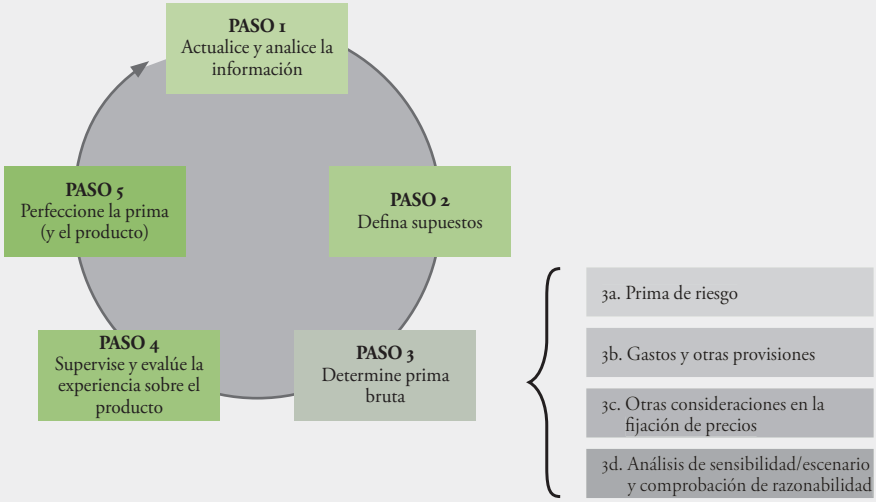
Si la prima es demasiado baja:

– Las primas cobradas no serán suficientes para cubrir los siniestros y demás gastos, lo que conlleva resultados financieros deficientes para el proveedor.
– Pueden requerirse ingentes aumentos del precio a corto plazo para corregir la inadecuada fijación de este último y mantener la solvencia. Como resultado, los asegurados podrían no renovar sus pólizas, el esfuerzo de ventas podría resultar baldío y la población de destino podría perder confianza en el proveedor de microseguros. Por ejemplo, Karuna Trust, en la India, ofreció un seguro de salud altamente subvencionado. Cuando la subvención fue eliminada, el índice de renovación disminuyó un 10 %.
– Podría producirse una situación de insolvencia, conllevando el cese del producto, que podría alejar a la población de destino del seguro como una herramienta financiera para la gestión de riesgos.

21.1 El ciclo de la fijación de precios

Al igual que el proceso de fijación de precios empleado en seguros convencionales, un responsable de establecer el precio a un microseguro debería mejorar la prima con el paso del tiempo a través de un proceso iterativo que incluya la recogida de información, la creación de supuestos, el cálculo de una prima, el estudio de la experiencia pasada y el ajuste del método de fijación de precios *(ver Figura 21.1).*

Figura 21.1 **Proceso iterativo del ciclo de fijación de precios**



Paso uno

Antes de pasar al ejercicio de fijación de precios, es importante comprender a los clientes de destino y el contexto del producto de seguro. Esta información ayudará a determinar el tipo de datos a recabar, las fuentes de dichos datos y el modo en que los datos deberían evaluarse para su adecuación.

Paso dos

Basándose en los datos y las decisiones actuariales, se crean los supuestos adecuados. El ejercicio de fijación de precios consiste en incorporar información cuantitativa y cualitativa sobre la población de destino, la frecuencia de los siniestros, los costes promedio de los siniestros, los gastos (teniendo en cuenta los procesos de implementación y la estrategia de gestión del producto), un margen de beneficio y demás recargos. Es posible que se necesiten incorporar otros supuestos dependiendo, por ejemplo, de la aceptación.

Paso tres

Por medio de estos supuestos, las normas de suscripción y el diseño de producto, el responsable de la fijación de precios perfila la experiencia prevista del producto para llegar a la prima de riesgo. Al igual que cuando se fija el precio de un producto de seguro convencional, para producir la prima, también llamada "prima bruta" (que este capítulo denomina simplemente "prima"), se incorporarán elementos adicionales.

Un análisis de sensibilidad que ponga a prueba el impacto alterando una variable en específico –ya sea un supuesto, una característica del producto o un coste asociado a una etapa del proceso operativo– puede ayudar a identificar factores que lleven al rendimiento financiero del producto. También puede indicar el efecto de diferentes experiencias reales en el rendimiento financiero del producto.

En este punto, es posible que se tengan que sopesar diseños de producto alternativos, por ejemplo, reduciendo o cambiando la estructura de prestaciones para que el producto sea más asequible. La prima inicial también debería comprobarse con respecto a los clientes de destino para asegurarse de que es razonable y aceptable para ellos, y que las características del producto son adecuadas.

Pueden requerirse varias iteraciones del proceso descrito en los pasos dos y tres para lograr una prima aceptable.

Paso cuatro

Una vez lanzado el producto, es fundamental recabar datos sobre las reclamaciones reales y la experiencia sobre gastos, de modo que puedan investigarse las anomalías y mejorarse los supuestos, las primas, las características del producto y los procesos. Además de un análisis cuantitativo de la experiencia, el feedback facilitado por la red comercial exterior sobre el producto y los procesos relacionados tanto con la distribución como con la prestación de servicios podría resultar en perfeccionamientos que, a su vez, afectarían a la prima. Entrevistas con tomadores del seguro y clientes potenciales también pueden ayudar a comprobar los datos cualitativos y confirmar la comprensión del equipo de trabajo sobre la percepción que tiene el mercado acerca del valor que ofrece el seguro.

Paso cinco

De acuerdo al análisis de la experiencia y al feedback sobre el producto, los supuestos y las primas podrán entonces perfeccionarse. Nos valdremos de las lecciones aprendidas sobre la sostenibilidad de la prima y la adecuación de las características del producto. Si procede, las características del producto y/o los procesos operativos pueden requerir ajustes para adecuarse a las expectativas de la población y asegurar la sostenibilidad del plan.

La falta de datos sigue siendo la principal barrera a la hora de poner un precio a los productos de microseguros. En muchos casos, esta barrera puede superarse realizando supuestos documentados iniciales a partir de datos de la población general y datos cualitativos sobre la población de destino. Es importante recordar que el proceso no finaliza con la fijación de precios inicial. Para que la determinación de los precios siga siendo pertinente, es necesario recopilar datos una vez lanzado el producto, supervisar los resultados y, a continuación, perfeccionar los supuestos si procede. Los pasos en el ciclo de fijación de precios se detallan en las siguientes secciones.

21.2 Reunir y analizar datos

21.2.1 Conocer a los clientes de destino

Determinar el precio de un microseguro es similar a ser el primer asegurador de riesgo en desarrollar un nuevo producto en un mercado emergente. Presenta desafíos que se plantean a raíz de la falta de información sobre el riesgo subyacente y la ausencia de competencia para poder comparar un producto o evaluar el mercado. Pueden surgir dificultades adicionales si los responsables de la fijación de precios y de la suscripción carecen de experiencia en microseguros.

Existen notables diferencias entre los clientes a los que generalmente prestaría servicios una aseguradora comercial y el segmento de ingresos más bajos de la población. Este segmento no tiene las mismas prioridades ni los mismos recursos financieros, y podría no ser accesible a través de los mismos canales de distribución. Abastecer a la base de la pirámide requiere una estrategia diferente en cuanto al diseño, la distribución y el suministro del producto. Por consiguiente, es lógico que, a la hora de poner un precio al microseguro, deban tenerse en cuenta nuevos factores relacionados con el contexto y la diferente estrategia.

Antes de diseñar y determinar el precio de un seguro, el equipo de trabajo, incluido el responsable de la fijación de precios, debería examinar el segmento de clientes al que se destina el producto. La información recabada no sólo influye en las características del producto que pueden satisfacer las necesidades del segmento, sino también en el modo en que un uso potencial del producto puede afectar a la fijación del precio. Reunir datos cuantitativos y cualitativos sobre los siguientes aspectos ayuda al equipo de trabajo a identificar y clasificar por relevancia las necesidades de seguro de los clientes de destino:

- el tipo y la gama de desembolsos realizados por los hogares de bajos ingresos como resultado de un riesgo;
- el modo en que han estado enfrentándose a impactos financieros a raíz de diferentes tipos de eventos; y
- lo que ellos perciben como las principales causas de los impactos financieros.

Este estudio de mercado puede incluso arrojar luz sobre otros aspectos del diseño del producto como, por ejemplo, el modo en que el mercado de destino define la unidad "familiar". En un mercado emergente, la familia puede incluir a los abuelos, varias esposas y otros miembros más lejanos de la familia. Esta información influirá en la estimación de la estructura familiar a la hora de determinar el precio de coberturas familiares.

Dependiendo del tipo de seguro, se podría determinar también el valor que está en juego reuniendo, por ejemplo, datos sobre valores de ganado, valores de cosechas o valores de otros bienes de su propiedad. Esta información ofrece al equipo de trabajo una idea sobre los importes de cobertura adecuados y la gravedad prevista de los siniestros.

Una de las principales barreras para un cliente potencial de microseguros son sus limitados recursos financieros. Generalmente, tiene ingresos irregulares e insuficientes. Si a eso añadimos unos ahorros nulos o escasos, presupuestar las principales necesidades del hogar es una tarea extremadamente difícil. Si bien la necesidad de protección puede ser aceptada por el hogar, la capacidad de pago (CdP) y la voluntad de pago (VdP) son factores primordiales a la hora de decidirse por un seguro como una herramienta de gestión del riesgo *(ver Capítulo 7).* Al atender al mercado de bajos ingresos, un precio adecuado reviste una importancia fundamental, dado que tendrá un impacto significativo en la aceptación del producto.

Al recopilar datos sobre los patrones de ingresos de los hogares, el equipo de trabajo puede adquirir ciertas nociones sobre el nivel de pobreza y la CdP. A través de discusiones de grupos focales (FGD, por sus siglas en inglés) o encuestas, el equipo de trabajo puede acumular información sobre la VdP y las alternativas disponibles para el seguro formal. Los encuestados a menudo sobrestiman la cantidad que estarían dispuestos a gastar en seguros y su aportación debería tratarse con sumo cuidado. Los resultados no pueden trasladarse a otros países, ni siquiera a otras regiones del mismo país, debido a las diferencias culturales y de actitud *(ver Cuadro 21.2).* Si bien recoger información sobre la CdP y la VdP es un difícil ejercicio, ayuda al equipo de trabajo a comprender las limitaciones con respecto a la estructura de la prima y la "competencia" del producto de seguro, y a garantizar que la prima está incluida en un rango de precios asequible y aceptable para la población de destino.[1]

[1] Si desea obtener más detalles sobre el diseño del producto y el estudio de la demanda, consulte Wipf et al., 2006; Cohen y Sebstad, 2006.

Cuadro 21.2

Barreras culturales para la VdP

La VdP no es sólo un factor de pura economía del hogar, sino una orientación cultural. En Filipinas, un periodo de duelo de una semana por parte de la familia es su modo de venerar al fallecido. El importe utilizado en el funeral y los eventos relacionados aumenta el estatus de la persona fallecida. Por consiguiente, los filipinos perciben valor en el seguro funerario. Por otro lado, en la India, los costes y las costumbres son diferentes. Las ceremonias funerarias no tienen la misma importancia social que en Filipinas. Así pues, el seguro funerario puede no tener tanta pertinencia en la India, y la VdP para este tipo de producto puede ser mucho menor. Además, en muchas culturas existe una aversión a comprar seguros debido a la creencia de que se atraerá el suceso: una comunicación adecuada puede ayudar a superar las barreras culturales y fomentar la aceptación.

Las limitaciones de la CdP y la VdP no deberían eclipsar la necesidad de una cobertura adecuada. Si los hogares de bajos ingresos no perciben valor en el producto ofertado, no gastarán en él el dinero que tanto les ha costado ganar. Por consiguiente, es fundamental comparar la prima inicial con la cobertura para determinar si el producto es rentable. Es posible que se tengan que ajustar los niveles de prestaciones para asegurar un equilibrio entre asequibilidad y cobertura *(ver Cuadro 21.3).*

Cuadro 21.3

Limitaciones financieras y liquidez de los hogares de bajos ingresos

En Chennai, la India, un habitante de un suburbio, como los demás en su comunidad, tiene ahorros minúsculos de 2 USD a su disposición para emergencias. Cuando tiene que ir al médico, pide a sus familiares y vecinos un préstamo para pagar los medicamentos (los costes de atención ambulatoria representan generalmente entre 2 y 7 USD). Si el tratamiento supera los 10 USD, recurre a un prestamista para financiar servicios ambulatorios u hospitalarios.

De acuerdo a observaciones de varios grupos focales de clientes urbanos de IMFs, los hogares de bajos ingresos tienen acceso generalmente a una red social para soportar menores gastos (10 USD). La participación en el préstamo social de este tipo de red es una obligación profundamente arraigada a la cultura de la comunidad. A pesar de la limitada financiación accesible a través de redes sociales, se valoran por su flexibilidad. Como alternativa, algunos prestamistas pueden ofrecer asistencia en caso de emergencia, pero cobran intereses exorbitantes.

Estos detalles ofrecen indicios sobre un tipo y diseño de producto adecuados para los habitantes de un suburbio en Chennai. El diseño del producto, junto con información como fondos de emergencia disponibles, ingresos y VdP, pueden ayudar a confirmar que la prima sugerida es razonable.

21.2.2 Prudencia al utilizar datos limitados

La prima de riesgo para cualquier seguro debería determinarse sobre una base cuantitativa. Lamentablemente, si el producto o el mercado es nuevo, es probable que no exista ningún historial de datos. La frecuencia, la pérdida y la gravedad del evento, y los datos demográficos a partir de los que se derivan los supuestos carecen de documentación suficiente como para permitir una fijación de precios exacta. Salvo en el caso de un producto maduro para el que se ha recopilado ya adecuadamente un volumen suficiente de datos relativos al riesgo, los datos sobre pérdidas generalmente no están disponibles, no son fáciles de utilizar o no son tan fiables como los de un producto convencional. Por lo tanto, el primer paso consiste en determinar el tipo de información necesaria y las fuentes de datos disponibles. Después de recabar la información, se debe evaluar la calidad de los datos y analizarla para establecer supuestos adecuados.

Las fuentes de información pueden abarcar desde datos públicos (por ejemplo, censales o académicos) hasta registros de canales de distribución *(ver Tabla 21.1).* Generalmente, estos datos no son los mismos que los datos sobre siniestros en posesión de una aseguradora comercial. Para un producto de salud, puede haber información sobre los gastos familiares anuales medios o la frecuencia de una enfermedad en particular, pero sería difícil obtener un registro completo de las enfermedades que afectan al segmento de destino. Dependiendo del tipo de riesgo, la disponibilidad de datos puede variar. Otro ejemplo es que los registros sobre pérdidas de ganado son generalmente difíciles de obtener.

Si bien la información demográfica sobre el segmento de destino puede ser limitada, los canales de distribución que abastecen a este segmento pueden ser una fuente para este tipo de datos. Por ejemplo, si un seguro de vida es obligatorio para clientes de una institución microfinanciera (IMF), entonces se puede utilizar la base de datos de la IMF.[2] Esta información puede no ser totalmente exacta porque algunos clientes de IMFs pueden no saber su edad o la organización puede no haber recogido esta información correctamente. Si el producto es voluntario, entonces la incertidumbre es incluso mayor y se requiere una mejor comprensión del segmento de destino definido para determinar los supuestos demográficos iniciales como la franja de edades, el sexo y la profesión.

[2] Una IMF en Fiji deseaba añadir un producto funerario a su cartera. La prima fue obtenida de una compañía de seguros que podía servir como portadora de riesgo. Esta prima fue comparada con la información del cliente a disposición de la IMF. Un análisis indicó un ratio de pérdidas previsto del 40 %, lo que apuntaba a un escaso valor para el cliente. Por lo tanto, la IMF no siguió adelante con dicho seguro.

Tabla 21.1 **Fuentes potenciales de datos para tarificar un producto de salud para una cooperativa agrícola**

Tipo de datos	*Fuentes de datos*	*Contenido*
Demográficos	Registros de miembros a disposición de IMFs y cooperativas que actúan como canales de distribución	Edad, sexo, composición familiar, nivel de ingresos
Socioeconómicos	Encuesta de población de destino y FGDs	Nivel de ingresos, VdP, CdP (así como información demográfica)
Gastos de salud, costes y acceso al servicio	Estudios sobre planes anteriores o registros de estos últimos. ONGs locales y otras organizaciones que trabajan en la salud o la agricultura también pueden tener información valiosa	Datos sobre salud de agricultores y sus familiares
	Proveedores de servicios	Estado de salud frecuente y coste de tratamiento, inflación de costes médicos
	Datos nacionales	Encuestas y datos del Ministerio de Salud pueden facilitar información, por ejemplo, sobre frecuencia de hospitalización y coste promedio de hospitalización en un hospital público. El Comité de Vigilancia en Salud Pública puede facilitar información sobre la incidencia de las enfermedades más frecuentes
	Estudios de caso y trabajos académicos	Un estudio médico puede describir si este grupo tiene acceso a servicios sanitarios y/o programas de prevención. Un trabajo sobre la economía de la salud puede facilitar datos sobre los servicios a los que se accede
Económicos	Datos nacionales	Tipo de interés, inflación general

Si bien los datos públicos son una alternativa razonable, deberían validarse comparándolos con datos de otras fuentes. Esto significa que debe comprenderse la calidad de los datos limitados disponibles. Como los datos sobre los que se basa la fijación de la prima del microseguro generalmente no están previstos para calcular seguros, debe prestarse especial atención a su definición y calidad a la hora de considerar su uso para calcular primas de riesgo.

Es posible que se disponga de datos procedentes de censos nacionales, encuestas, estudios e indicadores de desarrollo internacional, a menudo recopilados por organizaciones públicas. Sin embargo, su calidad podría ser incoherente. Además, los datos de encuestas nacionales no son generalmente representativos de los clientes de destino del microseguro. Es posible que no haya suficientes detalles disponibles si sólo se publica información a nivel "macro". Otra información como, por ejemplo, datos meteorológicos utilizados para desarrollar índices meteorológicos no existen a una escala suficiente de cara a ser útiles para los interesados. Debe prestarse especial atención al establecer comparaciones entre planes de diferentes países y zonas geográficas.

Dado que se puede carecer de datos cuantitativos de la suficiente calidad y que obtener datos más detallados y fiables puede resultar costoso y largo, los datos cuantitativos disponibles deberían complementarse con datos cualitativos recogidos a través de FGDs y entrevistas con fuentes clave que tengan un buen conocimiento de la población de destino (por ejemplo, ONGs, trabajadores sociales y personal de IMFs). Las condiciones de vida (por ejemplo, higiene, vivienda), el trabajo (por ejemplo, peligros, flujo de ingresos, nivel de ingresos), el acceso a servicios financieros y sanitarios, la alfabetización y las referencias culturales son útiles para evaluar el potencial de aceptación, la frecuencia de los siniestros y la gravedad de los mismos para una cobertura de seguros. Por ejemplo, ¿qué clase de acceso tiene la población de destino a servicios sanitarios o, en caso de seguro ganadero, a veterinarios? ¿Cuándo y con qué frecuencia acceden a dichos servicios? ¿Qué porcentaje de la población de destino tiene cuentas de ahorro? Este tipo de información puede ayudar a determinar la cobertura necesaria, la voluntad de comprar un tipo específico de seguro y el grado de riesgo de la población de destino con respecto a los datos disponibles para la población en general.

Los supuestos sobre las pérdidas previstas tendrán que deducirse de la limitada información disponible. Los datos cualitativos pueden mejorar la fijación de los precios asegurándose de que los supuestos son realistas. La fijación de precios en microseguros no sólo debería basarse en datos fidedignos, sino que también debería tener en cuenta otra información como costumbres y cultura, factores económicos y demográficos locales, calidad de la atención sanitaria y prácticas agrícolas y, en particular, el modo en que se va a gestionar el plan.

Una vez evaluados los datos, deben identificarse y tratarse las lagunas en el equipo de trabajo. Entonces, puede diseñarse y aplicarse una estrategia sistemática para colmar dichas lagunas de datos de cara a realizar un seguimiento de la experiencia una vez lanzado el producto.

Los datos nacionales pueden no ser un buen sustituto de la experiencia del segmento de bajos ingresos porque no representa necesariamente la experiencia del segmento del cliente de destino. Los datos a nivel nacional se basan en seguros de salud privados y en la experiencia del segmento acomodado de la población. Las características específicas de una región y/o un segmento de la población están incluidas en la visión nacional. Los supuestos basados en datos a escala nacional pueden conllevar una determinación de precios excesivos o insuficientes. En ausencia de más información sobre la distribución de los gastos sanitarios, utilizar únicamente los datos que figuran en la Tabla 21.2 no permite extraer conclusiones sobre un límite de cobertura que excluyera perfiles caros muy arriesgados, pero que aún cubriera la mayoría de los costes de tratamiento para el segmento de destino. El promedio y la distribución son dos tipos de datos diferentes y no pueden utilizarse indistintamente.

Tabla 21.2 **Errores comunes al barajar supuestos de seguros de salud a partir de datos escasos**

Datos regionales y límite de cobertura	*India*	*Bangladesh*
Porcentaje de producto interior bruto destinado a la salud	4.9	3.8
Porcentaje pagado de forma privada	75	64
Gastos de bolsillo per cápita	1 540 INR (31 USD)	487 Tk (7 USD)

21.3 Definir supuestos

Los supuestos subyacentes en el cálculo de una prima de riesgo pueden parecer complejos, pero en realidad están limitados a la frecuencia del acontecimiento de riesgo, la distribución de los costes de siniestro y las características de la población asegurada. Los supuestos sobre los que generalmente se basan las primas de riesgo –madurez del plan, controles, tamaño de la cartera y diversificación del riesgo– generalmente no se cumplen. Dada la naturaleza dinámica de los riesgos subyacentes, la experiencia real será probablemente diferente de los supuestos subyacentes. El propósito de un ejercicio de fijación de precios debería incluir una reducción de los ajustes frecuentes y significativos en las primas de riesgo presentadas a los clientes de destino. Esta sección recomienda algunos factores a tener en cuenta al definir supuestos para los cálculos de primas de riesgo a fin de evitar ajustes de primas problemáticos.

Al definir supuestos, el responsable de la fijación de precios debería tener en cuenta el periodo previsto durante el cual tendrá vigencia la prima de riesgo y las tendencias de los factores que influyen en la frecuencia y la gravedad de los siniestros. Por ejemplo, la frecuencia de los siniestros iniciales de un plan de salud puede ser baja inmediatamente después del lanzamiento del producto, debido a un limitado conocimiento del procedimiento de reclamación. Más adelante, puede aumentar rápidamente ya que los asegurados están mejor informados sobre los procedimientos de reclamación y ganan confianza a la hora de acceder a la atención sanitaria. En este caso, si el supuesto se revisa sobre la base de las primeras observaciones, la prima de riesgo no será suficiente para cubrir el desembolso real conforme avanza el tiempo. Para lograr la sostenibilidad a medio y largo plazo, los supuestos deberían incluir algún elemento de las tendencias en la experiencia prevista que puede variar con el paso del tiempo.

Los riesgos cubiertos por un producto vendido en una zona geográfica pequeña pueden estar correlacionados. Los clientes de destino pueden estar expuestos a los mismos riesgos. Por ejemplo, un desastre natural podría afectar a la zona y desencadenar muchos siniestros de ganado o salud. Desde el inicio de

vigencia y dependiendo del modelo de distribución y asunción de riesgo, esta correlación puede afectar negativamente a cualquier determinación de precios. En vez de recargar aún más la prima de riesgo, una cobertura de reaseguro adecuada puede ayudar a mantener la prima a un nivel asequible. Obviamente, el reaseguro conlleva un coste; sin embargo, puede ser necesario para que el plan sea viable a largo plazo.

En mayor grado para el microseguro que para los seguros comerciales convencionales, la fijación de precios depende en gran medida del enfoque adoptado para familiarizar al mercado con el uso del producto y administrar y gestionar este último. La cobertura obligatoria que no se explica adecuadamente al asegurado, generalmente resulta en bajos índices de siniestralidad. Por el contrario, si un proveedor de atención médica está implicado en un programa de seguros, puede observarse una dotación excesiva de servicios si no existe un control adecuado. Para mejorar el acceso y el valor al cliente, se adaptan para el microseguro algunos mecanismos de control de fraudes. Estos diferentes mecanismos de control y estrategias de implementación podrían influir potencialmente en la fijación de precios y deben tenerse en cuenta al definir supuestos.

El responsable de la fijación de precios debería comprobar los supuestos iniciales con respecto a la información cualitativa con el fin de hallar credibilidad. Por ejemplo, aunque hay clínicas públicas accesibles para la población de destino, los trabajadores de bajos ingresos enfermos pueden no tomarse un día libre para ir al médico porque perderían dinero.

Es posible que un trabajador espere hasta que su estado se agrave antes de solicitar atención médica. Además, la cobertura mediante un seguro puede influir en el comportamiento del trabajador. El responsable de la fijación de precios debería tener en cuenta los factores observados durante los diálogos con la población de destino y los cambios de comportamiento anticipados en los supuestos de frecuencia y gravedad. Aparte de un posible número reducido de pólizas vendidas en las fases iniciales, lo que supone una variabilidad en los datos sobre la experiencia, la falta de información también crea mayor incertidumbre para el responsable de la fijación de precios. Por consiguiente, es aún más difícil evaluar las pérdidas esperadas y predecir los resultados financieros.

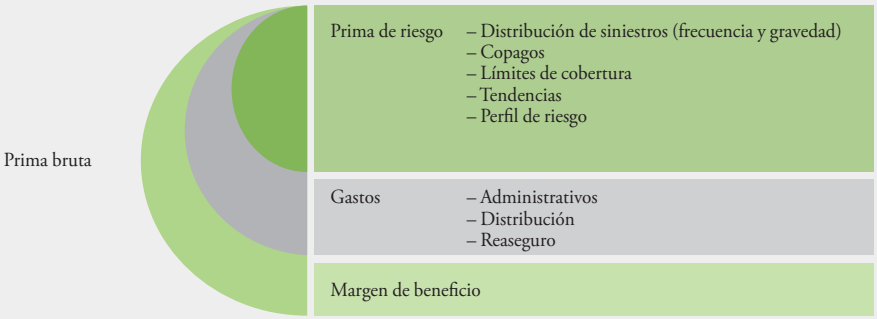
De nuevo, al definir supuestos, el responsable de la fijación de precios debe recordar que la asequibilidad es una gran limitación en la que tendrán que trabajar. Al atender a los clientes de la base de la pirámide, es fundamental dar prioridad a prácticas empresariales éticas con respecto a una determinación de precios conservadora.

21.4 Determinar la prima

La prima consta esencialmente de tres componentes - una prima de riesgo equivalente a los siniestros esperados; 2) gastos operativos; y 3) un margen de beneficio –tal y como ilustra la Figura 21.2.[3] Esta sección presenta más detalladamente estos tres elementos, además de otras consideraciones a la hora de fijar los precios.

Figura 21.2

Determinar la prima



21.4.1 Examen para un riesgo asegurable

Una vez definidos los supuestos relativos a la frecuencia y la gravedad previstas de los siniestros, la prima de riesgo puede calcularse teniendo en cuenta estos aspectos. La prima de riesgo representa el coste previsto de los siniestros durante un determinado periodo de tiempo y, en su forma más sencilla, se calcula utilizando la siguiente fórmula, tal y como se ilustra en la Tabla 21.3.

Prima de riesgo = gravedad de siniestros prevista x frecuencia de siniestros prevista.

Tabla 21.3

Cálculos de prima de riesgo simple

Producto de Vida	Beneficios	10 000
	Tasa de muertes prevista (frecuencia)	5%
	Prima de riesgo	10 000 x 5% = 50
Producto de Salud	Costes de tratamiento	2 niveles: 5 000 o 10 000; el 75% de las veces el coste incurrido es de 5 000; el 25% de las veces de 10 000
	Frecuencia	4 por ciento
	Prima de riesgo	(5 000 x 75%) + (10 000 x 25%) x 4% = 250

[3] En este capítulo, el término "prima" se utiliza para referirse a la prima bruta; se hace referencia a "prima de riesgo" específicamente cuando procede.

Dadas las enormes limitaciones de datos y la incertidumbre inherente a la hora de cuantificar el riesgo subyacente, el responsable de la fijación de primas no debería excederse en el diseño del modelo de distribución de siniestralidad. El responsable de la fijación de primas debe facilitar la mejor estimación, teniendo en cuenta las particularidades del contexto sin olvidar las limitaciones del conjunto inicial de supuestos.

21.4.2 Calcular los gastos

Una vez calculada la prima de riesgo, se establece un ratio de gastos, generalmente determinado como un porcentaje de la prima de riesgo. Este ratio de gastos generalmente cubre los costes de distribución y venta del producto, los costes administrativos, el reaseguro y demás gastos. Los costes relativos a la distribución y la administración del microseguro son notablemente diferentes de los seguros convencionales. Los esfuerzos a la hora de informar a la base de la pirámide sobre el uso del seguro como una herramienta de gestión de riesgos, desarrollar canales de distribución no convencionales y prestar servicio a poblaciones dispersas y remotas pueden contribuir a costes más elevados para el microseguro.[4]

Como parte del ejercicio de fijación de precios, deberían cuantificarse las implicaciones de costes de la puesta en marcha administrativa específica respaldada por procesos aplicables al producto. Debería llevarse a cabo un análisis coste-beneficio de los procesos para identificar los factores determinantes de los costes y los factores determinantes de la aceptación. Por ejemplo, el uso de una estrategia de comunicación puede resultar caro, pero podría aumentar enormemente la aceptación y mejorar los resultados financieros. Si el coste administrativo es considerable, habría que estudiar alternativas como, por ejemplo, innovaciones a través de la tecnología *(ver Capítulo 24)* y simplificaciones de procesos (por ejemplo, burocracia, autentificación, validación, etc.). Entonces, el equipo de trabajo recomendaría enfoques alternativos y trabajaría con el responsable de fijación de precios para evaluar el efecto de la fijación de precios y los resultados financieros.

Además, pueden existir normativas específicas a tener en cuenta como, por ejemplo, limitaciones en las comisiones de los agentes de microseguros. La normativa específica y los costes de remuneración existentes deben tenerse en cuenta al determinar el ratio de gastos.

Por esta razón, tales gastos pueden representar un gran porcentaje de la prima bruta y, por consiguiente, deben controlarse. Lo ideal es que el sistema de contabilidad utilizado por el proveedor estuviera adaptado para asignar gastos a líneas de productos y facilitar el reparto entre las diferentes categorías descritas anteriormente. La implementación y la gestión de un plan de microseguros tiene un gran

[4] Si desea más detalles sobre los costes de administración y distribución, consulte McCord et al., 2006.

impacto en los gastos y en los resultados financieros, tal y como ilustra el Cuadro 21.4. La revisión de estos gastos es parte íntegra de la posterior fijación de precios y revisión del producto. El ratio de gastos debería revisarse y las prácticas administrativas mejorarse para reducir los gastos a niveles razonables, idealmente por debajo del 30 % de la prima bruta.

Cuadro 21.4 **Los procesos influyen en los gastos**

El importe de los gastos varía enormemente de un producto a otro y depende de los procesos empleados. Por ejemplo:

1) Un seguro mixto en África Occidental tiene una comisión y gastos totales del 7,1 % de la prima. Se realizó un esfuerzo para mejorar la eficacia del proceso manual a través de la automatización con la expectativa de reducir los gastos al 4 %.
2) En muchos planes de salud, se han observado niveles de gastos de hasta un 30 %.
3) Pueden emitirse tarjetas de afiliación para identificar a miembros de un programa de microseguro de salud y agilizar la tramitación de siniestros. Es una manera de almacenar información, autentificar la afiliación y reducir el fraude potencialmente. La tarjeta, dotada de un chip o una foto o banda magnética, puede tener un bajo coste (menos de 1 USD). Mientras que este gasto representaría un pequeño porcentaje de la prima en el caso de una póliza individual convencional, podría ser una parte significativa, por ejemplo, en una póliza con una prima de 12 USD al año.

21.4.3 Margen de beneficio

Para una viabilidad a largo plazo, aparte de tener en cuenta los gastos administrativos, todos los productos de microseguros deben tener un margen de beneficio. Pero, ¿qué es un beneficio razonable? Éste debería calcularse sobre la base del riesgo y el capital necesarios. Para la mayoría de productos, tales cálculos producirían un rango de rentabilidad del 2 al 10 % de prima bruta, lo cual es un retorno razonable sobre los requisitos de capital en función del riesgo. Un principio a la hora de abastecer a la base de la pirámide es que los beneficios del mercado de bajos ingresos deberían basarse en altos volúmenes en vez de en altos márgenes. Es un aspecto a tener en cuenta, dado que el proveedor de microseguros crea márgenes de beneficio dentro de las primas de los productos que ofrece.

21.4.4 Otros aspectos a tener en cuenta al determinar los precios

Fijación de precios a nivel comunitario

Mientras que la segmentación basada en el cliente y la comprensión de las diferencias en los perfiles de riesgo de los individuos en un segmento de destino son

importantes, un objetivo predominante es ofrecer cobertura en materia de seguros a un precio justo, asequible y razonable a un gran número de personas de bajos ingresos. Determinar los precios a nivel comunitario, al igual que en el caso de una póliza colectiva, es el método preferido por tres razones principales:

- **Inclusión financiera:** la protección financiera debería ser accesible a un gran número de personas que, actualmente, están desatendidas y desprotegidas. Si las primas de riesgo se determinan actuarialmente para cada subgrupo de una población de destino, algunos subgrupos podrían no ser capaces de permitirse el producto. Por consiguiente, la subvención cruzada es aceptable siempre y cuando la antiselección no se convierta en una amenaza para la sostenibilidad del plan; por ejemplo, los miembros más antiguos de una cooperativa podrían estar excluidos (de facto o debido a primas más altas) de una cobertura de vida si la fijación de precios no se realiza sobre una base comunitaria.
- **Sencillez:** una estructura de prima sencilla será más fácil de administrar y más fácil de explicar a la población de destino, aumentando por tanto la comprensión del producto, lo que podría derivar en una mayor aceptación.
- **Escala:** si un mayor número de personas compra el producto gracias a su asequibilidad y sencillez, resultará más fácil difundir costes fijos y asegurar la sostenibilidad del plan a largo plazo. Si se alcanza la escala, se reduce la incertidumbre en cuanto a la fijación de precios y demás criterios financieros.

A largo plazo, una fijación de precios a nivel comunitario permite un mejor desarrollo de los objetivos y posibilita que la aseguradora alcance la escala y una mayor rentabilidad. Las deficiencias en cuanto a la fijación de precios comunitaria pueden mitigarse con normas de suscripción (por ejemplo, condiciones de elegibilidad). Cuando la fijación de precios tiene lugar a nivel colectivo o comunitario, deberían tenerse en cuenta factores tales como la edad y el sexo en el análisis detallado y en el seguimiento de los resultados. El análisis a un nivel más granular garantiza que no haya antiselección y que la prima de riesgo siga siendo justa.

Análisis de escenario y comprobaciones de razonabilidad

Una vez que se ha calculado una prima, un análisis de sensibilidad que pone a prueba el impacto de las variaciones en un único supuesto puede ayudar a identificar la variable a la que el rendimiento financiero del producto es más sensible. Dado que los resultados financieros variarán dependiendo de la aceptación, la madurez del plan, el comportamiento de la población y la incertidumbre relacionada con estos factores, deberían explorarse diferentes escenarios de experiencia para comprender el abanico de posibles resultados financieros para el plan que se está tarificando.

Una vez que el responsable de la fijación de precios ha sugerido una prima, ésta debería comprobarse con respecto a la CdP y la VdP para asegurarse de que es razonable. Uno de los principales retos para el equipo de trabajo es ofrecer una protec-

ción que satisfaga las necesidades de hogares de bajos ingresos a una prima asequible que cubra siniestros, otros gastos y todo tipo de requisitos en materia de reservas y márgenes de beneficio necesarios para que el producto sea sostenible. Es probable que el proceso de fijación de precios requiera varias iteraciones hasta alcanzar un equilibrio aceptable, de modo que sea rentable y asequible para los clientes. Para ello, puede que sea necesario revisar el diseño del producto reduciendo o cambiando la estructura de beneficios para que dicho producto sea más asequible, o bien barajando mejoras en el proceso y la implementación del plan.

21.5 Supervisar y evaluar la experiencia relativa al producto

Una vez que el producto está listo para su lanzamiento, es fundamental definir un sistema de información para la administración (MIS, por sus siglas en inglés) con el fin de recoger datos sobre la experiencia real de gastos y siniestros de modo que las aceptaciones, la prima, las características del producto y los procesos puedan mejorarse. Esto contribuirá a un seguimiento más exhaustivo de los supuestos iniciales comparado con la experiencia real, de modo que puedan realizarse los ajustes necesarios en la fijación de precios cuando proceda. Los datos deberían incluir información demográfica del asegurado, reclamaciones presentadas y las finanzas del producto, de modo que puedan calcularse los indicadores clave de rendimiento (KPI) y realizar análisis posteriores. El análisis del escenario/de la sensibilidad realizado en el paso tres del ciclo pondrá de manifiesto qué KPIs requieren seguimiento de forma periódica (es decir, aquellos más sensibles a la viabilidad financiera del producto). Es muy importante realizar un seguimiento continuo de patrones de siniestros e investigar anomalías. Este ejercicio puede ser respaldado por un MIS y un sistema de contabilidad que sea lo suficientemente potente y esté lo suficientemente bien gestionado como para permitir el seguimiento de todos los procesos administrativos.[5].

21.6 Perfeccionar la prima

Las primas deberían ajustarse con el paso del tiempo de acuerdo a una serie de observaciones. Mientras que las compañías de seguros convencionales tienen generalmente grandes carteras, con aceptaciones de un único producto que alcanza cientos o miles, un producto de microseguro puede no alcanzar la masa crítica en sus primeros años, dependiendo del país y del canal de distribución utilizado. La aceptación se limita generalmente al inicio de la vigencia de un plan, dado que se requiere un mayor esfuerzo de comunicación para sensibilizar y educar a un segmento de destino poco familiarizado con el seguro. Una baja aceptación inicial influirá en los siguientes aspectos:

[5] Consultar Wipf y Garand, 2010; y Wipf y Garand, 2006 para más información.

- La **frecuencia de siniestros** puede variar de un periodo a otro, pero la frecuencia intrínseca que representa un promedio durante varios periodos puede permanecer invariable. Por lo tanto, este supuesto debería basarse en una expectativa a largo plazo y ajustarse cuando suficientes evidencias creíbles sugieran un cambio material.
- **Gastos administrativos:** si el número de pólizas vendidas es bajo, el importe de los gastos fijos asignados entre dichas pólizas será alto. Sin embargo, a largo plazo, el importe de gastos fijos asignados a cada póliza debería disminuir a medida que crecen las ventas. Unos gastos administrativos elevados aumentan la prima, reduciendo por tanto la asequibilidad. Así pues, debería utilizarse un ratio de gastos promedio previsto a largo plazo desde el lanzamiento del producto.[6]
- Los **gastos de marketing y distribución** asignados a cada póliza serán mayores en los años iniciales debido al reducido número de pólizas vendidas. Los costes de información y sensibilización también pueden ser mayores en los primeros años, dado que los esfuerzos para educar a la población son clave a la hora de generar ventas. Al igual que los gastos administrativos, éstos deberían amortizarse a lo largo de la vida útil prevista de la línea de productos, por ejemplo, cinco años.
- **Credibilidad de los datos/la experiencia obtenidos:** una pequeña muestra de siniestros y asegurados no ofrece mucha credibilidad. Ajustar los supuestos demasiado pronto o sobre la base de una pequeña muestra puede conllevar otros errores. Los supuestos relativos a los costes de siniestralidad deberían revisarse sólo una vez que se haya reunido la suficiente información relativa a la experiencia. La experiencia observada puede diferir de los supuestos, pero esto no tiene porqué derivar en un ajuste del supuesto o de la fijación de los precios dado que, para eventos de baja incidencia se requiere gran cantidad de información.

  Además de un análisis de experiencia cuantitativo, un feedback de personal clave sobre el terreno acerca del producto y los procesos relativos tanto a su distribución como a su mantenimiento podría resultar en ajustes de productos y procesos que, a su vez, modificarían la prima. Las entrevistas con asegurados y clientes potenciales también pueden ayudar a comprobar la experiencia y la percepción que la población de destino tiene sobre el producto.

21.7 Ejemplo de resumen

Para ilustrar el ciclo de fijación de precios y los retos que supone determinar un precio con datos limitados, esta sección presenta dos ejemplos reales del mismo país, descritos en los Cuadros 21.5 y 21.6.

[6] El coste inicial debería amortizarse en un plazo adecuado.

Cuadro 21.5

Fijación de precios: Organización A

La organización A ofrece servicios de apoyo rural a través del país. En colaboración con una aseguradora y con un input directo mínimo por parte de sus miembros, la organización A desarrolló y ofreció a sus miembros una cobertura obligatoria por una prima de 1,18 USD más una cuota para cubrir los gastos administrativos. El plan cubre a individuos de entre 18 y 65 años con un subsidio en caso de hospitalización de 294 USD, excluyendo la maternidad.

Cuadro 21.6

Fijación de precios: Organización B

La organización B se centra en una región del país y tiene organizaciones hermanas que ofrecen microfinanzas, servicios de salud y asistencia técnica en agricultura. La organización llevó a cabo un estudio sobre las necesidades de los clientes, recurrió a asistencia por parte de expertos en cuanto al proceso y al desarrollo del producto, buscó un socio asegurador y estableció operaciones administrativas para gestionar el plan. Se ofrece un seguro de salud voluntario a una aldea con la condición de que participe el 50 % de los habitantes. Se requiere a las familias participantes que aseguren a todos los miembros del hogar. El plan ofrece a los miembros asegurados de todas las edades un subsidio por cheque o transferencia en caso de hospitalización de 400 USD, cobertura por maternidad, vales de consultas ambulatorias y un seguro de vida de 350 USD por asegurado.

La organización A ha registrado tasas de incidencia por debajo del 1 % y una siniestralidad promedio de 140 USD durante varios años. Sin embargo, el contacto con los miembros ha insinuado que no son conscientes de su cobertura de salud y que no comprenden cómo acceder a servicios de atención sanitaria. Además, el sistema de reembolso de la liquidación de siniestros puede ser un obstáculo para la obtención de servicio por parte de los miembros.

Por otro lado, la organización B, tiene una serie de problemáticas diferentes. Tenía supuestos iniciales, tal y como ilustra la Tabla 21.4.

Tabla 21.4

Organización B, siniestralidad prevista en relación con la salud

	Incidencia (%)	*Siniestralidad promedio (USD)*	*Prima de riesgo (USD)*
Maternidad excluida	3,60	51,44	1,85
Cesárea	0,33	209,50	0,69
Parto normal	1,87	29,19	0,55
Total			3,09

Mientras que el historial de siniestralidad promedio se situaba en un 4 % de la siniestralidad promedio prevista durante el primer año y en un 20 % durante el segundo año, el historial de incidencias real fue materialmente diferente:

Tabla 21.5 **Organización B, resultados sobre la incidencia**

	Esperada (%)	*Año actual uno (%)*	*Año actual dos (%)*
Maternidad excluida	3,60	9,40	9,70
Cesárea	0,33	0,40	3,00
Parto normal	1,87	2,80	4,90

¿Cuáles fueron las razones de divergencia en cuanto a la experiencia de la organización B? Parece que hay dos problemas principales:

1) La solidaridad comunitaria prevista no se materializó. La población de destino alcanzada fue sólo del 3 %, indicando un caso grave de selección adversa.
2) Los proveedores de atención sanitaria probablemente suministraron y cobraron en exceso. Aproximadamente el 54 % de los siniestros estuvieron relacionados con estancias de un día. El coste promedio por siniestro relativo a la maternidad fue superior que en otras regiones de la zona. Los proveedores de atención sanitaria admitieron a un tercero que el seguro de salud era una fuente de ingresos.

El principal punto ilustrado por ambos ejemplos es que tales planes pueden experimentar una enorme divergencia entre la experiencia real y las expectativas cuando no:

- se toman medidas para comprender al mercado de destino;
- se desarrollan procesos adecuados para mantener el producto; y
- se informa al cliente sobre el uso del producto.

Sin embargo, no implementar ni gestionar un producto basado en las necesidades de forma meditada también podría contribuir a la divergencia con respecto a la experiencia de los supuestos. Además, el responsable de la fijación de precios no puede inferir supuestos para una situación específica a partir de la experiencia de otra sin tener en cuenta las diferencias de contexto, implementación y gestión. Como han demostrado ambos ejemplos, productos similares pueden tener experiencias muy diferentes aunque se ofrezcan en el mismo país.

Por último, el ejercicio de fijación de precios debe tener en cuenta el modo en que varias partes interesadas, incluidos los asegurados y los proveedores de servicio,

responderán al plan, de modo que la experiencia no diverja drásticamente de las expectativas. Esto también muestra la importancia de gestionar y realizar un seguimiento de la experiencia, de modo que se puedan tomar medidas correctoras.

21.8 Conclusión

Este capítulo ha tratado la fijación de precios de seguros para mercados de bajos ingresos, incluyendo el proceso de fijación de precios básico y la importancia de recurrir a un especialista para realizar la tarea. Los proveedores de microseguros deberían recurrir a expertos en la fijación de precios (internos o externos) para asegurarse de que la póliza es adecuada y que las características de los procesos y productos son idóneas para lograr la sostenibilidad y ofrecer servicios de seguros rentables para el cliente. Estos expertos deben comprender el modo en que el diseño, la implementación del producto y los procesos de apoyo, así como el comportamiento de mercado influyen en la fijación de precios.

Los supuestos iniciales y la prima no serán totalmente exactos. Dadas las enormes limitaciones de datos y la incertidumbre inherente a la hora de cuantificar el riesgo subyacente, el responsable de la fijación de primas no debería excederse en el diseño del modelo de distribución de siniestralidad. El responsable de la fijación de precios debe facilitar la mejor estimación, teniendo en cuenta las particularidades del contexto sin olvidar las limitaciones del conjunto inicial de supuestos. Deben identificarse lagunas de datos, de modo que el equipo de trabajo pueda trabajar sistemáticamente para subsanarlas una vez lanzado el producto.

Dado que los resultados de la fijación de precios son tan buenos como lo son los datos y los supuestos empleados en el ejercicio, el responsable de la fijación de precios debe asegurarse de que el equipo de trabajo y los principales interesados trabajan a través de iteraciones del ciclo de fijación de precios. Esto puede ayudar a mejorar la calidad de los datos recopilados, la implementación de mejoras y la comunicación en el mercado.

Para los actuarios, la fijación de precios con pocos datos en nuevos mercados puede suponer un nuevo reto. Los actuarios pueden contribuir conociendo primero estos nuevos mercados, comprendiendo la cultura y aprendiendo a volver a los fundamentos. Además, los actuarios pueden prestar ayuda:

- creando capacidad de seguro para las figuras del mercado emergente, por ejemplo, mejorando los estados financieros para permitir a los gerentes centrarse en los temas clave;
- ofreciendo asistencia técnica en el desarrollo de MIS para proyectos de microseguros, centrándose en captar los datos fundamentales y recabar la información necesaria para gestionar el producto (prestando atención de recoger la cantidad adecuada de datos, ni mucha ni poca);

- facilitando la recopilación y el intercambio de datos a nivel del sector hasta desarrollar bases de datos lo suficientemente sólidas; comparando planes y ayudando a implementar organizaciones para comprender su actuación con respecto a los planes más eficaces;
- analizando tendencias y sacando conclusiones para la comunidad del microseguro; y
- ofreciendo asistencia técnica/seminarios sobre reservas y reaseguros.

VII Canales de venta y mediadores

22 Nuevos horizontes en la distribución del microseguro

Anja Smith, Herman Smit y Doubell Chamberlain

Este capítulo es una adaptación del Artículo sobre microseguros nº 8, publicado por el Fondo para la Innovación en Microseguro de la OIT. Los autores desean agradecer a Aparna Dalal (OIT), Jeremy Leach (Hollard), Brandon Mathews (Zurich), Michael J. McCord (Micro Insurance Centre), Pranav Prashad (OIT) y Dirk Reinhard (Fundación Munich Re) su revisión del artículo. Los estudios de caso que contribuyeron a este capítulo fueron financiados por Swiss Development Cooperation y FinMark Trust.

Alcanzar la escala mediante una distribución rentable es uno de los mayores retos a la hora de desarrollar productos con primas pequeñas y viables. Para llegar de manera eficaz a la mayor base de clientes posible, cada vez se hace más hincapié en los modelos de distribución innovadores como alternativa a la distribución tradicional del microseguro, que normalmente depende de instituciones microfinancieras (IMF).

Durante la última década, las aseguradoras y los socios de distribución han experimentado con formas innovadoras de hacer llegar los seguros a los hogares de bajos ingresos. Este capítulo examina las experiencias de 14 grupos de innovadores en materia de microseguros de Brasil, Colombia, India y Sudáfrica que están recurriendo a asociaciones para distribuir seguros a través de los siguientes canales:[1]

- **minoristas basados en el efectivo,** entre ellos supermercados y minoristas de ropa, que ofrecen seguros funerarios y de accidentes personales simplificados;
- **minoristas basados en el crédito,** como tiendas de muebles y electrónica que ofrecen garantías ampliadas, seguros de desgravamen, de accidentes personales y de vida;
- **empresas de servicios públicos y telecomunicaciones** que ofrecen seguros de invalidez, desempleo, accidentes personales y, en algunos casos, de hogar; y
- **prestadores de servicios de pago de facturas externos** que ofrecen seguros de accidentes personales y de vida.

Estos modelos fueron seleccionados por sus interesantes y singulares planteamientos sobre los procesos de desarrollo de productos y de distribución. Se elaboraron estudios de casos sobre sus experiencias a base de la información recopilada a través de entrevistas con las aseguradoras, sus socios de distribución y, en algunos casos, con administradores o corredores externos. La información de las entrevistas se complementó con pruebas recopiladas de los sitios web de las compañías y de

[1] Los ejemplos descritos en este capítulo se han extraído de los siguientes estudios de casos disponibles en www.cenfri.org: Smit and Smith, 2010a, 2010b; Smith and Smit, 2010a, 2010b, 2010c, 2010d; Smith, Smit and Chamberlain, 2010; Zuluaga, 2010.

sus memorias anuales, así como de publicaciones en medios de comunicación y otros documentos de investigación. Puesto que los estudios de casos son documentos públicos, no siempre han podido incluirse datos que puedan ofrecer una perspectiva más detallada del éxito y del valor de los diferentes modelos y productos, por ejemplo, el número de pólizas vendidas, los índices de siniestralidad, la persistencia de las pólizas y los beneficios generados.

Este capítulo se estructura de la siguiente manera: La primera sección analiza el concepto de la distribución alternativa en el contexto del microseguro y presenta los estudios de casos. La sección 22.2 se centra en las categorías emergentes de la distribución alternativa y sus correspondientes puntos fuertes y débiles. La tercera sección estudia los temas y cuestiones clave que plantean estos nuevos modelos de distribución. La sección 22.4 concluye analizando brevemente el futuro de la distribución del microseguro.

22.1 Replanteamiento de la distribución

A efectos de este estudio, la distribución alternativa se definió, en términos generales, como aquellos modelos de seguros voluntarios que recurren a asociaciones con instituciones que tradicionalmente son ajenas al sector de los seguros para llegar a hogares de bajos ingresos desatendidos. Estos modelos normalmente comparten las siguientes características:

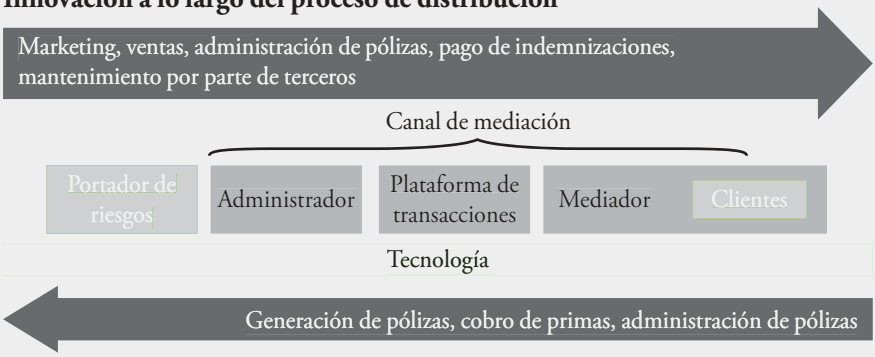
- **Escala a través de la agregación:** Capacidad de alcanzar la escala dirigiéndose a grandes concentraciones de clientes como grupos de clientes específicos no relacionados con los seguros, incluidos clientes de minoristas, empresas de telefonía móvil y empresas de servicios públicos.
- **Disponibilidad de infraestructuras:** Al establecer asociaciones con organizaciones que poseen grandes concentraciones de clientes, los modelos de distribución alternativos suelen contar con una presencia en la comunidad más importante que la que una compañía de seguros podría conseguir por su cuenta. La infraestructura podría ser física, como edificios comerciales, o virtual, como una red de telefonía móvil.
- **Plataforma de transacciones:** El canal de venta normalmente hace las veces de plataforma de cobro de primas. Un ejemplo es la adición de primas a una factura de servicios.
- **Producto voluntario independiente:** Los modelos a menudo distribuyen productos voluntarios de acuerdo con el método de "inclusión voluntaria", en lugar del método de "exclusión voluntaria". La adquisición de un seguro es, por lo tanto, una decisión explícita que toma el cliente, más que una adición automática a otro producto o servicio.

– **Marca de confianza:** La mayoría de los modelos establece una asociación de distribución con una marca de confianza. Cuando los modelos no gozan de esta ventaja, el éxito de los mismos se ve negativamente afectado.

La distribución es un concepto mucho más amplio que el de simplemente hacer llegar el seguro al cliente. En la Figura 22.1, la distribución hace referencia a todas las interacciones que tienen lugar entre el suscriptor del riesgo y el cliente final, entre ellas la generación de la póliza, el cobro de las primas y la administración de la póliza, así como las actividades de comercialización, venta y pago de indemnizaciones. Este proceso puede implicar a varias entidades diferentes, incluidas las siguientes: 1) compañías de seguros (portadores de riesgo); 2) administradores subcontratados; 3) prestadores de servicios de pago externos (que, en algunos casos, también median con los clientes); y 4) el mediador o socio de distribución. Al revisar el rendimiento de la distribución, deben tenerse en cuenta todas las distintas actividades y entidades que forman parte de la cadena de valor.[2]

Figura 22.1

Innovación a lo largo del proceso de distribución



Fuente: Bester et al., 2008a; Leach, 2005.

22.1.1 ¿Qué constituye el éxito?

El rendimiento de un modelo de distribución concreto tiene que evaluarse tanto desde la perspectiva del cliente como desde la perspectiva del negocio, porque lo que funciona para la aseguradora y el socio de distribución puede ser que no funcione para el cliente. La Tabla 22.1 expone algunas de las perspectivas del negocio y del cliente sobre lo que se puede considerar éxito en la distribución. La tabla indica una falta de alineación entre la perspectiva del negocio y la perspectiva del cliente en relación al aspecto más importante del proceso de distribución. Mientras que la adquisición de clientes y el cobro de primas pueden ser lo más importante para el negocio, lo que más le importa al cliente es la fase de tramitación de siniestros. A

[2] Si desea más información al respecto, consulte Bester et al., 2008.

corto plazo, lo que más interesa a los negocios es invertir e innovar en los aspectos de la venta y el cobro de primas, y lo que menos les interesa es cambiar y optimizar el componente de tramitación de siniestros. No obstante, a largo plazo, un sistema eficaz y práctico para la tramitación de siniestros y el mantenimiento interesa a los socios empresariales, ya que aumentará la fidelidad de los clientes y hará que sigan volviendo.

22.1.2 Venta activa o pasiva

En la distribución, el momento de la venta puede suponer la primera vez que el cliente se exponga a un producto de seguro concreto. Por lo tanto, es importante que el proceso de venta permita al cliente tomar una decisión de compra informada. Los 14 ejemplos de distribución revisados en este capítulo se caracterizan por diversos niveles de interacción con el posible cliente durante el proceso de venta. La interacción con el cliente durante el proceso de venta puede concebirse como un continuo: uno de sus extremos puede concebirse como un proceso "pasivo", mientras que el otro extremo puede concebirse como un proceso "activo".

Tabla 22.1 **Perspectivas sobre el éxito de la distribución**

	Perspectiva del negocio	*Perspectiva del cliente*
Características del producto	– Fijación de precios realistas – Fácil administración	– Satisface las necesidades – Sencillez
Ventas	**Lo más importante para el negocio** – Conseguir aceptación – Retención del cliente y persistencia	– Decisiones de compra informadas – Comprender las propuestas de valor y los costes – Comprender cómo obtener valor del producto (mantenimiento y siniestros)
Cobro de primas	– Bajo coste – Integración en el sistema de gestión de la aseguradora	– Facilidad/comodidad – Flexibilidad – Bajo coste de transacción
Mantenimiento y administración	– Información y notificación en tiempo real para supervisar el rendimiento – Bajo coste	– Fácil acceso – Facilidad/comodidad – Bajo coste de transacción
Tramitación de siniestros	– Únicamente pago de reclamaciones legítimas – Evaluación y administración rentables de las reclamaciones – Supervisión y gestión de riesgos	**Lo más importante para el cliente** – Capacidad para presentar reclamaciones de forma satisfactoria – Fácil acceso – Bajo coste de transacción – Sencillez (no se exigen muchos documentos) – Respuesta rápida

En un método de venta pasivo, a un posible cliente no se le incita a adquirir un seguro ni se le hace comunicación verbal alguna sobre el producto. Un ejemplo es cuando los seguros están en la estantería de un establecimiento minorista y los clientes adquieren uno junto con el resto de sus compras sin que el personal del establecimiento les incite a ello. Por el contrario, la venta activa implica a un representante de la aseguradora o del socio de distribución, el cual informa al cliente sobre las ventajas de un producto concreto y puede incluso asesorar sobre

las características del producto que interesan al cliente. En la mayoría de los ejemplos de la venta pasiva, la compra la inicia el cliente, mientras que en la venta activa la venta la inicia el mediador.

La mayoría de los ejemplos, resumidos en la Tabla 22.2, pueden situarse entre los dos extremos de la escala. El concepto de venta pasiva frente a venta activa es importante, ya que tiene implicaciones para la aceptación y los costes de distribución del producto, especialmente cuando se trata de productos complejos o menos conocidos, así como para la persistencia de las primas y la protección del consumidor. Las consideraciones reglamentarias a menudo influyen a la hora de decidir el método de venta que se va a utilizar. Los procesos de venta pasiva tienden a evolucionar en países como Sudáfrica, donde la regulación de la conducta del mercado es relativamente estricta sobre quién puede optar a ser mediador y cómo deberían venderse los seguros *(ver Capítulo 25).* Este tipo de regulación hace que resulte más costoso vender seguros de forma activa.

Tabla 22.2

Resumen de los modelos empresariales de seguros considerados

Suscritor	*Socio(s) de distribución*	*Clasificación de canales*	*Descripción del producto y la distribución*	*Aceptación*	*Mantenimiento de pólizas y gestión de siniestros*
Hollard Insurance (Sudáfrica)	Tiendas Pep	Minorista basado en efectivo	Seguro funerario individual y familiar, lanzado en marzo de 2006, vendido a través de un minorista de ropa y pequeños electrodomésticos de bajos ingresos, Pep. El producto se ofrece ya listo para la venta, con una presentación similar a la de los paquetes de inicio de teléfonos móviles, sin que el personal de Pep realice una venta activa. Las primas mensuales se pagan en efectivo en el establecimiento.	Importante aceptación: 215.000 pólizas en vigor (2009).	Administrador externo responsable del mantenimiento de las pólizas y la gestión de los siniestros. Pep se encarga de cobrar las primas en efectivo.
	Take it eezi	Prestadores de servicios de pago de facturas externos	Seguro funerario individual y familiar, lanzado en enero de 2007, vendido a través de una red de distribuidores rurales, Take-it-Eezi. Los distribuidores de Take-it-Eezi (por lo general, propietarios de pequeñas tiendas informales) se encuentran en "townships" (asentamientos informales) y utilizan tecnología inalámbrica de Servicio General de Radio por Paquetes (GPRS) para facilitar la venta de tiempo de llamada en teléfonos móviles, electricidad y seguros. Las primas mensuales se pagan en efectivo en el establecimiento del distribuidor.	Bajos niveles de aceptación con 1.800 pólizas en vigor (2009)	El administrador externo se encarga del mantenimiento de las pólizas y la gestión de los siniestros. Take-it-Eezi se encarga de registrar a los clientes y de cobrar las primas en efectivo.
Metropolitan Cover2go (Sudáfrica)	Shoprite	Minorista basado en efectivo	Seguro funerario familiar, lanzado en noviembre de 2008, vendido a través de un supermercado de bajos ingresos, Shoprite. El producto se ofrece ya listo para la venta sin asesoramiento por parte del personal. Este producto ofrece un componente de reembolso si el riesgo no se realiza durante el período de cobertura de 5 años. Las primas mensuales se pagan en efectivo en el establecimiento.	Bajos niveles de aceptación	Shoprite se encarga de registrar a los clientes y de cobrar las primas en efectivo. Cover2go se encarga del mantenimiento de las pólizas y de los siniestros.
	Wireloop	Prestador de servicios de pago de facturas externo	Seguro funerario familiar vendido a través de una red de distribuidores locales, Wiredloop, empleando terminales de punto de venta (TPV) con tecnología GPRS. Los productos se venden de forma pasiva.	Bajos niveles de aceptación: menos de 1.000 pólizas vendidas (2010).	Wiredloop se encarga de registrar a los clientes y de cobrar las primas en efectivo. Cover2go se encarga del mantenimiento de las pólizas y de los siniestros.
	Accesible a través de todos los proveedores de servicios de telefonía móvil de Sudáfrica.	Prestador de servicios de pago de facturas externo	Seguro de accidentes personales lanzado como producto piloto durante la Semana Santa de 2007, dirigido a los pasajeros de los taxis minibuses. El producto se anuncia en carteles y folletos. Los individuos obtienen la cobertura enviando un SMS a un código abreviado de tarifa superior que restará la prima del seguro al tiempo de llamada disponible. La conversión del tiempo de llamada en efectivo la facilita un proveedor de servicios inalámbricos (WASP).	Bajos niveles de aceptación	El proveedor de servicios de acceso inalámbricos se encarga del cobro de las primas. Cover2go se encarga del mantenimiento de las pólizas y de los siniestros.
Old Mutual (Sudáfrica)	Shoprite	Minorista basado en efectivo	Seguro de muerte accidental y funerario familiar, lanzado en noviembre de 2007. El producto se ofrece ya listo para la venta sin asesoramiento por parte del personal en el establecimiento minorista de bajos ingresos, Shoprite. El producto está diseñado para trabajadores temporeros y permite un pago flexible de las primas, hasta un máximo de 6 meses entre pagos. Las primas se pagan en efectivo en el establecimiento.	Bajos niveles de aceptación	Old Mutual se encarga del mantenimiento de las pólizas y la gestión de los siniestros. Shoprite se encarga de registrar a los clientes y de cobrar las primas en efectivo.
MAPFRE (Colombia)	CONDENSA	Empresas de servicios y telecomunicaciones	Seguros independientes de vida, de accidentes personales, funerarios, de hogar y de automóviles, lanzamiento de la primera oferta en 2001, vendidos a través del proveedor de electricidad Codensa. El producto se vende a través de varios canales de distribución (entre ellos, un centro de llamadas salientes, venta cara a cara y envío masivo de correo electrónico) utilizando el sistema de pago de facturas de Codensa para cobrar las primas.	Gran aceptación: 300.000 pólizas vendidas (2008)	Ambas partes se ocupan de la administración de los productos y del mantenimiento. Las reclamaciones se dirigen al centro de atención telefónica de Codensa. Mapfre gestiona los aspectos operativos de la gestión de siniestros.

Alico Chartis (Colombia)	gasNATURAL	Empresas de servicios y telecomunicaciones	Seguros de accidentes personales, cáncer, enfermedades graves, hogar y pequeñas y medianas empresas vendidos a través de la compañía de gas gasNatural. El producto, lanzado en 2003, se vende a través de varios centros de llamadas, del envío masivo de correo electrónico y de la venta cara a cara, utilizando el sistema de pago de facturas de gasNatural para cobrar las primas.	Gran aceptación: 783.224 pólizas de Chartis y 59.892 pólizas de Alico en vigor (2009)	Alico y Chartis se ocupan de la administración. Las reclamaciones se presentan a los centros de atención telefónica de gasNatural o directamente a Alico y Chartis.
Colseguros (Colombia)	Carrefour	Minorista basado en efectivo	Seguros de accidentes personales vendidos en los mostradores del minorista internacional Carrefour desde 2007. El producto se ofrece a los clientes de Carrefour una vez hayan concluido una transacción de compra. La prima del seguro es equivalente al cambio que el cliente recibe de las compras que ha realizado, y se ofrece una cobertura proporcional a la prima.	Gran aceptación: 2,8 millones de pólizas vendidas (2008)	Carrefour se encarga del cobro de las primas y del registro de los clientes. ColSeguros se ocupa del mantenimiento de las pólizas. Colseguros gestiona los siniestros.
MAPFRE Brasil	Casas BAHIA	Minorista basado en el crédito	Seguros de vida, desempleo y accidentes personales vendidos a través de la tienda de aparatos electrónicos de bajos ingresos Casas Bahia. Los primeros productos ofertados se lanzaron en agosto de 2004. Los beneficios adicionales de la póliza incluyen un boleto de lotería y descuentos farmacéuticos. El personal de ventas de Casas Bahia ofrece y explica a los clientes el seguro durante el proceso de venta.	Gran aceptación	Administración y mantenimiento conjuntos de pólizas. Casas Bahia ofrece postventa in situ a través de sus agentes de ventas y ayuda a Mapfre en la administración de las pólizas. Casas Bahia gestiona los siniestros.
	Vivo	Empresas de servicios y telecomunicaciones	Seguro contra el robo de teléfonos móviles (lanzado en 2006) ofrecido a través de los establecimientos minoristas de la empresa de telecomunicaciones Vivo. El seguro se presenta a los clientes de Vivo durante la compra de un teléfono móvil.	Gran aceptación: 300.000 pólizas vendidas hasta la fecha (2010)	Administración y mantenimiento conjuntos de pólizas. Mapfre gestiona los siniestros.
QBE Brasil	Brasil Telecom	Empresas de servicios y telecomunicaciones	Plan de indemnización de hospital individual o familiar (lanzado en 2006) vendido a clientes del operador de telefonía fija Brasil Telecom a través de un centro de llamadas salientes. El sistema de pago de facturas de Brasil Telecom se utiliza para cobrar las primas de los seguros.	Gran aceptación: 600.000 pólizas vendidas hasta la fecha (2009)	Del mantenimiento de las pólizas, la administración y la gestión de los siniestros se encarga predominantemente el corredor, Aon Affinity.
ACE Brasil	AES Eletropaulo	Empresas de servicios y telecomunicaciones	Oferta de seguros combinados que proporciona pólizas de seguro de hogar, de accidentes personales y de vida. El producto fue lanzado en 1999 y se ofrece a los clientes de AES Eletropaulo a través del envío de ofertas por correo electrónico. Las primas se cobran utilizando el sistema de facturación de AES Eletropaulo.	Gran aceptación	Del mantenimiento de las pólizas, la administración y la gestión de los siniestros se encarga predominantemente el corredor, Aon Affinity.
Max New York Life (India)	Max Vijay Minoristas formales e informales, IMF, bancos en régimen de cooperativa, ONG, etc.	Varios canales	Max Vijay es una póliza de seguro de vida vinculada al ahorro lanzada en 2008 y vendida a través de múltiples canales de venta, tanto activos como pasivos (por ejemplo, minoristas). Estos canales de venta y cobro de primas incluyen a distribuidores rurales y dispositivos GPRS móviles. El producto está estructurado como un producto de ahorro con una prima flexible que requiere un depósito de ahorro inicial y que puede recargarse a partir de tan solo 10 rupias (0,21USD).	Aceptación moderada: 90.000 pólizas vendidas (2010)	Del mantenimiento de las pólizas, la gestión de los siniestros y la administración se encarga Max New York Life.

22.2 Comparación de los canales de distribución

Teniendo en cuenta los ejemplos de la Tabla 22.2 se distinguen cuatro categorías de canales de distribución: 1) minoristas basados en efectivo; 2) minoristas basados en el crédito; 3) empresas de servicios y telecomunicaciones; y 4) prestadores de servicios de pago de facturas externos. Estas categorías reflejan la actividad principal del socio de distribución y la naturaleza de sus interacciones con los clientes. En la Tabla 22.3 se resumen las semejanzas entre los tipos de productos vendidos, la interacción comercial y los procesos de cobro de primas y reclamación para cada tipo de canal de distribución. Un análisis de estas cuatro categorías proporciona una serie de perspectivas útiles sobre su eficacia relativa.

Tabla 22.3

Características de los canales de distribución

	Productos	*Ventas*	*Cobro de primas*	*Siniestros*
1 **Minoristas basados en efectivo,** por ejemplo, supermercados y minoristas de ropa	Pólizas de seguros de vida (funerarios) y de accidentes personales simplificadas	Interacción comercial limitada y carente de incentivos entre el personal del minorista y el cliente	Primas en efectivo pagadas en el establecimiento, estando disponible en algunos casos el pago domiciliado opcional	Reclamaciones dirigidas a la compañía de seguros, no al minorista
2 **Minoristas basados en el crédito,** por ejemplo, tiendas de muebles y electrodomésticos	Seguros de desgravamen, accidentes personales y vida, y garantías ampliadas	Venta activa cara a cara con incentivos llevada a cabo por el personal del minorista; venta pasiva en Sudáfrica debido a la regulación de la conducta del mercado.	Cobro de primas combinadas y amortizaciones de créditos	Los siniestros se tramitan en el establecimiento
3 **Empresas de servicios y telecomunicaciones,** por ejemplo, empresas de electricidad, gas y telecomunicaciones fijas	Seguros de invalidez, desempleo, accidentes personales y, en algunos casos, de continente de hogar	Varios canales, tales como correo, centros de llamadas salientes y venta cara a cara	Las primas se combinan con la factura de servicios o telefonía del cliente y se cobran utilizando el sistema de pago de facturas existente	Las reclamaciones por siniestro se dirigen a la compañía de seguros; en algunos casos, el pago de las prestaciones se hace directamente a la cuenta de teléfono o de servicios del cliente
4 **Prestadores de servicios de pago de facturas externos,** proveedores de servicios inalámbricos (WASP) incluidos	Seguros de vida y accidentes personales	Interacción limitada (sin incentivos) entre los empleados del operador del servicio de pago de facturas y el cliente	Punto de cobro electrónico o en efectivo	Las reclamaciones por siniestros se hacen directamente a la compañía de seguros

Una diferencia clave entre estos canales es el tipo de prácticas de venta que emplean, lo cual tiene implicaciones para el producto que pueden ofrecer, el volumen de clientes a los que dan servicio y el valor que pueden aportar a hogares de bajos ingresos.

Por lo general, el personal de los negocios minoristas basados en efectivo no establece contacto con los clientes ni introduce el producto durante la transacción comercial, lo que hace que sea difícil mejorar el rendimiento de la fuerza de ventas existente. La ausencia de venta activa por parte del personal de los negocios minoristas ha dado lugar a que los minoristas basados en efectivo dependan principalmente de la venta pasiva. Por lo tanto, su gama de productos se limita a pólizas funerarias y de accidentes personales simples suscritas de forma colectiva *(ver Capítulo 10).*

Mantener la persistencia de sus pólizas plantea un reto a los minoristas basados en efectivo, porque el minorista no suele contar con un mecanismo automático de cobro de primas, por lo que los clientes deben ir al establecimiento para renovar. Por consiguiente, el minorista tiene que posicionar su oferta de valor y su marca para atraer de nuevo a los clientes para cada transacción. Cualquier seguro debería aumentar la propuesta de valor que el establecimiento emplea para motivar a los clientes para que vuelvan a realizar más compras. Por lo tanto, los minoristas basados en efectivo tienen que modificar sus modelos empresariales o aplicar mecanismos innovadores para superar estos retos.

Los minoristas basados en el crédito suelen tener una fuerza de ventas especializada en el establecimiento para la venta de productos vinculados a créditos. La fuerza de venta proporciona asesoramiento, estructura los acuerdos de amortización de los créditos y ofrece seguros al cliente. Los seguros se venden de forma activa y normalmente están vinculados al acuerdo de crédito o a los bienes vendidos, incluyendo seguros de desgravamen y garantías ampliadas. En la mayoría de los casos, el período de vigencia de la póliza coincide con el período de amortización del crédito. La fuerza de venta de los minoristas basados en el crédito también tiene la responsabilidad de asesorar de forma continua y prestar asistencia a los clientes con los siniestros.

La distribución a través de minoristas basados en el crédito es un buen modelo empresarial, pero ofrece un valor discutible a los clientes. Estos canales normalmente obtienen una aceptación considerable debido a la venta incentivada, a los bajos coeficientes de anulación de las pólizas debido a la obligación contractual entre el minorista y el cliente, y a la presencia de un sistema de cobro de primas existente. Gracias al conocimiento que el minorista posee acerca de los servicios financieros, normalmente cuenta con sistemas de información de gestión y con personal para asumir la responsabilidad de la administración y el mantenimiento de las pólizas de los clientes. No obstante, debido a los criterios básicos que deben cumplirse para obtener un crédito, los clientes de bajos ingresos suelen quedar excluidos. Además, los bajos índices de siniestralidad de estos productos vinculados a créditos sugieren un escaso valor para el cliente. Una excepción son las pólizas de seguros independientes que no están vinculadas a la compra o la financiación de bienes, tales como las pólizas vendi-

das a través del minorista basado en el crédito Casas Bahia de Brasil, o las pólizas independientes vendidas a través del minorista de electrodomésticos y muebles mexicano Elektra.

Por lo general, las empresas de servicios y telecomunicaciones poseen información detallada sobre su amplia base de clientes que se puede usar para diseñar pólizas a un precio adecuado y campañas de marketing personalizadas. Los seguros vendidos a través de estas empresas suelen estar vinculados a la relación principal entre el cliente y el proveedor del servicio (por ejemplo, servicio de telefonía o de electricidad), y cubren la obligación contractual del cliente con el proveedor en caso de fallecimiento, enfermedad, desempleo o invalidez. Los seguros obtienen una aceptación considerable en estos canales, especialmente si los productos son vendidos de forma activa por agentes de ventas. Sin embargo, estos canales suponen altos costes de distribución que pueden atribuirse al trabajo de venta activa, a los pagos de las comisiones correspondientes a los agentes y a la participación en la cadena de valor de muchas entidades, todas las cuales tienen que recibir su remuneración.

En muchos países se han establecido prestadores de servicios de pago de facturas externos para que las organizaciones (por ejemplo, empresas de servicios, empresas de telefonía y municipios) puedan externalizar el cobro de pagos, a menudo a través de una red de minoristas. La infraestructura puede utilizarse también para otros fines, por ejemplo para vender seguros. Este canal tiende a ofrecer seguros de vida y accidentes personales simplificados, aunque la complejidad de los productos puede aumentar cuando los sistemas de pago son operados por individuos, en comparación con otros sistemas sin interacción humana, tales como la distribución basada en telefonía móvil, en la que se utiliza un sistema de mensajes cortos (SMS) para enviar mensajes a un código abreviado de tarifa superior.[3]

Los proveedores de servicios de pago externos han tenido un éxito limitado a la hora de alcanzar la escala. Esto se debe principalmente a la ausencia de una marca de confianza y a su dependencia de prácticas de venta pasiva. Además, el uso de códigos abreviados de tarifa superior para la distribución basada en la telefonía móvil es un método costoso para el cobro de primas, ya que el proveedor de servicios inalámbricos (WASP) que convierte el tiempo de llamada en moneda con frecuencia exige una cuantiosa comisión.

La Tabla 22.4 resume los principales puntos fuertes y débiles de estos canales de distribución.

[3] Los códigos abreviados de tarifa superior son, más que números de teléfono, códigos a los que puede enviarse un SMS. Se cobra al emisor una cantidad superior a la tarifa estándar para SMS. Se utiliza de forma general para pagar por bienes y servicios, participar en concursos o hacer donaciones.

Tabla 22.4

Puntos fuertes y puntos débiles de los canales de distribución

	Puntos fuertes	*Puntos débiles*
1 **Minoristas basados en el efectivo**	– Ofrece acceso de manera sencilla y a bajo coste a la base de clientes existente – El minorista tiene un buen conocimiento de las necesidades del cliente. – Está motivado para ofrecer productos de alto valor para mantener/reforzar su marca	– El cobro de primas en efectivo puede experimentar coeficientes de anulación iniciales más elevados – No está orientado a la prestación de servicios financieros
2 **Minoristas basados en el crédito**	– Altos niveles de persistencia debido al cobro de primas basado en cuentas – El punto de venta puede hacer las veces de servicio de atención y de reclamación por siniestro – Información sobre los clientes disponible (a través de la amortización de créditos) como apoyo para el diseño de productos y el método de distribución – Están familiarizados con la prestación de servicios financieros	– La venta de seguros vinculados a créditos, incluso cuando es voluntaria, suele aportar un escaso valor a los clientes – La venta de seguros no vinculados a riesgos de crédito puede no considerarse pertinente para el negocio principal – El período de cobertura del seguro está vinculado al período de amortización del crédito
3 **Empresas de servicios y telecomunicaciones**	– La información sobre los clientes existentes contribuye al diseño de productos y a la venta dirigida de seguros – Cobro eficaz de primas debido a la presencia de una relación de cuenta con el cliente	– Los bajos índices de siniestralidad en seguros de accidentes personales ofrecidos a través de estos canales indican una propuesta de escaso valor para los clientes – Una gran implicación del corredor/administrador, del canal de distribución y de los operadores externos puede aumentar los costes de gestión
4 **Prestadores de servicios de pago de facturas externos**	– Gran red de distribución con amplia difusión formal e informal – Facilita el uso de dinero electrónico para el pago de las primas	– Baja aceptación debido a la venta pasiva – El cobro de primas mediante el tiempo de llamada como divisa resulta muy costoso – Ausencia de una marca de confianza en el punto de venta – La compañía de seguros tiene poco control sobre los prestadores de servicios de pago de facturas externos informales

22.3 Cuestiones emergentes

En esta sección se estudian las cuestiones recurrentes más destacadas que se han observado en los diversos canales de distribución.

22.3.1 Reorientación del enfoque de innovación

Las experiencias destacadas en este capítulo muestran que la innovación en el proceso de distribución se ha centrado principalmente en los aspectos de la venta y el cobro de primas, más que en el mantenimiento de las pólizas y la tramitación de siniestros, lo cual resulta poco acertado, ya que es en el proceso de reclamación de siniestros donde se demuestra a los clientes el valor del producto y, por lo tanto, dicho proceso es importante a la hora de cultivar un mercado de microseguros.

Aunque algunos de los canales innovadores emplean información detallada de los clientes para diseñar productos, siguen teniendo complejos requisitos de

documentación para los siniestros, los cuales, por lo general, no se tramitan cómodamente en el mismo lugar en el que se vende el producto, y el tiempo necesario para su tramitación es de más de unos cuantos días. Solo uno de los modelos revisados, la asociación entre Mapfre y el minorista de muebles y electrodomésticos Casas Bahia, permite la tramitación de los siniestros en el establecimiento, el lugar donde se adquirió la póliza.

Para ofrecer valor a los clientes, es posible que los canales de distribución consideren la idea de convertirse en "ventanillas únicas" para vender y renovar pólizas, cobrar primas y tramitar siniestros desde un solo lugar. Los canales más adecuados son los que cuentan con un punto de servicio central cerca del cliente, en el que el canal de distribución también tiene acceso electrónico a sistemas de administración de pólizas. El punto de venta inicial podría utilizarse para el pago rápido de indemnizaciones si el personal del canal de distribución tiene un dominio básico de la tecnología informática y una buena formación. Vistos los puntos fuertes y débiles de los canales de distribución expuestos en la Tabla 22.4, el minorista basado en el crédito parece el más adecuado para este método de servicio integral.

Un paso importante para aportar mayor valor son las adaptaciones hechas por las aseguradoras y sus canales de distribución en la capacidad de pago de sus clientes, tanto en el valor absoluto como en la frecuencia de pago. El minorista sudafricano Shoprite y la aseguradora Old Mutual ofrecen un producto con períodos de pago de primas flexibles comprendidos entre uno y seis meses. En Colombia, Carrefour permite a los clientes obtener diversos niveles de cobertura, determinados por el cambio que se les devuelve cuando pasan por caja. Además, la póliza de seguro de vida vinculada al ahorro de Max Vijay ofrece a las personas una cobertura de vida continua sin necesidad de pagar una prima mensual. Después del pago inicial en el momento de activación de la póliza, ésta no vencerá durante el período de vigencia del acuerdo de ahorro. Los clientes de Max Vijay pueden recargar sus ahorros en pequeñas cuotas cuando dispongan de fondos.

A pesar de esta consideración hacia la capacidad de pago de los clientes, estos canales alternativos aún no han prestado un servicio eficaz al mercado de bajos ingresos. Para los productos en cuestión, los que dan servicio a grupos con unos ingresos ligeramente más altos han experimentado una mayor aceptación. En Sudáfrica, Take-it-Eezi, que tiene índices de aceptación bajos, se dirige a un segmento de mercado algo más pobre que Pep y Shoprite, ejemplos de mayor éxito. La ubicación geográfica de estos puntos de venta y la naturaleza de sus correspondientes mercados destinatarios afecta a la aceptación del producto, ya que los clientes con unos ingresos ligeramente más altos están más expuestos a los seguros. Igualmente, el éxito de la aceptación de los seguros a través de las empresas de telecomunicaciones brasileñas y las empresas de servicios brasileñas y colombianas se debe en parte a su variada clientela, que incluye hogares menos pobres.

En ocasiones, la naturaleza intangible de los seguros hace que resulte difícil transmitir su valor al mercado de bajos ingresos. Para abordar este problema, algunas aseguradoras han mejorado la tangibilidad de los beneficios del producto. Este estilo de marketing aplica dos formas principales:

1) **Aportar beneficios auxiliares,** tales como la póliza funeraria con reembolso de Cover2go que devuelve las primas transcurridos cinco años sin siniestros, o como el acceso a la asistencia de servicios de emergencia (por ejemplo, fontaneros o electricistas) con pólizas de seguros adquiridas del proveedor de electricidad AES Electropaulo. En Brasil, la *capitalización* es otro beneficio auxiliar vinculado a la mayoría de las pólizas de microseguros, a través del cual los titulares de la póliza tienen la oportunidad de ganar un premio en un sorteo de lotería.
2) **Se observaron pagos tangibles (no en efectivo)** en varios ejemplos. AES Electropaulo proporciona una cesta de alimentos mensual para los beneficiarios del fallecido durante 12 meses. Vivo telecoms y Mapfre sustituyen el teléfono móvil del titular de la póliza por otro teléfono. La póliza funeraria de Codensa se paga en forma de servicio funerario, sin la opción de desembolso en efectivo. En Sudáfrica, los individuos reciben un descuento en un funeral con la adquisición de una póliza funeraria en los establecimientos de Shoprite.

22.3.2 Evolución de los productos y los canales

La naturaleza de la relación entre el socio de distribución y la compañía de seguros evoluciona con el tiempo a medida que el canal empieza a comprender los beneficios de añadir los seguros a su gama de servicios existente. Con el tiempo, esto significa que el canal tendrá un incentivo para desempeñar un papel de más peso en el desarrollo de productos. Esto se aprecia especialmente en Colombia, donde Codensa, después de haber vendido seguros suscritos por Mapfre durante unos años, se involucró en el desarrollo de nuevos productos para satisfacer mejor las necesidades de sus clientes. Además, los socios de distribución tienen un incentivo para implicarse más debido al posible riesgo para la reputación de sus marcas si no ofrecen buenos productos a sus clientes. Algunos de los ejemplos de más éxito son aquellos en los que los socios de distribución vieron en los seguros una estrategia explícita para la retención de clientes.

Los productos ofrecidos por los socios tienden a evolucionar de dos maneras:

- ajustes de precio, cobertura y exclusiones para mejorar el valor o gestionar los índices de siniestralidad;
- introducción de seguros que no están relacionados con la oferta de productos principal del canal de distribución.

Pueden encontrarse ejemplos de ambos casos en Brasil, donde Casas Bahia realizó ajustes en su oferta de seguros ocho veces durante un período de cinco años y AES Electropaulo pasó de vender solo pólizas de protección financiera (para protegerse frente a impagos de clientes en caso de invalidez o desempleo) a los seguros de contenido de hogar. Un ejemplo del proceso de ajuste de productos es el seguro funerario de Pep suscrito por Hollard. El producto fue modificado y relanzado después de que se produjera inesperadamente una elevada tasa de mortalidad en un segmento poco conocido del mercado de bajos ingresos.

La aseguradora y, en algunos casos, el corredor o administrador, ajustarán el proceso de distribución una vez hayan acumulado suficientes datos sobre los índices de aceptación y anulación, y los costes relacionados con un canal específico. Esto normalmente conlleva añadir canales de distribución adicionales o diferentes mientras se recorta en otros. Este período de evaluación antes de realizar los cambios dura normalmente entre seis y doce meses. Por ejemplo, Old Mutual distribuyó inicialmente una póliza de seguro funerario a través de Shoprite Money Market Counter y más adelante dirigió la distribución a través de otros canales tales como distribuidores rurales, recurriendo a prestadores de servicios de pago externos para cobrar las primas.

Muchos de los casos revisados en este capítulo implican a grandes multinacionales, lo cual genera potencial para que se produzca una evolución más allá de las fronteras *(ver Capítulo 19).* En el caso de Aon Affinity, una empresa de corretaje multinacional, en Brasil se aprendieron ciertas lecciones sobre microseguros que se exportaron al resto de Latinoamérica. Las aseguradoras multinacionales como Hollard, Mapfre y Allianz, actuando como ColSeguros en Colombia, tienen múltiples productos de microseguros en todo el mundo. Por último, el minorista francés Carrefour ofrece seguros a través de sus establecimientos en muchos países, incluidos Colombia y Tailandia.

22.3.3 Repercusiones de la regulación

Un tema que se repite en estos estudios de casos son las repercusiones de la regulación en el proceso de distribución. La regulación afecta a todos los aspectos de la distribución, pero especialmente al desarrollo de productos (por ejemplo, tipo de cobertura y desarrollo de beneficios auxiliares) y a las ventas, incluida la naturaleza de las asociaciones de distribución y las interacciones comerciales con clientes. Las barreras reguladoras con frecuencia hacen que a las aseguradoras y a sus canales de distribución les resulte difícil conseguir un método de distribución equilibrado en el que se dé la misma importancia tanto a las necesidades del negocio como a las del cliente *(ver Capítulo 25).*

La relación entre la compañía de seguros y el socio de distribución se ve afectada por la regulación de los corredores, la regulación específica sobre comisiones, la legislación laboral y la regulación de la conducta del mercado. Por ejemplo:

- **Regulación restrictiva de corredores,** según se ha observado en Brasil, donde una combinación del poder de los corredores y la legislación laboral ha hecho que se desaconseje distribuir seguros sin la implicación de un corredor, con lo cual se incrementan los costes de mediación.
- Los **niveles de educación mínimos para corredores y agentes** (regulación de la conducta del mercado) impiden que potenciales agentes participen en la distribución de seguros y, por lo tanto, aumentan los costes de venta. Estas repercusiones se aprecian especialmente en los casos sudafricanos. En Sudáfrica se estableció un alto nivel de requisitos mínimos de educación para corredores y agentes, y estos requisitos han catalizado la introducción de modelos de distribución pasiva que no proporcionan ninguna información o explicación cara a cara del producto.
- La **regulación no específica para seguros** también puede reducir la disposición de las compañías de seguros para dar servicio al mercado de bajos ingresos. Por ejemplo, en Brasil, la legislación laboral hace que las aseguradoras establezcan relaciones laborales guardando las distancias. Aunque a las aseguradoras técnicamente se les permite servirse de agentes vinculados al realizar ventas directas en vez de ventas mediante corredores, son reacias a hacerlo debido a las condiciones de negociación colectiva del sector financiero, que hacen que resulte costoso servirse de empleados como personal de ventas.

22.3.4 Prácticas de venta

Aunque la mayoría de los modelos de distribución pasiva de Sudáfrica no incluye una explicación cara a cara de los seguros debido a la regulación restrictiva sobre la mediación, los ejemplos que son predominantemente pasivos en los demás países incluyen alguna forma de interacción verbal en el punto de venta. Esto incluye un mostrador de seguros en un supermercado atendido por alguien que puede proporcionar información sobre los productos o un agente de seguros interno en Carrefour. En el caso de los modelos meramente pasivos, los clientes dependen del centro de atención telefónica de la aseguradora para obtener información del producto después de su adquisición y también tienen que ponerse en contacto con dicho centro para solicitar cualquier servicio o asistencia con los siniestros. En estos modelos, la interacción para servicios de mantenimiento y siniestros se elimina del punto de compra.

Algunos mediadores como Codensa emplean varias estrategias de distribución, y la distribución pasiva podría ser un método. Por ejemplo, la empresa proporciona información sobre seguros con su factura de servicios. Los interesados pueden llamar al centro de atención telefónica o cumplimentar un formulario para solicitar que alguien se ponga en contacto con ellos. Además, Codensa vende de forma activa seguros a su base de clientes a través de un centro de llamadas salientes y una fuerza de venta activa.

Algunos modelos de distribución utilizan la información de los clientes de la que disponen para dirigir sus esfuerzos de venta eficaz y eficientemente con el fin de mejorar la aceptación. Este innovador uso de la información se realiza al menos de dos maneras:

- **Utilizando las bases de datos de clientes de los socios de distribución para personalizar los productos.** Un ejemplo de ello es el uso que Aon Affinity hace de las bases de datos de información sobre clientes de sus socios de distribución de servicios públicos y telecomunicaciones en Brasil. La información se emplea para evaluar las necesidades de los clientes en materia de seguros y para desarrollar pólizas adecuadas a las necesidades del mercado destinatario específico.
- **Concentrando los esfuerzos de venta.** Mapfre en Colombia y QBE en Brasil utilizan la información de los clientes de los socios de distribución para informar y dirigir de manera eficiente las estrategias de venta, tales como centros de llamadas salientes, correo directo, agentes comerciales a domicilio, o una combinación de lo anterior, a los clientes cuyas necesidades mejor coincidan con los beneficios que ofrece el seguro.

Experimentar con varios canales de ventas permite a las compañías de seguros identificar el canal más eficaz. Por ejemplo, Max New York Life descubrió que los canales de venta activa tradicionales obtenían niveles de aceptación más altos, pero presentaban el inconveniente de que conllevaban mayores costes de inicio de las pólizas debido a que se pasaba más tiempo interactuando con el cliente. Los canales de venta pasiva (o no activa) tuvieron cierto éxito como canales de cobro de primas, pero con índices de aceptación mucho más bajos para las ventas iniciales que los canales de venta activa. En términos de beneficio neto, su experiencia indicó que los canales de venta activa son la mejor opción para la venta inicial de productos, mientras que los canales de venta pasiva son el método más eficaz para pagos de recargas después de la compra inicial del producto.[4]

[4] Como se describió en el Capítulo 8, el producto de Max Vijay es un producto de ahorro que permite a los titulares de pólizas aumentar su póliza de ahorro cuando disponen de fondos. Estas aportaciones adicionales se denominan "recargas".

Los incentivos para el personal de ventas son esenciales para que los productos de microseguros tengan una buena aceptación. Así lo demuestra el bajo nivel de ventas de seguros funerarios a través de la red de distribuidores rurales Wiredloop, en la que el personal de ventas no suele recibir una remuneración directa, en comparación con el éxito de Casas Bahia, donde unas comisiones cuantiosas y fidedignas constituyen una parte sustancial de la remuneración global del personal.

No obstante, el alto grado de confianza que el mercado deposita en el canal de distribución y su personal de ventas podría enmascarar productos de seguros de escaso valor. En Brasil y Colombia, por ejemplo, los seguros de accidentes personales tienden a tener índices de siniestralidad bajos, a menudo por debajo del 15% de las primas brutas. Sin embargo, el mercado los está comprando porque confían en el socio de distribución.

La cuestión de la confianza relativa al valor también se pone de manifiesto en la experiencia de Sudáfrica, donde los seguros funerarios vendidos por diferentes canales tienen diferentes niveles de éxito. El distribuidor rural Take-it-Eezi ha tenido una aceptación muy inferior a la del establecimiento de pequeños electrodomésticos y ropa de bajo coste Pep, que goza de gran confianza. Mientras que Pep ha conseguido acumular un alto nivel de confianza en el mercado de bajos ingresos, Take-it-Eezi es una marca menos conocida utilizada para conectar en red a una serie de distribuidores rurales informales alrededor de un sistema de pago externo.[5] Esta también puede ser una consecuencia directa de la diferente naturaleza de los mercados destinatarios de los dos socios de distribución: Pep tiende a cubrir un mercado de ingresos algo más altos que Take-it-Eezi.

22.3.5 Gestión de asociaciones

"Los microseguros pertenecen al canal de distribución": Esta afirmación ha demostrado ser cierta en muchos de los casos en los que los minoristas y las empresas de servicios y telecomunicaciones imponen su dominio y poder en todos los aspectos del proceso de distribución. El mayor poder de negociación de los canales de distribución en relación con la compañía de seguros permite a los canales negociar una mayor parte de la prima como remuneración en comparación con lo que podrían hacer los distribuidores de seguros tradicionales.

Un asunto crítico que está emergiendo en el sector de la distribución es la necesidad de alinear los incentivos del canal de distribución con los de la compañía de seguros. Aon Affinity, en Brasil, pudo hacerlo creando productos que

[5] No obstante, debería señalarse que las pólizas de seguros funerarios suscritas por Hollard y distribuidas a través de Take-it-Eezi y Pep no tienen los mismos índices de siniestralidad bajos observados en Brasil y Colombia.

cubren la responsabilidad (por ejemplo, factura de electricidad o teléfono o amortización financiera) del socio de distribución si su cliente se veía afectado por un evento asegurado (por ejemplo, desempleo, accidente personal o invalidez). Además, remuneraba al canal de distribución por proporcionar información de los clientes y cobrar primas.

La relación de remuneración entre la aseguradora y el socio de distribución puede asumir distintas formas. En algunos casos, como ocurre con la relación que Hollard tiene con Pep, la remuneración asume la forma de participación en los beneficios a través de una empresa conjunta, además de la comisión recibida por Pep. En otros casos, el socio de distribución recibe únicamente una comisión fija. El modelo de remuneración se ve afectado por el nivel de acciones vinculadas a la marca de los socios de distribución: cuanto mayor sea el nivel de confianza y reconocimiento vinculado a la marca, mayor será el poder de negociación del canal de distribución.

La reputación de los canales de distribución de confianza es la que mayor riesgo corre, y por lo tanto estos canales eligen implicarse en el desarrollo de productos y en el proceso de revisión porque conocen a sus clientes y quieren asegurarse de que les ofrecen productos de valor. Además, los socios de distribución que tienen mayores niveles de información de clientes existentes, tales como las empresas de servicios y los minoristas basados en el crédito, desean utilizar esta información de manera óptima y por lo tanto implicarse en el desarrollo de los productos y en el proceso de administración.

Construir un canal de distribución que tenga éxito exige una inversión importante, tanto por parte de la aseguradora como por parte del socio de distribución, en capital humano y en plataformas informáticas específicas para seguros. Por ejemplo, Mapfre tuvo que formar al personal de ventas de Casas Bahia para la venta de seguros y mejorar el sistema informático para facilitar dicha venta. Casas Bahia gestiona la base de datos de clientes y solo transfiere datos a Mapfre para la elaboración de informes y para facilitar la gestión de los siniestros. Otros ejemplos de grandes inversiones pueden encontrarse en Colombia, India y Sudáfrica, donde empresas de servicios, de telecomunicaciones y minoristas vendían seguros por primera vez en muchos casos, por lo que las aseguradoras tuvieron que formar al personal e implantar sistemas informáticos mejorados.

22.4 Avanzando

La actual ola de innovación en el sector de los microseguros se caracteriza por la asociación de compañías de seguros con canales de distribución no tradicionales para llegar a sus bases de clientes desatendidos o sin seguros. La innovación en la distribución se ha producido principalmente en el desarrollo de productos, las

ventas y el cobro de primas, con menos énfasis en los aspectos de mantenimiento, administración y siniestros.

Dado el número de entidades implicadas en estas asociaciones, el proceso de distribución se ha vuelto más complejo. Mientras que tradicionalmente los seguros son distribuidos por un agente o corredor que trata directamente con la aseguradora, muchos de los ejemplos revisados en este capítulo incluyen un corredor que facilitó la relación entre la aseguradora y el socio de distribución, administradores externos y, en algunos casos, una plataforma de pago. Todas estas entidades tienen que recibir una remuneración. El hecho de que participen muchas entidades ha generado en muchos casos un aumento de los costes de distribución. El problema empeora si los canales de distribución tienen un algo grado de confianza de los clientes y pueden negociar niveles de comisión más altos.

¿En qué se traduce esta ola de innovación para las aseguradoras y sus socios de distribución?

- **Se exige una mayor eficiencia en la distribución.** Avanzando, es probable que para conseguir eficiencia en los microseguros sea necesario hacer más hincapié en la reducción de los costes de distribución. Este control de los costes puede requerir un esfuerzo coordinado para limitar el número de entidades en la cadena de valor, lo que probablemente tendrá interesantes repercusiones en la forma en la que las compañías de seguros estructuran sus asociaciones con entidades de distribución. Las aseguradoras y sus socios de distribución tendrán que considerar detenidamente sus niveles de comisión y sus acuerdos de participación en los beneficios.
- **El compromiso de los socios con respecto al valor ofrecido al cliente es importante.** Los socios de distribución participan cada vez más en el desarrollo de los productos. En la mayoría de los casos, esto interesa al cliente cuando el socio de distribución está intentando que su reputación corra menos riesgos asegurándose de que proporciona un buen valor. En lugar de simplemente aumentar los precios de sus seguros funerarios, el minorista Pep y Hollard Insurance, por ejemplo, desarrollaron y relanzaron un nuevo producto cuando se dieron cuenta de que habían subestimado en gran medida los índices de mortalidad. Esto se hizo para garantizar que la marca de Pep no sufriera daños. Sin embargo, también hay casos en los que el socio de distribución no tiene mucho interés en proteger su marca y su mayor implicación en el proceso de seguro puede deberse simplemente al deseo de maximizar sus ingresos. Las aseguradoras tienen que meditar detenidamente a quién eligen como socio y si estas entidades se preocupan por los intereses de los clientes.

– **Imaginar a los distribuidores como "ventanillas únicas".** Para seguir ofreciendo valor a los clientes, los modelos de distribución alternativos tendrán que tener presentes los componentes de mantenimiento y tramitación de siniestros de la distribución. Las aseguradoras tendrán que empezar a servirse de socios de distribución como "ventanillas únicas" que no solo venden pólizas y cobran primas, sino que también permiten a los clientes realizar cambios en sus pólizas y se convierten en el punto donde pagar las indemnizaciones. No todos los canales de distribución revisados en este capítulo podrán hacer esto, y es probable que los canales que pueden ofrecer un servicio más completo a los clientes tengan más éxito que los demás.

¿Qué podemos esperar de la siguiente ola de innovación en los microseguros? Vistas las experiencias de la ola actual, puede esperarse de que los reguladores empiecen a examinar meticulosamente la cuestión del valor que se ofrece a los clientes. Aunque los bajos índices de siniestralidad pueden ser una realidad en las primeras etapas del desarrollo de productos y modelos empresariales, esto debería mejorar con el tiempo. Una mejora en los índices de siniestralidad puede exigir métodos interesantes e innovadores para informar a los clientes acerca de las características del producto y las exclusiones, una comunicación continua con los clientes para garantizar que son conscientes en todo momento de que son titulares de un microseguro y, en último lugar, procesos de tramitación de siniestros sencillos y eficaces. La última palabra la tiene el cliente, y si las compañías de seguros no pueden ofrecer valor cuando y donde más se necesita, el éxito del microseguro se verá amenazado. El éxito inicial relacionado con la adquisición de nuevos clientes de microseguros a través de canales de distribución alternativos no se mantendrá si las aseguradoras y sus canales de distribución no pueden innovar en la tramitación de siniestros y el mantenimiento. Dichas innovaciones de los microseguros pueden resultar ilustrativas en los todos los segmentos de mercado del negocio de los seguros.

23 Mediadores del microseguro

Alex Bernhardt, Roland Steinmann y Michael J. McCord

Los autores agradecen las útiles contribuciones de los revisores, entre ellos, Sabrina Regent (PlaNet Guarantee), John Pott (anteriormente con AKAM), Richard Leftley (MicroEnsure) y Jose Luis Contraras (Aon Bolivia).

Las aseguradoras se enfrentan a una multitud de retos a medida que se van interesando por los clientes con bajos ingresos *(ver Capítulo 19).* Uno de ellos es la falta de experiencia en materia de seguros en una creciente variedad de posibles canales de distribución *(Capítulo 22).* Los mediadores de microseguros han surgido para reunir a estos dos grupos.

A efectos de este capítulo, los mediadores del microseguro son cualquier organización que facilita, a cambio de unos honorarios, la transferencia de riesgos de microseguro de un cliente original de bajos ingresos (normalmente un grupo de personas pobres, a menudo representadas por un canal de distribución como una institución microfinanciera [IMF], una cooperativa u otro grupo de compras) a una compañía de seguros. El panorama de los microseguros está siendo cada vez más ocupado por dichas organizaciones, que desempeñan funciones esenciales en el desarrollo del microseguro. Los mediadores de microseguros pueden asumir una serie de formas institucionales, desde corporaciones comerciales multinacionales hasta pequeñas organizaciones no gubernamentales (ONG). Estos mediadores no solo actúan como "creadores de mercado", utilizando sus redes y su experiencia para desarrollar productos y cadenas de valor de transferencia de riesgos partiendo de cero, sino que también prestan una variedad de servicios administrativos para complementar y mejorar los aspectos únicos del proceso de transferencia de riesgos en los mercados de bajos ingresos.

Este capítulo comienza definiendo la función de los mediadores de seguros y compara y contrasta los métodos tradicionales con los mediadores que actúan en el mercado de bajos ingresos. La segunda sección describe los resultados conseguidos por tres mediadores de microseguros especializados: MicroEnsure, First MicroInsurance Agency (FMiA) Pakistan y PlaNet Guarantee. Después, se examinan las experiencias preliminares de los mediadores comerciales que se aventuran en el mundo de los microseguros, como Aon, Marsh y Guy Carpenter. El capítulo cierra con un análisis de la propuesta de valor de los mediadores y consideraciones de los retos que están por venir.

23.1 Mediación de seguros: Seguros convencionales frente a microseguros

23.1.1 Mediadores convencionales

En los mercados de seguros existen dos tipos de mediadores: corredores y agentes. La diferencia clave entre ambos es la representación. Los corredores representan a titulares de pólizas y compran seguros en su nombre. Suelen negociar con varias aseguradoras para aprovechar las condiciones favorables del mercado y la competencia de las aseguradoras. Los agentes, por otro lado, representan a las aseguradoras. Dependiendo de la normativa del país en cuestión, pueden representar a una o varias aseguradoras. En Filipinas, por ejemplo, los agentes pueden representar a una aseguradora de vida, pero hasta a siete aseguradoras generales. Normalmente, los agentes se centran en una sola zona geográfica o línea de negocio. Los agentes y corredores pueden ser individuos o empresas pequeñas o grandes: esto depende, una vez más, de la normativa local.

En algunas jurisdicciones, concretamente en India, los márgenes normativos permiten a los mediadores, tales como IMF e instituciones similares que tienen contacto directo con la población pobre, distribuir pólizas a través de su personal sobre el terreno sin obtener licencias para cada empleado que vende seguros. Estos tipos de márgenes normativos son esenciales para los microseguros en jurisdicciones en las que prevalece el "modelo socio-agente" directo. No sería factible que las IMF exigieran a todos sus demás empleados la obtención de licencias de seguros individuales. En Vietnam, donde todos los vendedores de microseguros deben tener una licencia, la Agriculture Bank Insurance Company se gastó más de 1 millón de USD y dedicó varios meses a la formación de miles de agentes locales.

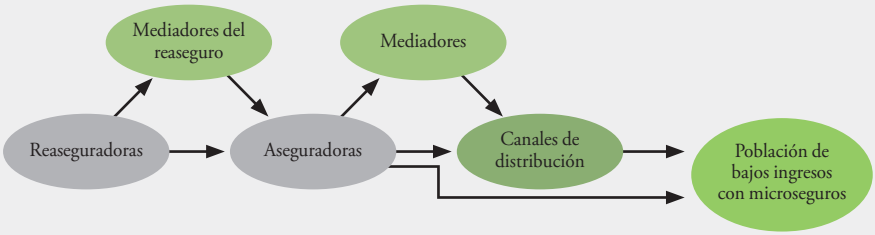
En los mercados de seguros desarrollados, los mediadores se distinguen por su posición en la cadena de suministro. Muchos se centran en la distribución al por menor, entregando pólizas directamente a los consumidores (individuos o negocios). Otros mediadores trabajan al por mayor, distribuyendo pólizas a través de fuentes de producción al por menor. Dichos mayoristas, denominados agentes generales gerenciales (MGA[1]), actúan como mediadores cruciales del mercado y también suelen realizar funciones de mantenimiento de pólizas. Los agentes generales gerenciales actúan como extensión de una compañía de seguros desempeñando funciones de administración de programas esenciales como suscripción, ajuste de pérdidas y control de riesgos. Estos agentes a menudo pueden imponer comisiones más altas que otros agentes debido a su mayor grado de integración en el proceso, aunque normalmente están sujetos a la supervisión y a la aproba-

[1] Estos agentes mayoristas también son conocidos por otros nombres, como aseguradoras generales gerenciales, agencias gestoras suscriptoras, administradores de programas y agentes generales.

ción de las compañías de seguros con las que están asociados para los procesos de suscripción y tramitación de siniestros.

Los agentes generales gerenciales suelen especializarse en nichos o clases especiales de seguros. Estos mediadores mayoristas proporcionan a los consumidores información útil sobre los productos y acceso a los mismos, lo cual sería difícil de ofrecer de otra manera. Permiten a las aseguradoras beneficiarse de economías de escala, mitigar las dificultades de suscripción y ayudar en la gestión de riesgos. Los mediadores de microseguros contemplados en este capítulo comparten muchas características con los agentes generales gerenciales de los mercados desarrollados debido a su planteamiento específico, a su capacidad de actuar como mediadores de pólizas a partir de muchas fuentes subyacentes y a su posición en la cadena de suministro de microseguros, que está alejada del consumidor final *(ver Figura 23.1).* No obstante, a diferencia de los mayoristas, los mediadores de microseguros no distribuyen sus productos a través de agentes minoristas tradicionales que han sido formados explícita y exclusivamente para la función de la distribución de seguros.

Figura 23.1 **Cadena de suministro de distribución de productos**



23.1.2 Canales de distribución

Los microseguros dependen en gran parte del trabajo de los canales de distribución. Los canales de distribución normalmente tienen acceso directo y regular a los consumidores pobres y trabajan con aseguradoras para proporcionarles productos de microseguros. Aunque algunas compañías de seguros trabajan con sus propios agentes cautivos para llegar directamente a la población pobre, estos acuerdos son poco comunes. Un método más frecuente es el modelo socio-agente, en el que las aseguradoras trabajan con canales de distribución para vender productos a sus clientes. De este modo, los productos son distribuidos por el personal in situ de una ONG, oficiales de crédito de una IMF, cajeros de un punto de venta o responsables de la iglesia donde se ofrece el microseguro. Se espera que el canal de distribución actúe como mediador, representando a sus clientes, identificando productos adecuados, subcontratando a la aseguradora y prestando servicios al cliente.

Sin embargo, en la práctica, muchos canales de distribución no han cumplido esta función general de manera eficaz. Sus habilidades en materia de seguros suelen ser limitadas y su motivación está dividida. Su objetivo es ofrecer valor a sus clientes o maximizar el crecimiento de sus balances. Así, una intervención del corredor en el microseguro para unir a aseguradoras y canales de distribución podría tener cabida si el corredor:

- tiene más interés en aportar calidad y valor a mercados de bajos ingresos que los canales de distribución actuales;
- tiene experiencia en el mercado de bajos ingresos;
- puede prestar servicios administrativos completos; y
- puede hacer todo esto a un precio más competitivo que las aseguradoras vendiendo de forma directa.

Para las aseguradoras que emplean el modelo socio-agente, las IMF son la "fruta de la rama más baja" en el panorama de los canales de distribución de microseguros y, por lo tanto, podrían caracterizarse como el camino directo más obvio de la distribución de microseguros. Sin embargo, las IMF tienen un alcance limitado. En conjunto, las IMF llegan a solo 190 millones de prestatarios en todo el mundo (Reed, 2011). Esta cifra es inferior a la mitad del alcance actual de los microseguros *(ver Capítulo 1)* y una mínima parte del potencial mercado de microseguros mundial.

El descubrimiento, desbloqueo o desarrollo de vías alternativas de acceso directo a la población pobre es crucial para la expansión del mercado de los microseguros. Como se ilustra en la Figura 23.2, podrían utilizarse multitud de organizaciones y métodos para acceder al mercado de bajos ingresos, pero el desarrollo de estos canales puede resultar un trabajo arduo y complicado. A excepción de las IMF, pocos canales de distribución potenciales tienen relaciones financieras existentes con la población pobre, y la formación financiera de la dirección de los canales de distribución potenciales puede ser limitada. Por consiguiente, los mediadores pueden desempeñar una función importante a la hora de facilitar el proceso de desarrollo de los canales de distribución.

Las aseguradoras y los canales de distribución suelen tener problemas de comunicación. Las dos partes tienen motivaciones, sistemas y conocimientos de los conceptos de seguros diferentes, y entienden de manera distinta las necesidades de los clientes. No obstante, coinciden en que ninguna quiere trabajar mucho más de lo necesario para vender el producto de manera directa. Aquí, el conocimiento de un mediador sobre el mercado de bajos ingresos y los recursos relacionados puede desempeñar una importante función llenando el vacío existente entre conocimientos y capacidad entre clientes de microseguros y aseguradoras. Aunque los mediadores de microseguros tienen capacidades adicionales, esta función es un componente significativo de su propuesta de valor.

Figura 23.2

Canales de suministro

23.1.3 Mediación de microseguros

La venta y la gestión de microseguros pueden exigir un método bastante distinto para los mediadores. En los mercados tradicionales, los productos están bien definidos, los clientes comprenden los conceptos del seguro, los volúmenes de pólizas están limitados y los procesos operativos están bien establecidos. Las peculiaridades del microseguro complican la comodidad de la distribución de seguros tradicionales y la cubren de ambigüedad.

Para dar servicio al mercado de bajos ingresos se necesita un nuevo paradigma, ya que el conocimiento empírico de los posibles clientes y sus demandas es limitado. Abordar este vacío de experiencia suele requerir una extensa investigación, desarrollo de productos, educación del mercado y formación del personal del canal de distribución para prepararse para enormes volúmenes de transacciones de nuevos productos con controles diferentes y limitados. Todo esto requiere tiempo y personal y puede resultar costoso. Aunque el mediador se encargue de este trabajo adicional, sus honorarios o comisiones por póliza son minúsculos. Más trabajo y menos ingresos por póliza hacen que el negocio sea cuestionable y que definitivamente se requiera un gestor con mucha experiencia. Una vez consideradas estas cuestiones, no resulta sorprendente que solo algunos corredores tradicionales hayan entrado en este mercado.

La Tabla 23.1 identifica algunas de las principales diferencias entre la mediación de seguros tradicionales y de microseguros. Los mediadores tradicionales son principalmente intermediarios que unen la demanda con la oferta existente. Sin embargo, los mediadores de microseguros a menudo deben ser creadores de mercado, identificando necesidades no satisfechas, desarrollando productos y supervisando su distribución mediante la formación práctica del personal del canal de distribución, y adaptando o desarrollando sistemas para gestionar la

administración de pólizas y siniestros. La función de un creador de mercado en los microseguros es mucho más importante que la de un simple intermediario.

Para crear un mercado es necesario construir cada componente de la cadena de valor de los microseguros: identificación de la base de clientes destinatarios y el socio de distribución, desarrollo del producto, educación de los clientes y motivación de las aseguradoras para que participen en este nuevo segmento empresarial. Para ello, los creadores de mercado deben tener un profundo conocimiento de los hogares pobres y de las limitaciones y demandas conexas, de ahí que los mediadores de microseguros normalmente no reciban órdenes de un colectivo de consumidores, un canal de distribución o una aseguradora, sino que actúen por su cuenta para crear un mercado y una base económica sobre la que subsistir.

Tabla 23.1

Principales diferencias entre la mediación de seguros y microseguros

Actividad principal	*Mediador tradicional*	*Mediador de microseguros*
Se exigen conocimientos sobre ventas	Sólido conocimiento de los seguros tradicionales y de las necesidades y demandas de los mercados de ingresos medios-altos.	Buena comprensión de las necesidades y demandas del mercado de bajos ingresos, así como de lo que se necesita para conseguir que dicho mercado compre seguros.
Estudio sobre la demanda del mercado	Por lo general, la demanda se mide de forma pasiva en respuesta a las solicitudes directas de los clientes.	Investigación de mercado de diversas intensidades realizada para comprender la demanda, que con frecuencia está latente.
Marketing y educación	Normalmente basta con folletos y presentaciones básicas para un mercado que ya comprende los seguros.	Normalmente se requieren métodos innovadores como cómics, "clases" de microseguros, juegos de roles y marketing general centrado en la educación del consumidor.
Desarrollo del producto	Puesto que los clientes conocen y entienden los productos más básicos, rara vez se desarrollan productos partiendo de cero; incluso los nuevos productos tienden a beneficiarse de gran cantidad de datos subyacentes que pueden utilizarse para determinar precios y diseñar pólizas.	Dado que los productos normalmente son completamente nuevos para un mercado y que los datos de base son escasos, es necesario reformular el producto, realizar pruebas piloto y llevar a cabo un minucioso control para garantizar el éxito del producto.
Formación del personal del canal de distribución	La venta directa es frecuente; cuando se utilizan "canales de distribución" minoristas (normalmente agentes o corredores autorizados) se exige muy poca formación.	Profunda formación y supervisión del personal de canales de distribución que normalmente carece de licencia y de experiencia.
Gestión administrativa	Gestión de volúmenes moderados con sistemas tradicionales; recopilación de abundante información para cada póliza.	Gestión de grandes volúmenes de transacciones muy pequeñas; recopilación de información limitada para cada póliza.
Siniestros	Seguimiento del proceso con numerosos controles, pago generalmente lento de indemnizaciones; volúmenes limitados.	Se exige rapidez en la tramitación y el pago, elevados volúmenes de transacción; controles limitados.
Gestión de efectivo	Gestión y mediación en transacciones en efectivo entre el asegurado y la aseguradora mediante deducción en nómina u otras transacciones simples de entidades corporativas.	Gestión del cobro de primas y desembolso de indemnizaciones a través de organizaciones que pueden requerir transacciones individuales con sus clientes y no pueden mediar normalmente en transacciones financieras.

23.1.4 Mediadores de seguros convencionales y microseguros

A pesar de estas importantes diferencias entre la mediación de seguros convencionales y de microseguros, algunos corredores y agentes de seguros tradicionales han hecho incursiones en el mercado de bajos ingresos. De hecho, la Federación Mundial de Mediadores de Seguros (WFII), que representa a agentes y corredores de más de 100 asociaciones nacionales, ha expresado su preocupación acerca de que quienes promueven los microseguros querían eliminar restricciones para permitir de forma legal a los agentes no autorizados a vender microseguros, por lo que en 2010 la WFII elaboró un documento de orientación sobre microseguros *(ver Cuadro 23.1).* La Federación criticó la falta de control normativo sobre los mediadores de microseguros y esperaba promover la importancia de un mercado profesional regulado. El documento sugería que no había motivo alguno para tratar los microseguros de forma distinta a los seguros.

No obstante, en muchos países, cuando los mediadores profundizan un poco más en los microseguros, suelen concluir que no hay oportunidad de negocio para ellos en este campo. Puede que esta postura general esté empezando a cambiar ahora, a medida que se van conociendo más casos de éxito entre los mediadores. Por ejemplo, como se explicará con más detalle más adelante en este capítulo, algunas sucursales locales de corredores comerciales importantes, como Aon en Bolivia, han mostrado un marcado interés en los microseguros y han identificado funciones por sí mismos. El éxito de Aon en Bolivia dio lugar a un mayor interés en los microseguros en Aon a nivel mundial.

Cuadro 23.1 **Postura de la WFII respecto a los microseguros**

El documento de posición de la Federación Mundial de Mediadores de Seguros (WFII) apela a los responsables aseguradores a estudiar las áreas esenciales para los miembros de la Federación:

"1. Existe confusión en algunos mercados con respecto a la diferencia entre los microseguros y la comercialización en masa o seguros con primas pequeñas.
2. La comercialización de microseguros va más rápida que la aplicación de una regulación y una supervisión adecuadas.
3. Cuando los microseguros están regulados, los efectos que sufre el mercado de la mediación y los principios sobre la regulación de la mediación suelen ignorarse o no se toman en consideración en la medida suficiente."

Para abordar estos problemas, la WFII concluye "que sus Principios sobre la Regulación en la Mediación de Seguros actuales deberían aplicarse igualmente a los microseguros. La WFII apela a supervisores y reguladores, cuando se considere la regulación de los microseguros, a entablar un diálogo con las asociacio

nes nacionales de mediadores de seguros en sus respectivos países para encontrar soluciones adecuadas."

La Federación anima a sus miembros a "1) promover los Principios sobre la Regulación en la Mediación de Seguros de la WFII; 2) participar en el debate sobre propuestas reguladoras y de supervisión y su aplicación de la regulación para la mediación de seguros; y 3) estimular el crecimiento de los microseguros facilitando a los miembros información y referencias pertinentes que incentivarían su participación en este segmento de mercado."

Fuente: WFII, 2010.

23.2 Mediadores exclusivos de microseguros

Para tener éxito en la mediación de microseguros, los corredores y agentes deben tener capacidad para llenar el vacío entre los mercados de bajos ingresos y la comunidad de los seguros. Comprender la cuestión de los seguros no debería ser un problema para la mayoría de los mediadores autorizados, aunque reconocer y apreciar las necesidades de los mercados de bajos ingresos es una habilidad que en gran medida se va adquiriendo y de la cual carecen los mediadores existentes.

Para llenar el vacío creado por esta falta de conocimiento, se crearon al menos tres organizaciones entre 2002 y 2007 centradas específicamente en la mediación de microseguros: FMiA, MicroEnsure y PlaNet Guarantee. Esta sección describe brevemente de forma general las tres instituciones, sus estrategias empresariales y sus semejanzas y diferencias. Se concluirá con una síntesis de algunas de las principales enseñanzas adquiridas hasta ahora con respecto al modelo empresarial de los mediadores de microseguros independientes.

23.2.1 Aga Khan Agency for Microfinance (AKAM)

En 2005, Aga Khan Development Network (AKDN) fundó AKAM como agencia de desarrollo sin ánimo de lucro conforme a la legislación suiza para prestar servicios de microfinanzas a familias de bajos ingresos. Esto dio lugar a la consolidación de una serie de iniciativas menores de microcrédito y microahorro de AKDN dentro del país, basadas principalmente en Oriente Medio y Asia.

Las actividades de AKAM con respecto a los microseguros se iniciaron en 2006, cuando lanzó FMiA en Pakistán[2] para actuar como agente de seguros destinado a dar servicio a las familias de bajos ingresos para New Jubilee Insurance Group, miembro de la familia de empresas AKDN. Se alcanzó un acuerdo de

[2] A AKAM se unió, como accionista de FMiA Pakistan, Acumen Fund, un fondo de capital de riesgo de empresa social basado en EE. UU.

reaseguro con limitación de pérdidas para proteger a la aseguradora frente a la experiencia inicial anticipada de demandas adversas relacionada con los tipos de productos experimentales a los que FMiA deseaba dedicarse. Se estableció un conjunto de disposiciones similar en la República Unida de Tanzania en 2009, pero sin ningún instrumento de limitación de pérdidas. A finales de 2010, FMiA tenía negocios de microseguros activos en estos dos países, cubriendo aproximadamente 400.000 vidas bajo una serie de planes colectivos.

Al lanzar el programa, AKAM recibió una subvención de 5,5 millones de USD de la Fundación Bill & Melinda Gates. En ese momento, el plan empresarial era dar cobertura a 1,75 millones de pakistaníes con bajos ingresos para 2010 y no tener pérdidas ni ganancias en el plazo de tres años, así como extender su actividad a seis países en los que Aga Khan Network tenía operaciones importantes.

La mediación de microseguros de FMiA se diseñó como complemento para las actividades ya existentes y relacionadas y las instituciones pertenecientes a Aga Khan Development Network. Pakistán era un país obvio y prometedor para iniciar la actividad, puesto que ya había IMF desarrolladas, clínicas médicas, hospitales, una compañía de seguros y un importante banco comercial conectados con AKDN en este país.

AKAM creó una agencia especializada en microseguros en lugar de desarrollar los microseguros dentro de New Jubilee, con el objetivo de introducir nuevas ideas y energías que, cuando tuviera éxito, facilitaría su aplicación en otros países. Desde la perspectiva de FMiA, la base para una asociación exclusiva con una compañía de seguros, más allá de la alineación de los intereses de propiedad en este caso, reside en una sinergia potencialmente mejor a la hora de desarrollar conjuntamente productos complejos: productos con primas más altas con una propuesta de valor para el usuario final superior a la de los productos de seguro de desgravamen ya establecidos en el mercado. El concepto de trabajar con un solo grupo de seguros parecía una prometedora forma de aplicar los microseguros en distintos países.

La perspectiva de ofrecer con éxito seguros de salud integrales - un objetivo clave de FMiA - parecía prometedora debido a la respetable cuota de mercado de New Jubilee en el mercado corporativo para seguros de salud colectivos y a la experiencia de AKAM en la provisión de servicios de ahorro y microcréditos a familias con bajos ingresos. FMiA inició su actividad en Pakistán con dos productos: seguro de desgravamen y hospitalización. La oferta de cobertura de hospitalización a través de una red afiliada de centros médicos locales prometía beneficiar a todos los socios, ya que las clínicas habían estado funcionando por debajo de su capacidad.

De hecho, la ocupación hospitalaria aumentó considerablemente. No obstante, los proveedores de servicios sanitarios se negaron a ofrecer descuentos más generosos en los costes de los servicios a cambio de un mayor número de clientes.

Dichos descuentos eran necesarios para mantener la tarifa de prima, que resultó ser insuficiente para cubrir los costes de FMiA y Jubilee. Esta deficiencia también estaba relacionada con el hecho de que inicialmente se fijara la prima en un nivel demasiado bajo para un paquete de seguro de salud integral, con un caso grave de selección adversa, especialmente para el subsidio de maternidad, y con la ausencia de protocolos de cirugía ambulatoria de bajo coste en las clínicas de AKDN. Resumiendo, lo que parecía un punto de partida ideal para iniciar un nuevo y prometedor servicio para la población con bajos ingresos se topó con grandes dificultades en la práctica. En 2010, FMiA aún tenía pérdidas y necesitó fondos propios adicionales para seguir dando servicio a su base de clientes habituales.

En 2009, AKAM/FMiA entraron en el mercado tanzano. Por diversos motivos, las empresas nunca llegaron a despegar realmente el vuelo. Las negociaciones con los proveedores de servicios sanitarios locales resultaron infructuosas y las IMF más grandes no estaban interesadas o ya estaban ligadas a proveedores de seguros. Se presentaron también algunas dificultades internas, y desarrollar nuevos productos con el socio acarreaba engorrosos procesos burocráticos. AKAM no pudo asegurar un instrumento de limitación de pérdidas y el compromiso y el impulso empresarial de los empleados locales eran solamente moderados. Recurrir a la experiencia de la relación con New Jubilee Life en Pakistán no aportó un beneficio importante en la República Unida de Tanzania. Además, FMiA Tanzania tardó casi un año en obtener una licencia de agencia.

En vista de los resultados limitados y las diversas dificultades que surgieron, durante una profunda revisión estratégica de todas las empresas de AKAM se decidió fusionar las empresas de FMiA Pakistán y la base de clientes en New Jubilee. Esta medida se consideró menos costosa que recapitalizar FMiA como mediador independiente. El proceso de integración de FMiA en New Jubilee y el establecimiento de un departamento de microseguros se inició en mayo de 2011. Se cerró FMiA Tanzania y las limitadas actividades en materia de microseguros en el país fueron desapareciendo paulatinamente. La experiencia de AKAM/FMiA proporciona valiosas perspectivas, pero también pone de manifiesto las dificultades a las que se enfrenta un mediador de microseguros que lucha por levantar un negocio sostenible, especialmente con respecto a la introducción de microseguros de mayor valor con fuertes repercusiones sociales en el mercado.

23.2.2 MicroEnsure

Opportunity International, una organización de apoyo microfinanciera sin ánimo de lucro, empezó a sentar las bases para las actividades de microseguros en 2002. Tres años después creó un mediador de microseguros especializado con fines lucrativos que vendió su primera póliza a principios de 2006. El motivo para crear un mediador de microseguros especializado distinto era dar un mejor

servicio a los clientes de microfinanzas existes de Opportunity International e impulsar la innovación y el alcance a mayor escala. Bautizada inicialmente como Micro Insurance Agency, esta empresa ha operado desde 2009 con el nombre de MicroEnsure. En 2007, la Fundación Bill & Melinda Gates concedió a Opportunity International una subvención de 24,2 millones de USD asumiendo que su plataforma MicroEnsure desencadenaría una rápida expansión geográfica y el desarrollo de nuevos productos, dando lugar así a un aumento en el número de clientes de microseguros. En su rueda de prensa con motivo de la subvención, Opportunity International indicó que esto permitiría a su filial introducirse en 11 nuevos países, lo cual se traduciría en 21 millones de personas pobres aseguradas para 2012.

A finales de 2010, MicroEnsure tenía filiales de microseguros activas en cinco países: Ghana, India, Kenia, Filipinas y la República Unida de Tanzania, dando servicio a 2,1 millones de clientes finales (la mitad de ellos solo en Filipinas). Legalmente, MicroEnsure está registrada en cuatro de estos países como corredor de seguros y como agente corporativo en el quinto. En cada uno de estos países, MicroEnsure trabaja con al menos dos compañías de seguros. Asimismo, MicroEnsure empezó a experimentar con un modelo de franquicia[3] en Mozambique y Ruanda, lo que permite a la compañía hacer negocios en estos países mientras al mismo tiempo evita muchos de los posibles obstáculos relacionados con el registro legal.

MicroEnsure mantiene una relación empresarial especial con Hollard Insurance (Sudáfrica), que ofrece a MicroEnsure un centro que opera como una cautiva de célula. Este acuerdo permite a MicroEnsure utilizar la licencia de seguros de Hollard y añadir tipos de negocios específicos a los libros de Hollard sin tener que solicitar nuevas capacidades o aportar capital de riesgo propio. Hollard se beneficia de un mayor volumen de seguros, mientras que MicroEnsure disfruta de una participación en los beneficios del 50% en ganancias de suscripción.

Además, Hollard actúa en determinados casos como reaseguradora, lo que hace que el modelo de franquicia resulte atractivo. MicroEnsure trabaja a nivel local a través de aseguradoras locales registradas que actúan como compañías abridoras que conducen el negocio contratado por MicroEnsure a los libros de Hollard y mantienen un control total sobre los datos de suscripción y siniestros. Con este acuerdo, MicroEnsure recibe una comisión por su trabajo y una participación en los beneficios de suscripción.

Aunque MicroEnsure opera en la mayoría de los casos bajo la estructura legal de un corredor, hace mucho más de lo que haría un corredor de seguros tradicionales. Trabaja activamente para crear mercados, desarrollando las capacidades de

[3] En este caso, el modelo de franquicia refleja el uso de sistemas y procesos por parte de empresas locales sin que sea necesaria la gestión directa de MicroEnsure.

los socios de distribución y productos, administrando las suscripciones y los siniestros y realizando tareas de educación del mercado. Por lo tanto, una persona ajena a MicroEnsure que observase la gama de servicios de MicroEnsure concluiría que se comporta más como una aseguradora, con la excepción de que no está expuesta a pérdidas actuariales.

Partiendo de seguros de desgravamen estándar para IMF, MicroEnsure pasó a productos más complejos y dejó de recurrir a las IMF como canales de distribución. Los cambios se produjeron a raíz de una convicción social corporativa (en parte debida a la propiedad sin ánimo de lucro de la compañía) y de una necesidad empresarial. La dirección de MicroEnsure cree que el valor ofrecido al cliente es mucho más alto en productos como los seguros de salud o de cosechas, y al mismo tiempo es consciente de que los microseguros de desgravamen se están convirtiendo rápidamente en productos básicos que finalmente excluirán a los corredores a menos que aporten algún valor a la elaboración, la tramitación o la administración de tales pólizas.

MicroEnsure ha estado implicada en el desarrollo de seguros indexados *(ver Capítulo 11),* pero ha aprendido que este ámbito plantea muchos retos a los corredores. El desarrollo de productos es costoso y requiere tiempo, y alcanzar la escala ha resultado difícil: la combinación de complejos diseños de productos, niveles de primas relativamente altos y una protección incompleta ha dificultado la aceptación. Estas realidades han motivado a MicroEnsure para pasar del desarrollo de seguros indexados como inversión anticipada a un modelo en el que ofrece su experiencia como empresa consultora para otros que desarrollan productos indexados. Si bien este cambio mejora claramente la situación financiera de MicroEnsure, no resuelve los problemas prácticos a los que el producto hace frente sobre el terreno.

En tan solo unos años de actividad, MicroEnsure se ha enfrentado a varios retos que han desembocado en cambios radicales en la estrategia. Por ejemplo, los seguros de desgravamen se copiaban y administraban con demasiada facilidad, lo que los hacía inadecuados como base económica sobre la que construir el negocio. Uno de los ajustes realizados fue la revaluación de los programas por países. En Uganda, por ejemplo, una relación no funcional con una compañía de seguros culminó en el abandono del mercado mayorista, ya que era imposible subsanar el daño que sufrió su reputación.

Sin duda, MicroEnsure ha contribuido significativamente al avance del sector de diversas maneras, y también demostrado lo que debería hacerse en el campo de los microseguros. No obstante, los aspectos financieros del corretaje en los microseguros han llevado a buscar fuentes de ingresos alternativas para cubrir los costes operativos continuos y los de desarrollo, así como a realizar una revisión drástica de sus planes y estrategias. Aunque en 2011 mejoró el crecimiento del número de pólizas, en gran medida debido a la cobertura de enlazador de telefo-

nía móvil *(ver Cuadro 24.7),* el crecimiento global ha quedado muy por debajo las expectativas, que eran claramente optimistas.

Para el futuro próximo, MicroEnsure se está centrando en el desarrollo de microseguros de salud financieramente sostenibles y de gran valor, impulsando al mismo tiempo las ventas de microseguros a través de redes de telefonía móvil. Los seguros de desgravamen no ofrecen un flujo de caja y una rentabilidad sustanciosos, pero los seguros de telefonía móvil tienen potencial para asumir esta función. Con un fuerte generador de beneficios, MicroEnsure puede centrarse más en los productos que pueden ofrecer un valor superior a los clientes, pero necesita más tiempo para alcanzar el éxito.

23.2.3 PlaNet Guarantee

En 2007, la organización de microfinanzas francesa PlaNet Finance añadió un corredor de microseguros especializado a sus diversas actividades de microfinanzas. La organización, PlaNet Guarantee, desarrolló proyectos de microseguros en colaboración con IMF afiliadas con el grupo PlaNet Finance. La empresa inicialmente ofrecía únicamente seguros de desgravamen, pero desde entonces ha desarrollado una serie de productos diferentes.

Originalmente creada como sociedad absorbida con enlaces estratégicos con el sector de los reaseguros europeo, PlaNet Guarantee abrió gradualmente su base de capital a cuatro accionistas estratégicos, cada uno de los cuales ahora posee el 23,6 % de la compañía. BNP Paribas Assurance, Hannover Re, Malakoff Médéric y Finaréa. Como consecuencia de su cambio de titularidad, PlaNet Finance ahora posee solo una acción minoritaria del corredor.

A finales de 2010, PlaNet Guarantee tenía un negocio de corretaje de microseguros activo con 24 IMF en 12 países.[4] No obstante, es de notar que solo Senegal representa a siete de las IMF asociadas. A finales de 2010, PlaNet Guarantee cubría aproximadamente 240 000 vidas, en gran parte en forma de seguros de desgravamen.

Otras actividades son la creación de un sistema de mutuas de salud en Benín y Madagascar, el desarrollo de cobertura de salud complementaria para personas con bajos ingresos en los suburbios franceses *(banlieuex)* y, de forma creciente, actividades de corretaje de reaseguros predominantemente en India. Asimismo, PlaNet Guarantee ha creado un departamento de investigación que realiza periódicamente estudios sobre microseguros.

[4] Burkina Faso, Colombia, Costa de Marfil, Egipto, Gabón, Guatemala, Madagascar, Mali, México, Senegal, Sri Lanka y territorios controlados por la Autoridad Palestina.

Hasta ahora, a PlaNet Guarantee le ha resultado difícil cubrir sus costes de corretaje de microseguros principales con las cuotas relacionadas. El umbral de rentabilidad del mediador en este segmento empresarial se estima en dos millones de clientes de bajos ingresos solo en seguros de desgravamen. Aún así, el desarrollo de sus principales actividades es posible principalmente gracias a sus fondos propios y contratos de investigación ad hoc, así como el corretaje de micro-reaseguros. En 2010, la última actividad generó aproximadamente cuatro veces más ingresos que las operaciones de corretaje directo de la empresa.

Al principio, la estrategia de PlaNet Guarantee era expandirse rápidamente a muchos países. Esto se hizo con el fin de reforzar su imagen como negocio de orientación social aportando productos e ideas innovadores a mercados no desarrollados. Al mismo tiempo, mantener una amplia red de operaciones en los países exigía una inversión considerable. En muchos casos, PlaNet Guarantee no pudo cumplir los requisitos de capital circulante del país en cuestión.

Con respecto a los productos, PlaNet Guarantee se centrará en tres categorías: seguro de cosechas, seguro de crédito y seguro de salud. Con el apoyo del mecanismo mundial de seguros basados en un índice de International Finance Corporation, PlaNet Guarantee es capaz de innovar creando la primera plataforma de gestión regional especializada en los seguros indexados en África Occidental. La sede del proyecto se encuentra en Senegal, y hay sucursales en otros países como Burkina Faso, Costa de Marfil y Mali.

23.2.4 Comparación y conclusión

La comparación de los tres ejemplos de mediadores de microseguros especializados expuestos anteriormente puede parece algo improcedente, ya que los tres partían de condiciones iniciales muy distintas. Sin embargo, desde la perspectiva de un mercado global de microseguros, surgen varias observaciones importantes. Mientras que las generosas subvenciones (MicroEnsure y AKAM) o las inversiones centradas en el aspecto social (PlaNet Guarantee) han permitido a las tres empresas crear grandes proyectos, hasta ahora ninguna ha construido una base comercial sólida para la mediación de microseguros directa principal desde la cual operar a largo plazo. Aunque ha quedado patente que normalmente tarda más en alcanzarse el umbral de rentabilidad en los microseguros que en las operaciones de seguros tradicionales, las limitadas pruebas disponibles hasta la fecha ponen en duda la sostenibilidad a largo plazo de los modelos de corretaje primarios actuales. De las tres empresas:

- una ha abandonado su modelo de agentes externos, fusionando estas operaciones en la compañía de seguros y dejando de prestar apoyo desde las sedes internacionales;
- otra ha tenido que realizar importantes cambios en su modelo empresarial dos veces en tres años; y
- la tercera solo obtiene rentabilidad a través de subvenciones cruzadas procedentes de sus resultados de corretaje de microseguros.

Para las dos empresas que han recibido un importante apoyo de los donantes, la impaciencia y el excesivo entusiasmo inicial con respecto a las perspectivas empresariales o unas expectativas poco realistas pueden haber contribuido a estos aleccionadores resultados y haber provocado un cambio de rumbo en la búsqueda de resultados financieros más rápidos. Es obvio que conseguir rentabilidad en los microseguros lleva su tiempo, pero los mediadores aún no tienen nada claro cuánto tiempo se necesita, o con qué configuración institucional debe hacerse.

Las tres organizaciones también seguían distintas estrategias geográficas y de líneas de productos en la fase inicial, desde concentrarse en uno o dos países con un producto bastante complejo (FMiA), pasando por trabajar en más de seis países con una combinación de pólizas de seguro de desgravamen sencillas estándar y otros productos más exigentes (MicroEnsure), hasta trabajar en más de diez países ofreciendo principalmente seguros de desgravamen con la intención de añadir productos de más valor en el futuro (PlaNet Guarantee). Con respecto al número de clientes cubiertos, MicroEnsure parece haber cosechado los mejores resultados. Al mismo tiempo, también cuenta con el generoso apoyo de sus donantes, así como con enlaces institucionales con la mayor red de microfinanzas de las tres. No obstante, ninguna de estas tres organizaciones ha obtenido resultados convincentes que muestren una oportunidad de negocio para la mediación de microseguros.

Estas organizaciones aún no ha demostrado que la mediación de microseguros compense lo suficiente para mantener una empresa especializada. Sigue sin estar claro si hay suficiente dinero en la administración de los microseguros para mantenerse a nivel comercial mientras se sigue prestando un servicio de alta calidad a bajo coste. La historia de la mediación de los microseguros aún es reciente, por lo que es pronto para sacar conclusiones en firme. Con el tiempo, estas instituciones deberían ayudarnos a comprender mejor lo que se necesita para crear un negocio rentable partiendo del corretaje de microseguros.

23.3 Mediadores de seguros tradicionales con algunas actividades de microseguros

Los corredores comerciales normalmente llevan operaciones ajustadas y carecen de capacidad para realizar el trabajo necesario para conseguir rentabilidad en los microseguros, especialmente en vista de los requisitos adicionales para la creación de mercado, pero quizá el curso de las cosas está empezando a cambiar. Como se describe más adelante, algunos corredores de reaseguros y de seguros convencionales han hecho incursiones en el sector de los microseguros y empiezan a labrarse un nombre.

23.3.1 Aon Bolivia

En 2008, Aon Bolivia empezó a involucrarse en la mediación de microseguros. Esto surgió de la convicción de que había una oportunidad de negocio, lo que se basaba en la creencia de que, sin un mediador, el mercado de los microseguros en Bolivia no llegaría a despegar realmente (Contreras, 2009). El planteamiento de Aon Bolivia con respecto a los microseguros es típico para un creador de mercado. Hizo la mayor parte del trabajo de desarrollo de productos y encontró canales de distribución dispuestos a dar acceso a sus bases de clientes y una aseguradora dispuesta a asumir el riesgo de suscripción. Aon Bolivia también sigue muy implicada en las transacciones cotidianas, desde la venta hasta la tramitación de siniestros, pasando por el cobro de primas. La aseguradora permite frecuentemente a Aon liquidar siniestros en su nombre. En muchos casos, hay un empleado de Aon Bolivia en la IMF asociada que hace todo el trabajo de interacción con el cliente.

Aon Bolivia comenzó con pólizas vinculadas a créditos, se pasó a las pólizas dotales y actualmente está lanzando un seguro de salud dirigido a la clientela femenina de una IMF. En el último trimestre de 2010, Aon Bolivia trabajó con nueve IMF para la distribución, cubriendo 390.000 vidas y generando una prima bruta de 170 000 USD (o una prima mensual media de 0,14 USD por póliza). Las pólizas de seguros de desgravamen obligatorias y las pólizas vinculadas a créditos voluntarias (incluidas las dotaciones y cláusulas obligatorias del producto) representan (cada una) el 45% de la cartera, y las pólizas no vinculadas a créditos representan aproximadamente el 10%. Curiosamente, este nuevo seguro de salud no es suscrito por una compañía de seguros, sino directamente por una red de clínicas médicas y hospitales. La prima es de aproximadamente 10 USD al mes por familia.

El índice de siniestralidad acumulado para el sector de los microseguros de Aon Bolivia durante los tres últimos años es del 46%, y la comisión de la IMF como canal de distribución es del 20%. Sin embargo, en Bolivia, la entrada de Aon en el mercado de los microseguros no ha dado lugar a una importante reducción de las tarifas de primas para los clientes finales. No obstante, el mercado sí se beneficia de una mayor gama de productos y, presumiblemente, de

niveles de servicio más elevados. De acuerdo con Aon Bolivia, la cuestión de evaluar la propuesta de valor de un mediador está fuera de lugar, especialmente cuando el mediador está involucrado en un nuevo e innovador comportamiento de creación de mercado. De manera general, la cuestión es si el mediador ha ayudado o no a desarrollar un mercado de microseguros, no si un mercado es más eficaz gracias a la participación de un mediador. Por lo tanto, el valor del mediador reside en su capacidad para crear un mercado a través de la innovación y para cambiar la mentalidad de las aseguradoras para que traten los microseguros como una línea de negocio independiente que tiene sus propias características únicas en vez de como una mera extensión de los seguros tradicionales.

23.3.2 Marsh India

En esta misma línea, Marsh India ha desarrollado una importante presencia y una gran cartera de microseguros actuando como creador de mercado. De esta manera, Marsh India puede proporcionar tanto a compañías de seguros (que tienen interés en capitalizar en el negocio de los microseguros) como a canales de distribución (que no suelen tener los recursos humanos o la capacidad financiera necesarios para implementar nuevos programas) servicios que les permitan iniciar o expandir sus actividades de microseguros. En concreto, Marsh India ha desarrollado un modelo empresarial que presta servicios de asesoramiento y consultoría apoyando la gestión y la aplicación de muchos de los programas de microseguros de salud promovidos por el gobierno que proliferan en India, como RSBY *(ver Capítulo 20).*

En el caso de RSBY, la función de Marsh India es variada, pero comienza durante el proceso de oferta periódico para cada estado o distrito. Marsh India trabajará en asociación con aseguradoras seleccionadas interesadas en hacer ofertas para un RSBY y actuará en calidad de asesor. Suponiendo que la aseguradora es seleccionada como portadora para el programa ofertado, Marsh India actuará entonces como mediador y asesorará a la compañía de seguros sobre la gestión y la aplicación del esquema, incluida la inscripción de titulares de pólizas, la selección de un administrador de siniestros, la auditoría y evaluación del rendimiento del plan, y la adquisición de reaseguros según sea necesario. Para cumplir la última función, Marsh India, junto con su empresa asociada Guy Carpenter, ha desarrollado un mercado de reaseguros para prestar apoyo a dichos planes. En algunos casos, Marsh India ha trabajado con sus clientes y reaseguradoras con el fin de determinar un precio para proponerlo en una oferta y, si la compañía tenía éxito, la reaseguradora proporcionaría una protección reaseguro de cuota-parte de hasta el 70%.

A día de hoy, Marsh India está trabajando con siete programas gubernamentales que representan a más de 85 millones de titulares de pólizas. Asimismo,

Marsh India está trabajando con aseguradoras asociadas y canales de distribución principales del país en el desarrollo de una serie de programas de microseguros del sector privado, que abarcan una amplia variedad de productos como seguros agrícolas, de catástrofes naturales y de vida.

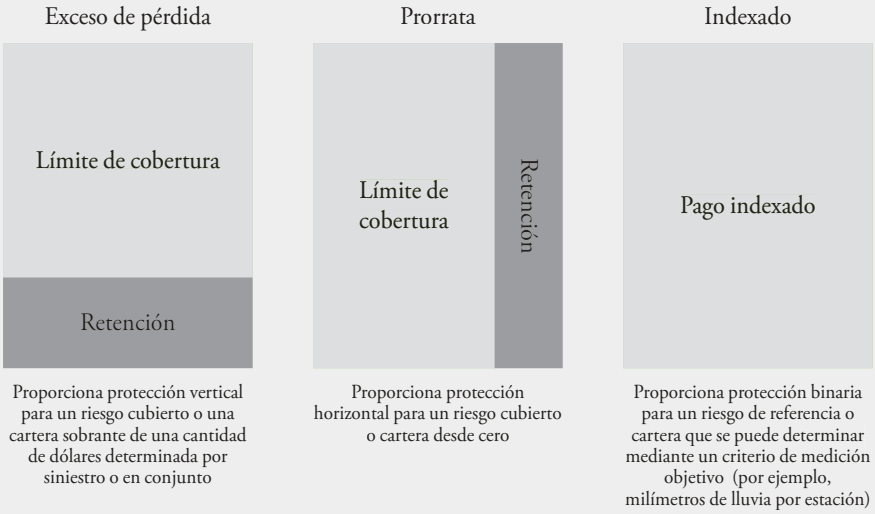
23.3.3 Corredores de reaseguros y microseguros

Los reaseguros (seguros para compañías de seguros) implican la transferencia de riesgo de las aseguradoras o cedentes a las reaseguradoras, que son un tipo especializado de compañía de seguros creado para suscribir y proteger las carteras de las aseguradoras. Las transacciones de reaseguros pueden adoptar muchas formas, como exceso de pérdida, prorrata e indexado *(ver Figura 23.3),* pero por lo general son empleadas por cedentes para obtener uno de los siguientes beneficios financieros y no financieros: reaseguro de financiación de patrimonio neto, capacidad mayor o agregada, estabilidad de resultados, protección contra catástrofes o acceso a asesoramiento especializado. En el contexto de los mercados de bajos ingresos, las microaseguradoras tienden a buscar apoyo en los micro-reaseguros para mejorar la experiencia de suscripción interna (Garand y Wipf, 2006), para reforzar la tolerancia limitada de riesgo covariante o minimizar el riesgo de fijación de precios de nuevos productos.

Al igual que ocurre en el negocio tradicional, una microaseguradora puede recurrir a un corredor para estructurar un acuerdo de reaseguro y llenar eficazmente el vacío de conocimiento entre aseguradoras y reaseguradoras. Uno de estos mediadores, Guy Carpenter, creó una unidad especial en 2008, GC Micro Risk Solutions, para facilitar la transferencia de diversos tipos de riesgos de microseguros al mercado de reaseguros internacional sobre una base comercial. Las transacciones de micro-reaseguros comerciales hasta la fecha incluyen un reaseguro de exceso de siniestralidad (un tipo de cobertura de exceso de pérdida) y un reaseguro cuota-parte (una forma de reaseguro prorrateado) para varias co-aseguradoras involucradas en un gran programa de enfermedades críticas promovido por el gobierno en India, un reaseguro cuota-parte de vida para una microaseguradora joven en África Meridional y un programa indexado para catástrofes que beneficia en última instancia a una IMF con sede en Haití *(ver Cuadro 4.5).*

Figura 23.3

Diversas estructuras de cobertura de reaseguros



Al igual que ocurre con los mediadores primarios, a Guy Carpenter se le suele solicitar que desarrolle un mercado. Esto significa respaldar proyectos de microseguros antes de que puedan reasegurarse con servicios de desarrollo de productos, o establecer asociaciones con aseguradoras primarias. GC Micro Risk Solutions cree que los canales de distribución, definidos de forma general como cualquier organización con una relación financiera existente o potencial con la población pobre, requerirán cada vez más dichos servicios si van a pasarse a líneas de microseguros más complejas y arriesgadas como la agricultura, la salud y la propiedad. Al mismo tiempo, muchas aseguradoras primarias alcanzarán rápidamente sus límites con respecto a conocimientos prácticos del producto y gestión de riesgos, haciendo que el acceso al capital de reaseguros y la experiencia sean cada vez más importantes para la expansión.

Por otra parte, la función de los reaseguros en el mercado de los microseguros cambiará indudablemente con el tiempo. A corto plazo, los reaseguros pueden tener un atractivo relativamente amplio, ya que el riesgo asociado con el negocio de los microseguros sigue siendo demasiado grande para que muchas aseguradoras primarias locales o sin experiencia lo asuman. No obstante, a medida que el mercado va madurando, las aseguradoras primarias irán adquiriendo más experiencia y se sentirán más cómodas con el riesgo de los microseguros. Cuando esto ocurra, la distinción entre los microseguros y los seguros tradicionales empezará a desdibujarse como una consecuencia natural del desarrollo económico. Si bien actualmente no está claro cuánto tiempo necesita este proceso de maduración, es cierto que ahora es el momento de que las compañías de reaseguros impongan y mantengan el valor en el desarrollo de los microseguros.

Las limitadas pruebas disponibles hasta la fecha sugieren que es posible cobrar comisiones por mediar en la protección de reaseguros para planes de microseguros que son lo bastante altos como para considerarse la base de un negocio comercial, aunque se desconoce si Guy Carpenter ya ha alcanzado el umbral de rentabilidad. Esta cuestión resulta más interesante si se considera que la mayor parte de las primas de micro-reaseguros de Guy Carpenter negociadas se derivan del programa de seguros de salud promovido por el gobierno indio para la población pobre, que también es el acuerdo más importante para PlaNet Guarantee. Resumiendo, el número de acuerdos de micro-reaseguros comerciales actualmente es limitado.

La propuesta de valor de un mediador de micro-reaseguros, como la de un mediador de microseguros, no puede medirse de manera precisa únicamente a través del aumento de la eficacia, porque un mercado de micro-reaseguros directo aún tiene que desarrollar una base adecuada para realizar comparaciones. Es necesario adoptar una perspectiva más amplia. Es importante considerar qué puede aportar un solo mediador de reaseguros que sea mejor que lo que ofrecen otros creadores de mercado que trabajan para desarrollar innovaciones en el campo.

23.4 El valor de la mediación de microseguros

La cuestión del valor de la mediación de seguros debería abordarse desde el punto de vista del cliente y desde el punto de vista de la aseguradora, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo del mercado y el motivo de la creación del mediador. Sin embargo, durante la fase de desarrollo del mercado la mayor parte de estas consideraciones son principalmente teóricas, porque la información es demasiado escasa y hay pocos mercados comparables, lo cual limita las posibilidades de realizar un análisis estadístico.

En los mercados de seguros tradicionales, la mayor parte del valor creado a través de la mediación está relacionado con los servicios de intermediación, es decir, encontrar el mejor seguro existente para responder a las necesidades de un cliente. La propuesta de valor del mediador es la información sobre el mercado y la eficacia a la hora de encontrar el producto adecuado, aunque los mediadores también pueden aportar valor asesorando al cliente sobre estrategias de gestión de riesgos e incitando a las aseguradoras a innovar en aquellas áreas en las que detecten necesidades no satisfechas de los clientes. La neutralidad del mediador es importante, especialmente para el cliente, porque la neutralidad asegurará que los clientes obtienen el mejor acuerdo. Sin embargo, es difícil conseguir una neutralidad total, porque los mediadores suelen cobrar comisiones por las primas que negocian. Desde la perspectiva del cliente, el valor tiende a ser más alto cuando el mercado del mediador es competitivo. Las aseguradoras, por otra

parte, se benefician cuando los mediadores les traen nuevos clientes; los mediadores hacen una selección de los clientes y solo presentarán a aquellos a quienes la aseguradora esté interesada en ofrecer un producto. Probablemente esto resulta más barato para las aseguradoras que contactar y seleccionar nuevos clientes directamente. Desde la perspectiva del desarrollo de mercado, los mediadores pueden aumentar la eficiencia en un entorno de mercado desarrollado y competitivo, recopilar y publicar datos, y ofrecer una "segunda opinión" sobre cuestiones como la elaboración de modelos de riesgos naturales.

A diferencia del mercado de seguros tradicional, en los microseguros la mayoría de los mercados no están lo suficientemente desarrollados como para dejar margen para servicios de intermediación. En lugar de eso, los mediadores tienen que crear un mercado. La creación de mercado requiere una serie de competencias diferentes a las que necesitan los mediadores tradicionales y la propuesta de valor también es definitivamente distinta para los microseguros. La respuesta a la cuestión del valor desde la perspectiva de un cliente de microseguros tiene que matizarse; los clientes a menudo tienen que aprender sobre los microseguros antes de considerar la compra de tal producto. Una vez generada la demanda, a diferencia de los mercados de seguros tradicionales, los clientes no encontrarán necesariamente una amplia gama de productos de la que poder elegir. En consecuencia, el valor de la actividad del mediador de microseguros, desde la perspectiva de un cliente, reside en construir un mercado formar que satisfaga sus necesidades. Esto es distinto a identificar el mejor producto y reducir los costes globales como hacen los mediadores tradicionales. En mercados de microseguros más desarrollados, los mediadores pueden ofrecer una combinación de servicios de creación de mercado e intermediación, lo cual incluye el aumento de la eficacia a través de economías de escala en la parte administrativa, impulsando la innovación mediante la explotación de sus múltiples relaciones con compañías de seguros más grandes y aumentando la competencia entre las aseguradoras.

Desde la perspectiva de una aseguradora, el mediador de microseguros puede facilitar valiosa información sobre un mercado potencial. Esta información indica el tamaño del mercado, la estructura de la demanda y la tipología de cliente, datos sobre riesgos específicos e información sobre cómo llegar mejor a los clientes. Por ejemplo, Weather Risk Management Services (WRMS), un corredor de seguros contra las inclemencias exclusivo, ayudó a lanzar el mercado del seguro indexado en India, no solo facilitando los contratos entre las aseguradoras y los canales de distribución, sino también digitalizando datos de estaciones meteorológicas no automatizadas y desarrollando los modelos de riesgo necesarios para el diseño de productos *(ver Capítulo 20).* Un mediador de microseguros también puede ofrece diversos servicios de atención al público y de administración, puesto que muchas compañías de seguros carecen de la capaci-

dad técnica necesaria para gestionar grandes volúmenes adicionales de productos con márgenes bajos.

La información sobre el mercado recogida por los mediadores y sus diversos recursos de transferencia de riesgos puede ser sumamente útil para los representantes de las microaseguradoras. De los mediadores sondeados en este capítulo, tanto MicroEnsure como PlaNet Guarantee han recopilado conjuntos de datos privados y públicos y elaborado información basada en ellos que es importante para el sector.

La perspectiva de desarrollo del mercado puede ser la más importante en la mediación de microseguros; crear demanda y oferta, impulsar la innovación en todos los frentes y establecer estructuras de servicio eficaces es sumamente importante para el desarrollo del mercado *(ver Cuadro 23.2)*. Los mediadores de microseguros desempeñan una función única en la ejecución de estas tareas, ya que los mediadores poseen conocimientos sobre las necesidades y requisitos específicos del mercado de bajos ingresos y el funcionamiento de las compañías de seguros comerciales. El desarrollo del mercado es una necesidad para los mediadores, ya que les permite establecer su propia base económica.

Cuadro 23.2

Mediadores como creadores de mercado: MicroEnsure en Filipinas

Filipinas ha experimentado enormes mejoras en cuanto a microseguros gracias a un importante esfuerzo coordinado entre agencias gubernamentales, donantes, algunas aseguradoras del sector privado y sus asociaciones, asociaciones de beneficio mutuo (MBA) y canales de distribución como la asociación de banqueros rurales. Este esfuerzo ha conducido a un cambio en el paradigma que aún se está produciendo. Como mediador que facilita las relaciones entre IMF y aseguradoras en este mercado, MicroEnsure desempeñó una útil función ampliando las fronteras y promoviendo un microseguro de gran valor.

Basándose inicialmente en su relación con una gran IMF, MicroEnsure ha cosechado éxito financiero en Filipinas, que hasta ahora es su principal país de actividad. MicroEnsure ha conseguido esto ofreciendo a las aseguradoras locales servicios administrativos para administrar pólizas para sus bases de clientes existentes. Partiendo de una base de clientes inicial de 240 000 vidas cubiertas, así como de efectos de demostración positivos, las operaciones se expandieron con rapidez. A finales de 2010, MicroEnsure Philippines había trabajado con más de 20 IMF, dando servicio a más de un millón de clientes.

En su primera fase de introducción en el mercado contribuyeron al crecimiento nuevas asociaciones con IMF. Con el tiempo, la venta cruzada de diferentes productos a clientes existentes fue adquiriendo importancia. Ambos factores pueden estar empezando a nivelarse, por lo que el crecimiento futuro solo será posible si MicroEnsure puede acceder a nuevos canales de distribución además de las IMF.

El planteamiento de MicroEnsure, que implica productos sencillos, requisitos de suscripción simples, beneficios en función de la demanda con primas justas, y procedimientos de reclamación por siniestro sencillos, ha servido como sólido ejemplo y refuerzo del trabajo de otros. A pesar de su éxito, MicroEnsure se enfrenta a retos planteados por las MBA y algunas aseguradoras que luchan por mejorar su propuesta de valor prestando un servicio más simple, mejor y más rápido al mercado de bajos ingresos. La posible erosión de la cuota de mercado para MicroEnsure muestra que, aunque contribuyera a mejorar el mercado de los microseguros en Filipinas, el mercado se mueve con rapidez y es fácil que un corredor pierda su ventaja competitiva.

Siguiendo adelante, si los mediadores tienen éxito con sus actividades de creación de mercado, es probable que la propuesta de valor cambie. Si los mediadores de microseguros siguen teniendo un papel, será necesario hacer frente a tres retos para garantizar que los intereses de los corredores y los clientes están correctamente alineados:

1) **Aumentar la competencia:** La ausencia de competencia directa en el campo de los mediadores primarios significa que los clientes no podrán tomar decisiones más informadas cuando tengan que elegir entre distintos proveedores de servicios de gestión de riesgos. No obstante, dado el limitado número de actores en la mayoría de los mercados actuales, puede ser difícil que un mediador entre en ellos y compita directamente con un mediador ya establecido. El mediador "titular", si tiene éxito, ya habrá establecido relaciones con la mayoría de los socios de canales de distribución con gran potencial, restringiendo así las opciones del segundo mediador. La incursión de los corredores convencionales en los microseguros puede estimular dicha competencia si las experiencias de Aon Bolivia y Marsh India pueden repetirse.
2) **Dependencia de los canales de distribución:** Además de vincular los canales de distribución con proveedores de seguros, los mediadores de microseguros también ofrecen servicios de administración de carteras. En la mayoría de los casos en los que un mediador administraba la cartera, los clientes no eran realmente libres de elegir estos servicios, porque estos normalmente venían con el paquete de gestión de riesgos globales incluido, vendido como una pieza integrante de la propuesta de valor total. Con soluciones de software especializadas y costes-beneficios obtenidos de economías de escala y un modelo empresarial simplificado centrado en la producción, los mediadores de microseguros deberían poder administrar la cartera con mucha más rentabilidad que las aseguradoras. Esto es conveniente para todos los implicados, especialmente cuando muchos jugadores de los microseguros luchan por la selección y la aplicación de soluciones de software eficaces.

No obstante, el posible inconveniente es el desafío potencial de llevarse la cartera a un mediador de la competencia o utilizar el canal directo en el futuro. Esto es válido tanto para los canales de distribución como para las microaseguradoras. Para ambos, la cuestión crucial es si desean invertir en sus propios negocios de microseguros, acumulando conocimientos y experiencia internamente y, en última instancia, impulsando el mercado ellos mismos, o si desean recurrir a un tercero para que haga la mayor parte de este trabajo. Para quienes desean tantear la situación y tomar decisiones a largo plazo más adelante, trabajar a través de un mediador suele ser una buena idea. Sin embargo, los canales de distribución y las microaseguradoras deberían asegurarse de que aún tienen la posibilidad de tomar decisiones estratégicas más tarde, incluso llevarse el negocio a otro portador o proveedor de servicios.

3) **Ningún incentivo para reducir las primas:** Generalmente hablando, la propuesta de valor de un mediador de microseguros es triple: primero, recopilar información del mercado y hacer comprender a los posibles clientes el valor de la transferencia de riesgo; segundo, impulsar la innovación a través de la comunicación, la educación y la negociación con compañías de seguros; y tercero, administrar las carteras con eficacia. Los dos primeros servicios son especialmente interesantes para nuevos participantes en el mercado de los microseguros, especialmente aquellos que desean participar en la ampliación de las fronteras de las microfinanzas. El último, la administración de las carteras, tiene especial valor para jugadores pequeños o en mercados en los que el mediador tiene ventajas significativas en lo que a economías de escala se refiere, lo que justificaría la subcontratación de la administración de la cartera incluso para compañías de seguros grandes. Mientras que la administración de carteras puede seguir siendo valiosa con el tiempo, puede que los dos primeros servicios no lo sean. El conocimiento del mercado es de vital importancia en la fase de desarrollo de un mercado de seguros, pero no todos los clientes están siempre dispuestos a cambiar de proveedor si están contentos con los productos y servicios que reciben. Igualmente, los canales de distribución, los clientes directos del mediador, no están constantemente interesados en la innovación de los productos.

La mayoría de los mediadores cobran por sus servicios una comisión en función del volumen: puede tratarse de una cantidad fija por transacción o por póliza, o de un porcentaje de las primas globales generadas por el negocio en el que está mediando. En ambos casos, el mediador tiene un claro interés en ampliar su negocio, pero no necesariamente en reducir más los costes una vez se haya establecido un flujo de prima, especialmente si la comisión está positivamente correlacionada con la prima generada. Esto implica que los mediadores solo tienen interés en negociar el acuerdo más rentable para un cliente cuando corren el peligro de perder el negocio. Puesto que hay poca competencia, los clientes de mediadores de microseguros pueden considerar la creación de garan-

tías en sus contratos, tales como comisiones basadas en el rendimiento, para protegerse frente a cualquier posible comportamiento displicente.

Además, el precio es solo un aspecto para determinar un buen acuerdo; el servicio postproducción, la prontitud en el pago de indemnizaciones y los servicios analíticos de valor añadido son factores importantes a la hora de decidir el valor de las aportaciones recibidas. Los mediadores normalmente invierten una cantidad considerable de tiempo y esfuerzo cuando cierran un nuevo acuerdo, a menudo de forma gratuita. La mayor parte del valor añadido a través de la información sobre el mercado y la innovación en los productos conlleva costes iniciales, mientras que la administración de la cartera está vinculada con un flujo de servicio estable. Los mediadores tienen que recuperar estos costes iniciales, pero normalmente no se les ha pagado explícitamente por ellos, es decir, tienen que tener en cuenta estos costes en su estructura de precios basada en el volumen. Por lo tanto, es importante proponer una estructura de remuneración razonable que motive a los mediadores a buscar continuamente el mejor acuerdo para sus clientes. También es necesario garantizar la renegociación de las tarifas de primas y servicios, especialmente después de un período determinado durante el cual no se ha aplicado ningún cambio ni innovación favorable.

23.5 Conclusiones

Los microseguros son una industria emergente y suponen una parte relativamente pequeña de la actividad de la mayoría de las aseguradoras comerciales y canales de distribución. El enfoque limitado de estas partes cruciales en la cadena de suministro de los microseguros puede explicar el lento desarrollo de los microseguros en algunos mercados. En casos específicos, las aseguradoras o los canales de distribución pueden impulsar la innovación de manera independiente y desarrollar modelos de trabajo eficaces, aunque, en la mayoría de los casos, no tienen suficiente motivación para ampliar los límites de los productos, servicios y procesos de los microseguros. Esto no resulta sorprendente si se considera que tales organizaciones provienen de y se centran en otras esferas, como los seguros tradicionales, los microcréditos y los seguros minoristas.

Quizá no se les puede pedir más a las aseguradoras y canales de distribución. Considerando esta realidad, los mediadores pueden ser necesarios como creadores de mercado para desarrollar, promocionar e innovar para que los microseguros puedan desarrollar todo su potencial. No obstante, se necesita un planteamiento diferente de la mediación de seguros. Dados los singulares requisitos prácticos de dar servicio al mercado de bajos ingresos y de promover un cambio en el paradigma en el sector de los seguros, los mediadores de microseguros pueden exigir soluciones verticales completas para crear un mercado desde el desarrollo de productos, la distribución básica y la administración de siniestros para

posicionar los microseguros en la cartera. Muchos de los mediadores descritos en este capítulo parecen bien preparados para integrar y aplicar dichas soluciones.

Los retos que plantean los microseguros se ejemplifican a través de las necesidades encontradas de los participantes de la cadena de valor: las aseguradoras, los mediadores y los canales de distribución tienen que cubrir sus costes y ganar un margen justo, mientras al mismo tiempo ofrecen a los consumidores un producto de gran valor con una prima baja. Todos los mediadores centrados en los microseguros han experimentado dificultades financieras y un menor volumen de negocios de lo que se había previsto inicialmente, y han tenido que realizar importantes ajustes en sus estrategias para encontrar una forma de alcanzar el umbral de rentabilidad. Desarrollar negocios de microseguros sostenibles requiere su tiempo. Sin embargo, aún no se ha demostrado que exista una oportunidad de negocio para los mediadores de microseguros.

Los mediadores comerciales descritos que cuentan con ofertas de productos combinados posiblemente están mejor posicionados para obtener rentabilidad debido a las economías generadas por la oferta de negocios a lo largo del continuo del mercado de seguros.

A pesar de la incierta oportunidad de negocio, es obvio que existe una función potencialmente importante para los mediadores. Si se gestiona de manera eficaz, la función del mediador puede resultar una importante fuerza impulsora para ampliar el sector de los microseguros. Tenemos que observar los esfuerzos que ahora se están realizando para transformar estas entidades mientras trabajan para encontrar la armonía adecuada entre la función del creador de mercado de microseguros y una estructura que pueda ser rentable. Es bastante posible que la solución resida en que las aseguradoras establezcan departamentos de microseguros en parte independientes. Los resultados de explotación y los problemas iniciales podrían delimitarse claramente con respecto a las operaciones principales de la aseguradora. Los accionistas y la Junta de la aseguradora tendrían que extender a este departamento la visión y la paciencia que el mercado de los microseguros ahora tan obviamente necesita para lograr un éxito a largo plazo.

VIII Infraestructura y entorno del microseguro

24 La revolución tecnológica en el microseguro

Anja Smith, Eric Gerelle, Michiel Berende y Grieve Chelwa

Este capítulo presenta las aportaciones y los comentarios de Doubell Chamberlain (Cenfri). Los autores también agradecen las contribuciones y los consejos de Pranav Prashad (OIT) y Rupalee Ruchismita (CIRM).

El panorama de la tecnología en los países en vías de desarrollo está cambiando a un ritmo sorprendente. Esto ofrece un sinnúmero de oportunidades para aquellos operadores del sector financiero que deseen expandirse a mercados antes inalcanzables en dichos países. Este capítulo aborda el papel desempeñado por la tecnología a la hora de proveer microseguros a clientes de bajos ingresos en todo el mundo. Si bien la tecnología puede definirse como cualquier herramienta que ayuda a ofrecer mejores servicios comparado con las alternativas disponibles, este capítulo analiza específicamente la función que desempeñan las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), principalmente los dispositivos electrónicos y el software asociado.

Esta primera sección examina brevemente los beneficios relacionados con la tecnología, al tiempo que analiza algunos de los riesgos que ésta conlleva. Las tres siguientes secciones describen el modo en que la tecnología puede respaldar diferentes facetas en los procesos del microseguro: 1) funciones de interfaz con el cliente, 2) procesamiento de transacciones y 3) análisis de datos. La última sección examina el presente y el futuro de los teléfonos móviles como una categoría única de tecnología en el microseguro.

24.1 Ventajas y riesgos de la tecnología en el microseguro

La tecnología tiene el potencial de satisfacer varios retos fundamentales en la provisión de microseguros, a saber, mejorar la asequibilidad, llegar a los clientes, especialmente a aquéllos en zonas remotas, cobrar primas baratas y pagar indemnizaciones justificadas. Al tiempo que aborda estos retos específicos, la tecnología podría ofrecer una serie de ventajas junto con la cadena de valor del microseguro como, por ejemplo:

Reducción de los costes administrativos: Históricamente, el seguro ha sido un sector basado en el papel, con folletos de marketing, formularios de solicitud y reclamaciones, así como documentos de pólizas. Para agilizar los sistemas y reducir los costes, el microseguro necesita dejar atrás el papel y la tecnología puede hacer que esto sea posible. Las TIC pueden utilizarse cada vez más en procesos administrativos eficaces y exentos de papel, de modo que se reducen los

costes por cliente. Con el paso del tiempo, el aumento de eficacia podría reflejarse en primas más bajas, incrementando las ventas del producto, de modo que se compensarían algunos de los costes incurridos en tecnología.

Acceder a nuevos mercados: Por lo general, los hogares de bajos ingresos no utilizan servicios bancarios, siendo este aspecto una barrera para acceder al seguro. Esto está cambiando. A través de teléfonos móviles, tarjetas inteligentes y nuevos sistemas de pago, está siendo posible cobrar primas a clientes que no disponen de cuenta bancaria. Asimismo, las microaseguradoras pueden hacer uso de la tecnología para comunicarse con sus clientes a través de mensajes de voz o de texto allí donde antaño era inviable una comunicación periódica, reduciendo los costes de desplazamiento tanto para el asegurado como para la aseguradora.

Vincularse a diferentes operaciones: Las TIC pueden brindar un apoyo significativo a las microaseguradoras con vistas a ampliar su negocio, principalmente relacionándolas con grupos de clientes existentes en otras operaciones como, por ejemplo, bancos (bancaseguros), minoristas o instituciones microfinancieras (IMF). Esto aumenta el número y la variedad de canales que pueden ofrecer productos de seguros.

Mejorar el servicio al cliente: Desde el punto de vista del cliente, el proceso de utilizar el seguro y sus beneficios puede ser intimidante. El microseguro tiene que derribar estas barreras y mejorar el acceso. Debe resultar fácil para el cliente comprender la cobertura, inscribirse, pagar primas y presentar reclamaciones. A este respecto, la tecnología puede dar un gran impulso, reduciendo los costes de transacción de los clientes y facilitándoles la recepción de respuestas a sus preguntas, así como el pago de indemnizaciones con mayor celeridad. A su vez, se fomentará la confianza en el seguro.

Reducir el fraude: La identificación de las personas y los bienes asegurados, especialmente en países sin sistemas de identificación nacional o sin direcciones funcionales, ha impedido el desarrollo del microseguro. Sin embargo, la tecnología está interceptando para resolver el problema, reduciendo el fraude a través de medios más eficaces para identificar a los clientes y sus bienes asegurados.

Mejor comprensión del mercado: Varias de las tecnologías tratadas en este capítulo permiten a las microaseguradoras evaluar y gestionar mejor el riesgo. Además, muchas de estas tecnologías conservan datos del cliente, lo que permite a las microaseguradoras y a sus socios de distribución formarse una idea detallada de los clientes actuales y potenciales, así como de sus necesidades en cuanto a productos. Poder acceder a datos de clientes, usos del producto, costes de servicios y demás información fundamental contribuye al desarrollo, la gestión y la fijación de precios de seguros rentables.

Sin embargo, estos beneficios no están exentos de algunas salvedades. Quizá la más importante es que la tecnología sólo puede aportar estos beneficios cuando se establecen los sistemas y procesos empresariales adecuados. Debe prestarse especial atención a los siguientes aspectos:

- Existe una tendencia a mostrarse demasiado entusiasmado acerca de la próxima solución digital, pero conviene saber primero cuáles son los problemas que han de resolverse y, a continuación, comprobar si la tecnología encaja bien.
- Las aplicaciones tecnológicas tienen que adaptarse para satisfacer las necesidades de los socios distribuidores que trabajan en sectores específicos (por ejemplo, bancos e IMF), y también deben orientarse a medidas claras de rendimiento para permitir que los usuarios de tecnología confirmen si realmente añaden valor.
- Tiene que implementarse la tecnología en una secuencia que permita aprender y crear competencias antes de poner en marcha el siguiente nivel de tecnología.
- Un mejor uso de las herramientas de análisis de datos requerirá una mayor estandarización del formato de datos y de los procedimientos de recogida de datos.
- Algunas veces, las soluciones de alta tecnología no pueden hacer frente a entornos difíciles con temperaturas y precipitaciones extremas en las que generalmente viven y trabajan los clientes de los microseguros. Una conectividad deficiente también puede socavar la inversión en tecnología.
- La falta de seguridad de algunos proveedores de tecnología es también otro reto al que se enfrentan los proveedores de microseguros, los cuales necesitan un servicio permanente para respaldar el desarrollo tecnológico.
- Las inversiones en tecnología deben acompañarse de inversiones complementarias en capital humano para garantizar que el personal pueda aprovecharse al máximo de la tecnología recién implementada.

Para ayudar a los proveedores de microseguros a evitar los riesgos y aprovecharse de las oportunidades, el *Microinsurance Network's Technology Working Group* (Grupo de trabajo sobre Tecnología de Microinsurance Network) analizó en 2008 el panorama de la tecnología en el microseguro (ver Cuadro 24.1 para obtener información sobre las actividades del grupo de trabajo). El análisis identificó tres categorías principales de tecnología que son importantes para el microseguro: 1) mecanismos de interfaz con el cliente, 2) procesamiento de transacciones, incluidos los sistemas de información para la administración (MIS) y 3) análisis de datos, tal y como ilustra la Tabla 24.1. El alcance y el tipo de estas tres categorías de tecnología se tratan más detalladamente en el resto de este capítulo.

Tabla 24.1

Principales categorías de tecnología en microseguros

Interfaz con el cliente		*Procesamiento de transacciones*	*Análisis de datos*
Inscripción y pago de prima	*Verificación del siniestro*		
– Teléfono móvil con sistema de posicionamiento global (GPS) – Servicio de mensajes cortos (SMS) – Tarjeta inteligente – Terminal punto de venta (TPV) – Módulo de identidad del suscriptor (SIM) – Plataforma de pagos móviles – Proveedor de servicios inalámbricos (WASP) – Servicio general de paquetes vía radio (GPRS)	– Dispositivo de identificación por radiofrecuencia (RFID) – Biometría – Índices meteorológicos – Uso de tecnología – Diagnóstico remoto	– Software como servicio (SaaS) – Centro de llamadas – Sistemas de información para la administración (MIS) – Voz sobre protocolo de Internet (VOIP) – Estandarización de datos	– Análisis de bases de datos – Datos de estaciones meteorológicas – Datos de imágenes por satélite

Fuente: Adaptado de Gerelle y Berende, 2008.

Cuadro 24.1

Grupo de trabajo sobre tecnología de Microinsurance Network

El grupo de trabajo sobre tecnología se centra en sistemas y servicios de recogida de datos, comunicación e información para la administración con el fin de respaldar a los usuarios de microseguros y a los formadores que trabajan con estas organizaciones. En 2008, el grupo de trabajo y el Fondo para la Innovación en Microseguro de la OIT elaboraron un inventario de tecnologías de la información que podía aplicarse a la hora de ampliar los servicios de seguros a los hogares de bajos ingresos (ver Gerelle y Berende, 2008). Los objetivos del estudio consistían en catalogar e ilustrar las tecnologías utilizadas o potencialmente utilizables en el ámbito del microseguro.

En 2010, el grupo de trabajo publicó un inventario online que analizaba sistemas de software específicamente diseñados para el microseguro. Los primeros sistemas de este inventario se refieren a la etapa de procesamiento de transacciones de la tecnología del microseguro. El sitio web permite a los usuarios buscar, filtrar y examinar cada uno de los productos de software enumerados en el inventario por tipo, idioma, tamaño de institución, características y ubicación del proveedor.

En los próximos años, se espera que se amplíe el inventario para incluir los niveles de análisis de datos e interfaz con el cliente examinando tecnologías como la de los teléfonos móviles, las tarjetas inteligentes, los TPVs, así como dispositivos biométricos y RFID.

Fuente: Adaptado de www.microinsurancenetwork.org.

24.2 Tecnología de interfaz con el cliente

El éxito de los productos de microseguros depende enormemente del grado en que personas de bajos ingresos pueden interactuar de forma constante con el asegurador o sus mediadores y en que la tecnología puede facilitar esta interacción. Esta sección aborda dos dimensiones de tecnología de interfaz con el cliente: 1) inscripción y cobro de primas y 2) verificación del siniestro y pago de indemnizaciones.

24.2.1 Inscripción y cobro de primas

La tecnología puede contribuir en gran medida al proceso de inscripción de clientes y cobro de primas. Estos procesos pueden ser respaldados por diferentes tecnologías, entre ellas, teléfonos móviles con GPS para la inscripción de clientes y el uso de tarjetas inteligentes, tiempo de llamada y un sistema de pago móvil para abonar primas tal y como se indica en la Tabla 24.2 y a continuación.

Tabla 24.2 **Tecnología para inscripción de clientes y pago de primas**

	Teléfono móvil para inscripción	*Tarjeta inteligente*	*Tiempo de llamada*	*Sistema de pago móvil*
Características	El distribuidor utiliza teléfonos móviles con GPS para registrar a los clientes y cobrar la primera prima (en efectivo, aunque se comunica el recibo al asegurador a través del teléfono móvil)	El valor almacenado en tarjetas SIM puede utilizarse para realizar pagos de primas	Los pagos de las primas se realizan deduciendo directamente el tiempo de llamada; por lo tanto, el tiempo de llamada se tiene que convertir en efectivo	La prima se deduce de la cartera móvil del cliente; por lo tanto, el pago se realiza en forma de dinero móvil
Ventajas	Los distribuidores (por ejemplo, propietarios de pequeñas tiendas de comestibles o proveedores de insumos agrícolas) conectados mediante la tecnología ofrecen una red de puntos de distribución adecuados	Los pagos pueden realizarse con los sistemas offline; la tarjeta puede servir como ID; tiene capacidad de almacenaje (por ejemplo, historiales médicos)	Los clientes no necesitan cuenta bancaria para pagar las primas	No se necesita cuenta bancaria. La cartera móvil puede utilizarse tanto para pagar primas como para liquidar siniestros
Desventajas	Es preciso que el distribuidor esté online o conectado a la red; no es apto para zonas rurales sin cobertura de red	Distribución costosa; los lectores de tarjetas inteligentes pueden ser caros	Los costes de la tecnología WASP necesaria para convertir tiempo de llamada en dinero real pueden ser prohibitivos	El mantenimiento de la plataforma de pagos móviles suele ser caro; si se marca un número erróneo y se carga dinero a una cuenta, es muy difícil recuperarlo
Ejemplo	Take-it-Eezi y Hollard (Sudáfrica), Max Vijay (India)	HDFC Ergo Revive (India)	Cover2go (Sudáfrica), Safari Bima (Kenya) y AKSItext (Filipinas)	M-PESA (Kenia)

Fuente: Autores

La asociación entre la compañía de seguros sudafricana Hollard Insurance y la red de distribuidores rurales Take-it-Eezi ilustra el uso de **teléfonos móviles en la inscripción de clientes** (Smith y Smit, 2010a). Take-it-Eezi es una iniciativa de imagen de marca que permite a una red de 18.000 agentes independientes vender tiempo de llamada prepago, electricidad y seguros en zonas que antes no tenían acceso a estos productos. Cada distribuidor tiene un teléfono móvil con GPS. Para ventas de seguros, una vez que el distribuidor haya cobrado la primera prima del cliente y dotado al cliente de un kit inicial de seguros, el distribuidor carga el número de póliza y el número de identidad nacional del cliente en un servidor central que utiliza la plataforma de pago Take-it-Eezi operada a través del teléfono móvil. Los centros de llamadas también se encargan de recabar información más detallada del cliente durante el proceso de inscripción. En el caso de Take-It-Eezi, una vez recibidos los números de teléfono y de identidad del titular de la póliza, un centro de llamadas operado por una administradora de seguros, la Best Funeral Society, llama al cliente para obtener información detallada del beneficiario y/o facilitar más información sobre el producto.

Del mismo modo, en Brasil, la empresa de tecnología Vayon ha desarrollado un sencillo sistema de inscripción a través del teléfono móvil que permite al agente enviar un SMS con el número de identidad del nuevo cliente a una base de datos nacional que, a continuación, rellena automáticamente el formulario con los datos pertinentes, entre ellos, la fecha de nacimiento, la situación laboral, el estado civil y la dirección. Esto no sólo agiliza el proceso de inscripción, sino que también reduce errores en la entrada de datos.

La llegada de la tecnología de **tarjetas inteligentes** significa que los clientes pueden pagar primas sin disponer de cuenta bancaria. La tecnología de tarjetas inteligentes permite que se almacene dinero en un chip de circuito integrado, de modo que los pagos pueden realizarse sin que el cliente tenga que estar online o conectado a una red. Esto es especialmente importante cuando el microseguro tiene que desarrollarse de forma eficaz en zonas con conectividad limitada. Por ejemplo, en la India, clientes de la póliza de accidentes personales Revive de HDFC Ergo pueden pagar sus primas utilizando tecnología de tarjetas inteligentes suministrada por FINO.[1]

[1] Financial Information Network and Operations Ltd (FINO) es un proveedor de plataformas de pago tecnológicas en la India *(ver Cuadro 25.6)*.

El tiempo de llamada normal también se está utilizando para facilitar el pago de las primas. A diferencia de las tarjetas inteligentes, un pago a través del tiempo de llamada requiere que el cliente esté conectado a la red de telefonía móvil, de modo que el teléfono del cliente pueda comunicarse con el intermediario de pago (operador de redes móviles) o la compañía de seguros. Han surgido varios productos de accidentes personales que utilizan este método, entre ellos, Metropolitan en Sudáfrica (Cover2go), Kenya Orient (Safari Bima) y Philam Life en Filipinas (AKSItext – *ver Cuadro 24.2*). Estas pólizas pueden emitirse a través de un mensaje de texto, realizándose el pago de la prima mediante deducción del tiempo de llamada.

Tanto para el producto Cover2go como para Safari Bima, un proveedor de servicios inalámbricos (WASP) es responsable de convertir el **tiempo de llamada** en dinero real. La experiencia de ambos productos indica que el WASP se lleva gran parte de la prima, dado que la comisión puede suponer hasta el 40%. Si bien la tecnología permite distribuir el producto facilitando el pago de las primas, en este caso tiene un impacto considerable en la prima de riesgo existente disponible para ofrecer cobertura al cliente (Smith y Smit, 2010c).

Cuadro 24.2 **Pagos de primas deduciendo tiempo de llamada: el caso de AKSItext**

Se compra el seguro de accidentes AKSItext de Philam Life enviando un mensaje de texto que contiene el nombre, la fecha de nacimiento y la dirección postal de la persona a un número específico. La cobertura comienza 24 horas después de la recepción del mensaje de confirmación que contiene el número de póliza de la persona. Primas de 0,25 USD ofrecen una cobertura de unos 250 USD durante 15 días, y se deducen automáticamente del tiempo de llamada disponible en caso de utilizar la fórmula prepago, o se añade a la factura postpago del asegurado. Las indemnizaciones se pagan directamente desde las oficinas de Philam Life mediante un cheque que puede cobrarse en efectivo en cualquier banco.

Fuente: Adaptado de Smith et al., 2009.

La cuarta fórmula utiliza una cartera móvil o **plataforma de dinero móvil** para facilitar el pago de primas a través de teléfonos móviles. Una plataforma de dinero móvil, como M-PESA en Kenia *(ver Cuadro 24.4),* esquiva la tecnología de transferencias bancarias tradicional y es especialmente útil en zonas con poca o ninguna infraestructura donde la población carece en su mayoría de cuenta bancaria. Para el seguro, ofrece un práctico mecanismo para el cobro de primas, tal y como ilustra el seguro indexado frente a riesgos climáticos Kilimo Salama de Syngenta Foundation en Kenia *(Cuadro 24.3).*

Cuadro 24.3 **Papel que desempeña la tecnología en las ventas y el cobro de primas: el caso de Kilimo Salama**

La experiencia de Kilimo Salama ilustra claramente cómo la tecnología puede utilizarse para diferentes funciones a la hora de ofrecer viabilidad a un producto de microseguro. Kilimo Salama es un seguro agrícola indexado lanzado en marzo de 2009 que cubría inicialmente a tan solo 200 agricultores del maíz, basándose en datos recogidos por dos estaciones meteorológicas. Desde entonces, el proyecto ha crecido, utiliza ahora 30 estaciones meteorológicas y brinda cobertura a 22.000 agricultores que cultivan maíz, sorgo, algodón, judías y café.

Kilimo Salama (que significa "agricultura segura" en swahili) es una asociación entre Syngenta Foundation, Safaricom, el mayor operador de redes móviles de Kenia, y UAP, una gran compañía de seguros generales. El producto cubre los insumos agrícolas de los agricultores (por ejemplo, fertilizantes, semillas y pesticidas) en caso de sequía o precipitaciones excesivas. El producto está indexado, lo que significa que los pagos se desencadenan en función de los índices de precipitaciones. Durante la temporada de plantación, la lluvia real se calcula utilizando una estación meteorológica alimentada con energía solar en cada zona. Si las precipitaciones son superiores o inferiores a unos umbrales determinados, se paga una indemnización. El valor de la indemnización depende del grado en que las precipitaciones difieren del umbral.

Kilimo Salama se vende a través de dos canales: grandes clientes y minoristas. En lo que respecta a los grandes clientes, el producto se vende a través de entidades del sector, por ejemplo, empresas de semillas, molineros de algodón, bancos e instituciones microfinancieras, que tienen interés en la asegurabilidad de la producción y/o los insumos agrícolas. En lo que respecta al canal minorista, el producto se vende a base voluntaria a través de 110 distribuidores agrícolas, los cuales dependen de la tecnología para respaldar los procesos de inscripción y cobro de primas.

El pilar administrativo de Kilimo Salama es una tecnología totalmente automatizada y exenta de papel, desarrollada por la Syngenta Foundation que utiliza teléfonos móviles con software de Java hecho a medida como dispositivos de suscripción en los puntos de venta. Los teléfonos móviles envían información del cliente a un servidor central utilizando tecnología GPRS. A su vez, el servidor se comunica con el agricultor asegurado vía SMS. La tecnología básica está vinculada a la plataforma de pagos móviles M-PESA de Safaricom para facilitar el pago de primas y de indemnizaciones.

Los siguientes pasos ponen de manifiesto el modo en que la tecnología respalda las inscripciones:

– Los agricultores acuden a un distribuidor agrícola que ofrece Kilimo Salama por una prima vinculada a su cosecha prevista o al coste de los insumos comprados a dicho distribuidor.
– Si un agricultor decide comprar el Kilimo Salama, el distribuidor escanea un código de barras en la bolsa de semillas utilizando una aplicación de teléfono móvil específica.
– A continuación, la aplicación informa al distribuidor sobre la prima que el agricultor debería pagar, generalmente entre el 5 y el 15% del coste de los insumos.
– El distribuidor agrícola registra los datos del agricultor –nombre, número de teléfono e importe de la cobertura– en el teléfono móvil del distribuidor y envía esta información vía GPRS a la aseguradora a través de un servidor de comunicaciones central.
– Luego, el agricultor recibe un mensaje de texto con el número de la póliza y los detalles de la cobertura. Existe una disposición particular para los agricultores que carecen de teléfono móvil: el número de póliza y los datos de la cobertura se envían al teléfono del distribuidor quien, a su vez, los transmite al agricultor.

Fuente: Adaptado de Goslinga, 2011.

24.2.2 Comprobación de siniestros y pago de indemnizaciones

La tecnología puede utilizarse para facilitar pagos también en la otra dirección, desde las aseguradoras a los asegurados que presentan reclamaciones. El proceso de reclamación es a veces un aspecto tardío en el desarrollo de nuevos productos y ensayos piloto, que tienden a estar más centrados en el marketing, las ventas y las inscripciones. Sin embargo, un proceso de reclamación eficaz es absolutamente fundamental para el éxito del microseguro, que debe demostrar al mercado de bajos ingresos que las aseguradoras cumplirán sus promesas adecuadamente.

La transacción financiera es uno de los elementos que forman parte del proceso. Por ejemplo, se utiliza el sistema de dinero electrónico M-PESA para realizar pagos de varios productos de seguros en Kenia *(ver Cuadro 24.4).* En Ghana, la alianza entre Hollard y UT Life derivó en un seguro móvil, Mi Life *(ver Cuadro 24.7),* que utiliza la plataforma de pagos móviles MTN Ghana para cobrar primas y pagar indemnizaciones.

La tecnología también facilita el proceso de reclamación haciendo que la verificación sea más barata para las coberturas ganaderas, agrícolas y de Daños, y mejorando el acceso a las prestaciones en el caso del seguro de salud.

Cuadro 24.4 **Producto de dinero móvil M-PESA en Kenia**

M-PESA es el nombre de una plataforma de pagos móviles operada por Safaricom, el mayor operador de redes móviles de Kenia y una filial de Vodafone. M-PESA, que significa dinero móvil ("M" significa móvil y "PESA" dinero en swahili) fue iniciada en marzo de 2007 por Safaricom con la ayuda del Departamento británico para el Desarrollo Internacional (DFID, por sus siglas en inglés).

A cada uno de los clientes de M-PESA se les solicita abrir una cuenta de dinero electrónico en un punto de venta autorizado M-PESA. La cuenta de dinero electrónico está vinculada a un número de teléfono móvil y accesible a través de una aplicación de tarjeta SIM. Los clientes pueden ingresar y retirar dinero intercambiando dinero en efectivo por un valor electrónico en una red de establecimientos. Una vez que los clientes tengan dinero en sus cuentas, pueden utilizar sus teléfonos móviles para transferir fondos a otros usuarios de M-PESA, pagar facturas y comprar créditos de tiempo de llamada móvil.

En mayo de 2011, un total de 14 millones de clientes de M-PESA utilizaba este sistema que disponía de una red de 28.000 puntos de venta.

Fuente: Adaptado de Mas y Radcliffe, 2010; M-PESA Resource Centre, 2011.

Ganadería

En julio de 2009, IFFCO-Tokio, una compañía de seguros generales de la India, puso en marcha un proyecto de seguro ganadero con el objetivo de ofrecer cobertura a más de 25.000 agricultores pobres. Como se describe en el Cuadro 12.2, el modelo IFFCO-Tokio utiliza tecnología RFID para reducir los casos de fraude frecuentes en los modelos de seguros ganaderos tradicionales, donde la identificación de los animales se realiza con etiquetas auriculares, las cuales pueden perderse o quitarse fácilmente. El chip RFID, del tamaño de un grano de arroz, se inyecta bajo la piel del animal. Como ayuda a reducir las reclamaciones fraudulentas, la tecnología puede resultar de utilidad a los agricultores gracias a una liquidación de siniestros más rápida y a primas más bajas. Si bien el proyecto aún se encuentra en una fase piloto, el índice de siniestralidad del 35% es una quinta parte del índice registrado con etiquetas auriculares tradicionales, infiriéndose que la nueva tecnología está funcionando e incluso podría amortizarse (Fondo para la Innovación en Microseguro, 2011a).

Agricultura

El seguro indexado frente a riesgos climáticos Kilimo Salama, descrito en el Cuadro 24.3, utiliza el índice de precipitaciones a la hora de determinar las indemnizaciones. Durante la temporada de plantación, se mide la lluvia utilizando estaciones meteorológicas alimentadas con energía solar, que envían datos sobre

precipitaciones a través de una conexión GPRS a UAP. La aseguradora los introduce en una aplicación indexada para riesgos climáticos que resume los requisitos de lluvia para cada cosecha. La aplicación calcula el porcentaje del siniestro, si lo hubiera y, a continuación, UAP envía el importe de la indemnización a la cuenta M-PESA del agricultor o del distribuidor.

Mientras que el éxito de Kilimo Salama se atribuye principalmente al uso de una tecnología familiar de confianza, la plataforma de pagos móviles, para vender un producto menos familiar y de menor confianza como el seguro agrícola, el uso de la tecnología ha planteado algunos retos:

- Mientras que la tecnología de estaciones meteorológicas permite el diseño de un seguro viable, también dificulta la comprensión del producto. Los agricultores se encuentran, de promedio, a 20 kilómetros de la estación más cercana, lo que puede derivar en malentendidos por parte de los agricultores en cuanto a su derecho a indemnización si las precipitaciones registradas en sus explotaciones difieren de las de la estación meteorológica local. Este riesgo base *(ver Capítulos 4 y 11)* aumenta la necesidad de informar más y mejor al cliente.
- Se requieren varias tecnologías para minimizar el margen de error al elaborar índices climáticos. Depender solamente de los datos de la estación meteorológica conlleva que sea poco probable obtener un panorama preciso de los patrones de precipitaciones registrados en una zona específica. Esto es aún más difícil si hay pocas estaciones meteorológicas y si están muy alejadas. Para superar este desafío, Kilimo Salama está experimentando con sistemas de mapeo por satélite y está explorando vías más eficaces para recoger y realizar el seguimiento de los datos de producción. Esto permitirá una validación cruzada de los datos meteorológicos y la selección de parámetros de productos más exactos.

Daños

La cobertura de Daños independiente no es un microseguro habitual. A menudo, se añade a otros productos, como a un seguro de incendios para microempresas vinculado a un seguro de desgravamen *(ver Capítulo 9).* En Sudáfrica, Hollard está tratando de utilizar tecnologías para hacer viable una versión independiente, vendiéndola a través de centros de llamadas y utilizando una red de "pre-evaluadores" que examinan los bienes cubiertos por un seguro de edificio y contenido de hogar. Los evaluadores están dotados de tecnología de mapeo móvil y espacial para capturar el estado y la ubicación de la vivienda asegurada y su contenido. La evaluación previa de reclamaciones y la recogida de datos sobre los bienes de los asegurados (por ejemplo, confirmar que los bienes realmente existen y registrar la calidad y el tipo del edificio) ayudan a reducir el fraude y el coste global de la gestión de siniestros, superando asimismo el inconveniente de que algunos clientes no tienen direcciones formales.

Salud

En el seguro de salud, donde se ofrecen las prestaciones en especie en forma de servicios de atención sanitaria, la tecnología asume una función muy diferente a la hora de llevar a cabo las reclamaciones. Una forma consiste en utilizar la tecnología para ampliar dichas prestaciones a zonas remotas. Por ejemplo, en vez de que los aldeanos gasten tiempo y dinero acudiendo a una clínica para solicitar atención médica, algunos planes incluyen una prestación dial-a-doc (llama a un médico) que ofrece un cribado inicial para evitar gastos de desplazamiento innecesarios.

Además de los centros de llamada, las TIC pueden permitir un diagnóstico a distancia del estado del paciente, a raíz del cual se prescribe un tratamiento específico. CARE Foundation, una organización de atención sanitaria sin ánimo de lucro en la India, está experimentando actualmente con dispositivos de mano para el diagnóstico a distancia de pacientes con seguro de paciente ambulatorio. Los Village Health Champions (VHC) son trabajadores de la salud locales contratados y formados sobre el uso del dispositivo de mano con vistas a recoger datos sintomáticos y biométricos de los beneficiarios y, a continuación, enviárselos a un médico para el diagnóstico a distancia (Fondo para la Innovación en Microseguro, 2011b). El uso de esta tecnología tiene el potencial de reducir el coste de la asistencia sanitaria de forma drástica.

También en la India, algunos planes de seguros de salud masivos como, por ejemplo, el Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY), que amplía la protección social a hogares de bajos ingresos, utilizan tarjetas inteligentes biométricas. Dado que la tarjeta está precargada con las prestaciones del asegurado, ofrece a los titulares de póliza la posibilidad de acceder a prestaciones "sin efectivo" con todos los proveedores de atención sanitaria seleccionados. Cada hospital tiene un mostrador RSBY con un lector de tarjetas inteligentes, que utiliza la huella del asegurado para comprobar su identidad. Esto no sólo reduce el fraude sino que también mejora la atención sanitaria a través de la competencia entre proveedores, mejora los servicios al cliente gracias a tiempos de espera más cortos y facilita el mantenimiento de registros y el análisis de datos. Estas ventajas, no obstante, tienen un coste. Un análisis de datos del primer año del RSBY indica que el 17% de la prima se destinó a cubrir los costes de las tarjetas inteligentes, mientras que el 49% se consagró a las reclamaciones (Krishnaswamy y Ruchismita, 2011). Pero es probable que, si se pueden utilizar las tarjetas durante varios años, se pueden amortizar estos costes con el paso del tiempo.

24.3 Procesamiento de transacciones

El procesamiento de las transacciones es el paso intermedio de la cadena de procesamiento de la información y un aspecto importante para todos los microseguros y tipos de organización. Si bien las tecnologías de interfaz con el cliente como los teléfonos móviles y las tarjetas inteligentes tienen la capacidad, básicamente,

de cambiar la interacción de las aseguradoras con los clientes, estos sistemas de front-end que cambian potencialmente las reglas del juego no alcanzarán su verdadera capacidad sin sistemas de back-end eficaces para gestionar la información.

El software que ayuda a recopilar y gestionar información de la póliza y del cliente, al tiempo que relaciona diferentes operaciones empresariales (por ejemplo, las de la aseguradora y el socio de distribución), ha tenido un gran impacto en todos los procesos empresariales administrativos. Dada la importancia de esta tecnología en el microseguro, varios proveedores están vendiendo software normalizado así como customizado, tal y como se indica en la base de datos online de Microinsurance Network.

Uno de los impactos más significativos de la tecnología de la información en el microseguro a día de hoy es en el ámbito del procesamiento de transacciones. Ofrece las tecnologías analíticas y de gestión de operaciones necesarias para dar soporte a una enorme base de clientes. Como se describe en el Cuadro 24.5, el software requiere que las organizaciones cambien con el paso del tiempo a medida que las empresas crecen, diversifican sus ofertas y amplían su capacidad.

Cuadro 24.5 **Evolución de los sistemas de software en la Fundación DHAN**

La fundación Development for Human Action (DHAN) es una organización india a nivel de la base de la pirámide que crea instituciones temáticas de cara a abordar temas problemáticos de desarrollo clave como la generación de ingresos y la gestión del agua. Esto se logra probando ideas innovadoras y reforzando las que tienen éxito a través de instituciones asociadas. Uno de los objetivos de la Fundación es permitir que las comunidades pobres realicen cambios positivos en sus medios de subsistencia, haciendo hincapié en la propiedad, el control y la toma de decisiones por parte de los miembros.

La Fundación DHAN ha recurrido a las TIC para los pobres de cara a experimentar, desarrollar e implementar programas relevantes a nivel social. Se ha convertido en un factor intersectorial para complementar sus actividades de microfinanzas, microseguros y agrícolas.

Al inicio de su interacción con la tecnología, la Fundación DHAN pretendía utilizar software desarrollado comercialmente para su programa de microseguros. Sin embargo, tras completar una fase piloto y tener en cuenta las implicaciones de muchas licencias de usuario, decidió no utilizar el paquete de software, en parte porque el coste de licencia equivalía a los ingresos totales por primas.

Por lo tanto, DHAN desarrolló su propio sistema de seguros denominado Social Security Software (SSS, software de seguridad social). Inicialmente, el SSS se utilizaba solamente para la gestión de su plan de seguros de vida, pero en 2005 se introdujo también un seguro de salud. Se prevé la ampliación del sistema para

cubrir seguros ganaderos y de cosechas. Los salarios del personal representan la mayor parte del presupuesto de DHAN IT. DHAN cuenta con un equipo de TIC que mantiene y desarrolla sus sistemas de TIC internos.

El próximo paso de la Fundación DHAN será desarrollar un sistema basado en la web para sus programas de microfinanzas y microseguros. Este sistema se vinculará a teléfonos móviles para agilizar la entrada de datos, la renovación de pólizas y el pago de primas. Asimismo, incluirá opciones de servicio al cliente como mensajes de texto y de voz acerca del importe de la prima a pagar y cuándo renovar. Tendrá también una opción de tarjeta inteligente para vincular el plan con los hospitales y las clínicas seleccionados.

Fuente: Adaptado de la Fundación DHAN, 2009.

La tendencia del proceso de transacciones se aleja del servidor-cliente local y discurre hacia plataformas no localizadas, soluciones basadas en Internet altamente adaptadas a la integración con dispositivos móviles. Por ejemplo, Software como servicio (SaaS) es una plataforma basada en Internet que no está gestionada por la compañía de seguros sino por un tercero. Las ofertas de SaaS actuales para el microseguro todavía se hacen a medida para cada uno de los clientes empresariales, lo cual aumenta los costes totales; no obstante, a medida que estos servicios van madurando, se ofrecerán las soluciones a través de una serie de módulos seleccionables estándar. SaaS permite a las organizaciones acceder a las funcionalidades empresariales a un coste generalmente inferior al que supone pagar por aplicaciones con licencia, dado que su fijación de precios se basa en una cuota de uso mensual o anual. Esto contrasta con el software tradicional, que se vende generalmente como una licencia perenne con un pago único inicial y pequeñas cuotas de mantenimiento continuas.

SaaS ofrece información a todos los niveles jerárquicos del microseguro, especialmente a la base de la pirámide. Por ejemplo, si está integrado con teléfonos móviles, los clientes pueden obtener información en tiempo real sobre tarifas de primas y niveles de cobertura, comprobar el estado de la póliza y recibir recordatorios sobre la prima. SaaS también puede utilizarse para ofrecer formación online a agentes de microseguros, así como facilitarles información sobre nuevos productos o actualizaciones de los ya existentes.

Las TIC también han permitido que aparezcan administradores – organizaciones a las que las compañías de seguros pueden externalizar la administración de las pólizas para reducir costes. Un ejemplo relevante de un administrador que está logrando un punto de equilibrio entre la fuerza y la eficacia de su MIS es MicroEnsure *(ver Capítulo 23)*. MicroEnsure trabaja con una serie de grupos de clientes (por ejemplo, IMFs, organizaciones religiosas y compañías de telefonía móvil) para facilitar la venta de productos, para los que asume la responsabilidad

de administración. Algunos de los servicios administrativos más específicos ofrecidos por MicroEnsure incluyen el diseño de productos, la recopilación de datos biográficos de los clientes, la entrada de datos, los informes de gestión y el procesamiento de las reclamaciones. MicroEnsure también proporciona otros servicios que no están relacionados con el procesamiento de transacciones como, por ejemplo, la formación del personal de ventas de sus socios distribuidores y la realización de campañas informativas destinadas al consumidor.

Probablemente el medio más utilizado con vistas a recabar o actualizar información del cliente sea la tecnología del centro de llamadas. Ahora, los centros de llamadas tienen la capacidad de abrirse a los mercados de seguros de bajos ingresos, dado que muchos hogares pobres tienen acceso al teléfono móvil y este medio de comunicación también les permite utilizar un proceso de ventas interactivo. Si bien el centro de llamadas es considerado, generalmente, como una tecnología de interfaz con el cliente, en realidad, forma parte íntegra de los sistemas administrativos de la aseguradora. Mientras que muchos centros de llamadas operan a través de teléfonos fijos, cada vez confían más en la voz sobre protocolo de Internet (VOIP) para reducir los costes en telecomunicaciones. Los clientes pueden llamar directamente al centro de llamadas, a menudo a través de un número gratuito, o solicitar que el centro de llamadas les llame enviando un mensaje "devolverme la llamada" a la compañía.

A medida que el mercado del microseguro madura, habrá una mayor necesidad de estandarizar los datos. Se están realizando esfuerzos a nivel internacional para normalizar los datos con vistas a la presentación de informes de gestión en todo el sector de los servicios financieros, especialmente la iniciativa ACORD para el seguro *(ver Cuadro 24.6).* Las iniciativas similares más importantes para el microseguro son aquéllas basadas en el estándar abierto eXtensible Business Reporting Language (XBRL, Lenguaje extensible de informes de negocios), un lenguaje de codificación desarrollado con vistas a mejorar la eficacia y la calidad de los datos para el intercambio de información empresarial y financiera. El principio subyacente del XBRL es definir la estructura de la información financiera que se va a comunicar entre las organizaciones. Esto representa una ventaja clave en sectores en los que existen muchas organizaciones diferentes tratando de compartir información en un mercado de microseguro a nivel mundial. Los esfuerzos de normalización de datos y flujo de trabajo simplificarán la comunicación empresarial y permitirán un enfoque más flexible a la hora de crear análisis de datos y modelar aplicaciones. Las normalización permitirá que diferentes operadores del sector intercambien datos con confianza y mejoren la calidad de estos últimos de forma rentable, lo que derivará en una mejor comprensión del riesgo pudiendo resultar en un mejor desarrollo del producto.

Cuadro 24.6 **Normas de transmisión de datos electrónicos: el caso de las normas ACORD**

La Association for Cooperative Operations Research and Development (ACORD, Asociación para Operaciones Cooperativas de Investigación y Desarrollo) es una organización de desarrollo de normas sin ánimo de lucro al servicio de la industria del seguro. ACORD facilita el desarrollo de normas de datos electrónicos de estándar abierto cooperando estrechamente con sus miembros. Entre los miembros de la ACORD se incluyen compañías de seguros y reaseguros, agentes y corredores, proveedores de software y asociaciones industriales. ACORD trabaja con sus miembros para mejorar la comunicación de datos a través de diversas plataformas mediante la implementación de normas.

Los servicios y las normas de datos comunes mejoran la calidad y la transparencia de los datos, lo que resulta en una mayor eficacia y un potencial de mercado ampliado. Por ejemplo, las normas ACORD permiten a un corredor de seguros obtener, al mismo tiempo, un presupuesto de una serie de aseguradoras para una póliza de automóvil personal. Todo lo que el agente tiene que hacer es rellenar una solicitud de presupuesto y enviar un mensaje eXtensible Markup Language (XML, Lenguaje de Marcas Extensible) a varias compañías de seguros (XML es un conjunto de normas para codificar documentos o datos en un formato legible por máquinas). Las aseguradoras responden enviando el presupuesto al agente en lenguaje XML.

En algunos casos, las normas ACORD facilitan la conformidad con los requisitos definidos por organismos reguladores. Por ejemplo, actualmente ACORD está trabajando con la South African Insurance Association (SAIA, Asociación de Seguros Sudafricana) para desarrollar normas de transmisión de datos electrónicos para corredores y aseguradoras con el fin de satisfacer los requisitos de intercambio de datos estipulados por el organismo regulador de seguros sudafricano.

La necesidad de desarrollar normas de datos electrónicos irá aumentando a medida que las operaciones de microseguros vayan cobrando importancia por todo el mundo. El modo en que se comunican los datos dentro de una compañía y entre diferentes compañías deberá estandarizarse.

Fuente: Adaptado de www.acord.org.

24.4 Análisis de datos

El análisis de datos es especialmente importante para el microseguro, dado que uno de los factores que cohíben a las aseguradoras a la hora de cubrir este mercado u ofrecer productos a un precio justo, es la falta de datos para evaluar con precisión la frecuencia y la magnitud de los eventos asegurados *(ver Capítulo 21).* Cuantos más datos se reúnan y analicen sobre la experiencia de siniestros en hogares de bajos ingresos, mayor será la posibilidad para las aseguradoras de reducir el coste de la incertidumbre, que han tenido en cuenta a la hora de calcular la prima.

La minería de datos también es útil para personalizar productos de acuerdo a diferentes segmentos de mercado. La asociación en microseguros entre la aseguradora española Mapfre y Codensa, una compañía colombiana dedicada a la distribución y comercialización de energía, demuestra cómo puede utilizarse la información del cliente en el desarrollo del producto. Codensa recopila gran cantidad de información de sus clientes de electricidad, por ejemplo, los ingresos y la regularidad en los pagos, en una base de datos especialmente diseñada a este efecto. A través del uso de herramientas de análisis de datos, Mapfre ha desarrollado productos que están especialmente diseñados para los ingresos disponibles de los clientes. Codensa y Mapfre consideran que esto ha sido uno de los factores de éxito de su asociación (Zuluaga, 2010).

La minería de datos para extraer particularidades y comportamientos de los clientes para el diseño y la fijación de precios de los productos permite el desarrollo de productos mucho mejor adaptados a las necesidades de los clientes, pero puede plantear problemas relativos a la privacidad y la usurpación de identidad. No obstante, esto puede resolverse preguntando a los clientes si aceptan formar parte de un análisis de sus datos (Zurich, 2011).

El análisis de datos es especialmente pertinente en los seguros indexados, que dependen enormemente de la recogida y el análisis de datos meteorológicos históricos de cara a obtener parámetros del producto y determinar causas de indemnización *(ver Capítulos 4 y 11).* Además de analizar datos históricos de universidades o servicios meteorológicos, las nuevas tecnologías pueden utilizarse para realizar un seguimiento del historial climático, poner en marcha reclamaciones donde proceda y ajustar productos con más años de datos meteorológicos. Por ejemplo:

– **Estaciones meteorológicas:** Estaciones meteorológicas que calibran las precipitaciones, la temperatura y la velocidad del viento pueden ser implantadas por inversores del sector público o privado. Si bien originalmente pertenecían al sector público, se están involucrando cada vez más los inversores del sector privado. Para complementar el servicio de datos meteorológicos públicos de la India, los proveedores de datos meteorológicos privados como Weather Risk Management

Services (WRMS) y National Collateral Management Services Limited (NCMSL) están ayudando a recabar datos meteorológicos a cambio de dinero. NCMSL ha instalado 1.000 estaciones meteorológicas automatizadas que producen datos en tiempo real utilizados en el desarrollo de seguros indexados frente a riesgos climáticos.

La Fundación DHAN tiene un proyecto que instala pluviómetros a una distancia de cinco kilómetros entre sí para minimizar el riesgo base en seguros indexados frente a riesgos climáticos. Los pluviómetros alimentados con energía solar envían datos sobre precipitaciones vía GPS a una base de datos central a intervalos de 15 minutos. En septiembre de 2011, se habían instalado 150 pluviómetros, ofreciendo cobertura a unos 6.300 agricultores (Prashad, 2011).

– **Imágenes por satélite:** Se pueden utilizar las imágenes por satélite para recoger diferentes datos meteorológicos. Los satélites son capaces de captar imágenes de la densidad de las nubes, que pueden emplearse para generar previsiones de precipitaciones (Prashad, 2011).

  Otra estrategia consiste en utilizar índices de vegetación de diferencia normalizada (NDVI), que resultan de datos recogidos por imágenes satelitales y que permiten calibrar el "verdor" de la vegetación correlacionado con los niveles de fotosíntesis en la tierra. Esta estrategia está siendo probada por el *International Livestock Research Institute* (ILRI, Instituto Internacional de Investigaciones Agropecuarias) en Kenia para ofrecer cobertura a los pastores nómadas (*ver Capítulo 12*). Un inconveniente a la hora de utilizar este tipo de tecnología es que la nubosidad puede limitar la capacidad de los satélites de capturar imágenes claras a nivel del suelo, afectando así a la disponibilidad de datos históricos continuos o regulares (Hazell et al., 2010).

24.5 La promesa de los teléfonos móviles

El uso de teléfonos móviles en los diferentes modelos del microseguro ilustra claramente el enorme potencial de esta tecnología tan generalizada. Por ejemplo, en 2011, cerca del 57% de la población adulta africana tenía teléfono móvil, desde un 84% en Sudáfrica, siendo éste el país con el porcentaje más alto, hasta un 21% en Malí, país con el porcentaje más bajo (Gallup, 2011). Los teléfonos móviles permiten comprar productos, pagar primas deduciendo tiempo de llamada o a través de una cartera móvil, y facilitan la evaluación y el pago de los siniestros.

Otra particularidad fundamental de los microseguros es que el teléfono móvil permite una comunicación inmediata a través de la cadena de valor, reforzando de manera rentable la confianza de un mercado escéptico. La tecnología móvil permite comunicarse y recabar datos acerca de los clientes. A través de SMS y mensajes de voz, las compañías de seguros y sus socios distribuidores pueden confirmar a los clientes si la inscripción se ha completado y si la póliza ha entrado

en vigor, facilitar información como la necesidad de tener fondos suficientes en su cuenta bancaria para el pago de la siguiente prima y confirmar que se ha recibido una reclamación y que la misma está tramitándose.

Tanto la comunicación por mensajes como por voz son formas inmediatas de comunicación, permitiendo respuestas en tiempo real por parte de las aseguradoras. En el caso de Max Vijay en la India *(ver Capítulo 8),* los clientes se mostraron dispuestos a confiar en la confirmación de pago recibida a través de un mensaje de texto al igual que lo harían con un recibo impreso del comerciante donde realizaron la ampliación de la prima. Esto ayuda a evitar el fraude y, con el paso del tiempo, consolida la confianza en la comunicación electrónica como un sustituto de los métodos de comunicación en papel y demás formatos.

En el futuro, la tecnología móvil puede, en ultima instancia, cobrar más importancia a la hora de respaldar la recogida, la validación y el empaquetado de datos sobre microseguros. Ofrecerá la ventaja de convertir la recogida de datos en una actividad complementaria, de bajo coste y rutinaria que, finalmente, puede sustituir a los estudios de mercado tradicionales. Sin embargo, una dependencia en los teléfonos móviles conlleva ciertos riesgos, especialmente cuando el teléfono móvil del cliente es utilizado también como su cartera y puede proporcionar acceso a información privada. Los teléfonos pueden resultar dañados, perderse o robarse con facilidad, lo cual podría romper el vínculo entre el asegurado y la aseguradora. No obstante, este riesgo también es una oportunidad para las aseguradoras de ofrecer cobertura adicional para el propio teléfono móvil.

En marzo de 2011, Ghana asistió al lanzamiento de MiLife, el primer seguro mundial basado íntegramente en el teléfono móvil *(ver Cuadro 24.7).* La llegada de este producto es prometedora para la provisión de microseguros por todos los países en vías de desarrollo.

Cuadro 24.7 **Seguro móvil Mi Life en Ghana**

Mi Life, el primer seguro con pagos basados íntegramente en el teléfono móvil fue lanzado en Ghana en marzo de 2011 sobre una base experimental. El proyecto es una asociación entre MTN Ghana (un operador de redes móviles), MFS Africa (un proveedor de tecnología de servicios financieros móviles), MicroEnsure, UT Life (una aseguradora de vida ghanesa) y Hollard Insurance. Mi Life cubre las vidas de dos beneficiarios, el titular de la póliza y su familiar más cercano designado. Un abonado a MTN que decide comprar el producto prevé pagar un importe entre 0,66 USD y 3 USD en primas mensuales. La cobertura asociada va desde 330 USD hasta 1 300 USD para ambos beneficiarios.

Tecnología en emisión de pólizas: Con Mi Life, los abonados a MTN que dispongan también de MTN Mobile Money pueden suscribir una cobertura ya sea a través de agentes de MTN Mobile Money o directamente a través de sus teléfonos. Después de emitir la póliza, el abonado recibe una confirmación por SMS de que la póliza ha sido activada. El SMS también incluye un código PIN exclusivo que sirve como número de póliza del cliente. Los clientes utilizan este código PIN para realizar correcciones o comprobar el estado de la póliza a través de un menú interactivo en sus teléfonos móviles.

Tecnología en cobro de primas: Las primas se deducen automática y mensualmente de la cartera móvil del cliente. Un SMS recuerda a los clientes que deben tener sus carteras móviles cargadas justo antes de la fecha de pago. Una vez deducidas las primas, el cliente recibe un SMS indicando que la cobertura se ha renovado otro mes. La cobertura sólo dura un mes, hasta que se deduzca la prima del mes siguiente.

Tecnología en indemnizaciones: Las reclamaciones pueden iniciarse de dos maneras. La primera opción es que el cliente envía un SMS a un número específico y el centro de llamadas devuelve la llamada al cliente de inmediato con más instrucciones. La segunda opción es que el cliente puede acudir a un establecimiento MTN donde es atendido por agentes especializados. En ambos casos, se deben presentar documentos que corroboren las alegaciones antes de que puedan tramitarse las indemnizaciones. El pago se realiza en la cartera móvil del cliente en las dos semanas posteriores a la recepción de la documentación pertinente (Gross, 2011a).

La plataforma móvil presenta muchas ventajas con respecto a los modelos tradicionales de venta de seguros. Por ejemplo, las aseguradoras pueden reducir el coste del cobro de primas y pago de indemnizaciones. Por consiguiente, no es extraño que las primas mensuales de Mi Life sean entre un 50 y un 90% inferiores con respecto a otros productos comparables en el mercado. Además, dado que los teléfonos móviles están en todas partes en Ghana, el dinero móvil representa una plataforma de distribución masiva y eficaz.

El uso de teléfonos móviles para comercializar seguros comporta muchas ventajas aparte de la reducción de costes. Por ejemplo, el uso de recordatorios vía SMS mejora el flujo de comunicación entre la compañía de seguros y el titular de la póliza y aumenta la persistencia del pago de las primas. Por otra parte, concede a los clientes la facultad de gestionar sus pólizas de una forma rentable y fácilmente accesible. El hecho de que los clientes puedan utilizar tecnología familiar como el teléfono móvil para los seguros puede ayudar a colmar el "vacío" que existía a nivel de la confianza que las personas de bajos ingresos depositaban en el seguro.

El ensayo piloto Mi Life en Ghana ha permitido a la aseguradora y al mediador, en este caso Hollard y MicroEnsure, sacar conclusiones acerca del impacto y los límites de la tecnología en el modelo empresarial:

– A pesar de la capacidad de la tecnología para reducir los costes de interacción con el cliente, éste aún prefiere el trato cara a cara cuando tiene la opción. Los abonados pueden suscribir la póliza a través de su teléfono móvil o a través de agentes especializados en establecimientos MTN. La mayoría de los abonados se decantan por esta última opción. Que una persona les explique el proceso de suscripción y el funcionamiento de la póliza parece conferir un mayor grado de seguridad, especialmente en un país donde sólo el 5% de la población adulta dispone de algún tipo de cobertura de seguros (FinMark Trust, 2011).
– El éxito de productos como Mi Life radica en tener una plataforma de pagos móviles que funciona bien. La plataforma necesita ser mejorada de forma continua para asegurarse de que sigue siendo fácil de utilizar y también requiere un mantenimiento periódico, dado que las operaciones de seguros móviles aumentan. El grado en que esto puede realizarse se ve limitado por los recursos que un operador de redes móviles (MNO) puede emplear a este propósito. Mientras que las llamadas de voz sigan siendo el principal generador de ingresos para la mayoría de operadores de redes móviles en países en vías de desarrollo, se limitarán los fondos para invertir en servicios secundarios.

Fuentes: Leach, 2011; MicroEnsure, 2011.

24.6 Conclusión

La tecnología promete aumentar la eficacia y permitir a los proveedores alcanzar la escala integrando diferentes operaciones por toda la cadena de valor, incluyendo a la aseguradora y a su socio distribuidor. Promete reducir los costes administrativos, llegar a clientes remotos, cobrar primas y liquidar siniestros, pero también puede desempeñar otras funciones como el desarrollo de productos o las comunicaciones.

La difusión de los teléfonos móviles ha tenido un impacto masivo en la función de comunicación desempeñada por la tecnología en el microseguro. Las compañías de seguros pueden comunicarse instantáneamente con sus clientes en cada etapa de interacción, desde la emisión de la póliza hasta el ajuste de la póliza y los siniestros, a través de mensajes de texto, así como mediante una comunicación de voz. Además, la transferencia de dinero en los procesos tanto de cobro de primas como de liquidación de siniestros ha experimentado una transformación con la tecnología de carteras móviles y tarjetas inteligentes.

Sin embargo, es importante destacar que la tecnología no es ninguna panacea cuando se trata del microseguro. La capacidad que tiene la tecnología de influir positivamente en el negocio del microseguro depende directamente de la fuerza del modelo empresarial, la relación entre el portador de riesgo y su socio distribuidor (donde proceda), y las operaciones y los sistemas internos existentes.

En este contexto, el microseguro puede aprender valiosas lecciones de las microfinanzas. Por ejemplo, algunas IMFs tenían la impresión de que la tecnología les ayudaría a resolver sus problemas, pero no cumplieron a la hora de esquematizar y sanear sus procesos empresariales antes de instalar los sistemas. Esto reduce la eficacia del MIS y su impacto en el negocio global, y puede derivar en la percepción de que no ha aportado los beneficios que prometía. En ausencia de sistemas y procesos administrativos sólidos y eficientes , es poco probable que una tecnología de interfaz con el cliente interesante o "atractiva" sea exitosa.

Si bien la tecnología puede hacerle la vida más fácil a la microaseguradora, también plantea una serie de desafíos. Una vez realizada la inversión en determinada tecnología, es difícil revocar la decisión. Por lo tanto, es importante para la microaseguradora o su socio distribuidor adoptar una perspectiva con miras al futuro al realizar la inversión; de lo contrario, existirá el riesgo de que la tecnología se vuelva una traba empresarial.

Además, si bien la tecnología tiene el potencial de reducir los costes en toda la cadena de valor, en algunos casos puede terminar aumentándolos, como en el ejemplo de las primas de seguros pagadas a través del tiempo de llamada en teléfonos móviles. A la hora de decidir sobre la compra de tecnología, es importante buscar un equilibrio entre la mejora del servicio al cliente y la eficacia global, por una parte, y el coste de compra, por la otra (Fuller, 2011).

La innovación tecnológica tiene el potencial de revolucionar la provisión de microseguros. Para alcanzar este objetivo, es importante tener en cuenta que la tecnología seleccionada no tiene que ser necesariamente compleja sino que, sencillamente, debería ser capaz de responder de manera flexible a las necesidades de la microaseguradora, su socio de distribución y sus clientes. Esto requerirá un diagnóstico inteligente de aquellos ámbitos en los cuales la tecnología puede hacer la mejor contribución, seguido de una implementación perfectamente focalizada.

25 Acceso al seguro y regulación del sector financiero

Arup Chatterjee

El autor agradece las reveladoras contribuciones y los comentarios de varios revisores, entre ellos, Hennie Bester (Cenfri), Rodney Lester (consultor), Dirk Reinhard (Munich Re Foundation), Craig Thorburn (Banco Mundial), Martina Wiedmaier-Pfister (consultora en GIZ) y Henry Yan (Access to Insurance Initiative).

El llamamiento del G-20 en 2010 sobre el fomento de estrategias políticas y normativas para mejorar el acceso financiero, la educación financiera y la protección al consumidor supuso un cambio de paradigma para la comunidad financiera internacional. Cada vez es más aceptado que cualquier medida para estimular el crecimiento económico y estabilizar el sistema financiero debe asociarse con esfuerzos mayores para encarar los problemas estructurales de la pobreza y desigualdad extremas, especialmente en países en vías de desarrollo (Matsuura, 2009). El reconocimiento y la importancia que se confiere al desarrollo del sector financiero y al crecimiento han llevado al G-20 a encomendar a organismos internacionales de normalización a que reflexionen sobre el modo en el que puedan contribuir aún más a la inclusión financiera (Comunicado del G-20, 2010). Esta visibilidad realzada de la inclusión financiera en la agenda mundial ha respaldado de forma considerable las iniciativas normativas y políticas nacionales en muchos países.

La cuestión que se plantea a legisladores y organismos reguladores es cómo desarrollar un marco que permita al sistema financiero ofrecer servicios asequibles y eficaces a la población excluida sin comprometer la estabilidad del sistema. El punto de mira debería situarse en aumentar la escala, la calidad y la sostenibilidad de diversos servicios financieros importantes para los pobres, al tiempo que se ofrece un alto grado de protección al consumidor a través de la supervisión prudencial y los incentivos adecuados.

Este capítulo utiliza los debates y la investigación a nivel internacional sobre la inclusión financiera para examinar el modo en que una serie de políticas y normativas sensatas puedan allanar el camino hacia el desarrollo de mercados de seguros estables, sostenibles y eficientes para los pobres. Explica, además, por qué un mercado del seguro bien regulado podría ofrecer protección contra los riesgos y contribuir a la reducción de la pobreza más allá del impacto combinado de redes de seguridad públicas y sistemas de autoayuda informales existentes. Para presentar este argumento, el capítulo responde a seis preguntas:

1. ¿Por qué incluye la inclusión financiera al seguro?
2. ¿Existe un compromiso entre la labor prudencial y la labor de desarrollo?

3. ¿Cuáles han sido las diferentes intervenciones normativas para facilitar el acceso al seguro?
4. ¿Qué estrategia se ha adoptado respecto al tratamiento de proveedores y mutualidades informales, cooperativas y organizaciones comunitarias a la hora de proveer seguros?
5. ¿Cuál es el enfoque en cuanto a canales de distribución alternativos y entidades que ofrezcan soluciones innovadoras y de bajo coste para la inclusión financiera?
6. ¿Cuáles son los aspectos importantes de protección al consumidor que se han de tener en cuenta al ampliar el acceso al seguro?

25.1 Inclusión financiera y seguro

Si bien parece haber un consenso sobre la importancia de la inclusión financiera, el mismo consenso no existe en lo que respecta a su definición. La inclusión financiera debería mejorar la variedad, la calidad y la disponibilidad de los servicios para aquellas personas actualmente excluidas del sistema financiero. Sin embargo, la inclusión financiera se percibe a menudo como sinónimo de facilitar a las personas acceso a servicios bancarios en zonas rurales. Se tiende a olvidar que un gran segmento de la población urbana también está excluida del sistema financiero formal, y acceso significa algo más que la posibilidad de obtener préstamos – se requieren servicios financieros para facilitar el consumo con el paso del tiempo, diversificar los riesgos y proteger los medios de subsistencia.

De hecho, la evolución del microcrédito a la inclusión financiera tiene tres implicaciones. En primer lugar, el mercado de destino abarca mucho más que pequeñas empresas o microempresas; incluye a todas las personas de bajos ingresos. En segundo lugar, la demanda de los hogares de bajos ingresos en cuanto a servicios financieros incluye diferentes productos como, por ejemplo, ahorros, préstamos, remesas y seguros. Por último, una serie de organizaciones, entre ellas, organizaciones no gubernamentales (ONG), cooperativas financieras, bancos comerciales y estatales e instituciones financieras no bancarias, podrían ofrecer un acceso asequible y eficaz al tiempo que generan los ingresos suficientes como para asegurar la sostenibilidad de sus redes de distribución.

La International Association of Insurance Supervisors (IAIS, Asociación Internacional de Supervisores de Seguros) define el microseguro como cualquier forma de protección contra riesgos diseñada y accesible para personas de bajos ingresos, suministrada por diferentes categorías de aseguradoras que operan según los principios básicos del seguro y financiada mediante primas (IAIS, 2007). Esta definición deja las puertas abiertas a una serie de acuerdos institucionales que deberían estar, preferiblemente, en el ámbito de la autoridad reguladora del seguro. Dado que la protección al consumidor para el segmento de bajos ingresos de la población es fundamental, un supervisor de seguros que pueda

controlar todas las actividades de seguros es crucial a la hora de mantener la confianza en el sistema de seguros (McCord et al., 2008).

La exposición al riesgo resulta en una alta volatilidad del consumo de los hogares con el paso del tiempo, lo cual perpetúa el ciclo de pobreza (Elbers et al., 2007; Dercon et al., 2009). Pero, ¿cómo pueden tratar esta cuestión los legisladores? En 2008, el Comité de Inclusión Financiera de la India observó que el microcrédito sin microseguro es un comportamiento financiero erróneo. Desde la perspectiva política, la inclusión financiera debe englobar el acceso a pagos, créditos, ahorros y seguros para lograr resultados eficaces y sostenibles. Adoptar una estrategia integrada es fundamental para acelerar la prestación de servicios financieros a grupos de bajos ingresos y marginados a través de diferentes instituciones sólidas y dinámicas, tanto en el sector público como privado.

25.2 ¿Existe un compromiso entre la labor prudencial y la labor de desarrollo?

Los supervisores de seguros generalmente desempeñan importantes labores sociales y económicas, contribuyendo a la estabilidad a largo plazo con dos objetivos:

1) **Prudencial:** asegurarse de que se cumplan las obligaciones en virtud de los contratos de seguros en todo momento; y
2) **Conducta de mercado:** asegurarse de que se protejan adecuadamente los intereses del asegurado.

Se concede especial importancia a la supervisión prudencial (solvencia financiera) para garantizar que las aseguradoras mantengan su solvencia de modo que puedan cumplir con sus acuerdos contractuales a largo plazo. En particular, las aseguradoras deben establecer las provisiones técnicas adecuadas, invertir en activos rentables y seguros, y observar los principios de buenas prácticas empresariales.

Recientemente, ha surgido un tercer objetivo: la labor de desarrollo de los supervisores de seguros para aumentar la disponibilidad y la asequibilidad del seguro. Este nuevo papel abarca desde el desarrollo de las instituciones y la infraestructura de mercado necesarias para un sistema financiero moderno hasta el afianzamiento de los fundamentos de la economía. La intención es ampliar el mercado del seguro a través de innovaciones en la distribución y la estructura del producto, y utilizar las nuevas tecnologías para llegar a segmentos desatendidos de la población. Esta nueva dimensión impone onerosas responsabilidades a los organismos reguladores para motivar a los agentes económicos y políticos a que participen en un mercado viable y supervisen dicho mercado.

Añadir una labor de desarrollo a los cometidos tradicionales plantea la cuestión de si existe un compromiso entre el alcance y la sostenibilidad, entre la

agenda de inclusión financiera y el cometido tradicional del organismo regulador. Y, de ser así, ¿cómo puede gestionarse? A primera vista, parece tratarse de un conflicto inherente entre ambos. Por ejemplo, las normativas previstas para fomentar la estabilidad como, por ejemplo, los requisitos de capital y solvencia, pueden resultar en altos costes de cumplimiento pudiendo retirar del mercado a aseguradoras más pequeñas y más innovadoras con una agenda de desarrollo.

La supervisión prudencial se ocupa del seguimiento efectivo y de la mitigación de riesgos. Sin embargo, el desarrollo se centra en facilitar la iniciativa y la innovación empresarial lo que, a menudo, implica asumir riesgos. Este conflicto es positivo si ofrece incentivos para el debate sobre el futuro; pero también puede resultar debilitante si grupos de interés se atrincheran en posturas irreconciliables. La normativa implica utilizar una serie de reglas, normas y códigos de prácticas que son generalmente técnicas probadas, mientras que el desarrollo a través de la innovación puede requerir nuevas reglas y normativas. Schumpeter (1942) utilizó el término "destrucción creativa" para describir el proceso de desarrollo. Al crear nuevos conocimientos, reglas y normativas, los anteriores deberán obviarse o adaptarse. Aquí generalmente subyace el conflicto entre desarrollo y procesos normativos.

Sin embargo, en un sentido más profundo, las normativas y el desarrollo no son incompatibles. De hecho, son complementarios. Un sector de servicios financieros supervisado y bien regulado no constituye un fin en sí mismo. Un organismo regulador estimula la solvencia financiera porque es un componente vital del desarrollo y del crecimiento económico. Las instituciones financieras entran en el mercado en gran parte porque el régimen normativo ofrece un sistema financiero solvente, estable y correctamente regulado. Por lo tanto, la supervisión y el desarrollo van mano a mano para estimular un sector de servicios financieros próspero y saludable.

Para comprender la labor de desarrollo del organismo regulador de seguros, se requiere también una perspectiva más amplia del negocio del seguro y su papel en el desarrollo económico. Una coordinación eficaz entre las funciones de supervisión y desarrollo es vital para que las reglas o normativas puedan ser favorables a la actividad empresarial sin socavar los principios básicos de buena supervisión. Como se describe en el Cuadro 25.1, se puede lograr mejor el frágil equilibrio entre las labores de supervisión y desarrollo en el seno de una sola organización con un objetivo compartido en vez de en agencias independientes que posiblemente tengan objetivos dispares.

Existen varias sinergias entre la estabilidad financiera y la inclusión financiera en lo que respecta al seguro. Zingales (2009) apunta que la normativa desempeña un papel fundamental a la hora de impulsar la confianza en el seguro y que es un importante factor en el desarrollo de un sector emergente. Desde una perspectiva prudencial, un acceso adecuado al seguro no es posible si las entidades que acep-

tan primas de seguros no están bien reguladas. Además, para que el sector de seguros registre un crecimiento floreciente, debe tener unos cimientos sólidos y estables. Grandes volúmenes de pequeñas pólizas pueden formar dichos cimientos porque no representan una concentración de riesgo y deberían registrar un historial de siniestralidad estable debido a la ley de los grandes números.

Cuadro 25.1 **Medidas activas para desarrollar un mercado del microseguro en la India**

Cuando en 1999 se fundó el organismo regulador de los seguros en la India, se le puso el nombre de Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA, Autoridad Reguladora y de Desarrollo de los Seguros), reflejando la enorme labor de desarrollo que el Gobierno tenía prevista para esta entidad con vistas a fomentar el crecimiento del mercado del seguro. Este enfoque resultó en un sector del microseguro extenso y dinámico a través de una legislación sobre seguros que obligaba a las compañías a vender seguros a los sectores "rural y social" lo que, en términos generales, equivalía al microseguro.

Como se describe en el Capítulo 20, el crecimiento del microseguro en la India, la proliferación de innovaciones en la distribución, el diseño del producto y la gama de productos han estado enormemente influenciados por la labor de desarrollo de la IRDA. Si bien algunas aseguradoras perciben estas obligaciones como costes relacionados con su actividad empresarial, la normativa envió importantes señales para inducir al sector a descubrir el segmento de bajos ingresos.

Sin embargo, conviene evaluar detenidamente los enfoques para asegurarse de que los proveedores de seguros tienen un interés empresarial real y que la política gubernamental crea un mercado sostenible y próspero. Aquéllos que critican las obligaciones en los sectores rural y social generalmente no se dan cuenta de que muchas aseguradoras han superado a menudo sus objetivos. Para evaluar si dicho enfoque resultaría eficaz en otros países, es importante observar si los seguros son viables y rentables, analizando los coeficientes de rescate y de cancelación, así como los niveles de utilización.

Fuente: Autor.

Para equilibrar este posible compromiso, los legisladores tienen una importante función a la hora de crear los incentivos y el entorno competitivo adecuados para que las instituciones financieras respondan a las oportunidades de la inclusión financiera. Si las aseguradoras y los mediadores pretenden beneficiarse de esta posibilidad, deberán lograr economías de escala. Esto requiere que los mercados adquieran el tamaño óptimo de crecimiento, lo que no es posible sin capital. Los inversores y los prestamistas se sienten cómodos suministrando más fondos sólo si dichas entidades están bien reguladas. En otras palabras, un marco

político y normativo sólido para el seguro también desempeña un papel fundamental a la hora de estimular la inversión.

Como se describió en la introducción de este tomo, el acceso al seguro tiene efectos positivos sobre la economía en la medida en que reduce desequilibrios en materia de desarrollo, complementa a las redes de seguridad social, disminuye los altos volúmenes de ahorro preventivo, estimula la demanda nacional, aumenta el gasto en infraestructura y mejora la gobernanza corporativa y del sector público, todo lo cual deriva en una mayor eficacia económica global. Con las reformas adecuadas, el sector del seguro puede ser un importante vehículo a la hora de estimular iniciativas para mejorar el bienestar social. La innovación debería seguir fomentándose al tiempo que se garantiza que se comprendan las complejidades, se mitiguen los riesgos y que haya una recompensa para aquéllos que deseen asumir riesgos (Mukherjee, 2011).

25.3 Intervenciones reglamentarias a través de marcos normativos propicios

Un marco para la inclusión financiera requiere que se cumplan las normas internacionales. El sector del seguro observa los Insurance Core Principles (ICP, Principios Básicos del Seguro) de la IAIS y las normas y directrices que los acompañan.[1] Los ICP suelen ofrecer la suficiente flexibilidad como para adaptarse a las circunstancias nacionales. Sin embargo, la relación entre las normas internacionales y la inclusión financiera muchas veces no se entiende muy bien y existe un margen para una mejor elaboración y orientación.

Para ello, en 2005, la IAIS y la Microinsurance Network crearon un grupo de trabajo común para ofrecer una plataforma a legisladores, organismos reguladores y profesionales del desarrollo con el objetivo de compartir experiencias. La implicación activa de estas figuras ha contribuido al desarrollo de crecientes conocimientos en lo referente a la normativa, la supervisión y la política del microseguro, incluido el desarrollo de pautas de aplicación de los ICP a favor de la inclusión financiera.

Del esfuerzo de este grupo de trabajo común también surge la *Access to Insurance Initiative* (Iniciativa de Acceso a Seguros) *(ver Cuadro 1.4)*. La Iniciativa, lanzada por la IAIS y socios de desarrollo en 2009, facilita la inclusión financiera fomentando la reglamentación y la supervisión equilibradas y eficaces del mercado del seguro. Desde su inicio de vigencia, la Iniciativa ha llevado a cabo análisis sistemáticos del sector del microseguro en varios países para facilitar información en pro de recomendaciones políticas constructivas. Las evidencias disponibles hasta la fecha han ayudado a perfilar los incentivos clave de un

[1] Para obtener más detalles sobre los Principios Básicos del Seguro y las normas y directrices correspondientes, consultar www.iaisweb.org.

marco normativo prudencial que apoya la expansión sostenible del microseguro, tal y como se resume en la Figura 25.1 y se describe en el resto de este capítulo. Estos incentivos están también en consonancia con los Principios para la Inclusión Financiera Innovadora del G-20 *(ver Tabla 25.1)* – una observación del modo en que un entorno normativo y político propicio puede estimular la innovación para la inclusión financiera al tiempo que asegura la estabilidad financiera y protege a los consumidores.

Tabla 25.1

Principios del G-20 para la Inclusión Financiera Innovadora: ejemplos de países en el sector del seguro

1. Liderazgo: cultivar un amplio compromiso gubernamental con la inclusión financiera para paliar la pobreza.

China
– Todo el trabajo realizado por el Gobierno pretende permitir a las personas "llevar una vida mejor y más digna" y hacer que la sociedad sea más imparcial y armoniosa.
– Actualmente, la China Insurance Regulatory Commission (CIRC, Comisión Reguladora de Seguros China) está facilitando el desarrollo del microseguro impulsando a las aseguradoras a llevar a cabo proyectos piloto en zonas rurales.

India
– La innovación en cuanto a distribución y variedad de productos ha estado enormemente influenciada por la labor de desarrollo de la IRDA *(ver Cuadro 25.1)*.
– "Las obligaciones de las aseguradoras frente a los sectores rural y social" requieren que todas las aseguradoras satisfagan objetivos específicos.

2. Diversidad: implementar políticas que estimulen la competencia y ofrezcan incentivos basados en el mercado para un acceso sostenible a una amplia variedad de servicios financieros asequibles prestados por diferentes proveedores de servicios.

India
– La IRDA ha relajado las normativas para los agentes de los microseguros, ha fomentado las relaciones entre aseguradoras reguladas y ONG y grupos de autoayuda, y ha permitido la venta de productos de seguros combinados.
– Los grupos de autoayuda están autorizados a recoger formularios de propuesta, cobrar y enviar primas, prestar servicios de administración de pólizas y colaborar en el proceso de liquidación de siniestros y, por lo tanto, están remunerados a un nivel mayor que los agentes de seguros tradicionales.

Perú
– La normativa sobre microseguros amplía el tipo de organizaciones que podrían ser agentes, por ejemplo, instituciones microfinancieras, sindicatos y demás *(ver Cuadro 25.3)*.

3. Innovación: promover la innovación tecnológica e institucional con vistas a ampliar el uso y el acceso al sistema financiero, abordando también los puntos débiles de la infraestructura.

India
– Adoptó soluciones tecnológicas innovadoras suministradas por FINO *(ver Cuadro 25.6)*, entre ellas, tarjetas inteligentes biométricas y TPVs portátiles.

Kenia
– "Kilimo Salama" utiliza la tecnología de la telefonía móvil y la experiencia de agricultores y empresarios rurales para ofrecer cobertura fiable y a bajo coste en caso de lluvia excesiva o insuficiente *(ver Cuadro 24.3)*.
– Utiliza un sistema de datos y pagos por teléfonos móviles de bajo coste y estaciones meteorológicas alimentadas con energía solar automatizadas para ofrecer a los agricultores un seguro asequible "pay as you plant" (pagas lo que plantas) de cara a proteger su inversión en semillas de alto rendimiento.

4. Protección: impulsar una estrategia integral de protección al consumidor que reconozca las labores del Gobierno, de los proveedores y de los consumidores.

Sudáfrica
– La legislación establece normativas mínimas en cuanto a práctica empresarial, pólizas y protección del asegurado.
– Un Departamento de Información al Consumidor específico que tiene varias iniciativas para sensibilizar a los consumidores.
– Comunicados de prensa que advierten de operadores no declarados.
– Asociaciones del sector de los seguros han establecido planes de defensoría del pueblo.

India
– Normativa sobre protección del asegurado encargada de todos los aspectos de la protección del titular de la póliza en la cadena de valor del seguro.
– Defensoría del pueblo en materia de seguros en 12 ciudades para tramitar las quejas de los consumidores.

5. Empoderamiento: desarrollar cultura y capacidad financiera.

Ghana
– La Comisión Nacional de Seguros apoya la labor educativa centrándose también en el segmento de bajos ingresos.
India
– La IRDA tiene una estrategia de publicidad integral para sensibilizar al consumidor sobre el seguro en medios de comunicación impresos y electrónicos en 13 idiomas regionales.

6. Cooperación: crear un entorno institucional con una jerarquía clara de rendición de cuentas y coordinación dentro del Gobierno. Asimismo, fomentar asociaciones y consultas directas entre partes interesadas gubernamentales, empresariales y demás.

Las Filipinas
– La Comisión de Seguros ha publicado una serie de normas independientes, junto con la Securities and Exchange Commission (SEC) y la *Cooperative Development Authority* (CDA), para detener el "seguro informal" o "planes de tipo seguro" ofrecidos por diferentes organizaciones *(ver Cuadro 25.5)*.
Brasil
– La SUSEP ha establecido una Comisión Interdisciplinaria de Microseguros formada por entidades gubernamentales, el sector del seguro y la Academia *(ver Cuadro 25.2)*.

7. Conocimientos: emplear datos mejorados para elaborar pólizas basadas en evidencias, evaluar el progreso y adoptar un enfoque de tipo "probar y aprender" incremental aceptable tanto para el organismo regulador como para el proveedor de servicios.

Enfoque internacional de la IAIS
– Desde 2006 y en colaboración con la Microinsurance Network, la IAIS ha estado facilitando el aprendizaje entre legisladores de más de 40 países y preparando directrices para desarrollar el microseguro en consonancia con las normativas internacionales.

8. Proporcionalidad: crear un marco normativo y político que sea acorde con los riesgos y beneficios implicados en esos productos y servicios innovadores y basado en una comprensión de las lagunas y barreras existentes en la reglamentación.

Las Filipinas
– La Comisión de Seguros ha adoptado su normativa de asociaciones de beneficio mutuo (MBA, por sus siglas en inglés), creando un nuevo nivel de "MBA de microseguros (MI)".
– Productos sencillos, requisitos estipulados para cumplir con las normas de rendimiento y criterios de elegibilidad definidos para el microseguro basados en un benchmarking del salario diario mínimo de trabajadores no agrícolas.
África Occidental (UEMOA)
– La legislación de la UEMOA ha desarrollado un marco multinacional que permite a mutualidades sanitarias de previsión social suscribir seguros de salud utilizando requisitos contables simplificados.

9. Estructura: tener en cuenta los siguientes aspectos en cuanto al marco normativo: reflejar normas internacionales y circunstancias nacionales, y fomentar un contexto competitivo; introducir un régimen basado en el riesgo, flexible y adecuado para combatir el blanqueo de capitales y la financiación del terrorismo (AML/CFT); establecer condiciones para el uso de agentes como interfaz con el cliente; crear un régimen normativo claro para el valor almacenado electrónicamente; incentivos basados en el mercado para lograr el objetivo a largo plazo de mayor interoperabilidad e interconexión.

India
– En lo que respecta a las disposiciones "Know Your Customer" (KYC, Conocer a su Cliente), las normas se han relajado con la exención de los clientes de microseguros en relación al requisito de enviar una fotografía reciente y una prueba de residencia para pólizas de seguros de vida suscritas por un único individuo hasta una prima anual total de 10.000 INR (220 USD).

Figura 25.1

Incentivos normativos y de supervisión para mejorar el acceso al seguro

Directrices de póliza
– Tomar medidas activas para desarrollar un mercado del microseguro
– Adoptar una política sobre microseguros como parte del objetivo más amplio de la inclusión

Directrices prudenciales
– Definir una categoría de productos de microseguros
– Adaptar la normativa al factor de riesgo de la categoría de productos de microseguros
– Permitir la suscripción de microseguros por varias entidades
– Ofrecer una vía para la formalización de proveedores de seguros informales y no regulados

Directrices de conducta de mercado
– Crear un régimen flexible para la distribución de microseguros
– Facilitar la venta activa de microseguros

Supervisión y ejecución
– Supervisar desarrollos de mercado y responder con los ajustes normativos adecuados
– Utilizar la capacidad del mercado para respaldar la supervisión en zonas de bajo riesgo

Fuente: Bester et al., 2009.

Medidas activas para desarrollar un mercado del microseguro

Al trabajar con participantes en el mercado u otros organismos reguladores intersectoriales, los supervisores de seguros pueden facilitar de forma eficaz los servicios competitivos de seguros a hogares de bajos ingresos y pequeñas empresas. Esto requiere investigaciones para identificar los obstáculos que puedan inhibir el desarrollo del mercado, incluyendo aspectos de oferta y demanda, así como posibles desafíos normativos y, posteriormente, dialogar entre las partes interesadas clave para identificar posibles soluciones.[2]

Cuadro 25.2 **Desarrollar una estrategia del microseguro nacional: la experiencia brasileña**

En abril de 2008, la autoridad de seguros brasileña (Superintêndencia de Seguros Privados - SUSEP), constituyó una Comisión Consultiva de Microseguros con representantes del sector público (SUSEP, Ministerio de Finanzas, Banco Central y Ministerio de la Seguridad Social) y del sector privado (Federación de Aseguradoras, Federación de Agentes y Escuela Nacional de Seguros). El objetivo consistía en desarrollar e implementar un marco normativo adecuado para el desarrollo del microseguro. La participación de otros organismos gubernamentales en el proceso despertó una mayor conciencia en los responsables para definir políticas relativas al sector del seguro. También se creó un grupo de trabajo en microseguros en el seno de la SUSEP, con técnicos de diferentes departamentos (actuarial, estadístico y de supervisión interna y externa) para respaldar a la Comisión.

La Comisión elaboró informes sobre la definición del "microseguro" y la "población de bajos ingresos" en Brasil, la identificación de barreras normativas, la identificación de las partes interesadas y sus labores, y los productos y parámetros del microseguro. Las propuestas de la Comisión fueron presentadas y debatidas en dos talleres con partes interesadas en septiembre y diciembre de 2009 antes de la conclusión.

De forma paralela, en abril de 2008, se introdujo un Proyecto de Ley de Microseguros en el Congreso brasileño. En consonancia con las propuestas de la Comisión, la SUSEP recomendó cambios en el proyecto de ley, los cuales fueron debidamente incorporados. De ser aprobado, el proyecto de ley creará categorías para los "agentes de microseguros" y "corresponsales de microseguros" y concederá una licencia específica para vender microseguros. El proyecto de ley también propone crear un régimen fiscal especial para las operaciones de microseguros y para los empresarios que contratan seguros para sus empleados, lo cual reducirá drásticamente la presión fiscal sobre el microseguro.

[2] Para obtener más información sobre el modo de realizar dicho análisis, véanse el Kit n.º 2 de la Iniciativa de Acceso a Seguros (Bester et al., 2010).

A raíz del nombramiento del nuevo Superintendente de Seguros en 2011, se han incluido la mayoría de las disposiciones del borrador del proyecto de ley de microseguros, a excepción de las disposiciones fiscales, en un proyecto de resolución del Conselho Nacional de Seguros Privados (Consejo Nacional de Seguros Privados).

Fuente: Adaptado de Simões, 2010.

Adoptar medidas políticas al microseguro

Para la mayoría de los países en vías de desarrollo, el programa de reforma –desarrollar una base institucional y jurídica para apoyar la expansión del microseguro– debe esbozarse como una parte integral de la política del sector financiero. Es posible elegir entre diferentes enfoques para abordar las barreras normativas, de infraestructura mercantil así como competitivas que dificultan la expansión del mercado del seguro, entre ellos, un enfoque proactivo por parte del gobierno respecto a la inclusión, la apertura a la innovación, el fomento de alianzas de gran envergadura, la promoción del interés del sector privado, la prestación de servicios de apoyo como la educación financiera y la infraestructura de sistemas de pago, la recogida y el suministro de datos sobre la frecuencia y la gravedad de los siniestros, y la extremada atención que se debe prestar a la proporcionalidad.

Todos estos enfoques pueden contribuir al desarrollo de una política pública pertinente sobre seguros inclusivos, tal y como han llevado a cabo varios países en estos últimos años. Por ejemplo, como se describe en el Cuadro 25.2, Brasil ha asumido un compromiso público con el microseguro. A través de un diálogo entre las partes interesadas, las autoridades han demostrado su liderazgo a la hora de llevar a cabo políticas sobre microseguros con el objetivo de establecer y fomentar una competencia justa e iniciar el desarrollo del mercado. De esta manera, han tratado de mejorar su comprensión del mercado existente y potencial del seguro.

Definir una categoría de microseguro con menos riesgo

En la mayoría de los mercados de microseguros: (1) los productos tienden a entrañar un riesgo menor que los productos de seguros tradicionales, así como menos prestaciones, con pocas exclusiones; (2) los plazos de la póliza tienden a ser cortos, generalmente de un año o menos; (3) los eventos de riesgo cubiertos son relativamente predecibles y el impacto financiero de cada evento es relativamente pequeño; y (4) los términos de la póliza tienden a ser sencillos, de modo que son fáciles de comprender para el mercado y evitan complejos procesos de suscripción. El microseguro a menudo se vende de forma colectiva y no requiere una suscripción individual. Los trámites reglamentarios que inhiben el crecimiento del microseguro pero que no pueden reducirse de manera global, pueden abordarse generalmente definiendo una categoría de productos basada en estas

características, reduciendo sistemáticamente el riesgo, así como las normas de conducta prudenciales y de marketing.

La lógica para definir una categoría de productos para el microseguro radica en adoptar un tratamiento diferenciado. Como se describe en el Capítulo 1, las definiciones pueden estar relacionadas con varios factores, entre ellos, el producto, el grupo de destino e incluso el proveedor o el canal de distribución, y pueden ser de carácter cualitativo o cuantitativo *(ver Tabla 25.2).* Las definiciones cualitativas son adecuadas, por lo general, para políticas más amplias del sector financiero. Una definición cuantitativa de la cobertura, basada en el importe de la prima o la suma asegurada, por ejemplo, puede ser necesaria para trazar una línea de negocios en microseguros. Al definir la categoría de productos, el alcance debería ser lo más amplio posible en cuanto a riesgos cubiertos y niveles de beneficios máximos. Sin embargo, las definiciones cuantitativas pueden ser difíciles de administrar por parte de las aseguradoras y los supervisores. De no poder evitarse, una definición cuantitativa debe armonizar los perfiles empresariales resultantes con la normativa y la supervisión proporcionales previstas.

También es importante tener en cuenta el modo en que la definición afectará a los proveedores de seguros, como demuestra la experiencia en Perú *(ver Cuadro 25.3).* La definición del producto debe estimular la tasa de penetración del seguro en el mercado de bajos ingresos, al tiempo que mantiene la integración operativa con el sector del seguro. Asimismo, debe proporcionar un mecanismo sencillo para ajustar los niveles de beneficios a la inflación y los cambios del mercado.

Tabla 25.2

Definiciones normativas de los microseguros

	India	*Las Filipinas*	*Perú (3/2007–9/2009)*	*Sudáfrica*	*Brasil (propuesto)*
Grupo de destino:	La IRDA define el sector rural como: – una población inferior a 5.000 habitantes; – una población inferior a 400 habitantes por kilómetro cuadrado; y – más del 25% de la población trabajadora masculina involucrada en proyectos agrícolas RSBY define su población de destino como: – Trabajadores por debajo del umbral de la pobreza en el sector no organizado y sus familias	Los desfavorecidos que necesitan protección frente a riesgos y asistencia en caso de fatalidades o infortunios	1,1 millones de personas, con acceso a servicios financieros básicos, que no viven en la pobreza extrema pero que, no obstante, son pobres	La población de bajos ingresos, que también se denomina "mercado de masa"	La población con ingresos mensuales per capita de hasta dos salarios mínimos en los sectores de la economía formal o informal
Definición del producto	Vida: – Importe máximo asegurado 1.230 USD – Importe mínimo asegurado 123 USD – Edad: >18, <60 – Tiempo: >5, < 15 años No Vida – Importe máximo asegurado 740 USD – Importe mínimo asegurado 12 USD	Vida: – Prima anual máxima: 5 % del salario mínimo diario para trabajadores no agrícolas en Manila, actualmente 25,5 USD	Seguro de bienes patrimoniales y vida: – Prima máxima 3,30 USD – Importe máximo asegurado 3.300 USD – Periodo de gracia máximo de 30 días Distingue entre grupal e individual	Seguro de bienes patrimoniales: – Importe máximo asegurado 12.500 USD Otro microseguro: – Importe máximo asegurado 6.250 USD – Cobertura limitada al riesgo solamente	Parámetros específicos a establecer en la legislación: – Necesidad de sencillez – Definición del mercado de destino del microseguro – Parámetros de productos
Definición de proveedores	Sin concesiones Se permiten productos de microseguros de vida y de no vida combinados, pero el riesgo debe ser suscrito por distintas aseguradoras Obligaciones progresivas en los sectores rural y social para proveedores *(ver Cuadro 20.1)*	Requisitos de capital – Aseguradoras comerciales: 24 mill. de USD – Aseguradoras cooperativas: la Comisión de Seguros puede reducir este requisito hasta la mitad – MBAs existentes: 305.000 USD – Nuevas MBAs: 3 mill. de USD – MBAs de microseguros: 122.000 USD que se incrementarán de forma gradual con el paso del tiempo	Sin concesiones	Menores requisitos de capital para una compañía de microseguros especializada: – Sujeta a requisitos de capital mínimos de 375.000 USD – Mínimo de 187.500 USD se aplicará a dichas instituciones y se incrementará gradualmente hasta 375.000 USD a los tres años	– Compañías de microseguros especializadas – El seguro existente puede crear divisiones de microseguros independientes
Canales de distribución	Distribución a través de agentes de microseguros cualificados, sin ánimo de lucro, por ejemplo, ONG Límite de comisiones del 10 al 20%, en función del pago de la prima	Categoría de corredores o agentes de microseguros creada Sujeto a programa de formación específico y examen eliminatorio	Apertura de canal de distribución más allá del modelo "aseguradora-agente" tradicional	– Comisiones sin límite – Nivel de habilidades mínimas reducido a favor de requisitos de formación – No se requiere asesoramiento – Requisitos de divulgación en lenguaje claro y simplificado	Categoría de corredores o agentes de microseguros creada

Fuente: Adaptado de Hougaard et al., 2011.

Cuadro 25.3 **La evolución de la definición del microseguro en Perú**

La Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) en Perú adoptó su primera normativa específica sobre microseguros en 2007 para fomentar la provisión de seguros asequibles a la población de bajos ingresos.

En cuanto a las características del producto, la normativa se aplicó a productos que no superaban el límite de cobertura de 3.300 USD o la prima mensual de 3,30 USD. Se prestó especial atención a la sencillez y las necesidades de seguro del mercado de destino. Se prohibieron los deducibles, los copagos y cualquier evaluación previa de los valores asegurados en el momento de suscribir. También se tuvo que elaborar una lista de documentos de reclamaciones aceptables en una póliza simplificada. Para evaluar la conformidad con estos criterios, el organismo regulador de seguros tuvo que registrar y examinar todos los microseguros antes de comercializarse.

En caso de un siniestro, el titular de la póliza debía informar al agente o al vendedor que actuó como interfaz entre el asegurado y la compañía de seguros. La aseguradora tenía la opción de proceder con la indemnización a través del agente o directamente al titular de la póliza. Si se rechazó la reclamación, el asegurado tenía la opción de formular una queja a través del agente, y la aseguradora debía resolver las quejas en un plazo de 15 días.

Para reducir los costes, se permitió la comercialización a través de canales de distribución alternativos (por ejemplo, vendedores, IMF, cooperativas de ahorro y crédito, y organizaciones sociales) de acuerdo a una relación socio-agente. Estos canales tenían acceso a la población de bajos ingresos y eran capaces de cobrar primas y tramitar siniestros con rapidez. Asimismo, eran responsables de explicar las prestaciones del seguro y los costes a sus clientes. También se iniciaron técnicas innovadoras para ofrecer prestaciones de seguros más tangibles (por ejemplo, tickets o certificados, visitas e informes regulares a los clientes, y el pago en bienes y servicios). En última instancia, las aseguradoras eran responsables de la gestión de riesgos y la conformidad con las normas.

Al implementar la normativa, la SBS no obtuvo el volumen de actividad previsto y enseguida se percató de que los límites reglamentarios sobre precios y beneficios representaban obstáculos a la hora de desarrollar productos de microseguros. Por consiguiente, tras una consulta con el sector, en 2009 se adoptó una nueva normativa que eliminaba los límites en la cobertura o las primas con el fin de dar un nuevo impulso al mercado. Ahora se espera que el microseguro responda a las necesidades de protección de grupos específicos. Pueden incorporarse exclusiones, si procede, pero deben mantenerse a un nivel mínimo y adecuarse a la cobertura. También se han establecido requisitos de información mínimos para los contratos y documentos simplificados que las compañías de seguros o los mediadores deben suministrar a los asegurados como prueba de cobertura.

Se han ampliado las labores que pueden desempeñar los mediadores y ahora pueden cobrar primas, tramitar siniestros y pagar indemnizaciones en nombre de las compañías de seguros, pero también deben rendir cuentas sobre cualquier deficiencia en tales operaciones. La comunicación se ha simplificado y los proveedores ahora sólo tienen que presentar a la SBS un informe trimestral con el número de asegurados, el volumen de primas y los siniestros. Además, ahora se utiliza un proceso de aprobación de productos "file and use" (registro y aplicación) y, si la SBS no plantea objeción, la aseguradora puede comercializar el producto. El efecto de estos cambios ha sido considerable, ya que ha facilitado el acceso al seguro a mujeres, agricultores y emprendedores de bajos ingresos a través de ONG, IMF y bancos.

Fuentes: Adaptado de Gomez, 2007; Burns y Caceres, 2010; Villegas, 2010.

A pesar de los esfuerzos por mantener la sencillez de los microseguros, el fomento de la inclusión financiera también ha introducido productos más complejos como el seguro indexado *(ver Capítulos 4 y 11)* para gestionar riesgos en zonas rurales, donde los agricultores son vulnerables a los riesgos climáticos u otros eventos naturales. Las complejidades en cuanto al diseño del contrato y el riesgo base constituyen importantes limitaciones para estos productos. En muchos países, sencillamente no existen las leyes ni las normativas necesarias para adaptarse a productos indexados. Dichas normativas deberán ser coherentes con las normas internacionales a fin de aumentar las posibilidades de las aseguradoras de obtener acceso a los reaseguros y demás instrumentos de transferencia de riesgos alternativos.

Proporcionalidad: adaptar la normativa al factor de riesgo del producto

En un marco normativo proporcional, los requisitos varían en función de las prestaciones y los riesgos asociados con la aseguradora o el mediador, lo que ofrece a los organismos reguladores la flexibilidad para adaptar reglas de conducta prudenciales y de mercado a las características del mercado. Los organismos reguladores deberían desarrollar reglas proporcionales a los riesgos incurridos en el microseguro que reflejen el limitado riesgo empresarial y permitan la participación de actores más pequeños que no pueden cumplir con regímenes de tipo "modelo único aplicable a todos". La proporcionalidad en las normativas puede realizarse, por ejemplo, correlacionando requisitos con los diferentes niveles y tipos de riesgos implicados.

Al revisar la reglamentación, los legisladores deberían tener en cuenta el grado en que las normativas actuales inhiben la suscripción y/o la distribución de seguros en el mercado de bajos ingresos. Elevados costes de cumplimento podrían impedir la entrada de nuevos proveedores, excluir a aquéllos que tratan de intro-

ducir nuevos servicios, productos y modelos empresariales, o forzar a los clientes a recurrir a proveedores informales. Debe hallarse un equilibrio entre la reducción del cumplimiento de las obligaciones y el mantenimiento de la normativa necesaria para proteger a los clientes.

Permitir la suscripción de microseguros por varias entidades – enfoque organizado por niveles

En países donde la legislación lo permite, los organismos reguladores generalmente optan por conceder exenciones en materia de normativa para una línea de negocios en microseguros. Las aseguradoras existentes (o las nuevas aseguradoras capaces de cumplir los requisitos de entrada existentes) pueden ofrecer, por lo tanto, microseguros gracias a unos requisitos reducidos. Generalmente, esto supondría un ajuste de las reglas de conducta del mercado, por ejemplo, eliminando límites de comisiones para líneas de productos de microseguros o permitiendo canales de distribución alternativos en las ventas. No obstante, este enfoque generalmente limita el universo de proveedores a compañías que ya poseen una licencia.

Los organismos reguladores en algunos países se han decantado por una intervención más exhaustiva creando un segundo nivel de requisitos normativos para licencias de seguros adaptados al microseguro. Se pueden determinar requisitos de capital, solvencia e inversión a medida para facilitar la entrada de proveedores de seguros especializados que deseen participar en este nicho de mercado *(ver Cuadro 25.4).* El supervisor puede recomendar sistemas de suscripción y gestión de riesgos menos costosos adaptados a las posibilidades de operadores más pequeños. Ademas, dado que los microseguros de Vida y de de no Vida generalmente se suscriben a corto plazo, y que una distribución a través de un canal único reduce los costes y fomenta un descubrimiento positivo del seguro, algunos países están barajando la posibilidad de eliminar la demarcación entre la cobertura de Vida y de no Vida para el microseguro.

Cuadro 25.4 **Marco propuesto para compañías de microseguros especializadas en Sudáfrica**

El Gobierno sudafricano tiene previsto implantar un marco legislativo especializado para fomentar la provisión de seguros estándar, sencillos y de bajo coste. En un documento publicado por el ministerio de Finanzas en julio de 2011, se expusieron propuestas de política detalladas para un régimen normativo del microseguro, con el objetivo de ampliar el acceso al seguro a la población de bajos ingresos.

Las microaseguradoras tendrían su propia licencia específica y estarían sujetas a requisitos de capital menos elevados y normativas menos onerosas. El régimen de cumplimiento para las licencias de microseguros será menos exigente que para otros productos de seguros debido a unos riesgos más bajos. Para que una póliza sea considerada como microseguro, las prestaciones debidas deberán limitarse a 50.000 R(6.200 USD) por riesgo individual por año para seguros de vida y a 100.000 R (12.400 USD) para seguros de bienes patrimoniales; el periodo del contrato no puede superar los 12 meses y el producto se limita a riesgos solamente, excluyendo el ahorro.

Cabría esperar que negocios de seguros no registrados como, por ejemplo, empresas funerarias, pompas fúnebres y aquéllas involucradas en "actividades asistenciales" se formalizaran, mientras que las aseguradoras formales podrían adquirir una licencia específica para acceder al microseguro. Se espera que el nuevo régimen luche contra el abuso del consumidor, especialmente por parte de las pompas fúnebres.

Fuente: Adaptado del Tesoro Nacional, 2011.

Permitir la suscripción de microseguros por varias entidades: cautivas de célula

Las cautivas de célula son otro dispositivo institucional que podría facilitar la provisión de seguros a mercados de bajos ingresos (Aliber, 2003). Las cautivas de célula se forman cuando una compañía del cliente (por ejemplo, IMF u otro mediador) compra acciones a una compañía de seguros que están reservadas para este propósito en específico, o bien paga un precio para alquilar una célula cautiva. Estos dispositivos permiten a la compañía del cliente contar con la experiencia y la licencia de seguros de la aseguradora, mientras que el cliente participa en las pérdidas y ganancias suscritas. Un enfoque de esta índole sería pertinente para planes colectivos grandes o si un proveedor desea ofrecer productos de nicho que no están disponibles en el mercado.

A pesar de estas ventajas, una cautiva de célula requiere experiencia técnica y sólo sería viable si el cliente tuviera un gran número de asegurados. En ausencia de normativas sobre cautivas de célula especificas, éstas pueden crear riesgos e incertidumbres en el mercado. Por lo tanto, es fundamental potenciar el entendimiento de las realidades del mercado de las cautivas de célula y el modo en que se regula para analizar la función que puede desempeñar en el marco normativo del microseguro.

25.4 Tratamiento de las MCCO y los proveedores informales

Los hogares de bajos ingresos son más vulnerables a los riesgos y, por lo tanto, se considera que tienen una demanda insatisfecha en cuanto a seguros. Claramente, necesitan cobertura dada la limitada protección social que tienen a su disposición *(ver Capítulo 2)* y su exclusión de la mayoría de los tipos formales de seguros. Sin embargo, esta necesidad no se traduce automáticamente en demanda. La rigidez institucional también reprime la demanda de los hogares de bajos ingresos en cuanto a seguros, incluso de aquellas personas que podrían permitirse pagar las primas. Por consiguiente, este grupo de destino crea a veces sus propias herramientas de gestión de riesgos, que pueden incluir mecanismos informales de riesgos compartidos.

Permitir la suscripción de microseguros por varias entidades: función de las MCCO
De acuerdo a un documento temático de la IAIS (IAIS, 2010), las mutuales, cooperativas y organizaciones comunitarias (MCCO, por sus siglas en inglés) engloban diferentes organizaciones. Entre ellas, instituciones que no están: a) registradas bajo ninguna legislación o normativa en específico; b) reconocidas por ninguna legislación específica aunque dicha legislación no cubra especialmente los seguros; ni c) reconocidas bajo la propia legislación sobre seguros. Pueden describirse como mutuales, organizaciones de beneficio mutuo, cooperativas, sociedades mutualistas, sociedades funerarias, sociedades fraternales, organizaciones comunitarias o planes de autoseguro. Allí donde esto es parte de la estructura social del país, las instituciones de tipo mutualista formadas por miembros tienden a obtener mejores resultados que las aseguradoras tradicionales gracias a los altos niveles de confianza entre los miembros.

Cuadro 25.5 **Formalizar el seguro informal en Filipinas**

En Filipinas, muchas organizaciones informales estaban ofreciendo seguros sin licencia aunque el Código de Seguros estipulaba claramente que debían tener un certificado de autorización de la Comisión de Seguros (IC, por sus siglas en inglés). Del mismo modo, el Código de Cooperativas exigía a las cooperativas que realizaban dichas actividades la obtención de un certificado de la IC. También hay entidades, incluidas organizaciones sin ánimo de lucro registradas en la Securities and Exchange Commission (SEC), que ofrecían seguros sin autorización.

En enero de 2010, el memorando conjunto IC-CDA-SEC n.º 1 publicado por la Comisión de Seguros, la Cooperative Development Authority (CDA) y la Securities and Exchange Commission, anunció el final del "seguro informal" o "planes de tipo seguro" en el plazo de un año. A las organizaciones que ofrecían tales planes se les dio la opción, o bien de convertirse en un canal de distribución

para aseguradoras comerciales o bien, en un plazo de dos años, incorporarse en una aseguradora de vida o de no vida, una cooperativa o una asociación de beneficio mutuo (MBA) con licencia de la IC. Las entidades que no situaran sus actividades sobre cimientos formales estarían sujetas a la revocación de su franquicia principal o a la presentación de cargos penales contra los individuos involucrados.

El memorando conjunto IC-CDA-SEC n.º 2, publicado en junio de 2010, estipulaba las normas de uso de los fondos recaudados en virtud de planes de microseguros informales para proteger a los contribuyentes. De acuerdo con el memorando, los fondos recaudados por entidades con planes de microseguros informales que formalizaran sus actividades –ya sea asociándose con compañías autorizadas o constituyendo sus propias compañías– se utilizarían para pagar las primas de productos de seguros o productos de tipo seguro. Los fondos también podrían utilizarse para pagar cuotas a asociaciones de beneficio mutuo (MBA) –establecidas en particular por ONG para ofrecer microseguros a los miembros– donde los contribuyentes se convierten en miembros. En lo que respecta a las cooperativas, los fondos se utilizarían en aportaciones de capital social de los miembros a una cooperativa con un único objetivo o varios objetivos que financiaran sus necesidades en cuanto a seguros. Los fondos excedentes debían depositarse en cuentas de ahorros de los miembros de dichas cooperativas.

La potencial labor de las MCCO como proveedores de seguros podría restringirse si no estuvieran reconocidas dentro del marco legal. Otra posibilidad es que podrían convertirse en aseguradoras clandestinas o informales. Los esfuerzos para reformar el marco con el objetivo de incluir a estas organizaciones parecen ser un factor importante a la hora de garantizar que se ofrezcan a todos los titulares de póliza las ventajas de la supervisión prudencial y la protección al consumidor.

Uno de los principales puntos débiles de las instituciones basadas en miembros puede atribuirse a una frágil gobernanza corporativa y a una inadecuada gestión de riesgos. La normativa sobre gobernanza corporativa generalmente forma parte de las normativas institucionales, como, por ejemplo, la legislación de una compañía o de cooperativas. Todas las instituciones que suscriben microseguros deberían estar sujetas a unas normas de gobernanza corporativa, contabilidad y divulgación pública adecuadas para garantizar el cumplimento de la reglamentación sobre seguros correspondiente.

Proporcionar una vía para la formalización

Cuando se ha desarrollado un mercado del seguro informal de gran envergadura, se plantean muchas cuestiones complejas sobre el modo en que éste puede integrarse en el sector formal. Aparte del seguro informal que proporcionan las MCCO, algunos países también tienen numerosas aseguradoras sin licencia como, por ejemplo, pompas fúnebres, hospitales e IMF, que brindan cobertura para responder a una

necesidad real de gestión de riesgos en comunidades de bajos ingresos. Los proveedores informales pueden satisfacer una necesidad social y económica, pero pueden ser también una fuente de abuso para el consumidor, y las operaciones pueden fracasar debido a una gestión de riesgos inadecuada. Formalizar estas operaciones es de interés público. Sin embargo, los limitados recursos disponibles para los supervisores de seguros generalmente hacen que este objetivo sea difícil de alcanzar. En tales circunstancias, conviene definir una vía clara por la cual los proveedores informales puedan, de forma gradual y realista, satisfacer requisitos normativos, tal y como se describe en el Cuadro 25.5.

Los supervisores tendrán que enfocar su implicación con los planes informales de cara a facilitar su transición al sector formal. Esto incluiría la aplicación de los principios de proporcionalidad y materialidad para determinar el grado de la provisión de seguros informales y los obstáculos para la formalización de los proveedores informales. Por ejemplo, cuando los planes informales no garantizan beneficios, no es necesario someterlos a la supervisión sobre seguros. Un proceso de formalización debería complementarse con campañas de sensibilización, amnistías o periodos de gracia, apoyo a la creación de capacidad para formar a propietarios y gerentes, y oportunidades para la consolidación entre planes informales y/o alianzas entre operadores informales y suscriptores formales.

Una forma práctica de avanzar es una estructura de solvencia y capital mínimo escalonada, por la cual, las aseguradoras previamente informales también pueden suscribir microseguros sobre una base selectiva a medida que van adaptándose a los requisitos de capital mínimo de una aseguradora de pleno derecho con el paso del tiempo y a un ritmo establecido. Además, se requiere una buena coordinación para la formalización de proveedores informales con otras agencias gubernamentales, por ejemplo, organismos encargados de hacer cumplir la ley y autoridades fiscales, con el fin de garantizar la conformidad con el marco formal.

25.5 Reconocer canales de distribución alternativos

La oportunidad de mercado representada por los no asegurados ha suscitado una amplia variedad de instituciones no financieras de cara a aumentar la disponibilidad de servicios de seguros para la base de la pirámide de forma competitiva *(ver Capítulo 22).* Abastecer a este mercado requiere la gestión de un alto volumen de pequeñas transacciones y, por lo tanto, las compañías con sólidas plataformas tecnológicas, por ejemplo, de telecomunicaciones, están bien posicionadas para desempeñar un papel fundamental, si el marco normativo lo permite.

Tabla 25.3

Canales de distribución alternativos y aspectos reglamentarios

	Canales de distribución alternativos	*Controles reglamentarios*
Telemarketing y marketing móvil	El telemarketing es un canal de marketing directo para vender, promocionar o solicitar un producto o servicio por teléfono, a veces a través de mensajes pregrabados. Las campañas de publicidad móvil se utilizan tanto para productos de seguros de vida y como de no vida. Generalmente, a través de un mensaje de texto, el cliente tiene la opción de comprar una cobertura de seguros por teléfono o enviar un mensaje de texto para solicitar más información y ofertas especiales. **Ejemplo:** algunos emprendedores innovadores filipinos han convencido a compañías de telecomunicaciones a que combinen la venta de teléfonos móviles con seguros de vida que sean fáciles de comprender y tengan primas mensuales reducidas.	– El telemarketing basado en un mensaje pregrabado debe incluir un método rápido y fácil para que el destinatario acepte o no recibir futuras llamadas. – A través del telemarketing y el marketing móvil se deberían cumplir los siguientes requisitos: · identificar al vendedor · indicar que el propósito de la llamada/el SMS es vender seguros · describir el tipo de producto a la venta · determinar que si se ofrece una promoción, no se requiere compra ni desembolso alguno. – Dada la inexistencia de un trato cara a cara, este canal debería limitarse a productos sencillos con primas pequeñas.
Marketing virtual	Dispositivos como, por ejemplo, quioscos electrónicos e Internet están surgiendo como canales de distribución alternativos. En una venta de quiosco típica, un cliente introduce información básica (nombre, sexo, tipo de póliza e importe a asegurar) y el sistema genera un presupuesto. El cliente tiene la opción de aceptar los términos y realizar un pago. **Ejemplos:** entre las soluciones de seguros ofertadas a través de quioscos están los mostradores de seguros de accidente en estaciones de autobuses y trenes, los quioscos en centros comerciales que ofrecen diferentes productos y los bancos que venden seguros a través de cajeros automáticos.	**Quioscos electrónicos, cajeros automáticos:** – Deben abordarse problemas de seguridad relacionados con la usurpación de identidad y el fraude con tarjetas de crédito. **Publicidad móvil:** – Sólo la publicidad previo consentimiento se considerará como una modalidad adecuada. – Se deben tener en cuenta los riesgos sobre privacidad y debe garantizarse la protección de datos y la protección de la privacidad. – La combinación de un marco legal, tecnologías que contribuyen a la privacidad y la información al consumidor pueden ser aspectos importantes para la protección del consumidor. **Internet:** – La venta, la compra y la distribución de seguros por Internet debería realizarse en un entorno seguro. – Los supervisores deberían exigir a las compañías que dispongan de los suficientes dispositivos de control (sistemas de seguridad, confidencialidad, control de datos personales, copia de seguridad y mantenimiento de registros) para realizar correctamente transacciones empresariales. – Los supervisores deberían vigilar de cerca todos los acuerdos de externalización para garantizar que se concluyan los contratos adecuados y que se aborden eficazmente los riesgos.
Bancaseguros	Este canal ofrece a las aseguradoras una base ya existente de clientes bancarios, reconocimiento de marca y credibilidad consolidada.	– Los riesgos a la hora de estructurar la distribución de los seguros a través de bancos deberían identificarse claramente, dado que las aseguradoras no controlan finalmente el acceso al cliente. – Los protocolos para compartir información confidencial y la divulgación de las comisiones deberían ser transparentes. – Los organismos reguladores en algunos países permiten asociaciones con un determinado número de bancos. De este modo, no sólo se amplía la distribución sino que también se elimina el riesgo para las aseguradoras de perder un canal completo. – Debe abordarse la cuestión relativa a la formación del personal para vender seguros y su registro o no como mediadores de seguros.

Minoristas	Se espera que la distribución de seguros a través de supermercados y cadenas minoristas se convierta en un canal emergente gracias a su capacidad de llegar a una extensa base de clientes. **Ejemplo:** Future Generali en la India ha iniciado el *mallassurance* para vender cobertura en centros comerciales, basándose en su exitosa operación en las Filipinas. Este canal ofrece comodidad, alcance y asesoramiento personal. Los asesores financieros están disponibles para cualquier consulta y para ultimar el contrato.	– Actualmente, los minoristas no ofrecen asesoramiento financiero relativo al seguro de vida, y su material de marketing es puramente objetivo, si bien algunos de ellos brindan asistencia a la hora de encontrar un asesor financiero independiente. – El riesgo de ventas indebidas plantea preocupaciones. – Los proveedores de seguros de vida en supermercados deben hallar métodos para evitar la venta de productos inadecuados. – Debe considerarse la formación del personal para vender seguros y su registro como mediadores de seguros.
	Canales de distribución alternativos	*Controles reglamentarios*
Televisión de respuesta directa	La televisión de respuesta directa se utiliza para crear una respuesta inmediata al consumidor respecto a los productos de una compañía y ofrecer un canal práctico para que clientes potenciales obtengan más información sobre planes de seguros, así como para comprar los planes a través de pedidos por teléfono. **Ejemplo:** la estrategia de crecimiento de CIGNA para el futuro próximo en Asia Pacífico incluye la ampliación del canal de distribución de la televisión de respuesta directa.	– La reglamentación debería especificar que el producto que se está comercializando es sencillo y que sus prestaciones pueden demostrarse en la televisión de forma fácil y fiable. – El producto debería tener ventas directas o al por menor probadas. – La prima, las prestaciones y demás costes y precios deben ser transparentes.

Crear un régimen flexible para la distribución

El microseguro se encuentra en un proceso de creación de canales de distribución alternativos y nuevas tecnologías *(ver Capítulo 24)* para ampliar de forma considerable su difusión sin invertir en sucursales físicas. Sin marcos normativos claros, no obstante, es poco probable que proveedores de soluciones y tecnología respetables se comprometan con los recursos necesarios para iniciar y sustentar posibles despliegues (Porteous, 2006). La mezcla de canales descrita en la Tabla 25.3 pone de manifiesto posibles innovaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar el entorno reglamentario. Las normativas deben permitir el uso de canales alternativos al tiempo que ofrecen la protección adecuada a los intereses del consumidor, sin la cual es improbable que se logre una gran escala (Porteous et al., 2008).

Las nuevas tecnologías como los teléfonos móviles, los TPV e Internet se están utilizando cada vez más para comunicarse con el cliente, recoger datos, cobrar primas e incluso pagar indemnizaciones. Asimismo, la tecnología puede desempeñar un papel fundamental a la hora de construir una identidad financiera para el segmento previamente desatendido transformando su historial de transacciones en un activo que pueden utilizar para acceder a servicios financieros. En el Capítulo 24 y el Cuadro 25.6 figuran ejemplos de tecnologías innovadoras para acceder a los segmentos desatendidos.

Cuadro 25.6 **Crear un régimen flexible para la distribución: tecnología e inclusión financiera**

Financial Information Network and Operations (FINO), una compañía de soluciones tecnológicas de la India, ofrece soluciones de sourcing y prestación de servicios a más de 50 bancos, IMF, compañías de seguros y agencias gubernamentales. FINO opera a través de 12.400 puntos de venta para llegar a millones de personas desatendidas. Una de las soluciones clave de FINO es una tarjeta inteligente biométrica y un TPV portátil, combinado con software de back-end. Por ejemplo, la tarjeta inteligente sienta las bases del producto de microahorro de ICICI Bank.

La compañía de seguros generales, ICICI Lombard, utiliza las tarjetas biométricas de FINO para reducir los costes de inscripción y tramitación de siniestros en su plan de microseguro de salud. En asociación con el Manipal Group of hospitals *(ver Capítulo 18),* se han implantado las tarjetas inteligentes en lugares equipados con ordenadores portátiles para la inscripción online. Asimismo, la tarjeta se empleará para el cobro de primas. A través de esta tecnología, los clientes realizan transacciones mediante una e-cartilla personalizada que facilita la autentificación biométrica.

FINO, promotor y facilitador clave de la inclusión financiera, ha desbloqueado un mercado del microseguro potencial de 1.000 millones de USD para compañías de seguros de salud, a través de un cambio radical en su sistema de entrega dotándolas de cobertura geográfica, una plataforma tecnológica escalable y las aptitudes de tramitación necesarias. FINO facilitó la normalización de la plataforma de entrega, del sistema de gestión de base de datos de back-end y del formato de mantenimiento de datos, resolviendo con eficacia los problemas a los que se enfrentaban los planes gubernamentales anteriores, a saber, de implementación y diseño.

Fuente: Adaptado de www.fino.co.in.

Debilidades en cuanto a infraestructura como, por ejemplo, sistemas de pago interbancarios y al por mayor, pueden inhibir la adopción de innovaciones en el microseguro. Porteous (2006) apunta que barreras adicionales, que incluyen a sectores en rápida expansión como los pagos móviles, la banca móvil y el microseguro, generalmente atraviesan los diferentes entornos normativos de banca, seguros, telecomunicaciones, sistemas de pago y lucha contra el blanqueo de capitales. El solapamiento plantea un riesgo de fracaso en la coordinación entre organismos reguladores y la posible legislación, o bien de incoherencias o contradicciones a nivel de la supervisión que pueden limitar el crecimiento de servicios innovadores y crear problemas imprevistos.

El crecimiento de los servicios financieros móviles ha generado cuestiones políticas básicas para los supervisores como, por ejemplo, cómo distinguir entre

un "pago" (móvil o no) de un "depósito", y la diferencia entre proveer pagos y aceptar depósitos. Cabe destacar que la mayoría de los países en vías de desarrollo no permiten contratos electrónicos y, por consiguiente, aún se requiere una interfaz humana a modo de prueba en papel de la venta, lo que eleva notablemente los costes y reduce el beneficio del teléfono móvil. Además, existe una necesidad de simplificar los requisitos en materia de divulgación para asegurarse de que los clientes los comprendan, así como de respetar los confines del limitado espacio disponible en un teléfono móvil. Asimismo, dada la creciente preocupación sobre privacidad y el advenimiento de las normas de protección al consumidor, podría resultar más difícil para los proveedores de servicio vender a los clientes. Por lo tanto, se necesitarían formas inteligentes de obtener la autorización de un cliente.

Para allanar el camino hacia nuevos modelos de servicios financieros, los organismos reguladores necesitan hallar el equilibrio entre la apertura a la innovación y una seguridad suficiente en lo relativo al marco jurídico que proteja a los usuarios y atribuya responsabilidades claramente. Es importante que los organismos reguladores, los supervisores y los legisladores comprendan los riesgos y los problemas concretos en cuanto a la emergencia de canales de distribución alternativos, nuevas tecnologías, mecanismos de pagos flexibles e innovaciones en el diseño de productos.

No toda la innovación es perjudicial para la estabilidad financiera, y las normativas pueden contribuir a que las partes interesadas hagan las cosas mejor. Con el fin de promover la estabilidad financiera, los supervisores deben adoptar medidas para mejorar su comprensión de las complejidades que sustentan a los nuevos productos financieros y sistemas de distribución, incluyendo los supuestos subyacentes, su viabilidad, las mejores prácticas y los aspectos relativos a la supervisión. Una visión exhaustiva para el desarrollo del mercado basada en el diálogo y la coordinación de políticas entre legisladores, supervisores y agentes del sector es clave a la hora de identificar los riesgos asociados a los nuevos productos y canales de distribución, y de ofrecer respuestas equilibradas.

Facilitar la venta activa de microseguros

Los procesos de ventas a título privado ofrecen a los clientes acceso a información fiable, pero son caros y pueden derivar fácilmente en la insostenibilidad de productos con primas bajas. Algunos países han establecido una comisión máxima a agentes y corredores para los servicios prestados en la mediación de pólizas de seguros. Una comisión limitada en una prima pequeña resultará en un minúsculo desembolso real al mediador y no aumentará su incentivo a la hora de vender seguros. Para evitar que las normativas limiten el coste de la mediación, los supervisores podrían conferir un carácter obligatorio a la divulgación de las comisiones por parte de los proveedores.

El objetivo es evitar una normativa de conducta de mercado que pueda elevar demasiado los costes del proceso de ventas. En muchos ámbitos, el modelo de agente/corredor tradicional que cuenta con profesionales de ventas especializados resultará demasiado caro para el microseguro. Por consiguiente, los organismos reguladores deben estipular los niveles mínimos de reglamentación sobre conducta de mercado para el microseguro sin comprometer la protección al consumidor.

25.6 Acceso al seguro y protección del consumidor

La reglamentación en materia de protección al consumidor es una piedra angular de cualquier estructura normativa financiera y pretende supervisar los negocios de las aseguradoras con sus clientes. Además de la inversión en información y sensibilización del consumidor, la protección de este último supone poner en práctica mecanismos de supervisión para fomentar la transparencia del mercado, limitar comportamientos específicos y asegurar el cumplimento de las normas *(ver Capítulo 26).* Por lo general, esto implica el control de la publicidad, el marketing, la fijación de precios y la suscripción, la cancelación y no renovación de pólizas, y la liquidación de siniestros.

La principal motivación para la normativa en materia de protección al consumidor en los seguros es la idea de que los consumidores están mal informados sobre las características de un producto.[3] Una información asimétrica da lugar a que las aseguradoras o sus agentes tergiversen o manipulen la información. Una comprensión incorrecta de los diferentes aspectos de las prestaciones del seguro puede resultar en una elección inadecuada de contratos. Una preocupación inherente es que las aseguradoras, al reconocer las limitaciones de los consumidores, pueden caer en la tentación de diseñar productos o divulgar información con el fin de aprovecharse de los clientes (Hansen y Kysar, 1999).

El mantra Treating Customers Fairly (TCF, Trato Justo a los Clientes) se refleja en los estatutos de la mayoría de las normas del mercado financiero y debería ser un aspecto clave en el programa de protección al consumidor en materia de microseguros. El principio del TCF tiene el objetivo de ayudar a los clientes a comprender las características, las prestaciones, los riesgos y los costes de productos financieros. Está diseñado para minimizar la venta de productos inadecuados fomentando las mejores prácticas antes, durante y después de una venta. La *Financial Services Authority* (FSA, Autoridad de Servicios Financieros) de Reino Unido ha descrito seis resultados del TCF que éste pretende conseguir *(ver Cuadro 25.7)* y que también son pertinentes para otras jurisdicciones.

[3] Por ejemplo, la prima depende de las características de riesgo a nivel individual o de grupo, pudiendo incluir experiencia previa en siniestros, demografía, historial financiero o estilo de vida. Las opciones de cobertura incluyen estrategias de inversión y cálculo de retornos, la definición de los eventos asegurados o los importes de cobertura de eventos específicos.

Los legisladores y los organismos reguladores deberían barajar la posibilidad de establecer una normativa de protección al consumidor que requiera transparencia en la fijación de precios y los servicios, identifique a las partes responsables en última instancia de defender la protección (incluida la protección contra el fraude relativo a fondos confiados al proveedor de servicio o su agente), identifique a la autoridad de supervisión y se asegure de que existen medios eficaces para la resolución de disputas y las enmiendas. La dificultad clave a la hora de diseñar dichas normativas radica en lograr el perfecto equilibrio entre costes y beneficios.

Cuadro 25.7 **Los seis resultados del TCF para el consumidor**

La Financial Services Authority (FSA) británica ha descrito seis resultados principales para el consumidor que desea obtener a raíz de la iniciativa del TCF. Éstos son:

– Resultado 1: los consumidores pueden tener la certeza de estar negociando con compañías donde el trato justo al cliente es un elemento central en la cultura corporativa.
– Resultado 2: los productos y los servicios comercializados y vendidos en el mercado minorista están diseñados para satisfacer las necesidades de grupos de consumidores identificados y están orientados en consecuencia.
– Resultado 3: se dota a los consumidores de información clara y se les mantiene perfectamente informados antes, durante y después de la venta.
– Resultado 4: cuando los consumidores reciben asesoramiento, éste es adecuado y tiene en cuenta sus circunstancias.
– Resultado 5: se dota a los consumidores de productos cuyas prestaciones son las que las compañías les han llevado a esperar, y el servicio asociado es de una calidad aceptable, tal y como se les ha llevado a esperar.
– Resultado 6: los consumidores no se enfrentan a barreras irrazonables después de la venta impuestas por las compañías como, por ejemplo, modificar el producto, cambiar de proveedor, enviar una reclamación o presentar una queja.

Fuente: FSA Reino Unido, 2007.

La competencia de la protección al consumidor varía notablemente según los países. Pioneros del microseguro como Colombia, la India y México son buenos ejemplos. Han mitigado el riesgo planteado por el uso de agentes atribuyendo responsabilidad a los proveedores de servicios financieros en materia de violaciones de normativa por parte de los agentes aplicables a servicios externalizados.

Al elaborar la normativa sobre microseguros, deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- El listón sobre protección al consumidor no debería estar tan alto como para disuadir a los proveedores de entrar en el mercado. Convendría involucrar a los proveedores de servicios financieros en el proceso de supervisión, dado que tienen un incentivo a la hora de crear confianza y relaciones a largo plazo con sus clientes.
- Si bien la lógica basada en la información para la protección del consumidor en el mercado del seguro sugiere que la normativa sobre divulgación es la herramienta reglamentaria preferida, en la práctica, la normativa sobre productos puede derivar en mejores resultados. La normativa sobre productos de seguros está prevista para fomentar la transparencia del mercado asegurándose de que los contratos sean claros y no contengan cláusulas ocultas que pudieran utilizarse para confundir a los clientes (Grace y Scott, 2009).
- Un reto específico del microseguro es salvar la carencia en cuanto al conocimiento que el consumidor tiene de sus derechos (por ejemplo, mecanismos de recurso) y responsabilidades (puntualidad en los pagos). El grupo de destino a menudo carece de conocimiento sobre productos y conceptos de seguros básicos. Una manera de superar este problema sería normalizar los productos con términos y condiciones sencillos *(ver Cuadro 25.8).*
- El cumplimiento del marco reglamentario que impone sanciones a opciones de productos poco claras, injustas o engañosas puede dotar a las aseguradoras de incentivos para crear contratos sencillos y transparentes, al tiempo que permiten la innovación de productos y la posibilidad de elección del consumidor.

Cuadro 25.8

Productos y normas de microseguros: Las Filipinas

En enero de 2011, un comité interinstitucional en Filipinas aprobó una serie de normas para el marketing y la venta de productos de microseguros, así como un borrador para una estructura de productos estándar. Las normas, conocidas como "SEGURO" – de Solvency/Stability (Solvencia/Estabilidad), Efficiency (Eficacia), Governance (Gobernanza), Understanding of the product (Comprensión del producto), Risk-based capital (Capital basado en el riesgo) y Outreach (Alcance) permitirán que las aseguradoras puedan cumplir con sus obligaciones de indemnización y sean solventes.

También se ha aprobado un producto de microseguro "tres en uno", el cual pagará a los beneficiarios una cantidad establecida en caso de muerte, vivienda destruida, o si un negocio resulta dañado por causas climáticas o catástrofes naturales. La normalización del microseguro ayudará a ampliar su magnitud y a asegurarse de que las personas a las que pretende ayudar realmente lo comprenden. Asimismo, nivelará el terreno de juego y permitirá que las aseguradoras compitan eficazmente.

Fuente: Adaptado de Artemis, 5 de enero de 2011.

Las quejas más comunes de los consumidores están relacionadas con el pago de indemnizaciones, especialmente la desestimación de reclamaciones, los retrasos o los conflictos en cuanto al importe de los pagos. Idealmente, el suscriptor/mediador debe ofrecer una opción de recurso al consumidor sencilla y aceptable. Sin embargo, como mínimo, el cliente debe poder presentar una queja o realizar una consulta a través del punto de venta. En la mayoría de países, los supervisores de seguros no tienen autoridad para exigir que una aseguradora liquide un siniestro, dependiendo de la amigable composición, la mediación y la explicación en su resolución de disputas (Schwarcz, 2010). En algunos países, una defensoría del pueblo, generalmente independiente del organismo regulador, tiene autoridad para resolver litigios del consumidor con compañías de seguros. Aparte de resolver problemas, un mecanismo de resolución de quejas también puede ofrecer a las aseguradoras un incentivo para crear mejores normas y sistemas internos.

Otro camino para mejorar las decisiones de los consumidores y su uso del seguro es estimular un mejor conocimiento del seguro entre los consumidores *(ver Capítulo 14).* Mejorar la capacidad financiera de los pobres es un complemento necesario para la protección del consumidor. Permite a los clientes de microseguros saber cuál es la información que las aseguradoras deben revelar, hacer uso de los mecanismos de recurso disponibles, comprender los conceptos financieros básicos, entender el modo en que el seguro puede satisfacer las necesidades actualmente cubiertas por acuerdos financieros informales, ayudar a tomar decisiones previa información para adaptarse a sus circunstancias y solicitar productos que mejoren su bienestar financiero. Todas las principales partes interesadas en los mercados financieros – proveedores, consumidores y gobiernos – necesitan trabajar juntas para crear un marco financiero justo que ampare a los clientes.

Por último, la normativa sobre protección al consumidor requiere mecanismos para determinar si las aseguradoras y los mediadores están cumpliendo los requisitos, y destapar prácticas que los organismo reguladores consideran deshonestas. La supervisión del seguro tradicional incluye un examen de conducta de mercado de las aseguradoras individuales, el cual sería demasiado oneroso para el microseguro y, por consiguiente, los supervisores deben depender de análisis de mercado. Los análisis de mercado incluyen el uso de datos sobre tendencias del sector, datos normativos presentados por aseguradoras y mediadores, quejas de los consumidores y demás información. Algunos ámbitos específicos de análisis incluyen, por ejemplo, determinar que las aseguradoras son coherentes con el material publicitario, que las pólizas vendidas y el precio cobrado se ajustan a las normativas, que los siniestros se liquidan en un plazo razonable y que se abordan las reclamaciones del consumidor.

25.7 Conclusión

El acceso al seguro es un importante elemento de la política de inclusión financiera y un instrumento clave a la hora de luchar contra la pobreza. Al desarrollar un marco normativo sólido que fomente la estabilidad financiera, legisladores, organismos reguladores y supervisores se están dando cuenta de que el sector financiero desempeña un importante papel cuando se trata de satisfacer las necesidades de pequeñas empresas y hogares de bajos ingresos. Se están percatando del impacto potencial que el acceso al seguro puede tener en el crecimiento económico y la erradicación de la pobreza.

Las políticas para mejorar el acceso deberían tener objetivos claros y cuantificables, y su eficacia debería controlarse a través de una presentación de informes pública transparente. En particular, debería evaluarse la eficacia de la normativa a la hora de facilitar y ampliar el acceso. Si bien unos datos fiables y pertinentes constituyen un soporte útil para diseñar una política adecuada, la ausencia de ellos produce lo contrario, lo cual puede reducir la confianza del consumidor y disuadir a posibles consumidores de la compra de seguros. Además, una falta de supervisión eficaz puede desalentar a que inversores extranjeros y nacionales aporten capital, demorar la eficacia en el mercado del seguro y enfriar el desarrollo del sector.

Lograr el equilibrio perfecto entre la seguridad y la solvencia por un lado, y la promoción del crecimiento y el desarrollo, por el otro, es especialmente difícil en casos en los que destacan enfoques innovadores, nuevos servicios y modelos empresariales no probados. Pueden surgir riesgos no anticipados mientras que los riesgos percibidos pueden generar enfoques normativos excesivamente prudentes. Dado que se obtendrá un conocimiento más profundo del riesgo real a medida que el mercado madura, las normativas deberán transformarse con el paso del tiempo y permitir ajustes incrementales para lograr un equilibrio reglamentario.

Las iniciativas reglamentarias que emanan del IAIS están tratando de superar los desafíos en materia de conformidad con las normas de seguros a escala internacional en circunstancias específicas. Basándose en estudios sobre países facilitados por la Iniciativa de Acceso a Seguros y en un estrecho diálogo con supervisores de seguros, se está trabajando para comprender cómo pueden utilizarse principios de proporcionalidad al elaborar un marco normativo y de supervisión que, a su vez, pueda crear las iniciativas adecuadas para promover el acceso en diferentes contextos económicos y socioculturales.

El diseño y la implementación de dicho marco requerirá medidas simultáneas para reforzar la capacidad de legisladores, organismos reguladores y supervisores de modo que puedan hacer un mayor uso del juicio normativo de cara a identificar oportunidades y problemas con antelación. Asimismo, requerirá un nuevo enfoque en materia de supervisión, alejándose del "modelo único aplicable a todos". De esta forma, necesitarían dialogar con partes interesadas y examinar la estructura de su sector de seguros a nivel nacional y sus canales de distribución de microseguros actuales y potenciales.

26 Protección de los consumidores a través de la promoción del microseguro

Rodney Lester y Katharine McKee

Los autores desean dar las gracias a varios revisores por sus comentarios y puntos de vista, entre ellos, Doubell Chamberlain (Cenfri), Arup Chatterjee (ADB), Tim Lyman (CGAP), Thomas Mahl (Munich Re), Beth Rhyne (Accion) y Martina Wiedmaier-Pfister (GIZ). Las contribuciones para este capítulo fueron aportadas por CGAP.

Básicamente, el mercado del microseguro no se desarrollará a menos que satisfaga claramente las necesidades específicas de los pobres económicamente activos.[1] Recientes estudios empíricos en China, la India y Kenia también indican que la confianza y la credibilidad percibida del producto y la(s) instituciones(s) implicada(s) en crear demanda a largo plazo son importantes (por ejemplo, Dercon et al., 2011, Cai et al., 2009; Cole et al., 2010). La existencia de medidas de protección al consumidor adecuadas puede ayudar a crear confianza en proveedores y productos de microseguros, así como estimular un sólido desarrollo del mercado.

Si bien se ha realizado un volumen considerable de trabajo para desarrollar un marco normativo relativamente estandarizado para la protección del consumidor en mercados de seguros minoristas convencionales,[2] el mercado del microseguro puede tener particularidades específicas que requieren un enfoque más adaptado. Los consumidores típicos podrían ser menos capaces de evaluar el grado en que una póliza de seguros se adapta a sus necesidades, o podrían ser más vulnerables a ventas bajo presión o indebidas. Por ejemplo, recientes trabajos empíricos en la India han revelado que los "consumidores con un menor nivel de conocimientos son más propensos a que se les ofrezca un producto inadecuado" (Anagol, 2011).

Al mismo tiempo, en muchos países en vías de desarrollo el mercado de seguros para personas con ingresos bajos se encuentra aún muy por debajo de su tamaño potencial, y muchos organismos reguladores tienen ahora órdenes explícitas para la inclusión financiera y una supervisión prudencial. Dados los beneficios

[1] Este capítulo se centra principalmente en la interacción entre los consumidores pobres económicamente activos y el mercado del seguro, en vez de en la cobertura para los indigentes u otro seguro social proporcionado por el Gobierno a una población definida.

[2] La International Association of Insurance Supervisors (IAIS, Asociación Internacional de Supervisores de Seguros) ha implantado un subcomité para tratar este tema, aunque ha sido abordado a un nivel superior por la metodología de evaluación de la IAIS desde 2000. Tanto la Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) como el Financial Stability Board (FSB) también han establecido comités consultivos a raíz de un mandato posterior a la crisis financiera del G-20, y el Banco Mundial ha publicado una serie de buenas prácticas (basadas en la labor en Europa del Este) para la opinión pública.

potenciales de una cobertura de seguros para consumidores de bajos ingresos actualmente desatendidos, los legisladores intentarán evitar, sin querer, una protección de los consumidores mediante normas que imposibiliten el abastecimiento de estos nuevos mercados. Además, es necesaria una rápida innovación de productos, canales y modelos empresariales para reducir los costes, satisfacer mejor las necesidades del consumidor y garantizar la rentabilidad del proveedor. Por lo tanto, los legisladores deberían tener como objetivo una normativa de la conducta de mercado[3] adecuada, equilibrada y ajustada a los riesgos específicos que pueden surgir, de modo que no se paralice de forma innecesaria el desarrollo del mercado del microseguro.

Al igual que el propio mercado, en la mayoría de los países está emergiendo una normativa sobre microseguros: existen pocos precedentes a los que los legisladores puedan recurrir para diseñar un marco de protección al consumidor adecuado. Una de las opciones políticas que se plantean, por ejemplo, es si incorporar normas de conducta para el microseguro al marco normativo sobre seguros existente o si desarrollar un régimen hecho a medida para este sector. Hasta la fecha, entre "los primeros en llegar" se encuentran la India, Perú y Filipinas, cada uno de los cuales ha aprobado e implementado normas de microseguros específicas *(ver Capítulo 25).* Brasil, Camboya y Sudáfrica han informado de que pronto realizarán cambios en el marco normativo y jurídico. La Securities and Exchange Commission of Pakistan (SECP), que supervisa los seguros y otros servicios financieros en este país, ha anunciado que está elaborando un marco para el microseguro. En muchos otros países como China, Mongolia, Nepal y Nigeria también se han iniciado una serie de ensayos piloto y el desarrollo de pólizas.

En la práctica, en sus etapas iniciales el marco de protección al consumidor en materia de microseguros necesitará hacer un uso selectivo de enfoques políticos del mercado de los seguros generales y, a continuación, modificarlos de acuerdo a la experiencia real constatada en el mercado del microseguro. Este capítulo adopta dicho enfoque y se organiza en cuatro grandes apartados:

1) **Características y riesgos del mercado:** Este capítulo describe aspectos específicos del mercado actual del microseguro relativos a los riesgos del consumidor y que deberían contemplarse en las decisiones políticas sobre si se han de introducir normas de protección al consumidor, así como cuándo incorporarlas.
2) **Objetivos y medidas de protección del consumidor:** Este capítulo analiza opciones para lograr tres objetivos comunes de protección al consumidor: 1) transparencia; 2) trato justo (centrándose en el diseño del producto, los acuerdos

[3] La normativa de conducta de mercado establece normas específicas a las características del producto, las actividades y las prácticas de la aseguradora. La protección al consumidor abarca un conjunto más amplio de herramientas que puede también incluir mecanismos para proteger a los consumidores ajenos a la aseguradora (por ejemplo, planes de defensoría del pueblo independientes).

de distribución y los procesos de pago de indemnizaciones) y 3) recursos eficaces. Esto supone prestar especial atención, desde un punto de vista de conducta del mercado, a la hora de priorizar y ordenar las nuevas normas de protección al consumidor, así como a las ventajas y los inconvenientes de normas y organismos de supervisión en materia de microseguros independientes.

3) **Regímenes de protección del consumidor especiales específicos del microseguro:** Cuando las jurisdicciones crean requerimientos de supervisión y normas especiales para el microseguro, se plantean cuestiones de protección al consumidor específicas que deben tenerse en cuenta.
4) **Medidas no reglamentarias y no reguladoras complementarias:** Este capítulo también analiza brevemente la función que los enfoques –por ejemplo, códigos de conducta o iniciativas para aumentar la sensibilidad y la educación financiera del consumidor– pueden desempeñar a la hora de mejorar la eficacia de los regímenes normativos de protección al consumidor y el próspero desarrollo del mercado del microseguro.

El capítulo concluye con un resumen de buenas prácticas emergentes que podrían resultar útiles para los legisladores que desean elaborar un régimen de supervisión y normativo proporcionado que fomente el desarrollo del mercado al tiempo que protege a los consumidores de bajos ingresos y menos experimentados.

26.1 Características del mercado de microseguros importantes para la protección del consumidor

Los mercados del microseguro emergentes tienen algunas características específicas que los legisladores deberían considerar a la hora de diseñar e implementar un régimen de protección al consumidor adecuado.

Clientela: Los clientes habituales del microseguro, es decir, los pobres económicamente activos, tienen unos ingresos limitados y variables, carecen de activos y están poco familiarizados o desconfían de productos y proveedores formales. Además, su nivel de educación financiera tiende a ser bajo. Por consiguiente, aún cuando los consumidores de bajos ingresos hayan estado involucrados en acuerdos de distribución de riesgos comunitarios o familiares bastante sofisticados, su compra inicial de seguros formales (transacción basada en un contrato en vez de en relaciones) requiere que aprendan una nueva serie de normas. Las particularidades de estos clientes plantean la cuestión política de cómo garantizar un nivel de atención adecuado para clientes que pueden ser especialmente vulnerables a problemas de protección al consumidor.

Productos: Actualmente, una parte considerable de las pólizas de microseguros se está generando a través de transacciones de crédito con instituciones microfinancieras (IMFs) y otros proveedores de pequeños préstamos a prestata-

rios de bajos ingresos. El seguro de desgravamen (o seguro de "reembolso de préstamo") es una póliza a corto plazo diseñada para pagar completamente el saldo pendiente del préstamo en caso de muerte o invalidez permanente del prestatario *(ver Capítulo 9).* Como se describe en otra sección de este libro, otros productos cada vez más comunes son el seguro de vida *(Capítulo 8),* el seguro de accidentes personales, formas limitadas del seguro de vida *(Capítulo 5)* y el seguro agrícola indexado *(Capítulo 11).* La rápida innovación está derivando en el desarrollo de nuevas coberturas como, por ejemplo, el seguro farmacéutico, de Property y de ganado *(Capítulo 12).* Cada uno de los productos plantea diferentes preocupaciones en materia de protección al consumidor.

Para reducir los costes de transacción, los productos generalmente son sencillos y estandarizados, y se distribuyen a grupos cuyos riesgos individuales o bien no se suscriben en absoluto o solo de forma limitada *(ver Capítulo 21).* Se está experimentando para encontrar maneras rentables de ajustar los productos a las limitaciones de liquidez de los clientes y a la elasticidad de precios (generalmente primas semanales o mensuales muy pequeñas y posiblemente subvenciones a las primas y periodos de carencia en los pagos). Por lo general, los productos se presentan a través de un mediador de confianza y contienen muchos esfuerzos en cuanto a información y divulgación al cliente. Cada uno de estos aspectos de diseño y distribución del producto puede requerir adaptaciones de los enfoques convencionales respecto a las normas y la supervisión de la protección al cliente.

Como se ha mencionado, la evolución hacia la sencillez y el bajo coste también puede significar que se combinen los productos y que haya un nivel proporcional de no divulgación (es decir, venta pasiva). Los mecanismos de protección al cliente deben garantizar que los asegurados sean plenamente conscientes de lo que han comprado y de sus derechos; el capítulo trata diferentes enfoques para lograrlo.

Proveedores y modelos empresariales: Si bien el mercado del microseguro está subdesarrollado con respecto a su potencial, presenta una amplia variedad de modelos empresariales y estrategias de comercialización subyacentes.[4] Estas innovaciones prometen que los servicios de gestión de riesgos estén más ampliamente disponibles. Sin embargo, también pueden ser fuente de inquietudes en materia de protección al consumidor.

Una preocupación clave concierne a los acuerdos de distribución. La búsqueda de formas rentables de llegar a los consumidores de bajos ingresos, menos cultos y más remotos, ha derivado en sistemas de distribución que incluyen una variedad de operadores que desempeñan diferentes funciones según sus habilidades, tecnología, recursos e influencia. El papel de los mediadores es notable. El

[4] El modelo empresarial se refiere al planteamiento global adoptado, por ejemplo, socio-agente, venta directa, etc. La estrategia de comercialización es más granular y define la combinación detallada que se ha de adoptar en cuanto a fijación de precios, productos, distribución y promoción.

modelo "socio-agente" habitual generalmente implica a una compañía de seguros convencional asociada a una IMF. Otros de los principales agregadores hasta la fecha han sido bancos agrícolas, organizaciones no gubernamentales (ONG), sistemas postales y diferentes formas de mutualidades o cooperativas, a veces combinadas. El agregador puede tener su propia aseguradora cautiva, depositar parte o todo el riesgo en una o varias aseguradoras comerciales, o incluso llevar el riesgo en su propio balance general.

Recientes innovaciones que podrían mejorar la propuesta de valor del microseguro incluyen el uso de tarjetas prepago y redes de distribución no tradicionales como farmacias (Venezuela), operadores de teléfono móvil (Ghana), compañías de distribución y comercialización de energía (Colombia) o minoristas que abastecen a las poblaciones de bajos ingresos en Filipinas y Sudáfrica *(ver Capítulo 22).* Otra innovación que podría ayudar a los más pobres a gestionar los riesgos se basa en la combinación de productos. Por ejemplo, cuando un prestatario adquiere un préstamo para un activo como ganado, puede ofrecérsele un seguro de bienes patrimoniales en condiciones atractivas. En otros casos, la compra de artículos agrícolas como, por ejemplo, semillas y fertilizantes, da lugar a la compra automática de un seguro de cosechas.

Cada una de estas particularidades en un mercado del microseguro que evoluciona rápidamente –segmentos de clientes, productos y mezclas de productos, sistemas de distribución, tecnología y modelos empresariales– puede suscitar preguntas en materia de protección al consumidor, cuyas respuestas son, en cierto modo, diferentes de las que corresponderían a mercados convencionales.

Las preocupaciones sobre la conducta de mercado tienden a centrarse en los desafíos a los que se enfrentan los clientes en cuanto a las características de los productos y las prácticas que prevalecen en etapas clave de la cadena de valor. Las decisiones políticas y normas se beneficiará del estudio del consumidor respecto al tipo, la incidencia y las consecuencias reales de los problemas de protección al cliente experimentados por los asegurados *(ver Cuadro 26.1).*

Cuadro 26.1 **¿Qué puede ir mal? Conclusiones del estudio sobre el consumidor en Kenia**

¿Qué problemas en materia de protección al consumidor se plantean para los titulares de microseguros? Un reciente estudio sobre la protección al consumidor en Kenia se inspiró en discusiones de grupos focales y una encuesta nacional de consumidores del mercado de masas, incluidos los tomadores de seguros. Si bien las tasas de penetración son muy bajas y muchos encuestados no tenían seguro formal y privado, el estudio reveló que aquéllos que sí lo tenían generalmente estaban insatisfechos. Muchas de las quejas concernían a los vendedores que no explicaban los productos claramente y a la falta de documentos comprensibles. Un hombre explicó "es como si utilizaran a cualquiera para vender seguros y no

conocían los productos, así que adquieres un producto y luego, cuando llega la póliza, te encuentras con que es totalmente diferente".

El 13% de los tomadores de seguros señaló que los detalles no estaban explicados por escrito y el 11% comentó que no comprendía algunos datos como el precio de la póliza, lo que estaba cubierto o no, o cuánto recibiría en caso de siniestro. Los encuestados también describieron problemas en cuanto a litigios y tramitación de siniestros; el 26% de los asegurados encuestados que habían presentado una reclamación indicaron que ésta no fue tramitada rápidamente.

Los legisladores en cuanto a seguros en países en vías de desarrollo se enfrentan, por lo general, a considerables limitaciones de capacidad. Estudios de este tipo pueden ayudarles a centrar la normativa y la supervisión en materia de protección al cliente en las problemáticas más importantes y comprobar si las normas propuestas y demás medidas son susceptibles de funcionar del modo previsto.

Fuente: Adaptado de Flaming et al., 2011.

Un riesgo que puede socavar la protección del consumidor son las pólizas de microseguros demasiado complejas o con precios y términos demasiado difíciles de comprender, o incluso engañosos. La práctica relativamente común de "combinar" o "vincular," generalmente asociada a la coacción (como puede ser el caso del seguro de desgravamen), puede plantear preocupaciones en materia de protección al consumidor.[5] Es posible que el consumidor no tenga otra opción que comprar la póliza o que no pueda elegir al proveedor. Sin embargo, productos combinados o vinculados también pueden ampliar el acceso y representar ventajas como la reducción de costes derivada de sinergias de marketing, un pool de riesgos más amplio, la ausencia de selección adversa y una administración simplificada. Desde un punto de vista normativo, podría ser adecuado permitir compras combinadas y obligatorias, siempre y cuando existan medios de protección para garantizar una divulgación y una rentabilidad adecuadas. En vez de prohibir prácticas como la vinculación, las ventas "sin asesoramiento" o las coberturas limitadas, una normativa equilibrada tendría como

[5] Se habla de "combinación" cuando se venden varios productos diferentes al mismo tiempo en una transacción vinculada. El concepto de adhesión puede aplicarse en situaciones en las cuales se considera que existe un contrato único. La vinculación se produce cuando la organización que vende el producto principal (por ejemplo, un crédito) también vende otros productos complementarios de forma no competitiva. La combinación puede ser voluntaria (como en el caso de adquirir un seguro funerario adicional) u obligatoria (por ejemplo, cuando el seguro se vende como parte de un producto de crédito).

objetivo ajustar la protección de los consumidores a la realidad económica de los proveedores que tratan de llegar a estos nuevos mercados.

Otros desafíos en cuanto a la protección del consumidor pueden plantearse en la fase de ventas, el cobro de las primas y las reclamaciones a lo largo de la cadena de valor. Técnicas de ventas agresivas constituyen una queja habitual, incluidos los modelos de venta puerta a puerta, pero sin limitarse a estos últimos. Mediadores como agentes o corredores pueden desempeñar un papel fundamental a la hora de llegar y prestar servicios a nuevos titulares de pólizas de microseguros *(ver Capítulo 23).* Sin embargo, no siempre reciben la formación o la supervisión adecuadas por parte de la aseguradora y, de hecho, puede quedar poco claro para quién trabajan los mediadores y qué incentivos tienen para atender bien al asegurado una vez emitida la póliza. Algunas veces, la persona que vende la póliza desaparece completamente (Collins et al., 2009), sin garantía alguna de que las primas se consignen debidamente, de que se prosiga con los cobros y de que se cumplan las condiciones de la póliza.

La tramitación de las reclamaciones y la falta de mecanismos de recurso y quejas eficaces también pueden socavar la confianza de los nuevos consumidores en el microseguro formal. Algunas veces, la tramitación de las reclamaciones no es ni puntual ni justa, p.ej., cuando se desestiman reclamaciones sobre la base de exclusiones que no se aclararon al realizar la venta. Algunas veces, no existe ningún proceso formal para presentar y resolver quejas. Cuando existe, suele ser engorroso o la queja tiene pocas probabilidades de ser resuelta a favor del asegurado.

En definitiva, los legisladores deben equilibrar los objetivos de inclusión financiera, innovación y protección al consumidor cuando establecen reglas de conducta de mercado para el microseguro. De esta forma, la normativa puede tener que ajustarse a un enfoque más flexible para un diseño, un empaquetado y una distribución de productos aceptables, al tiempo que requiere elevados estándares de divulgación y prestación de servicios combinados con sólidos mecanismos de recurso.

26.2 Hacia un marco de protección del consumidor para el microseguro

Esta sección analiza más detalladamente las opciones que tiene una normativa factible para mejorar la transparencia, el trato justo y el recurso en el mercado del microseguro.

26.2.1 Transparencia

La divulgación de precios, términos y condiciones clave para los asegurados es la base de la transparencia y un principio fundamental de la protección al consumidor, ya sea en mercados desarrollados o menos desarrollados.

La redacción, el lenguaje y el formato de la información revelada debe presentarse de tal manera que los consumidores con formación y experiencia financiera formal limitada puedan comprenderlo fácilmente. Cada vez es más habitual en mercados desarrollados exigir que se adjunte al contrato un documento "con la información esencial", de acuerdo a un formato estipulado y que resuma la información más importante relativa a la póliza. Este enfoque también podría resultar de gran utilidad para los mercados de microseguro que se encuentran en su fase inicial, con los parámetros básicos del contrato del seguro (por ejemplo, tipo de contrato, plazo, suma asegurada, prima y frecuencia de la prima, condiciones de renovación, cómo presentar una reclamación, etc.) indicados en grandes caracteres y términos simples en la primera página. De hecho, si bien reducen la flexibilidad y el potencial de ajustar las pólizas al perfil de riesgo específico de clientes individuales, en su mayoría, la sencillez y la estandarización en sí contribuyen a proteger a los consumidores menos experimentados. Por ejemplo, una página podría ser suficiente para describir y satisfacer los requisitos contractuales de un producto simplificado con términos estándar. Otras formas de comunicación – como los juegos interactivos desarrollados para opciones y precios de productos de salud *(ver Capítulo 14)*– podrían resultar efectivas con estos segmentos de clientes adicionales.

Los consumidores también requieren que la divulgación tenga lugar en los momentos adecuados del proceso. Como mínimo, deberían recibir información completa previa a la venta sobre las características importantes del producto, sus propios derechos y responsabilidades, y las obligaciones del proveedor, incluidos el agregador, el agente y demás partes, según proceda. En el momento de realizar la compra, también deberían recibir una copia por escrito del contrato o de la póliza, si bien pueden existir casos en los cuales una información oral ofrezca suficiente transparencia para productos sencillos. Recientemente, China ha ido aún más lejos incorporando requisitos para algunas combinaciones producto/distribución, en las cuales los nuevos asegurados reconocen por escrito que comprenden las condiciones del contrato; poco después de la compra, la aseguradora debe contactar con el asegurado para confirmarlo.

Como ilustra el ejemplo de Kenia, los supervisores pueden beneficiarse de un estudio previo del consumidor (ya sea directamente encomendado o realizado por terceros independientes) para identificar ámbitos comunes de confusión y posibles engaños, y probar los condicionados y los formatos propuestos con los consumidores de bajos ingresos. Las aseguradoras o sus socios también pueden estar obligados a explicar el modo en que pretenden utilizar dichos estudios en el desarrollo de productos.

No obstante, la divulgación tiene sus limitaciones debido a factores como la complejidad del producto y los sesgos de comportamiento del consumidor inherentes.

26.2.2 Trato justo

El componente del trato justo en la protección al consumidor puede abordarse por separado para tres aspectos de las operaciones de seguros: el diseño del producto, la distribución y la tramitación de reclamaciones.

Diseño del producto

Muchos problemas de protección al consumidor pueden evitarse asegurándose de que los productos de microseguros son adecuados para la clientela prevista. Las pruebas principales son la importancia de las prestaciones del producto y los servicios, la equidad de las condiciones del contrato y la buena relación calidad-precio. ¿Tiene en cuenta el producto los principales riesgos para los asegurados? Las cláusulas del contrato, ¿son razonables y directas? ¿Existe una relación proporcional entre los costes de la póliza y los beneficios recibidos si se produce el evento asegurado? Las obligaciones de realizar pagos y los mecanismos para asegurar las prestaciones, ¿corresponden a las circunstancias del cliente? ¿Es esto asequible para el segmento de clientes de destino?

Enfoques comunes para superar el desequilibrio de poder y de información entre proveedores y consumidores en los mercados generales incluyen la regulación de los productos, así como un requisito afirmativo para los distribuidores de tener en cuenta las circunstancias específicas de los individuos al vender pólizas específicas.[6] Muchos países desarrollados están preocupados sobre el modo en que la combinación de productos puede introducir o reforzar el desequilibrio; para mejorar la idoneidad y reducir las ventas indebidas, algunos han tratado de promover la elección en situaciones de ventas vinculadas asegurándose de que los clientes tengan la posibilidad de comparar productos ofrecidos por aseguradores alternativos. Sin embargo, tales medidas pueden ser o bien ineficaces o poco prácticas en el mercado del microseguro de países en vías de desarrollo.

En vez de prohibir la combinación de productos o regular el asesoramiento, podrían adoptarse otros enfoques de cara a mejorar la idoneidad del microseguro vendido a los pobres económicamente activos. A veces, la definición legal del microseguro determina características del producto prohibidas u obligatorias que reducen el riesgo y la complejidad del producto. Por ejemplo, podrían aplicarse normas específicas que aclaren que la redacción del contrato debe ser mucho más sencilla y tener menos exclusiones de lo que sería aceptable en un entorno jurí-

[6] Para productos más complejos, generalmente contratos a largo plazo que incluyen una planificación del ciclo de vida como, por ejemplo, contratos de pensiones y de vida universales, la reglamentación en países desarrollados ha limitado cada vez más la categoría del mediador que puede estar involucrado en tales operaciones, pasando a asesores financieros altamente cualificados y totalmente registrados, muchos de los cuales operan ahora a base de honorarios. Asimismo, las normas también pueden estipular que se disponga de la documentación suficiente para probar que el mediador ha obtenido la información adecuada sobre las necesidades del cliente para seleccionar las opciones de contrato y los productos adecuados.

dico más desarrollado. Ejemplos de exclusiones incluyen la no cobertura de determinadas condiciones o condiciones previas (por ejemplo, VIH/SIDA).[7] Las obligaciones del asegurado de revelar estos cambios en el riesgo deberán ser también menos onerosas. Las aportaciones del consumidor pueden resultar útiles a la hora de determinar el diseño del producto.

Para pólizas básicas de accidentes y de vida, debería ser posible desarrollar condicionados estándar, con variaciones posibles sujetas a la autorización reglamentaria. En caso ideal, el contrato definitivo debería tener un formato de certificado y no incluir más de una página y una declaración complementaria. Por el contrario, en el caso de pólizas que cubren riesgos más complejos como, por ejemplo, pólizas agrícolas o de salud, las aseguradoras pueden requerir una mayor libertad para el diseño y la fijación de precios, de modo que dichos productos sean atractivos para los consumidores y comercialmente viables. Si se les concede este margen, tales productos podrían estar sujetos a requerimientos de divulgación reglamentarios mejorados, incluyendo una declaración explícita de los supuestos subyacentes y de cómo se llegó a ellos.[8] Además, dado que la mayoría de los supervisores en países en vías de desarrollo disponen de recursos técnicos limitados, podría ser conveniente exigir que la fijación de precios fuera realizada por una persona debidamente cualificada, la cual podría ser un actuario empleado por la aseguradora o personas que trabajan con un tercero distribuidor. Esto podría ayudar a garantizar que el mediador, el suscriptor y cualquier facilitador tengan la capacidad necesaria para hacerse cargo de dicho producto.

Algunas veces, la reglamentación aborda los precios, ya sea directamente (por ejemplo, prohibiendo o limitando determinadas cuotas y comisiones) o indirectamente (por ejemplo, exigiendo la aprobación previa de nuevos productos de microseguros e incluyendo un análisis de la rentabilidad en el proceso de evaluación). Las aseguradoras, sus socios o el supervisor de seguros también podrían estar obligados a publicar indicadores de resultados que identifiquen la fijación de precios, los gastos o los niveles de comisión más allá de los márgenes establecidos.[9] En cualquiera de los casos, debe prestarse especial atención a sustentar una fijación de precios que haga viable el abastecimiento de nuevos mercados por parte de proveedores responsables.

[7] A raíz de que Madison Insurance (Zambia) eliminara una exclusión sobre VIH/SIDA de su póliza de seguro de salud, la rentabilidad se mantuvo gracias a una reducción en los costes de ajuste de reclamaciones y un mayor tamaño de la cartera.

[8] Esto está relacionado con un sistema "write and file", por el cual no se requiere ninguna aprobación en materia de supervisión para comercializar un producto.

[9] En la India, durante los últimos cinco años, las aseguradoras han facilitado gran cantidad de información a la Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA). La IRDA publica 41 tablas de datos sobre todos los aspectos de las operaciones de las aseguradoras, incluidos los índices de siniestralidad y la antigüedad de los siniestros por tipo de actividad, así como la actuación a la hora de tramitar siniestros ("disposición ante reclamaciones").

También pueden utilizarse, de forma más general, métricas de rendimiento a modo de vigilantes de la "legitimidad" o de la rentabilidad. La Microinsurance Network ha publicado una serie de indicadores de resultados recomendados (Wipf y Garand, 2010) y ha propuesto *indicadores de resultados sociales (Simanowitz y Sandmark, 2011),* varios de los cuales son importantes para la agenda de protección al consumidor (*Cuadro 26.2*).

Cuadro 26.2 **Indicadores de resultados sociales especialmente importantes para la protección al consumidor**

Indicador 1 – Índice de siniestralidad incurrido
Indicador 2 – Índice de desestimación de siniestros
Indicador 3 – Índice de renovación
Indicador 4 – Puntualidad en la liquidación de siniestros
Indicador 9 – Índice de quejas
Indicador 10 – Índice de ventas transparentes

Fuente: Simanowitz y Sandmark, 2010.

El indicador de rendimiento clave más importante para la rentabilidad es el índice de siniestralidad. Ayuda a determinar si la estrategia de comercialización del proveedor de microseguros tiene sentido, tanto desde el punto de vista de un suscriptor como de un cliente. Los casos en los que se prevén índices de siniestralidad muy bajos para cubrir niveles de gastos excesivos no son deseables a largo plazo.[10] La normativa podría especificar gravámenes máximos, que posiblemente disminuirían con el paso del tiempo. Dado que la prestación de servicios financieros a los pobres es, por lo general, relativamente cara, podrían desarrollarse estrategias de benchmarking adecuadas. Por ejemplo, ¿es razonable que la tasa de gastos de una aseguradora de vida consolidada supere el 30%? Del mismo modo, un porcentaje neto de daños constante notablemente inferior al 50% para productos básicos debería ser un señal de alarma para aseguradoras de no vida veteranas. Una elevada tasa de anulación podría indicar también una escasa rentabilidad o prácticas y condiciones contractuales desleales. La consulta entre organismos reguladores, representantes del sector y de los consumidores podría contribuir al desarrollo de tales estrategias de benchmarking.

[10] Los servicios que no corresponden a seguros y que están incluidos en un producto de seguros deberían presupuestarse antes de proceder con dicho análisis.

Distribución

Una comunidad de supervisión en materia de seguros globalizada y vinculada está adoptando, cada vez con mayor frecuencia, estrategias para la reglamentación y la supervisión de mediadores. Situaciones especiales que se plantean en los mercados generales (por ejemplo, bancaseguros, distribución de altos volúmenes de seguros obligatorios a través de minoristas, distribución directa, venta vinculada de seguro de garantía, etc.) tienden a ser cubiertas por leyes o normativas independientes. En general, las normativas especiales sobre microseguros hacen especial hincapié en los mediadores. Es improbable que los enfoques convencionales en cuanto a reglamentación de la distribución y los mediadores sean adecuados para el microseguro debido a unos valores monetarios más reducidos, la necesidad de minimizar costes, la necesidad de aprovechar al máximo la confianza del consumidor en el mediador y al conjunto de estrategias de comercialización que aún sigue evolucionando. Es probable que los organismos reguladores quieran dejar la puerta abierta a una serie de mediadores potenciales, y la legislación por la que se rigen dichos mediadores debería permitirles ser tratados como agentes de seguros.

En la actualidad, un asunto primordial en los debates sobre protección al consumidor es el papel y la remuneración de agentes, corredores y asesores financieros.[11] Cuando los mediadores predominan, algunos organismos reguladores también permiten que agentes vinculados (es decir, exclusivos) vendan y presten servicios en el ámbito del microseguro. En algunos casos, estos agentes están autorizados en virtud de la legislación de seguros principal. En otros casos (por ejemplo, India y Filipinas), la legislación dispone para los agentes de microseguros menores requerimientos en materia de cualificación formal; sin embargo, pueden tener un abanico más amplio de responsabilidades que los agentes convencionales, incluyendo el cobro de primas.[12] Muchos fracasan después de un tiempo.[13]

Éste es otro difícil compromiso a la hora de equilibrar el acceso y la protección. El fracaso de los agentes puede dañar gravemente la confianza, ya que los asegurados, generalmente, pierden todas las primas que hayan pagado hasta que el agente deje de operar debido a severas sanciones por rescisión anticipada (Collins et al., 2009). La probabilidad de fracaso puede ser mayor si los niveles de comisiones en microseguros están limitados, como suele ser el caso algunas veces en virtud del régimen de protección al consumidor (ver Anagol (2011) sobre el

[11] Varios países, entre ellos Australia, Dinamarca, Finlandia, Holanda y Reino Unido, han planeado o están planeando prohibir algunas o todas las comisiones para corredores y asesores financieros independientes.

[12] Puede establecerse una clara analogía con los "cobradores" de seguros de la industria tradicional.

[13] Como regla general, en los mercados convencionales, aproximadamente el 15% de los nuevos empleados sobreviven su cuarto año como operadores a jornada completa.

efecto distorsionador de las comisiones). Para abordar este problema, cualquier entidad que ofrezca microseguros a través de agentes vinculados debería demostrar, como parte de su legitimidad, que dispone de sistemas que garanticen que otro agente se ocupará de inmediato de cobros o prestaciones de servicios si un agente abandona su actividad, o que tiene medios para desarrollar una relación directa con el asegurado, incluyendo el uso de SMS y centros de atención telefónica. Esto también requeriría un control por parte del supervisor, por ejemplo, a través de un sencillo reembolso reglamentario e inspecciones in situ. Además, las aseguradoras que trabajan con agentes vinculados deberían ser responsables ante la ley de cualquier venta indebida o infracción por parte de sus agentes.

En los casos en que los mediadores presentan conjuntamente un producto con una aseguradora, podrían existir dos opciones. O bien podría exigirse al mediador que se haga cargo del producto, o bien la normativa podría exigir que la aseguradora definitiva cumpla una norma prudencial mínima y asuma la responsabilidad de las acciones de su mediador.

Para compensar estas aplicaciones de la proporcionalidad reglamentaria, todos los mediadores de microseguros deberían ser formalmente autorizados o registrados por el supervisor. Además, el personal pertinente de un mediador especializado en microseguros debería estar sujeto a una formación y una certificación para agentes simplificadas. El supervisor también debería tener la facultad de transferir una cartera de pólizas de seguros a otro mediador y/o aseguradora si procede, con el fin de garantizar que los asegurados sigan beneficiándose de la cobertura.

En todos los casos, cuando el mediador se ocupa de la gestión de primas y siniestros, debería ser capaz de demostrar que los fondos del asegurado se mantengan de facto separados de sus propios fondos, que existan los sistemas adecuados (en formato electrónico o papel) para identificar y garantizar los derechos de los asegurados, y que los registros del suscriptor se actualicen periódicamente (al menos cada semana).

Gestión de siniestros

Los sistemas de indemnizaciones pueden ser cruciales a la hora de crear confianza y mejorar el éxito de un contrato de microseguro, debido al gran efecto demostrativo de una buena o mala actuación. Las conclusiones extraídas del estudio del consumidor en Kenia indican que es importante que los organismos reguladores supervisen este aspecto e intervengan en caso de problemas graves evidentes, por ejemplo, estableciendo normas sobre puntualidad y legitimidad en materia de tramitación de siniestros. Las encuestas realizadas en la India demuestran que un periodo de liquidación de hasta cuatro semanas puede ser aceptable para los pobres económicamente activos aunque, dados sus ingresos bajos y variables, una tramitación más rápida sería mejor. En Filipinas, el marco sobre microseguros establece un límite de

10 días. Varias iniciativas en microseguros que implican a corredores, facilitadores u otros mediadores como, por ejemplo, grupos de autoayuda, permiten el pago inmediato de reclamaciones válidas, sin una evaluación previa por parte del suscriptor o sus liquidadores. Por ejemplo, un gran ensayo piloto en microseguros en el Distrito Vizianagaram de Andhra Pradesh utiliza un centro de atención telefónica y transferencias electrónicas directas a cajeros automáticos para acelerar la tramitación de siniestros. Algunos productos de seguros frente a riesgos climáticos también han sido diseñados, en parte, para liquidar siniestros con mayor puntualidad.

Como práctica estándar, cualquier microaseguradora bien administrada, o sus socios en la cadena de valor, deberían registrar y analizar su actuación en materia de siniestros independientemente de los requisitos de supervisión. El supervisor o la autoridad responsable de la protección al consumidor debería realizar un seguimiento de la tramitación de siniestros, tanto para que el consumidor quede satisfecho como en el marco de sus labores prudenciales y de desarrollo. En este sentido, las microaseguradoras o sus mediadores asociados deberían informar periódicamente sobre el número de siniestros avisados por tipo de contrato y el tiempo promedio que se ha tardado en liquidar el siniestro tras ser notificado. En la práctica, una fuerte asociación de seguros podría llevar a cabo la mayor parte del análisis y la recopilación de datos relativos a microseguros en nombre de la autoridad competente en materia de protección al consumidor como parte de un ejercicio de autorregulación.

26.2.3 Tramitación de quejas y recursos

La posibilidad de exigir desagravios es también un importante aspecto en cualquier régimen de protección al consumidor. Ahora se está desarrollando de manera organizada y formal en muchos países industrializados y en transición, pero es inexistente en la mayoría de países en vías de desarrollo.

Resolución de litigios internos

Cuando tiene un problema o litigio, la primera línea de recurso del asegurado debería ser con la compañía. Esto permite que la aseguradora tenga la oportunidad de resolver el problema de forma eficaz a través de un mecanismo interno. Cuando están implicados mediadores u otros distribuidores, esto debe quedar claro al consumidor y debe indicarse, de forma explícita y en lenguaje sencillo en el punto de venta, cómo y a quién presentar una queja. Las buenas practicas requieren que se nombre convenientemente a un máximo responsable para tramitar las consultas y las quejas del asegurado. Los titulares de pólizas de microseguros tienen más posibilidades de obtener un mejor servicio mediante procesos de tramitación de quejas más sencillos que permitan presentar quejas a través de varios canales (por ejemplo, en persona donde se compró la póliza o por teléfono

móvil). Esta forma de proceder es algo que se requiere en varios países industrializados y se ha incorporado en la normativa especial en materia de microseguros de Perú. Como se ha señalado anteriormente, los supervisores pueden definir normas para la resolución de litigios internos, como normas sobre la divulgación de opciones de recurso, puntualidad y procesos, y pueden exigir a las aseguradoras que informen sobre la naturaleza y la frecuencia de las reclamaciones y la tasa de éxito de las resoluciones.

Recurso a terceros

Algunos países tienen la opción de recurrir a terceras partes para tratar casos en los que el consumidor no ha quedado satisfecho con los resultados del proceso de resolución de litigios. Cada vez más, los países están designando a defensores del pueblo para tratar todos los tipos de quejas en el sector financiero.[14] Otra posibilidad es que esta función se localice en una asociación del sector lo suficientemente amplia, una institución supervisora principal o un organismo de protección al consumidor adecuado. En virtud de este último enfoque, el sector de los seguros debería aceptar el cumplimiento de las decisiones de estos organismos (generalmente hasta un importe de siniestro limitado), que podrían ser determinadas por un comité debidamente cualificado.

Periodos de gracia

Las opciones de recurso pueden ser reforzadas por una normativa que requiere "periodos de gracia" para productos a largo plazo o más complejos (especialmente si contienen exclusiones) por la cual, una vez comprada una póliza, los consumidores disponen de un determinado periodo de tiempo para cambiar de idea, cancelar la póliza por cualquier razón y recibir un reembolso justo. Este enfoque está ganando terreno[15] y, en algunos países, se está incorporando el periodo de gracia al texto de la póliza, lo cual también ayuda a anticipar el objetivo del trato justo.

26.3 Diseñar e implementar regímenes especiales de protección del consumidor para el microseguro

La sección anterior abordó temas problemáticos de protección al consumidor habituales en el microseguro y opciones normativas para tratarlos, incluyendo algunas referencias sobre el modo en que éstos difieren de los de los mercados de seguros más convencionales. El cometido, la potestad y la estructura de la autoridad de seguros u otra entidad responsable de diseñar e implementar dichas normas pueden variar de un país a otro. Esto tiene implicaciones para la implementación de

[14] La International Network of Financial Ombudsman Schemes tiene más de 30 miembros, varios de los cuales proceden de mercados en transición o en vías de desarrollo: http://www.networkfso.org/Links.html.

[15] En Sudáfrica se requieren 30 días, lo cual parece ser viable.

un régimen de protección al consumidor para el microseguro. Allí donde los legisladores deciden crear un régimen normativo alternativo para el microseguro, deben contemplarse algunos aspectos prácticos y jurídicos.

26.3.1 Implicaciones de la normativa y las definiciones del microseguro sobre la protección al consumidor

Una vez tomada la decisión política de adoptar normas especializadas o adaptadas, existen diferentes opciones para incorporarlas en la legislación y la reglamentación y lograr el equilibrio perfecto entre el acceso y la protección en las normas de conducta de mercado. Una de ellas es eximir explícitamente al microseguro de algunos requisitos de las normativas y leyes convencionales. Otra es promulgar una reglamentación o legislación especial, como en el caso de la India o Perú. Por lo tanto, el tratamiento especial del microseguro puede plantearse como unos principios amplios o unas normas específicas. Si bien un enfoque basado en principios permite una máxima flexibilidad, en la práctica, un enfoque basado en normas es probablemente preferible mientras el sector del microseguro se encuentra en su fase de desarrollo. Es posible que se apliquen las normas específicas de manera más eficaz si se desarrollan supervisores de países que se enfrentan a limitaciones de capacidad, especialmente cuando sus acciones pueden ser desafiadas por intereses políticos especiales o cuando el sistema judicial aún está desarrollándose.

La reglamentación especial de Perú (resolución 14283-2009) aborda las problemáticas sobre protección al consumidor especificando características cualitativas del producto, mecanismos de recurso y requisitos de presentación de informes. Sin embargo, las normas de protección al consumidor sólo se aplican a aseguradoras registradas.

La India y Filipinas han publicado normas a medida. En la India, la Insurance Regulatory and Development Authority ((IRDA, Autoridad Reguladora y de Desarrollo de los Seguros) publicó las "normativas sobre microseguros" en 2009, que se refieren exclusivamente a la conducta de mercado en vez de asuntos prudenciales, que dependen de la legislación sobre seguros principal. Como en Perú, sólo se aplicaban a aseguradoras registradas. En las Filipinas, las normas introducidas a principios de 2010 forman parte de un esfuerzo nacional por reforzar la supervisión y la conducta de mercado de una serie de instituciones de microseguros, incluyendo aseguradoras formalmente acreditadas, asociaciones de beneficio mutuo y cooperativas. Ahora, los planes de seguros informales tienen la opción de funcionar a través de una aseguradora acreditada o de constituirse en una de las tres estructuras autorizadas *(ver Cuadro 25.5).* Tanto en la India como en las Filipinas, los agentes de microseguros tienen que estar acreditados por el supervisor de seguros.

En la India se aplica también un código de conducta a todos los agentes, incluidos los agentes de microseguros, y se requiere que las aseguradoras respeten esta obligación. El código tiene fuerza de ley (ha de incluirse en las normativas de agencias) y cualquier incumplimiento resultaría en la revocación de la licencia a la agencia. Mientras que los requisitos de código respecto a la conducta de mercado sean razonables y una institución capaz esté en condiciones de supervisar a los agentes, este enfoque de "autorregulación delegada" respecto a los códigos de conducta tiene más posibilidades de funcionar que unos códigos puramente voluntarios en el caso del microseguro. Los códigos puramente voluntarios tienden a encontrarse más a menudo en países industrializados (por ejemplo, Canadá), donde sólidas asociaciones de supervisores e industriales están en condiciones de aplicar una persuasión moral; cabe observar, no obstante, que no siempre funcionan a la perfección, ni siquiera en tales contextos.

26.3.2 Ámbito, cobertura y arbitraje normativos

Una cuestión política asociada es si la normativa de protección al consumidor brinda efectivamente cobertura a todas las entidades formales que ofrecen productos de riesgo a los pobres económicamente activos. Si se desarrolla una normativa especial únicamente en virtud de los poderes de la legislación sobre el seguro, es posible que la cobertura esté limitada y haya margen para un arbitraje normativo entre entidades autorizadas y no autorizadas. Por esta razón, conviene que la normativa de protección al consumidor para el microseguro sea respaldada por leyes que se apliquen a todas las instituciones pertinentes bajo un único supervisor, como en las Filipinas y Australia.[16] Como norma general, si una institución es considerada lo suficientemente importante como para estar sujeta a supervisión prudencial, entonces también debería estar sujeta a normas de protección al consumidor que garanticen igualdad de condiciones con otros proveedores de servicios financieros genéricamente similares. Los regímenes de seguros informales que cubren a un gran número de miembros y a los que no se aplican las leyes de protección al consumidor podrían estar sujetos a registros o alguna otra forma de supervisión menos rígida, o podrían verse forzados a operar a través de entidades autorizadas.

Una complicación es que, a veces, el beneficiario real no es el individuo que paga la prima. Generalmente, cuando una IMF ejerce como mediador, el producto vendido es un seguro de crédito (accidentes personales, vida o vida más incapacidad) solamente por el importe del préstamo. La IMF generalmente se lle-

[16] En Australia, por razones históricas, existía una legislación independiente para sociedades mutualistas (friendly societies), pero éstas fueron sometidas a la vigilancia de los mismos supervisores federales que las compañías de seguros cuando se estableció la Australian Prudential Regulatory Authority (APRA, Autoridad Reguladora Prudencial de Australia).

vará una comisión y es posible que el consumidor no sepa que el coste se ha añadido al tipo de interés.[17] En este caso, podría argumentarse que el organismo regulador pertinente es la autoridad bancaria, en vez del supervisor de seguros. Sin embargo, la entidad reguladora bancaria puede estar más interesada en la solvencia financiera del prestamista y, en particular, en su capacidad para mantener su flujo de ingresos basado en honorarios y comisiones, lo cual crea una posición de conflicto potencial en lo que respecta al bienestar del consumidor. O bien, las entidades bancarias pueden limitar los tipos de interés para proteger a los consumidores, estimulando así, involuntariamente, a que los operadores aumenten los precios de productos de seguros vinculados. Asimismo, muchos seguros de desgravamen pagan un importe a la familia del prestamista además de pagar el préstamo pendiente, lo cual recae claramente bajo el concepto del seguro. Por estas razones, el desgravamen está incluido en la definición del microseguro a los fines de este capítulo.

Cualquier decisión política para introducir una normativa a medida (y un enfoque de supervisión concomitante) para el microseguro plantea la posibilidad de que se vendan contratos de seguros convencionales de acuerdo a este régimen alternativo, que casi con total certeza tiene una carga normativa más ligera y permite formulaciones que no serían posibles en virtud de los principios básicos del seguro (ICP) de la IAIS. Los organismos reguladores tendrán que tomar medidas para evitar que se creen oportunidades de arbitraje normativo en materia de conducta de mercado, por las cuales los proveedores de seguros podrían definirse a sí mismos como "microaseguradoras" o definir los productos como "microseguros" para aprovecharse de esta normativa menos onerosa.[18] Esto es importante tanto respecto a la estabilidad y eficacia, así como para la protección del consumidor.

Algunos de los países que han implantado una legislación específica sobre microseguros, entre ellos, Perú y las Filipinas, parecen haber trazado una vía razonable entre limitar oportunidades de arbitraje y permitir enfoques innovadores. En algunos otros países, las normas pueden limitar la flexibilidad y el desarrollo del microseguro, por ejemplo, exigiendo un elevado capital mínimo para todos los suscriptores[19] o imponiendo normas de países desarrollados para el asesoramiento, incluyendo fact finds, es decir, indagaciones de hechos, exhaustivas.[20] Algunos

[17] Por lo general, los costes del seguro son del orden del 1,5% o más del importe del préstamo y no son infrecuentes índices de siniestralidad inferiores al 20%.

[18] Esta reflexión ha sido una razón por el retraso en la puesta en marcha del sector de microseguros camboyano – la legislación propuesta impondrá requisitos de capital más exiguos que para las aseguradoras convencionales.

[19] Crecana, una aseguradora viable para el grupo de bajos ingresos, tuvo que cesar sus operaciones en Bolivia por esta razón.

[20] Una "indagación de hechos" (fact find) es un cuestionario que demuestra que el mediador ha realizado consultas suficientes como para ser capaz de recomendar un producto y un importe asegurado/nivel de prima adecuados (es decir, un análisis de necesidades financieras).

mercados han encontrado vías para sortear dichas limitaciones, pero sería preferible que los organismos reguladores reconocieran las diferentes necesidades de los distintos segmentos de mercado *(ver Cuadro 26.3).*

Cuadro 26.3 **Normas sobre asesoramiento en Sudáfrica**

En Sudáfrica, la Financial Advisory and Intermediary Services Act (Ley FAIS) requiere que los mediadores faciliten información suficiente como para permitir al consumidor tomar una decisión fundamentada. Cuando se facilita asesoramiento, existen normas específicas y relativamente onerosas sobre el modo en que debe hacerse y por quién debe hacerse. En particular, el mediador debe ser un asesor financiero registrado, llevar a cabo un análisis de las necesidades financieras del posible comprador y asegurarse de que el consumidor comprenda el asesoramiento facilitado.

Este requisito podría haber limitado el desarrollo del microseguro de bajos ingresos. En la práctica, las aseguradoras han sido capaces de desarrollar una categoría de agencia vinculada sin asesoramiento de tipo "marcar una casilla" (por ejemplo, para productos estándar sencillos vendidos a través de establecimientos minoristas), empleando una interpretación de una disposición de la Ley que estaba prevista para un propósito diferente. En caso ideal, tales estrategias de adaptación no se necesitan.

Fuente: Adaptado de Gautier et al., 2006.

Cabe destacar que las leyes de la India y las Filipinas definen explícitamente la categoría del agente de microseguros vinculado, que está sujeto a requisitos menos exigentes que un agente vinculado o corredor normales. Generalmente, los agentes de microseguros deben tener una experiencia específica a la hora de tratar con los pobres económicamente activos y haber recibido un mínimo de formación y, en el caso de los mediadores, operar para organizaciones sin ánimo de lucro. Es posible que tengan que desempeñar una variedad más amplia de funciones que un agente convencional, y que sean remunerados correspondientemente. Sin embargo, puede que estén exentos de la necesidad de pasar exámenes y tener una amplia titulación académica formal. Esta parece ser una solución práctica.

26.4 Protección del consumidor no reglamentaria y no legislativa

26.4.1 Función complementaria de normas y códigos de conducta del sector

Una conducta de mercado deficiente por parte de las aseguradoras y los mediadores puede resultar en una normativa de protección al consumidor cara y sumamente intrusiva. Un régimen de esta índole puede ser problemático e incluso contraproducente desde la perspectiva de inclusión financiera y desarrollo de mercado, así como resultar en un menor nivel de bienestar para el consumidor, por ejemplo, si las opciones informales de los consumidores son inferiores a las disponibles en el mercado. Esto aboga por un cuidadoso equilibrio de las respuestas normativas a los riesgos reales observados en el mercado y probablemente por un enfoque más de tipo "aprender haciendo" a la hora de diseñar un régimen. También indica que unas respuestas bien diseñadas que aborden las causas profundas de los problemas de protección al consumidor a través de otros medios que no sean puramente normativos pueden desempeñar un papel preponderante.

Asociaciones del sector y supervisores bien informados en un determinado número de países han reconocido este aspecto aplicando códigos de conducta sectoriales diseñados para controlar estrategias empresariales basadas en maximizar las ganancias a corto plazo y garantizar que los consumidores reciban los productos adecuados y un trato justo, de modo que puedan desarrollar la confianza en proveedores y productos formales. Para ello, la industria de los microseguros ha llevado a cabo varias iniciativas para desarrollar códigos y normas en pro de un comportamiento responsable, incluida la Smart Campaign, que se organiza en torno a siete principios de protección al cliente que corresponden aproximadamente a los principios propuestos en este capítulo.[21] Ahora, la Campaña está desarrollando más directrices detalladas para diferentes servicios microfinancieros, incluidos los microseguros. La Microinsurance Network también ha formado una fuerza de protección al consumidor para realizar un trabajo más profundo de este tipo.

Un desafío clave para los enfoques de autorregulación es si las recompensas y las sanciones serán suficientes para motivar a los operadores a que logren altos niveles de conformidad. En el sector de las microfinanzas, la Campaña parte de la premisa que la combinación de los valores fundamentales de desarrollo de la mayoría de los actores del sector, la persuasión moral y el refuerzo por parte de financiadores como, por ejemplo, inversores sociales, derivarán en niveles acep-

[21] Ver la descripción de los principios y las herramientas para proveedores, asociaciones y otras partes interesadas en www.smartcampaign.org. La Campaña se benefició de los esfuerzos de IMF y redes para desarrollar códigos de conducta y trabajo como los realizados por SEEP Network, que anteriormente expuso el objetivo de asegurar una prestación de servicios ética, digna, transparente y justa (ver SEEP, 2010).

tables de comportamiento y una mejora continua. La experiencia de otras iniciativas de autorregulación demuestra que el compromiso y la supervisión por parte de los organismos reguladores pertinentes también pueden ser importantes factores de éxito.

26.4.2 Función complementaria de las iniciativas de educación y sensibilización al consumidor

Si bien un bajo nivel educativo y una escasa familiaridad con las finanzas formales también pueden ser una barrera para la implementación efectiva de la protección al consumidor en el sector del microseguro, los pobres económicamente activos son muy conscientes del riesgo. Eventos como una enfermedad temporal de un asalariado o la pérdida de una vaca pueden ser catástrofes para una familia pobre. Sin embargo, puede resultar difícil percibir el valor de un producto que satisfaga sus necesidades pero que sea totalmente desconocido y posiblemente contradictorio en cierto modo. Mientras que las particularidades del consumidor no impiden que comprenda el contrato o sus derechos una vez explicados, esto requiere una profunda reflexión y los riesgos de venta indebida e infracción pueden ser mayores.

En su conjunto, estos factores incrementan la necesidad de medidas de educación financiera básica y de sensibilización del consumidor para complementar un régimen de protección al consumidor. Tales medidas se facilitan a través de requisitos normativos como una divulgación en lenguaje sencillo y mecanismos de recurso accesibles. Además, un mercado con el suficiente nivel educativo es mucho más fácil de desarrollar.[22] Por consiguiente, mientras que la confianza en el mediador es uno de los principales impulsores de la decisión de compra, existen evidencias claras de que una cultura financiera básica puede aumentar la conciencia de los consumidores con respecto a sus opciones de gestión de riesgos y sus derechos legales generales y contractuales una vez firmado un contrato de seguros.

Durante la prueba de su Consumer Protection Curriculum (Programa de Protección al Consumidor) en varios mercados de bajos ingresos, el Global Financial Education Program (GFEP, Programa de Educación Financiera Global) observó que los pobres económicamente activos a menudo no se dan cuenta de que tienen derechos legales generales fuera del texto contractual del seguro. Además, el GFEP constató que sólo el 16% de los consumidores pobres con los que trabajaban confiaba en las aseguradoras antes de participar en los ensayos piloto de su programa sobre seguros y gestión de riesgos; después de la formación, el 71% estaba dispuesto de admitir que algunas aseguradoras eran aceptables (GFEP).

[22] Tres ganadores del premio Nobel (Akerlof, Spence y Stiglitz) han demostrado que mercados bien informados se desarrollan más rapidamente y a lo largo de un camino más próspero.

El proceso de educación y sensibilización del consumidor requiere un esfuerzo conjunto por parte de los supervisores, el sector y demás recursos como, por ejemplo, ministerios de educación u ONG especializadas. Si bien una implicación cara a cara para crear capacidad financiera tendría algunas ventajas (asumiendo que los posibles asegurados puedan permitirse el tiempo), los datos del GFEP y la propia experiencia de los autores indican que otros canales y medios populares como radionovelas o telenovelas podrían brindar un mayor potencial de divulgación en materia de educación y sensibilización sobre el seguro en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Las escuelas de enseñanza secundaria también pueden ser un canal productivo para el cambio de comportamiento y conocimiento a largo plazo; han sido un método para introducir el concepto del seguro durante muchos años en países desarrollados. No hay que olvidar que la necesidad de educación y capacidad financiera para el consumidor se reduce enormemente cuando los productos son adecuados, se distribuyen de forma justa y transparente y están sujetos a recursos en caso de problema.

26.5 Buenas prácticas emergentes

Se ha identificado un número de buenas prácticas emergentes que podría formar el núcleo de un régimen de protección al consumidor equilibrado para el microseguro. Antes de que puedan constituir los fundamentos de cualquier recomendación normativa, no obstante, deberían evaluarse in situ y adaptarse al contexto. Las prácticas se clasifican de acuerdo a los tres objetivos generales de protección al consumidor que son la transparencia, el trato justo y el recurso eficaz.

1) *Transparencia:*

- Requerir que el cliente sepa quién es la aseguradora definitiva, es decir, que el nombre de la aseguradora esté indicado claramente en los documentos de venta, la póliza y cualquier documento de "información esencial".
- Requerir una divulgación adecuada y comprensible del precio de la póliza, de lo que ofrece (y no ofrece), de las obligaciones de pago de la prima, de cuándo y cómo puede presentarse una reclamación en virtud del contrato y de cuál es el importe, incluyendo cualquier exclusión o limitación en la cobertura que emanen de garantías explícitas o implícitas.
- Requerir procedimientos de divulgación de las reclamaciones adecuados y comprensibles y de cómo acceder a mecanismos de recurso si las cosas no marchan según lo previsto.
- Dado el perfil de los consumidores de microseguros, tales divulgaciones deberán ser lo más sencillas, comprensibles y accesibles posible para aquellas personas con niveles bajos de ingresos, experiencia y formación académica. La normalización de

los formatos de divulgación y de los condicionados puede facilitar la comprensión del consumidor y la comparación de los diferentes productos disponibles.

2) *Trato justo:*

– Requerir que existan mecanismos para mitigar el impacto de prácticas de ventas bajo gran presión asegurándose de que los posibles consumidores tengan el tiempo de valorar la idoneidad y la rentabilidad del producto ofertado. Ejemplos de tales mecanismos incluyen llamadas posteriores a la venta por parte de la aseguradora (utilizando medios electrónicos cuando sea posible) y periodos de gracia *(ver Sección 26.3).*
– Prestar atención al efecto de una redacción excesivamente obtusa, especialmente si limita la prestación de servicios de seguros cuando los clientes podrían haber esperado que fueran prestados, y estimular a los operadores a que ofrezcan productos relativamente sencillos (por ejemplo, con textos o restricciones estándar en exclusiones y garantías misteriosas).
– Permitir la combinación de productos cuando ofrece beneficios (por ejemplo, ahorro en costes o comodidad) para los clientes así como para el proveedor, siempre y cuando se cumplan los requisitos de idoneidad y divulgación.[23]
– Requerir que todos los mediadores estén formalmente autorizados o registrados[24] y que cumplan con la normativa adecuada y proporcional adaptada de los mercados convencionales.
– Responsabilizar a las aseguradoras por las acciones de sus agentes vinculados relativas a la entrega y a la prestación de servicios por los productos.
– Garantizar que los fondos de los clientes estén protegidos y adecuadamente registrados.
– Supervisar la eficacia de la liquidación de siniestros a través de medidas como los índices de siniestralidad y el tiempo entre el aviso del siniestro y el pago.

3) *Recurso:*

– Requerir que las aseguradoras o grupos afiliados que intervienen en su nombre[25] (es decir, mediadores) establezcan procedimientos de tramitación de quejas internos puntuales y de fácil acceso para los consumidores de microseguros. Por ejemplo, procedimientos de tramitación de quejas que sean puntuales, gratuitos y cómodos, y a los que se pueda acceder en persona y sin papeleo excesivo. En la medida en que sea posible, el supervisor debería controlar la eficacia de los siste-

[23] Si bien la combinación de productos puede producirse en el punto de venta, los diferentes productos podrán seguir siendo suministrados por instituciones distintos.
[24] Sujeto a supervisión por el organismo regulador, esto puede realizarse a través de aseguradoras autorizadas para agentes vinculados individuales.
[25] Por ejemplo, IMF o grupos de autoayuda.

mas de resolución de litigios internos e instar a las aseguradoras o a los mediadores a que informen sobre los resultados de las quejas y la resolución de litigios.

– Si las condiciones económicas lo permiten, designar a un representante del consumidor independiente como, por ejemplo, un defensor del pueblo. Otra opción es asegurarse de que los consumidores tengan acceso a una unidad de protección al consumidor en el departamento pertinente del supervisor o un organismo del sector independiente.
– Requerir "periodos de gracia" (periodos después de la venta durante los cuales el nuevo asegurado puede rescindir el contrato y recibir un reembolso justo) para productos complejos o de largo plazo – especialmente si contienen importantes condicionados sobre exclusiones o garantía.[26]

Hay estudios que demuestran que el entorno político puede tener un gran impacto en el desarrollo del sector de los seguros a todos los niveles. Los organismos reguladores pueden inspirarse en estas buenas prácticas emergentes de forma selectiva, según el tipo de producto, el contexto del consumidor, el nivel de desarrollo del mercado y la capacidad de supervisión. Si se aplican correctamente, estas buenas prácticas pueden contribuir notablemente a la inclusión financiera a través del desarrollo de mercados de microseguros generadores de valor añadido y sostenibles.

[26] Si se incluye en los condicionados de pólizas, también podría clasificarse bajo el apartado del trato justo.

Apéndice

Sobre los autores

Janice Angove es actuaria cualificada y profesora en la Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica. En el marco de sus funciones para la School of Statistics and Actuarial Science, está involucrada en la enseñanza de ciencias actuariales y en la investigación en el ámbito del microseguro y la normativa para desarrollar mercados de seguros. Anteriormente, Janice fue gerente en Quindiem Consulting, poniendo especial énfasis en el microseguro y la reglamentación de los seguros y las pensiones en países en vías de desarrollo. Entre sus principales puntos de interés destacan el desarrollo de casos comerciales para nuevos proyectos de microseguros y la evaluación de casos comerciales para el microseguro desde la perspectiva de aseguradoras comerciales. Asimismo, Janice proporciona asesoramiento a organismos reguladores de seguros y pensiones en el Sur de África, ayudando a dichos organismos en países en vías de desarrollo a promover un sector estable de pensiones y seguros.

Anjali Banthia dirige las tareas de investigación de la Women's World Banking en Asia y África. A través de la investigación, Anjali pretende llevar la voz de los clientes femeninos para que se tenga en cuenta su opinión en el diseño y la distribución de productos de microfinanzas y estrategias de marketing. Su investigación apoya programas del WWB en microseguros, ahorros, créditos, educación financiera y remesas. Es la autora de *Microinsurance that works for women*, publicado en 2009 por la Women's World Banking y Zurich Insurance Company en la serie de publicaciones del Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT. La publicación analizaba la problemática en materia de sexo presente en la provisión de microseguros.

Anjali ha trabajado en más de diez mercados en África, Asia y Europa del Este para recomendar y poner en marcha soluciones financieras prácticas e innovadoras para las mujeres. Antes de formar parte de la WWB, Anjali trabajó como jefa de producto en Ujjivan Financial Services, una institución microfinanciera de nueva creación y alto crecimiento en Bangalore, India, donde diseño e implementó un programa de préstamos para microempresas que generó una cartera de préstamos de 3 millones de USD llegando a más de 10.000 mujeres emprendedoras en su primer año. Comenzó su carrera en la gestión de marcas de productos para el consumidor en la Clorox Company, Oakland, en California, y también ha trabajado en calidad de consultora de estrategia en materia de género para el First Microfinance Bank y la International Finance Corporation en Dushanbe, Tayikistán. Es titular de un Máster en Relaciones Internacionales por la London School of Economics y está licenciada en Administración de Empresas por la Universidad de California en la Haas School of Business de Berkeley.

Michiel Berende comenzó su carrera como suscriptor de seguro y gerente de procesos para una aseguradora holandesa llamada Interpolis. Empezó a involucrarse en el microseguro cuando visitó la India en 2004 en calidad de consultor para Interpolis y la Micro Insurance Association Netherlands. En la India, brindó su apoyo a la DHAN Foundation con vistas a encontrar y desarrollar la solución de software adecuada para su programa de microseguros. Trabajar desde la base llevó a Michiel a renunciar a su trabajo en la empresa para vivir y trabajar en la India. Allí colaboró en la Tata-Dhan Academy donde estableció un centro de conocimientos para el microseguro. En 2006, Michiel se convirtió en miembro del Grupo de Trabajo sobre Microseguros CGAP, ahora denominado Microinsurance Network. Desde 2008 prosigue con su labor en el sector del microseguro en calidad de consultor independiente para la Microinsurance Network, la OIT, la GIZ, el IADB, Eureko y otras entidades con experiencia en Brasil, la India, Mozambique, Senegal y otros países.

Asimismo, Michiel es promotor del grupo de trabajo sobre tecnología de Microinsurance Network. Este grupo de trabajo se centra en sistemas y servicios de recogida de datos, comunicación y sistemas de gestión de información y servicios con el fin de respaldar a los usuarios de microseguros y a los formadores que trabajan con estas organizaciones.

Alex Bernhardt es fundador y director del grupo GC Micro Risk Solutions℠ de Guy Carpenter. Encabezó la iniciativa de subvenciones de Guy Carpenter en 2008, que culminó con la asignación de fondos por parte del Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT. Posteriormente, dirigió el equipo de asignación global responsable de la primera transacción de microseguros de GC Micro – la primera vez para Guy Carpenter y el sector en general. Bajo la dirección de Alex, GC Micro ha recibido desde entonces subvenciones adicionales para proyectos específicos y ahora gestiona cuentas comerciales en África, Asia y América Latina dando cobertura a muchas líneas de negocio en materia de microseguro, por ejemplo, el seguro de vida, de salud y catástrofes naturales. Alex realiza regularmente aportaciones a las publicaciones del sector, da ponencias en eventos internacionales y ha recibido varios galardones de la industria, por ejemplo, fue incluido en la lista "Rising Stars" de la revista *Reactions* en 2011 y en la lista Power Broker® de la revista *Risk & Insurance* de 2011. Ha obtenido varios nombramientos del AICPCU y es titular de una Licenciatura con honores por la Universidad de Puget Sound.

Michael R. Carter es catedrático de Economía Agraria y Recursos en la Universidad de California, Davis y dirige el programa de apoyo a la investigación colaborativa BASIS, que estudia estrategias de lucha contra la pobreza rural en África, Asia y América Latina. La investigación de Carter se centra en estrategias de desarrollo de pequeños agricultores, incluyendo programas de profundización del mercado financiero y transferencias de activos. Sus proyectos actuales incluyen análisis de la dinámica de la pobreza y redes de protección social a través de la producción, y presentan una serie de proyectos que diseñan, controlan y evalúan contratos de seguros indexados como mecanismos para luchar contra la pobreza crónica y profundizar en los mercados financieros rurales y agrícolas. Este último trabajo se lleva a cabo al amparo de la Index Insurance Innovation Initiative (I4), una empresa conjunta de BASIS, USAID, Oxfam, FAO y el Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT. Elegido miembro de la la American Agricultural Economics Association (Asociación Americana de Economía Agrícola), Carter es co-editor del principal diario sobre desarrollo *World Development.*

Doubell Chamberlain es fundador y director gerente de Cenfri y director de sección de FinMark Trust, responsable del trabajo que esta organización desempeña en materia de sistemas de pagos minoristas y microseguros. Es un experto en la economía del desarrollo a través de la formación, especializado en la innovación de la inclusión financiera, la política del sector financiero y la estrategia normativa para el desarrollo, el acceso a servicios financieros y el apoyo a los Gobiernos con el fin de que los mercados funcionen para los pobres. Doubell dispone de una amplia experiencia en el sector del microseguro, el antiblanqueo de capitales y la financiación del terrorismo (AML/CFT), la distribución de servicios financieros y normativa para el desarrollo del mercado, y ha trabajado en muchos continentes en vías de desarrollo, entre ellos, África (Botsuana, Etiopía, Kenia, Lesoto, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Uganda y Zambia), América Latina (Brasil, Colombia y México) y Asia del Sur y del Sureste (India, Indonesia y Pakistán).

Doubell es titular de un Máster en Economía (Cum Laude), de una Licenciatura (BComm) con honores en Economía (Universidad de Stellenbosch/Universidad Libre de Ámsterdam) y también posee el título de licenciado en Matemáticas (Universidad de Stellenbosch, Sudáfrica).

Arup Chatterjee es especialista senior del sector financiero en la Office of Regional Economic Integration en el Asian Development Bank en Manila, con la responsabilidad de dirigir el desarrollo del sector financiero en materia de seguros y ahorro contractual desde noviembre de 2010. Su cargo anterior fue el de administrador jefe de la International Association of Insurance Supervisors (IAIS, Asociación Internacional de Supervisores de Seguros) en el Banco de Pagos Internacionales en Basilea, Suiza, donde fue responsable, durante seis años, del desarrollo, la evaluación y la implementación de normativas financieras. En el ámbito de la inclusión financiera, ha contribuido específicamente a la creación de normas que permiten el acceso a mercados financieros centrándose especialmente en el microseguro y el *takaful,* y ha estado implicado en el trabajo del G-20 y el APEC. Anteriormente, tenía en su haber 18 años de experiencia trabajando en la India, donde se dedicó a los aspectos operativos, normativos, supervisorios y políticos de las operaciones del sector financiero, prestando sus servicios a una compañía de seguros, el ministerio federal de finanzas y en calidad de director adjunto de la Indian Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA, Autoridad Reguladora y de Desarrollo de Seguros de la India). Es miembro del comité consultivo de la Access to Insurance Initiative (Iniciativa de Acceso a Seguros) y del grupo consultivo del Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT.

Grieve Chelwa es investigador en el Centre for Financial Regulation and Inclusion (Cenfri). Después de brindar su apoyo, durante casi dos años, al Cenfri a media jornada, Grieve pasó a formar parte del equipo del Cenfri a jornada completa a principios del 2011. Su trabajo se ha centrado principalmente en la provisión de microseguros en África, mostrando un profundo interés por el desarrollo en África del Sur. Antes de formar parte del Cenfri, Grieve trabajó como gerente auxiliar para Citi Africa, ubicada en Johannesburgo, Sudáfrica. Durante su estancia en Citi, Grieve completó varios proyectos en la República Democrática del Congo, Kenia, Nigeria y Sudáfrica relativos a la integración de sistemas, el análisis de créditos y el desarrollo de nuevos negocios. Antes de Citi, Grieve trabajó como auxiliar de operaciones para el Standard Chartered Bank Zambia y, anteriormente, fue pasante en el Central Bank of Zambia. Grieve es titular de un Máster en Economía (Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica), cuenta con un título de Licenciado en Comercio (BCom) con honores en la especialización de Economía (Universidad de Ciudad del Cabo) y un título de Grado en la especialidad de Economía y Estadística (Universidad de Zambia).

Craig Churchill cuenta con 20 años de experiencia en el sector microfinanciero, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. En su cargo actual en el Programa de Finanzas Sociales de la OIT, se centra principalmente en el papel de los servicios financieros que los pobres pueden utilizar para gestionar los riesgos y reducir su vulnerabilidad, incluyendo el ahorro, el seguro y los préstamos de emergencia. Ocupa la presidencia de la Microinsurance Network, es miembro del consejo de administración de la Access to Insurance Initiative (Iniciativa de Acceso a Seguros) y enseña en el Programa de Formación en Microfinanzas de Boulder en Turín, Italia. Craig es autor y ha editado más de 40 artículos, documentos, monografías y manuales de formación sobre diferentes temas microfinancieros, entre ellos, los microseguros, la fidelidad del cliente, el desarrollo organizacional, la gobernanza, las metodologías de préstamo, la regulación y supervisión, y los servicios financieros para los más pobres entre los pobres. En 2008, puso en marcha el Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT, con el apoyo de la Fundación Bill & Melinda Gates, para estimular el desarrollo del seguro con el objetivo de fomentar un trabajo decente para decenas de millones de personas de bajos ingresos en el mundo en vías de desarrollo.

Aparna Dalal respalda los esfuerzos en investigación, comunicación y gestión de conocimientos del Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT. Anteriormente, fue directora de proyectos especiales en la Financial Access Initiative (Iniciativa de Acceso Financiero), donde emprendió y dirigió los proyectos de investigación en microseguros relacionados con la educación del consumidor, la economía del comportamiento y la evaluación del impacto. Aparna posee una amplia y variada experiencia en consultoría tecnológica y gerencial obtenida en los sectores público y privado. Es titular de un Máster (MPA) en Desarrollo Internacional por la Universidad de Nueva York y una Licenciatura (BBA) en Administración de Empresas expedida por la Universidad de Texas.

Yvonne Deblon es gerente de proyectos en el Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), en Eschborn. Dentro del departamento de protección social, dirige proyectos en el ámbito del microseguro y la protección social básica. Se incorporó a GIZ en 2009 después de años trabajando en el asesoramiento político en calidad de asistente de investigación en el Parlamento alemán. Cuenta con muchos años de experiencia en la cooperación para el desarrollo y es titular de un diploma de geografía y economía del desarrollo por la Universidad Renana Federico-Guillermo de Bonn. Es promotora en el grupo de trabajo para la protección social de la Microinsurance Network.

Stefan Dercon es catedrático de economía del desarrollo en la Universidad de Oxford, así como asesor del Fondo para la Innovación en Microseguro de la OIT. Sus estudios analizan las causas y las consecuencias de la persistencia de la pobreza en África y la India, utilizando datos microeconómicos a largo plazo y experimentos sobre el terreno. La mayor parte de su trabajo se centra en las relaciones existentes entre el riesgo y la pobreza, y el papel que desempeñan los mecanismos de seguro formales e informales para reducir la vulnerabilidad. Recientemente, ha sido nombrado economista jefe del Department for International Development (DFID, Departamento para el Desarrollo Internacional) del Reino Unido.

David Dror es un reconocido experto internacional en microseguros. Fue nombrado por la Asia Insurance Industry "Personalidad del Año" en 2009 a raíz de "una investigación y un estudio de vanguardia que han ayudado a potenciar el conocimiento sobre el modo en que las comunidades más pobres del mundo pueden beneficiarse del microseguro". En 2011, recibió el galardón Global Citizen Lifetime Achievement Karmaveer Puraskaar a la justicia social y la acción ciudadana de la confederación india de ONG. Su obra trascendental *Social re insurance: A new approach to sustainable community health financing* (con A. Preker; publicada por el Banco Mundial y la OIT) está considerada como un texto fundamental a la hora de vincular las comunidades populares con el reaseguro ("Social Re"). Ha publicado más de 40 artículos revisados por expertos, varios capítulos de libros y tres libros sobre los diferentes aspectos del microseguro de salud (publicaciones: http://ssrn. com/author=183410).

David Dror es titular de un Doctorado (PhD) (summa cum laude) y un Doctorado en Administración de Empresas (DBA) (magna cum laude), es profesor honorario en la Erasmus University Rotterdam (Holanda) y fue presidente fundador de la Micro Insurance Academy (www. microinsuranceacademy. org) en Nueva Delhi en 2007, y en Alemania en 2011. La MIA es considerada como la principal proveedora de servicios técnicos en materia de microseguros. Recibió el premio al "proveedor de servicios educativos del año" en 2010 y de nuevo en 2011 por los "métodos de formación innovadores de la MIA, adaptados a las necesidades de los grupos de bajos ingresos".

Iddo Dror tiene en su haber más de una década de experiencia en varios sectores (desarrollo internacional, Naciones Unidas, académicos y empresariales) en proyectos que incluyen a los cinco continentes. Sus intereses profesionales son el desarrollo (especialmente el papel que desempeñan los servicios financieros), el comercio y la administración internacional, y la docencia a nivel de posgrado. Es titular de un Doctorado (PhD) en Economía y Ciencias Sociales y un Máster en Dirección de empresas por la Universidad de Ginebra, Suiza. Iddo ha estado activo en el sector del microseguro desde 2005, cuando comenzó su trabajo de doctorado y se trasladó a la India en 2007 para ayudar con la puesta en marcha de la Micro Insurance Academy, la primera y única institución dedicada a ofrecer asistencia técnica a organizaciones y comunidades populares en cuanto al conocimiento del sector de los seguros. Ha sido promotor en el grupo de trabajo de educación sobre seguros de la Microinsurance Network desde su inicio hasta 2011, y ha estado impartiendo cursos de posgrado sobre microseguros desde 2009. Se pueden consultar más detalles sobre las actividades actuales, así como enlaces a publicaciones en http://in. linkedin. com/in/iddodror

Denis Garand, se licenció por la Universidad de Manitoba en 1981 y obtuvo la designación de la FCIA (Fellow of the Canadian Institute of Actuaries) y de la FSA (Fellow of the Society of Actuaries) 1987. De 1981 a 2000, trabajó para una cooperativa de seguros canadiense en calidad de actuario del grupo, director de marketing y vicepresidente del seguro colectivo, asumiendo también tareas de consultoría para aseguradoras cooperativas en vías de desarrollo y participando activamente en asociaciones del sector. Desde 2000, Denis ha sido consultor independiente, centrándose en el grupo canadiense y el sector de seguros de crédito, así como en programas de microseguros internacionales.

Eric Gerelle es consultor internacional para organizaciones de microfinanzas y microseguros, empresas multinacionales, universidades y agencias de la ONU. Durante su carrera profesional, ha trabajado tanto en el sector privado como en el académico en el desarrollo y el marketing, organizando conferencias y talleres internacionales sobre desarrollo sostenible, gestión de los conocimientos y financiación de proyectos. En la actualidad, está desarrollando modelos matemáticos para los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aplicándolos en la planificación de escenarios sobre salud, seguros, empleo y educación.

Eric ha diseñado y desarrollado sistemas de TIC para la adquisición de datos, la gestión de flujos de trabajo, la integración de sistemas y la gestión de los conocimientos. A través de la cooperación con proveedores de soluciones móviles, ha creado soluciones para el microseguro, las microfinanzas, la salud, la nutrición y la educación en países en vías de desarrollo. Ha puesto en marcha varios proyectos financiados por la Comunidad Europea en materia de fabricación, salud y gestión de los conocimientos. Entre sus obras publicadas destacan artículos en los ámbitos de la automatización industrial, la gestión de la producción y un libro sobre fabricación integrada por ordenador. Eric es titular de una Licenciatura (BA) en Física por la Universidad de Oxford y un Doctorado (PhD) por la Universidad de Kansas State en Matemáticas; asimismo, obtuvo el Distinguished Alumnus Award (Premio al alumno distinguido) por el departamento de matemáticas de la Universidad de Kansas State.

Martin Herrndorf es socio del Endeva Institute en Berlín, redactor para NextBillion.net y estudiante de doctorado en la Universidad St. Gallen, donde estudia procesos de estrategia en empresas que abordan los mercados del microseguro. Sus publicaciones tratan principalmente de soluciones basadas en el mercado para luchar contra la pobreza, centrándose en el microseguro. Ha impartido seminarios sobre estos temas en la Universidad de St. Gallen (2009), la Summer School de la Universidad de Colonia (2009) y la Uganda Insurance Association (2010). Cuenta con una amplia experiencia en el sector del microseguro en varios contextos geográficos y específicos de la empresa, incluyendo análisis de

carteras, el diseño y la debida diligencia en materia de colaboración y los modelos de administración. Entre sus principales intereses destacan la inclusión financiera y las tecnologías digitales. A través de su implicación en el microseguro, ha podido obtener numerosas informaciones y perspectivas sobre procesos de colaboración y estrategia de cara a encontrar soluciones basadas en el mercado contra la pobreza pertinentes por todo el sector.

Jeanna Holtz se unió al Fondo para la Innovación en Microseguros en 2008, cuando éste se puso en marcha con la financiación de la Fundación Bill & Melinda Gates para promover el desarrollo de servicios de seguros valiosos entre un gran número de hogares de bajos ingresos. Jeanna emprendió el programa de subvenciones para la innovación del Fondo; actualmente es responsable del conjunto de operaciones del Fondo. El historial de experiencia de Jeanna se fundamenta en la consultoría y los seguros de salud. Antes de incorporarse al Fondo, trabajó durante cinco años para el Grupo Allianz, con sede en Múnich, Alemania, en el Departamento Internacional de Salud, donde dirigió un equipo con el fin de apoyar las iniciativas en materia de seguros de salud por todo el mundo en Allianz. Anteriormente, Jeanna había trabajado para la aseguradora de salud estadounidense Aetna. Es titular de un Máster en Dirección de Empresas (MBA) por la Universidad Northwestern de Chicago.

Christine Hougaard es gerente de contrataciones en el Centre for Financial Regulation and Inclusion (Cenfri) con sede en Sudáfrica, donde se especializa en microseguros, pagos minoristas y, más ampliamente, en la inclusión financiera. En materia de microseguros, es coautora de varios estudios, entre ellos, estudios de diagnóstico de microseguros en Brasil, Sudáfrica, Swazilandia y Zambia. Antes de incorporarse al Cenfri, Christine trabajó como asociada en la empresa de consultoría Genesis Analytics, donde desempeñó principalmente una labor de acceso a las finanzas. Christine es titular de un Máster en Economía por la Universidad de Stellenbosch, Sudáfrica.

Susan Johnson es profesora senior en Desarrollo Internacional en la Universidad de Bath, Reino Unido. Ha llevado a cabo una extensa investigación en materia de microfinanzas y mercados financieros locales, centrándose en el papel que desempeña el sexo en materia de acceso financiero, el papel de los servicios financieros informales y el impacto de las intervenciones sobre la pobreza. Ha trabajado en importantes estudios sobre evaluación del impacto para el DFID y la Fundación Ford, y ha llevado a cabo investigaciones acerca del acceso financiero con el Financial Sector Deepening Trust (FSDT) en Kenia.

Lisa Jones Christensen es profesora asistente de estrategia e iniciativa empresarial en la Kenan-Flagler Business School, en la Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill. Es investigadora y docente en materia de iniciativa empresarial, innovación, gestión de cambios, métricas y liderazgo. Entre sus subespecialidades cabe destacar la microempresa y el desarrollo, incluyendo la innovación en microfinanzas, microseguros y microfranquicias. Asimismo, dirige el trabajo en proyectos sobre innovación sostenible e iniciativa empresarial en el contexto de países en vías de desarrollo. Su investigación ha sido publicada en libros y periódicos, entre ellos: *Journal of Applied Psychology, Journal of Business Ethics, Stanford Social Innovation Review* y *Academy of Management.* Es autora de varios estudios de caso galardonados, principalmente relacionados con las estrategias empresariales de empresas sostenibles en África. Obtuvo su Doctorado (PhD) en Comportamiento Organizacional por la UNC Kenan-Flagler, su Máster en Dirección de Empresas (MBA) por la Marriott School y una Maestría (MA) en Desarrollo Internacional por la David Kennedy School, ambas en la Brigham Young University. Obtuvo su Licenciatura (BA) por la Universidad de California, en Berkeley.

Eamon Kelly es socio actuarial con más de 15 años de experiencia en el sector de los seguros privados en Irlanda y Australia. Desde principios de 2008, ha aplicado esta experiencia al sector del desarrollo, trabajando en calidad de jefe de programa y consultor en varias iniciativas de microseguros en Asia del Sur y Oriente Medio. Eamon cuenta con una amplia experiencia en materia de implementación de programas y sobre el terreno, dirigiendo directamente programas de MI tanto en la India como en Jordania durante más de tres años. Asimismo, es coautor de varios artículos y publicaciones de investigación, y ha colaborado en la creación de capacidad para proveedores de microseguros. Actualmente trabaja como consultor con el Banco Mundial en el desarrollo de normativas y un marco para el microseguro en Pakistán.

Ruth Koren obtuvo su Grado en Ciencias (BSc.)(1966), su Maestría (MSc.)(1968) y su Doctorado (PhD) (1973) por la Facultad de Ciencias Exactas en la Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel. Después de una beca de dos años en la Universidad de Cornell y un nombramiento en investigación de un año en el Fox Chase Cancer Center de Philadelphia, regresó a la Universidad Hebrea y pasó allí tres años en calidad de científica senior en la Facultad de Ciencias Biológicas y otros tres años como profesora encargada de un curso en la Facultad de Medicina. En 1983 se trasladó a la Universidad de Tel Aviv, Israel. Allí, comenzó su trayectoria como científica senior afiliada al Rabin Medical Center y, durante los últimos diez años, ha ejercido como profesora de ciencias médicas en la Facultad Sackler de Medicina y ha dirigido un equipo de investigación en el Felsenstein Medical Research Center en la Universidad.

Sheila Leatherman es catedrática de investigación en Gillings School of Global Public Health, Universidad de Carolina del Norte. Lleva a cabo estudios sobre la calidad de la atención sanitaria, reforma de sistemas sanitarios y microfinanzas como una estrategia para mejorar los resultados en el sector de la salud. Fue elegida miembro de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos en 2002. En 2007, fue nombrada Comendadora de la Orden del Imperio Británico (CBE) por la reina Isabel II por su trabajo durante más de una década como evaluadora independiente del impacto que las reformas gubernamentales ejercen en la calidad de la atención en los servicios de salud nacionales. Desempeña una labor activa en la investigación y práctica en el sector emergente de la integración de las microfinanzas con las intervenciones en materia de salud, trabajando en muchos países, entre ellos, Benín, Bolivia, Burkina Faso, Camboya, India, Nigeria, Perú, Filipinas, Uganda y la República Unida de Tanzania. Dirigió un proyecto de dos años destinado a evaluar la evidencia a escala mundial del impacto que supone integrar sistemáticamente las microfinanzas y la intervención del acceso a la salud, que fue publicado en 2011.

Rodney Lester, hasta su jubilación en 1998, ha ejercido en calidad de asesor senior en el Banco Mundial y como director del programa responsable de las instituciones financieras no bancarias. Llegó al Banco Mundial después de 32 años en los sectores de la gestión de fondos y los seguros privados. Es actuario y titular de un Máster en Dirección de Empresas (MBA) por la Harvard Business School. Las actividades operativas del Banco Mundial han incluido reformas y resoluciones en el sector de los seguros, financiación para catástrofes naturales, reformas de pensiones privadas, gobernanza corporativa, desarrollo de políticas de protección para el consumidor y microseguros. Ha participado en dos galardones al trabajo operacional eficiente e innovador desde que se uniera al Banco Mundial y fue elegido Actuario Australiano del Año en 2005. Antes de formar parte del Banco Mundial, ejercía como director de división en AMP, la mayor gestora de fondos y aseguradora de Australia. Durante este tiempo, asumió la presidencia del Insurance Council of Australia, así como la del Harvard Club of Australia.

Pascale Le Roy es economista especializada en política sanitaria y financiación. Ha trabajado en el sector de los microseguros de salud desde 1999, diseñando y gestionando de 1999 a 2003 el plan de seguros de salud SKY, en Camboya, para la ONG francesa GRET (Groupe de Recherches et d'Echanges Technologiques). Posteriormente, se dedicó a labores de consultoría para el programa STEP de la OIT y para el GRET, llevando a cabo estudios de viabilidad para el diseño de planes de seguros de salud (Haití, Senegal), desarrollando manuales técnicos y módulos de formación. En 2006, Pascale se incorporó a la OMS en calidad de asesora técnica para el desarrollo del plan de seguros de salud basado en la comunidad bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud en la República Democrática Popular Lao. De regreso a Francia, asumió de nuevo su profesión de consultora para el GRET, el Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT y la Aga Khan Microinsurance Agency (Pakistán). En mayo de 2011, Pascale se incorporó a la sede de la GRET en París en calidad de directora del programa de microseguros (www. gret. org).

Markus Loewe es economista senior en el Instituto de Desarrollo Alemán (Deutsches Institut für Entwicklungspolitik) en Bonn, donde ha estado trabajando desde 1999. Estudió economía, ciencias políticas y árabe en Tübingen, Erlangen y Damasco, y obtuvo su Doctorado (PhD) por la Universidad de Heidelberg con una tesis sobre planes de microseguro. Sus principales puntos de interés son la protección social, la reducción de la pobreza/ODMs y la promoción de la inversión en países en vías de desarrollo. Asimismo, ha publicado obras sobre el desarrollo demográfico, el crecimiento a favor de los pobres, las políticas anticorrupción, la gobernanza económica, el desarrollo del sector privado y el impacto de la creciente crisis económica y financiera a escala mundial. Sus publicaciones más recientes incluyen "The global financial crisis and the Arab world: Impact, reactions and consequences" (2010, en: *Mediterranean Politics* 15, 1, 45–71, con Juliane Brach); *Pension schemes and pension reforms in the Middle East and North Africa* y "How favoritism affects the business climate:Empirical evidence from Jordan" (2008, en:*The Middle East Journal* 62, 2, 259–276, con Jonas Blume y Johanna Speer).

Thomas Loster, geógrafo, fue miembro del GeoRisk Research Group en Munich Reinsurance Company, Múnich, la primera compañía de reaseguros del mundo, durante 16 años. Asumía labores relacionadas con los riesgos climáticos, el cambio climático y la política climática. Entre sus responsabilidades se incluía también el análisis estadístico de las tendencias y las catástrofes naturales a nivel mundial. Fue nombrado presidente de la Fundación Munich Re en julio de 2004. La Fundación aborda los principales desafíos a escala mundial, incluido el cambio climático y medioambiental, así como la prevención de catástrofes. Fiel a su lema "From Knowledge to Action" (Del conocimiento a la acción), la Fundación pretende preparar a las personas para enfrentarse a los riesgos y mejorar sus condiciones de vida, centrándose especialmente en los países en vías de desarrollo. Ofrecer conocimientos en el ámbito del microseguro es un pilar esencial del trabajo de la Fundación. Thomas Loster es miembro del consejo de la Munich Climate Insurance Initiative (MCII), que trata de establecer mecanismos de seguros para los pobres como una manera de enfrentarse al cambio climático. Asimismo, es miembro del Comité Nacional Alemán del United Nations Decade of Education for Sustainable Development.

Barbara Magnoni es presidenta de EA Consultants y asesora en materia de desarrollo a escala internacional con más de 15 años de experiencia en desarrollo y finanzas internacionales. Desde 2000, ha trabajado en programas de desarrollo económico centrándose principalmente en América Latina. La mayor parte de su trabajo reciente se ha basado en comprender las necesidades y las preferencias de los clientes y vincular estas últimas al desarrollo de productos y programas de cara a mejorar el acceso a las finanzas, los mercados y la protección social de los segmentos de bajos ingresos. Ha diseñado programas de microseguros para varias instituciones, redes y agencias gubernamentales, entre ellas, REDCAMIF (Red Centroamericana de Microfinanzas), INISER (la mayor aseguradora de Nicaragua) y FOSIS (un programa de protección social del gobierno chileno). Actualmente se encarga de la recopilación y el análisis de la experiencia adquirida en torno al conocimiento del valor para los clientes de microseguros en el proyecto MILK del MicroInsurance Centre. Es titular de un Máster en Asuntos Internacionales por la Universidad de Columbia y domina los idiomas español, inglés e italiano.

Brandon Mathews comenzó su carrera profesional con General Motors en Alemania. En 1998, se incorporó al American International Group en Nueva York para establecer operaciones de servicio en Asia, Europa y América Latina. Asumió la responsabilidad de la Cuenta de Pérdidas y Ganancias para las empresas de nueva creación en América Latina en 2002 y logró por primera vez unas ventas regionales a "consumidores emergentes" de más de 15 millones de pólizas anuales en 2006. En 2007, se trasladó a Zurich Financial Services para asumir la responsabilidad global de sus esfuerzos de cara a brindar un mejor servicio y ampliar de forma más sostenible sus empresas en el segmento del consumidor emergente.

El historial en materia de seguros técnicos de Brandon se basa en la gestión de sistemas y operaciones, así como en la suscripción de productos orientados al mercado. Su función actual consiste en el patrocinio de la investigación y el desarrollo para abrir nuevos mercados, por ejemplo, las tecnologías más innovadoras como teléfonos móviles o tipos de productos más novedosos como el seguro paramétrico. Además, Brandon es miembro del comité de dirección del Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT, el comité ejecutivo de la Microinsurance Network y la junta consultiva de Catalyst Europe.

Michal Matul es responsable del programa de investigación del Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT. Durante los últimos 12 años, su trabajo se ha centrado en comprender el comportamiento financiero y en mejorar las opciones de gestión de riesgos para los hogares de bajos ingresos en países en vías de desarrollo. Posee una Maestría (MSc) en Economía y Estadística por la Facultad de Económicas de Varsovia, un Posgrado (DEA) por la Facultad de Ciencias Políticas (París) en Demografía Económica en Países en Vías de Desarrollo y un Doctorado (PhD) en Economía por la Facultad de Varsovia.

Michael J. McCord cuenta con una experiencia de más de 17 años en el sector del microseguro y es un experto muy respetado, así como un gran defensor en materia de microseguros. Es presidente y fundador del MicroInsurance Centre, LLC, una creciente empresa de consultoría especializada en la investigación, la promoción y el desarrollo de productos y procesos de microseguros que cumplen con las necesidades específicas de las personas de bajos ingresos. Es miembro fundador de la Microinsurance Network, donde actualmente participa en el comité ejecutivo y ha sido miembro de los comités de dirección para la Fundación Munich Re/Conferencias Anuales sobre Microseguros de la Microinsurance Network.

Michael ha escrito extensamente sobre microseguros, siendo autor de numerosos estudios de caso, documentos y manuales en materia de microseguros. Ha impartido formación sobre microseguros a más de 1.600 personas en todo el mundo. Michael es también director del proyecto Microinsurance Learning and Knowledge (MILK) del MicroInsurance Centre que pretende ayudar a responder preguntas en materia de valor para el cliente y justificación comercial del microseguro.

Heidi McGowan fue becaria de la OIT con el grupo de trabajo de impacto de la Microinsurance Network, donde llevó a cabo proyectos sobre desarrollo y preparación de una guía práctica para la evaluación del impacto del microseguro para profesionales sin formación econométrica formal. Anteriormente, evaluó el impacto social de un proveedor de microseguros en Tanzania para la International Finance Corporation, diseñó y recaudó fondos para programas de micropréstamos en la filial de Nueva York de ACCION-USA y pasó varios años gestionando proyectos financiados por USAID para la práctica de mercados emergentes de una empresa de consultoría de gestión. Es titular de un Máster en Economía Aplicada por la Universidad de Michigan.

Katharine McKee se unió a CGAP (centro mundial de recursos para microfinanzas) en 2006 en calidad de asesora senior en pólizas. Dirige el trabajo de asesoría y análisis de pólizas del CGAP sobre protección del consumidor, incluyendo opciones de pólizas, reglamentación y supervisión para mercados de bajo acceso. Asimismo, dirige el trabajo del CGAP en cuanto a finanzas responsables, incluida la iniciativa Smart Campaign para desarrollar normas del sector consensuadas de cara a una mejor protección del cliente, así como una iniciativa para garantizar la integración de las reflexiones sobre finanzas responsables en los procesos del inversor. Otra de las labores del CGAP se ha centrado en el ahorro y el papel que desempeña el Gobierno en la inclusión financiera. De 1998 a 2006, Kate dirigió la sucursal de Microenterprise Development en la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, dirigiendo actividades de apoyo a programas de la USAID que invierten más de 200 millones de USD al año en más de 70 países. De 1986 a 1998, fue una alta directiva en Self-Help en Carolina del Norte, la institución financiera de desarrollo comunitario (CDFI) de los Estados Unidos. Encabezó la puesta en marcha de un fondo gubernamental para invertir en CDFIs y ofrecer incentivos para que instituciones financieras convencionales fomentaran el préstamo a favor del desarrollo comunitario. Asimismo, trabajó para la Fundación Ford en Nueva York y África Oriental. Es una economista del desarrollo, con un Máster por la Universidad de Princeton. Presidió el Consejo Asesor de Consumidores del Board of Governors of the Federal Reserve (Banco Central) de Estados Unidos.

Jonathan Morduch ha enseñado en la Universidad de Nueva York desde 2000, donde es catedrático de Políticas Públicas y Economía. Está especializado en finanzas y desarrollo. Asimismo, es director gerente de la Financial Access Initiative (Iniciativa de Acceso Financiero), un consorcio de los principales economistas del desarrollo centrado en ampliar de forma notable el acceso a servicios financieros de calidad para las personas de bajos ingresos. En 2005, fue co-autor del libro *The economics of microfinance* (MIT Press), que desarrolla una agenda de investigación orientada a la política y fue descrito por Thomas Easton de *The Economist* como "El mejor libro sobre la economía de banca y finanzas…" El trabajo constante de Morduch sobre inversión social, financiado por la Fundación Ford, aplica puntos de vista de la teoría moderna de finanzas corporativas para desarrollar nuevos conocimientos de los límites y las posibilidades de los mercados y la filantropía. Morduch es actualmente presidente del comité de Naciones Unidas sobre Estadísticas de Pobreza, asesora a Pro Mujer y es miembro de SafeSave en Daca. Es también miembro del comité de redacción del *World Bank Economic Review* y del grupo de asesores de la ONU sobre sectores financieros inclusivos. Sus puntos de vista sobre finanzas y desarrollo han sido citados en el *New York Times, The New Yorker,* CNN, *Wall Street Journal, Los Angeles Times, Washington Post,* Associated Press y otras organizaciones. Es titular de una Licenciatura (BA) expedida por la Universidad de Brown y un Doctorado (PhD) de Harvard, ambos en Económicas. En enero de 2009, Morduch fue nombrado Doctor Honoris Causa por la Universidad Libre de Bruselas. Su nuevo libro, del que es co-autor, *Portfolios of the poor: How the world's poor live on $2 a day* está publicado por la Princeton University Press.

Andrew Mude, de origen keniano, obtuvo su diploma universitario en el Gettysburg College. En 1999, se licenció Summa Cum Laude con una especialidad en Economía y una subespecialidad en matemáticas y francés. En 2000, se incorporó a la Cornell University para realizar su doctorado en Economía, con especialización en economía del desarrollo y econometría aplicada. Obtuvo su Doctorado (PhD) en junio de 2006. Como parte de su investigación doctoral, pasó seis meses sobre el terreno estudiando a los productores de café y sus cooperativas en el distrito de Murang, Kenia. Este esfuerzo le valió la medalla de plata en la Global Development Network de 2007. Tras finalizar su doctorado en Economía en la Universidad de Cornell, pasó a formar parte del International Livestock Research Institute (ILRI) en agosto de 2006 en calidad de economista para el Targeting and Innovations Programme del ILRI. Su cartera actual aborda, en su mayoría, la investigación y el diseño de intervenciones de desarrollo y gestión de riesgos para contribuir a aumentar la resistencia y reducir la vulnerabilidad de los hogares pobres dependientes del ganado, especialmente en zonas de pastoreo. Dirige el programa Index-Based Livestock Insurance (seguro de ganado indexado) del ILRI.

Jennifer Powers es directora de prácticas del acceso a finanzas para EA Consultants y tiene diez años de experiencia en el desarrollo de microfinanzas, microseguros, la banca de inversión y el sector financiero. Ha trabajado en proyectos en África, Asia, Europa del Este y América Latina. Desde que colabora con EA, ha trabajado en diferentes programas de asistencia técnica para IMFs en África, Europa del Este y América Latina, ha escrito varios informes para el Inter-American Development Bank y la USAID sobre limitaciones en el crecimiento de pequeños negocios llevados por mujeres, los efectos de la crisis financiera de 2008 en el sector de las microfinanzas, así como el mercado de préstamos de una persona a otra a escala nacional e internacional y la gestión de riesgos para IMFs.

Anteriormente trabajó como responsable de inversiones en Deutsche Bank Social Investments, donde se encargaba de la debida diligencia, realizaba recomendaciones de inversión y gestionaba las relaciones con los clientes en 15 países. Su trabajo en materia de financiación del desarrollo ha forjado su experiencia como banquera de inversiones en Merrill Lynch, donde asesoraba a compañías de seguros y otras instituciones financieras. Es titular de un Máster en Asuntos Internacionales y Desarrollo Económico por la School of International and Public Affairs de la Universidad de Columbia y posee una Licenciatura en Economía por la Universidad de Duke.

Ralf Radermacher es vicepresidente de la Micro Insurance Academy e. V. (MIA International) y director de investigación y formación en MIA India. Fue una pieza clave a la hora de implantar MIA tanto en la India como en Bonn, Alemania, y posicionarla como una de las principales instituciones del mundo para la investigación y la asistencia técnica en microseguros. Antes de incorporarse a la MIA, trabajó en la Universidad de Colonia, donde desempeñaba labores de docencia e investigación sobre cooperativas. Coordinó el proyecto financiado por la Unión Europea "Strengthening Micro Health Insurance Units for the Poor in India" y realizó varias labores de asesoramiento para organizaciones de desarrollo. Anteriormente, trabajó con una de las mayores ONG de desarrollo alemanas (Welthungerhilfe) pudiendo comprender así la labor de otros entes públicos (Ministerio Federal de Cooperación & Desarrollo económico) y privadas (GFA Umwelt) en el ámbito del desarrollo. Tiene un posgrado en Economía por la Universidad de Colonia y pasó un trimestre en el extranjero, en la Universidad de Birmingham.

Dirk Reinhard es licenciado en Ingeniería Industrial y Gestión y tiene en su haber más de diez años de experiencia en el sector de las finanzas y sostenibilidad. De 2001 a 2004, fue responsable de las inversiones sostenibles en la Unidad de Gestión Medioambiental de Munich Re y ha publicado numerosos artículos sobre este tema.

Antes de incorporarse a Munich Re, trabajó para Oekom research AG en calidad de analista de sostenibilidad entre los años 1995 y 2000. En abril de 2004, Dirk Reinhard fue nombrado vicepresidente de la Fundación Munich Re. Es miembro del comité ejecutivo de la Microinsurance Network (2008–2013) y presidente del comité de dirección de la Conferencia Anual Internacional sobre Microseguros, cuyas anfitrionas son la Fundación Munich Re y la Microinsurance Network.

Rupalee Ruchismita es fundadora del Centre for Insurance and Risk Management (CIRM, Centro de Seguros y Gestión de Riesgos) en el Institute of Financial Management and Research, Chennai, India. El cometido del CIRM es diseñar productos y estudiar posibles acciones para facilitar la provisión de soluciones de gestión de riesgos formales para los hogares vulnerables con el fin de protegerles de adversidades económicas y aumentar su resistencia. Rupalee dirige las actividades del Centro a través de varios proyectos pioneros (ver http://www. cirm.in/projects para obtener más detalles). Actualmente, dirige la estrategia del Centro, supervisa la implementación de los proyectos en curso, desarrolla nuevas iniciativas y gestiona asociaciones políticas.

Es miembro del comité de dirección del Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT. Se graduó en 2003 con un Máster en Trabajo Social por el Tata Institute of Social Sciences. Ha escrito varios artículos sobre soluciones financieras innovadoras en el sector de la salud y los medios de subsistencia, y ha sido invitada a presentar su trabajo en varios foros y conferencias internacionales como, por ejemplo, la ONU, la IFC y la Conferencia Internacional sobre Microseguros de Munich Re.

Rob Rusconi es un actuario residente en Johannesburgo con experiencia laboral en seguros, inversiones, atención sanitaria y pensiones, que trabaja para aseguradores que ofrecen productos a largo plazo, gestoras de activos y, en Londres, para FT. com, la versión online del periódico *Financial Times*.

Trabajó durante cinco años como asesor independiente, principalmente respecto a temas relacionados con el diseño de la seguridad social, haciendo especial hincapié en el ahorro. Ha asesorado a Southern African Pension Funds y la FinMark Trust, una fundación cuyo objetivo es lograr que los mercados funcionen para los pobres; asimismo, ha asesorado a Gobiernos en la región sobre sus sistemas de seguridad social. Más recientemente, Rob ha aceptado el desafío de dirigir a una joven aseguradora que ofrece productos a largo plazo y que satisface las necesidades de los clientes a través de socios.

Anupama Sharma es Licenciada en Veterinaria con un posgrado en Gestión Rural. Ha trabajado como consultora para el Centre for Insurance and Risk Management (CIRM) donde ayudó a desarrollar herramientas de gestión de riesgos para el sector agrícola y lechero. Estudió detalladamente los productos, los problemas y las perspectivas del seguro ganadero. Asimismo, ha participado en la supervisión y la evaluación de proyectos de seguros ganaderos sobre el uso de nuevas tecnologías y en la documentación de la experiencia adquirida a raíz de proyectos sobre el terreno en la India. Inició un proyecto para el diseño de una cobertura de productividad innovadora para el ganado lechero. También ha evaluado varios modelos de distribución de microseguros, incluido el seguro ganadero comunitario.

Herman Smit es investigador asociado en el Centre for Financial Regulation and Inclusion (Cenfri). Su investigación ha tratado principalmente el sector más amplio de la inclusión financiera y sectores más específicos de sistemas de pagos minoristas, antiblanqueo de capitales y financiación del terrorismo (AML/CFT) y microseguros. Su trabajo de investigación en África, Asia Oriental y América Latina se centra en la innovación a la hora de proveer servicios financieros a personas de bajos ingresos. Antes de unirse al Cenfri, dio clases de economía en London Varsity en Ciudad del Cabo, Sudáfrica. Durante sus estudios en Holanda, también fue pasante en PricewaterhouseCoopers, en Ámsterdam.

Herman posee un Máster en Economía (Tilburg University, Holanda), con una especialización en Competencia y Regulación, un título de Licenciado en Comercio (con honores) en Econometría y una Licenciatura en Estadística (Universidad de Pretoria, Sudáfrica).

Anja Smith es directora en el Centre for Financial Regulation and Inclusion (Cenfri). Es una economista del desarrollo a través de la formación, con experiencia en política del sector financiero y estrategia normativa para el desarrollo, el acceso a servicios financieros y el apoyo a los Gobiernos con el fin de que los mercados funcionen para los pobres. Anja cuenta con una amplia experiencia en los ámbitos de la protección al consumidor, la educación financiera, la reglamentación para el desarrollo del mercado y la distribución de servicios financieros, la cual ha obtenido a través de su trabajo por toda África y América Latina. Ha llevado a cabo varios estudios sobre microseguros, centrándose más recientemente en una distribución alternativa del microseguro. Antes de formar parte del Cenfri en 2008, Anja pasó tres años trabajando en la sección de prácticas de acceso a servicios financieros de Genesis Analytics. Es titular de un Máster en Economía (Cum Laude), una Licenciatura (BA) con honores en Economía (Cum Laude) y una Licenciatura (BA) en Estudios de Políticas y Valores (Universidad de Stellenbosch, Sudáfrica).

Roland Steinmann es consultor para el MicroInsurance Centre. Es titular de una Maestría (MSc) en Ciencias Medioambientales (ETH Zurich, 1997) y un Grado de Investigación (MRes) en Economía Internacional (IEP/Sciences Po, París, 2007). Su reciente trabajo en materia de microseguros le ha llevado a Armenia, Bangladesh, Bosnia, Ghana, Jordania, Kenia, Filipinas, Vietnam y Cisjordania. En calidad de miembro activo de la Microinsurance Network desde su creación, dirige conjuntamente el grupo de trabajo sobre microseguros agrícolas. Asimismo, ha escrito un manual para un diseño de procesos eficaces en microseguros.

Antes de centrarse en el ámbito de los microseguros, adquirió una amplia experiencia en materia de seguros durante ocho años como suscriptor en Swiss Re. En 2008, fue co-fundador de la Fair Trade Insurance Initiative, que promueve soluciones de seguros innovadoras para pequeños productores en países en vías de desarrollo.

Donna Swiderek trabajó como socia actuarial para una cooperativa de seguros de vida de Canadá, donde se especializó en la supervisión de cálculos de reservas, comunicación financiera y comprobación de solvencia dinámica de 1990 a 2000. Obtuvo su grado de Asociado en Ciencias y Artes (ASA) in 1993. Después de un descanso dirigiendo un establecimiento de retiro para la salud, regresó al mundo actuarial en calidad de consultora independiente en Denis Garand & Associates (DGA). Ha participado en numerosos estudios y proyectos de revisión de precios, principalmente en lo relativo a seguros de invalidez.

Donna ha trabajado a escala internacional desde 2008. Ha realizado ponencias en conferencias sobre microseguros en la India y Kazakstán, y ha impartido numerosos talleres y cursos de formación sobre microseguros en países como Kenia, Holanda y Filipinas. En calidad de consultora de microseguros, ha llevado a cabo evaluaciones para organizaciones en Sudáfrica, Sri Lanka y tres ONGs en Bangladesh. En este cargo realizó labores de determinación de precios, planificación empresarial, marketing, análisis gerenciales, financieros y actuariales, y desarrollo de productos para microseguros de vida y de salud.

Nashelo Tande comenzó su carrera profesional en el mundo actuarial en Quindiem Consulting trabajando en los ámbitos del seguro a corto plazo y la financiación del desarrollo, incluyendo la implicación en el sector del microseguro y el desarrollo de normativas sobre seguros para mercados en vías de desarrollo. Tras la adquisición de Quindiem por Ernst & Young, Nashelo desempeña ahora un cargo de subdirectora en la división de servicios actuariales de África de Ernst & Young. Su labor se centra principalmente en el sector del seguro a corto plazo, donde se especializa en la valoración de obligaciones del seguro a corto plazo.

Clémence Tatin-Jaleran es consultora independiente y actualmente trabaja con varias organizaciones, incluido el MicroInsurance Centre y Denis Garand & Associates. Actuaria de formación, ha pasado diez años trabajando en el sector de los seguros generales, con tres años en microseguros. Ha trabajado con instituciones microfinancieras (IMF), aseguradoras, bancos rurales y otras organizaciones sin ánimo de lucro en Bangladesh, Bolivia, Egipto, India, Indonesia, Malí, Perú, Filipinas y Vietnam. En la realización de estas labores, ha llevado a cabo evaluaciones de planes, estudios de mercado, diseños de seguros (salud, seguro indexado frente a riesgos climáticos, vida), diseños de formación y distribución, fijaciones de precios y previsiones financieras para los planes de microseguros. Clémence es titular de un Máster en Ciencias Actuariales y Financieras por el Instituto de Ciencia Financiera y de Seguros de Lyon, Francia. Es miembro del Instituto de Actuarios de Francia y ha trabajado en calidad de asistente técnico para la OIT en el Fondo para la Innovación sobre Microseguros en la India en 2009 y 2010.

John Wipf es consultor en materia de desarrollo de microseguros. Ha trabajado a media jornada en microseguros desde 1992 y a jornada completa desde 1998. Se incorporó a Denis Garand & Associates (DGA) en 2005. Antes de trasladarse a Filipinas en 1997, John trabajó durante 12 años en Group Actuarial and Corporate Actuarial Departments en Co-operators Life Insurance Company, Ltd. en Canadá. A escala internacional, ha trabajado en proyectos en numerosos países, entre ellos, Bangladesh, Camboya, China, Fiji, Ghana, India, Indonesia, Kenia, Nepal, Timor-Oriental y Vietnam. En calidad de consultor en materia de desarrollo del microseguro, ha trabajado en estudios de viabilidad/planificación empresarial, encuestas de demanda de mercado, diseño de productos, determinación de precios, análisis financieros y actuariales, desarrollo de sistemas de administración, software actuarial y de reaseguros así como de material de formación en microseguros, la gestión de proyectos y en otros ámbitos. John es miembro del grupo de trabajo de indicadores de desempeño de la Microinsurance Network y es coautor de varios artículos y folletos publicados sobre temas relacionados con el microseguro.

Mary Yang ejerció en calidad de actuaria y consultora de prestaciones de jubilación generales en Towers Perrin and Hewitt Associates durante 12 años antes de incorporarse al Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT. Tiene una amplia experiencia en temas de recursos humanos a escala internacional y ha llevado a cabo proyectos en varios países tratando diferentes temas de recursos humanos, entre ellos, la política, el diseño, la valoración y la gestión

de riesgos. Es miembro de la sociedad de actuarios de Estados Unidos y posee una Licenciatura (MBA) expedida por el INSEAD (Francia) así como una Licenciatura (BS) en Ciencias Actuariales por la Universidad de Illinois.

Emily Zimmerman es asociada de investigación en EA Consultants y el MicroInsurance Centre. Contribuye al proyecto Microinsurance Learning and Knowledge (MILK), una iniciativa para comprender el valor que tienen los productos de microseguros para los clientes y la justificación comercial del microseguro. Asimismo, lleva a cabo estudios sobre varios temas en torno al desarrollo y la venta de microseguros y otros productos financieros. Anteriormente, fue abogada para dos grandes multinacionales, donde su práctica se centró en capital propio y la financiación de deudas, fusiones y adquisiciones y la gestión de inversiones.

Bibliografía

Access to Insurance Initiative. 2011 *Inside the Initiative: Enhancing regulatory and supervisory capacity, growing financial inclusion and advancing insurance markets* (Eschborn, Alemania).

Acharya, A. 2011. *Do social health insurance schemes in developing country settings improve health outcomes and reduce the impoverishing effect of healthcare payments for the poorest people? A systematic review* (London School of Hygiene and Tropical Medicine).

ACORD. Insurance Data Standards, en: http://www.acord.org/Pages/default.aspx.

Adelhardt, M. 2009. Partners for Health. Personal communication, Aug.

Aggarwal, A. 2010. "Impact evaluation of India's 'Yeshasvini' community-based health insurance programme", en *Health Economics,* Vol. 19, Suplemento No. 1, págs. 5–35.

—. 2011 *The viability of microinsurance,* OIT Microinsurance Innovation Facility Webinar Series 3, en: http://www.youtube.com/watch?v=-ObIJr4Vl18 [24 Nov 2011].

Agricultural Insurance Company of India (AIC). 2010 *Annual Report 2009–2010,* en: http://www.aicofindia.com/AICEng/General_Documents/Statutory_Info/Stat_Archive/anual9-10/AR%202009-2010.pdf.

Agricultural Insurance Portal, en: www.agroinsurance.com.

—; Malawi Index Linked Crop Insurance Project, en: http://www.agroinsurance.com/en/products/weather_index/?pid=4755.

AGROASEMEX Mexico National Insurance Organisation (SHCP), México, en: http://www.agroasemex.gob.mx/index.php/en.

Ahmed, M. U.; Islam, S.K.; Quashem, M.D.; Ahmed, N. 2005. *Health microinsurance: A comparative study of three examples in Bangladesh,* Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP), Good and Bad Practices in Microinsurance, Case Study No. 13 (Ginebra, OIT).

—; Ramm, G. 2006. "Cubriendo las necesidades especiales de las mujeres y los niños", en C. Churchill (ed.): *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros* (Ginebra y Munich, OIT y Fundación Munich Re), págs. 130–144.

Ahmed, S.; Mbaisi, J.; Moko, D.; Ngonzi, A. 2005. "Health is wealth: How low-income people finance health care", en *Journal of International Development,* Vol. 17, No. 3, págs. 383–396.

Ahuja, R.; Narang, A. 2005. "Emerging trends in health insurance for low-income groups", en *Economic and Political Weekly,* Vol. 40, No. 38, págs. 4151–4157.

Akhilandeswari, J.; Patankar, M. 2010. *Innovative microinsurance distribution: The case of pioneer seeds in India* (CIRM, Chennai, India).

Alemyda, G.; de Paula Jaramillo, F. 2005. *La Equidad Seguros Colombia,* CGAP Working Group on Good and Bad Practices Case Study No. 12 (CGAP, Washington, D.C.).

Aliber, M. 2003. *South African microinsurance case-study,* OIT Social Finance Working Paper No. 33 (Ginebra, OIT).

Allianz Group. 2011 "Microinsurance", en: https://www.allianz.com/en/about_allianz/sustainability/microinsurance/index.html

Alvarez Tinajero, S.P. 2009 *Angola: A study of the impact of remittances from Portugal and South Africa,* IOM Migration Research Series No. 39 (Ginebra, International Organization for Migration).

Amuedo-Dorantes, C.; Sainz, T.; Pozo, S. 2007. *Remittances and healthcare expenditure patterns of populations in origin communities: Evidence from Mexico,* Working Paper 25 (Buenos Aires, Institute for the Integration of Latin America and the Caribbean).

Anagol, S.; Cole, S.A.; Sarkar, Pág. 2011. *Bad advice: Explaining the persistence of whole life insurance,* en: http://ssrn.com/abstract=1786624.

Angove, J.; Tande, N. 2011. *A business case for microinsurance: An analysis of the profitability of microinsurance for five companies,* Microinsurance Paper Series No. 11 (Ginebra, OIT).

Arena, M. 2006. *Does insurance market activity promote economic growth? A cross-country study for industrialized and developing countries,* World Bank Policy Research Working Paper 4098 (Washington, D.C., Banco Mundial).

Ariely, D. 2009. *Predictably irrational: The hidden forces that shape our decisions* (London, HarperCollins).

Armendáriz, B.; Morduch, J. 2010. *Economics of microfinance* (Cambridge, Massachusetts, MIT Press).

ARTEMIS. 2011 *Draft microinsurance standards and products approved in Philippines,* en: http://www.artemis.bm/blog/2011/01/05/draft-microinsurance-standards-product-approved-in-philippines/

Arun, T.G.; Steiner, S. 2008. *Microinsurance in the context of social protection,* Working Paper No. 55 (Brooks World Poverty Institute).

Asenso-Okyere, W.K.; Osei-Akoto, I.; Anum, A.; Appiah, E.N. 1997 "Willingness to pay for health insurance in a developing economy: A pilot study of the informal sector of Ghana using contingent valuation", en *Health Policy,* Vol. 42, No. 3, págs. 223–237.

Asfar, R. 2003. *Internal migration and the development nexus: The case of Bangladesh* (Dhaka, Bangladesh Institute of Development Studies).

Asfaw, A. 2003. *Cost of illness, demand for medical care, and the prospect of community health insurance programs in the rural areas of Ethiopia* (Francfort).

—; **Von Braun, J.** 2005. "Innovations in health care financing: New evidence on the prospect of community health insurance schemes in the rural areas of Ethiopia", en *International Journal of Health Care Finance and Economics,* Vol. 5, No. 3, págs. 241–253.

—; **Jütting, J.P.** 2007. "The role of health insurance in poverty reduction: Empirical evidence from Senegal", en *International Journal of Public Administration,* Vol. 30, No. 8, págs. 835–858.

Asgary, A.; Willis, K.; Taghvaei, A.; Rafeian, M. 2004. "Estimating rural house-holds' willingness to pay for health insurance", en *European Journal of Health Economics,* Vol. 5, No. 3, págs. 209–215.

Ashraf, N.; Gons, N.; Karlan, D.; Wesley, Y. 2003. *A review of commitment savings products in developing countries,* Economic and Research Department Working Paper No. 45 (Manila, Filipinas, Asian Development Bank).

—; **Karlan, D.; Yin, W.** 2006. "Tying Odysseus to the mast: Evidence from a commitment to savings product in the Philippines", en *Quarterly Journal of Economics,* Vol. 121, No. 2, págs. 673–697.

—; **Aycinena, D.; Martinez, C.A.; Yang, D.** 2010. *Remittances and the problem of control: A field experiment among migrants from El Salvador,* Working Paper (Harvard Business School, Francisco Marroquin University, Universidad de Chile, Universidad de Michigan).

Baidya, A.; Ruchismita, R. 2011. *Salt case study,* draft paper (Chennai, India, CIRM).

Balkenhol, B. 2010. *Microfinance in crisis, and the implications for microinsurance,* Innovation Flash No. 8 (Ginebra, OIT), en: http://www.microinsurancefacility.org/sites/default/files/news8-en.pdf

Banerjee, A.; Deaton, A.; Duflo, E. 2004. "Health care delivery in rural Rajasthan", en *Economic and Political Weekly,* Vol. 39, No. 9, págs. 944–949.

Baptistini, E. 2011. *The experience of a large insurance broker in selling and distributing mass insurance products across Brazil and Latin America,* informe presentado en la 7a Conferencia Internacional de Microseguros en Rio de Janeiro, Brasil, 8–10 Nov.

Bärnighausen, T.; Liu, Y.; Zhang, X.; Sauerborn, R. 2007. "Willingness to pay for social health insurance among informal sector workers in Wuhan, China: A contingent valuation study", en *BMC Health Services Research,* Vol. 7, págs. 114–130.

Barrett, C.; Carter, M.; Little, P. 2006. "Understanding and reducing persistent poverty in Africa", en *Journal of Development Studies,* Vol. 42, No. 2, págs.167–177.

Barrientos, A.; Holmes, R. 2007. *Social Assistance in Developing Countries Database Version 3.0* (Manchester and London, Brooks World Poverty Institute, Overseas Development Institute).

Barros, R. 2008. *Wealthier but not much healthier: Effects of a health insurance program for the poor in Mexico* (Palo Alto, CA, Stanford University Department of Economics).

Basu, P. 2006. *Improving access to finance for India's rural poor,* Directions in Development No. 36448 (Washington, D.C., Banco Mundial).

Bauchet, B.; Dalal, A.; Mayasudakar, P.; Morduch, J.; Radermacher, R. Forthcoming. *Can insurers improve healthcare quality? Evidence from a community microinsurance scheme in India* (Nueva York, New York University, Robert F. Wagner School of Public Service).

Bayoumi, A. 2004. "The measurement of contingent valuation for health economics", en *Pharmacoeconomics,* Vol. 22, No. 11, págs. 691–700.

Begg, C.B.; Mazumdar, M. 1994. "Operating characteristics of a rank correlation test for publication bias", en *Biometrics,* Vol. 50, págs. 1088–1101.

Begg, D.; Fischer, S.; Dornbusch, R. 2000. *Economics* (Londres, The McGraw-Hill Companies).

Bertrand, M.; Karlan, D.; Mullainathan, S.; Shafir, E.; Zinman, J. 2010. "What's advertising content worth? Evidence from a consumer credit marketing field experiment", en *Quarterly Journal of Economics,* Vol. 125, No. 1, págs. 263–305.

Bester, H.J.; Chamberlain, D.; Hawthorne, R.; Malherbe, S.; Walker, R. 2003. *Making insurance markets work for the poor in South Africa, Botswana, Namibia, Lesotho and Swaziland: Scoping study* (Bellville, South Africa, FinMark Trust), en: www.cenfri.org.

—; **Chamberlain, D.; Short, R.; Walker, R.; Smith, A.** 2006. *Brokering change in the low-income insurance market: Threats and opportunities to the intermediation of microinsurance in South Africa,* A document prepared for FinMark (Bellville, South Africa, FinMark Trust), en: www.cenfri.org.

—; **Chamberlain, D; Hougaard, C.** 2008a. *Making insurance markets work for the poor: Microinsurance policy, regulation and supervision. Synthesis report of the five country studies for Colombia, India, the Philippines, South Africa and Uganda* (IAIS/CGAP Joint Working Group on Microinsurance), en: www.cenfri.org.

—; **Smith, A.; Hendrie, S.; Rukondo, M.** 2008b. *Making insurance markets work for the poor: Microinsurance policy, regulation and supervision: South Africa study* (Bellville, South Africa, FinMark Trust), en: www.cenfri.org.

—; **Chamberlain, D.; Hougaard, C.** 2009. *Making insurance markets work for the poor: Microinsurance policy, regulation and supervision* (Bellville, South Africa, Cenfri), en: www.cenfri.org.

—; **Chamberlain, D.; Hougaard, C.; Smit, H.** 2010. *Microinsurance in Brazil: Towards a strategy for market development* (Bellville, South Africa, Cenfri), en: www.cenfri.org.

Bhatiaa, M. R. 2005. "From evidence to calibration for starting point bias: willingness to pay for treated mosquito nets in Gujarat, India", en *Journal of Applied Economics,* Vol. 37, No. 1, págs. 1–7.

Binam, J. ; Nkama, A.; Nkenda, R. 2004. *Estimating the willingness to pay for community health prepayment schemes in rural area: A case study of the use of contingent valuation surveys in central Cameroon* (Yaounde, Institute of Agricultural Research for Development).

Bird, E. 2001. "Does the welfare state induce risk-taking?", en *Journal of Public Economics,* Vol. 80, págs. 357–383.

Biswas, S.; Devi, R. 2008. "Making health insurance work", en *ICFAI Journal of Risk and Insurance,* Vol. 5, No. 1, págs. 50–59.

Blanchard-Horan, C. 2007. "Health microinsurance in Uganda: Affecting malaria treatment seeking behavior", en *International Journal of Public Administration,* Vol. 30, No. 8, págs. 765–789.

Bonnevay, S.; Dror, D.; Duru, G.; y Lamure, M. 2002. "A model of microinsurance and reinsurance", en D. Dror, D. y A. Preker (eds): *A new approach to sustainable community health financing* (Washington, D.C. y Ginebra, Banco Mundial y OIT), págs. 153–186.

Boucher, S.; Carter, M.; Guirkinger, C. 2008. "Risk rationing and wealth effects in credit markets: Theory and implications for agricultural development", en *American Journal of Agricultural Economics* Vol. 90, No. 2, págs. 409–423.

Brainard, L. 2008. *What is the role of insurance in economic development?,* Zürich Government and Industry Affairs Thought Leadership Series (Zurich).

Braine, T. 2006. "Countries test new ways to finance health care", en *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 84, No. 11, págs. 844–845.

Brown, W.; Churchill, C. 2000. *Insurance provision in low-income communities, Part II: Initial lessons from micro-insurance experiments for the poor,* Micro-Enterprise Best Practices Series (Bethesda, Maryland, Development Alternatives Inc.).

Brugiavini, A.; Pace, N. 2010. *Extending health insurance: Effects of the National Health Insurance Scheme in Ghana,* Background Paper to the European Report on Development 2010, presentado en Dakar, 27–30 Junio, 2010.

Bureau of Meteorology (BOM), Australia, en: http://www.bom.gov.au/.

Burks, R. 2009. *A harsh reality for Mongolia's herders,* en: http://www.mercycorps.org/rogerburks/blog/16302 [8 Sept. 2009].

Burns, C.; Caceres, A. 2010. *Product and delivery regulation in Peru,* informe presentado en la International Conference on Enabling Microinsurance Markets: Overcoming the challenges for the insurance industry, regulators and supervisors, Berlín, Mayo.

—; **Dalal, A.** 2010. *Explaining insurance: Implementing consumer education in CARE-India's Insure Lives and Livelihoods Program* (Nueva York, Financial Access Initiative Case Study).

Caceres M.; Zuluaga, S. 2008. *Making insurance markets work for the poor: Microinsurance policy, regulation and supervision: Colombia study* (PrimAmerica).

Cai, H.; Chen, Y.; Fang, H.; Zhou, L. 2009. *Microinsurance, trust and economic development: Evidence from a randomized natural field experiment,* Penn Institute for Economic Research (PIER) Working Paper No. 09–34 (Philadelphia, PA, University of Pennsylvania Department of Economics).

Callan. M. 2010. *Motion for a resolution on the outcome of the Copenhagen Conference on Climate Change (COP 15),* en: http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+MOTION+B7-2010-0070+0+DOC+XML+V0//EN [3 Feb. 2010].

Caribbean Catastrophe Risk Insurance Facility (CCRIF), Jamaica, en: http://www.ccrif.org/

Carrera, S.; Merlino, M. 2009. *Undocumented immigrants and rights in the EU: Addressing the gap between social science research and policy-making in the Stockholm Programme?* (Centre for European Policy Studies).

Carter, M. 1997. "Environment, technology and the social articulation of risk in West African agriculture", en *Economic Development and Cultural Change,* Vol. 45, No. 2, págs. 557–590.

—; **Barrett, C.B.** 2006 "The economics of poverty traps and persistent poverty: An asset-based approach", en *Journal of Development Studies,* Vol. 42, No. 2, págs. 178–199.

—; **Cheng, L.; Sarris, A.** 2010. *The impact of interlinked index insurance and credit contracts on financial market deepening and small farm productivity,* Working Paper (Universidad de Montana).

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED), Belgium, en: http://cred.be/

Centre for Insurance and Risk Management (CIRM). 2011 *Baseline report. Smallholder access to weather securities: Demand and impact on consumption and product decision* (Chennai, India), en: http://www.cirm.in/images/baseline-report.pdf

Chamberlain, D.; Ncube, S.; Chelwa, G.; Smit, H. 2011. *Insurance products standards to reach low-income consumers in South Africa: Help or hindrance? A review of the experience of Mzansi and Zimele insurance product standards* (Bellville, South Africa, Cenfri), en: www.cenfri.org.

Chankova, S.; Sulzbach, S.; Diop, S. 2008. "Impact of mutual health organizations: Evidence from West Africa", en *Health Policy and Planning,* Vol. 23, No. 4, págs. 264–276.

Chatterjee, M. 2005. *Microseguros: A note on the state of the art* (SEWA, India).

Chee, G.; Smith, K.; Kapinga, A. 2002. *Assessment of the Community Health Fund in Hanang district, Tanzania,* Partners for Health Reformplus Project (Bethesda, MD, Abt Associates, Inc).

Chen, T.; Comfort, A.; Bau, N. 2008. *Implementing health insurance through micro-credit: A case study of SKS Microfinance, India* (Chennai, India, IFMR).

Chizari, M.; Yaghoubi, A.; Lindner, J. 2003. "Perceptions of rural livestock insurance among livestock producers and insurance specialists in Isfahan Province, Iran", en *Journal of International Agricultural and Extension Education,* Vol. 10, No. 1, págs. 37–42.

Choi, J.; Laibson, D.; Madrian, B. 2009. "Reducing the complexity costs of 401(k) Participation Through Quick Enrollment™", en D. A. Wise (ed.): en *Developments in the Economics of Aging,* (University of Chicago Press), págs. 57–82.

Christensen, C.M. 2003 *The innovator's dilemma: The revolutionary book that will change the way you do business* (Collins Business Essentials).

Chuma, J.; Gibson, L.; Molyneux, C. 2007. "Treatment-seeking behavior, cost burdens and coping strategies among rural and urban households in coastal Kenya: An equity analysis", en *Tropical Medicine and International Health,* Vol. 12, No. 5, págs. 673–686.

Churchill C.; Liber, D.; McCord, M.J.; Roth, J. 2003. *Instituciones de microseguro y micro finanzas: A technical guide to developing and delivering microinsurance* (Ginebra, OIT).

Churchill, C. 2006. (Craig Churchill) *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros* (Ginebra y Munich, OIT y Fundación Munich Re), págs. 12–24.

—; **de Grandchant, H.** *Zurich Bolivia: Partnerships for success,* en: http://www.zurich.com/NR/rdonlyres/5EC70636-CBA9-4C3A-8161-365B1C9E86AA/0/ZurichBoliviacase.pdf.

—; **Cohen, M.** 2006. "Marketing microinsurance", in C. Churchill (ed.): *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros* (Ginebra y Munich, OIT y Fundación Munich Re), págs. 12–24.

—; **Leftley, R.** 2006. "Organization development in microinsurance", en C. Churchill (ed.): *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros* (Ginebra y Munich, OIT y Fundación Munich Re), págs. 270–287.

—. 2007 El seguro y el mercado de bajo ingresos Challenges and solutions for commercial insurers", en *Ginebra Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice,* Vol. 32, No. 3, págs. 401–412.

Cichon, M.; Scholz, W. 2009. "Social security, social impact and economic performance: A farewell to three famous myths", en P. Townsend (ed.): *Building decent societies: Rethinking the role of social security in development* (Ginebra and Basingstoke, OIT y Palgrave Macmillan), págs. 80–98.

Ciriacy-Wantrup, S.V. 1947 "Capital returns from soil conservation practices", en *Journal of Farm Economics,* Vol. 29, No. 4, págs. 494.

Clarke, D. J. 2011. *A theory of rational demand for index insurance,* Economics Series Working Papers 572 (Universidad de Oxford, Department of Economics).

Cohen, M.; McCord, M.J.; Sebstad, J. 2003. *Reducing vulnerability: Demand for and supply of microinsurance in East Africa* (Nairobi, Microsave).

Cohen, M.; Sebstad, J. 2005. "Reducing vulnerability: The demand for microinsurance", en *Journal of International Development,* Vol. 17, No. 3, págs. 397–474.

—. 2006 "The demand for microinsurance", en C. Churchill (ed.): *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros* (Ginebra y Munich, OIT y Fundación Munich Re), págs. 25–44.

—. 2009 *Making microinsurance work for clients,* Microinsurance Centre Briefing Note No. 3, en: www.microinsurance.org. [13 Jul. 2009].

Cole, S.; Gine, X.; Tobacman, J.; Topalova, P.; Townsend, R.; J. Vickery. 2010 *Nuestra fuerza radica en la gestión de riesgos Evidence from India,* Harvard Business School Working Paper, No. 09-116 (Harvard, MA, Harvard Business School).

Collins, D.; Morduch, J.; Rutherford, S.; Ruthven, O. 2009. *Portfolios of the poor: How the world's poor live on $2 a dDay* (Princeton, N.J., Princeton University Press).

CGAP Grupo Consultor para dar Ayuda a los más Pobres 2000 *Microfinance and risk management: A client perspective,* Focus Note No. 17 (Washington, D.C., Banco Mundial).

—. 2010 *Andhra Pradesh 2010: Global implications of the crisis in Indian microinsurance,* Focus Note No. 67 (Washington, D.C., Banco Mundial).

Contreras, J.L. 2009 *Microseguros: Breaking the paradigm* (Munich, Fundación Munich Re).

Corbett, J.D. 2006. *Making climate-related insurance work in Africa: Targeting and monitoring micro-insurance programmes* (Nairobi, Kenia, Mudsprings/COP12).

Cowley, A.; Ehrbeck, T. 2007. "Health insurance for the poor: Leveraging India's unique strengths", en *Sustainable Health Insurance: Global perspectives for India* (McKinsey y Compañía, págs. 30–42.

Coydon y Molitor, 2011. *Commercial insurers in microinsurance,* Microinsurance Network Study No. 1 (Luxemburgo, Microinsurance Network).

Crayen, D.; Hainz, C.; Ströh de Martinez, C. 2010. *Remittances, banking status and the usage of insurance schemes* (Universidad de Tubinga, Ifo Institute for Economic Research, CESifo y WDI, Universidad Libre de Berlín).

Criel, B.; Kegels, G. 1997. "A health insurance scheme for hospital care in Bwamanda District, Zaire: lessons and questions after 10 years of functioning", in *Tropical Medicine and International Health,* Vol. 2, No. 7, págs. 654–672.

—. 1998 *District-based health insurance in sub-Saharan Africa (Part II: Case studies),* Studies in Health Services Organization and Policy, No. 10 (Antwerp, Institute of Tropical Medicine).

—; **Van der Stuyft, P.; Van Lerberghe, W.** 1999. "The Bwamanda hospital insurance scheme: Effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns", en *Social Science and Medicine,* Vol. 48, No. 7, págs. 897–911.

De Allegri, M.; Sanon, M.; Bridges, J.; Sauerborn, R. 2006. "Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa", en *Health Policy,* Vol. 76, No. 1, págs. 58–71.

De Bruyn, T.; Wets, J. 2006. *Remittances in the Great Lakes Region,* IOM Migration Research Series No. 2 (Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones).

de Neubourg, C. 2009. "Social protection and nation-building: an essay on why and how universalist social policy contributes to stable nation-states", en P. Townsend (ed.): *Building decent societies: Rethinking the role of social security in development* (Ginebra y Basingstoke, OIT y Palgrave Macmillan), págs. 63–79.

Dekker, M.; Wilms, A. 2009a. *Can health insurance be the magic bullet? The case of Microcare in Uganda* (Países Bajos, African Studies Center Info Sheet).

—. 2009b. "Health insurance and other risk-coping strategies in Uganda: The case of Microcare insurance", en *World Development,* Vol. 38, No. 3, págs. 369–378.

Delgado, C.; Rosegrant, M.; Steinfeld, H.; Ehui, S.; Courbois, C. 1999. "Livestock to 2020: The next food revolution", en *A 2020 Vision for Food, Agriculture, and the Environment,* No. 61.

Department of India Post, en: http://www.postallifeinsurance.gov.in/

Department of Information Technology, India. 2011. http://www.mit.gov.in/.

Dercon, S.; Bold, T.; De Weerdt, J.; Pankhurst, A. 2004. *Extending insurance? Funeral associations in Ethiopia and Tanzania,* OECD Development Centre Working paper No. 240 (París, OCDE).

—; **Hoddinott, J.; Woldehanna, T.** 2005. "Consumption and shocks in 15 Ethiopian Villages, 1999–2004", en *Journal of African Economies* Vol. 14, No. 4, págs. 559–585.

—. **(ed.).** 2005 *Insurance against poverty* (Oxford, Oxford University Press).

—. 2006 "Group-based funeral insurance in Ethiopia and Tanzania", en *World Development,* Vol. 34, No. 4, págs. 685–703.

—; **Hoddinott J.; Krishan. P; Woldehanna, T.** 2008. *Collective action and vulnerability: Burial societies in rural Ethiopia,* CAPRI Working Paper No. 83 (International Food Policy Research Institute (IFPRI)).

—; **Kirchberger, M.** 2008. *Literature review on microinsurance,* Microinsurance Paper Series No. 1 (Ginebra, OIT).

—; **Gilligan, D.O.; Hoddinott, J.; Woldehanna, T.** 2009. "The impact of agricultural extension and roads on poverty and consumption growth in fifteen Ethiopian villages", en *American Journal of Agricultural Economics,* Vol. 91, No. 4, págs. 1007–1021.

—. 2011 *Social protection, efficiency, and growth,* CSAE Working Paper 2011–17 (Centre for the Study of African Economics, Universidad de Oxford).

—; **Gunning, J.W.; Zeitlin, A.** 2011. *The demand for insurance under limited credibility: Evidence from Kenya,* en: http://www.aae.wisc.edu/mwiedc/papers/2011/Zeitlin_Andrew.pdf

Derriennic, Y.; Wolf, K.; Kiwanuka-Mukiibi, P. 2005. *An assessment of community-based health financing activities in Uganda,* The Partners for Health Reformplus Project (Bethesda, MD, Abt Associates).

Desvousges, W.; Smith, V.; Fisher, A. 1987. "Option price estimates for water quality improvements: a contingent valuation study for the Monongahela River", en *Journal of Environmental Economics and Management,* Vol. 14, No. 3, págs. 248–267.

Devadasan, N.; MaNoharan, S.; MeNon, N.; MeNon, S.; Thekaekara, M.; Thekaekara, S. 2004. "ACCORD community health insurance: Increasing access to hospital care", en *Economic and Political Weekly,* Vol. 39, No. 28, págs. 3189–3914.

—; **Ranson, K.; Van Damme, W.; Criel, B.** 2004. "Community Health Insurance in India. An overview", en *Economic and Political Weekly,* Julio 10.

—; **Criel, B.; Van Damme, W.; Ranson, K.; Van der Stuyft, P.** 2007. *Indian community health insurance schemes provide partial protection against catastrophic health expenditure,* BMC Health Services Research, Vol. 7, No. 43, en: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/43 [25 Abril 2011].

Development of Human Action (DHAN) Foundation. 2009 *DHAN Foundation Annual Report,* en: http://www.dhan.org/Downloads/annual_report_2009.pdf.

Dickersin, K. 1990. "The existence of publication bias and risk factors for its occurrence", en *Journal of the American Medical Association,* Vol. 263, No. 10, págs. 1385–1389.

Dimitríjevics, A. 2007. *Mainstreaming gender into disaster recovery and reconstruction* (Washington, D.C., Banco Mundial).

Diop, F.P.; Sulzbach, S.; Chankova, S. 2006. *The impact of mutual health organizations on social inclusion, access to health care and household income protection: Evidence from Ghana, Senegal and Mali,* Partners for Health Reformplus project (Bethesda, MD, Abt Associates).

Dodd, R.; Munck, L. 2002. *Dying for change: Poor people's experience of health and ill health* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, Voices of the Poor).

Dong, H.; Kouyate, B.; Cairns, J.; Mugisha, F.; Sauerborn, R. 2003. "Willingness-to-pay for community-based insurance in Burkina Faso", en *Journal of Health Economics,* Vol. 12, No. 10, págs. 849–862.

—. 2004 "The feasibility of community-based health insurance in Burkina Faso", en *Health Policy,* Vol. 69, No. 1, págs. 45–53.

—. 2005 "Inequality in willingness-to-pay for community-based health insurance", en *Health Policy,* Vol. 72, No. 2, págs. 149–15.

Drechsler, D.; Jütting, J. 2005. *Is there a role for private health insurance in developing countries?* Discussion Paper 517 (Berlín, German Institute for Economic Research).

Dror, D.; Jacquier, C. 1999. "Micro-insurance: Extending health insurance to the excluded", en *International Social Security Review,* Vol. 52, No. 1, págs. 71.

—. 2001 "Reinsurance of health insurance for the informal sector", en *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 79, No. 7, págs. 672–678.

—; **Preker, A.** 2002. Seguro Social: A new approach to sustainable community health financing", en D. Dror and A. Preker (eds): *A new approach to sustainable community health financing* (Banco Mundial y OIT, Washington, D.C., y Ginebra) págs. 153–186.

—; **Soriano, E.; Lorenzo, M.; Sarol, J.; Azcuna, R.; Koren, R.** 2005. "Field-based evidence of enhanced healthcare utilization among persons insured by micro health insurance units in the Philippines", en *Health Policy,* Vol. 73, No. 3, págs. 263–271.

—; **Armstrong, J.** 2006. "Do micro health insurance units need capital or reinsurance? A simulated exercise to examine different alternatives", en *The Ginebra Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice,* Vol. 31, No. 4, págs. 739–761.

—; **Koren, R.; Steinberg, D.M.** 2006 "The impact of Filipino micro health insurance units on income-related equality of access to healthcare", en *Health Policy,* Vol. 77, No. 3, págs. 304–317.

—; **Wiechers, T.** 2006. El papel de los aseguradores y reaseguradores en la prestación de servicios de seguro a los pobres *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros* (Ginebra y Múnich, OIT y Fundación Munich Re), págs. 524–544.

—. 2007 "Why 'one size fits all' health insurance products are unsuitable for low-income persons in the informal economy in India", en *Asian Economic Review,* Vol. 49, No. 1, págs. 1–11.

—; **Radermacher, R.; Koren, R.** 2007. "Willingness to pay for health insurance among rural and poor persons: Field evidence from seven micro health insurance units in India", en *Health Policy,* Vol. 82, No. 1, págs. 12–27.

—; **Radermacher, R.; R.; Khadilkar, S.; Schout, P.; Hay, F.; Sing, A.** 2009. Microseguros: Innovations in low-cost health insurance", en *Health Affairs,* Vol. 28, No. 6, págs. 1788–1798.

Dror, I. 2007. "Demystifying micro health insurance package design. Choosing health plans all together (CHAT)", en *Microfinance Insights,* Vol. 4, págs. 17–19.

—. 2008 "Community-based micro health insurance as an enabler of solidarity and self-help amongst poor communities", en *Microfinance Focus,* Vol. 2, No. 8.

—; **Jenkins, K.; Motegi, K.; Siltanen, J.** 2010. *A landscape study of microinsurance education* (Microinsurance Academy).

Dufhues, T.; Lemke, U.; Fischer, I. 2004. *Constraints and potential of livestock insurance schemes: A case study from Vietnam,* Discussion Paper No. 05 (Stuttgart, Alemania, Universidad de Hohenheim).

Duflo, E.; Kremer, M.; Robinson, J. 2009. *Nudging farmers to use fertilizer: Theory and experimental evidence from Kenya,* NBER Working Paper Series 15131 (National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA).

Duong, P.B.; Izumida, Y. 2002. "Rural development finance in Vietnam: A microeconomic analysis of household surveys", en *World Development,* Vol. 30, No. 2, págs. 319–335.

The Economist. 2009 "Medical goes digital: Special report on health care and technology", 18 de abril, en: http://economist.com.

Edenhofer, O.; Wallacher, J.; Reder, M.; Lotze-Campen, H. 2010. *Global yet equitable: Combating climate change, enabling development* (Munich, Alemania, Fundación Munich Re).

Elbers, C.; Gunning, J.W.; Kinsey, B. 2007. – Riesgo de mercado: Methodology and micro evidence", en *The World Bank Economic Review,* Vol. 21, No. 1, págs. 1–20.

Enarsson, S.; Wiren, K. 2006. *ALMAO and Yasiru,* Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP) Good and Bad Practices in Microinsurance Case Study No. 21 (Ginebra, OIT).

Ezemenari, K.; Chaudhury, N.; Owens, J. 2002. *Gender and risk in the design of social protection interventions,* Social Safety Net Primers Series (Washington, D.C., Banco Mundial.

Fafchamps, M.; Minten, B. 2008. "Insecurity and welfare: Evidence from county data", en *Journal of Development Studies,* Vol. 56, No. 6, págs. 831–863.

FinMark Trust. 2009 *FinScope South Africa 2009 survey,* Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP), en: www.finscope.co.za.

—. 2011 *Ghana 2011 FinScope results,* en: www.finscope.co.za [Sept. 2011].

Financial Sector Deepening Kenya (FSD Kenya). 2009 *FinAccess National Survey 2009: Dynamics of Kenya's changing financial landscape* (Nairobi, Kenia).

Financial Services Authority (FSA) UK. 2007 *Treating customers fairly: Measuring outcomes* (UK, Financial Services Authority).

Fitzpatrick, A.; Magnoni, B.; Thornton, R. 2011. *Microinsurance utilization in Nicaragua: A report on effects on children, retention and health claims,* Microinsurance Innovation Facility Research Paper No. 5 (Ginebra, OIT).

Flaming, M.; Owino, A.; Mckee, K.; Jentzsch, N.; di Castri, S.; Maina, B.; Ochleng, M.; Collins, D.; Ahem, B. 2011. *Consumer protection diagnostic study: Kenya* (Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP), FSD Kenia, y Ministerior de Finanzas de Kenia).

Fonteneau, B.; Galland, B. 2006. El modelo de base comunitaria: Mutual health organizations in Africa", en C. Churchill (ed.): *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros* (Ginebra y Múnich, OIT y Fundación Munich Re), págs. 378–400.

Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). 2009 *The state of food and agriculture: Livestock in the balance* (Rome), en: http://www.fao.org/docrep/012/i0680e/i0680e.pdf.

Franco, L.M.; Diop, F.P.; Burgert, C.; Kelley, A.G.; Makinen, M,; Siampara, C.H.T. 2008 "Effects of mutual health organizations on use of priority health care services in urban and rural Mali: A case-control study", en *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 86, No. 11, págs. 830–838.

Frenk, J. 2006. "Bridging the divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico", en *The Lancet,* Vol. 368, No. 9539, págs. 954–961.

Fuller, M. 2011. *Utilising technology to improve customer service and efficiency in microinsurance programmes,* presentado en la 7a Conferencia Internacional de Microseguros, 10 de nov. 2011, en: http://www.munichre-foundation.org/NR/rdonlyres/6AE7F64A-EBE2-4DA4-B754-F474027960 1E/0/S5_MIC2011_Presentation_Fuller_New.pdf

G-20 Communique. 2010 "Meeting of the Finance Ministers and Central Bank Governors, Busan, Republic of Korea, June 5, 2010", en: http://media.ft.com/cms/422d6406-7093-11df-96ab-00144feabdc0.pdf.

Gakidou, E.; Lozano, R.; Gonzalez-Pier, E.; Abbot-Klafter, J.; Barofsky, J. T.; Bryson-Cahn, C.; Feehan, D. M.; Lee, D. K.; Hernandez-Llamas, H.; Murray, C. J. L. 2006. "Assessing the effect of the 2001–2006 Mexican health reform: An interim report card", en *The Lancet,* Vol. 368, págs. 1920–1935.

Galarraga, O.; Sosa-Rubi, S. G.; Salinas, A.; Sesma, S. 2008. *The impact of universal health insurance on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico: A model with an endogenous treatment variable,* Health Econometrics and Data Group Working Paper 08/12 (York, Reino Unido, Universidad de York).

Gallup. 2011 *Mobile phone access varies widely in Sub-Saharan Africa.* Disponible en http://www.gallup.com/poll/149519/Mobile-Phone-Access-Varies-Widely-Sub-Saharan-Africa.aspx [Nov. 2011].

Ganzach, Y.; Karsahi, N. 1995. "Message framing and buyer behavior: A field experiment", en *Journal of Business Research,* Vol. 32, No.1, págs. 11–17.

Garand, D.; Wipf, J. 2006. "Risk and financial management", en C. Churchill (ed.): *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros* (Ginebra y Múnich, OIT y Fundación Munich Re), págs. 254–269.

Garcia, B.A.; Gruat, J.V. 2003 *La protección social A lifecycle continuum investment for social justice, poverty reduction and sustainable development* (Ginebra, OIT).

Gaurav, S.; Cole, S.; Tobacman, J. 2011. *Marketing complex financial products in emerging markets: Evidence from rainfall insurance in India,* Microinsurance Innovation Facility Working paper 1-2011 (Ginebra, OIT).

Gehrke, E. 2009. *Sozialpolitik und Mikroversicherung: Das Fallbeispiel Ghana* (Universidad de Colonia).

—. 2011 *Can micro-insurance cover natural risks?* (Bonn, German Development Institute).

The Geneva Association. 2009 *The insurance industry and climate change – Contribution to the global debate,* The Geneva Reports – Risk and Insurance Research No. 2 (Ginebra).

Gerelle, E.; Berende, M. 2008. *Technology for microinsurance,* Microinsurance Paper Series No. 4 (Ginebra, OIT).

Gertler, P.; Levine, D.; Moretti, E. 2009. "Do microfinance programs help families insure consumption against illness?", en *Health Economics,* Vol. 18, No. 3, págs. 257–273.

Gesellschaft fur Technische Zusammenarbeit (GTZ). 2009 *Remittances and social protection* (Eschborn, Alemania).

Gine, X.; Townsend, R.; Vickery, J. 2008. "Patterns of rainfall participation in rural India", en *The World Bank Economic Review,* Vol. 22, No. 3, págs. 539–566.

—; **Yang, D.** 2007. *Insurance, credit and technology adoption: Field experimental evidence from Malawi,* Banco Mundial Policy Research Working Paper No. 4425 (Washington, D.C.).

—. 2009 "Insurance, credit, and technology adoption: Field experimental evidence from Malawi", en *Journal of Development Economics,* Vol. 89, No. 1, págs. 1–11.

GlobalAgRisk. 2009. http://www.globalagrisk.com/.

Global Facility for Disasters Reducation and Recovery (GFDRR). 2011 *Enhancing crop insurance in India* (Washington, D.C., GFDRR y Banco Mundial).

Global Partnership for Financial Inclusion (GPFI) and CGAP. 2011 *Global standard-setting bodies and financial inclusion for the poor: Toward proportionate standards and guidance,* White Paper prepared by CGAP on behalf of the G-20's Global Partnership for Financial Inclusion (CGAP, Washington, D.C.).

Gnawali, D. P.; Pokhrel, S.; Sie, A.; Sanon, M.; de Allegri, M.; Souares, A.; Dong, H.; Sauerborn, R. 2009. "The effect of community-based health insurance on the utilization of modern health care services: Evidence from Burkina Faso", en *Health Policy,* Vol. 90, No. 2, págs. 214–222.

Gomez, J.C. 2007. *Microinsurance regulatory and supervisory framework – The Peruvian case,* informe presentado en la 3a Conferencia Internacional de Microseguros, Mumbai, nov. 2007.

Goslinga, R. 2011. Syngenta Foundation. Entrevista telefónica, 19 de sep.

Govindarajan, V.; Trimble, C. 2005. *Ten rules for strategic innovators: From idea to execution* (Harvard Business Press).

Grace, M.E.; Scott, H. 2009. "An optional federal charter for insurance: Rationale and design", in M.E. Grace and R.W. Klein (eds): *The future of insurance regulation in the United States* (Washington, D.C., Brookings Institution Press).

Gradl, C.; Herrndorf, M.; Knobloch, C.; Sengupta R. 2010. *Learning to insure the poor* (Zúrich, Allianz).

Greifeneder, R. 2008. *The effect of having too much choice, tesis doctoral no publicada* (Berlín, Alemania, Universidad Humboldt).

Gross, P. 2011a. *New frontiers in microinsurance distribution,* OIT Microinsurance Innovation Facility Webinar Series 2, en: http://www.youtube.com/watch? v=tg Doan5k WFI [13 July 2011].

—. 2011b. *Reaching the poor at scale through mobile phones,* presentado en la 7a Conferencia Internacional anual de Microseguros, Rio de Janeiro, Brasil, 9 de nov. 2011.

Gruber, J. 2007. *Public finance and public policy* (Nueva York, Worth Publishers).

Gumber, A. 2001. *Hedging the health of the poor: The case for community health financing in India,* Health, Nutrition and Population Discussion Paper No. 28875 (Washington, D.C., Banco Mundial).

Gustafsson-Wright, E.; Asfaw, A.; van der Gaag, J. 2009. Disposición a pagar por un microseguro de Salud An analysis of the potential market for new low-cost health insurance products in Namibia", en *Social Science & Medicine,* Vol. 69, No. 9, págs. 1351–1359.

Güth, W. 2007. *(Non-) Behavioural Economics – A programmatic assessment,* Jena Economic Research Paper No. 2007-099 (Max Planck Institute of Economics, Center for Economic Studies y Ifo Institute for Economic Research).

Hadi, A. 2001. "Promoting health knowledge through micro-credit programmes: Experience of BRAC in Bangladesh", en *Health Promotion International,* Vol. 16, No. 3, págs. 219–227.

Haiss, P.; Sumegi. K. 2008. "The relationship between insurance and economic growth in Europe: A theoretical and empirical analysis", en *Empirica,* Vol. 35, No. 4, págs. 405–431.

Hamid, S.A.; Roberts, J.; Mosley, P. 2010. *Can micro health insurance reduce poverty?* Evidence from Bangladesh, Sheffield Economic Research Paper Series 2010001 (Universidad Sheffield).

Hansen, J.D.; Kyser, D.A. 1999 "Taking behavioralism seriously: The problem of market manipulation", en *New York University Law Review* Vol. 74 págs. 630–749.

Harmeling, S. 2010a. Zúrich Bolivia-Bancosol estudio de caso, OIT Microinsurance Facility (Ginebra, OIT).

—. 2010b. *Case study: Max Vijay insurance product,* International Case Method Institution (Ginebra, OIT).

Hazell, P. 1992. "The appropriate role of agricultural insurance in developing countries", en *Journal of International Development,* Vol. 4, págs. 567–581.

—; **Anderson, J.; Balzer, N.; Hastrup Clemmensen, A.; Hess. U.; Rispoli, F.** 2010. *The potential for scale and sustainability in weather index insurance for agriculture and rural livelihoods* (Rome, International Fund for Agricultural Development, World Food Programme).

Heckman, J. J.; Smith, J.; Clements, N. 1997. "Making the most out of programme evaluations and social experiments: Accounting for heterogeneity in programme impacts", en *Review of Economic Studies,* Vol. 64, No. 4, págs. 487–535.

Heffernan, C.; Misturelli, F.; Pilling, D. 2003. *Livestock and the poor: Findings from Kenya, India and Bolivia* (Londres, Animal Health Programme, Department for International Development).

Hellmuth, M.E.; Moorhead, A.; Thomson, M.C.; Williams, J. (eds). 2007 *Climate risk management in Africa: Learning from practice,* Climate and Society No. 1 (New York, International Research Institute for Climate and Society).

—. 2009 *Index insurance and climate risk: Prospects for development and disaster management,* Climate and Society No. 2 (Nueva York, International Research Institute for Climate and Society).

Herbas, J. C. 2009. "BancoSol's Microinsurance Programs", Microfinance Network: Microinsurance Working Group Conference Call.

Herbold, J. 1999. *New approaches to agricultural insurance in developing economies,* Finance for food (Francfort del Meno, KFW).

—. 2010 "Crop insurance in developing economies: The insurers' and reinsurers' perspective", en *The International Journal for Rural Development,* Vol. 4, págs. 14–18.

—. 2011 *Climate change and agriculture insurance: Industry vulnerability and implications for scaling up innovations: The (re)insurer's perspective,* presentado en la Conferencia anual FARMD, Zúrich, 9–10 de junio, 2011.

Hintz, M. 2010a. "Understanding the context is understanding the impact: Evidence from a qualitative microinsurance impact survey in Indonesia", en E. Morelli et al. (eds): *Microinsurance – An innovative tool for risk and disaster management* (Davos, Global Risk Forum).

—. 2010b. *Micro-impact: Deconstructing the complex impact process of a simple microinsurance product in Indonesia* (Passau, Universidad de Passau).

Holzmann, R.; Jørgensen, S. 2000. *Social risk management: A new conceptual framework for social protection and beyond* (Washington, D.C., Banco Mundial).

Hougaard, C.; Chamberlain, D.; Aseffa, Y. 2009. *Towards a strategy for microinsurance development in Zambia: A market and regulatory analysis* (Bellville, South Africa, Cenfri), en: www.cenfri.org

—; **Chelwa, G.; Swanepoel, A.** 2011. *Swaziland microinsurance diagnostic* (Access to Insurance Initiative and FinMark Trust).

Impact Working Group of the Microinsurance Network. 2011a. *The practical guide to impact assessments of microinsurance,* en: http://microinsurancenetwork.org/publication/fichier/MIN_Publication__Impact_Practical Guide_V1_2010.pdf [2 Apr. 2011].

—. 2011b. *Stocktaking initiative: Ongoing impact assessments of microinsurance,* en: http://www.microinsurancenetwork.org/workinggroup/impact/stocktaking.php [2 Oct. 2011].

Institute of Development Studies. 2009 *Accounts of crisis: Poor people's experience of the food, fuel and financial crises in five countries* (Brighton, Reino Unido).

Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA), India. 2008 en: http://www.irda.gov.in/

Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). 2007 *Climate Change, 2007. The physical science basis,* IPCC WGI Fourth Assessment Report (Ginebra).

—. 2011 *Special report on managing the risks of extreme events and disasters to advance climate change adaptation* (Stanford, CA, WMO, UNEP).

International Association of Insurance Supervisors (IAIS). 2007 *Issues in regulation and supervision of microinsurance* (Basilea, Suiza).

—. 2010 *Issues paper on the role, regulation and supervision of mutuals, cooperatives and other community-based organizations in increasing access to insurance markets* (no publicado) (Basilea, Suiza).

International Fund for Agriculture Development (IFAD). 2004 *Livestock services and the poor. A global initiative: Collecting, coordinating and sharing experiences* (Roma).

Organización Internacional de Trabajo (OIT). 2008 *Social health protection. An ILO strategy towards universal access to healthcare,* Social Security Policy Briefings, Paper 1 (Ginebra).

—. 2010 *World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond* (Ginebra).

ILO's Microinsurance Innovation Facility, 2011. 2011 *Annual Report 2010* (Ginebra, OIT), en: http://www.ilo.org/public/english/employment/mifacility/download/annual/annualreport2010_en.pdf

International Monetary Fund (IMF). 2010 *World Economic Outlook Database,* en: http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2010/01/weodata/weorept.aspx?pr.x=31&pr.y=11&sy=2009&ey=2009&scsm=1&ssd=1&sort=country&ds=.&br=1&c=369&s=LP&grp=0&a=

Ito, S.; Kono, H. 2010. "Why is take-up of microinsurance so low? Evidence from a health insurance scheme in India", en *The Developing Economies,* Vol. 48, No.1, págs. 74–101.

Iturrioz, R. 2009. *Agricultural insurance,* Primer Series on Insurance Issue 12 (Washington, D.C., Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial).

Iyengar, S.S.; Lepper, M.R. 2000 "When choice is demotivating: Can one desire too much of good thing?", en *Journal of Personality and Social Psychology,* Vol. 79, No. 6, págs. 995–1006.

Jianakoplos, N.A.; Bernasek, A. 1998. "Are women more risk averse?", en *Economic Inquiry,* Vol. 36, págs. 620–630.

Johnson S. 2004. "'Milking the elephant': Financial markets as real markets in Kenya", en *Development and Change,* Vol. 35, No. 2, págs. 247–274.

Joseph, C.; Ruchismita, R. 2010. *Livestock case study, draft paper* (Chennai, India, CIRM).

Jowett, M.; Deolalikar, A.; Martinsson, P. 2004. "Health insurance and treatment seeking behavior: evidence from a low-income country", en *Health Economics,* Vol. 13, págs. 845–857.

Jütting, J. 2002. *Social risk management in rural areas of low-income countries: An economic analysis of community-based health insurance schemes* (Bonn, Universidad de Bonn, Facultad de Agricultura).

—. 2004 "Do community-based health insurance schemes improve poor people's access to health care? Evidence from Rural Senegal", en *World Development,* Vol. 32, No. 2, págs. 273–288.

Kahneman, D.; Tversky, A. 1979. "Prospect theory: An analysis of decision under risk", en *Econometrica,* Vol. 47, No. 2, págs. 263–292.

Karlan, D.; McConnell, M.; Mullainathan, S.; Zinman, J. 2010. *Getting to the top of mind: How reminders increase savings,* Working Paper (Universidad de Yale, Universidad de Harvard y Dartmouth).

—; **Kutsoati, E.; McMillan, M.; Udry, C.** 2011. "Crop price indemnified loans for farmers: A pilot experiment in rural Ghana", en *Journal of Risk and Insurance,* Vol. 78, No. 1, págs. 37–55.

Karnani, A. 2009. "Romanticizing the poor", en *Stanford Social Innovation Review,* Vol. 7, No. 1. en: http://www.ssireview.org/articles/entry/romanticizing_the_poor.

Kern, A.; Ritzen, J. 2002. *Dying for change: Poor people's experience with health and ill health* (Ginebra y Washington, D.C., Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial).

King, G.; Gakidou, E.; Imai, K.; Lakin, J.; Moore, R. T.; Nall, C.; Ravishankar, N.; Vargas, M.; Tellez-Rojo, M. M.; Hernandez Avila, J. E.; Hernandez Avila, M.; Hernandez Llamas, H. 2009. "Public policy for the poor? A randomized assessment of the Mexican universal health insurance programme", en *The Lancet,* Vol. 373, págs. 1447–1454.

Kiwara, A. 2007. "Group premiums in micro health insurance experiences from Tanzania", en *East African Journal of Public Health,* Vol. 4, No. 1, págs. 28–32.

Knaul, F.; Arreola-Ornelas, H.; Méndez-Carniado, O.; Bryson-Cahn, C.; Barofsky, J.; Maguire, R.; Miranda, M.; Sesma, S. 2006. "Evidence is good for your health system: Policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico", en *The Lancet,* Vol. 368, No. 9549, págs. 1828–1841.

Kogan, F.N. 1990 "Remote sensing of weather impacts on vegetation in non-homogeneous areas", en *International Journal of Remote Sensing,* Vol. 11, págs. 1405–1419.

Kotler, P. 1994. *Marketing management: Analysis, planning, implementation, and control* (New Jersey, Simon & Schuster).

Krishnan, S. 2010. *ACE progress report: Beyond 'non-admitted'. A closer look at trends affecting today's multinational insurance programs* (ACE Group).

Krishnaswamy, K.; Ruchismita, R. 2011. *Rashtriya Swasthya Bima Yojana – Performance trends and policy recommendations: An evaluation of a government mass health insurance scheme* (Chennai, India, IMFR CIRM).

Kruk, M.; Goldmann, E.; Galea, S. 2009. "Borrowing and selling to pay for health care in low- and middle-income countries", en *Health Affairs,* Vol. 28, No. 4, págs. 1056–1066.

Kumar, S. 2011. *Experiences and challenges in implementation of crop insurance programme in India* (Ministerio indio de Agricultura).

Kundra, S.; Lagomarsino. 2008 *Implementing health insurance: Overcoming the challenges of scaling voluntary risk pools in low income settings* (The Rockefeller Foundation, Result for Development Institute).

Kunzemann, T. 2010. *Microseguros: Cyclone Nisha batters India,* en: http://knowledge.allianz.com/microfinance/alternative_finance/?424/allianz-bajaj-care-cyclone-nisha-microinsurance [27 mayo 2010].

Laajaj, R.; Carter, M. 2009. *Using satellite imagery as the basis for index insurance contracts in West Africa,* en: http://i4.ucdavis.edu/projects/contracts/files/laajaj-using-satellite-imagery.pdf.

Lacey, D. 2011. *A business case for microinsurance: Case study analysis of the profitability of microinsurance products* (Johannesburgo, Suráfrica, Quindiem Consulting).

Lai, I. 2010. *As demand grows for microinsurance in Asia, Swiss Re launches first agricutural product in Vietnam,* en: http://www3.ambest.com/ambv/bestnews/newscontent.aspx?altsrc=23&refnum=142823

Langenbrunner, J.; Cashin, C.; O'Dougherty, S. (eds). 2009 *Designing and implementing health care provider payment systems,* How-to Manuals (Washington, D.C., Banco Mundial y USAid).

Lashley, K. 2008. "Health-care provision meets microcredit finance in Argentina", en *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 86, No.1, págs. 9–10.

Latortue, A. 2006. "The role of donors", en C. Churchill (ed.): *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros* (Ginebra y Múnich, OIT y Fundación Munich Re), págs. 470–487.

—: **de Montesquious, A.; Ward, V.** 2008. Microseguros: What can donors do?", CGAP Working Group on Microinsurance (Washington, D.C., Banco Mundial).

Leach, J. 2005. *The regulator's dilemma,* presentación en la Conferencia sobre Microseguros, Fundación Munich Re y CGAP Working Group on Microinsurance, Schloss Hohenkammer, Alemania, oct.

—. 2011 Hollard Insurance. Entrevista telefónica, sept. 2011.

Leatherman, S.; Dunford, C. 2010. "Linking health to microfinance to reach the poor", en *World Health Organization Bulletin,* Vol. 88, No. 6, págs. 401–480.

Leftley, R. 2009. "Microinsurance for health and agricultural risk innovations in insuring the poor", en *A 2020 Vision for Food, Agriculture, and the Environment,* Foc. T4 > 4.00

—. 2010 *Vida de crédito It's supposed to be simple,* Field Notes (MicoEnsure).

Lei, X; Lin, W. 2009. "The new cooperative medical scheme in rural China: Does more coverage mean more service and better health?", en *Health Economics,* Vol. 18, No. S2, págs. 25–46.

Lethourmy, A. 2010. *How to implement health insurance in Sub-Saharan Africa?,* Background Paper to the European Report on Development 2010, presentado en Dakar, 27–30 de junio 2010.

Leventhal, H.; Singer, R.; Jones, S. 1965. "Effects of fear and specificity of recommendation upon attitudes and behavior", en *Journal of Personality and Social Psychology,* Vol. 2, págs. 20–29.

Levin, T.; Reinhard, D. 2007. *Microinsurance aspects in agriculture,* Discussion Paper (Múnich, Munich Re).

Lichand, G. 2010. *Decomposing the effects of CCTs on entrepreneurship,* World Bank Policy Research Working Paper 5457 (Washington, D.C., Banco Mundial).

Lim, Y.; Townsend, R. 1998. "General equilibrium models of financial systems: Theory and measurement in village economies", en *Review of Economic Dynamics,* Vol. 1, No. 1, págs. 59–118.

Tipo de listado: 2003 "Does market experience eliminate market anomalies?", en *Quarterly Journal of Economics,* No. 188, págs. 1–47.

Llanto, G.M., Geron, M. P., Almario, J. 2008. *Making insurance markets work for the poor: Microinsurance policy, regulation and supervision: Philippines study,* CGAP Working Group on Microinsurance (Washington, D.C., Banco Mundial).

Lloyd's. 2009. *Insurance in developing countries: Exploring opportunities in microinsurance* (Londres, Reino Unido).

Loewe, 2001b. *Improving the social protection of the urban poor and near-poor in Jordan: The potential of micro-insurance,* Reports and Working Papers 12 (Bonn, Instituto Alemán de Desarrollo).

—. 2005a. "Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Sicherheit im informellen Sektor: Das Beispiel der arabischen Welt", en D. Messner e I. Scholz (eds): *Zukunftsfragen der Entwicklungspolitik* (Nomos, Baden-Baden).

—. 2005b. *Social security and the informal sector: the state of theoretical discussion and critical analysis of the situation in Arab countries with special emphasis on micro-insurance approach* (Universidad de Heidelberg)

—. 2006 "Downscaling, upgrading or linking? Ways to realize microinsurance", en *International Social Secruity Review,* Vol. 59, No. 2, págs. 37–59.

—. 2009a. *Soziale Sicherung, informeller Sektor und das Potenzial des Kleinstversicherungsansatzes* (Baden-Baden, Nomos).

—. 2009b. "The third way to social protection: promoting group-based micro-insurance", en *Journal of Insurance and Risk Management,* Vol. 4, No. 1, págs. 86ss.

Lofgren, C.; Thanh, N.X.; Chuc, N.T.; Emmelin, A.; Lindholm, L. 2008. "People's willingness to pay for health insurance in rural Vietnam", en *Cost Effectiveness and Resource Allocation,* Vol. 6, No. 16.

Lomas, P. 2009. *Third party administration in the provision of in-patient health insurance: An Indian case study* (MicroEnsure), en: http://www.microinsurancenetwork.org/file/TPA_PAPER__March_09__Final.pdf.

Lybbert, T.J.; Galarza, F.; McPeak, J.; Barrett, C.B.; Boucher, S.; Carter, M.R.; Chantarat, S.; Fadlaoui, A.; Mude, A. 2010. "Dynamic field experiments in development economics; Risk valuation in Morocco, Kenya and

Peru", en *Agricultural and Resource Economics Review,* Vol. 39, No. 2, págs. 176–192.

Magnoni, B.; Lovoi, A.; Brown, J.; Thornton, R. 2010. *Risk across borders: A study of the potential of microinsurance products to help migrants cope with cross border risks* (Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo).

Magnoni, B.; Zimmerman, E. 2011. *Do clients get value from microinsurance? A systematic review of recent and current research* (Micro Insurance Centre, MILK Project).

Manje, L. 2005. *Madison Insurance,* Zambia, CGAP Working Group on Microinsurance, Good and Bank Practices Case Study, No. 11 (Ginebra, OIT).

—. 2007 *Microinsurance client satisfaction study: Zambia* (Microfinance Opportunities), en: http://www.microfinanceopportunities.org/docs/Zambia_clientsatisfactionstudy_Final%20Report_November%202007.pdf.

Manning, W.G.; Marquis, S.M. 1996 "Health insurance: The trade-off between risk pooling and moral hazard", en *Journal of Health Economics* Vol. 15, No. 5, págs. 609–639.

Mapfumo, S. 2009. *Weather index insurance in Malawi,* presentado en Kampala, Uganda, 3 de marzo (Microensure).

Marek, T.; Yamamoto, C.; Ruster, J. 2003. *Private health: Policy and regulatory options for private participation,* Public Policy for the Private Sector Note Number 265 (Washington, D.C., Banco Mundial).

—; **O'Farrell, C.; Yamamoto, C.; Zable, I.** 2005. *Trends and opportunities in public-private partnerships to improve health service delivery in Africa,* Africa Region Human Development Working Paper 33646 (Washington, D.C., World Bank).

Marquez, P.; Chassin, L. 2012. *Donors in microinsurance,* Microinsurance Network Study No. 4 (Luxembourg, Microinsurance Network), sin publicar.

Mas, I.; Radcliffe, D. 2010. *Mobile payments go viral: M-PESA in Kenya,* en http://pymnts.com/mobile-payments-go-viral-m-pesa-in-kenya/[Nov. 2011].

Masud, T.I.; Farooq, N.; Ghaffar, A. 2003. "Equity shortfalls and failure of the welfare state: Community willingness to pay for health care at government facilities in Jehlum (Pakistan)", en *Journal of Ayub Medical College Abbottabad,* Vol. 15, No. 4, págs. 43–49.

Mathews, B. 2008. *Microseguros: Delivering the core value of insurance to new customers* (Zúrich, Suiza, Zurich Insurance).

Mathiyazhagan, K. 1998. "Willingness to pay for rural health insurance through community participation in India", en *International Journal of Health Planning and Management,* Vol. 13, No. 1, págs. 47–67.

Matsuura, K. 2009. "Address by Mr. Koïchiro Matsuura, Director General of UNESCO, to welcome the United Nations Secretary-General, Mr. Ban Ki Moon on his first visit at UNESCO Headquarters", en: http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001816/181647e.pdf

Matul, M.; McCord, M.; Phily, C.; Harms, J. 2010. *The landscape of microinsurance in Africa,* Microinsurance Working Paper No. 4 (Ginebra, OIT).

—; **Tatin-Jaleran, C.; Kelly, E.** 2011. *Improving client value from microinsurance: Insights from India, Kenya, and the Philippines.* Microinsurance Paper Series No. 12 (Ginebra, OIT).

Mayoux, L. 2002. *Gender dimensions of microinsurance: Questioning the new bootstraps,* Microinsurance: Improving Risk Management for the Poor No. 7 (Luxemburgo, ADA).

McNamee, P.; Ternent, L.; Gbangou, A.; Newlands, D. 2010. "A game of two halves? Incentive incompatibility, starting point bias and the bidding game contingent valuation method", en *Health Economics,* Vol. 19, No. 1, págs. 75–87.

McCord, M.J. 2001 "Health care microinsurance – Case studies from Uganda, Tanzania, India and Cambodia", en *Small Enterprise Development,* Vol. 12, No. 1, págs. 25–38.

—; **Buczkowski, G.** 2004. *CARD MBA: The Philippines,* Good and Bad Practices Case Study No. 4, CGAP Working Group on Microinsurance (Ginebra, Suiza).

—; **Botero, F; McCord, J.S.** 2005a. *AIG: Uganda,* Good and Bad Practices Case Study No. 9, CGAP Working Group on Microinsurance (Ginebra, Suiza).

—; **Ram, G.; McGuinness, L.** 2005b. *Microinsurance demand and market prospects: Indonesia* (Allianz AG, UNDP, GTZ).

—; **Osinde, S.** 2005. "Reducing vulnerability: The supply of health microinsurance in East Africa", en *Journal of International Development,* Vol. 17, No.3, págs. 327–381.

—; **Buczkowski, G.; Saksena, P.** 2006. Primas: minimizando los costos de transacción y maximizando el servicio al cliente *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros* (Ginebra y Múnich, OIT y Fundación Munich Re), págs. 197–215.

—. 2007a. *Partnerships: Microfinance institutions and commercial insurers,* Microinsurance Note 3 (USAID).

—. 2007b. "Supplying health microinsurance: Lessons from East Africa", en *International Journal of Public Administration,* Vol. 30, No. 8, págs. 737–764.

—; **Wiedmaier-Pfister, M.; Chatterjee A.** 2008. *Facilitating an appropriate regulatory and supervisory environment for microinsurance,* Microinsurance Note 8 (USAID).

McPeak, J.; Chantarat, S.; Mude, A. 2010. "Explaining index-based livestock insurance to pastoralists", en *Agricultural Finance Review,* Vol. 70, No. 3, págs. 333–352.

Medicall Home. 2010 Medicall Home Page, en: http://www.medicallhome.com/Indexaspx [29 de abril 2010].

Meessen, B.; Criel, B.; Kegels, G. 2002. "Formal pooling of health risks in sub-Saharan Africa: reflections on the obstacles encountered", en *International Social Security Review,* Vol. 55, No. 2, págs. 80–84.

Micro Insurance Academy. 2009 *Implementing micro health insurance in Nepal: Executive summary* (Nueva Delhi, India).

MicroEnsure. 2011 *M-Insurance goes live in Ghana,* en: www.microensure.com/news [Sept. 2011].

Micro Insurance Map. 2011. http://microinsurancemap.com

Microinsurance Centre. 2009 *India's report on health micro-insurance schemes: Diversity, innovations and trends* (Nueva Delhi, OIT Oficina subregional para el Sureste de Asia).

—. 2011 *Microinsurance Bollywood movie,* en: http://www.microinsuranceacademy.org/content/%E2%80%9Csabtujhse-hai%E2%80%9D-bollywood-style-movie-insurance-education-tool [24 Apr. 2011].

Microinsurance Innovation Facility Knowledge Centre. 2010a. *Evolving climatic adaptation through crop insurance,* en: http://www.microinsurancefacility.org/en/learning-journey/evolving-climatic-adaptation-through-crop-insurance (accessed Oct. 2011).

—. 2010b. *Max Vijay case study,* en: http://www.munichre-foundation.org/NR/rdonlyres/ACA0BEA6-2F22-43EA-9B77-8256B26DA65C/0/S8_MIC2010_MaxVijayStudy.pdf [Sept. 2011].

—. 2011a. *Cattle insurance through electronic identification chip technology,* en: http://www.microinsurancefacility.org/learning-journey/cattle-insurance-through-electronic-identification-chip-technology [Oct. 2011].

—. 2011b. *Care Foundation: Project summary,* en: http://www.microinsurancefacility.org/en/learning-journey/insuring-primary-care-sustainable-financing-solution-rural-primary-health [Oct. 2011].

Mills, E. 2008. "The role of U.S. insurance regulators in responding to climate change", en *Journal of Environmental Law and Policy,* Vol. 26.

Mobae, T. 2002. Personal communication, Asmara, Eritrea, National Insurance Corporation of Eritrea.

Moens, F. 1990. "Design, implementation, and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries: A pre-paid health plan in the Bwamanda health zone, Zaire", en *Social Science and Medicine,* Vol. 30, No. 12, págs. 131–1327.

Mohammed, M.A.; Ortmann, G.F. 2005 "Factors influencing adoption of livestock insurance by commercial dairy farmers in three zobatat of Eritrea", en *Agrekon,* Vol. 44, No. 2, págs. 172–186

Morduch, J. 1995. "Income smoothing and consumption smoothing", en *Journal of Economic Perspectives,* Vol. 9, No. 3, págs. 103–114.

—. 1999 "Between the market and state: Can informal insurance patch the safety net?", en *World Bank Research Observer,* Vol. 14, No. 2, págs. 187–207.

—. 2006 Microseguros: The next revolution", en A. Banerjee, R. Bénabou and D. Mooherjee (eds): *Understanding poverty* (Oxford University Press, Reino Unido).

Morrah, D. 1955. *A history of industrial life assurance* (University of Michigan, Allen and Unwin).

Morris, S.; Carletto, C.; Hoddinott, J.; Christiaensen, L. 2000. *Validity of rapid estimates of household wealth and income for health surveys in rural Africa,* FCND Discussion Paper No. 72 (International Food Policy Research Institute).

Morsink, K.; Geurts, P. 2011. *Research design for measuring the client value of microinsurance,* MILK Brief No. 6 (Appleton, Wisconsin, Microinsurance Centre).

—; **Wenner, M; et al.** 2011 *Value for farmers from meso-level index insurance?,* Informe presentado en la 7a Conferencia Internacional sobre Microseguros en Rio de Janeiro, Brasil, 8–10 de nov.

—; **Geurts, P.; Kooijman-van Dijk, A.** 2012. *Impact of micro insurance on vulnerability of low income households in the Philippines: The case of typhoon re-housing insurance* (Países Bajos, Institute of Governance Studies (IGS) Universidad de Twente).

M-PESA Resource Centre. 2011 *M-PESA customers and agent numbers,* en: http://www.safaricom.co.ke/fileadmin/M-PESA/Documents/statistics/M-PESA_Statistics_-_2.pdf (disponible en noviembre de 2011).

Msuya, J.M.; Jütting, J.P.; Asfaw, A. 2004. *Impacts of community health insurance programs on health care provision in rural Tanzania,* ZEF-Discussion Papers on Development Policy Number 82 (Universidad de Bonn, Centro de Investigación de Desarrollo (ZEF), Alemania).

—. 2007 "Impact of community health funds on the access to health care: Empirical evidence from rural Tanzania", en *International Journal of Public Administration,* Vol. 30, No. 8, págs. 813–833.

Mude, A; Chantarat, S., Barrett, C., Carter, M., Ikegami, M., and McPeak, J. 2010. *Insurance against drought-related livestock mortality: Piloting index based livestock insurance in Northern Kenya* (International Livestock Research Institute Working Paper, Nairobi).

Mukherjee, P. 2011. "Budget 2011–2012: Speech of Pranab Mukherjee, Minister of Finance, Feb. 28, 2011", en: http://india.gov.in/images/bs11-12.pdf

Mullainathan, S.; Krishnan, S. 2008. *Psychology and economics: What it means for microfinance* (Financial Access Initiative, Innovations for Poverty Action), en: http://iamfi.com/documents/psychologyandeconomics.pdf

—; **Shafir, E.** 2009. "Savings policy and decision-making in low-income households", en M.S. Barr and R.M. Blank (eds): *Insufficient funds: Savings, assets, credit and banking among low-income households* (New York, Financial Accession Initiative, New Haven, CT, Innovations for Poverty Action), págs. 121–145.

Munich Climate Insurance Initiative, Munich, en: http://www.climate-insurance.org/

Munich Re. 2010 *Topics Geo: Natural catastrophes in 2009: Analyses, assessments, positions* (Múnich).

—. 2011 *SystemAgro – The integrated approach to help farmers feed the world through an intelligent crop insurance system,* en: www.munichre.com/systemagro

Fundación Munich Re 2007 *Munich Re Foundation 2006 Report – From knowledge to action* (Múnich).

—. 2009 *Munich Re Foundation 2008 Report – From knowledge to action* (Múnich).

—. 2011 *6th International Microinsurance Conference Report 2010* (Múnich).

Murray, C.J.L.; Evans, D. 2003. *Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud).

Murray, I. 2008. *Safe places to save* (Women's World Banking).

Nabeth, N.; Barrau, O. 2010. *AIC: A pioneering insurance company in microinsurance actions after the earthquake on 12 January 2010,* presentación disponible en: http://www.aic.ht/pdf/AIC_actions_defis_post_seisme_VF2_eng.pdf.

Naeemi Nezam Abadi, M. 1999. *An investigation of effective factors in expansion and development of agricultural insurance,* tesis de master (Teherán, Irán, Universidad de Teherán).

Narayan, D.; Patesh, P. (eds). 2000 *Voices of the poor: From many lands* (Washington, D.C., Banco Mundial).

National Bank for Agriculture and Rural Development (NABARD). 2011 *Annual Report,* en: http://www.nabard.org/FileUpload/DataBank/AnnualReports/Nabard_AR_Eng_2011_(Fianl)[1].pdf

National Statistical Coordination Board (NSCB). *2011 2009 official poverty statistics in the Philippines* (Manila, NSCB).

National Treasury, República de Suráfrica. 2008 T*he future of microinsurance regulation in South Africa,* Discussion Paper, en: http://www.treasury.gov.za/public%20comments/The%20Future%20of%20Microinsurance%20Regulation%20in%20South%20Africa.pdf [Oct. 2011].

—. 2011 *The South African Microinsurance Regulation Framework,* en: http://www.fsb.co.za/insurance/Microinsurance/PolicyDocumentMicroInsurance.pdf [Oct. 2011].

Nienaber, P.M.; Preiss, J. 2006. *Funeral insurance: A perception from the office of the Ombudsman for Long-term Insurance,* en: www.ombud.co.za/res/pdf/FuneralInsurance.pdf

Nyman, J.A. 2001 *The demand for insurance: Expected utility theory from a gain perspective,* University of Minnesota Center for Economic Research, Department of Economics Working Paper No. 313 (Universidad de Minnesota), en: http://hdl.handle.net/10419/23492.

Onwujekwe, O.; Okereke, E.; Onoka, C.; Uzochukwu, B.; Kirigia, J.; Petu, A. 2010. "Willingness to pay for community-based health insurance in Nigeria: do economic status and place of residence matter?", en *Health Policy and Planning,* Vol. 25, No. 2, págs. 155–161.

Orozco, M. 2003. *Family Remittances to Nicaragua: Opportunities to Increase the Economic Contributions of Nicaraguans Living Abroad* (Washington, D.C., USAID).

Qureshi, Y.; Reinhard, D. (eds). 2011 *6ª Conferencia Internacional de Microseguros 2010: Making insurance work for the poor* (Fundación Munich Re).

Palm, R. 1995. *Earthquake insurance: A longitudinal study of California homeowners* (UCLA,Westview Press).

Patankar, M. 2011. *Comprehensive risk cover through remote sensing techniques,* CIRM working Paper Series (Chennia, India, CIRM), en: http://www.cirm.in/library/publications

Perry, B.; Randolph, T. 2003. "The economics of foot and mouth disease, its control and its eradication", en B. Bodet and M. Vicari (eds): *Foot and mouth disease control strategies* (Paris, Elsevier).

Peterson, T.C.; Zhang, X.; Brunet-India, M.; Vázquez-Aguirre, J.L. 2008 "Changes in North American extremes derived from daily weather data", en *Journal of Geophysical Research,* Vol. 7, No. 113, págs. 1–9.

PhilHealth. 2010 *Extending public insurance schemes to the low income sector,* presentado en la Conferencia Internacinal de Microseguros, Manila, 9–11 de nov. 2010.

Pica, G.; Pica-Ciamarra, U.; Otte, J. 2008. *The livestock sector in the World Development Report 2008: Re-assessing the policy priorities,* PPLPI Research Report No. 08-07 (Roma, Pro-Poor Livestock Policy Initiative, FAO).

Pica-Ciamarra, U. 2005. *Livestock policies for poverty alleviation: Theory and practical evidence from Africa, Asia and Latin America,* PPLPI Working Paper No. 27 (Roma, Pro-Poor Livestock Policy Initiative, FAO).

Picard, P. 2008. "Natural disaster insurance and the equity-efficiency trade-off", en *The Journal of Risk and Insurance,* Vol. 75, No. 1.

Plaster, G.; Alderman, J. 2006. *Beyond Six Sigma: Profitable growth through customer value creation* (Nueva York, John Wiley & Sons).

Polonsky, J.; D.; McPake, B.; Poletti, T.; Vyas, S.; Ghazaryan, O.; Yanni, M.K. 2009 "Equity in community health insurance schemes: Evidence and lessons from Armenia", en *Health Policy and Planning,* Vol. 24, No. 3, págs. 209–216.

Porteous, D. 2006. *The enabling environment for mobile banking in Africa* (Boston, MA, Bankable Frontier Associates), en: http://www.bankablefrontier.com/assets/pdfs/ee.mobil.banking.report.v3.1.pdf.

—; **Lyman, T.R.; Pickens, M.** 2008. *Regulating transformational branchless banking: Mobile phones and other technology to increase access to finance,* Focus Note 43 (Washington, D.C., Banco Mundial).

Prahalad, C.K. 2005 *The fortune at the bottom of the pyramid: Eradicating poverty through profits* (Upper Saddle River, NJ, Wharton School Publishing).

Prashad, P. 2011. Technology officer, Microinsurance Innovation Facility. Entrevista telefónica, 19 de sept. 2011.

Pratt, J.W. 1964 "Risk aversion in the small and in the large", en *Econometrica,* Vol. 32, No. 1/2, págs. 122–136.

Preker, A.S.; Carrin, G.; Dror, D.; Jakab, M.; Hsiao, W.; Arhin-Tenkorang, D. 2002. "Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness", en *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 80, págs. 143–150.

Pronyk, P.M.; Hargreaves, J.R.; Morduch, J. 2007. "Microfinance programs and better health: Prospects for Sub-Saharan Africa", en *Journal of American Medical Association,* Vol. 298, No. 16, págs. 1925–1927.

Public Health Foundation of India (PHFI). 2011 *A critical assessment of the existing health insurance models in India* (Nueva Delhi, India).

Radermacher, R.; Wig, N.; Van Putten-Rademaker, O.; Müller, V.; Dror, D. 2005a. *Yeshasvini Trust, Karnataka India,* CGAP Working Group on Microinsurance Good and Bad Practices Case Study No. 20 (Ginebra, OIT).

—; **van Putten-Radermaker, O.; Müller, V.; Wig, N.; Dror, D.** 2005b. *Karuna Trust, Karnataka,* Consultative Group to Assist the Poorest (CGAP) Good and Bad Practices en Microinsurance Case Study No. 19 (Ginebra, OIT).

—; **Dror, I.** 2006. "Institutional options for delivering health microinsurance", en C. Churchill (ed.): *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre nicroseguros* (Ginebra y Múnich, OIT y Fundación Munich Re), págs. 401–423.

—; **Roberts; Singh, J.; Srivastava, S.** 2009. "Integrated risk management in microinsurance", en *Microfinance: An innovative tool for disaster and risk reduction* (IDRC).

—; **Vanderhyden, M.; Meshack, M.; Harting, S.; Stoermer, M.** 2011. *Mission report: Health financing situational analysis. Health promotion and system strengthening project in Dodoma, Tanzania* (Basilea, Suiza, Swiss Tropical and Public Health Institute).

—; **van Armansperg, K.; Chen, T.** 2012. "Impact analyses of micro health insurance", en H.J. Rösner et al. (eds): *Handbook of micro health insurance in Africa, social protection in health – Challenges, needs and solutions in international health care financing, Vol. 1* (Colonia, Alemania, Universidad de Colonia).

—; **van Armansperg, K.; Chen, T.** Forthcoming. *What do we know about the impact of microinsurance?* (Nueva Delhi, Micro Insurance Academy).

Ramm, G. 2011. *Public-private partnerships in microinsurance* (Luxemburgo, Microinsurance Network).

Ranson, M. K. 2001. *The impact of SEWA's medical insurance fund on hospital utilization and expenditure: A household survey,* Health, Nutrition and Population Discussion Paper No. 28895 (Washington, D.C., Banco Mundial).

—. 2002 "Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: Current experiences and challenges", en *Bulletin of the World Health Organization,* Vol. 80, No. 8, págs. 613–621.

—; **Sinha, T.; Chatterjee, M.; Acharya, A.; Bhavsar, A.; Morris, S.; Mills, A.** 2006. "Making health insurance work for the poor: Learning from the Self-Employed Women's Association's (SEWA) community-based health insurance scheme in India", en *Social Science and Medicine,* Vol. 62, págs.707–720.

Rao, K. D.; Waters, H.; Steinhardt, L.; Alam, S.; Hansen, P.; Naeem, A.J. 2009 "An experiment with community health funds in Afghanistan", en *Health Policy and Planning,* Vol. 24, No. 4, págs. 301–311.

Ratha, D.; Mohapatra, S.; Silwal, A. 2010. *Outlook for remittance flows 2010–2011,* Migration and Development Brief (Washington, D.C., Banco Mundial).

Reed, L. 2011. *State of Microcredit Summit Campaign Report 2011* (Washington, D.C., Microcredit Summit Campaign).

Rimansi. 2002 *Willingness to pay for life insurance: Market research study* (Manila).

Robine, J.M.; Cheung, S.L. ; Le Roy, S. ; Van Oyen et F R Herrmannm, F.R. 2007 *Report on excess mortality in Europe during summer 2003* (Bruselas, EU Community Action Programme for Public Health).

Robinson, J.; Yeh, E. 2009. *Transactional sex as a response to risk in Western Kenya,* Policy Research Working Paper (Washington, D.C., Banco Mundial).

Roth. J. 1999. *Informal micro-finance schemes: The case of funeral insurance in South Africa,* Social Finance Unit Working Paper No. 22 (Ginebra, OIT).

—; **Garand, D.; Rutherford, S.** 2006. "Long-term savings and insurance", en C. Churchill (ed.): *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros* (Ginebra y Múnich, OIT y Fundación Munich Re), págs. 94-108.

—; **McCord, M.J.; Liber, D.** 2007. *The landscape of microinsurance in the world's 100 poorest countries* (Microinsurance Centre).

Rubinstein, A. 2006. Discussion of "Behavioural Economics", en *Advances in economics and econometrics: Theory and applications, Ninth World Congress.*

Ruchismita, R. 2011. Executive Director, IFMR, Centre for Insurance and Risk Management. Entrevista telefónica, mayo 2011.

Sabri, B. 2003. "Healthcare financing in the African countries of the Eastern Mediterranean", en *International Social Security Review,* Vol. 56, No. 3, págs. 73–85.

Samuelson, P. 1938. "A note on the pure theory of consumers' behaviour", en *Económica,* Vol. 5, No. 17, págs. 61–71.

Sanlman. 2006 *Annual Report,* en: http://www.sanlam.co.za (disponible 2 de nov. 2011).

Sarris, A.; Karfakis P.; Christiaensen, L. 2006. *Producer demand and welfare benefits of rainfall insurance in Tanzania,* FAO Commodity and Trade Policy Research Working Paper No. 18.

Scheibehenne, B. 2008. *An experimental test of the choice overload hypothesis using chocolate,* manuscrito no publicado (Alemania, Universidad de Mannheim).

Schneider, P.; Diop, F. 2001. *Synopsis of results on the impact of community-based health insurance on financial accessibility to health care in Rwanda,* Health, Nutrition and Population Discussion Paper No. 28903 (Washington, D.C., Banco Mundial).

—. 2004 "Why should the poor insure? Theories of decision-making in the context of health insurance", en *Health Policy And Planning,* Vol. 19, No.6, págs. 349–355.

—; **Hanson, K.** 2006. "Horizontal equity in utilization of care and fairness of health financing: a comparison of micro-health insurance and user fees in Rwanda", en *Health Economics,* Vol. 15, No. 1, págs. 19–31.

Schumpeter, J. 1942. "Creative destruction", en *Capitalism, socialism and democracy* (Nueva York, Harper).

Schwarcz, D. 2010. "Regulating insurance sales or selling insurance regulation? Against regulatory competition in insurance", en *Minnesota Law Review,* Vol. 94, págs. 1707.

Sebstad, J.; Cohen, M. 2000. *Microfinance, risk management and poverty* (Washington, AIMS).

SegurCaixa Holding. 2008 *Annual Report,* en: www.laCaixa.es.

Vimo Self-Employed Women's Association (Vimo-SEWA) 2009 "Vimo SEWA's Insurance Products," SEWA Bank, en: http://www.sewainsurance.org/[4 June, 2009].

—; **Ahmedabad, India,** en: http://www.sewa.org/Specialedition.asp.

Sepehri, A.; Sarma, S.; Simpson, W. 2006. "Does non-profit health insurance reduce financial burden? Evidence from the Vietnam living standards survey panel", en *Health Economics,* Vol. 15, No. 6, págs. 603–616.

Setel, P.; Abeyasekera, S.; Ward, P.; Hemed, Y.; Whiting, D.; Mswia, R.; Antoninis, M.; Kitange, H. 2003. "Development, validation, and performance of a rapid consumption expenditure proxy for measuring income poverty in Tanzania: Experience from AMMP demographic surveillance sites", en *Population and Health Policies and Programs,* págs. 169–183, en: http://www.reading.ac.uk/ssc/publications/Inc_PovProx.pdf

Shampanier, K.; Mazar, N.; Ariely, D. 2007. "Zero as a special price: The true value of free products", en *Marketing Science,* Vol. 26, No. 6, págs. 742–757.

Shankar, S.; Asher, M.G. 2009 "Micropensions in India: Issues and challenges", en *International Social Security Review,* Vol. 64, No. 2, págs. 1–21.

Sharma, A.; Gupta, A.; Mohan, J. 2009. *Integrated insurance and risk mitigation solution for dairy farmers* (Chennai, India, CIRM).

—. 2010 *Livestock insurance: Lessons from the Indian experience,* Centre for Insurance and Risk Management Working Paper (Chennai, India, CIRM).

—; **Shukla A.** 2010. *An exploration – Community based livestock insurance scheme, Vizianagaram,* Working Paper (Chennai, India, CIRM).

Shepard, D. S.; Vian, T.; Kleinau, E. F. 1996. "Performance and impact of four health insurance programs in rural and urban areas of Zaire", en R. P. Shaw; M. Ainsworth (eds): *Financing health services through user fees and insurance: Case studies from sub-Saharan Africa,* World Bank Discussion Paper No. 294 (Washington, D.C.).

Shetty, N.K.; Veerashekharappa, D. 2009. "Institutional innovations and access to micro-health insurance for the poor: Evidence from Karnataka", en *The Icfai University Journal of Risk and Insurance,* Vol. 6, No.1, págs. 50–68.

Sigma. 2010 *Microinsurance – Risk protection for 4 billion people* (Swiss Re).

Simanowitz A.; Sandmark, T. 2011. *Social performance indicators for microinsurance,* Workshop Report 5–7 Oct. (Luxemburgo, Microinsurance Network).

Simba, F. 2002. *Assessing the demand for microinsurance in Kenya* (Nairobi, Microsave).

Simkhada, N.J.; Gautam, S.; Mishra, M.; Acharya, I.; Sharma, N. 2000. *Research on risk and vulnerability of rural women in Nepal* (Nepal, Centre for Micro Finance).

Simões, R.L.G; Salles, O.R; Vieira, J.L.N; de Faria Zettel, C.; Ramos Wagner Clemenceau Rodrigues, R.O.; Conceição, A.R. 2010. "SUSEP's Microinsurance Working Group Reports Part 1", en *Microinsurance in Brazil: Research Series Volume 1* (Rio de Janeiro, Brasil).

Sinha, S. 2007. *Agriculture insurance in India,* CIRM Working Paper Series (Chennai, India, CIRM).

Sinha, T.; Ranson, K.; Patel, F.; Mills, A. 2007. "Why have the members gone? Explanations for dropout from a community-based insurance scheme", en *Journal of International Development,* Vol. 19, págs. 653–665.

Skees, J.; Enkh-Amgalan, A. 2002. *Examining the feasibility of livestock insurance in Mongolia,* World Bank Policy Research Working paper 2886 (Washington, D.C., Banco Mundial).

—. 2008 "Innovations in index insurance for the poor in lower income countries", en *Agricultural and Resource Economics Review,* Vol. 37, págs. 1–15.

Skipper, H.D. 1997 *Foreign insurers in emerging markets: Issues and concerns* (Washington, D.C., International Insurance Foundation).

Small Enterprise Education and Promotion Network (SEEP). 2010 *Consumer protection principles in practice: A framework for developing and implementing a pro-client approach to microfinance,* Progress Note No. 14 (Washington, D.C.).

Smit, H.; Smith, A.; Chamberlain, D. 2009. *A global survey of passive microinsurance distribution channels* (Bellville, Sudáfrica, Cenfri), en: www.cenfri.org.

—; **Smith, A.** 2010a. *Utility and database microinsurance distribution in Brazil: The case of QBE Brazil Seguros, ACE group and Aon Affinity* (Bellville, Sudáfrica, Cenfri), en: www.cenfri.org.

—; **Smith, A.** 2010b. *Microinsurance distribution through retail stores in Brazil: Insurer Mapfre Seguros, retailer Casas Bahia and cellular provider Vivo* (Bellville, Sudáfrica, Cenfri), en: www.cenfri.org.

Smith, A.; Camberlain, D.; Smit, H.; Ncube, S.; Chelwa, G. 2010a. *Kenya microinsurance landscape: Market and regulatory analysis* (Bellville, Sudáfrica, Cenfri), en: www.cenfri.org.

—; **Matul, M.; Ncube, S.; Bester, H.** 2010b. *South African Insurance Association Consumer Education Programme: 2005–2009* (Ginebra, OIT, Cenfri).

—; **Smit, H.** 2010a. *Case study: Hollard Insurance and Take it Eezi,* en: www.cenfri.org.

—; —. 2010b. *Case study: Hollard Insurance and Pep,* en: www.cenfri.org.

—; —. 2010c. *Case study: Metropolitan Cover2Go,* en: www.cenfri.org.

—; —. 2010d. *Case study: Shoprite,* en: www.cenfri.org.

Smith, K.; Sulzbach, S. 2008. "Community-based health insurance and access to maternal health services: Evidence from three West African countries", en *Social Science and Medicine,* Vol. 66, págs. 2460–2473.

Smith, V.; Watts, M. 2009. *Index based agricultural insurance in developing countries: Feasibility, scalability and sustainability* (Fundación Bill & Melinda Gates).

Solomon, S.; D. Qin, M. Manning, Z. Chen, M. Marquis, K.B. Averyt, M. Tignor y H.L. Miller. (eds). 2007 *Contribution of Working Group I to the fourth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* (Cambridge, Reino Unido y Nueva York, NY, EE.UU.).

Srinivasan, N. 2010. *Microfinance India: State of sector report 2010* (Nueva Delhi, India, Sage Publications).

Stålhammar, N.O. 1996 "An empirical note on willingness to pay and starting-point bias", en *Medical Decision Making,* Vol. 16, No, 3, págs. 242–247.

Sterling, R. 2000. *Insurance and private pensions compendium for emerging economies. Book 1, Part 2 (1)b: Insurance regulation and supervision in OECD countries, Asian economies, Latin-American countries and CEEC and NIS countries* (París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico).

Swiss Re 2010a. *Natural catastrophes and man-made disasters in 2009: Catastrophes claim fewer victims, insured losses fall,* Sigma Report No. 01 (Zúrich).

—. 2010b. *Microinsurance – Risk protection for 4 billion people,* Sigma Report No. 06 (Zúrich).

—. 2011 *Swiss Re and partners break new ground with cholera protection for women micro-entrepreneurs in Haiti and weather insurance for farmers in Senegal,* en: http://www.swissre.com/media/news_releases/nr_20110920_CGI_Commitments.html

Tarazona, A.; Trivelli, C. 2005. *Situación del financiamiento rural en Piura,* Informe sobre el proyecto (Lima, Instituto de Estudios Peruanos).

Tendulkar, S.; Radhakrishna, R.; Sengupta, S. 2009. *Report of the Expert Group to Review the Methodology for Estimation of Poverty* (India, Gobierno de India, Comisión de Planificación).

Thaler, R.H. 1990 "Anomalies: Saving, fungibility, and mental accounts", en *Journal of Economic Perspectives,* Vol. 4, No. 1, págs. 193–205.

—; **Sustein, C.** 2008. *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness* (New Haven, CT, Yale University Press).

Thomas, D.; Frankenberg, E. 2002. "The measurement and interpretation of health in social surveys", en C. Murray et al. (eds): *Measurement of the global burden of disease* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud), págs. 387–420.

Thornton, R. L. 2008. "Climate change and poverty in Africa: Mapping hotspots of vulnerability", en *Journal of Agricultural and Resource Economics,* Vol. 2, No. 1.

—; **Hatt, L. E.; Field, E. M.; Islam, M.; Solis Diaz, F.; Azucena Gonzalez, M.** 2010. "Social security health insurance for the informal sector in Nicaragua: A randomized evaluation", en *Health Economics,* Vol. 19, págs. 181–206.

Trommershäuser, S.; Lindenthal, R.; Krech, R. 2006. "The promotional role of government", en C. Churchill (ed.): *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros* (Ginebra y Múnich, OIT y Fundación Munich Re), págs. 508–523.

Trujillo, A.; Portillo, J.; Vernon, J. 2005. "The impact of subsidized health insurance for the poor: Evaluating the Colombian experience using propensity score matching", en *International Journal of Health Care Finance and Economics,* Vol. 5, No. 3, págs. 211–239.

Trustco Group Holdings Limited. 2011 *Financial Results 2011,* Windhoek, 26 May 2011, en: http://www.tgi.na/downloads/Financial_results_31_March_2011.pdf

Tversky, A.; Kahneman, D. 1991. "Loss aversion in riskless choice. A reference-dependent model", en *Quarterly Journal of Economics,* Vol. 106, págs. 1039–1061.

UNAIDS. 2008 *2008 Report on the Global AIDS Epidemic: Executive summary* (Ginebra).

Naciones Unidas (UN). 1998 *Kyoto Protocol to the United Nations Framework Convention on Climate Change.*

United Nations, Department of Economic and Social Affairs (UN DESA), Population Division. 2009 *International Migration, 2009: Wallchart,* United Nations publication Sales No. E.09.XIII.8 (Naciones Unidas).

United Nations Development Program (UNDP). 2008 "Fighting climate change: Human solidarity in a divided world", en *Human Development Report* (Nueva York).

United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UNIFEM), en: http://unwomen-nc.org.sg/gender_issues_datasheet_1.shtml

United Nations Framework Convention on Climate Change (UNFCC). 2011 *Risk management approaches to address adverse effects of climate change – Insurance,* en: http://unfccc.int/adaptation/adverse_effects_and_response_measures_art_48/items/4971.php

United States Agency for International Development (USAID). 2006 *Assessment on how strengthening the insurance industry in developing countries contributes to economic growth* (Washington, D.C.).

U.S. Climate Change Science Program. 2008 *Our changing planet* (US Climate Change Science Program, the Subcommittee on Global Change Research).

Valvekar, H.K. 2007 *Innovative finance for sustainable development,* presented at UNDESA Expert Group Meeting, en: http://www.un.org/esa/sustdev/sdissues/finance/egm2007/presentations.htm [Oct. 2007].

Vaughan, E. 1989. *Fundamentals of risk and insurance* (Nueva York, EE.UU., John Wiley and Sons).

Villegas, C.C. 2010 *Microinsurance Regulation in Peru,* presentado en Microinsurance – Promoting Successful Regulatory and Supervisory Approaches for Increased Access to Insurance, Basilea, Julio 2010.

Virani, A. 2009. *Health microinsurance experience of Grameen Koota* (Chennai, India, CIRM).

Vollbrecht, J. 2000. *Insurance and private pensions compendium for emerging economies. Libro 1, Parte 2 (1)a: Insurance regulation and supervision in OECD countries, Asian economies, Latin-American countries and CEEC and NIS countries* (París, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico).

Waddington, H. 2009. *Financing better healthcare for all,* International Initiative for Impact Evaluation Brief Number No. 11 (Nueva Delhi, India, 3ie).

Wagstaff, A.; Pradhan, M. 2005. *Health insurance impacts on health and nonmedical consumption in a developing country,* Policy Research Working Paper 3563 (Washington, D.C., Banco Mundial).

—. 2007 *Health insurance for the poor: Initial impacts of Vietnam's health care fund for the poor,* Policy Research Working Paper Series 4134 (Washington, D.C., Banco Mundial).

—; **Lindelow, M.; Jun, G.; Ling, X.; Juncheng, Q.** 2009. "Extending health insurance to the rural population: An impact evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme", en *Journal of Health Economics,* Vol. 28, No. 1, págs. 1–19.

Walravenm, G. 1996. "Willingness to pay for district hospital services in rural Tanzania", en *Health Policy and Planning,* Vol. 11, No. 4, págs. 428–437.

Walton, D.; Bathurst, J. 1998. "An exploration of the perceptions of the average driver's speed compared to perceived driver safety and driving skill", en *Accident Analysis and Prevention,* Vol. 30, No. 6, págs. 821–830.

Wall Street Journal. 2010 "Max New York Life's lesson in insuring a rural foothold", en: http://online.wsj.com/article/SB127296921636786509.html [Sep. 2011].

Warner, D.C.; Schneider, P.G. 2004 *Cross-border health insurance: Options for Texas,* Policy Research Project on Cross-Border Health Insurance (Austin, Lydon B. Johnson School of Public Affairs, University of Texas at Austin).

Warner, K.; Zissner, M.; Kref, S.; Höppe, P.; Bals, C.; Linnerooth-Bayer, J.; Haas, A.; Gurenko, E.; Loster, T.; Burton, I. 2010. *Solutions for vulnerable countries and people: Designing and implementing disaster risk reduction and insurance for adaptation* (Bonn, Alemania, Munich Climate Insurance Initiative).

Weigand, C.; Grosh, M. 2008. *Levels and patterns of safety net spending in developing and transition countries,* SP Discussion Paper No. 0817 (Washington D.C., Banco Mundial).

Weinstein, N.D. 1980 "Unrealistic optimism about future life events", en *Journal of Personality and Social Psychology,* Vol. 39, No. 5, págs. 806–870.

Werner, W.J. 2009 "Micro-insurance in Bangladesh: Risk protection for the poor?", en *Journal of Health Population and Nutrition,* Vol. 27, No. 4, págs. 563–573.

Wiedmaier-Pfister, M.; Chatterjee, A. 2006. "An enabling environment for microinsurance", en C. Churchill (ed.): *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros* (Ginebra y Múnich, OIT y Fundación Munich Re), págs. 488–507.

—; **Klein, B.; Denker, H.; Wagner, J. (eds).** 2009 *BMZ Concepts 176: Small premiums – high level of security. Microinsurance and the development of financial systems* (Bonn, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ))

Wiesmann, D.; Jütting, J. 2000. "The emerging movement of community-based health insurance in sub-Saharan Africa: Experiences and lessons learned", en *Afrika Spektrum,* Vol. 35, No. 2, págs. 193–210.

Wipf, J.; Liber, D.; Churchill, C. 2006. "Product design and insurance risk management", en C. Churchill (ed.): *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros* (Ginebra y Múnich, OIT y Fundación Munich Re), págs. 146–173.

—; **Garand, D.** 2006. "Pricing microinsurance products", en C. Churchill (ed.): *Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros* (Ginebra y Múnich, OIT y Fundación Munich Re), págs. 238–253.

—. 2008 *Performance indicators for microinsurance: A handbook for microinsurance practitioners,* 1st Edition, Appui au Développement Autonome (Luxemburgo).

—. 2010 *Performance indicators for microinsurance: A handbook for microinsurance practitioners,* 2nd Edition, Appui au Développement Autonome (Luxemburgo).

Women's World Banking (WWB). 2003 *WWB Savings Report with ADOPEM* (República Dominicana).

—. 2005 *WWB Gender Report with Al Amana* (Marruecos).

—. 2006a. *WWB Savings Report with PADME* (Benin).

—. 2006b. *WWB Savings Report with Mi-Bospo* (Bosnia y Herzegovina).

—. 2006c. *WWB Gender Report with MFW* (Jordania).

—. 2006d. *WWB Gender Report with ADOPEM* (República Dominicana).

—. 2007a. *WWB Healthcare Financing Report with MFW* (Jordania).

—. 2007b. *WWB Healthcare Strategy with MFW* (Jordania).

—. 2007c. *WWB Savings Report with Kashf Foundation* (Pakistán).

—. 2008a. *WWB Healthcare System Analysis with FMMB* (Colombia).

—. 2008b. *WWB Gender Report with ADOPEM* (República Dominicana).

—. 2008c. *WWB Gender Report with Kashf Foundation* (Pakistán).

Woodruff, R. B. 1997. "Customer value: The next source for competitive advantage", en *Journal of the Academy of Marketing Science,* Vol. 25, No. 2, págs. 139–153.

Banco Mundial. 2005 *Managing agricultural production risk: Innovations in developing countries* (Washington, D.C.).

—. 2007 *Vietnam Development Report 2008: Social protection* (Hanoi, Banco Mundial).

—. 2009 *The global financial crisis: Assessing vulnerability for women and children* (Washington, D.C.).

—. 2011a. *Country and lending groups,* en: http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups (disponible el 28 de sept. de 2011).

—; 2011b. *Weather index insurance for agriculture: Guidance for development practitioners* (Washington, D.C.).

World Federation of Insurance Intermediaries (WFII). 2010 *WFII policy position paper on Microinsurance* (WFII, Washington, D.C.).

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000 *World Health Report 2000: Health systems improving performance* (Ginebra).

World Meteorological Organization (WMO). 2010 "2010 equals record for world's warmest year", Press Release No. 906, en: http://www.wmo.int/pages/mediacentre/press_releases/pr_906_en.html [20 Jan., 2010].

Wright, G.; Mutesasira, L. 2001. *The relative risks to the savings of poor people* (Nairobi, MicroSave).

Xu, K.; Klavus, J.; Kawabata, K.; Evans, D.B.; Hanvoravongchai, P.; Ortiz, J.P.; Zeramdini, R.; Murray, C.J.L. 2003 "Household health system contributions and capacity to pay: Definitional, empirical, and technical challenges", en C.J.L. Murray; D.B. Evans (eds): *Health Systems Performance Assessment: Debates, methods and empiricism* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud).

Ying, X.H.; Hu, T.W.; Ren, J.; Chen, W.; Xu, K.; Huang, J.H. 2007 "Demand for Private Health Insurance in Chinese Urban Areas", en *Journal of Health Economics,* Vol. 16, No. 10, págs. 1041–1050.

Yip, W.; Wang, H.; Hsiao, W. 2009. *"The impact of Rural Mutual Health Care on access to care: Evaluation of a social experiment in rural China"* (Cambridge, MA, Harvard School of Public Health Program in Health Care Financing).

Young, P.; Mukwana, P.; Kiyaga, E. 2006. *Microinsurance: Exploring ways to assess its impact* (Microfinance Opportunities).

Young, S. 2010. *CCRIF: Demonstrating the utility of risk pooling as a climate change adaptation tool,* presentado en MCII side event, COP-16, Cancún, México, 7 de dic. 2010.

Zeleke, T. 2011. *Insurance for all,* presentado en la Conferencia MFW4A, Adís Abeba.

Zingales, L. 2009. "The future of securities regulation", en *Journal of Accounting Research,* Vol.47, No. 2, págs. 391–425.

Zuluaga, S. 2010. *Case studies on the use of alternative models for the distribution of microinsurance in Colombia* (Bellville, Sudáfrica, Cenfri), en: www.cenfri.org.

Zurich Financial Services Group. 2010 *Insurance and technology to better serve emerging consumers: Learning to improve access and service* (Zurich).

—. 2011 *Insurance and technology to better serve emerging consumers: Learning to improve access and service* (Zurich).

Zweifel, P.; Eisen, R. 2000. *Versicherungsökonomie* (Springer Verlag, Berlín).

Los microseguros son una herramienta fundamental para ayudar a los pobres a gestionar los riesgos de manera eficiente. El creciente interés por un seguro en la base de la pirámide está fomentando el rápido desarrollo de productos innovadores y mecanismos de suministro que combinan la sostenibilidad y el valor para los clientes. Este volumen viene en el momento adecuado para reunir las lecciones clave aprendidas hasta ahora e informar sobre las últimas innovaciones de una impresionante lista de los líderes en el mercado.

Tilman Ehrbeck
CEO, Consultative Group to Assist the Poor (CGAP)

Este volumen refuerza nuestra experiencia de que los microseguros funcionan bien cuando se basan en cuatro pilares fuertes. En primer lugar, el producto tiene que ofrecer un valor tangible a un precio asequible para las personas en la base de la pirámide. En segundo término, el negocio tiene que tener sentido comercial para garantizar sostenibilidad a largo plazo. En tercer lugar, el programa tiene que adaptarse a las medidas políticas nacionales en materia de protección social e inclusión financiera. Una buena relación de trabajo y el conocimiento compartido entre gobiernos y compañías de seguros son de gran ayuda. Por último, pero no menos importante: el microseguro debe aprovechar la tecnología para mejorar el alcance, reducir los costes de distribución, simplificar los procesos y mejorar la calidad y la accesibilidad.

Bhargav Dasgupta
ICICI Lombard

Este compendio perspicaz supone una importante contribución para promover la inclusión financiera y el impacto de los microseguros en todo el mundo, fomentando la comprensión y los debates entre los reguladores, los supervisores y los principales interesados en la mejora de los mercados de seguros.

Yoshi Kawai
Secretario General de la Asociación Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS) .

Este segundo tomo de *Protegiendo a los pobres* es una recopilación única de las prácticas recientes y de las ideas emergentes en el microseguro. Abarca numerosas innovaciones que han surgido en los últimos años para afrontar los retos de proporcionar seguros a las personas de bajos recursos, desde nuevos productos y canales de distribución hasta las herramientas de educación al consumidor, evaluando para ello los cambios en los reglamentos, proveedores y planes. Dado que la comunidad de los microseguros evoluciona de manera espectacular y hay millones de hogares de bajos ingresos más que tienen acceso a una mejor cobertura de seguro, este segundo tomo es un recurso muy valioso para los responsables políticos, las aseguradoras, académicos y organizaciones no gubernamentales.

ILO and Munich Re Foundation, *Publishers*
ISBN 978-92-2-325744-6

Supported by