

INDICADORES DE DESEMPEÑO PARA MICROSEGUROS

Un manual para practicantes en microseguros

John Wipf y Denis Garand



La versión 1 de Indicadores de Desempeño para Microseguros es publicada por ADA asbl, y ha sido producida con el apoyo de la Cooperación de Desarrollo de Luxemburgo y de la Fundación Raiffeisen Bélgica (BRS).

El contenido del presente manual ha sido verificado y discutido en el transcurso de dos talleres, con más de treinta organizaciones distintas de microseguros. Quisiéramos expresar nuestro especial agradecimiento a Jean de la Croix Mimboab Yangnenam, 3ASC; Alicia Govea y Alexandre Berthaud Purata, AMUCSS; Julio César Herbas, Bancosol; D. Sattaiah, Bhartiya Samrudhi Finance Limited; Freddy Moens, CDI-Bwamanda; Oumar Savadogo, CIF; Mariana Torres, Compartamos; Das Deba Prashad, Delta Life; Sankaralingam Balasubramanyan y Narender Khan, DHAN Foundation; Souleymane Zare, FCPB; Soulé Souaïbou, FECECAM; Fernando Rivas y Roxana Mercado, Finsol; Frank Eyii Klutse, FUCEC – MAFUCECTO; Shruti Gonsalves, FWWB; Mukteshwari Kaushik Bosco y Swathi Gayathri Kuchimanchi, Healing Fields Foundation; N.S. Dr Prashanth, Karuna Trust; Euloge Segla, Mutuelle de Santé Zanninon Wegni Vivo – Gropere; Coumba N'déye Dia, PAMECAS; Laté Lawson, PAPME – CARE EEUU; Mishra Tripathi, Prem; Epifanio Maniebo, RIMANSI; William Bojórquez Córdoba, Servi Peru Murali Mohan Gandham, SHARE; Peter Palaniswamy, Shepherd; Caroline Phily, Sky Cambodia – Gret; Vijay Athreye, Tata-AIG; Thi Ngoc Linh Duong, TYM's Mutual Assistance Fund; François-Xavier Hay, Uplift India; M. G. S. Silva, YASIRU; Axel De Ville, ADA; Philippe Matthijs, BRS; Graziella Ghesquière, Louvain Développement; Henri Marx; Maria Vargas; los intérpretes Olivier Eryvn; Beatrice Crabbe; Paula López y María Estalayo; y el técnico Jo Uyttendaele. Por sus aportes a los talleres y al manual, quisiéramos agradecer a Ellis Wohlner, consultor para SIDA; Gaby Ramm, consultor para GTZ; Véronique Faber, ADA; Bert Opdebeeck, BRS y un agradecimiento muy especial para Paola Romero Márquez.

También queremos agradecer a Felipe Botero, Wendy Medrano-Lazo y Adrian Salbuchi por su colaboración para la versión en español.

Copyright © Denis Garand, John Wipf/ADA, Septiembre 2008

DTP – 123concept.lu

ISBN-13 9782959971532

EAN 2-9599715-3-1



INTRODUCCIÓN	3
1. MEDICIÓN DE DESEMPEÑO EN MICROSEGUROS	6
1.1 LOS PRINCIPIOS CLAVE	7
Principio 1: Separación de los datos	7
Principio 2: Reunión de datos relevantes y precisos	8
Principio 3: Generación de estados financieros	9
Principio 4: Cálculo y constitución de reservas	10
Principio 5: Monitoreo de siniestros, eficiente y continuo	11
Principio 6: Políticas de inversiones claras	12
Principio 7: Capacidad técnica aseguradora	13
Principio 8: Transparencia	14
Principio 9: Dedicación al cliente	15
1.2. INDICADORES CLAVE DE DESEMPEÑO	16
Indicador 1: Índice de ingreso neto	17
Indicador 2: Índice de gastos incurridos	21
Indicador 3: Índice de siniestralidad	23
Indicador 4: Índice de renovaciones	25
Indicador 5: Puntualidad de la liquidación de siniestros	29
Indicador 6: Índice de rechazo de reclamos	33
Indicador 7: Índice de crecimiento	35
Indicador 8: Índice de cobertura	39
Indicador 9: Índice de solvencia	41
Indicador 10: Índice de liquidez	43
2. MIDIENDO EL DESEMPEÑO: TEMAS ESPECÍFICOS DE INTERPRETACIÓN	44
2.1 Seguros de vida y productos relacionados	44
2.2 Seguro de salud y productos relacionados	45
2.3 Micro-pensiones y productos relacionados	46
2.4 Otros productos de seguros	46
2.5 Aspectos organizacionales	47
3. COMPARANDO MANZANAS CON NARANJAS Y EL TEMA DEL BENCHMARKING	49
3.1 ¿Qué es el benchmarking?	49
3.2 ¿Puede ser útil el concepto de benchmarking para los microseguros?	50
3.3 ¿Cuáles son los desafíos?	50
4. EVALUACION DEL DESEMPEÑO SOCIAL	52
APÉNDICE	56
A. MICROSEGUROS FACTSHEET	56
B. GLOSARIO	57
REFERENCIAS	61

Indicador	Fórmula básica	Página
1. Índice de Ingreso Neto	Índice de Ingreso Neto = Ingreso Neto / Prima Ganada	p. 17
2. Índice de Gastos Incurridos	Índice de Gastos Incurridos = Gastos Incurridos / Primas Ganadas	p. 21
3. Índice de Siniestralidad	Índice de Siniestralidad = Siniestralidad / Primas Ganadas	p. 23
4. Índice de Renovaciones	Índice de Renovaciones= Cantidad de Renovaciones / Cantidad de Renovaciones Potenciales	p. 25
5. Puntualidad en la Liquidación de Siniestros	Elija únicamente aquellos siniestros que hayan sido procesados y liquidados de entre un conjunto entero de siniestros para un determinado período. Luego prorratee este conjunto de siniestros pagados, en términos de cantidad de días que demandó el pago de cada siniestro, según un cronograma definido	p. 29
6. Índice de Rechazo de Reclamos	Índice de Rechazo de Reclamos = Cantidad de Siniestros Rechazados / Todos los Siniestros Informados	p. 33
7. Índice de Crecimiento	Índice de Crecimiento = $(\text{Cantidad de Asegurados}_n - \text{Cantidad de Asegurados}_{n-1}) / \text{Cantidad de Asegurados}_{n-1}$	p. 35
8. Índice de Cobertura	Índice de Cobertura = $\text{Cantidad de Asegurados}_n / \text{Población Abordada}_n$	p. 39
9. Índice de Solvencia	Índice de Solvencia = Activos Admitidos / Pasivos	p. 41
10. Índice de Liquidez	Índice de Liquidez = Disponibilidades en Efectivo o Equivalentes en Efectivo / Pagadero en el Corto Plazo (3 meses)	p. 43

INTRODUCCION

Algunos consideran que el microseguro conforma un mecanismo de administración de riesgos que los sectores pobres pueden utilizar para compensar la falta de provisión por parte del Estado de programas de protección social adecuados. Alternativamente, otros lo perciben como una oportunidad para brindar servicios financieros para el mercado de bajos ingresos, logrando así utilidades.¹

Independientemente de dónde se ponga el énfasis, todo programa de microseguros apuntar a ser viable debido a que el donante o los subsidios oficiales son sólo provisorios o no se encuentran disponibles. Sin subsidios, todo programa queda sujeto a las mismas fuerzas económicas y de mercado por igual, como ocurre con emprendimientos comerciales normales, y ello torna necesario que deban ser administrados de una manera profesional. Los objetivos de administración, sin embargo, no pueden lograrse sin un monitoreo permanente, y la realización de mediciones de desempeño transparentes.

En octubre del año 2006, ADA y BRS, colaborando con el grupo de trabajo sobre Microseguros del CGAP, organizó el primero de dos talleres en Luxemburgo para practicantes y expertos en microseguros, provenientes de todas partes del mundo con el objetivo de compartir experiencias y comenzar discusiones sobre la manera de medir el desempeño en materia de microseguros. Dicho taller concluyó con la selección de ocho principios y diez indicadores de desempeño clave, que fueron descriptos y brevemente discutidos en un informe de taller².

Las veinte organizaciones participantes (practicantes de Asia, África y Latinoamérica) también brindaron datos de sus operaciones que fueron utilizados para discutir estos indicadores.

En julio de 2007, se realizó un segundo taller con el objetivo de confirmar los principios e indicadores elegidos, y ponerlos a mayor prueba con una segunda ronda de datos provistos por los practicantes participantes. Para tal objetivo, BRS desarrolló una *Microseguros Factsheet*, la cual junto con el presente manual conformarán una caja de herramientas que permitirá a los practicantes utilizar los indicadores en sus organizaciones. El taller concluyó con la recomendación de incorporar un noveno principio, así como también algunas medidas propuestas para ser consideradas en materia de indicadores de desempeño social.

Los principios e indicadores clave que fueron establecidos durante estos talleres son aplicables a todos los proveedores de microseguros, independientemente de la estructura legal, medioambiental, conformación organizacional y tipo de producto de microseguros ofrecido, aunque puedan existir diferencias en el desempeño e interpretación. Con la participación hasta el momento de un grupo diverso de más de treinta microaseguradores, así como también el Grupo de trabajo sobre Microseguros del CGAP, tenemos garantizado que un nuevo estándar quedará definido para todo el sector de los microseguros.

Para ilustrar algunos de estos indicadores, utilizamos datos de las organizaciones participantes en el taller del año 2007. A lo largo del presente manual, y según fuera solicitado, se utiliza un pseudónimo para las organizaciones. El desempeño de muestra será destacado para cada indicador a fin de poder comprender mejor los temas y desafíos al momento de calcularlos.

1 Churchill, C., 2006: What is insurance for the poor? En Churchill, C. (ed.): Protecting the poor: A microinsurance compendium. Munich Re Foundation/ILO, Ginebra, p. 15.

2 El informe del taller se encuentra disponible en www.microfinance.lu/comas/media/onlineindicatorsws.pdf

Síntesis de los ejemplos

Nombre	Tipo de organización y programa	Tipo de producto y estimación de asegurados (2006)
ALPHA	<ul style="list-style-type: none"> • Red de instituciones rurales financieros – financieras, cooperativas, bancos rurales, etc. • Socio-agente 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida Individual • 15.000
BETA	<ul style="list-style-type: none"> • Banco involucrado en microfinanzas y microseguros • Socio-agente 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida Colectivo, Salud, Accidentes Personales • 85.000
GAMMA	<ul style="list-style-type: none"> • Fuente de miembros clientes de un banco afiliado y una ONG, ambos son Instituciones de Micro-Finanzas (IMF) • Mutualista, auto-asegurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida Crediticio Colectivo, Vida, Salud Limitada, Pensiones • 400.000+ familias, más de 1 millón de personas amparadas
EPSILON	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de servicios técnicos para IMF, perteneciente a seis redes de uniones crediticias • Asistencia técnica 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida Crediticio Colectivo • 65.000
ZETA	Aseguradora comercial principalmente dedicada al mercado de ingresos medios a bajos	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro de Vida Individual (con beneficios adicionales) • 1.100.000 asegurados
THETA	<ul style="list-style-type: none"> • Mutual • Auto-Asegurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida Crediticio Colectivo, Vida e Incapacidad, Ganado, Agricultura, Hogar • 3.500 asegurados
IOTA	<ul style="list-style-type: none"> • Red de uniones crediticias • Auto-asegurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida Crediticio Individual • 36.000
KAPPA	<ul style="list-style-type: none"> • IMF • Auto-Asegurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida Colectivo • 85.000
LAMBDA	<ul style="list-style-type: none"> • ONG dedicada a Salud • Socio-Agente 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud Individual (incluye beneficios de accidentes personales) • 3.655
NU	<ul style="list-style-type: none"> • ONG • Auto-Asegurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud Individual (prevención, medicamentos y maternidad) • 364
OMICRON	<ul style="list-style-type: none"> • ONG • Socio-Agente 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud • 1.767
PI	<ul style="list-style-type: none"> • ONG dedicada al desarrollo comunitario • Auto-Asegurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud Individual • 76.500
RHO	<ul style="list-style-type: none"> • Organización Cooperativa de Segundo Nivel • Socio-Agente 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida, Salud, Accidentes Personales, administrados individualmente pero bajo varios contratos grupales • 16.000 amparados
SIGMA	<ul style="list-style-type: none"> • IMF con fines de lucro • Socio-Agente 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida Colectivo Crediticio • Casi 1.000.000 de prestatarios y sus cónyuges
TAU	<ul style="list-style-type: none"> • ONG / IMF • Socio-Agente 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud y Gastos Funerarios Colectivos • 16.051
UPSILON	<ul style="list-style-type: none"> • ONG / IMF • Auto-Asegurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida Individual, Salud, Activos • 10.811
PSI	Aseguradora comercial principalmente dedicada al mercado de ingresos altos y medios, con un programa relativamente pequeño en microseguros.	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro de Vida Individual a Término, Seguro de Inversión (<i>Endowment</i>) • 120.000
OMEGA	<ul style="list-style-type: none"> • ONG para el Desarrollo / IMF • Auto-Seguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida Colectivo, Salud • 7.455

Para ilustrar algunos de estos indicadores, utilizamos datos de las organizaciones participantes en el taller del año 2007. A lo largo del presente manual, y según fuera solicitado, se utiliza un pseudónimo para las organizaciones. El desempeño de muestra será destacado para cada indicador a fin de poder comprender mejor los temas y desafíos al momento de calcularlos.

El presente manual se estructura de la siguiente manera: el Capítulo 1, MEDICION DE DESEMPEÑO EN MICROSEGUROS, describe los nueve principios y los diez indicadores. Se incluye gran parte del contenido del informe del taller 2006 con las reacciones y los comentarios adicionales de los participantes del taller. El Capítulo 2, MIDIENDO EL DESEMPEÑO: TEMAS INTERPRETATIVOS, se centra en algunas de las consideraciones especiales a tomar en cuenta al momento de evaluar ciertos productos y para el modelo socio-agente. El Capítulo 3, BENCHMARKING (ESTANDARES DE EXCELENCIA), introduce el tema del benchmarking, mientras que el Capítulo 4 explora el tema del DESEMPEÑO SOCIAL.

La presente es la primera versión completa del manual, sin embargo se realizarán actualizaciones a medida que se disponga de nueva información.³ El presente manual pretende ser una síntesis y no un tratamiento exhaustivo de la evaluación del desempeño en microseguros.

A lo largo del mismo, la distinción que comúnmente se hace entre los ramos de Vida y No-Vida fue ignorada, a fin de generalizar la discusión con algunos ejemplos específicos y casos especiales que fueron abordados cuando así se lo consideró conveniente. Se puso mayor énfasis sobre los productos de Vida y Salud, dado que los mismos son, de lejos, los más comunes hoy en día.

Recuadro 1: Conjunto de indicadores de desempeño

El presente manual, junto con la Microseguros Factsheet, conforman el Conjunto “Indicadores de Desempeño para Microseguros”. Ambas herramientas han sido desarrolladas en forma conjunta, en base a los aportes y comentarios de los microaseguradores que participaron en los talleres de los años 2006 y 2007. Ambas herramientas se complementan mutuamente y han sido diseñadas para utilizarse en forma conjunta.

La Microseguros Factsheet es una planilla de trabajo en Excel que compatibiliza los estados financieros adaptados para practicantes en microseguros. En base a tales declaraciones, los diez principales indicadores de desempeño que se describen en el presente manual han sido calculados. El presente manual es complementario a la planilla de datos, permitiendo que el lector cuente con una interpretación de los resultados obtenidos.

3 Dada la importancia del tema, le invitamos a que lea y utilice el guía y la planilla, y contribuya con sus comentarios en insurance@microfinance.lu

1. MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO EN MICROSEGUROS

El presente capítulo contiene definiciones, fórmulas, descripciones, interpretaciones de los diez indicadores clave de desempeño en microseguros. En la medida de lo posible, se presentan algunos ejemplos preliminares y discusiones sobre el desempeño de este sector económico, en cuanto a las áreas de desempeño.

Es importante mencionar que estos indicadores clave han sido concebidos para ser monitoreados por la gerencia de forma regular y que en sí mismos no nos dan una imagen completa ya que se trata de indicadores clave y no del conjunto completo de todos los indicadores posibles. Cada uno de ellos puede ampliarse en uno o más sub-indicadores que brindarán detalles adicionales. Por ejemplo, el indicador de siniestralidad incurrida puede desglosarse en varios sub-indicadores, incluyendo indicadores de “exposición a riesgo por incidente”, y de “monto promedio de siniestro”. Se podrían agregar indicadores adicionales si así se lo deseara, con el fin de medir aquellas áreas operativas que aún no han sido cubiertas.

Contrariamente a lo que ocurre con las microfinanzas, a menudo existen múltiples socios en la implementación de programas de microseguros. A su vez, la diversidad y complejidad de los productos usualmente resulta mayor que en las microfinanzas. Esto hace que las discusiones sean un poco más complejas, dado que el desempeño debe medirse a lo ancho de múltiples socios y modos de prestaciones, junto con una variedad de líneas de producto. Según veremos en el Capítulo 3, esta diversidad también torna más difícil abordar la problemática de los estándares de excelencia (benchmarking) y la comparación del desempeño, que lo que ocurre con las microfinanzas.

El presente manual hace énfasis en visualizar el desempeño desde el punto de vista del consumidor del productor o servicio, ya sea cliente o miembro asegurado. Según se describe en el Principio 9, el programa de microseguros debería estar al servicio del miembro o cliente asegurado y, desde dicha perspectiva, tiene sentido comparar el desempeño al de otros programas, con el fin de ser más eficiente⁴. Para programas que involucran a múltiples socios, se medirá el desempeño de acuerdo a la totalidad del programa sin concentrarse en ningún socio específico.

Ciertos programas de microseguros conforman esquemas mutualistas, mientras que otros no lo son. En el primer caso, a los asegurados se los denomina miembros, mientras que en el segundo caso se los considera como clientes. El término “asegurado” a menudo se utiliza para definir tanto a un miembro como un cliente.

4 Evaluando el desempeño desde esta perspectiva también tiene sentido para las operaciones comerciales que operan en economías de libre Mercado dado que en última instancia, el buen desempeño y la mayor eficiencia se reducen a brindar los mejores bienes y servicios de la manera más económica para el consumidor.

1.1 LOS PRINCIPIOS CLAVE

Antes de entrar en el tema principal, el presente capítulo describe los nueve principios clave que son considerados integrales al gerenciamiento de un programa de microseguros. En cierto sentido, estos pueden ser mejor comprendidos como “condiciones a priori”, o requerimientos asumidos sin los cuales una medición de desempeño transparente y precisa resultaría imposible de lograr.

Los nueve principios clave son:

1. Separación de los datos
2. Reunión de datos relevantes y precisos
3. Generación de estados financieros
4. Cálculo y establecimiento de reservas
5. Monitoreo eficiente y continuo de siniestros
6. Políticas de inversión claras
7. Capacidad técnica en seguros
8. Transparencia
9. Dedicación al cliente

Principio 1: Separación de los datos

El negocio del microseguro es sumamente técnico y se basa sobre principios y estadísticas fundamentales. El éxito a largo plazo requiere de un buen desempeño gerencial en varias áreas clave incluyendo diseño de productos, administración de riesgos e inversiones, servicio de calidad, distribución eficiente, y esquemas de costos precisos. Para que el desempeño resulte consistentemente bueno en todas estas áreas, los gerentes necesitan disponer de información relevante y confiable, extraída de datos de calidad generados por las operaciones de microseguros. Surge de ello que una de las unidades funcionales clave que deben desarrollarse lo más tempranamente posible, es un departamento de datos competente y conocedor de cómo desarrollar sistemas y administrar datos⁵.

Muchas organizaciones brindan otros servicios al margen de microseguros y, aunque estas actividades de múltiples servicios pueden ser integradas, los datos de los microseguros deben captarse de manera tal que puedan ser fácilmente segregados de los datos generales generados por las actividades que no sean de microseguros. Mantener un esquema contable separado para microseguros y otras actividades tales como las microfinanzas permitirá aislar la medición del desempeño financiero para cada actividad. Para microaseguradores de pequeña envergadura, estimaciones razonables de costos de personal empleado en tiempo parcial y la utilización de otros recursos pueda que resulte suficiente. Sin embargo, los microaseguradores de mayor envergadura con personal empleado a horario completo, deben contabilizar los salarios realmente pagados y todo otro costo asociado con la operación del programa.

Este principio, también abarca la necesidad de mantener datos independientes para cada producto debido a que ello permite realizar cálculos, monitoreo, administración y evaluación de indicadores de desempeño para cada producto. Aislar el desempeño de productos también facilita el análisis y permite una respuesta más específica de la gerencia. A menudo, los resultados de un producto de mal desempeño pueden verse enmascarados por el desempeño estelar de un producto compañero, con lo cual el poder identificar este tipo de situación requiere disponer de datos específicos a cada producto. En tanto que un microasegurador no pueda hacer esto, es improbable que pueda realizar su potencial total.

5 Garand, D. y J. Wipf, 2006: Pricing microinsurance products. In Churchill, C. (ed.): Protecting the poor: A microinsurance compendium. Munich Re Foundation/ILO, Geneva, p. 240.

Principio 2: Reunión de datos relevantes y precisos

El Principio 1 establece razones sólidas para segregar los datos de microseguros del resto de los datos de la organización. Dado que el negocio del seguro en general se centra sobre estadísticas acumuladas que son extraídas de datos de la experiencia, resulta esencial que los datos recabados sean robustos y relevantes. Las bases de datos deben diseñarse con los aportes que puedan hacer varios profesionales, incluyendo algún actuario y los gerentes de programas, con el fin de asegurar que la información técnica requerida para formalizar costos, calcular reservas y realizar el gerenciamiento operativo, sea captada de manera correcta para cada producto.

Aunque la mayoría de los microaseguradores no recaba datos suficientes, o el tipo correcto de datos, hay algunos que recaban demasiada información. Existe un punto de equilibrio entre el costo de recabar datos adicionales y las ventajas incrementales representadas por esa información adicional. Recabar demasiados datos puede resultar caro, mientras que toda insuficiencia de información irá en deterioro de la capacidad de la gerencia y la evolución del negocio. Dependiendo del tipo de organización, los sistemas de información gerencial correctos pueden abarcar desde una serie de simples planillas de cálculo acumulativas para elaborar sistemas de administración hechos a la medida de las necesidades del operador, o un software financiero contable integral que abarque todos los departamentos de la organización.

Una mala práctica de muchos microaseguradores consiste en borrar los registros de datos correspondientes a pólizas y certificados que hayan vencido, o cuando los miembros abandonan el programa. Los datos debieran conservarse de manera indefinida en los archivos, por cuanto serán útiles para analizar el historial en algún momento futuro. Otro error común consiste en reiterar el cálculo total de cifras clave, tales como pagos de primas en lugar de mantener historiales transaccionales individuales completos.

Sin historiales transaccionales, por ejemplo, usualmente resulta imposible para el actuario que determina costos poder reconstruir un historial de perfiles de riesgos que coincidan con una base de datos de siniestros con el fin de poder determinar el precio de diversos productos.

La precisión de los datos conforma un componente importante de este principio. Muchas organizaciones acumulan bases de datos voluminosos pero no invierten lo suficiente en asegurar que los datos sean utilizables y precisos. Los sistemas deben diseñarse para controlar y editar los datos al momento de cargarlos; con menús simples de caída, por ejemplo, se puede aumentar la precisión y velocidad en la carga de datos. También deben agregarse aplicaciones de software al sistema con el fin de evaluar periódicamente la consistencia de las bases de datos, en base a un historial de reglas comerciales. Los datos siempre deben administrarse bien, al igual que todo otro recurso valioso.

Principio 3: Generación de estados financieros

El programa de microseguros debe poder generar los siguientes estados financieros basados sobre sus actividades:

- a) Estado de Ingresos (también denominado Estado de Ganancias y Pérdidas);
- b) Balance Económico-Financiero; y
- c) Estado de Flujos Financieros (también denominado Fuente y Uso de Fondos).

Existen variantes en la manera cómo se preparan los estados financieros en distintas partes del mundo. Por ejemplo, en muchos países franco-parlantes, el formato es bastante similar al utilizado en otros países, como los Estados Unidos.⁶ Sea cual sea el formato, los estándares mínimos esperados que deben ser incorporados son los siguientes:

- a) Mantener la información sobre microseguros en forma segregada de toda otra actividad;
- b) Mantener la información segmentada para cada producto de microseguros;
- c) La información debe provenir de bases de datos precisas y auditadas;
- d) Utilizar una metodología de contabilidad devengada, reconociendo las ganancias, gastos, aumentos de reservas y reclamos a medida que los mismos son incurridos;
- e) Se generan estados contables, como mínimo, trimestralmente;
- f) Se generan los estados contables en tiempo y forma; por ejemplo, dentro de una cantidad pre-determinada de días, una vez que un período contable haya quedado cerrado;
- g) Mostrar los ingresos netos antes de aplicar subsidios no permanentes (o sea, subsidios que son temporarios y que se espera finalicen en períodos futuros); y
- h) Reconocer los niveles de reservas (ver la definición correspondiente en el Principio 4), como pasivos en el Balance, y los aumentos en reservas como gastos en el estado de ingresos.

Estos estados financieros, que deberán cumplir ciertos requisitos y estándares reglamentarios adicionales son requeridos por la gerencia con el fin de disponer de una síntesis puntual del desempeño del esquema.

6 La Microseguros Factsheet puede utilizarse como un modelo para Balances de Pérdidas y Ganancias y para Balances en general.

Principio 4: Cálculo y constitución de reservas

En términos generales, cuando en el presente manual se habla de “reserva”, la misma debe considerarse como un fondo o una previsión contable independiente, con el fin de financiar futuros pasivos netos de un programa de microseguros. Sería poco común hallar un programa que no requiera de reservas. En ciertos casos, tales como en los modelos de socio-agente, la ONG o el agente usualmente no requieren reservas, sin embargo al asegurador que ampare el riesgo se le requiere que constituya reservas adecuadas con el fin de poder hacer frente a sus futuras obligaciones y medir el estado financiero del programa para un determinado período contable. En forma similar, un microasegurador independiente que asuma riesgos, deberá calcular y constituir sus reservas.

La definición técnica integral de una reserva es **el valor actuarial actual de futuros pasivos, menos en valor actuarial actual de las futuras primas**. Esencialmente, se trata de un monto que represente actuarialmente el valor de los pasivos actuales o potenciales de un asegurador para la mayoría de sus tenedores de pólizas. En la mayoría de los casos, las reservas exactas suelen ser muy difíciles de determinar ya que su cálculo se basa sobre matemáticas actuariales complejas. En la práctica, se utilizan metodologías y herramientas simplificadas que se adscriben a estándares actuariales aceptados. Resulta importante asegurar que las metodologías utilizadas midan con precisión todo pasivo pendiente al finalizar cada período contable. Las reservas deben cubrir adecuadamente los gastos y beneficios pagaderos debidos a eventos previsibles, e incluir también cierto margen para la mayoría de los eventos no previsibles. Las reservas para productos a largo plazo deben calcularse directamente por un actuario.

Algunas de las reservas simplificadas generalmente aceptadas para productos de Vida y Salud, son la Reserva de Primas No Ganadas (RPNG), las Reservas Incurridas pero No Informadas (RINI - *Incurring But Not Reported Reserve - IBNR*), y los Siniestros en Curso de Liquidación (SCL). Para retener provisoriamente utilidades o para absorber fluctuaciones estadísticas en los reclamos, ciertos programas constituyen una Reserva Contingente (RC). El nivel de las reservas varía según el tipo de producto de microseguros, según su diseño y características y según la manera en que el microasegurador la esté implementando. Por ejemplo, las reservas para productos de microseguros en Vida no son las mismas, debido a que las reservas necesarias para productos de microseguros en el ramo de Vida no son iguales que la reservas para un producto de microseguros en Salud, mientras que productos idénticos que son operados por dos microaseguradores diferentes puede que requieran distintos niveles de reservas debido a sus respectivos estilos de gerenciamiento, o distribución.

Principio 5: Monitoreo de siniestros, eficiente y continuo

Para determinar si una organización de microseguros monitorea de manera adecuada sus siniestros, deben considerarse los siguientes aspectos:

- a) ¿Monitorea la organización todos sus siniestros de forma permanente?
- b) ¿Se pone énfasis en detectar las tendencias y los patrones siniestros que vayan surgiendo?
- c) ¿Pueden identificarse los problemas en el monitoreo de siniestros? ¿Qué clase de problemas son?
- d) ¿Tiene la organización una base de datos acumulativa de siniestros, diseñada con propuestas hechas por algún actuario?
- e) ¿Qué capacidades y herramientas serían necesarias para mejorar el monitoreo de los siniestros?

Los siniestros deben monitorearse con cuidado a fin de comprender el perfil de riesgos de los participantes, para identificar los riesgos morales y la selección adversa, para calcular reservas de siniestros, y para comprender ciertos aspectos del programa de microseguros. Los siniestros reales deben acercarse en su nivel a los siniestros esperados por edad, género y otros parámetros importantes utilizados para fijar las tasas de primas. Ello aportará claridad respecto de la precisión de la información sobre la que se basan los ejercicios de fijación de precios. Al evaluar los patrones siniestros, el enfoque hacia el método para fijar precios también podrá mejorarse a medida que se identifiquen nuevos e importantes parámetros. **Este tipo de monitoreo y análisis resulta importante aún si el programa es Calificado por la comunidad**, dado que la fuente de siniestros y los patrones siniestros deben comprenderse cabalmente a fin de poder responder a eventuales problemas que vayan surgiendo.

El analista siempre debe estar alerta respecto de la evolución de las tendencias y los patrones siniestros, ya que los mismos conducen a decisiones gerenciales accionables y mejor informadas. Los siniestros denegados deben ser examinados cuidadosamente dado que los mismos darán una visión de cómo mejorar el diseño de producto y la educación respecto a la toma de conciencia. Tanto la incidencia siniestral (frecuencia) como el monto de los siniestros deben ser monitoreados independientemente, lo que será abordado en mayor detalle más adelante en el presente capítulo.

Existen muchos atributos importantes (elementos de datos o campos) que todo registro de siniestralidad debe tener. Mientras que los requisitos de información pueden variar según el tipo de producto, todas las siniestralidades deben contener al menos los siguientes atributos:

- a) Fecha en que fue incurrido: ¿Cuándo ocurrió el evento que condujo al reclamo?
- b) Fecha de aviso: ¿Cuándo fue avisado el siniestro al micro-asegurador?
- c) Fecha de pago: ¿En qué fecha fue finalmente liquidado o rechazado el siniestro?
- d) Causa: ¿Cuál fue la causa del siniestro? (O sea, la causa de muerte / incapacidad / enfermedad / causa del daño patrimonial, etc.) Para siniestros de salud, la condición o tipo de enfermedad también debe monitorearse, al menos por categoría principal, tales como malaria, etc.
- e) ¿Quién es la persona asegurada que formaliza el reclamo? (De esto, los detalles de quién formalice el reclamo deben poder recuperarse de la base de datos del microasegurador).
- f) ¿Cuáles son los costos incurridos? No es suficiente registrar el monto de los siniestros que eventualmente fueron pagados. La información sobre los costos incurridos resulta particularmente importante para el seguro de salud, dado que puede utilizarse para mejorar los productos y para determinar esquemas adecuados de co-pago y tablas de beneficios máximos. Para el seguro de salud, los costos incurridos deben ser desglosados aún más en una nómina detallada de procedimientos médicos.

Principio 6: Políticas de inversiones claras

Una organización de microseguros debe tener una política de inversiones claramente definida y prudente, que contenga las siguientes características:

- a) Debe ser una política de inversión formal;
- b) Para productos con vigencias de más de un año, la inversión de las reservas debe estructurarse para coincidir con las proyecciones de los pasivos;
- c) La política de inversiones debe tener claras reglas sobre diversificación de activos
- d) La política debe fijar límites sobre las porciones que pueden invertirse en cada tipo principal de activo;
- e) La política debe tener límites determinados sobre la porción y montos que podrán invertirse en un activo u organización puntual; y
- f) La política de inversiones debe especificar un grado mínimo de inversión para cada tipo de activo.

Para ciertos productos de microseguros, especialmente aquellos con una duración más extensa o con un componente significativo de ahorro, la viabilidad de un determinado esquema depende de manera importante sobre las decisiones de la gerencia en materia de inversión de las primas acumuladas.

Un política de inversiones debe al menos abordar los siguientes temas: Calidad de los activos (grado de inversión), diversificación de los activos, y correlación de los activos y pasivos para productos de largo plazo. El primer tema resulta particularmente importante si el microasegurador tiene acumulaciones significativas de activos para sustentar los pasivos correspondientes a productos de largo plazo, o si se ha recibido una donación para constituir capital. A su vez, las medidas de diversificación de activos deben apuntar a prevenir una concentración de activos invertidos. Sin embargo, el potencial de diversificación dependerá de situaciones específicamente relacionadas con el país de origen. Si todas las inversiones quedan concentradas en una única fuente o clase de activos, ello representa un problema potencial futuro. Como orientación general y estándar, los bienes raíces no deben exceder el diez por ciento de los activos invertidos. La correlación entre activos y pasivos debe practicarse sobre productos de largo plazo, dado que una falta de correlación significativa puede llevar a la organización a la quiebra. También resulta necesario monitorear y administrar los flujos financieros de manera eficiente.

Principio 7: Capacidad técnica aseguradora

A continuación se brindan consideraciones de importancia que ayudarán a determinar si existen brechas en las capacidades técnicas de la organización, y si pueden beneficiarse con alguna intervención experta:

- a) ¿Cuán a menudo se llevan a cabo auditorías internas y externas?
- b) ¿Cómo se compara el Sistema de Información Gerencial (SIG) con el estándar mínimo sugerido (ver más abajo)?
- c) ¿Qué tipos de información está captando el SIG, o no captando?
- d) Al margen de la acumulación de datos, ¿cuáles son los tipos de aplicaciones que brinda el SIG?
- e) ¿Cuál es la fuente y contenido de la capacitación de la gerencia y el personal en microseguros?
- f) ¿Cuántos de los seis primeros principios no están cumpliéndose debido a la falta de capacidad técnica?

La mayoría de los practicantes son nuevos en el negocio de los microseguros e ingresan sin una preparación y capacitación adecuada respecto de los principios del seguro, de la administración de riesgos, de la administración de inversiones y otras áreas técnicas. El seguro es un negocio altamente tecnificado y requiere de una comprensión profunda y de una apreciación adecuada de los principios sobre los cuales se sustenta, así como también sobre las buenas y malas prácticas gerenciales. Esto resulta particularmente así en aquellos casos de esquemas de auto-seguros; para acuerdos de socio-agente, el asegurador puede (y debe) brindar capacitación y apoyo técnico.

El apoyo técnico puede ser financiado por donantes, subvenciones estatales o por aseguradores. Toda área débil debiera abordarse, tales como marketing (mercadeo), los fundamentos del seguro, administración de riesgos, asistencia con auditorías⁷, suscripción de riesgos, desarrollo de personal, etc.

Para poder desarrollar un negocio de microseguros exitoso, y para lograr la mayoría de los principios que hemos abordado hasta ahora, se requiere un MIS integral y de calidad que debe incluir lo siguiente: (1) Una base de datos relacional en un formato normalizado⁸; (2) aplicaciones desarrolladas para el monitoreo de siniestros y evaluación de indicadores de desempeño; y (3) aplicaciones para la administración financiera y de riesgos. Según ya lo enfatizamos en el Principio 2, resulta importante diseñar el MIS contando con la asistencia de un actuario a fin de asegurar que los datos captados sean de utilidad para una revisión periódica de los precios de los productos. La concurrencia de programadores actuariales también podrá desarrollar aplicaciones tales como cálculos de reservas y reaseguros.

7 Las auditorías internas reforzarán el control integral de la estructura y deberán realizarse frecuentemente; por ejemplo, trimestralmente. También son necesarias las auditorías externas pero podrán realizarse con menor frecuencia; quizás una vez al año.

8 Según se define en el diccionario de Wikipedia: en la teoría relacionada de bases de datos, la normalización conforma un proceso de reestructuración de la teoría de modelo lógico de datos, de una base de datos con el fin de eliminar la redundancia, organizar de manera eficiente los datos, educir la repetición de datos y reducir el potencial de anomalías durante las operaciones con los datos. Enlace: http://en.wikipedia.org/wiki/Relational_database

Principio 8: Transparencia

Cada cálculo, procedimiento, recolección de datos y reporte debe atenerse al principio de la transparencia, a fin de poder brindar información valiosa y precisa para mejorar los procesos y aumentar la credibilidad. Esto no sólo significa hacer que haya mayor cantidad de datos disponibles a un espectro más amplio de personas con intereses en los procesos y el público asegurado, sino que también implica que los datos deberán ser accesibles, presentándose en un lenguaje y formato más claros y comprensibles. Ahogar al público con grandes volúmenes de datos, no aumentará en sí la transparencia.

Este principio es complementario a los demás principios ya que, por ejemplo, promueven mejores estándares contables, informes realizados en tiempo y forma, utilización de indicadores de desempeño, aplicaciones de MIS y bases de datos mejoradas, mayor capacidad de gerenciamiento, entre otros.

A su vez, evaluar y publicar los indicadores clave periódicamente aumentaría la transparencia. También resulta importante para las ONG y otras entidades relacionadas con microseguros, el hecho de poder disponer de información clara para los donantes y quienes otorguen subvenciones sobre los recursos disponibles. No deben esconderse los subsidios; es en el mejor interés de todos que exista una contabilidad económica clara de las actividades de microseguros.

Recuadro 2: Planeamiento comercial

Es inherente a este conjunto de nueve principios, la presunción de que los gerentes en microseguros se dejen guiar por un plan de negocios estratégico, de un plazo entre cinco y siete años. Preparar un plan de negocios y administrarlo es, en sí mismo, un principio importante que todo emprendimiento comercial debe poner en práctica automáticamente. Los planes de negocios estratégicos suelen ser mejores si se los prepara de manera interactiva con aportes de todos quienes tengan algún interés en la operación, incluyendo la totalidad del equipo de implementación, ya que esto le da a todas las partes un sentido de pertenencia y una determinación de ejecutar el plan y lograr sus objetivos. Si una organización tiene otros negocios o servicios para miembros, al margen de los microseguros, entonces el plan de negocios debe ser integral, conteniendo un sub-plan para microseguros. En base al plan estratégico, los planes y presupuestos operativos anuales podrán ser preparados como una guía para los distintos departamentos de la organización.

Todo plan de negocios naturalmente contiene metas de desempeño y éstas deben medirse y proyectarse como indicadores clave partiendo de los estados financieros y otras fuentes. A medida que la gerencia monitorea el desempeño actual, se le debe prestar especial atención a las variaciones en los valores reales y proyectados de los indicadores.

Principio 9: Dedicación al cliente

El objetivo primario del microseguro consiste en ayudar a los menos privilegiados, aunque existen algunos operadores inescrupulosos en el mercado que claramente lo explotan en beneficio de sus accionistas. Estas organizaciones obtendrían un “mal” puntaje si un esquema de evaluación de operadores favorables a los pobres estuviera atado a estos indicadores. Como tal, el noveno principio fue así agregado – **el microasegurador debe concentrarse de manera clara, intensa y consistente en brindar buen valor y servicio eficiente al cliente asegurado**⁹. Ello implica que los gerentes deben estar finamente sintonizados a las verdaderas necesidades de los clientes. En rigor de verdad, la misión y los objetivos del programa de microseguros deberían declarar que el eje central consiste en brindar productos y servicios relevantes a un precio óptimo y sustentable. Esto significa que cada decisión de la gerencia debe siempre considerar por encima de todo, el impacto que las decisiones pueden tener sobre el cliente. Este principio, a su vez, refuerza las razones por las cuales el desempeño debe evaluarse desde la perspectiva del consumidor.

Un programa de microseguros mutualista tiende a centrarse espontáneamente de esta forma, debido a que el mismo queda organizado por sus propios miembros, y porque son ellos mismos quienes participan regularmente dentro de un esquema de gobernabilidad democrática. Contrariamente, las compañías de seguros y los proveedores de servicios que son de propiedad de accionistas que demandan un retorno competitivo sobre sus inversiones en capital, se centrarán más sobre las utilidades y menos sobre la necesidad de optimizar el nivel de servicios y el valor para los más necesitados. Sin embargo, existen ciertas excepciones plausibles, tales como el caso en que un asegurador puede que considere al microseguro como un emprendimiento de pioneros orientado a ganar la confianza de la sociedad que cuente con un plan consistente de seguimiento para introducir servicios adicionales en algún momento en el futuro.

9 Este principio fue discutido e incluido como un principio clave durante el taller realizado en el año 2007.

1.2. INDICADORES CLAVE DE DESEMPEÑO

Dado que al desempeño se lo visualiza en su totalidad para el programa, los diez indicadores propuestos son aplicables a todo tipo de organizaciones y modelos, pero no son siempre relevantes para todos los productos. Esto será evaluado en mayor detalle para cada indicador, pero también en el Capítulo 3, que se centra sobre los diversos temas interpretativos según los diferentes contextos.

Los indicadores clave se centran en la viabilidad financiera, aunque su dimensión de desempeño social se hace evidente cuando la viabilidad no es percibida como el fin principal, sino como uno de los requisitos para poder brindar productos microaseguradores eficientes para los más pobres.

Los diez indicadores clave:

1. Índice de ingreso neto
2. Índice de gastos incurridos
3. Índice de siniestralidad
4. Índice de renovaciones
5. Puntualidad de la liquidación de siniestros
6. Índice de rechazo de reclamos
7. Índice de crecimiento
8. Índice de cobertura
9. Índice de solvencia
10. Índice de liquidez

Indicador 1: Índice de ingreso neto

Definición

El índice de ingreso neto se define como el ingreso neto correspondiente a un determinado período, dividido por la prima ganada durante ese mismo período. Esto puede corresponder a un año fiscal o a otro período contable.

¿Cómo calcularlo?

La fórmula correspondiente es como sigue:

$$\text{Índice de Ingreso Neto} = \text{Ingreso Neto} / \text{Prima Ganada}$$

Mientras que esta fórmula aparenta ser un índice simple, sus componentes sin embargo requieren de aclaraciones adicionales:

- a) **Ingreso Neto** durante el período aplicable (antes de computar subsidios no permanentes) equivale a la **prima ganada** durante el período, **más los ingresos invertidos** durante el período, **más otros ingresos** en el período, **menos siniestralidad** durante el período, **menos gastos incurridos** durante el período.
- b) **Primas Ganadas**¹⁰ es *igual al ingreso de primas* durante el período (sin primas al contado), **menos el cambio en la reserva de Primas No Ganadas** (RPNG se explica más abajo).
- c) **Siniestralidad** es *igual a los beneficios pagados durante el período, más el cambio en las reservas mantenidas aparte para hacer frente a los beneficios a ser pagados tras el período*. El término general “reservas” se utiliza en el presente manual para indicar un monto o una condición contable que se mantiene aparte para hacer frente a futuros beneficios que sean pagaderos; siendo éste un término usualmente utilizado en el sector del seguro. Estos cambios en reservas podrán ser asignados en las siguientes categorías:
 - i) Cambio en los beneficios pagaderos y sobre los cuales, se hayan informado siniestros al programa de microseguros; sin embargo, al final del período tales reclamos aún estaban siendo procesados;
 - ii) Cambio estimado en los beneficios pagaderos, resultante de los eventos incurridos amparados, o debido al vencimiento de la póliza; sin embargo al final del período no hubiera habido ningún aviso recibido sobre tales reclamos bajo el programa de microseguros; y
 - iii) Cambio estimado en las reservas por los beneficios devengados de cualquier tipo que no sean aún pagaderos o vencidos al final de un determinado período.

Según la terminología y fórmulas contables usualmente utilizados, podemos resumir lo que precede como sigue: **siniestralidad**, lo que *equivale a siniestros en efectivo* durante el período, **más el cambio en Siniestros en Curso de Liquidación (SCDL)**, **más el cambio en la Reserva de Siniestralidad pero no Informados (IPNI - Incurred But Not Reported Reserve - IBNR)**, **más el cambio en la Reserva de Pasivos Devengados (RPD)**. Un cambio en una determinada reserva implica el nivel de reserva al final del período menos el nivel de reserva al final del período anterior.

- d) Los subsidios no permanentes son temporarios en la medida que estén programados o se espere que finalicen dentro del próximo par de períodos contables.
- e) **Otros ingresos** se refiere a otros ingresos incluyendo honorarios de membresía. Los microaseguradores puede que prefieran que otros ingresos sean itemizados en sus estados, en algún nivel de detalle.

¹⁰ Favor observar que un cambio puede ser positivo o negativo. Ejemplos: 1) Si el Ingreso de Primas es de 1.000 y el Cambio en la Reserva de Primas No Ganadas es de 100, entonces la Prima Ganada es de 900 (1,000 - 100 = 900). 2) Si el Ingreso de Primas es de 1.000 y el Cambio en la Reserva de Primas No Ganadas es de -50, entonces la Prima Ganada es de 1,050 (1,000 - (-50) = 1,050).

Para organizaciones que desarrollen múltiples actividades, el Principio 1 relacionado con el desglose de los datos, enfatiza la importancia de aislar los ingresos y gastos generados por las actividades relacionadas con el seguro, a fin de poder evaluar dicho indicador, y para lograr reportes precisos y transparentes. A su vez, el índice de ingreso neto debe calcularse para cada producto que requiera preparación de un Estado de Ingresos con múltiples columnas, en el que debe haber una columna para cada producto; esto, a su vez, requiere que los gastos se asignen de manera realista a cada producto.

El Índice de Ingreso neto puede y debe derivarse para programas de asociaciones con compañías de seguros (o sea, un esquema **socio-agente**). Si se solicita a la compañía de seguros brindar un estado con los cargos de gastos de la compañía y los cargos por siniestros respecto del negocio realizado con el microasegurador dentro del período contable, entonces el microasegurador podrá agregar sus propios gastos y derivar de esta manera el ingreso neto general. Para los casos en que el microasegurador cubra parcialmente parte del riesgo (por ejemplo, abonando beneficios complementarios o abonando los siniestros excluidos del Asegurado), entonces los reclamos y las reservas deben calcularse para la porción de riesgo retenido del microasegurador, y luego combinarlo con la porción del Asegurador con el fin de obtener un índice de ingreso neto general para todo el programa.

El objetivo consiste en generar una foto completa y realista del índice de ingreso neto general (y otros indicadores de desempeño). **La razón por la cuál dicha foto debe confeccionarse en forma combinada aún para un programa de múltiples clientes, es con el fin de poder evaluar el desempeño desde la perspectiva del cliente (ver mayores precisiones abajo). Por la misma razón, el índice de ingreso neto debe calcularse antes de considerar el reaseguro.**

El ingreso por inversiones debe calcularse sobre bases devengadas únicamente, reconociendo así el interés ganado durante el período contable. Por ejemplo, si se adquiere un certificado de depósito por un plazo de dos años, entonces únicamente la posición del retorno ganado sobre inversiones durante el período deberá utilizarse, independientemente del dinero efectivo proveniente de los intereses que se pudiera recibir durante el período.

Muchos microaseguradores actuales no calculan todos los gastos incurridos, tales como la depreciación de equipos comerciales utilizados en el programa, o ignoran el costo del personal operativo que haga horas extra sobre emprendimientos de microseguros. La medición de todos estos gastos resulta importante a fin de poder evaluar el verdadero desempeño financiero del programa.

A menudo, la RPNG se calcula mal; en verdad se trata literalmente de una porción de la prima que aún no ha sido ganada al finalizar el periodo. La contabilidad devengada exige que la prima sea ganada de una manera que represente los gastos incurridos y el patrón de riesgo del evento amparado a lo largo de la vigencia de cobertura. El más simple de los ejemplos sería si la prima es de 1.200 por año para una cobertura pareja con gastos parejos, con inicio el 1ero de noviembre; entonces el 31 de diciembre del mismo año calendario la RPNG se estimaría en 1.000 (o sea, 10 meses / 12 meses X 1200 = 1000), ya que restarían diez meses de vigencia de la cobertura. En la práctica, la prima bruta se desglosa en sus principales componentes y cada componente es ganado de una manera análoga a la experiencia real del microasegurador. Por ejemplo, para productos con cobertura no nivelada, la porción del riesgo de la prima es ganada según el mismo patrón como la cobertura¹¹, mientras que los gastos y las comisiones son ganadas a medida que se devenguen (o según requieran las autoridades de supervisión).

El IPNI (IBNR) y SCDL se calculan en base a datos recogidos. El SCDL es la sumatoria de los siniestros pendientes en proceso, a una determinada fecha contable. El IPNI (IBNR) conforma una reserva de provisión por los siniestros que hayan sido incurridos pero aún no informados al asegurador a la fecha de cierre del período contable. Dado que no se conoce el valor de los siniestros, el mismo debe ser estimado. Hay muchas maneras distintas de hacerlo, tales como estudiando los retrasos históricos en la manera en que se informan los siniestros, o sea, la diferencia entere la fecha de aviso y la fecha en que fueron incurridos. Observando los patrones históricos de estas demoras y aplicándolos al bloque actual de negocios, conforma un enfoque usual para derivar el IPNI, sin embargo ninguno de ellos resulta factible sin el uso de la base de datos del microasegurador.

11 Un ejemplo común de semejante producto se puede verificar en la tendencia a disminuir de los seguros de vida sobre créditos, dado que el beneficio es sólo conformado por el saldo pendiente del préstamo al momento del fallecimiento del titular.

Las Reservas por Pasivos Devengados (RPD) son tan variadas y diversas como la cantidad de productos de microseguros en existencia. Se necesita del apoyo de un actuario para estructurar los cálculos para el microasegurador. Sin embargo, para productos con vigencias de más de un año, el actuario debe calcularlo directamente. Los productos comunes con requisitos de RPD son aquellos que contienen elementos de ahorro, tales como pensiones y productos de Seguros con Inversión (del tipo *denominado Endowment*)

Sentido e interpretación

Dicho índice de ingreso neto muestra cuán redituable un determinado programa de microseguros es: “Uno de los indicadores más importantes lo conforma el resultado neto financiero del microasegurador, o el ingreso neto, dado que el mismo refleja una síntesis de todas las actividades en el período evaluado. Para medir el ingreso neto, debe generarse un estado de ingresos preciso, sobre una base contable devengada, que refleje de manera exhaustiva todos los costos necesarios para administrar el esquema, depreciaciones de equipo, cambios en las reservas, etc.”¹²

Este es el indicador “clave” de mayor importancia que sintetiza la totalidad de los resultados de las operaciones de microseguros. Como es el caso con cualquier indicador clave, el microasegurador debe analizar más profundamente los resultados, o desarrollar sub-indicadores para mejor comprender la fuente del ingreso neto.

Como regla general, debe haber un índice de ingreso neto positivo en el rango de cero al diez por ciento. Todo valor que se mantenga consistentemente por encima de este rango, indica un valor pobre para los clientes y puede resultar en la pérdida del negocio o el ingreso de otros competidores. La existencia de valores negativos persistentes puede estar indicando que el programa requiere de ciertos cambios para poder lograr una viabilidad. La fuente de la pérdida debe quedar debidamente identificada y abordarse: Bien podría deberse, por ejemplo, a la existencia de gastos mayores a lo previsto o a siniestros mayores a lo previsto. Cada razón requerirá de una respuesta gerencial diferente. También debe comprenderse que la mayoría de los programas de microseguros experimentarán siniestros en los años iniciales hasta tanto se logre una masa crítica de asegurados.

Resulta importante comparar el indicador a lo largo del tiempo, dado que la tendencia debe ser siempre hacia resultados positivos. De ser la tendencia negativa, entonces seguramente existan problemas que necesiten ser resueltos. El objetivo clave del programa de gerenciamiento consiste en comprender más acabadamente cuál es la fuente del ingreso neto.

Aún si se cumplen los objetivos en materia de ingresos netos, una buena práctica gerencial aconseja realizar una investigación más profunda a fin de identificar los desvíos y patrones en las ganancias por inversiones, niveles de gastos, siniestros, etc. Cada uno de estos segmentos puede y debe ser evaluado en forma aislada con el fin de identificar los temas que requieran de una acción gerencial.

Para productos de largo plazo con grandes componentes de ahorro, este indicador será generalmente más elevado, dado que las primas requeridas son menores. Al comparar esquemas, resulta importante tener esto en mente. A los fines de establecer estándares de excelencia (benchmarking), resulta necesario agrupar tales productos en categorías similares. Para mayores detalles sobre este tema, favor ver los capítulos 2 y 3.

Interpretación social

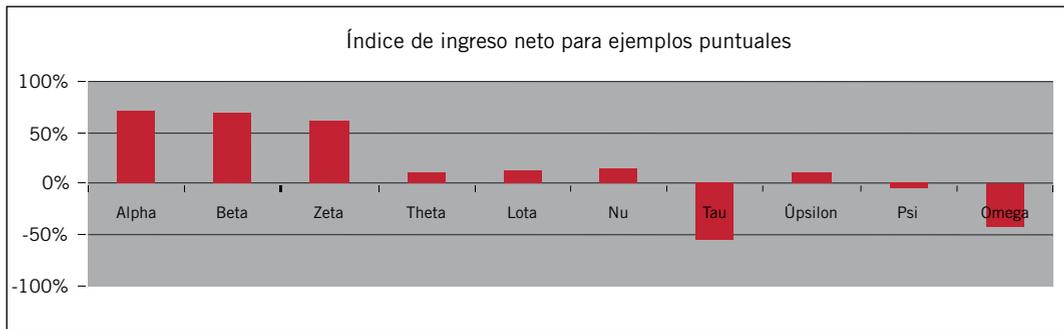
En el caso de esquemas que no son mutualistas, un índice de ingreso neto bajos, podría considerarse como expoliador. Sin embargo, todo depende de cuánto tiempo esta situación se mantiene en el tiempo, y en las circunstancias particulares. Un ingreso bajo podría implicar que el programa no es viable o que está operando deliberadamente a pérdida, debido a que está siendo subsidiado por negocios comerciales (o de alguna otra fuente). Esto tendría una interpretación social positiva. En esquemas de propiedad de los miembros, un índice de ingreso neto superior podría estar indicando que el esquema de costos debe ajustarse debido a que existen demasiado pocos beneficios para la prima. En tal caso, las utilidades son

12 Garand y Wipf, 2006: 327.

retenidas y pertenecen a los miembros. También podría ser esto un esfuerzo deliberado por construir excedentes a fin de financiar futuras expansiones o impactos siniestros extraordinarios.

Muestra de desempeño

A pesar de que estos datos son incompletos, el índice de ingreso neto fue estimado “aproximadamente” a los fines ilustrativos para ciertos ejemplos. Por ejemplo, el cambio en la reserva de prima no ganada a menudo no era informado y, por ende, esto debía ser estimado de manera muy aproximada a fin de poder derivar el ingreso neto.



Debido a la manera en que se estimaron los ingresos netos partiendo de datos incompletos, no existen conclusiones fiables que puedan hacerse en la presente versión del manual, sobre el desempeño general de todo el sector económico.

Sin embargo, hacemos las siguientes breves observaciones:

- Hubo una mayor variación en los resultados;
- UN y OMEGA son pequeños esquemas mutuales que tiene la cobertura de Salud como uno de sus productos. En los primeros años no era inusual observar resultados negativos para la mayoría de los programas de salud auto-asegurados.
- El producto principal de ZETA es un beneficio de seguro con inversión a largo plazo, con lo que las utilidades sobre ingresos por inversiones resultaron en un índice de ingreso neto elevado, debido a ciertas distorsiones (ver el capítulo 2). Sin embargo, en este caso el aumento en la reserva por beneficios no se tomó en cuenta ya que si se incluía, esto reduciría las utilidades.
- Los resultados para PSI, que es una aseguradora comercial con algunos negocios de microseguros, son para la totalidad de la compañía de seguros; resulta interesante observar que la compañía se encuentra en la etapa de inicio de sus operaciones y, por ende, un resultado negativo puede que no sea una preocupación ya que esto era previsible en las primeras etapas de su plan estratégico.

Indicador 2: Índice de gastos incurridos

Definición

El índice de gastos se define como gastos incurridos en un período determinado, dividido por la prima ganada durante el mismo periodo. Esto puede ser un año fiscal u otros períodos contables.

¿Cómo se calcula?

$$\text{Índice de Gastos Incurridos} = \text{Gastos Incurridos} / \text{Prima Ganada}$$

- a) **Gastos incurridos** (antes de subsidios y contribuciones) deben reflejar todos los gastos incurridos en el período, incluyendo amortizaciones de equipos, depreciaciones y comisiones. Esto podrá o no ser equivalente a los gastos en efectivo.
- b) Resulta importante observar que muchos aseguradores agregan los gastos de liquidación de siniestros a sus costos siniestrales, y no lo tratan como un gasto operativo. Para calcular este indicador, tales gastos **aún deben** incluirse en el numerador. En forma similar, las inversiones de los gastos de reaseguros también deben cuantificarse e incluirse, aunque ello no debe confundirse con el hecho de que todos los indicadores deben calificarse desde la perspectiva del cliente y para el programa en su totalidad, o sea, antes de tomar en cuenta el factor reaseguros .
- c) Según se define previamente, la **prima ganada**¹³ *es igual al ingreso de prima* en el período (no las primas en efectivo), **menos cambios en la Reserva de Primas No Ganada (RPNG)**.

El primer elemento a calcular son los gastos incurridos durante el período bajo revisión, los cuales deben calcularse en forma separada de todo otro producto, o asignado de los gastos generales a cada producto. Los cálculos deben atenerse al principio contable de reconocer la porción de los gastos incurridos durante el periodo contable lo que a menudo difiere de los gastos realmente abonados durante el período. Típicamente, los ítems que se pasan por alto incluyen amortizaciones de equipos y/o el costo para desarrollar *software*.

Si se trata de varios socios, se debería incluir los gastos de cada participante. Un ejemplo de ello es si una ONG que brinda seguros de salud con un asegurador, asume el riesgo mientras que un tercero administrador maneja los siniestros y acredita a los proveedores de servicios. En este caso, la ONG incurrirá en gastos debido a la distribución y administración (que deberá separar de los gastos relacionados con otras operaciones), el asegurador tendrá gastos relacionados con haber asumido el riesgo y administrarlo, y el tercero administrador incurrirá gastos en la administración del proceso de acreditación de proveedores y el pago de los siniestros. Los gastos de cada socio deben ser incluidos a fin de poder derivar las porciones correspondientes.

Muchos programas de microseguros hacen una fuerte inversión en capacitación, en el desarrollo de sistemas y herramientas, y en consultores en las etapas iniciales del programa. Estos gastos tempranos y excepcionales de desarrollo deben amortizarse a lo largo de varios ejercicios contables, ya que se trata de una inversión que beneficiará al programa durante un cierto tiempo y podrá reverse en forma similar a un periodo prepagado. Los gastos de capacitación regular y capacitación para actualizar y mejorar los conocimientos deben, sin embargo, asentarse inmediatamente como un gasto incurrido.

Significado e interpretación

Este indicador señala cuán eficiente es el servicio brindado en microseguros. El producto será ventajoso “solo si puede lograrse con un bajo índice de gastos, que es la porción de la prima ganada en un período determinado que se vea consumida por los gastos incurridos durante ese mismo periodo”¹⁴. El índice de gastos es la porción necesaria para cubrir todos los gastos de mercado, ventas (incluyendo comisiones), administrativos y distributivos del programa de microseguros. Como se mencionó anteriormente, el costo de liquidación de siniestros es considerado por algunos aseguradores como un “gasto operativo”, mientras que otros lo agregan al costo del siniestro.

13 En relación al índice de ingreso neto, ver nota al pie No. 9.

14 Garand y Wipf, 2006: 329.

Trabajar para mantener y mejorar permanentemente la eficiencia al mismo tiempo que se mantiene el desempeño sobre otros factores tales como estándares de servicio, es uno de los más importantes ingredientes para el éxito a largo plazo. Si el microasegurador quiere seguir brindando productos ventajosos y relevantes a la población asegurada, entonces deberá hallar las maneras de prestar servicios de forma eficiente.

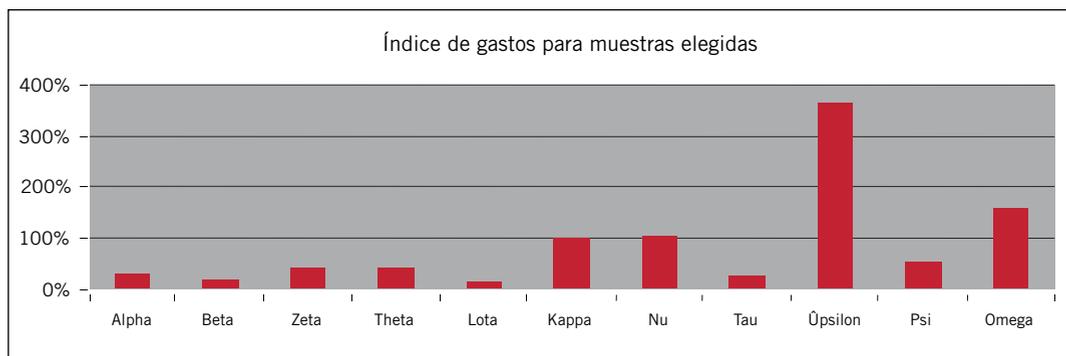
En primer lugar, resulta importante comprender el nivel general de primas requerido para poder brindar el programa de microseguros. Si dicho monto es “elevado”, entonces quizás el medio de distribución no esté operando en forma óptima, la función de administración de siniestros puede resultar demasiado engorrosa, o quizás se deba a alguna otra razón. En todo caso, la Gerencia debe revisar de forma permanente si es necesario implementar cambios operativos para reducir los niveles de gastos generales.

Interpretación social

Un índice alto o bajo de gastos incurridos es indicativo de si se está brindando servicios a los pobres de manera eficiente. Si existe una satisfacción generalizada dentro de la población asegurada, entonces brindar servicios eficientemente reduce el peso del costo de la prima, pero por otra parte, si existe una calidad insuficiente en el servicio y poca satisfacción, entonces se debe invertir más en mejorar el nivel de los servicios. El alto índice de gastos en algunos programas también puede estar indicando que la Gerencia podría estar comportándose de manera abusiva, disfrutando de abultados salarios y ricos beneficios a costa de los más pobres.

Muestra de desempeño

La mayoría de las muestras con esquemas socio-agente incluyen únicamente sus propios gastos y no los de los otros socios afectados. Como tales, los índices de gastos incurridos que se presentan aquí son únicamente con fines ilustrativos y son únicamente algo indicativo del desempeño del sector asegurador.



- Típicamente, los programas de seguros de vida sobre créditos como IOTA tienen bajos índices de gastos cuando se los compara con los seguros de salud;
- UPSILON se encuentra en su fase piloto y cuenta con el apoyo de donantes, sin embargo pronto deberá hallar métodos para reducir sus costos a fin de poder garantizar su viabilidad en el largo plazo. Esto también es válido para OMEGA
- NU es un asegurador de salud individual con menos de 400 miembros, mientras que el programa KAPPA conforma un grupo de programa de vida colectivo, con 85.000 aseguradores en el año de inicio – claramente, ambos tienen un largo camino que recorrer.
- Los gastos para PSI (uno de los aseguradores comerciales en su fase de inicio), corresponden a sus operaciones de seguros totales, incluyendo microseguros; la vasta mayoría de sus negocios no son microseguros.

Indicador 3: Índice de siniestralidad

Definición

El índice de siniestralidad se define como los siniestros incurridos por un determinado período, dividido por la prima ganada en el mismo período. Esto puede referirse a un año fiscal o a cualquier otro período contable.

¿Cómo se calcula?

$$\text{Índice de Siniestralidad} = \text{Siniestralidad} / \text{Primas Ganadas}$$

Favor referirse al capítulo sobre el índice de ingreso neto indicado arriba, para ver una descripción de los siniestros incurridos y las primas ganadas. Como se explicó en dicho capítulo, los siniestros incurridos son la sumatoria de los beneficios pagados por el período, una estimación del cambio durante el período en los beneficios exigibles pero aún no pagados, y el cambio estimado durante el período de cualquier beneficio y otros pasivos devengados, pero que serán exigibles en el futuro.

Significado e interpretación

Básicamente, este índice indica cuán valioso es el programa para el asegurado, debido a que mide la porción promedio de primas que se devuelven a los asegurados participantes en concepto de beneficios.

El negocio del seguro consiste en administrar los riesgos, y para poderlo hacer bien el microasegurador necesita tener una comprensión total de su índice de siniestralidad. Si su valor resulta más elevado de lo esperado, entonces se requiere mayor investigación con el fin de determinar si ello se debe a (1) una selección de riesgos adversa; (2) el riesgo moral y fraude; (3) una fluctuación estadística; (4) una comprensión inadecuada sobre los riesgos y de la población asegurada; o (5) debido a alguna otra razón. Una siniestralidad consistentemente baja, por otra parte, también resulta problemática dado que podría estar señalando la existencia de productos irrelevantes o de dificultades en la formulación de reclamos. Si la baja siniestralidad persiste, entonces la totalidad de la población asegurada podría con el tiempo perder interés en el programa, dado su valor inferior y ello podría abrir el camino para que un competidor brinde servicios similares al mismo mercado de una manera mejor.

Es muy importante analizar las tendencias del indicador a lo largo del tiempo. Por ejemplo, si el producto es un seguro de vida sobre créditos, entonces un flujo creciente de nuevos deudores jóvenes debe aumentar la siniestralidad, y viceversa. En un esfuerzo por entender mejor esta situación, la Gerencia debe invertir en mayor capacidad para segmentar los datos siniestros, según parámetros importantes tales como edad, género, región, causa disparadora, y todo otro parámetro importante que pudiera tener su impacto sobre los siniestros.

En términos generales, los siniestros pagados en un determinado periodo para productos de seguros de vida, salud y protección de activos, tienen dos componentes: (1) incidencia o frecuencia de reclamos que es la cantidad de siniestros dividido por el número de exposiciones a riesgo¹⁵; y (2) el monto promedio pagado por todos los siniestros. Multiplicando los dos juntos genera los siniestros pagados: siniestros pagados = frecuencia X monto promedio de siniestros. Cuando se monitorea el índice de siniestralidad, ambos componentes deben ser evaluados cuidadosamente a fin de poder comprender qué es lo que está ocurriendo, debido a que aún en el caso que el índice incurrido parezca normal, ambos componentes podrían ser mayores o menores a lo esperado. Contrariamente, si el índice de siniestralidad es mayor o menor a lo esperado, entonces sus componentes deben evaluarse a fin de comprender la origen de tal desvío, ya que ello seguramente brindará una visión respecto de lo que está ocurriendo y hacia dónde resulta probable que las tendencias se dirijan.

Para seguros de salud, el índice de siniestralidad usualmente aumenta debido a la inflación del costo de los servicios médicos, o debido a una mayor conciencia y utilización. Resulta muy importante poder identificar la fuente de tales aumentos. Las bases de datos de siniestros deben diseñarse de tal manera

15 Una exposición a riesgo conforma una unidad de riesgo – para productos de microseguros, lo que usualmente se refiere a una persona amparada por un periodo de un año.

que permitan hacer el seguimiento de todos los costos incurridos, se los ampare o no, y brindar suficientes detalles como para evaluar el costo de cada procedimiento. Para poder frenar un índice siniestral, posiblemente se requieran acciones tales como modificar la estructura de beneficios, introduciendo co-pagos¹⁶, introducir períodos de carencia, o imponiendo sub-límites sobre ciertos procedimientos. Las medidas más apropiadas únicamente pueden ser determinadas por la frecuencia cuantificadora, los montos de los reclamos, y la naturaleza de los procedimientos obtenidos de los datos extraídos de una base de datos de calidad.

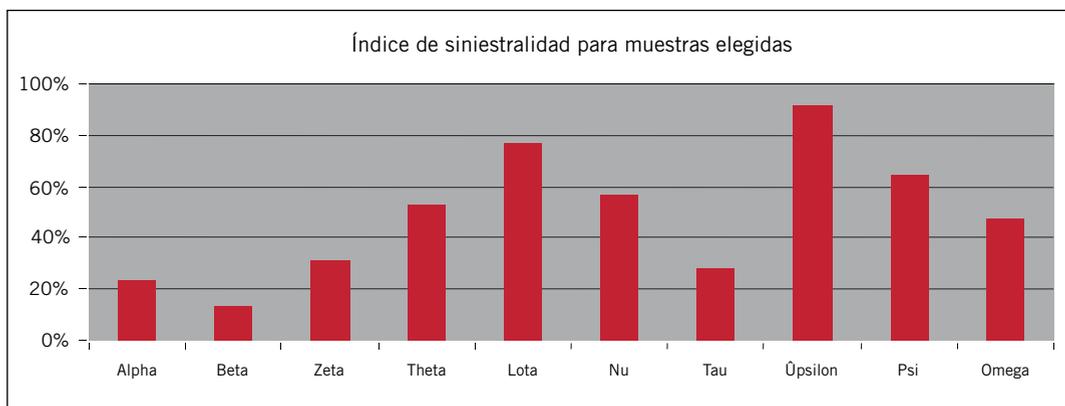
Para productos que incluyen la acumulación de ahorros a largo plazo tales como un Seguro de Inversión, el índice de siniestralidad puede verse distorsionado con el tiempo, dado que los siniestros y vencimientos también son financiados por las ganancias provenientes de intereses. Esto se abordará en mayor detalle en el Capítulo 2.

Interpretación Social

El objetivo del seguro es brindar beneficios para compensar las pérdidas. Un índice siniestral más bien elevado de un programa viable muestra a los clientes que están obteniendo un buen valor por sus primas. Por otra parte, una siniestralidad demasiado elevada puede amenazar la sustentabilidad en el largo plazo y así hacer colapsar el programa, lo que en última instancia disminuirá la protección social y el valor del producto para el asegurado. Un índice siniestral muy bajo puede interpretarse por los clientes como una situación de explotación de su condición social, sin embargo esto depende del tipo de programa y de las circunstancias.

Muestra de desempeño

Los problemas para calcular este índice son similares a los que afectan a los anteriores— la prima generada no pudo ser determinada. A su vez, debido a la falta de información sobre los cambios en las reservas, no podrán derivarse los datos sobre los siniestralidad. Sin embargo, los resultados estimados son de alguna manera indicativos del verdadero desempeño.



- Si el cálculo del índice de siniestralidad es fiable, la mayoría de los programas no parecen tener problemas en este área con la excepción, quizás, de UPSILON.
- Para aquellas organizaciones con siniestralidad menor al 60 por ciento, debe hacerse una revisión de los beneficios ofrecidos o la prima cobrada en caso que la tendencia persista.

¹⁶ En este caso, Co-pagos se refiere tanto a deducibles como a coaseguros. El co-aseguro podrá adoptar diversas formas, pero usualmente significa que el asegurado deberá pagar una porción de los procedimientos amparados. Por ejemplo, un coaseguro del diez por ciento significa que el programa de seguro de salud únicamente pagará el noventa por ciento de los procedimientos cubiertos (una vez que los deducibles hayan quedado satisfechos), y el saldo del diez por ciento quedará a cargo del asegurado.

Indicador 4: Índice de renovaciones

Definición

Este indicador de renovaciones se refiere al índice de clientes o miembros que renovaron sus coberturas a aquellos que hubieran podido renovarla (o sea, que estaban en condiciones de hacerlo). Esto es análogo al índice de persistencia (o retención) para productos con cobertura continua.

¿Cómo calcularlo?

$$\text{Índice de Renovaciones} = \text{Cantidad de Renovaciones} / \text{Cantidad de Renovaciones Potenciales}$$

La **cantidad de renovaciones** es la cantidad de clientes o miembros que realmente renovaron sus coberturas. La **cantidad de renovaciones potenciales** es la cantidad de clientes o miembros que hubieran podido renovar sus coberturas. Esta cantidad excluye a quienes no pueden hacerlo debido a su edad avanzada, fallecimiento o por razones que hicieron que dejaran de cumplir con las condiciones de cobertura durante el periodo en cuestión.

Este índice debe calcularse para un marco temporal pre-identificado, usualmente una vigencia de más de un año, dado que esta es la vigencia de las coberturas para la mayor parte de los productos a término. La forma correcta de abordar esto es haciéndole el seguimiento a un conjunto específico, o a una muestra elegida al azar entre la población asegurada al inicio del periodo bajo estudio. Por supuesto, el índice también podrá calcularse para la totalidad de la población asegurada.

Deben comprenderse bien algunos de los aspectos de la definición, a fin de no sobre-simplificar el cálculo. En el ejemplo de la página siguiente, existen 15.000 asegurados activos al inicio del año. La tabla indica la cantidad de muertes, personas que abandonaron el esquema, nuevos participantes, y la cantidad de personas quienes durante el año en cuestión cumplieron una edad que ya no les permite seguir participando en el esquema. Según se ilustra, estas cantidades deben ser seguidas no solo con respecto a los clientes existentes, sino también para nuevos clientes que contrataron la cobertura durante el año en cuestión. Las renovaciones potenciales en el presente ejemplo se considera que son todos los clientes que no fallecieron o que no se transformaron en no aptos para el esquema debido a su edad avanzada durante el año. El índice de renovaciones correcto en el ejemplo es del 83,03%.

Ejemplo para el cálculo de un índice de renovaciones:

Descripción	Conjunto 1 (clientes existentes)	Conjunto 2 (clientes nuevos)	TOTAL
Total asegurado al inicio del año X+1 (equivalente, al final del año X)	15,000	0	15.000
Nuevos clientes que contrataron la cobertura durante el año	Ninguno. Todos tenían la cobertura al inicio de ler. año	5.000	5.000
Cantidad de personas de cada conjunto que falleció durante el año	45 muertes en total = 40 antes de la fecha de renovaciones+ 5 fallecidos después de la renovación	7 nuevos clientes fallecieron	45 + 7 = 52
Cantidad que llegó a la edad máxima durante el año	500 en total = 490 antes de la fecha de renovaciones+ 10 después de la fecha de renovación	50 nuevos clientes	500 + 50=550
Cantidad que no renovó = aquellos que no pudieron renovar + aquellas que hubieran podido renovar, pero no lo hicieron	2.985 total = 490 (edad máxima antes de la renovación) + 40 (fallecidos antes de renovar) + 2.455 (abandonaron el esquema)	No disponible	2.455
Total asegurado al finalizar el año X+1	12.000	4.943	16.943
Cantidad que renovó durante el año	12.015 total = 12.000 (aún cubiertos al finalizar el año) + 5 (fallecidos después de la renovación) + 10 (cumplieron edad máxima después de renovar)	No disponible	12.015
Cantidad de potenciales renovaciones	14.470 = 15.000 inicial - 490 (cumplieron edad máxima antes de renovar) - 40 (fallecieron después de la renovación)	No disponible	14.470

En la práctica, las razones para no renovar pueden ser muy variadas y hacerles el seguimiento puede resultar complejo. Sin embargo, de ser posible resulta muy importante poder comprenderlas y registrarlas. Algunos microaseguradores realizan una simple entrevista de salida con el fin de determinar las razones por las que no se formaliza la renovación, pero esto solo puede hacerse si existe un contacto con el asegurado al momento de su salida. De todos modos, las razones por las que no se renueva deben monitorearse lo mejor posible. Si un asegurado abandona el esquema por razones desconocidas, entonces debe codificarse como “no conocido” en la base de datos. **Calcular el para un conjunto determinado puede automatizarse fácilmente desarrollando una aplicación MIS agregada. Sin embargo, esto solo es factible si la información requerida ha sido ingresada en la base de datos.**

Como dato ilustrativo adicional, digamos que el microasegurador en el ejemplo mencionado previamente codificó todas las razones para no renovar, en su base de datos; y supongamos también que la base de datos indica que 300 personas no renovaron debido a su reubicación o migración. La gerencia debe entonces calcular un **modificado** del $12.015 / (15.000 - 40 - 490 - 300) = 0.848$.

Se podrían incluir otras razones por las cuales se finalizan las coberturas, para modificar aún más la definición de “cantidad de potenciales renovaciones” y, a medida que se aceptan más razones, el modificado aumentará debido a que el numerador en el índice decrecerá. **Se debe tener mucho cuidado de deducir únicamente aquellas razones que están fuera del control del asegurado.** Muy a menudo, la razón por la que no se renueva la hallamos en falencias del agente de microseguro quien ni siquiera se molesta en contactar al cliente cuando la cobertura vence. El principal objetivo consiste en generar un significativo, a los fines de comprender el desempeño de la comercialización del programa.

Para concluir, de ser posible, un conjunto de índices de renovaciones modificadas con definiciones modificadas sobre “potenciales” renovaciones, debe ser calculado con el fin de mejorar nuestra comprensión del tema. Claramente, la índice de renovaciones más conservadora (o sea la más baja) es la que únicamente considera fallecimientos y no calificación por edad, dado que ello resultará en un mayor denominador.

Una medida análoga y más general consiste en utilizar el **indicador de índice de persistencia** que se refiere a la cantidad de clientes de un conjunto que continúan sus coberturas en una fecha posterior, dividido por la entidad de clientes del mismo conjunto con cobertura en el Año X. Esto resulta más general que el índice de renovación, dado que se aplica tanto a la vigencia como a la continuidad de cobertura”.¹⁷ El índice de persistencia puede calcularse en forma análoga, siguiendo al asegurado en estado activo en lugar de hacerlo en base a coberturas renovadas.

Significado e interpretación

Este índice de renovaciones ayuda a determinar cuán satisfechos se encuentran los asegurados: “el índice de renovaciones se aplica específicamente a los productos a término (o sea, productos con vigencia de cobertura fija, por ejemplo, un año).... Refleja (entre otros factores) el nivel de satisfacción del cliente una vez que el producto ha sido contratado.”¹⁸

La interpretación del índice de renovaciones es distinta pero, de todos modos, resulta útil cuando la participación es obligatoria, como por ejemplo para un programa de seguro de vida crediticio que se encuentra ligado a los servicios de préstamos de un servicio de préstamos IMF – Institución de micro finanzas - (brindaremos mayores detalles más adelante cuando veamos el índice de cobertura en el Capítulo 2). Puede ser que el índice de renovaciones le esté enviando varios mensajes a la Gerencia. Si el índice resulta demasiado elevado (por ejemplo 90% o más) esto puede significar que, 1) existe una buena comprensión respecto a las necesidades del mercado abordado, 2) el precio resulta aceptable para el mercado abordado, 3) el nivel de servicio es razonable, 4) el beneficio es valorado por la comunidad, 5) y/u otros mensajes importantes. Lo opuesto también es verdad: “Para esquemas de participación voluntaria, un índice de renovaciones bajo [...] a menudo es indicativo de la insatisfacción del cliente, posiblemente a raíz de una mala comunicación, o valor de producto inaceptable, o pago de siniestros no satisfactorios, etc.”¹⁹

Sea cual sea el índice de renovaciones, la Gerencia debe interpretarla cuidadosamente y determinar qué respuesta se le debe dar. El índice de renovaciones debe monitorearse a lo largo de varios períodos dado que su tendencia brindará una visión adicional.

Interpretación social

Según lo ya evaluado, los índices de renovaciones bajos a menudo son un indicio de que los proveedores de coberturas no han cumplido con la obligación social de ayudar a los miembros a comprender el rol que el seguro desempeña en estabilizar su situación. Puede que haya otras razones que generan un bajo, tales como no cumplir con las verdaderas necesidades del asegurado, mal servicio en los hospitales para los seguros de salud debido a la estigmatización de los clientes, etc.

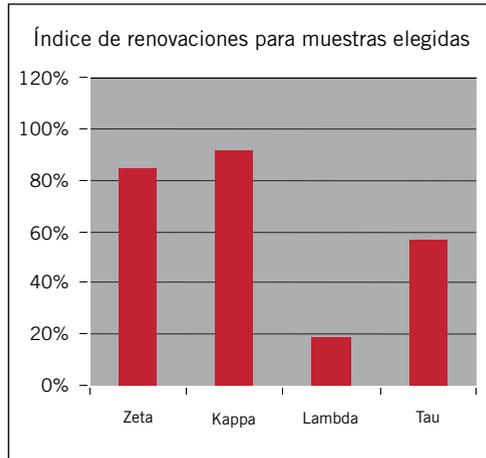
17 Garand y Wipf, 2006: 324.

18 Garand y Wipf, 2006: 324.

19 Garand y Wipf, 2006: 324.

Muestra de desempeño

Los datos para calcular el presente indicador resultaron insuficientes e incompletos, pero podemos de todos modos dar un par de ejemplos.



- Algunas organizaciones como ZETA y KAPPA parecen tener buenos índices de renovaciones (en el caso de ZETA, estas tasas se han mantenido en forma estable).
- LAMBDA y TAU tienen tasas de renovaciones menores a las que deberían tener. LAMBDA Explicó que una ONG dejó de apoyar su programa de seguros de salud, lo que dio como resultado que la totalidad de la clientela abandonara el programa – esto redujo su índice de manera importante.
- Los programas de vida crediticio tuvieron índices de renovaciones equivalentes a cero, ya que la cobertura tiene una vigencia igual a la de los préstamos de sus clientes (ver Capítulo 3).

Indicador 5: Puntualidad de la liquidación de siniestros

Definición

Este indicador de rapidez mide el tiempo invertido por el microasegurador en liquidar los beneficios que se deben abonar a los asegurados. Más puntualmente, en el caso de la mayoría de los productos de microseguros, tales como vida y salud, se trata de la cantidad de días desde la fecha en que el evento es informado hasta la fecha en que los beneficios son receptados por el beneficiario. Este indicador se calcula para un conjunto de reclamos que han sido íntegramente procesados.

¿Cómo se calcula?

En lugar de utilizar un simple promedio aritmético (que también resultaría útil), el indicador se define en términos de un listado como el que se presenta en la tabla indicada a continuación. Este listado describe con mayor precisión el patrón de pago de siniestros, ya que este tipo de información suele perderse al calcular un promedio meramente aritmético.

Para completar esta tabla para una vigencia determinada, se deben seguir tres pasos simples. En primer lugar, se debe determinar el conjunto total de reclamos que han sido reportados durante el período (alternativamente, el conjunto de reclamos pagados puede ser utilizado). En Segundo lugar, de dicho conjunto, se deben elegir únicamente aquellos reclamos que hayan sido procesados y pagados. Por último, asignar este conjunto de reclamos pagados en términos de cantidad de días que demandó el pago de cada reclamo, y según las categorías definidas en la primera columna de la tabla.

Intervalo	Número de Reclamos	Porcentaje del total de reclamos
0 a 7 días	___	___%
8 a 30 días	___	___%
31 a 90 días	___	___%
Más de 90 días	___	___%
	Total ___	100%

Notas:

- La tabla puede completarse fácilmente en un programa de planilla de cálculo como Excel, siempre y cuando la fecha de aviso y la fecha de pago de cada reclamo hayan sido debidamente cargados. También se incluye en la planilla de datos.
- En caso que no todos los reclamos se encuentren disponibles, entonces un muestreo lo suficientemente amplio resultará suficiente.
- De ser factible, el indicador debe ser evaluado en forma individual para todas las líneas de producto.
- De ser posible, el muestreo de reclamos debe segregarse por ramo y según otros parámetros importantes, ya que ello resaltarán las ineficiencias del proceso en ciertas áreas.

Dado que el objeto del indicador consiste en monitorear la rapidez de pago, también será prudente monitorear el tiempo que necesita el beneficio para llegar al beneficiario desde la fecha del evento. Esta información debe ser esclarecedora sobre la capacidad del cliente de formalizar su reclamo.

Significado e interpretación

La demora aceptable depende del contexto y del producto. Sin embargo, cuanto menor sea la demora, mejor para el asegurado. Abonar reclamos rápidamente es un aspecto importante del servicio y de su valor. La mayoría de los clientes y miembros de microseguros, necesitan disfrutar del beneficio de las eventuales

indemnizaciones en forma inmediata a fin de poder hacer frente a situaciones de emergencia, que resultan del evento que haya disparado el reclamo. Si el pago de los reclamos resulta ser demasiado lento, entonces puede que se vean obligados a vender sus activos productivos o pedir prestado a prestamistas a tasas que (a menudo) resultan exorbitantes. Claramente, el pago demorado de los reclamos disminuye el valor del servicio de microseguros y en algunos casos, hasta puede llegar a agravar la condición y situación del asegurado, dado que hubiera podido hacer frente a la situación de una manera alternativa, de haber sabido de antemano el plazo que demandaría para recibir los beneficios del caso. Existen algunos aseguradores, sin embargo, que dicen demorar sus pagos deliberadamente a fin de evitar que los beneficios correspondientes sean utilizados para financiar ceremonias fúnebres de mayor envergadura, en lugar de utilizarlos para inversiones a mayor plazo.

Los modelos de microseguros en salud utilizan un sistema sin dinero en efectivo que brinda apoyo inmediato a los asegurados. Tales sistemas tendrían el mayor puntaje en este indicador²⁰, dado que todos los reclamos calificarían para ser incluidos en la primera categoría.

Existen numerosas posibilidades para explicar las razones de los plazos de liquidación más extensos, y un análisis más cuidadoso resulta necesario para identificar las causas que afectan a cada aseguradora en particular. A menudo, el beneficiario ni siquiera conoce cómo debe hacer su reclamo. En ciertos casos, se debe a que el proceso de liquidación general resulta engorroso, mientras que en otros casos se debe a la existencia de requisitos excesivos en materia de documentación que requieren demasiado esfuerzo, gasto y tiempo para completarse correctamente. En tales casos, los documentos a menudo no pueden completarse antes de hacer el reclamo, y ello torna necesario mantener una interacción adicional con el reclamante.

Este indicador no nos dice cuál es el historial completo del servicio en materia de reclamos. Por ejemplo, no capta la cantidad de reclamos que no son declarados debido a falta de conocimiento, analfabetismo, o debido a que el reclamante desistió o se sintió intimidado por los requisitos excesivos en materia de documentación. En otros casos, las familias aseguradas viven en zonas remotas y el costo de traslado al centro de servicios más cercano y/o los costos de oportunidad para hacerle el seguimiento a sus reclamos exceden el beneficio de formalizar el mismo. En casos relacionados con seguros de salud, puede que no exista un proveedor en la zona dónde reside el asegurado, lo que implica que existiría un incentivo muy bajo para utilizar los servicios de salud, para luego elevar un reclamo.

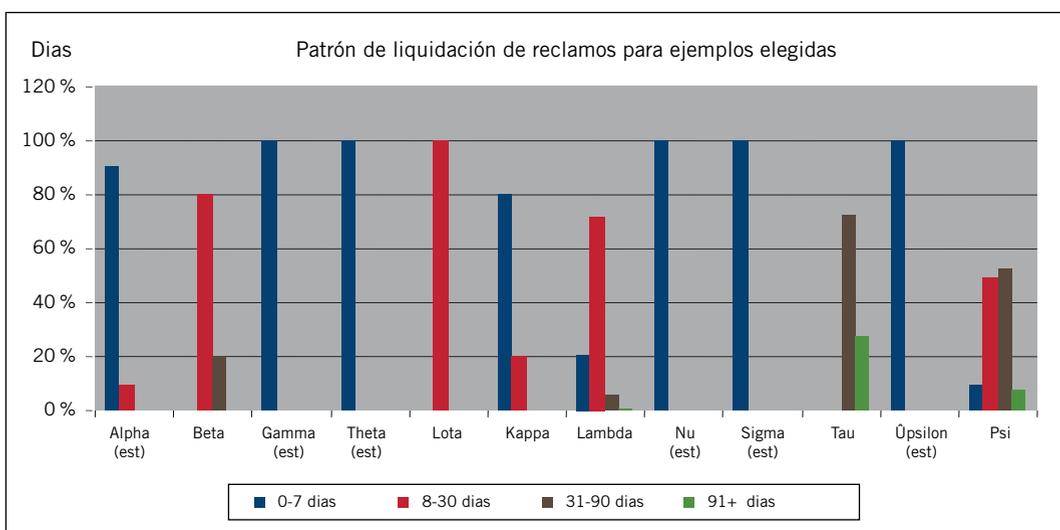
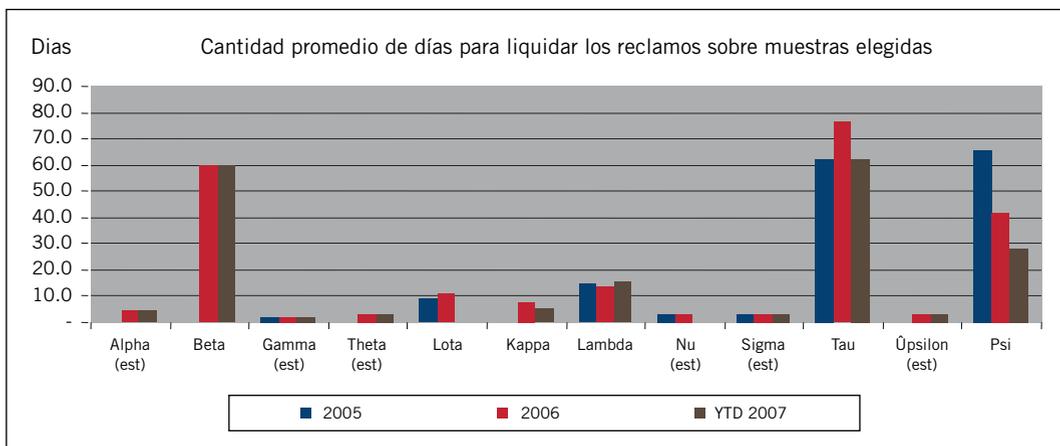
Interpretación social

Normalmente, los clientes de microseguros requieren contar con los fondos inmediatamente una vez ocurrido algún evento asegurado. Si existen demoras significativas, ello significa que puede que deban recurrir a prestamistas, o vender activos productivos a un mal precio, o verse obligados a tomar algún otro tipo de medida lo que neutraliza el objetivo propio del servicio que el producto asegurador pretende brindar. Si esto ocurre, entonces el programa habrá fracasado en brindar una protección social significativa.

20 Garand y Wipf, 2006: 330.

Muestra de desempeño

No siempre se brindó la información sobre este indicador o resultó estar completa. Sin embargo, fue posible practicar una estimación (dónde se lo indica en los gráficos) en base a la mejor interpretación lograda.



En términos generales, el desempeño resultó ser excelente. Algunas de las razones y experiencias más comunes que se dieron para un mal desempeño fueron las siguientes:

- 1) Algunos de los microaseguradores aducen que sus clientes no disponen de los vehículos financieros necesarios, tales como cuentas bancarias para percibir los pagos de los beneficios. Claramente, estas organizaciones aún no se han adaptado a la realidad del mercado de microseguros. Resulta poco práctico pretender que gente pobre que vive en zonas remotas (o aún si lo hace en zonas urbanas) disponga de una cuenta bancaria o tenga relación formal con alguna institución financiera.
- 2) Algunos aseguradores licenciados culpan a los entes reguladores y a las leyes sobre los seguros que les requieren reunir amplia documentación tales como el certificado de nacimiento de los reclamantes. A menudo, la documentación exigida ni siquiera existe. En tales casos, se necesita abogar a favor de simplificar los requisitos para las personas más pobres.

- 3) Algunos microaseguradores dicen que el sistema de correos que se utiliza para enviar los cheques es muy lento e ineficiente, de manera que aún en el caso que el procesamiento de los reclamos se haga en forma eficiente, el cheque termina viéndose demorado en llegar al beneficiario. El pago de un reclamo no queda completado hasta que el dinero sea recibido por el beneficiario, de manera que estas organizaciones deben procurar hallar una solución alternativa respecto de cómo entregar los beneficios a sus asegurados.
- 4) Un desafío para muchos microaseguradores radica en el hecho de que a menudo el beneficiario no pueda ser identificado ni hallado. Algunos microaseguradores innovadores minimizan este efecto reuniendo la documentación del beneficiario y del asegurado antes, o sea, a los pocos días de aceptarse la solicitud de seguro. Esta información se almacena en forma electrónica o se fotocopia y archiva en las oficinas de la sucursal correspondiente. En caso de producirse un reclamo, la documentación respectiva podrá entonces ser rápidamente rescatada de la base de datos.

En términos generales, los esquemas auto-asegurados tales como el de GAMMA parece que liquidan sus reclamos más rápidamente que los esquemas que se asocian a aseguradores comerciales, debido a que los procesos de asignación y liquidación suelen ser más localizados y simples.

Algunas organizaciones que tienen un socio asegurador se limitan a monitorear estrechamente, facilitar y negociar con los aseguradores en nombre del reclamante, mientras que otros logran obtener liquidaciones rápidas, adelantando parcial o totalmente el monto del beneficio al reclamante y luego recuperan los fondos del caso de la aseguradora. Esto resulta mucho más fácil para SIGMA que para LAMBDA, por ejemplo, debido a que la primera tiene un producto en vida que abona el saldo pendiente del crédito de un prestatario fallecido a las operaciones de una IMF (o sea, el pago del reclamo conforma una simple transacción interna), mientras que LAMBDA comercializa un producto de hospitalización que ampara a un conjunto determinado de enfermedades, y con diversas limitaciones internas. El riesgo obvio - especialmente para LAMBDA - radica en que el asegurador pudiera rechazar algunos reclamos dejando que la organización recupere de los beneficiarios aquellos reclamos pagados por adelantado o, lo que resulta más común, termine absorbiendo el costo del caso.

Indicador 6: Índice de rechazo de reclamos

Definición

Este indicador corresponde a la proporción de reclamos rechazados en relación al total de reclamos informados para un conjunto específico de reclamos informados.

¿Cómo se calcula?

La fórmula es como sigue:

$$\text{Índice de Rechazo de Reclamos} = \text{Cantidad de Reclamos Rechazados} / \text{Todos los Reclamos Informados}$$

El procedimiento para su cálculo es muy simple y directo. Primero, se deben elegir todos los reclamos informados durante el período en cuestión; esto será el denominador del índice. Luego, se debe determinar la cantidad de reclamos del conjunto que fueron eventualmente rechazados; esto representa el numerador.

Se debe tener cuidado de asegurar que una decisión de pagar o de no pagar haya sido hecha respecto a cada reclamo. Sería erróneo calcular el indicador para una muestra de reclamos que no hayan sido íntegramente procesados debido a que seguramente ello introduciría cierta subjetividad, pues muchos reclamos que son rechazados demandan mayor tiempo de procesamiento porque se solicita mayor información o porque se requiere alguna investigación.

Significado e interpretación

El indicador de rechazo de reclamos refleja varios aspectos; quizás el más significativo de ellos sea cuán bien el asegurado comprende el producto. Si el producto no es bien comprendido, entonces el índice de rechazo de reclamos probablemente resulta elevado debido a distintas razones: (1) los reclamos se hacen sobre eventos que no están cubiertos; (2) los reclamos se realizan antes de haber transcurrido el período de carencia; (3) el asegurado no sigue estando amparado debido al vencimiento de la vigencia de la cobertura, o por haber alcanzado el tope de la edad máxima permisible para otorgar cobertura; (4) los reclamos son rechazados debido a alguna condición pre-existente, y así sucesivamente.

En el caso de los seguros de salud, algunas de las razones más comunes por las que los reclamos son absolutamente rechazados y/o únicamente parcialmente pagados incluye las siguientes: (1) el beneficio máximo ha sido incumplido; (2) un proveedor de servicios no ha sido acreditado; (3) el reclamo incluye cargos por servicios que no fueron brindados; y (4) ciertos gastos incurridos durante la hospitalización no están cubiertos. En el caso de los beneficios adicionales como resultado de muerte accidental, los reclamos a menudo son rechazados cuando una muerte natural es reportada como una muerte accidental.

Claramente, una buena comprensión del producto depende del proceso pedagógico hacia el consumidor, al igual que del diseño del producto. Los productos comerciales a menudo se los retro-diseña para programas de microseguros, y esto puede aumentar su complejidad y cantidad de exclusiones, lo que confunde a las personas más pobres. En algunos casos, ciertos aseguradores inescrupulosos niegan demasiados reclamos por razones técnicas, o porque el asegurado no puede cumplir con requisitos poco realistas.

Sean cuales sean las causas, un índice de rechazo de reclamos elevado usualmente tiene un impacto negativo sobre los índices de renovaciones y participación. Si un reclamo es rechazado, surge típicamente una percepción negativa del programa de microseguros y esto llega más allá de la familia del reclamante, especialmente si el reclamante vive en una comunidad estrechamente integrada, o si se trata de un miembro de algún Grupo de Auto-Ayuda (GAA). En medida de lo posible, un representante debe visitar el hogar afectado y su comunidad inmediata para explicar las razones por las que se ha rechazado el reclamo. Por otra parte, si el programa es dinamizado por los propios miembros y el reclamo se rechaza debido a algún fraude, entonces el rechazo también puede dar mayor confianza en el proceso de administración de riesgos y asignación de reclamos.

Interpretación social

Resulta a menudo, que una tasa alta de rechazo se debe a la falta de una adecuada comprensión por parte del asegurado. Por ejemplo, el microasegurador puede que no se le haya explicado adecuadamente cómo opera su programa de seguro de salud, lo que lo que da como resultado que los clientes utilicen los servicios que nos estaban amparados (y que de otra manera no hubieran sido utilizados), de manera tal que se incrementa la carga sobre los pobres. También a veces esto es indicativo de que el programa resulta expoliador, con demasiadas exclusiones dando lugar a ganancias excesivas. Por otra parte, mientras que una tasa de rechazo baja es deseable, la misma podría estar señalando la existencia de una inadecuada administración de reclamos.

Muestra de desempeño

Considerando el nivel relativamente bajo de disponibilidad de datos para tener información sobre el nivel de rechazo de reclamos, sería prematuro generalizar acerca del desempeño del sector y de las tasas generales de rechazo. De todos modos, tales generalizaciones o comparaciones de datos deben clasificarse por producto al menos, y quizás en base a otros parámetros.

En discusiones que se han mantenido con organizaciones de microseguros, pareciera existir cierta convicción y una concentración de atención sobre cómo mantener este indicador a bajos niveles, dado que los microaseguradores están agudamente conscientes que rechazar un reclamo tiene un efecto negativo sobre el sector. La organización IOTA ha suprimido el período de espera en su programa de microseguros, para los seguros de vida sobre créditos, con el fin de reducir la tasa de rechazo esperando que en el largo plazo los efectos positivos de mercadeo y comercialización compensen el eventual aumento en los reclamos y la selección adversa. RHO y otras organizaciones monitorean de manera diligente cada reclamo y negocian activamente con sus socios aseguradores a fin de reducir el nivel de rechazo de reclamos.

Por otra parte, quizás haya más organizaciones como la micro-aseguradora en productos de salud LAMBDA que pareciera estar contenta con una “tasa de rechazo cero” debido a que pre-autoriza todas las hospitalizaciones. En casos como este, la tasa de rechazo de pre-autorización debe también monitorearse debido a que una tasa elevada tiene un efecto análogo al de rechazar los reclamos incurridos. Si la tasa de rechazo de pre-autorización resulta elevada, el producto debe re-evaluarse y considerar la posibilidad de ampliar el marco de las enfermedades cubiertas y los procedimientos (con ajuste de precios, de ser preciso).

Indicador 7: Índice de crecimiento

Definición

El índice de crecimiento (o tasa de crecimiento) de un programa de microseguros puede definirse de varias maneras. El crecimiento en la cantidad de asegurados sobre un período particular fue elegido como un indicador clave, y se lo define como un aumento en la cantidad de asegurados en el periodo, dividido por la cantidad de asegurados al inicio del periodo.

¿Cómo se calcula?

Esta fórmula es como sigue:

$$\text{Índice de Crecimiento} = \frac{\text{Cantidad de Asegurados } n - \text{Cantidad de Asegurados }_{n-1}}{\text{Cantidad de Asegurados }_{n-1}}$$

Para calcularlo, se debe determinar la cantidad de participantes activos y con cobertura válida al finalizar cada período en cuestión (esto es, la Cantidad de asegurados n), así como también la cantidad de participantes activos y con cobertura válida al inicio del período (en términos equivalentes, la cantidad de Asegurados $n-1$ el finalizar el período anterior) y luego utilizar ambas cifras para evaluar la fórmula. Observar al respecto lo siguiente:

- a) Para medir el crecimiento sobre más de un período, podrá utilizarse una fórmula similar. Por ejemplo, el crecimiento sobre los últimos tres períodos incluyendo el período actual, se define como sigue:

$$\text{Índice de Crecimiento} = \frac{\text{Cantidad de Asegurados }_n - \text{Cantidad de Asegurados }_{n-3}}{\text{Cantidad de Asegurados }_{n-3}}$$

- b) La tasa de crecimiento, según se define en la primera fórmula, es también la tasa anual de crecimiento si el período en cuestión es de un año. En aquellos casos en que la extensión del período no es de un año o en los casos en que el crecimiento se mide a lo largo de varios años, tales como en (b) arriba, se requiere realizar algunos cálculos adicionales, a fin de poder anualizar la tasa de crecimiento.
- c) El índice de crecimiento también podrá expresarse en términos de aumento en las primas o montos asegurados. Sin embargo, estos dos índices distorsionan hasta cierto punto la imagen de la realidad dado que capturan el aumento en cobertura por participante. La cobertura por participante usualmente aumenta con el tiempo, y se ve afectada por la tasa de inflación y por un aumento en la concientización acerca de la necesidad de asegurarse.

Significado e interpretación

Existe un par de generalizaciones que pueden hacerse respecto a este indicador. Por ejemplo, el crecimiento usualmente será mayor para esquemas más nuevos y más pequeños a raíz de que sus bases son menores. En segundo término, el índice de crecimiento se verá reducido con el tiempo a medida que la tasa de participación se acerque al 100 por ciento.

La tendencia en la tasa de crecimiento es usualmente un indicador importante del éxito del programa a lo largo del período bajo análisis. Esto resulta especialmente real si la participación es voluntaria, en cuyo caso un índice de crecimiento positivo a menudo indica un éxito en el mercadeo y apelación al producto. Para seguir siendo viable, un programa de microseguros debe mantener una tasa de crecimiento que como mínimo sea igual a cero, a fin de poder reemplazar a los participantes que pasan a ser no aptos para el programa y que, por ende, deben retirarse del mismo; o que hayan vencido. Sin embargo, dependiendo de las circunstancias y características demográficas, una tasa de crecimiento igual a cero usualmente no resulta suficiente para la viabilidad a largo plazo. Esto resulta particularmente así cuando los productos del esquema son evaluados por la comunidad.

Los participantes de muchos programas de microseguros provienen de alguna institución asociada, tales como una IMF que requiera una participación obligatoria de todos sus clientes o miembros que califiquen para el programa. Dado que el programa es esencialmente un esquema cautivo de la IMF, pareciera que su tasa de crecimiento queda íntegramente determinada por la tasa de crecimiento de la organización asociada, y el indicador refleja poco acerca del programa en sí. Esto, sin embargo, no siempre es así; hay un caso debidamente documentado en las Filipinas, dónde un programa de propiedad de sus miembros atrajo a clientes para la IMF madre. O sea, los participantes se hacen miembros de la IMF con el fin de poder acceder a los servicios de microseguros.

Interpretación social

Un programa de rápido crecimiento a menudo es indicativo de una relevancia social positiva para la población hacia la que está dirigida. Lo opuesto también es cierto; o sea, que cifras declinantes a menudo son indicativas de una pérdida de valor y mejores opciones de protecciones de riesgos alternativos.

Muestra de desempeño

Los microseguros siguen siendo un sector relativamente nuevo por lo que sería prematuro sacar conclusiones respecto al crecimiento del sector en base a las muestras limitadas y diversas de las que se dispone.

El crecimiento abarcó desde un mínimo del tres por ciento experimentado por la organización LAMBDA que se encuentra en su segundo año de promoción del producto de seguro de salud individual, hasta un increíble 2011% experimentado por el programa obligatorio de vida crediticio que tuvo SIGMA, una IMF de envergadura que actualmente se encuentra en una fase de rápido crecimiento. Por lo menos, algunas otras organizaciones experimentaron tasas de crecimiento importantes de más del 100%, y estas fueron organizaciones muy nuevas, en los programas de microseguros (por ej., IOTA y OMICRON) o se vieron dinamizadas por el crecimiento de una IMF afiliada (por ej., GAMMA).

La siguiente tabla y gráfico sintetizan los resultados:



Organización Número	Tasa de crecimiento anual	Tipo de organización y programa MI	Productos y cantidad aproximada de asegurados
ALPHA	* 2007: 56%	<ul style="list-style-type: none"> • Red de instituciones financieras rurales, cooperativas de créditos, cooperativas, bancos rurales, etc. • Socio-agente 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida individual • 15,000
BETA	2006 – 204%	<ul style="list-style-type: none"> • Banco activo en microfinanzas y microseguros • Socio-agente 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida Colectivo, Salud, Accidentes Personales • 85,000
GAMMA	2006 – 56% 2007 – 242%	<ul style="list-style-type: none"> • Fuente de clientes: su banco y ONG afiliados, ambos son IMF. • mutuales, auto-asegurados 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida Colectivo Crediticio, Vida, Salud limitado, pensiones • 300,000 familias, mapas de 1 millón de personas
EPSILON	No disponible	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de servicios técnicos para una MFI perteneciente a 6 redes de cooperativas de crédito • Centro de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida crediticio Colectivo • 65,000
ZETA	2006 – 26%	Compañía de seguros comercial dirigida al mercado de ingresos medios a bajos	<ul style="list-style-type: none"> • Vida individual, Seguro de Inversión (con beneficios adicionales) • 1.100.000
THETA	2007 - 16%	<ul style="list-style-type: none"> • Mutua • Auto-asegurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud e Incapacidad Colectiva; Ganado, Cosechas, Hogar • 3,500
IOTA	2006 – 1333%	<ul style="list-style-type: none"> • Red de cooperativas de crédito • Auto-asegurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida crediticio individual • 36,000
KAPPA	2007 - 122%	<ul style="list-style-type: none"> • IMF • Auto-asegurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida colectivo • 85,000
LAMBDA	2007 – 3%	<ul style="list-style-type: none"> • ONG especializada en salud • Socio-agente 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud individual (incluye beneficio de accidentes personales) • 3,655
NU	Sin datos	<ul style="list-style-type: none"> • ONG • Auto-asegurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud individual (prevención, farmacéutico y maternidad) • 364
OMICRON	2007 - 122%	<ul style="list-style-type: none"> • ONG • Socio-agente 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud • 1,767
PI	Sin datos	<ul style="list-style-type: none"> • ONG dedicada al desarrollo comunitario • Auto-asegurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida individual • 76,500
RHO	Sin datos	<ul style="list-style-type: none"> • Organización cooperativa de segundo grado • Socio-agente 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida • 16,000

SIGMA	2007 – 2011%	<ul style="list-style-type: none"> • IMF comercial • Socio-agente 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida crediticio colectivo • Casi un millón de prestatarios y sus cónyuges
TAU	2006 – 18%	<ul style="list-style-type: none"> • ONG / IMF • Socio-agente 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida y gastos funerarios colectivo, pensiones • 16,051
UPSILON	2006 – 127%	<ul style="list-style-type: none"> • ONG / IMF • Auto-asegurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida individual, salud, activos • 10,811
PSI	2007 – 60%	Compañía de seguros comercial dedicada principalmente al mercado de ingresos medios a altos con un programa relativamente pequeño de microseguros	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro de vida a término individual, Seguro de Inversión • 120,000
OMEGA	2006 – 18%	<ul style="list-style-type: none"> • ONG / IMF de desarrollo • Auto-asegurada 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida, Salud • 7,455

Indicador 8: Índice de cobertura

Definición

Al índice de cobertura también se lo conoce comúnmente como la tasa de participación y tasa de penetración. Algunos practicantes y autores reservan el término índice de cobertura para describir la relación de toda la población cubierta y los dos últimos para describir la relación de individuos amparados dentro de segmentos específicos de la población a ser abordada. En el presente manual, los tres términos son considerados equivalentes y se los define como aquella porción de la “población a ser abordada” que participa en un programa de microseguros en un momento determinado.

¿Cómo se calcula?

En toda la discusión y en la fórmula, se utiliza “cantidad de asegurados” en lugar de “pólizas activas”, dado que este es un término más genérico que también incluye esquemas de propiedad de los miembros, miembros de un plan grupal, y otros. La fórmula para el indicador es como sigue:

$$\text{Índice de Cobertura} = \text{Cantidad de Asegurados}_n / \text{Población Abordada}_n$$

El componente más difícil de definir y cuantificar se refiere al mercado abordado. La mayoría de los microaseguradores automáticamente SIGUE ESTRECHAMENTE LA CANTIDAD DE PARTICIPANTES, DADO QUE ESTO ES EN SI MISMO UN INDICADOR GERENCIAL CRUCIAL. Sin embargo, algunos hallan mayores dificultades en estimar con certeza su mercado a abordar.

Significado e interpretación

La efectividad en el mercadeo y la distribución es uno de los requisitos más importantes para la sustentabilidad a largo plazo de todo esquema de microseguros. Sin un esquema exitoso de mercadeo, resulta improbable que la organización logre o retenga la masa crítica que necesita para sobrevivir. Un esquema exitoso de mercadeo, a su vez, dependen en gran medida de la satisfacción del cliente con los servicios y el valor percibido en los productos... Como indicador de la efectividad del mercadeo, la **tasa de participación** (o índice de cobertura) se refiere a aquella proporción de miembros que califican de una determinada población abordada que participa en un programa de microseguros en un determinado momento.”²¹

En los casos en que el programa de microseguros es cautivo de alguna organización madre como por ejemplo alguna IMF, la población abordada puede visualizarse de diversas maneras. Un enfoque consiste en considerar al mercado a abordar en microseguros como si fuera la totalidad de la clientela/miembros calificables de la organización madre; y dado que existe una participación obligatoria en este tipo de esquema, el índice de cobertura será cercano a uno (o sea, 100%). Si dicha definición se utilizara, entonces el indicador es de menor valor en términos de evaluación del desempeño del mercado de microseguros. Quizás una mejor manera consiste en considerar al mercado abordado según se define en el plan de negocios de la organización madre, o en el plan general de negocios conjunto. Si se utiliza dicha definición, entonces el índice de cobertura puede interpretarse más útilmente como un reflejo del desempeño conjunto del mercadeo.

En los casos en que la participación sea voluntaria, resulta claro que el índice de cobertura es un indicador crucial del éxito del programa. En ausencia de un mecanismo de filtraje, una tasa de participación muy baja usualmente conlleva a tasas de morbilidad y mortalidad mayores a lo esperado, debido a una selección adversa. Lo ideal sería que una “gran” parte de la población abordada participe voluntariamente dado que esto refleja la aceptación popular del concepto de compartir y distribuir el riesgo. También es probable que tal población a abordar comprenda bien los productos, y sepa entonces de qué manera acceder a sus beneficios.²²

21 Garand y Wipf, 2006: 322.

22 Garand y Wipf, 2006: 323.

Interpretación social

Un alto índice de cobertura es indicativo de un programa ampliamente aceptado, en el que los participantes se muestran dispuestos a compartir y unir sus escasos recursos para lograr una medida de producción para los riesgos a los que se enfrentan.

Muestra de desempeño

Resulta fácil evaluar la calidad del desempeño en algunos casos, pero en otros no. Por ejemplo, PY y TAU lograron índices de cobertura muy elevados a pesar del hecho que la participación era voluntaria. Algunos de los otros programas, tales como el de LAMBDA, aún son muy nuevos y no se debe evaluar su desempeño de manera apresurada. Cuando se lo visualiza en combinación con el índice de crecimiento, puede que agregue alguna percepción adicional respecto de hacia dónde se dirige el programa.

Ejemplos de índice de cobertura:

Organización	Mercado abordado asegurable, tasa de cobertura	Tipo de organización y programa	Productos
GAMMA	Se desconoce el tamaño del programa, al 100% de los prestatarios calificables en las IMF se les exige hacerse miembros de CARD MBA	<ul style="list-style-type: none"> • La fuente de sus clientes es el banco y la ONG afiliados, ambos siendo IMF's. • De propiedad de los miembros, auto-asegurado 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida crediticio colectivo, Vida, Salud limitada, Pensiones • 300,000 familias, con mas de 1.000.000 de personas
THETA	(2006) 3045 / 4165 = 0.73	<ul style="list-style-type: none"> • Mutua • Auto-asegurada • No se conoce 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud, Vida, Incapacidad, Ganado, Sembrados y Hogar colectivo
KAPPA	(Proyectado para 2007) 190,000 / 260,000 = 0.73	<ul style="list-style-type: none"> • IMF • Auto-asegurado • No se conoce 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida Colectivo • 85,000
LAMBDA	(2006) 3,189 / 91,648 = 0.0348	<ul style="list-style-type: none"> • ONG dedicada a la salud • Socio-agente • Voluntario 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud individual (con el beneficio de Accidentes Personales) • 3,655
NU	(2006) 549 / 4648 = 0.0783	<ul style="list-style-type: none"> • ONG • Auto-asegurada • Voluntario 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud individual, (prevención, gastos de farmacia y maternidad) • 364
PI	El mercado a abordar consiste en ciertos pueblos tribales, cuya población exacta se desconoce, pero que desde hace ya varios años tienen una participación cercana al 100%	<ul style="list-style-type: none"> • ONG centrada de el desarrollo comunitario • Auto-asegurado • Voluntario 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud individual • 76,500 asegurados
SIGMA	Se desconoce el tamaño del Mercado; al 100% de los prestatarios que califican en la IMF se les exige adquirir Vida Crediticio	<ul style="list-style-type: none"> • IMF comercial • Socio-agente • Obligatorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida Crediticio Colectivo • Casi 1.000.000 de prestatarios y sus cónyuges
TAU	9% de su Mercado abordable, estimado en 18,000 está asegurado	<ul style="list-style-type: none"> • ONG / IMF • Socio-agente • Voluntario 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud, Gastos Funerarios y Pensiones Colectivos • 16,051

Indicador 9: Índice de solvencia

Definición

El índice de solvencia se define aquí como los activos aceptables, dividido por los pasivos del programa de microseguros. Se puede calcular en cualquier momento si se conoce el valor de sus componentes. Sin embargo, es preferible calcularlo al finalizar el período contable. Claramente, dicho índice debe ser superior a uno para que resulte técnicamente solvente.

¿Cómo se calcula?

$$\text{Índice de Solvencia} = \text{Activos Aceptados} / \text{Pasivos}$$

El ente regulador de seguros usualmente brinda una nómina de activos aceptables (o no aceptables). El instituto de información sobre seguros explica la aplicabilidad de este término dentro de los Estados Unidos: “[Activos aceptables son] aquellos reconocidos y aceptados por las leyes de seguros de cada estado, en la determinación de la solvencia de aseguradores y reaseguradores. Para facilitar la evaluación de la posición financiera de una compañía de seguros, los reglamentos legales contables de cada estado no permiten que ciertos activos sean incluidos dentro del balance. Únicamente aquellos activos que pueden realizarse fácilmente en caso de liquidación, o contra los cuales se pueda lograr crédito, y los montos cobrables que pueda preverse razonablemente que serán cobrados, son incluidos como activos aceptables”²³.

Los activos no aceptables pueden clasificarse en dos categorías: 1) Aquellos por los que ninguna parte es aceptable, tales como mobiliarios, costos no amortizados de desarrollo de software, préstamos a empleados, equipos, etc.; y 2) Activos por los que únicamente una parte resulta aceptable, tales como bienes inmobiliarios e inversiones similares. En el segundo de los casos, los entes reguladores usualmente indican los montos permisibles para cada tipo de activo.

En ausencia de las definiciones y orientaciones de algún ente regulador, resulta necesario basarse sobre el buen criterio de cada individuo. Según lo que la definición arriba indicada requiere, únicamente activos de “alta calidad” que puedan realizarse fácilmente deben considerarse al momento de determinar el índice de solvencia, tales como bonos del Estado, bonos e hipotecas de alta calificación, efectivo, y equivalentes de efectivo, intereses ganados sobre inversiones de alta calificación, bienes inmobiliarios de alta calidad sobre los que se aplique una valuación conservadora respecto de su valor actual o su valor en libros, según cuál sea el menor, y así sucesivamente.

Los pasivos incluyen toda reserva actuarial y otros pasivos devengados, tales como gastos pagaderos, pero excluye capital y excedentes (o sea, valores aportados por los propios miembros). En caso que el microasegurador no pueda determinar correctamente las reservas, entonces no podrá cuantificar los verdaderos pasivos y el correspondiente índice de solvencia.

Significado e interpretación

En los términos más simples, el índice de solvencia general indica la solvencia financiera del programa de seguros y su capacidad de pagar sus obligaciones en el presente y el futuro. En el mercado comercial, los entes reguladores abordan temas relacionados con la solvencia de diversas maneras, incluyendo la imposición de requisitos en torno a capitales mínimos y excedentes, las limitaciones en materia de inversiones, las pruebas de adecuación de capital, los estándares contables y la divulgación transparente de información.

Todos los modelos de microseguros necesitan que se tenga una comprensión adecuada sobre este índice. Resulta claro que para un programa auto-asegurado, el microasegurador podrá calcular este índice directamente, pero solo si dispone de la capacidad para calcular sus verdaderos pasivos (ver los capítulos sobre los principios clave, así como también los tres primeros indicadores: índice de ingreso neto, índice de gastos incurridos, e índice de siniestralidad). En los modelos de socio-agente, el asegurador asume el riesgo: sin embargo el

23 Del sitio en Internet del Instituto de Información sobre Seguros (Insurance Information Institute www.iii.org/media/glossary)

agente debe estar muy atento respecto a la solvencia del asegurador especialmente en los casos relacionados con productos a largo plazo que tengan algún componente de ahorro significativo. El agente debe solicitar estados financieros auditados o recibirlos a través del ente regulador. En rigor de verdad, un asegurador que no genera o no puede generar estados contables en tiempo y forma, no debe elegirse como socio. Utilizando los estados financieros publicados, el microasegurador debe cerciorarse de que el índice de solvencia general del asegurador es adecuado. Como regla general, el nivel del índice de solvencia debe ser del 115% o mayor. Los aseguradores con productos de alto riesgo y los aseguradores más pequeños deben apuntar a índices de solvencia mucho mayores.

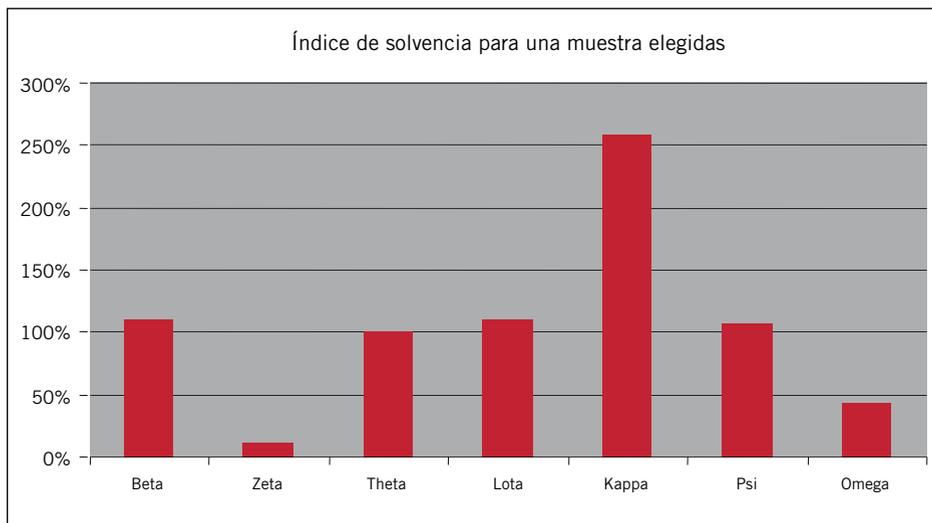
Si la cifra resulta menor al mínimo recomendado, entonces podrá ser un factor de preocupación, dependiendo del plan de negocios general del asegurador y de la tendencia que el índice tuvo en el año actual y en los anteriores. Por otra parte, si se tiene un índice exorbitantemente elevado, tampoco es bueno en el largo plazo ya que esto implica una utilización ineficiente del capital. En esquemas de socio-agente dónde el microasegurador brinda beneficios adicionales cubriendo los eventos excluidos de los aseguradores, o dónde mejore el paquete ofrecido por el asegurador, el índice de solvencia debe ser monitoreado en forma individual tanto para el “agente en relación con el asegurador”, así como también para la compañía de seguros asociada.

Interpretación social

En todo programa de seguros, la solvencia a largo plazo asegura la protección para el cliente. Una falencia en el programa de microseguros tendría un impacto negativo sobre la confianza de los clientes y el interés en los servicios de protección aseguradora, aún a pesar de necesitarlos.

Muestra de desempeño

Cuando faltan las reservas, la mayoría de los programas terminan con un índice de solvencia positivo.



- Para ZETA, existen ciertos errores obvios, ya que su índice es demasiado bajo. Debe tratarse de algún error dado que esta es una compañía de seguros comercial y el ente regulador la monitorea anualmente;
- Para OMEGA, el índice es débil y tendrá que administrarse para que llegue a un nivel superior al 100 por ciento;
- PSI también es un asegurador, y el índice brindado también mide sus negocios de seguros regulares, que son mucho mayores que su programa de microseguros. Parece que están administrando activamente su índice de solvencia

Indicador 10: Índice de liquidez

Definición

El índice de liquidez mide la cantidad de efectivo disponible para hacer frente a las obligaciones “a corto plazo” del programa de microseguros.

¿Cómo se calcula?

$$\text{Índice de Liquidez} = (\text{Efectivo Disponible o Equivalente en Efectivo}) / \text{Obligaciones a Corto Plazo (3 meses)}$$

A fin de poder evaluar este indicador, primero se debe comparar el efectivo disponible y las inversiones a corto plazo que puedan convertirse inmediatamente en efectivo (por ej., bonos del Estado). Segundo, se debe proyectar los gastos, reclamos, pagos entregados y otros montos pagaderos a lo largo de los siguientes tres meses; este es el denominador del índice.

Este indicador ha sido definido aquí para un período de tres meses. Los microaseguradores deben también evaluar y monitorear períodos más breves y más extensos. La fórmula del índice de liquidez para otros períodos es análoga a la presente.

Significado e interpretación

Este indicador conforma una medida simple pero muy importante de liquidez y debe ser monitoreado permanentemente por las personas responsables de la administración de las inversiones. Aún en el caso que un programa de microseguros tenga un índice de solvencia robusto, de todos modos podría tener dificultades para liquidar sus siniestros y gastos si no dispone de suficiente liquidez.²⁴ La iliquidez afectará su posibilidad de pagar reclamos rápidamente y, según se mencionó previamente en el presente capítulo, demoras en el procesamiento de reclamos dificultan la promoción del programa de microseguros. La principal función de los gerentes de inversiones consiste en asegurar que el dinero efectivo proveniente de ingresos de primas, ingresos de intereses, vencimientos de inversiones, etc. sea (re)invertido en instrumentos adecuados que brinden ingresos por intereses, y que venzan según un patrón que se encuentre lo más ajustadamente posible sincronizado con las futuras obligaciones en el rubro de los microseguros, mientras que al mismo tiempo maximiza el retorno sobre inversiones. Si las inversiones resultan excesivamente concentradas en activos a largo plazo, tales como bienes inmobiliarios o bonos a largo plazo, el microasegurador podría sufrir dificultades de liquidez en el corto plazo. Por otra parte, demasiado efectivo o demasiado dinero colocado en inversiones a corto plazo resultará en excesiva liquidez y, por ende, en oportunidades de inversiones no aprovechadas. Con retornos por inversiones que se vean disminuidos, se podrían necesitar mayores tasas de prima o alguna reducción en los beneficios otorgados por las coberturas.

Interpretación social

Demasiada liquidez aumenta los costos y reduce los beneficios para los clientes debido a que el retorno por inversiones será menor. Por el contrario, una liquidez insuficiente tendrá el efecto de demorar el pago de los reclamos a los clientes y conducirá a la quiebra, impactando de manera adversa sobre los clientes en momentos de mayor necesidad.

Muestra de desempeño

En términos generales, los programas auto-asegurados no administran de manera sistemática su liquidez adecuadamente, ni tampoco la basan sobre los siniestros y gastos proyectados. Muchos tienen liquidez excesiva, en parte debido a que tienen dificultades en hallar inversiones adecuadas y/o debido a la falta de una correcta apreciación de las implicancias correspondientes.

24 Garand y Wipf, 2006: 328.

2. MIDIENDO EL DESEMPEÑO: TEMAS ESPECÍFICOS EN MATERIA DE INTERPRETACIÓN

Los programas de microseguros en todo el mundo son altamente variables y difieren en términos de productos, modos de distribución, capacidad de administración y de otras distintas maneras. A su vez, el contexto y medioambiente en el que los programas evolucionan influye sobre el desarrollo y desempeño del programa. Como ya resulta evidente según lo indicado en el Capítulo 1, esta diversidad hace que la comparación en el desempeño entre programas resulte difícil y a menudo artificial. De manera que cierta precaución debe acompañar cada conclusión respecto del desempeño relativo. Algunos de estos temas ya fueron abordados en el capítulo anterior, pero requieren mayor elaboración en el presente capítulo.

2.1 Seguros de vida y productos relacionados

Existe gran cantidad de distintos productos de microseguros en el ramo de Vida. Algunas de las principales calificaciones de productos que se han desarrollado incluyen Vida a Término, Vida Completo, Seguros de Inversión y Vida Crediticio. Todos brindan pagos en caso del fallecimiento del asegurado. Muchos incluyen algunas características adicionales tales como incapacidad, cobertura por muerte accidental, cobertura por gastos fúnebres o algún elemento de ahorro.

Los productos de seguros de vida difieren principalmente en términos de su duración, monto y patrón de cobertura, opciones de pago de la prima, requisitos de suscripción de riesgo y de varias otras maneras. El seguro de vida crediticio es uno de los productos de Vida Colectivo más populares²⁵. Su período de cobertura va desde una vigencia tan breve como un solo día, hasta vigencias de varios años, dado que usualmente se formalizan en co-término con un préstamo asociado. El monto de la cobertura de Vida Crediticio es, o fijo, o indexado al saldo pendiente del préstamo al momento de producirse el fallecimiento del prestatario.

La mayoría de los indicadores de desempeño son aplicables a todo tipo de producto de vida; sin embargo existen ciertos casos excepcionales que merecen ser destacados. Por ejemplo, el indicador de en realidad no es aplicable a programas de vida crediticio donde la cobertura es obligatoria para poder acceder al crédito otorgado por alguna institución de préstamos. En tal caso, la cobertura de renovaciones seguro depende casi completamente de si el préstamo es renovado o no y esto, a su vez, queda determinado por otros factores tales como la satisfacción con el servicio brindado por el prestamista, los antecedentes crediticios, las tasas de interés, y otros factores. Sin embargo, es concebible que la no renovaciones de un determinado préstamo pueda deberse a experiencias negativas de otros reclamantes. En segundo término y en forma similar, el índice de cobertura también se ve limitado en su valor interpretativo respecto a programas de vida crediticia (al igual que para otros productos de participación obligatoria). Sin embargo, puede que aún así haya información útil a ser rescatada, según comentáramos en el Capítulo 1.

En tercer lugar, para productos de seguros de inversión, o similares en seguros de vida que tengan una acumulación de dinero significativa, aquellos indicadores que tengan la prima ganada en su denominador (índice de ingreso neto, índice de gastos incurridos e índice de reclamos incurridos), pueden verse distorsionado con el tiempo, pero la forma y el grado de tal distorsión depende de la edad del programa y de qué manera creció desde su inicio. Con el tiempo, el índice de reclamo empezará a aumentar dado que una gran porción de la Inversión quedará financiada por el ingreso de los intereses acumulados a lo largo de los años. Según el patrón de crecimiento en la cantidad de pólizas nuevas de seguro de inversión que se logre vender con los años, el índice de reclamos incurridos podría llegar a ser 100 por cien o más. En forma similar, para este mismo producto el índice de gastos incurridos usualmente será mucho menor en comparación con un producto de Vida puro, con una cobertura de alcances similares.

Otra generalización que puede hacerse respecto de los productos de microseguros en Vida, es que a menudo resultan más difíciles de vender que, por ejemplo, un seguro de Salud, dado que los beneficios son “más tangibles” que para Salud. Esto se explica por muchas razones que van desde las creencias culturales,

²⁵ También se comercializan seguros de Vida Crediticio Individual en el mercado comercial.

hasta el simple hecho de no estar consciente de una posible muerte prematura. Esto obviamente tendrá un efecto amortiguador sobre los indicadores de mercadeo (tasa de renovación, índice de cobertura), que podrá – en igualdad de condiciones – tender a ser menor que para otros productos que son recibidos mejor por el público abordado. Aunque esto podrá sonar como una evidencia, implica sin embargo que los productos de microseguros en vida deben separarse de otros programas cuando se realizan ejercicios de benchmarking – o sea estándares de excelencia – sobre estos dos indicadores. A su vez, los programas de Vida de participación obligatoria deben separarse de aquellos que son de participación voluntaria, cuando se comparan sus índices de crecimiento, índice de cobertura, e indicadores de tasa de renovación.

Típicamente, el seguro de vida se incluye en productos integrados en paquetes y, por ende, se debe desglosar y analizar aisladamente, según se describe en el Capítulo 1. Para tales productos integrados los gastos generales tendrán que ser adecuadamente asignados para cada uno de los productos en el paquete.

Para productos con mayor vigencia, y para aquellos que contienen un elemento de ahorro, una política de inversiones clara resulta particularmente importante. A los productos con un componente de Inversión, por ejemplo, se les suele asignar un precio en base a una tasa de ganancia sobre inversiones presumida a lo largo de la vigencia de la cobertura. Si dicha tasa no es aplicada, entonces el producto podrá dar pérdidas. Todos estos tipos de reclamos deben proyectarse y luego estructurar reservas por inversiones con el fin de asegurar que habrá un riesgo mínimo de iliquidez. Contrariamente, demasiada liquidez usualmente resultará en menores ingresos por inversiones, y posiblemente insuficientes fondos para poder cumplir la promesa de la Inversión cuando el mismo sea pagadero. De manera que una correcta correlación entre los activos y los pasivos conforma una práctica importante, y una capacidad crucial requerida para este tipo de producto, al igual que la implementación de una clara política de inversiones. El indicador de liquidez también debe monitorearse.

2.2 Seguro de salud y productos relacionados

Aunque a veces pudiera resultar más fácil comercializar microseguros de Salud que los de seguros de Vida, estos resultan los más difíciles de administrar. La mayor parte de los aseguradores comerciales no ofrecen productos de Salud, salvo que se encuentren relacionados con algún factor de seguro de accidentes. A la fecha, existe una enorme diversidad de programas de microseguros en Salud en todo el mundo. La mayor parte de los esquemas son bastante jóvenes y se hallan aún en su etapa experimental. En la actualidad, sólo un par de programas son sustentables pero muchos muestran gran potencial e innovación.

Una de las principales dificultades con el seguro de salud es que los servicios son usualmente provistos por un tercero, y esto hace que sea un gran desafío poder asegurar la buena calidad, controlar los costos de servicios, evitar fraudes o sobrepagos, evitar una utilización excesiva, y así sucesivamente. Para poder superar estos factores, resulta importante acumular de manera continua datos sobre reclamos y exposiciones que sean limpios y precisos, y monitorearlos en forma permanente con el fin de poder detectar rápidamente toda anomalía emergente y tendencias desfavorables. Para poder lograr una imagen real, las tendencias tanto en frecuencia (incidencia) como en el monto de los reclamos, deben monitorearse de forma individual para cada categoría de beneficios. Para poder detectar abusos y tratamientos inapropiados, se torna necesario realizar un análisis de reclamos a nivel de cada proveedor de servicios. Todo esto sugiere que los principios relacionados con la reunión de datos y el monitoreo permanente de los reclamos junto con el indicador del índice de reclamos incurridos, resultan particularmente importantes para los microseguros en Salud.

Los principios e indicadores clave también son aplicables a productos en salud. Para lograr viabilidad y una participación amplia, se necesita alcanzar altos niveles de satisfacción que únicamente se logran brindando un servicio de calidad a un costo razonable, y un proceso pedagógico y de concientización persistente entre los consumidores. Los resultados serán evidentes sobre los indicadores relacionados con el índice de cobertura, la tasa de renovaciones y el índice de crecimiento.

2.3 Micro-pensiones y productos relacionados

En los mercados maduros, los productos en pensiones figuran de manera predominante como instrumentos de ahorro jubilatorio, y tales productos usualmente constan de dos fases: una fase de acumulación durante la cual los ahorros y las ganancias por inversiones contribuyen en forma conjunta al crecimiento de un fondo de pensiones personal, y una fase de pago donde el ahorro final de pensiones acumuladas es utilizado para realizar un único pago, adquirir una inversión de plazo fijo o una inversión de seguro de Vida realizable a la fecha de jubilación. Últimamente, ha habido un aumento en los productos de microseguros en Pensiones. Usualmente, tales productos tienen una fase de pagos simplificada que se limita a un único pago de un monto determinado, o a una Inversión a muy corto plazo. Esto se debe a que las Inversiones a largo plazo o en seguros de vida suelen ser excepcionalmente riesgosas y sólo pueden ampararse por aquellos aseguradores que tengan acceso a mercados locales de bonos o hipotecas en segundo grado, bien regulados, algo rara vez posible en los países en vías de desarrollo.

Los indicadores cuyo denominador sean las primas ganadas, no son aplicables a productos puros de pensiones dado que no existe una prima ganada. Si existe algún componente de Vida, estos tipos de indicadores se verán distorsionados de una manera similar a lo que ocurre con los productos de Inversiones. Para productos de Pensiones puras, el índice de ingreso neto y el índice de gastos aún pueden calcularse como un índice de los montos de contribución de la pensión, de la manera descrita en el Capítulo 1.

Dado que las pensiones usualmente tienen productos de mayor duración, una tasa de persistencia debe sustituirse por la tasa de renovaciones (ver Capítulo 1). Los indicadores del Mercado son igualmente aplicables y entre otras cosas reflejarán la presencia de una cultura del ahorro, el ofrecimiento de productos de pensión alternativas en el Mercado, y el grado de confianza en la institución a cargo de invertir fondos. De especial importancia son las políticas de inversión y otros principios relacionados, al igual que el índice de solvencia; para los Aseguradores, éstos deben monitorearse en su totalidad y para el producto de pensiones, de manera individual.

Una de las prácticas más peligrosas para programas auto-asegurados y para los aseguradores, consiste en ofrecer tasas de interés garantizadas a largo plazo durante la fase de acumulación de la pensión, sin ser ya dueño de los activos con los que se avalarán tales garantías. Toda acumulación de la tasa de interés debe quedar enlazada a los retornos reales por inversiones en la cartera de inversiones de las reservas. Toda otra práctica por parte de la institución inversora sería un juego de azar, ya que nadie puede predecir en qué dirección se moverán las tasas de interés en el futuro. Por cierto, si hubiera un conjunto de indicadores y algún mecanismo de tasación asociado para poder calificar la calidad del gerenciamiento, aquél indicador que marque esta práctica debería ser el primero en tomarse en cuenta.

2.4 Otros productos de seguros

En términos generales, productos tales como protección de activos son denominados productos de No-Vida (aunque en ciertos mercados el riesgo de salud también se trata como un producto de no-Vida). La mayoría de los productos en Vida, Salud y Pensiones pueden auto-asegurarse sin ningún riesgo con los conocimientos técnicos y profesionales requeridos, tamaño suficiente del conjunto de riesgos, y una economía de escala. Ciertos riesgos tales como los de cosechas y protección de activos deben preferentemente administrarse por un asegurador o reasegurador dado que los resultados financieros son más variables.

Productos tales como seguros sobre cosechas, seguros climatológicos y protección de activos, requieren de grupos de asegurados mucho mayores que cuenten con un reaseguro adecuado para su viabilidad a largo plazo. Estos productos normalmente amparan eventos que podrían afectar áreas muy amplias, lo que podría dar como resultado una racha de reclamos dentro de un plazo breve. Tales eventos a menudo llevan a que la liquidación de los reclamos demore más tiempo, dado que a un liquidador se le podría requerir que visite el lugar de cada reclamo, sin embargo, con un plan de liquidación de reclamos por desastres se

tornan factibles las liquidaciones rápidas. Una organización no preparada será evaluada de forma pobre respecto de su indicador de rapidez en la liquidación de siniestros.

Para los seguros de protección de activos, los problemas que surgen de una falta de comprensión sobre lo que se está cubriendo, cuáles eventos califican para reclamar los beneficios, y documentación inadecuada de los activos cubiertos antes de un reclamo. En caso de producirse algún evento catastrófico que afecte una amplia zona, tales como algún terremoto o inundación, estos problemas de concientización aumentarán el índice de rechazo de reclamos, y la resultante insatisfacción tendrá su consecuente impacto sobre los indicadores de mercadeo en el siguiente periodo de renovación.

2.5 Aspectos organizacionales

Se ha explicado anteriormente en el presente manual que el desempeño de un programa de microseguros debe primero visualizarse en forma prioritaria desde la perspectiva del miembro o cliente asegurado. Debido a esto, los principios e indicadores de desempeño fueron evaluados desde un punto de vista genérico y aunque existe gran diversidad en los tipos de prestación, la interpretación de los indicadores es similar para distintos modelos. Esta es también la razón por la cual estamos convencidos que a mejor forma de medir el valor del programa es desde la perspectiva del cliente. Sin embargo, esto no significa que todos los modelos tendrán el mismo desempeño. Cada modelo tiene sus ventajas y desventajas y esto seguramente se verá en los indicadores de desempeño. Una comparación del desempeño entre programas será abordada en el capítulo sobre niveles de excelencia (benchmarking). (ver Capítulo 3).

Existen muchas maneras de categorizar los programas de microseguros, por ejemplo en base al criterio de quién soporta el riesgo, de qué manera se ha conformado la organización, el método de distribución, la estructura legal, y otros. Uno de los principales criterios de demarcación se refiere a identificar quién soporta el riesgo; o sea, la organización primaria es auto-asegurada o cede el riesgo a alguna otra entidad que asume riesgos, como por ejemplo, una compañía de seguros debidamente autorizada (el así-llamado esquema de socio-agente). Muchos son una combinación de los dos en el sentido que retienen una parte del riesgo para un producto en particular y ceden el resto. Por ejemplo, el agente podrá asumir parte de los eventos excluidos del asegurador o podrá agregar otros beneficios para mejorar el producto del asegurador. En este sentido, al agente también se lo podría denominar un microasegurador primario, mientras que al asegurador se lo podría considerar como un reasegurador. En otros casos, la organización auspiciante podría retener la totalidad del riesgo para un producto y luego ceder la totalidad del riesgo sobre un segundo producto.

Aquellas organizaciones que ceden el riesgo a un asegurador son descriptas en mayor detalle en la presente sección con el fin de ilustrar mejor de qué manera los indicadores de desempeño deben calcularse para un tipo de prestación de socios múltiples, o el modelo de socio-agente, según se lo describe a menudo. Típicamente, la distribución es manejada por un agente (el auspiciante del programa) y la administración de riesgos se deja en manos del socio que asume el riesgo que en esta instancia se presume sería una compañía de seguros autorizada. En el caso de un seguro de salud, el procesamiento de los reclamos puede manejarlo un tercero administrador (TA). En otras situaciones, los reclamos son procesados por el asegurador, o por el agente, o por todos los socios involucrados. En la mayoría de los programas, el agente es alguna organización que dispone actualmente de una base de clientes o de miembros cuyas familias requieren poder acceder a servicios de administración de riesgos. Esto podría ser un empleador, una asociación, una cooperativa, una IMF o algún otro tipo de grupo. La participación de un programa de microseguros podría ser voluntaria u obligatoria (es decir, automático). Usualmente, el agente gana una comisión para cubrir sus gastos de distribución. El agente también podrá beneficiarse si sus activos quedan protegidos contra las consecuencia de muerte, incapacidad, enfermedad u otros eventos de riesgo que pudieran afectar al cliente.

Se estableció anteriormente que con el fin de poder evaluar mejor el desempeño desde la perspectiva del

cliente, todos los socios deben colaborar y confeccionar una imagen general de desempeño del programa de microseguros antes de tomar en consideración cualquier aspecto relacionado con el reaseguro. Esto incluirá la consolidación de sus diversas bases de datos y estados financieros para el programa, de manera que el cálculo de los indicadores resulte factible. Lo más probable sea que la carga de conducir este emprendimiento cooperativo quede en cabeza del agente, presumiéndose que es él quien tiene mayor interés en lo atinente a la calidad de servicio de su base de clientes.

Los diez indicadores clave son relevantes para cualquier programa de socio-agente. La siguiente tabla sintetiza los requisitos típicos para calcularlos:

Indicador	Datos comunes y requisitos para los cálculos
Índice de ingreso neto	<ol style="list-style-type: none"> 1) El Asegurador debe proveer un balance y estado de ingresos para el programa y no solo para toda la compañía de seguros; 2) La prima ganada debe ser informada por el asegurador; 3) Si se utiliza un tercero administrador, sus costos deben incluirse en el capítulo de gastos; 4) El tercero administrador podrá quedar a cargo de la base de datos de reclamo. Esto lo utiliza el asegurador para preparar los costos de los reclamos y las reservas de siniestros; 5) El agente/auspiciante debe generar sus propios datos sobre microseguros individuales en base a los datos de sus otras actividades, según se describe en los Principios 1 y 2, y preparar los estados financieros de microseguros, según el Principio 3.
Índice de gastos incurridos	Los gastos de todos los socios deben combinarse
Índice de reclamos incurridos	Los reclamos pagados y las reservas de siniestros deben basarse en datos de reclamos que se encuentren debidamente auditados. Si el agente brinda beneficios adicionales, estos deben incluirse.
Tasa de renovación	La tasa de renovaciones debe calcularse con frecuencia aplicando un MIS anexo a la base de datos del historial de cliente y coberturas. Dicha base de datos probablemente sea mantenida por el agente
Rapidez en la liquidación de los reclamos	La base de datos de reclamos y otras fuentes deben utilizarse para calcular este indicador
Índice de rechazo de reclamos	La base de datos de reclamos y otras fuentes deben utilizarse para calcular este indicador
Índice de crecimiento	La tasa de renovaciones debe calcularse frecuentemente con una aplicación MIS anexada a la base de datos del historial de clientes y coberturas. Dicha base de datos probablemente sea mantenida por el agente
Índice de cobertura	El agente debe definir el mercado que abordará, con el fin de calcular este indicador (ver Capítulo 2)
Índice solvencia	El índice de solvencia debe determinarse para el asegurador y también para el programa. Si el agente brinda algunos de los beneficios, requerirá ciertas reservas que también deben considerarse en el índice de solvencia del programa
Índice de liquidez	El índice de liquidez debe determinarse para el asegurador así como también para el agente en caso que el mismo brinde algunos de los beneficios

En síntesis, el desempeño se ve afectado por muchos parámetros distintos, tales como el contexto cultural, tipo de producto, aspectos organizacionales, ubicación y dispersión geográfica, edad del programa, y así sucesivamente. Estos no se evaluarán en el presente, pero el lector y practicante debe tener presente que los mismos son importantes y debe tenerlos en cuenta al momento de comparar el desempeño de diversos programas.

3. COMPARANDO MANZANAS CON NARANJAS Y EL TEMA DE BENCHMARKING

3.1 ¿Qué es el benchmarking?

En los capítulos anteriores, hemos centrado la discusión en describir y racionalizar los indicadores de desempeño clave para un programa de microseguros. En medida de lo posible, los datos de las muestras disponibles fueron utilizados para calcular los indicadores clave y fueron examinados durante el taller. Para indicadores tales como el índice de solvencia se sugirió un valor mínimo a lograr. En el Capítulo 2, se discutieron consideraciones especiales respecto de estos indicadores para varias líneas de producto y para el esquema de socio-agente.

Naturalmente, algunos lectores y practicantes deben entonces preguntarse, “¿Cuáles valores de indicadores reflejan un mal, promedio, buen y excelente desempeño?”. La respuesta depende de muchos factores incluyendo el tipo de producto, esquema operativo, ubicación, tamaño, edad del programa, etc. Sin embargo, aún para un determinado programa, la evaluación del desempeño debe explicarse con respecto al desempeño de los pares dentro del sector económico. Esta es la razón por la cual se necesitan marcadores de estándares de excelencia. Dado que este sector económico es aún muy nuevo, se requiere de información regularmente actualizada que se encuentre disponible y se relacione con las buenas prácticas y desempeño del sector, ya que ellas servirán de guía para los gerentes en microseguros. Si los indicadores pueden compararse con los estándares de excelencia pre-establecidos para organizaciones similares y situaciones similares, entonces será de gran ayuda para los gerentes poder pensar en la posibilidad de hacer las cosas de otra manera y cuestionarse sobre cuál es la razón que hace que otros pueden estar teniendo un mejor desempeño. Esto podría conllevar algunos cambios que, en última instancia, conducirían a un mejor desempeño y beneficios mejorados para el cliente asegurado.

En el sector de las compañías de seguros comerciales, “muchas [...] compañías utilizan los estándares de excelencia para compararse con sus competidores y esto les ayuda a comprender aquellas áreas en las que se requieren mejoras. Un conjunto relevante de indicadores aunado a valores de estándares de excelencia aceptados dentro del sector (o sea, estándares de desempeño), puede servir como punto de referencia para las gerencias, directorio y otras partes que tengan interés en la organización, ayudándoles a asegurar que la empresa se mantenga solvente y que el desempeño siga mejorando.”²⁶

La mayoría de negocios reconocen el impacto que los marcadores de estándares de excelencia tienen sobre el desarrollo de los sectores económicos. Se lo describe como una herramienta, un proceso y una práctica altamente respetada en el sitio en Internet del servicio de estándares de excelencia, denominado *The Benchmarking Exchange*:

- «Los marcadores de estándares de excelencia **son una herramienta** que puede ayudar a mejorar sus procesos comerciales. **Cualquier** proceso comercial puede marcarse con estándares de excelencia.
- **El Benchmarking es un proceso** para identificar, comprender y adaptar prácticas excepcionales de organizaciones en cualquier parte del mundo que puedan ayudar a su organización a mejorar su desempeño.
- **El Benchmarking es una práctica altamente respetada** en el mundo de los negocios. Se trata de una actividad que mira hacia afuera a fin de poder identificar las mejores prácticas y el desempeño más elevado, y luego mide las operaciones comerciales reales contra tales metas.»²⁷

Los objetivos de la **Insurance Industry Association For Benchmarking™** (Asociación de Benchmarking del Sector Asegurador) en los Estados Unidos ilustra de qué manera una organización puede hacer que el benchmarking le sea útil:

- Para crear un ambiente de colaboración, dónde una comprensión completa del desempeño y de los promotores de procesos comerciales que son “los mejores de su clase” se pueden lograr y compartir a un costo razonable;

²⁶ Garand y Wipf, 2006: 321.

²⁷ Ver www.benchnet.com/wib.htm

- Para utilizar la eficiencias del consorcio (de aseguradores participantes) con el fin de obtener datos de desempeño de procesos e información asociada con las mejores prácticas provenientes de empresas dentro y fuera del sector asegurador.
- Para apoyar el uso del benchmarking como facilitador del proceso de mejora y logro de calidad total.”²⁸

3.2 ¿Puede ser útil el concepto de benchmarking para los microseguros?

De una manera análoga a los negocios comerciales, los practicantes en microseguros podrían conformar redes de colaboración con el fin de generar estándares de excelencia dentro de cada país y/o a nivel internacional. Por ejemplo, centros de recursos de microseguros ya se han conformado en países como las Filipinas y la India. Los centros de recursos son una necesidad evidente para lograr colaboración dentro del sector del seguro, y pueden considerarse como un servicio adicional de estos centros de recursos. Esto podría tener una utilidad particularmente buena para aquellos centros de recursos que hayan sido establecidos por un grupo de microaseguradores, debido a que tales grupos ya están acostumbrados a colaborar entre sí en otras áreas.

De cualquier manera, se puede estructurar un repositorio de datos al cual los usuarios puedan enviar periódicamente “fotos” o “instantáneas” de sus bases de datos; siempre y cuando cada base de datos contenga la información requerida, los sistemas de migración de datos pueden programarse fácilmente para migrar y mapear los datos al formato estandarizado requerido por el repertorio de datos consolidado. Los datos compartidos debieran limitarse o estar parcialmente ocultos a fin de proteger la naturaleza propietaria de ciertos elementos. Por ejemplo, los nombres de clientes y miembros, y sus detalles de contacto deben borrarse. Una vez que los datos hayan quedado mapeados según el formato requerido, entonces los indicadores de desempeño podrán evaluarse y, posiblemente, publicarse, enviarse, o colocarse en algún sitio en Internet.

3.3 ¿Cuáles son los desafíos?

Ciertos operadores en microseguros son reacios a la idea de realizar ejercicios de *benchmarking* debido a que les preocupa que los donantes pudieran canalizar su asistencia hacia aquellos programas con “mejor desempeño”, según los indicadores. A fin de poder “competir” por el financiamiento de los donantes, algunos temen que verse “obligados” a abandonar sus innovaciones adaptativas y desarrollarse de una manera que resultará menor a lo óptimo, con el fin de satisfacer los requisitos únicos de su clientela o de sus miembros.

Según lo describió un participante del taller, “todos los programas serán forzados a encajar dentro de un solo molde con el fin de poder competir, igual que como ocurrió con el sector de las microfinanzas.” Existe, a su vez, cierta aprensión de que los entes reguladores pudieran adaptar los valores de los indicadores de algunos de los programas con mejor desempeño para utilizarlos como estándares mínimos de excelencia para todo el sector, es decir, a un nivel que resulte demasiado difícil de alcanzar para la mayoría de los programas. Claramente estos son riesgos plausibles pero podrían superarse a través de ejercicios de *lobby* efectivos y persistentes, y utilizando comunicaciones y documentación adecuada sobre las diversidades del sector, sus necesidades y logros.

Un segundo desafío es el costo asociado con los estándares de excelencia. En última instancia y en ausencia de aportes de donantes, estos costos deberán ser trasladados a los asegurados, aunque los mismos deben ser mínimos si se los distribuye a lo ancho de una amplia clientela o miembros en materia de microseguros. Inicialmente, rubros tales como el hardware en computadoras, los *software* de gerenciamento de datos, las aplicaciones de migración de datos y *software* analíticos deberán adquirirse y desarrollarse, y luego los costos de calcular y diseminar los resultados periódicamente podrían ser “reducidos” si la participación resultara lo suficientemente amplia. Para poder lograr una aceptación significativa, será preciso realizar algún tipo de análisis de costo-beneficio con un esfuerzo en mercadeo, bajo un liderazgo fuerte y visionario proveniente desde el propio sector económico.

²⁸ Ver www.iiab.org

Recuadro 3: Posibles lecciones provenientes de las microfinanzas

El sector de las microfinanzas viene realizando ejercicios de determinación de estándares de excelencia – benchmarking – desde hace más de diez años, y su experiencia ofrece una visión útil respecto del benchmarking para los microseguros. Por ejemplo, el sitio en Internet de MIX operado por TheMicrobankingBulletin (MBB) describe las mejoras que se lograron a lo largo de estos diez años en el siguiente comentario:

“Las IMF operan en distintos medio ambientes y difieren en los alcances de sus respectivas operaciones y mercados abordados. Tradicionalmente, las IMF han tenido dificultad en aislar los benchmarks correctos y comparables. El MBB supera el problema de la no comparabilidad de los datos, utilizando las bases de datos de MBB – la fuente mas completa de información financiera e indicadores sociales – para:

- Generar grupos de pares apropiados y útiles;
- Ajustar los datos para que resulten comparables;
- Ofrecer benchmarks confiables y relevantes para el sector de las microfinanzas

Para realizar comparaciones de benchmarks consistentes, el MIX coloca a todos las IMF en grupos de pares en base a una serie de criterios. Los grupos de pares son lo suficientemente específicos como para brindar herramientas vitales para que los gerentes de MFI puedan comparar su desempeño con instituciones similares. Y, sin embargo los grupos de pares del MIX cuentan con una cantidad suficiente de instituciones para asegurar la privacidad de los datos²⁹

Este sitio en Internet explica que los agrupamientos de pares se basan sobre tres criterios principales: el tamaño de las operaciones, la región donde se opera, y el mercado abordado. Los agrupamientos resultantes se definen entonces con mayor precisión utilizando criterios secundarios. Por ejemplo, el grupo Latinoamericano se desglosa en uniones crediticias (debido a que las mismas son mutualistas, y mayormente impulsadas por el ahorro), y las IMF's (usualmente comerciales e impulsadas por el crédito). La razón principal de este desglose es que los dos modelos tienen estructuras de costos muy diferentes. El segundo criterio de clasificación del grupo Latinoamericano se basa en el nivel de ingresos del país, con los grupos subdivididos adicionalmente en países de altos, medianos y bajos ingresos, dado que “las condiciones operativas en países de Mayores Ingresos (MI) - como Argentina, Brasil y Chile - en términos de mercados laborales, niveles de productividad y características de los clientes, son bastante diferentes a lo que ocurre en los países de ingresos menores o medianos en la región. La cantidad importante de instituciones que ofrecen préstamos para prestatarios de bajos ingresos justifica el desglose en múltiples grupos de pares.”³⁰

De manera similar, en una primera etapa los microaseguradores podrían agruparse por tipo de producto como sigue: Vida Crediticio, Vida Voluntario, Productos de Inversión, Vida e Incapacidades Accidentales, Protección de Activos, Seguro de Salud, Ganado, Seguros sobre Sembrados y Climatológicos. Un segundo agrupamiento estaría basado sobre el tipo de modelo: socio-agente, modelo basado en la comunidad, y así sucesivamente. Dado que la cantidad de organizaciones participantes tienden a aumentar, se podrán entonces realizar desgloses más específicos una vez realizados cuidadosos análisis adicionales. A su vez, los datos financieros podrían ajustarse para niveles de inflación específicos al país en cuestión y podrían compararse en una moneda común, por ejemplo el dólar estadounidense.

29 Ver www.mixmbb.org/en/our_methodology.aspx

30 Ibid.

4. EVALUACION DEL DESEMPEÑO SOCIAL

Para muchos, los microseguros se describen vagamente como un mecanismo de administración de riesgos y protección social para quienes sufren de una situación económica desventajosa. Según algunos, sin embargo, se debe disponer de una definición más clara, y hacerse una adecuada distinción entre la protección social y los microseguros. ¿Brindan los programas en microseguros una protección social? ¿O son los microseguros solos programas de seguros para los pobres, que contienen un elemento de protección social?

¿Qué es, entonces, la protección social? Existe una amplia gama de definiciones. Según el Banco Mundial, se trata de “un conjunto de intervenciones que ayudan a los individuos, los hogares y las comunidades a, (i) administrar mejor el riesgo económico, y (ii) brindar apoyo a los más pobres y vulnerables.”³¹

El Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido “usa una definición más estrecha de la protección social, que se centra en una *sub-conjunto* de acciones públicas orientadas a ayudar a abordar la problemática del riesgo, la vulnerabilidad y la pobreza crónica. Estos comprenden tres conjuntos de instrumentos:

- **El Seguro Social** se refiere a la fusión de contribuciones por individuos dentro de organizaciones estatales o privadas de manera que, si sufrieran el impacto o cambio en sus circunstancias, podrán recibir apoyo financiero;
- **La Asistencia Social** abarca transferencias no contributivas que se brindan a quienes se consideran valiosos para la sociedad, sobre la base de su vulnerabilidad o pobreza; y,
- **La fijación e imposición de estándares mínimos** orientados a proteger a los ciudadanos en el lugar del trabajo.”³²

En el capítulo sobre protección social del compendio en microseguros del Grupo de Trabajo del CGAP sobre Microseguros, se describe de la siguiente manera: “La protección social es mucho más que un instrumento de administración de riesgos para individuos. Se trata de una herramienta integral y colectiva para reducir la pobreza, desigualdad y vulnerabilidad. Promueve la equidad y solidaridad a través de esquemas re-distributivos... [...] incluye no solamente esquemas de seguridad social pública, sino también esquemas privados o no legalmente obligatorios, que tengan objetivos similares, siempre y cuando las contribuciones a estos esquemas no queden íntegramente determinados por las fuerzas del mercado.”³³

Evidentemente, muchas comunidades y organizaciones populares en todo el mundo han estructurado esquemas de microseguros como una manera de minimizar los riesgos que a diario sufren las familias más pobres, y para compensarlos por las desventajas y carencias de programas de protección social auspiciados por el Estado. El sitio en Internet ILO-STEP de GIMI incluso llega a definir a los microseguros como “un esquema que utiliza, entre otras cosas, un mecanismo de seguros cuyos beneficiarios son (al menos en parte) toda persona excluida de los esquemas formales de protección social, particularmente trabajadores en la economía informal y sus familias. El esquema difiere de otros generados para brindar protección social legal a trabajadores de la economía formal.”³⁴

Los productos de microseguros amparan activos, ganado y saldos pendientes de préstamos, mientras que resultan muy útiles en minimizar el riesgo de pérdida por parte de los más pobres. Sin embargo, no amparan contingencias fundamentales (por ejemplo, enfermedad, desempleo, edad avanzada, etc.), que se especifican y que deben ser amparados según estándares de protección social mínimos indicados en la Convención sobre Seguridad Social de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de 1952, No. 102.³⁵

31 Michal Rutowski, 2007: Presentación en Seminario Iraní de Protección Social, 4 a 7 de junio de 2007. Banco Mundial.

32 Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, 2006: Nota de Información sobre Protección Social, Número 1.

33 Jacquier, C., Ramm, G., Marcadent, P. y V. Schmitt-Diabate, 2006: The social protection perspective on microinsurance. In Churchill, C. (ed.): Protecting the poor: A microinsurance compendium. ILO, Ginebra, p. 45. Este capítulo es una adaptación de la publicación conjunta de la OIT-GTZ y continua describiendo de qué manera la protección social mejora los principios de solidaridad, dignidad e igualdad.

34 Ver www.ilo.org/gimi/ShowFAQ.do?sid=24_a31_170

35 Jacquier, C., Ramm, G., Marcadent, P. y V. Schmitt-Diabate, 2006: 53.

Como tales, a estos productos y otros parecidos no se los consideraría como productos de protección social en el sentido más estricto de la definición de la OIT. Sin embargo, muchos que tienen un interés en esquemas de microseguros probablemente discreparían. La definición GIMI de la OIT en este sentido, ni siquiera describiría a estos productos como microseguros.

De manera que la protección social y los microseguros son definidos de maneras distintas por distintos interesados en los mismos. Para efectos del presente manual, los microseguros se definen como un esquema de seguros para los más pobres, y consideramos que desempeñan una función de protección social. Como tales, los programas “no solo deben evaluarse en base a aspectos técnicos (por ej., su viabilidad financiera), sino también según su capacidad para abordar resultados de protección social; el impacto socio-económico de tales esquemas sobre los miembros y no-miembros deben tomarse en consideración.”³⁶

Siguiendo el argumento según el cual los indicadores deben medir la capacidad de lograr objetivos de protección social, los “candidatos” para indicadores clave de desempeño social incluyen indicadores en las siguientes categorías que, por supuesto, no son exhaustivas:

- 1) Indicadores que miden la reducción de las barreras de acceso, sean geográficas o financieras. Por ejemplo, algunos programas que promueven servicios de salud más localizados y hospitalizaciones sin pagos en efectivo, deben calificarse como promotores de objetivos de protección social. Los indicadores que comparan programas de microseguros en salud según estas líneas, deben ser desarrollados;
- 2) Indicadores que miden las mejoras en la calidad de los servicios de protección social;
- 3) Indicadores que miden efectividad en términos de ámbito geográfico, líneas culturales y étnicas;
- 4) Indicadores que miden el grado de redistribución. Para un programa de microseguros, este significa que los segmentos poblacionales cubiertos, que adolecen de las mayores desventajas son parcial o totalmente subsidiados por quienes se hallan en mejor situación económica o a través de subsidios pagados por el fisco. La redistribución interna también puede significar que individuos de mayor edad o más alto riesgo pagan la misma prima para programas de vida y salud que individuos más jóvenes.

Algunos de los diez indicadores, tales como el índice de gastos incurridos, pueden ser considerados como indicadores sociales y la interpretación de los diez indicadores en su totalidad podrían desembocar en el rubro del desempeño social.³⁷

36 Jacquier, C., Ramm, G., Marcadent, P. y V. Schmitt-Diabate, 2006: 46.

37 A su vez, surge la pregunta de si todos los indicadores deben ser cuantitativos. Algunos indicadores cuantitativos con un sistema de puntaje asociado podrían ser definidos de forma tal que permitiese se los compare con otros programas.

Recuadro 4: Sugerencias para indicadores de desempeño social

A los participantes del taller de julio 2007 se les pidió que elaboraran algunos indicadores de desempeño social para microseguros. No hubo ninguna discusión previa respecto de la definición de lo que se entiende por protección social. Lo que surgió fueron varios indicadores recomendados. Sin embargo, únicamente cuatro fueron retenidos como “candidatos” para su posible futura adopción como indicadores clave de desempeño social:

- 1) **El Índice de inversión social** se definió como el gasto total en información, educación y comunicación (IEC), dividido por el total de gastos del programa. Algunos participantes también deseaban incluir otros gastos, tales como la promoción de medios de vida.
- 2) **El Porcentaje de asegurados por debajo de la línea de la pobreza** se define como la cantidad de asegurados debajo de la línea de pobreza, dividido por la cantidad total de asegurados en el esquema. Para ello, una definición precisa de la pobreza será necesaria, así como también alguna herramienta para evaluar los niveles de pobreza de los asegurados.
- 3) **El valor de los reclamos incurridos en comparación con el ingreso anual de los clientes.** En la práctica, se requeriría una definición clara de qué se ha de considerar bajo el concepto de ingreso anual, dado que muchos reciben beneficios y servicios en especie, en lugar de percibirlo en forma dineraria.
- 4) **Costo de los beneficios provistos, en comparación con el costo de la prima anual (salud).** Esto es muy similar al índice de reclamos incurridos.

A su vez, se hicieron algunas recomendaciones, tales como fijar los precios de manera uniforme. Esta práctica recibiría un buen puntaje como indicador social dado que promueve la inclusión y una redistribución interna.

El mandato consistió en sugerir un conjunto de indicadores preliminares. Un taller específicamente dedicado a los indicadores sociales será organizado en algún momento futuro, y los resultados del presente taller conforman un punto de partida.

Independientemente de los indicadores clave que eventualmente surgirán, una evaluación del desempeño social también debe considerar que el programa de microseguros se mantenga alineado con sus objetivos, y ellos deben ser los de brindar protección para los pobres y quienes se hallen cercanos a la pobreza.

Se podrá argüir que los microseguros no difieren de los seguros industriales y mutuales que se desarrollaron a principios del siglo veinte. Estas compañías de seguros pioneras hoy se han transformado en algunas de las principales compañías aseguradoras del mundo. Sin embargo, en el camino de transformarse en grandes organizaciones, algunas de ellas han abandonado sus mercados originales para buscar fortuna sirviendo a poblaciones con ingresos más elevados. Esto conforma una tendencia natural, ya que servir a los sectores poblacionales de mayores ingresos resulta más fácil y más redituable. Dado que los microseguros representan un gran desafío, especialmente en los rubros de la salud y la protección de activos, los practicantes deben asegurarse que siempre procuren llegar a las poblaciones con menores niveles de ingresos.

Otro aspecto para mantener muy presente es que los productos ofrecidos deben contener un valor para la población a abordar, y no deben aprovecharse de la gente a través de tácticas generadoras de angustia. El indicador de índice siniestral procura medir que el producto devuelva una cantidad razonable en términos de beneficios y servicios a los clientes hacia quienes está dirigido. En segundo término, también hemos de esperar que las ganancias resulten razonables; los microseguros no deben limitarse a capitalizar con el

reemplazo de las prácticas y márgenes de utilidad de los prestamistas locales. Las utilidades deben limitarse a promover sus objetivos y a proteger a los clientes. En tercer lugar, sería razonable que un microasegurador que tenga objetivos de naturaleza social, procure tratar de lograr una distribución eficiente dado que tiene la obligación de proteger a los pobres de productos inadecuados o con precios excesivos.

En síntesis, al desempeño social también se lo puede considerar como una suerte de segunda línea fundamental de equilibrio. La medición del desempeño no solo debe estar centrada en un buen gerenciamiento, sino también en la capacidad de ayudar a los pobres a minimizar sus riesgos. Para poder realizar este aspecto en forma satisfactoria, la organización debe tener un objetivo social claro en la declaración de su misión, y en su plan comercial.

APÉNDICE

A. MICROSEGUROS FACTSHEET

La versión más reciente de microseguros factsheet puede hallarse en www.brs-vzw.be/factsheet.

La Microseguros Factsheet es una planilla de cálculo en Excel que contiene 6 planillas visibles y varias ocultas. Juntas, las cinco planillas visibles brindan una herramienta de fácil uso para monitorear el desempeño financiero de un microasegurador, y se compone de tablas y gráficos

A continuación brindamos el orden de las 6 planillas visibles en la Planilla de datos:

Planilla BRS00: Identificación

Planilla BRS01: Balance General

Planilla BRS02: G&P (Ganancias y Pérdidas)

Planilla BRS03: Extras

Planilla BRS04: Índices financieros

Planilla BRS06: Gráficos

¿Para microseguros?

La Microseguros Factsheet utiliza términos y definiciones según se describen en el presente manual para el sector de los microseguros. Dado que no existe una estandarización completa que rija para todo el sector, algunos términos y definiciones puede que difieran de los que se utilizan en cualquier nivel o ubicación en particular.

¿Opciones lingüísticas?

La Microseguros Factsheet actualmente funciona en tres idiomas: inglés, francés y castellano. En cualquier momento, el usuario puede cambiar de un idioma al otro eligiendo el idioma del menú de caída colocado en la parte superior de todas las planillas.

¿Fácil de usar?

Cada ítem en las planillas tiene un ítem de referencia (por ej., A10). La mayoría de los ítems tienen explicaciones complementarias que aparecen en una ventilla surgente haciendo doble clic en el ítem de referencia. Podrán hallar información adicional sobre los diferentes indicadores al final del presente manual.

El ingreso de datos en la Microseguros Factsheet es fácil y cualquier persona con conocimientos generales de contaduría e informes en microseguros podrá realizarlos. Demanda unas dos a tres horas preparar un primer informe en un formato en blanco y luego, menos de 15 minutos para actualizar un informe. Recomendamos enfáticamente a los usuarios que utilizan este esquema por primera vez que comiencen utilizando la planilla de datos, leyendo el manual de la planilla de cálculo que se incluye como última página de la planilla de datos.

B. GLOSARIO

A

Activos admitidos (<i>Admitted Assets</i>)	Activos admitidos por un ente regulador a los efectos de evaluar la solidez financiera de un asegurador/microasegurador. Tales activos normalmente son de buena calidad y pueden ser fácilmente realizados en caso de liquidación, y/o se pueden utilizar como garantía para contraer préstamos.
Actuario (<i>Actuary</i>)	Un técnico experto en seguros, particularmente en los conceptos matemáticos, quién aplica la teoría de probabilidad al negocio del seguro, y que sea responsable por el cálculo de primas, reservas de pólizas, y otras valuaciones.
Asegurador comercial (<i>Commercial insurer</i>)	Una compañía de seguros activa en el negocio del seguro con el objetivo de lograr una utilidad.

B

Beneficio a plazo fijo (<i>Fixed term annuity</i>)	Un contrato que brinda un monto de beneficio, pagadero durante un período determinado, independientemente de si el beneficiario vive o no.
---	--

C

Clase de activo (<i>Asset class</i>)	Una categoría de activos, tales como bienes inmobiliarios, acciones, bonos, etc.
Co-aseguro (<i>Coinsurance</i>)	En el sentido más general, el co-aseguro se refiere a los casos en que el asegurado retiene una porción del riesgo asegurado. Esto puede cobrar distintas formas, pero usualmente significa que el Asegurado tendrá que pagar una porción de los gastos incurridos. Por ejemplo, un co-aseguro del diez por ciento en un programa de seguro de salud, implica que el mismo únicamente abonará el noventa por ciento de los procesos amparados, y el restante diez por ciento quedará a cargo del asegurado.
Consistencia entre Activos y Pasivos (<i>Asset-liability matching</i>)	Un proceso que permite proyectar futuros flujos de pasivos, tales como reclamos, gastos, etc., con el fin de estructurar las correspondientes inversiones que avalen tales pasivos, para asegurar que los retornos requeridos y los vencimientos de inversiones reflejen un cronograma que coincida con futuras obligaciones en material de flujo de fondos.
Contabilidad devengada (<i>Accrual accounting</i>)	Metodología contable que reconoce el ingreso durante el período en el que el mismo es ganado, aún en el caso que tal ingreso provenga de otro período. En forma similar, reconoce gastos incurridos en el período, aún en el caso que tales gastos sean liquidados en otros períodos
Co-Pago (<i>Co-payment</i>)	El porcentaje de un costo incurrido que es pagado por el asegurado (ver también, co-aseguro).
Costos de liquidación de reclamos (<i>Claims adjustment costs</i>)	Los gastos administrativos relacionados con la asignación y organización de pagos de beneficios para los asegurados.

E

Esquemas mutuos (<i>Mutual schemes</i>)	Un esquema asegurador en el que las personas aseguradas son también los dueños del esquema.
--	---

G

Gastos incurridos (<i>Incurred expenses</i>)	Los Gastos incurridos (antes de subsidios y aportes) deben reflejar todos los gastos realmente incurridos durante el periodo, incluyendo amortizaciones de equipamiento, depreciaciones y comisiones. Esto podrá o no ser equivalente a los gastos en efectivo.
---	---

H

Honorarios de membresía (<i>Membership fees</i>)	Algunos programas mutualistas, cobran un honorario inicial y/o periódico
---	--

I

Incidencia siniestral (<i>Claims incidence</i>)	La probabilidad de que una persona cubierta experimente el evento asegurado, lo que le dará el derecho a reclamar el correspondiente beneficio.
Incurrido pero no Informado (IPNI - <i>Incurred But Not Reported Reserve - IBNR</i>)	El IPNI/IBNR conforma una reserva que se prevé por los reclamos que han sido incurridos pero aún no hayan sido informados al asegurador al final del período contable.
Índice de persistencia (<i>Persistency ratio</i>)	Se refiere a la cantidad de clientes de un determinado conjunto, que continúa con sus coberturas en una fecha posterior, dividido por la cantidad de clientes del mismo conjunto con cobertura en el año X.
Ingreso neto (<i>Net income</i>)	La prima ganada durante el período aplicable, más los ingresos por inversiones durante el período, más otros ingresos durante el período, menos los reclamos incurridos durante el período, menos los gastos incurridos en el período.
Inversión (<i>Endowment</i>)	Un tipo de seguro de vida que indica que el monto nominal será abonado en caso que, (a) el fallecimiento se produzca dentro de una determinada cantidad de años, o (b) si al finalizar una cantidad determinada de años, el asegurado aún vive.

M

Microasegurador independiente que asume riesgos (<i>Stand-alone risk-bearing microinsurer</i>)	Un microasegurador que retiene la totalidad del riesgo asegurado.
---	---

Modelo de Socio-Agente (<i>Partner-agent model</i>)	Método utilizado por las organizaciones para brindar seguros. El asegurador asume el riesgo y contratan con un socio o agente para brindar el producto y/o los servicios administrativos al mercado abordado.
--	---

P

Pagos por cancelación (<i>Surrender payouts</i>)	El monto de dinero que el tenedor de póliza recibirá como devolución en caso que el asegurado cancele la cobertura.
Prima ganada (<i>Earned premium</i>)	El ingreso de prima durante el período (no incluye primas pagadas en efectivo), menos la variación en la Reserva por Primas No Ganadas (RPNG – que se explica más abajo)
Proveedor de servicios (<i>Service provider</i>)	Una organización que brinda servicios que podrán ser administrativos, procesamiento de datos, administración de reclamos, o alguna otra función necesaria para brindar seguros. Puede referirse al asegurador u otra organización que no asuma ningún riesgo.
Prueba de adecuación de capital (<i>Capital adequacy testing</i>)	Método actuarial consistente en proyectar los resultados futuros comerciales de un asegurador, bajo distintos escenarios adversos, con el fin de determinar si el capital resulta adecuado para hacer frente a sus obligaciones bajo cualquier escenario plausible.

R

Reclamos en curso de liquidación (<i>Claims in Course of Settlement - CICS</i>)	Reclamos que han sido elevados al asegurador, y aún se encuentran en proceso de adjudicación.
Reclamos incurridos (<i>Incurred claims</i>)	Los beneficios abonados durante el período, más la variación en las reservas mantenidas en forma separada, con el fin de hacer frente a los beneficios que deban abonarse una vez finalizado el período en cuestión.
Repertorio de datos (<i>Data repository</i>)	Un archivo de datos
Requisitos de capital y/o excedentes (<i>Capital and/or surplus requirements</i>)	La cantidad de activos requeridos por un ente regulador o persona prudente para operar en seguros.
Reserva (<i>Reserve</i>)	Un fondo o previsión contable que se coloca aparte para financiar pasivos netos futuros de un programa de microseguros
Reserva de contingencia (<i>Contingency reserve</i>)	Se trata de una reserva cuyo fin consiste en retener utilidades temporalmente, o para absorber fluctuaciones estadísticas en los reclamos. Esto lo practican únicamente algunos aseguradores.
Reserva de prima no ganada (<i>Unearned Premium Reserve (UPR)</i>)	Hemos abordado cuidadosamente el tema de la UPR en el texto principal, de manera que no debemos abordarlo aquí dado que se lo simplifica demasiado si se lo describe en un único renglón.

Reserva por Pasivos devengados (<i>Accrued Liabilities Reserve - ALR</i>)	Una reserva que prevé el valor actual actuarial de pasivos devengados.
Riesgos morales (<i>Moral hazards</i>)	El riesgo moral usualmente se refiere al riesgo que se formalicen reclamos fraudulentos.

S

Selección adversa (<i>Adverse selection</i>)	La selección adversa se refiere a la tendencia de los individuos de mayor riesgo a procurar contratar en promedio mayor cobertura aseguradora, anticipándose así a una mayor probabilidad de experimentar el evento asegurado.
Subsidios no permanentes (<i>Non-permanent subsidies</i>)	Subsidios que se prevé cesarán en algún período futuro.

T

Tasa de participación (<i>Participation rate</i>)	Otro término utilizado para describir la tasa de cobertura o tasa de penetración
Tasa de penetración (<i>Penetration rate</i>)	Otro término para describir la tasa de cobertura o tasa de participación
Tercero administrador (<i>Third Party Administrator</i>)	Un tercero que no sea una de las partes contratantes originales del asegurado, y las compañías de seguros que manejan una función administrativa de la transacción aseguradora. Por ejemplo, en el caso de seguro de salud, el procesamiento de reclamos podrá ser manejado por un tercero administrador (TA)

V

Valor actual actuarial (<i>Actuarial present value</i>)	Una estimación financiera de un monto futuro, tomando en cuenta el valor temporal del dinero y las probabilidades de todos los eventos futuros que pudieran afectarlo.
Vencimiento de una inversión (<i>Investment maturity</i>)	El vencimiento de una inversión se refiere a una inversión que llegue a su fecha de vencimiento para su pago al inversor.
Vida a término (<i>Term life</i>)	Seguro de Vida bajo el cual el beneficio únicamente es pagadero, en caso de fallecimiento del asegurado durante un período determinado. No se paga ningún beneficio si el asegurado sobrevive hasta el final de dicho período.
Vida total (<i>Whole life</i>)	Seguro de vida bajo el cual la cobertura se mantiene vigente durante toda la vida del asegurado, siempre y cuando se paguen las primas según se especifica en la póliza.
Vigencia de la cobertura (<i>Coverage term</i>)	Los términos y condiciones fijados por la compañía de seguros para otorgar los respectivos beneficios para el asegurado.

REFERENCIAS

Tablas

Tabla 1: Síntesis de los diez indicadores de desempeño clave	2
Tabla 2: Síntesis de los ejemplos	4
Tabla 3: Ejemplo para el cálculo de un índice de renovaciones.....	26
Tabla 4: Tabla para calcular si los reclamos son liquidados en tiempo y forma	29
Tabla 5: Síntesis de los ejemplos con índice de crecimiento anual	37
Tabla 6: Ejemplo de índice de cobertura	40
Tabla 7: Datos comunes y requisitos de cálculo para los indicadores	48

Gráficos

Gráfico 1: Índice de ingreso neto para ejemplos puntuales	20
Gráfico 2: Índice de gastos para muestras elegidas	22
Gráfico 3: Índice de siniestralidad para muestras elegidas	24
Gráfico 4: Índice de renovaciones para muestras elegidas	28
Gráfico 5: Cantidad promedio de días para liquidar reclamos para muestras elegidas	31
Gráfico 6: Patrón de liquidación de reclamos para muestras eligidas	31
Gráfico 7: Índice de crecimiento para organizaciones eligidas	36
Gráfico 8: Índice de solvencia para muestras eligidas	42

Recuadros

Recuadro 1: Conjunto de indicadores de desempeño	5
Recuadro 2: Planeamiento comercial	14
Recuadro 3: Posibles lecciones provenientes de las microfinanzas	51
Recuadro 4: Sugerencias para indicadores de desempeño social	54

Bibliografía

ADA, CGAP Working Group on Microinsurance y BRS, 2006: Performance Indicators for Microinsurance Practitioners. Informe del taller. ADA, Luxemburgo.

ADA, CGAP Working Group on Microinsurance y BRS, 2006: Performance Indicators for Microinsurance Practitioners. Nota de síntesis. ADA, Luxemburgo.

Churchill, C. (ed.), 2006: Protecting the poor: A microinsurance compendium. Munich Re Foundation/ILO, Ginebra.

Churchill, C., What is insurance for the poor? In Churchill, C. (ed.): Protecting the poor: A microinsurance compendium. Munich Re Foundation/ILO, Ginebra.

Garand D. y J. Wipf, 2006: Pricing microinsurance product. In Churchill, C. (ed.): Protecting the poor: A microinsurance compendium. Munich Re Foundation/ILO, Ginebra.

Jacquier, C., Ramm, G., Marcadent, P. y V. Schmitt-Diabate, 2006: The social protection perspective on microinsurance. In Churchill, C. (ed.): Protecting the poor: A microinsurance compendium. ILO, Ginebra.

Rutowski, M., 2007: Presentation at the Iran Social Protection Seminar Junio 4 a 7, 2007. Banco Mundial.

UK Department of International Development, 2006: Social Protection Briefing Note Series, Number 1.

Fuentes en Internet referenciadas

ADA - www.microfinance.lu/comas/media/onlineindicatorsws.pdf

Benchnet - www.benchnet.com/wib.htm

GIMI - www.microinsurance.org

Grupo de Trabajo sobre Microseguros del CGAP - www.microinsurancefocus.org

Insurance Information Institute - www.iii.org/media/glossary/

Mix Market - www.mixmbb.org/en/our_methodology.aspx

Wikipedia - http://en.wikipedia.org/wiki/Relational_database

Appui au Développement Autonome (ADA), Luxemburgo, es una ONG especializada en microfinanzas que colabora con instituciones de microfinanzas en todo el mundo a través del apoyo e intercambio financiero y no-financiero. Sitio en Internet: www.microfinance.lu

Belgian Raiffeisen Foundation (BRS), Bélgica, apoya iniciativas locales en ahorro, préstamos y seguros, según los principios cooperativos. El apoyo de BRS incluye asistencia técnica en profundidad, capacitación y apoyo financiero. Sitio en Internet: www.brs-vzw.be

El Grupo de trabajo sobre los Microseguros del CGAP, procura promover el desarrollo y proliferación de servicios en materia de seguros para individuos de bajos recursos, a través de una coordinación de las partes interesadas y diseminación de información. Sitio en Internet: www.microinsurancefocus.org

Las opiniones expresadas no son necesariamente las de ADA, del Grupo de Trabajo sobre Microseguros del CGAP o de BRS.

Toda información o comentario puede enviarse a insurance@microfinance.lu

La presente publicación queda protegida por la ley del 18 de abril de 2001 del Gran Ducado de Luxemburgo respecto de derechos de autor, bases de datos y legislación asociada.

Queda estrictamente prohibido reproducir total o parcialmente cualquier artículo de la presente publicación sin el acuerdo por escrito de los autores o del editor. Los artículos representan las opiniones de los autores; de manera que éstos últimos son únicos responsables por sus trabajos.

La presente publicación ha sido producida con el apoyo de la Cooperación de Desarrollo de Luxemburgo y BRS.

