

INDICADORES DE DESEMPEÑO EN MICROSEGUROS

Manual para practicantes en microseguros
Segunda edición

John Wipf y Denis Garand



ADA asbl publica esta segunda versión de Indicadores de desempeño en microseguros, cuya producción ha contado con el apoyo de la Cooperación Luxemburguesa al Desarrollo, BRS y el Microinsurance Network.

La presente versión ha sido actualizada por los autores John Wipf y Denis Garand y editada por Bert Opdebeeck, Véronique Faber y Lisa Chassin.

Desde aquí queremos transmitir un especial agradecimiento a los participantes y organizadores de los últimos talleres de indicadores de desempeño en microseguros, a los miembros del Grupo de Trabajo sobre Indicadores de Desempeño del Microinsurance Network y a todos aquellos que han aportado valiosos comentarios y opiniones sobre este manual y su anterior edición.

Del mismo modo, nos gustaría trasladar nuestra gratitud a INAFI y a GIZ/Social Protection por su importante contribución a los talleres y sesiones de formación sobre indicadores de desempeño en microseguros.

Copyright © Denis Garand, John Wipf/ADA Abril de 2012

PAO – 123concept.lu



INTRODUCCIÓN	3
1. MEDICIÓN DE DESEMPEÑO EN MICROSEGUROS	6
1.1 LOS PRINCIPIOS CLAVE	7
I. CONTABILIDAD	7
Principio 1: Separación de los datos	7
Principio 2: Producción de estados financieros	8
II. GESTIÓN DE SEGUROS	9
Principio 3: Reunión de datos relevantes y precisos	9
Principio 4: Cálculo y constitución de reservas	11
Principio 5: Monitoreo de siniestros, eficiente y continuo	12
Principio 6: Políticas de inversiones claras	14
III. PRÁCTICAS OPERATIVAS	16
Principio 7: Capacidad técnica aseguradora	16
Principio 8: Transparencia	16
Principio 9: Dedicación al cliente	17
1.2. INDICADORES CLAVE DE DESEMPEÑO	18
A. VALOR DEL PRODUCTO	20
Indicador 1: Índice de gastos incurridos	20
Indicador 2: Índice de siniestralidad	25
Indicador 3: Índice de ingreso neto	30
B. VISIBILIDAD DEL PRODUCTO Y SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	34
Indicador 4: Índice de renovaciones	34
Indicador 5: Índice de cobertura	39
Indicador 6: Índice de crecimiento	41
C. CALIDAD DEL SERVICIO	45
Indicador 7: Puntualidad en la liquidación de siniestros	45
Indicador 8: Índice de rechazo de reclamos	49
D. PRUDENCIA FINANCIERA	52
Indicador 9: Índice de solvencia	52
Indicador 10: Índice de liquidez	57
2. MIDIENDO EL DESEMPEÑO: TEMAS ESPECÍFICOS DE INTERPRETACIÓN	60
2.1 Seguros de vida	60
2.2 Seguros de salud	61
2.3 Micropensiones y productos relacionados	62
2.4 Productos índice	62
2.5 Otros productos de seguro	63
2.6 Aspectos organizacionales	64
2.7 Seguro Takaful	66

3. COMPARANDO MANZANAS CON NARANJAS Y EL TEMA DEL BENCHMARKING.....	68
3.1 ¿Qué es el benchmarking?	68
3.2 ¿Puede ser útil el concepto del benchmarking para los microseguros?	69
3.3 ¿Cuáles son los desafíos?	69
ANEXOS	71
A. LOS SIETE PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL SEGURO	71
B. RESERVAS	72
C. GLOSARIO	76
REFERENCIAS	82

Indicador	Fórmula básica	Página
1. Índice de gastos incurridos	$\text{Índice de gastos incurridos}_n = \text{Gastos incurridos}_n / \text{Primas devengadas}_n$	p. 20
2. Índice de siniestralidad	$\text{Índice de siniestralidad}_n = \text{Siniestros ocurridos}_n / \text{Primas devengadas}_n$	p. 25
3. Índice de ingreso neto	$\text{Índice de ingreso neto}_n = \text{Ingresos netos}_n / \text{Primas devengadas}_n$	p. 30
4. Índice de renovaciones	$\text{Índice de renovaciones}_n = \text{Número de renovaciones}_n / \text{Número de renovaciones potenciales}_n$	p. 34
5. Índice de cobertura	$\text{Índice de cobertura}_n = \text{Número de asegurados activos}_n / \text{Población objetivo}_n$	p. 39
6. Índice de crecimiento	$\text{Índice de crecimiento}_n = (\text{Número de asegurados}_n - \text{Número de asegurados}_{n-1}) / \text{Número de asegurados}_{n-1}$	p. 41
7. Puntualidad en la liquidación de siniestros	Desglose analítico de los tiempos de servicio invertidos para documentar y procesar un conjunto de siniestros	p. 45
8. Índice de rechazo de reclamos	$\text{Índice de rechazo de reclamos} = \text{Número de reclamos rechazados} / \text{Número de reclamos de la muestra}$	p. 49
9. Índice de solvencia	$\text{Índice de solvencia}_n = \text{Activos admitidos}_n / \text{Pasivos}_n$	p. 52
10. Índice de liquidez	$\text{Índice de liquidez}_n = \text{Efectivo y equivalentes de efectivo disponibles}_n / \text{Pasivos exigibles a corto plazo}_n$	p. 57

INTRODUCCIÓN

Hay quien contempla los microseguros como un mecanismo de gestión del riesgo al que pueden recurrir los más desfavorecidos para compensar la falta de programas adecuados de protección social amparados por el Estado. Para otros, se trata de una oportunidad para proporcionar servicios financieros al mercado de renta baja obteniendo un beneficio a cambio.

Con independencia del aspecto sobre el que se haga hincapié, todos los programas de microseguros deberían tener como objetivo la viabilidad, pues los subsidios gubernamentales o procedentes de donantes o bien son de carácter temporal o bien no se encuentran disponibles. Sin estos subsidios, todos los programas se ven sujetos a las mismas fuerzas económicas y de mercado que los negocios normales, lo que exige una gestión profesional. No obstante, no es posible alcanzar los objetivos de gestión sin una supervisión constante y una medición transparente del desempeño.

Los principios indicadores clave de desempeño recogidos en el presente manual se establecieron en el transcurso de dos talleres sobre indicadores de desempeño en microseguros celebrados en 2006 y 2007. Si bien existen algunas diferencias en su desempeño e interpretación, dichos principios e indicadores son aplicables a todos los proveedores de servicios de microseguros con independencia de su estructura legal, entorno, estructura organizativa y tipo de productos de microseguros ofertados.

La primera versión del manual se publicó en abril de 2008. Dado el volumen de comentarios aportados por expertos y participantes en talleres posteriores, consideramos oportuno publicar una segunda versión ampliada y mejorada. Esta versión recoge más ejemplos, emplea mejores datos para ilustrar cada indicador, clasifica los principios e indicadores por categorías, desarrolla una serie de conceptos tales como la consistencia entre pasivos y activos y cuenta con un glosario de términos más extenso. La definición del indicador de puntualidad en la liquidación de siniestros también se ha visto modificada para reflejar cualquier dificultad que se le pueda presentar al asegurado durante la tramitación de una reclamación. Por último, en el Capítulo 3 se presentan de manera breve el seguro basado en índices y el seguro Takaful, junto con algunas directrices para adaptar los principios e indicadores a estos tipos de programas.

Si bien en el presente manual los indicadores se centran fundamentalmente en el desempeño financiero, al discutir cada indicador señalamos también su significado o interpretación social.

Para aportar ejemplos se han utilizado datos procedentes de cinco programas distintos de microseguros gestionados por cuatro organizaciones diferentes en África y el Sur de Asia. En los casos en los que los datos existentes resultaban incompletos se ha utilizado la interpolación de manera ocasional para completar y mejorar los ejemplos.

Los programas de muestra son:

Programa	Organización	Requisitos de participación	Categoría
Vida crédito	Aseguradora de África Occidental gestionada por una red cooperativa, vendido a cooperativas primarias que participan de manera voluntaria	Obligatorio en la cooperativa primaria que opta por distribuir el producto	Colectivo
Ahorros de vida	Misma aseguradora que arriba	Automático en la cooperativa primaria que opta por comprar el producto (la cooperativa paga la prima)	Colectivo
Vida individual y dotal	Empresa aseguradora propiedad de una cooperativa que atiende al sector de las cooperativas y al público general	Voluntario	Individual
Salud individual	Mutua con cinco años de existencia y base comunitaria en un área rural, que cubre la atención sanitaria primaria	Voluntario dentro de la comunidad	Individual
Colectivo de vida	Mutua aseguradora africana	Obligatorio en la cooperativa primaria que opta por comprar el producto a la empresa	Colectivo

El presente manual se estructura del siguiente modo: el Capítulo 1 “Medición de desempeño en microseguros” describe nueve principios y diez indicadores clave; el Capítulo 2 “Midiendo el desempeño: temas específicos de interpretación” se centra en algunas consideraciones especiales que deben tenerse en cuenta al evaluar el desempeño de determinados productos y del modelo de socio-agente; el Capítulo 3 sobre “Benchmarking” introduce esta cuestión.

A lo largo de todo el texto se deja de lado la distinción tradicional entre seguros de vida y no vida en un intento por generalizar el debate con algunos ejemplos específicos de carácter ilustrativo y casos especiales traídos a colación cuando ha sido necesario.

LA HOJA DE DATOS SOBRE MICROSEGUROS (Recuadro 1)

La hoja de datos sobre microseguros forma, junto con el presente manual, la herramienta "indicadores de desempeño para microseguros". Ambos elementos se complementan entre sí y están diseñados para su uso conjunto. La hoja de datos facilita el cálculo de los indicadores clave de desempeño, mientras que el manual ayuda al lector a interpretar los resultados obtenidos.

La hoja de datos sobre microseguros es una herramienta fácil de usar que integra las cuentas anuales adaptadas para su uso por los profesionales de los microseguros. Aplica los principios clave correspondientes y calcula los diez indicadores clave de desempeño que se abordan en el presente manual. Realizada en Excel, la hoja de datos de microseguros sólo requiere que el usuario disponga de la aplicación Microsoft Excel instalada en su equipo. Para beneficiarse de sus múltiples características integradas es necesario habilitar las macros de Excel. Dichas características incluyen el cambio de idioma de la interfaz, ventanas emergentes con una descripción de cada elemento que se debe complementar y una personalización de las cuentas anuales en función del número de productos de microseguros y del acceso a los reaseguros.

Con objeto de calcular los diez indicadores clave de desempeño, los usuarios de la hoja de datos de microseguros deben completar cuatro hojas.

La primera, la hoja de Identificación, es simplemente una breve descripción de la organización y de los productos de microseguros. En función del número de productos que se inserten aparecerán filas adicionales en las cuentas anuales. Esto va en la línea con el principio de separación de los datos, en el que se explica que los datos deben dividirse para poder calcular los indicadores de desempeño para cada producto y no a nivel organizacional. Además, los elementos relevantes para los reaseguros sólo aparecerán en la cuenta de resultados y en el balance de situación si el usuario indica que disponen de un contrato de reaseguros para un producto concreto de microseguros.

Las dos hojas siguientes, Balance de situación y Cuenta de pérdidas y ganancias, constituyen unas cuentas anuales básicas para los proveedores de microseguros. Este modelo difiere del de las empresas aseguradoras normales para adaptarse a las exigencias de los principios e indicadores clave descritos en el presente manual. Entre las diferencias destacan la separación de ingresos y gastos por productos, la contabilización de los reaseguros como gastos y la inclusión de donaciones. No se ha mantenido la división tradicional entre seguros de vida y no de vida. En el balance de situación de la hoja de datos los activos se dividen en activos admitidos y no admitidos para permitir el cálculo correcto del índice de solvencia, con independencia de la estructura legal del proveedor de microseguros.

La última hoja que hay que rellenar solicita información adicional para calcular los indicadores clave de desempeño que no pueden extraerse de los componentes de las cuentas anuales. Con objeto de calcular el índice de cobertura, el índice de crecimiento, el índice de renovaciones, el índice de puntualidad en la liquidación de siniestros y el índice de rechazo de reclamos, se solicita al usuario que complete algunos datos clave sobre los beneficiarios del programa de microseguros.

A partir de la información introducida se calculan los diez indicadores clave de desempeño en las hojas de índices, que se pueden visualizar en diagramas integrales en la hoja de gráficos. Los gráficos combinan indicadores relevantes en un mismo diagrama para tratar de demostrar la interacción entre los distintos indicadores clave.

REGÍSTRESE EN WWW.MICROFACT.ORG

Los usuarios que completen el registro gratuito no sólo recibirán sin coste alguno la hoja de datos y asesoramiento sobre el modo en que deben usarla, sino también información actualizada sobre nuevas ediciones tanto de la hoja de datos de microseguros como del manual "Indicadores clave de desempeño para microseguros" y talleres relacionados con los mismos.

1. MEDICIÓN DE DESEMPEÑO EN MICROSEGUROS

Este capítulo contiene definiciones, fórmulas, descripciones e interpretaciones para los diez indicadores clave de desempeño para microseguros. En la medida de lo posible se presentan ejemplos y cuestiones sobre el desempeño del sector en relación con cada una de las áreas de desempeño.

A lo largo del mismo, el lector debe tener en cuenta que estos indicadores clave están pensados para ser supervisados por la gerencia de forma regular y no bastan, por sí solos, para contar la historia en su totalidad: son meros indicadores clave y no el conjunto de indicadores posibles. Cada uno de ellos puede ampliarse a uno o más subindicadores que proporcionarán información adicional sobre lo que sucede en un área específica. Por ejemplo, el indicador “índice de siniestralidad” puede dividirse en varios subindicadores, entre ellos los indicadores “incidencia por exposición al riesgo” y “cantidad media de siniestros”. Del mismo modo, si se desea pueden añadirse indicadores adicionales para medir áreas operativas que no hayan quedado cubiertas aún.

A diferencia de lo que ocurre en las microfinanzas, a menudo existen numerosos socios involucrados en la aplicación de un programa de microseguros. Además, la diversidad y complejidad de productos suele ser mayor que en microfinanzas. Esto complica en cierto modo el debate, ya que el desempeño debe medirse en distintos socios y modos de suministro, así como en una variedad de líneas de producto. Tal y como se analiza en el Capítulo 3, esta diversidad hace también que la parametrización y la comparación de desempeños para microseguros suponga un mayor reto que en el caso de las microfinanzas.

A los efectos del presente manual, definimos los microseguros como “...la protección de personas con rentas bajas frente a riesgos específicos a cambio del pago regular de una prima proporcional a la probabilidad y al coste del riesgo en cuestión”. En esencia, se podría aplicar esta misma definición a los seguros normales si no fuera porque en este caso se define claramente un mercado o público objetivo: personas con rentas bajas [...]. En general los microseguros están dirigidos a personas ignoradas por los programas de seguros sociales o comerciales generalistas, personas que no tienen acceso a productos adecuados”.¹

El manual hace especial énfasis en revisar el desempeño desde el punto de vista del consumidor del producto o servicio, es decir, del cliente o miembro asegurado. Tal y como se describe en el Principio 9, el programa de microseguros debe estar al servicio del miembro o cliente asegurado y, desde esta perspectiva, tiene sentido comparar el desempeño con el de otros programas con la intención de incrementar la eficiencia.

Este enfoque del desempeño puede aplicarse a todos los tipos de proveedores puesto que, en definitiva, un buen desempeño y una mayor eficiencia se traducen en ofrecer mejores productos y servicios del modo más económico para el consumidor. En el caso de programas con múltiples socios, esto también implica que el desempeño se entenderá como un todo, sin centrarse en un socio específico.

La titularidad de algunos programas de microseguros corresponde a los miembros, mientras que en otros casos no es así. En este manual nos referimos a los asegurados en primera instancia como miembros y en segunda como clientes. El término “asegurado” se emplea de manera general y puede referirse tanto a un miembro como a un cliente. Además, aunque utilicemos los términos producto y programa de manera intercambiable, damos preferencia al término programa ya que es más general y abarca la noción de servicio. Algunos proveedores de microseguros, como por ejemplo los programas basados en miembros, tienden a contemplar los microseguros más como un servicio que como un producto.

1 Churchill, Craig, 2006: ¿Que es el seguro para los pobres? En Churchill, C. (ed.): Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros. Munich Re Foundation/OIT, Ginebra.

1.1 LOS PRINCIPIOS CLAVE

En este capítulo se describen nueve principios clave que se consideran una parte integral de la gestión de un programa de microseguros. En cierto sentido, pueden verse como condiciones *a priori* o requisitos asumidos sin los cuales resulta imposible realizar una medición transparente y precisa del desempeño. Dichos principios de desempeño no deben confundirse con los principios fundamentales del seguro o del riesgo compartido (ver Anexo A).

LOS NUEVE PRINCIPIOS CLAVE SON:

I. Contabilidad

1. Separación de los datos
2. Producción de estados financieros

II. Gestión de seguros

3. Reunión de datos relevantes y precisos
4. Cálculo y constitución de reservas
5. Monitoreo de siniestros, eficiente y continuo
6. Políticas de inversiones claras

III. Prácticas operativas

7. Capacidad técnica aseguradora
8. Transparencia
9. Dedicación al cliente

I. CONTABILIDAD

Principio 1: Separación de los datos

El negocio de los microseguros tiene un marcado carácter técnico y se basa en una serie de principios y estadísticas fundamentales. El éxito a largo plazo requiere de un buen desempeño de la gerencia en diversas áreas, incluyendo diseño de productos, gestión de riesgos e inversiones, mantenimiento de calidad, distribución eficaz y una fijación de precios certera. Para que el desempeño de todas estas áreas sea positivo y homogéneo, los gestores precisan de una información pertinente y fiable obtenida a partir de datos de calidad generados por las actividades de microseguros. De esto se desprende que una de las unidades funcionales más importantes que debe desarrollarse desde el inicio es un departamento de datos competente y capaz de desarrollar sistemas y gestionar datos.²

Numerosas organizaciones proporcionan otros servicios además de microseguros y, si bien es posible integrar las actividades derivadas de ofrecer múltiples servicios, los datos procedentes de microseguros deben obtenerse de modo que puedan separarse con facilidad de otros datos generados por actividades distintas de los microseguros. Mantener una contabilidad separada para los microseguros y para otras actividades como las microfinanzas permitirá una medición independiente del desempeño financiero de cada actividad. Por ejemplo, en el caso de microaseguradoras de pequeña envergadura puede ser suficiente contar con estimaciones razonables de los costes de personal a tiempo parcial y del uso del resto de recursos para la actividad derivada de los microseguros; sin embargo, las microaseguradoras de mayores dimensiones con personal dedicado a tiempo completo deben contabilizar los salarios reales y otros costes asociados al funcionamiento del programa.

2 Garand, D. y J. Wipf, 2006: Tarificación del producto de microseguros. En Churchill, C. (ed.): Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros, Munich Re Foundation/OIT, Ginebra, p. 240.

Este principio se extiende también al mantenimiento de datos separados para cada producto, ya que esto permite evaluar la supervisión, gestión y cálculo de indicadores de desempeño para cada producto. Aislar el desempeño de los productos facilita el análisis y permite una respuesta de gestión más específica. En ocasiones, los resultados de un producto con un desempeño pobre pueden quedar enmascarados por el desempeño estelar de otro producto. Para identificar estos casos es necesario contar con datos específicos por productos. Es poco probable que un programa de microseguros pueda desarrollarse hasta alcanzar su pleno potencial si no es capaz de acometer esta tarea.

Principio 2: Producción de estados financieros

Todos los programas de microseguros deberían ser capaces de producir los siguientes estados financieros basándose en sus actividades:

- a) Cuenta de resultados (también llamada cuenta de pérdidas y ganancias);
- b) Balance de situación;
- c) Estado de flujos de tesorería (también llamado origen y disposición de los fondos).

Existen variaciones en el modo en que se preparan los estados financieros en las diferentes regiones del mundo. Por ejemplo, en muchos países francófonos el formato es muy distinto del que se utiliza en otros países como los Estados Unidos. Al margen del formato, existen unas normas mínimas que han de respetarse, a saber:

- La información de microseguros ha de separarse de la del resto de actividades;
- La información debe desglosarse en cada producto de microseguros;
- La información debe basarse en bases de datos completas y auditadas;
- Debe emplearse el método de contabilidad de causación, reconociendo ingresos, gastos, siniestros y pasivos a medida que se incurre en ellos;
- Los estados han de producirse al menos trimestralmente;
- Los estados deben generarse de manera oportuna, dentro de un plazo predeterminado de días³ a partir del término del período contable;
- Los ingresos netos deben mostrarse antes de subsidios no permanentes (es decir, subsidios temporales y subsidios que se espera que terminen en un período futuro); y
- Los niveles de reservas (ver Principio 4) deben contabilizarse como pasivos en el balance de situación y los incrementos de reservas como gastos en la cuenta de resultados.

La gerencia precisa de estados financieros preparados de este modo para obtener una visión general puntual del desempeño, si bien es posible que los estados financieros deban cumplir además con algunos requisitos y estándares normativos adicionales.

La hoja de datos forma parte de la herramienta de indicadores clave de desempeño y se analiza en el Recuadro 1. El formato del balance de situación y la cuenta de pérdidas y ganancias que se utilizan en la hoja de datos puede servir de guía para el desarrollo de una cuenta de pérdidas y ganancias y un balance de situación para un programa de microseguros.

Este principio se consideraba el Principio 3 en la versión anterior, pero se ha intercambiado con el siguiente principio como consecuencia del proceso de clasificación.

³ Idealmente lo antes posible, de manera realista en un plazo de 15 días y no más tarde de 30 días.

II. GESTIÓN DE SEGUROS

Principio 3: Reunión de datos relevantes y precisos

El Principio 1 establece razones de peso para separar los datos de microseguros de los datos del resto de una organización. Puesto que el sector de los seguros se centra en estadísticas acumulativas procedentes de sus datos de experiencia, la robustez y relevancia de los datos recopilados resulta esencial. Deben diseñarse bases de datos que reciban información de diversos profesionales, incluyendo un actuario y gestores de programas para asegurar que la información técnica necesaria para el establecimiento de precios, el cálculo de reservas y la gestión operativa se captura de manera adecuada para cada producto.

Cómo se usan los datos operativos (Tabla 1)

Área de desempeño	Requisitos para un desempeño adecuado	Ejemplos de datos necesarios relativos a operaciones primarias
Gestión de riesgos	Comprensión de los riesgos asegurados	<ul style="list-style-type: none"> • Vida, incapacidad, salud: fecha de nacimiento, sexo, ocupación, etc. de todos los asegurados • Salud: enfermedades / causas de hospitalización • Meteorología: datos de precipitaciones
Gestión de inversiones	Una combinación de activos que optimiza la seguridad, la liquidez y las rentas de inversión del programa	Para vida y salud datos primarios como edad, sexo, ocupación y demás información acerca de los asegurados que permita al actuario proyectar el momento y el importe de futuros reclamos y gastos. Esta información se emplea entonces para seleccionar los activos adecuados en los que invertir los fondos de reserva (ver Principio 4)
Calidad de productos y servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión de las preferencias del cliente • Capacidad para medir el desempeño 	<ul style="list-style-type: none"> • Fechas en que se comunican y pagan los siniestros para supervisar el indicador de puntualidad en la liquidación de siniestros • Razones para la renovación / no renovación
Control de costes y gestión de siniestros	Comprender las causas de los siniestros	Información detallada sobre el siniestro tal como la fecha en que se produjo el evento asegurado, el importe del daño/pérdida, etc.
Gestión general	Estados financieros	Datos detallados sobre transacciones tales como pagos individuales de primas, complementos a los ingresos, etc.
Marketing	Productos con capacidad de respuesta y un buen valor	<ul style="list-style-type: none"> • Eventos que motivan el reclamo, en especial defunción, hospitalización, incapacidades • Razones para la renovación / no renovación
Fijación de precios de productos	Tasas de primas acordes a los riesgos cubiertos y aún así competitivas y de buen valor	<ul style="list-style-type: none"> • Al menos todos los datos anteriores • Datos sobre personas aseguradas tales como fecha de nacimiento, sexo, etc. • Detalles sobre activos asegurados tales como valor financiero, composición, número de serie etc.

Si bien muchas microaseguradoras no recopilan suficientes datos o los datos adecuados, otras recopilan demasiada información. Existe una correlación entre el coste derivado de recopilar datos adicionales y el incremento de ganancias ocasionado por la información añadida. Una recopilación excesiva de datos puede resultar muy costosa, mientras que una información insuficiente limitará la capacidad de la gerencia y la evolución del negocio. Dependiendo de la organización, los sistemas adecuados de gestión de información pueden ser desde una sencilla serie de hojas de cálculo acumulativas⁴ hasta elaborados sistemas de administración a medida o aplicaciones informáticas financieras y contables exhaustivas que abarquen todos los departamentos.

Una mala práctica por parte de numerosas microaseguradoras consiste en eliminar los registros de datos cuando expiran las pólizas o certificados o cuando los miembros abandonan el programa. Los datos deberían conservarse de manera indefinida en archivos, ya que pueden resultar útiles para analizar el historial de actividad en un momento posterior. Otro error habitual consiste en mantener los totales acumulados de valores clave como pagos por primas en lugar de conservar historiales individualizados de las transacciones. Sin estos historiales resulta muy difícil para el actuario fijar los precios con precisión, ya que debe recurrir a estimaciones para cubrir las lagunas.

La calidad de los datos es un componente importante de este principio. Algunas organizaciones acumulan voluminosas bases de datos pero no invierten lo suficiente en asegurar que los datos sean precisos y utilizables. Deben diseñarse sistemas para controlar y editar los datos en el momento de su entrada: por ejemplo, unos sencillos menús desplegados incrementan la precisión y la velocidad de entrada de datos. Deben añadirse aplicaciones informáticas al sistema para analizar de manera periódica la coherencia de la base de datos en función del historial de normas del negocio.

En el caso de programas en los que participen varios socios es posible fragmentar las bases de datos. Por ejemplo, un programa sanitario puede recopilar datos de sus distintos socios potenciales: distribuidor, administrador tercero, aseguradora, intermediario y proveedores de servicios, entre otros.

Para garantizar que se capturan los datos adecuados, los diferentes usuarios finales deben tomar parte en el diseño de la base de datos. A menudo las organizaciones confían excesivamente en sus programadores para determinar los tipos de datos que se van a recopilar. El diseño de una base de datos requiere de una comprensión profunda de las operaciones de microseguros y de la capacidad de prever futuros cambios en los requisitos.

Ejemplos de bases de datos de microseguros y diseño de contenido (Tabla 2)

Requisitos del programa	El diseño de la base precisa los comentarios de
Para evaluar indicadores de desempeño, para una gestión eficaz	Gerencia y personal de apoyo
Para gestión financiera y contabilidad	Gerencia, contable y personal de apoyo
Para calcular reservas y fijar el precio de productos	Actuario, suscriptor
Para cumplir con exigencias normativas	Gerencia, actuario y personal de apoyo
Para gestionar canales de distribución (por ejemplo IMF, agentes individuales, etc.)	Directores de marketing y personal sobre el terreno

⁴ Es decir, historiales de transacciones y cambios de estado acumulativos, campos no acumulativos (total acumulado).

Un sistema de calidad para la gestión de la información debe incluir:

- a) Una base de datos relacional con formato normalizado⁵;
- b) Aplicaciones desarrolladas para la supervisión de siniestros y la evaluación de indicadores de desempeño;
- c) Aplicaciones para la gestión financiera y de riesgos.

En resumen, los datos constituyen un valioso recurso que debe recopilarse y gestionarse correctamente para permitir la extracción de la valiosa información que contienen.

Principio 4: Cálculo y constitución de reservas

Con el paso del tiempo, todos los programas de microseguros acumulan pasivos tales como ajustes por periodificación o prestaciones garantizadas en el futuro. Los pasivos deben financiarse como si hubieran devengado de forma que puedan abonarse con rapidez en el momento de su vencimiento. Las reservas actuariales, fondos de reserva o provisiones técnicas, o las propias reservas, son fondos establecidos por aseguradoras y gestionados con esta finalidad.

En general, este manual considera una reserva bien como un fondo, bien como una provisión contable que se aparta para financiar los futuros pasivos netos de un programa de microseguros. Es extraño encontrar un programa que no precise de reservas. En el caso de los programas socio-agente, la organización distribuidora (el agente) no suele precisar reservas, pero la aseguradora que cubre el riesgo (el socio) debe establecer las reservas adecuadas para hacer frente a sus obligaciones futuras y evaluar el estado financiero del programa (desde su propia perspectiva) para un período contable específico. Del mismo modo, una microaseguradora independiente con retención de riesgos debe calcular y establecer reservas.

La definición más general establece que una reserva es el valor actuarial presente de los pasivos futuros menos el valor actuarial presente de las primas futuras. Normalmente resulta muy difícil calcular las reservas exactas utilizando esta fórmula ya que deben aplicarse cálculos y estadísticas actuariales complejas. A menudo se aplican en su lugar herramientas y métodos simplificados que siguen normas y prácticas aceptadas. Estos instrumentos precisan de las bases de datos comentadas en los Principios 1 y 3 como fuente principal de información.

¿EN QUÉ CONSISTE EL VALOR ACTUARIAL PRESENTE? (Recuadro 2)

Explicado de manera sencilla, el valor actuarial presente hace referencia al valor actual estimado de una cantidad de dinero que quizás se pague o cobre en el futuro. Al proceder al cálculo del valor actual, el actuario descuenta la cantidad futura a la cantidad del momento presente incorporando el valor temporal del dinero (es decir, considerando que las inversiones generan intereses, dividendos o se revalorizan) junto con las probabilidades y fechas de todos los eventos que determinan si dicha cantidad terminará por materializarse o no.

Veamos un ejemplo muy sencillo: supongamos que existe una probabilidad del 75% de que deban abonarse 1.000 unidades monetarias en un periodo de exactamente un año.

Si se espera que el tipo de interés medio preferente sea de un 10% a lo largo del año, el actuario estimaría el valor actuarial presente del pago del siguiente modo:

$$1.000 \times 0,75 / 1,10 = 681,82$$

5 En teoría de bases de datos relacionales, la normalización es el proceso mediante el cual se reestructura el modelo lógico de datos de una base de datos para eliminar redundancias, organizar los datos de manera eficaz, reducir la repetición de datos y reducir el potencial de anomalías durante el tratamiento de los datos. Definición en Wikipedia: http://en.wikipedia.org/wiki/Relational_database.

Dado que las reservas se traducen en pasivos al término de un período contable, los métodos deben medir con precisión cualquier pasivo que se encuentre pendiente en ese momento. Al margen de los gastos y reclamos que se esperan de los eventos de riesgo habituales (tales como tasas normales de defunción y enfermedad), debería existir también algún tipo de provisión para eventos menos probables (como terremotos, epidemias, etc.)⁶. Las reservas para productos a largo plazo deben ser calculadas directamente por un actuario.

En microseguros, las reservas más habituales calculadas para productos de vida y salud se muestran a continuación en la Tabla 3. Para una explicación más detallada, consúltese el Anexo B.

Reservas simplificadas establecidas para la mayoría de programas de vida, salud e incapacidad (Tabla 3)

Reservas	Tipo de pasivo
Reserva de primas no devengadas	Siniestros que se producirán en lo que queda del período para el que se ha abonado la prima
Reserva de siniestros ocurridos pero no reportados	Siniestros que se han producido pero aún no se han comunicado
Reserva por siniestros en curso de liquidación	Siniestros que ya se han comunicado pero aún están siendo liquidados
Reserva para pasivos devengados	Otros gastos futuros devengados, siniestros, ahorros, intereses devengados

Además de estas reservas, algunos programas establecen también una reserva de contingencias para retener temporalmente beneficios o para absorber fluctuaciones estadísticas en los siniestros.

El nivel de reservas varía en función del tipo de producto de microseguros, de su diseño y características, y del modo en que la microaseguradora esté implantando el programa. Por ejemplo, las reservas para un producto de microseguro de vida no son las mismas que las que se necesitan para un producto de microseguro de salud, del mismo modo que productos idénticos ofrecidos por dos microaseguradoras diferentes pueden exigir niveles de reservas diferentes por diferencias en el estilo de gestión o en los enfoques sobre la distribución.

Entre los determinantes que afectan a los niveles de reservas para un producto específico se incluyen:

- Perfil de riesgo de los clientes o activos cubiertos;
- Estilo de gestión del programa de microseguros;
- Futuros tipos de interés y tasas de inflación asumidos;
- Estructura de beneficios y otras características del producto;
- Requisitos normativos; y
- Márgenes para compensar errores en la fijación de precios.

Principio 5: Monitoreo de siniestro, eficiente y continuo

A la hora de aplicar este principio de monitoreo continuo de reclamaciones, debe hacerse hincapié en la detección de desarrollos de tendencias y modelos de siniestros, ya que esto conducirá a decisiones de gestión más prácticas y mejor informadas. Esto resulta especialmente importante para algunos tipos de programas, como los seguros de salud, en los que cualquiera de los numerosos factores volátiles que afectan a los siniestros puede cambiar de manera repentina. Tanto la incidencia de los siniestros (frecuencia) como su importe (gravedad) deben supervisarse de manera independiente.

⁶ Además, todas las aseguradoras y programas autoasegurados deberían adquirir en la medida de lo posible coberturas de reaseguro para acontecimientos catastróficos de grandes dimensiones.

Una supervisión continua mejorará también la comprensión del grado y la naturaleza de los eventos de riesgo asegurados, ayudará a identificar riesgos morales, mejorará la fijación de precios y ayudará a minimizar la selección adversa. Este tipo de supervisión y análisis resulta importante incluso para programas de evaluación común⁷ porque contribuye a la identificación de problemas emergentes en fases tempranas. El estudio de las reclamaciones denegadas resulta igualmente útil, ya que aporta elementos para diseñar mejor los productos y materiales educativos.

En el caso de los productos de vida, salud e incapacidad, los siniestros reales deben compararse con los siniestros previstos por edad, sexo y otros parámetros importantes que se consideraron a la hora de establecer las primas; esta comparación arrojará luz sobre la precisión de las asunciones en materia de precios. También la fijación de precios puede mejorar a medida que se identifican nuevos e importantes parámetros.

Para autoevaluar si se está respetando este principio, deben plantearse las siguientes preguntas:

- ¿La organización tiene diseñada una base de datos acumulativa de siniestros, con entradas de datos de la gerencia y de expertos, incluyendo un actuario?
- ¿La base de datos de siniestros es completa y está actualizada?
- ¿Es posible identificar con rapidez cambios en las tendencias y modelos de siniestros?
- ¿Existen herramientas informáticas capaces de comparar los siniestros reales con los siniestros esperados en un período específico?
- ¿Es posible detectar con facilidad selecciones adversas y riesgos morales?

Existen numerosos atributos importantes (elementos o campos de datos) con los que todo registro de siniestros debe contar. Si bien los requisitos pueden variar en función del producto, todos los registros de siniestros deben contener como mínimo los atributos enumerados en la Tabla 4.

Elementos básicos necesarios para la supervisión de siniestros (Tabla 4)

Dato	Explicación
Fecha del siniestro	¿Cuándo se produjo el suceso que provocó el siniestro?
Fecha de comunicación	¿Cuándo se informó a la microaseguradora del siniestro?
Fecha(s) de pago	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo se pagó el siniestro? • ¿Cuándo llegó el dinero al beneficiario?
Asegurado / titular de la póliza	Es la principal llave de acceso a la base de datos del asegurado, donde se supone que se almacenan los atributos más importantes de los asegurados.
Evento de riesgo y causa que resultó en una pérdida/ siniestro	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál fue el evento de riesgo que resultó en el siniestro? (por ejemplo, causa de la defunción / incapacidad / enfermedad / causa del daño a la propiedad) • Seguro de salud: también debe hacerse un seguimiento de la enfermedad o tipo de afección, clasificándolos como mínimo en categorías principales como malaria, etc. para permitir la adopción de medidas preventivas.
Pérdidas incurridas y cubiertas	Es muy importante reflejar TANTO las pérdidas incurridas COMO las cubiertas. El registro de las pérdidas incurridas permite: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la adecuación de la cobertura de seguro; • Calcular el coste de una extensión de la cobertura; • En el caso de los seguros de salud, determinar las estructuras máximas adecuadas de copago y beneficio.
Desglose / detalles de pérdidas	En seguros de salud, un desglose de los costes incurridos y cubiertos permite una gestión de siniestros más eficaz y un cálculo del impacto financiero de las exclusiones.

⁷ Por regla general los programas de evaluación común son más inclusivos y, por lo tanto, pueden tener menos tendencia a supervisar de cerca los siniestros.

Principio 6: Políticas de inversiones claras

Para algunos productos de microseguros, en especial aquellos con una mayor duración o con un importante componente de ahorro, la viabilidad depende en gran medida de las decisiones de gestión de inversiones acerca de activos que apoyen reservas, capital y excedentes. Así pues, una organización de microseguros debe contar con una política de inversiones formal, clara y prudente con los siguientes requisitos mínimos:

- Deben existir normas claras sobre diversificación de activos;
- Deben existir límites en las proporciones en que se puede invertir en cada grupo principal de activos;
- Deben existir límites en las proporciones y cantidades en que se puede invertir en un mismo activo u organización;
- Debe especificarse un grado mínimo de inversión para cada clase de activo; y
- Para productos de duración superior a un año se requiere consistencia entre pasivos y activos para la inversión de reservas.

Los programas regulados a menudo deben aceptar los requisitos de inversión impuestos por las autoridades normativas, y la política de inversiones debe aumentarlos a continuación. Esto es aplicable sobre todo a productos de seguro a largo plazo o permanentes, que son especialmente sensibles al modo en que se realizan las inversiones.

En términos más generales, una política de inversión debería abordar al menos las siguientes cuestiones:

- a) La **calidad de los activos** (grado de inversión) es especialmente importante si la microaseguradora cuenta con una acumulación sustancial de activos para apoyar productos a largo plazo (reservas para pasivos devengados) o ha recibido una subvención para el capital inicial.
- b) La **diversificación de activos** tiene como objetivo evitar una concentración de activos invertidos, si bien el potencial diversificado dependerá de la situación específica del país. Concentrar todas las inversiones en una única fuente o tipo de activo representa un problema potencial. Como directriz y norma general, los bienes inmuebles no deberían exceder el 10% de los activos invertidos.
- c) La **consistencia entre pasivos y activos** debe practicarse también para productos a largo plazo, ya que una inconsistencia significativa podría provocar la quiebra de la organización.
- d) La **gestión de la liquidez** también es necesaria a corto plazo.

La banca islámica no permite inversiones en instrumentos remunerados a través de intereses, pero permite aplicar comisiones y compartir beneficios. Con esto en mente, pueden modificarse fácilmente las reflexiones sobre este principio para adaptarse a un contexto islámico (ver Capítulo 2.7).

¿EN QUÉ CONSISTE LA CONSISTENCIA ENTRE PASIVOS Y ACTIVOS? (Recuadro 3)

Tal y como se explica en el Principio 4, una reserva se establece para financiar pasivos devengados. Incluso en caso de que las reservas para un producto cuenten con financiación adecuada en el presente puede que los tipos de activos en que están invertidos los fondos no sean adecuados, lo que podría traducirse bien en iliquidez o en ingresos insuficientes en el futuro. Esto puede suceder incluso si los activos son de buena calidad. El problema surge como consecuencia del futuro desajuste entre activos y flujos de caja de pasivos.

La finalidad de la consistencia entre pasivos y activos es alinear de manera óptima los activos y los pasivos para alcanzar dos objetivos principales:

- Asegurar una liquidez suficiente a largo plazo alineando la proyección de flujos de caja de activos con la proyección de flujos de caja de pasivos; y
- Maximizar las ganancias dentro de las restricciones de la política de inversión.

El proceso es el siguiente:

- 1) Proyectar al futuro todos los pasivos (siniestros, gastos, pagos por cancelación, etc.) incorporando tanto los momentos como los importes esperados. El resultado es el llamado flujo proyectado de pasivos o salida de tesorería futura por pasivos, y puede producirse a través de aplicaciones informáticas que se alimentan a partir de las bases de datos de microseguros (una razón más para promover la correcta gestión de los datos).
- 2) Reorganizar los activos en los que están invertidos los fondos de reserva, de modo que los intereses, dividendos y demás ingresos proyectados por inversiones, junto con los vencimientos de bonos y depósitos a plazo (es decir, entradas de tesorería o flujo de ingresos), coincidan de manera aproximada con el flujo proyectado de pasivos.

Cuanto mayor sea el bloque de la actividad de seguros, con mayor frecuencia deberá reorganizar activos la aseguradora. Una elevada facturación o un crecimiento rápido del negocio pueden requerir reorganizaciones más frecuentes. Puede resultar más eficaz reorganizar si el mercado de comercio de activos es bastante líquido y las opciones de inversión son extensas.

En países menos desarrollados, en los que se concentran actualmente numerosos programas de microseguros, los mercados de capital suelen ser bastante limitados y estar menos desarrollados. Aún así, sigue siendo posible buscar la consistencia entre pasivos y activos de un modo más básico, contentándose con los activos disponibles, sean de la calidad que sean.

III. PRÁCTICAS OPERATIVAS

Principio 7: Capacidad técnica aseguradora

Numerosos profesionales son recién llegados al sector de los seguros y acceden a él sin la preparación y formación necesarias sobre principios de seguros, gestión de riesgos, gestión de inversiones y otras áreas técnicas importantes. Los seguros requieren una comprensión en profundidad de los principios técnicos del seguro sobre los que se fundamenta el sector, así como de las buenas y malas prácticas de gestión. Esto es de aplicación sobre todo a los programas autoasegurados; para modelos socio-agente el asegurado puede (y debe) aportar formación y soporte técnico.

Tal y como se ha recalcado en el Principio 3 acerca de la recopilación de datos relevantes y precisos, es importante diseñar dichos sistemas con la ayuda de la gerencia y de un actuario para asegurar que los datos registrados resulten útiles para una revisión periódica de los precios de los productos. Los programadores actuariales también pueden desarrollar aplicaciones tales como cálculos inversos y reaseguros.

Este principio requiere el desarrollo de capacidades técnicas suficientes para gestionar el programa de manera eficaz. La siguiente autoevaluación ayudará a identificar lagunas de capacidad y a determinar si un programa podría beneficiarse de la intervención de un experto:

- ¿Se llevan a cabo auditorías internas y externas?⁸
- ¿Cómo se sitúa el sistema de información de gestión en relación con el nivel mínimo recomendado?
- ¿Qué tipo de información se recopila y cómo se utiliza?
- Al margen de la acumulación de datos, ¿qué tipo de información de gestión proporcionan los sistemas?
- ¿Cuál es la fuente y el contenido de la formación de la gerencia y del personal en materia de microseguros?
- ¿De los seis primeros principios cuántos no se están cumpliendo por falta de capacidad técnica?

El desarrollo de dicha capacidad puede ser financiado por donantes, ayudas gubernamentales o aseguradoras. Es necesario abordar todas las áreas en las que se hayan identificado debilidades: marketing, fundamentos de seguros, gestión de riesgos, asistencia a auditorías, suscripciones, desarrollo de personal, etc.

Principio 8: Transparencia

Todos los cálculos, procedimientos, recopilaciones de datos e informes deben respetar el principio de transparencia para proporcionar información valiosa y precisa que sirva para mejorar los procesos y reforzar la credibilidad. Esto no ha de limitarse a poner más datos a disposición de un mayor espectro de partes interesadas y del público asegurado, sino también hacer que los datos sean más accesibles y se presenten en un formato y con un lenguaje más lógico y comprensible. Abrumar al público con volúmenes ingentes de datos no incrementa, por sí mismo, la transparencia.

Este principio complementa bien los demás principios en la medida en que, por ejemplo, promueve mejores normas contables, información pertinente, el uso de indicadores de desempeño, aplicaciones informáticas y bases de datos mejoradas, capacidad de gestión reforzada, etc.

Además, la evaluación y publicación de indicadores clave de manera periódica supondrá un incremento de la transparencia. También es importante que los proveedores de microseguros hayan recibido acceso para poner a disposición de donantes y beneficiarios información clara sobre los recursos disponibles. No deben esconderse los subsidios; disponer de una contabilidad económica clara de la actividad de microseguros redundará en el interés de todas las partes interesadas.

⁸ Las auditorías internas refuerzan el control global sobre la estructura y deben realizarse con frecuencia, por ejemplo, trimestralmente. Las auditorías externas también son necesarias pero pueden llevarse a cabo con una menor periodicidad: por ejemplo, anualmente.

Principio 9: Dedicación al cliente

El objetivo principal de los microseguros es ofrecer productos de microseguros a las personas menos privilegiadas, si bien existen actores en el mercado que explotan el sector en beneficio propio. Estas organizaciones obtendrían una puntuación baja si existiera un sistema para valorar la inclinación hacia los menos favorecidos asociados a los indicadores. Por este motivo, se ha añadido un noveno principio: la microaseguradora debe tener un enfoque claro, sólido y coherente en proporcionar un servicio eficaz y provechoso al cliente asegurado.

Esto implica que los gestores deben estar en sintonía con las necesidades reales de los clientes. De hecho, la misión y objetivos del programa de microseguros deben establecer que el enfoque consiste en proporcionar productos y servicios relevantes a un precio óptimo y sostenible. Esto supone que todas las decisiones de la gerencia deben considerar en primera instancia el impacto de la decisión sobre el cliente. Este principio refuerza también el motivo por el que se debe evaluar el desempeño desde la perspectiva del consumidor y por el que las preocupaciones por el desempeño social deben vincularse al desempeño financiero.

Un programa de microseguros cuya titularidad corresponde a los miembros tiene más posibilidades de centrarse en sus clientes, ya que son los miembros los que lo organizan y suelen participar en un sistema de gobernanza democrática. En cambio, las empresas aseguradoras y proveedoras de servicios cuya titularidad recae sobre los accionistas, que exigen una rentabilidad competitiva para el capital que han invertido, se centran más en los beneficios y, por lo tanto, es posible que se preocupen menos por optimizar el servicio y el valor para los más desfavorecidos. Ahora bien, existen excepciones viables como que una aseguradora contemple los microseguros como un reto pionero dirigido a ganar la confianza de una comunidad, con la idea de introducir servicios adicionales en el futuro.

PLANIFICACIÓN DE NEGOCIO (Recuadro 4)

En este conjunto de nueve principios se parte de la base de que los gerentes de microseguros se guían por un plan de negocio estratégico a cinco o siete años que se actualiza de manera regular como mínimo cada dos o tres años. Elaborar un plan de negocio y gestionarlo de manera coherente constituye de por sí un importante principio al que todas las actividades comerciales deberían adherirse de manera automática.

Lo mejor es preparar los planes de negocio estratégicos de manera interactiva con información procedente de todas las partes interesadas, incluyendo el equipo de implantación en su conjunto, ya que esto aporta a todo un sentido de titularidad y una determinación por aplicar el plan y alcanzar sus objetivos. En caso de que una organización cuente con otras actividades o servicios para miembros distintos de los microseguros, el plan de negocio debe ser global pero debe existir un subplan para microseguros. A partir del plan estratégico se pueden preparar planes operativos y presupuestos anuales como guía para diversos departamentos.

Evidentemente, todos los planes de negocio contienen objetivos de desempeño, y algunos de ellos deben ser los indicadores clave calculados a partir de los datos financieros proyectados y de otras fuentes. Por ejemplo, los índices de ingreso neto y de gastos incurridos son áreas estándar de objetivos de desempeño en los planes de negocio. Cuando la gerencia supervisa el desempeño real a lo largo del tiempo, debe prestarse especial atención a la variación entre los valores reales y los indicadores proyectados.

1.2. INDICADORES CLAVE DE DESEMPEÑO

El principal objetivo del uso de indicadores de desempeño es producir una imagen realista del desempeño global de un programa de microseguros en una serie de áreas clave. Esto significa que incluso cuando están implicados múltiples socios, se deben calcular los indicadores a partir de los datos combinados de todos ellos. Dado que la perspectiva es desde el programa en su conjunto, los indicadores son aplicables a todos los tipos y modelos organizativos, pero no siempre son relevantes para todos los productos. Se hará especial hincapié en estas cuestiones en la descripción de algunos indicadores de desempeño y en el Capítulo 2, que aborda brevemente algunas cuestiones de interpretación que afectan a los distintos productos.

Si bien el enfoque principal de los diez indicadores clave es la viabilidad financiera, su dimensión de desempeño social queda de manifiesto al no percibirse la viabilidad como el objetivo fundamental, sino como uno de los requisitos necesarios para proporcionar productos de microseguros eficientes a los más desfavorecidos.

La Tabla 5 agrupa los indicadores clave de desempeño en cuatro áreas de desempeño, que sin embargo no responden a ningún orden jerárquico. Con la excepción de los dos indicadores de prudencia financiera, todos deberían poder calcularse por productos. Los programas de mayores dimensiones que asignan activos específicos a productos de seguros también pueden realizar un seguimiento por producto de los índices de solvencia y liquidez.⁹

Las cuatro categorías de indicadores clave de desempeño (Tabla 5)

Indicador	Cuestiones claves	Categoría
Índice de gastos incurridos	¿En qué medida es eficiente la prestación de servicios de microseguros?	VALOR DE LOS PRODUCTOS
Índice de siniestralidad	¿Qué valor tiene el microseguro para el asegurado?	
Índice de ingreso neto	¿El producto o programa de microseguros es viable?	
Índice de renovaciones	¿Cuál es el nivel de satisfacción del asegurado? ¿En qué medida cubre el producto la necesidad real?	VISIBILIDAD DEL PRODUCTO Y SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES
Índice de cobertura	¿En qué medida está desarrollada la visibilidad de seguro?	
Índice de crecimiento	¿En qué medida es competitivo el producto frente a otros productos o alternativas domésticas de gestión del riesgo?	
Puntualidad en la liquidación de siniestros	¿Cuál es el nivel de respuesta del servicio? ¿En qué medida cubre el producto las necesidades del asegurado?	CALIDAD DEL SERVICIO
Índice de rechazo de reclamos	¿En qué medida comprende el producto el asegurado?	
Índice de solvencia	¿Cuál es la capacidad de la aseguradora para hacer frente a obligaciones futuras?	PRUDENCIA FINANCIERA
Índice de liquidez	¿Con qué facilidad puede la aseguradora hacer frente a sus obligaciones de gastos y siniestros a corto plazo?	

⁹ En el caso de programas de mayor envergadura se prefiere una gestión de inversiones independiente para cada producto, especialmente en el caso de productos de mayor duración. Para ello es necesario asignar los activos a cada producto y garantizar una consistencia entre pasivos y activos separada.

Es preciso comprender que muchos de los indicadores están interrelacionados y, por tanto, dependen de uno o varios indicadores. Por ejemplo, un programa con un elevado índice de gastos incurridos verá reducidos de manera matemática (y directa) sus ingresos netos. Otros efectos se manifiestan a más largo plazo y son más indirectos: un índice de gastos elevado suele traducirse en ineficacia y en un valor bajo, lo que en última instancia reduce la satisfacción de mercado si no se corrige. Asimismo, una menor satisfacción de mercado se manifestará en valores más bajos en los tres indicadores de la categoría de visibilidad.

A. VALOR DEL PRODUCTO

Los indicadores de desempeño del valor se centran en cuánto recibe el asegurado por su dinero como media. Tal y como se describe a continuación, un índice de siniestralidad más elevado supone que, de media, se pagan más beneficios financieros al asegurado en relación con el coste de la prima (valor incrementado). Por otra parte, unos ingresos netos elevados y unos gastos elevados tienen el efecto opuesto de reducir el valor, ya que se dispone de menos dinero para beneficios. Los cambios en el valor del producto afectan a los indicadores de visibilidad y satisfacción, como en el caso de programas basados en miembros en los que éstos incrementan o reducen su participación como reacción a los cambios de valor.

Resulta evidente que los tres indicadores afectan también a la viabilidad. Sin un ingreso neto positivo el programa no alcanzará la viabilidad y su supervivencia dependerá de los subsidios. Frente a esto, no es posible alcanzar unos ingresos netos positivos sin una combinación adecuada de gastos y beneficios.

Nº	Indicador	Interpretación general
1	Índice de gastos incurridos	¿En qué medida es eficiente la prestación de servicios de microseguros?
2	Índice de siniestralidad	¿Qué valor tiene el microseguro para el asegurado?
3	Índice de ingreso neto	¿Es viable el producto o programa de microseguros?

Indicador 1: Índice de gastos incurridos

Definición

El indicador de índice de gastos incurridos se define como los gastos incurridos en un período divididos entre las primas devengadas en el mismo período. El período puede ser un año fiscal o cualquier otro período contable.

 Un índice de gastos incurridos del 25% significa que por cada 100 de primas devengadas en un período contable determinado, 25 se incurren como gastos.

Cómo se calcula

$$\text{Índice de gastos incurridos}_n = \text{Gastos incurridos}_n / \text{Primas devengadas}_n$$

Notas

- Gastos incurridos n es la suma de los gastos reconocidos utilizando métodos de contabilidad de causación para el período “ n ”. Esta cantidad debe reflejar todos los gastos reales incurridos en el período, incluyendo comisiones y elementos que normalmente se pasan por alto tales como amortización de equipos, depreciación y coste de desarrollo de aplicaciones informáticas. Los gastos no deben reducirse para reflejar subsidios o subvenciones.¹⁰ Cabe destacar que los gastos incurridos pueden coincidir o no con los gastos reales desembolsados en el mismo período.

¹⁰ Por ejemplo, aunque las instalaciones para una sesión de formación hayan sido facilitadas de manera gratuita, el programa debe reflejar el coste como si hubiera pagado por utilizar dichas instalaciones, y compensar después el coste como ingreso por subvenciones tras la línea de “Ingresos netos” en el balance de situación.

-
- Primas devengadas n son la suma de las primas devengadas reconocidas utilizando métodos de contabilidad de causación para el período “n”. En la cuenta de pérdidas y ganancias coincide con los ingresos por primas en el período (no es exactamente lo mismo que primas en efectivo)¹¹ menos la variación en la reserva de primas no devengadas.¹² Tampoco incluye ningún tipo de cuotas por pólizas o cuotas de afiliación en caso de que se estén recaudando.
 - Es importante destacar que muchas aseguradoras añaden gastos de liquidación de siniestros a sus gastos por reclamaciones y no los tratan como gastos operativos. Para calcular este indicador dichos gastos deben estar incluidos en el numerador.
 - Los gastos de inversión también deben cuantificarse e incluirse; en la hoja de datos no se hace, con la idea de simplificar la herramienta.
 - Del mismo modo, deben incluirse también los gastos de reaseguros. Para hacerlo correctamente, la cuenta de pérdidas y ganancias debe estar preparada de modo similar al ejemplo extraído de la hoja de datos que se muestra a continuación. En este caso se calculan las reservas como si no hubiera reaseguros; los ajustes por reaseguros deben introducirse después en la sección de gastos de la cuenta.

11 Las primas en efectivo representan, literalmente, las primas en efectivo recibidas en un período. Los ingresos por primas pueden implicar cualquier tipo de crédito por primas concedido por el departamento de contabilidad del programa.

12 Para más información sobre primas devengadas y no devengadas, consulte el Anexo B.

Índice de gastos incurridos

Cuenta de pérdidas y ganancias del período	
Elemento	
P01	Ingresos operativos
P02	Primas devengadas
P03	Primas suscritas brutas
P04	Variación en la reserva de primas no devengadas
P05	Otros ingresos operativos
P06	Cuotas de afiliación
P07	Comisiones recibidas (no reaseguro)
P08	Ingresos brutos por inversiones
P09	Otros ingresos operativos (no extraordinarios)
P10	Gastos
P11	Siniestros ocurridos
P12	Siniestros brutos pagados
P13	Variación en reserva de siniestros ocurridos pero no reportados
P14	Variación en reserva por siniestros en curso de liquidación
P15	Variación en la reserva para pasivos devengados
P16	Gastos operativos
P17	Gastos de personal
P18	Gastos de administración
P19	Gastos de distribución y comunicación
P20	Otros gastos operativos
P21	Gastos de reaseguro
P28	Ingresos netos
P29	Ingresos no operativos
P30	Gastos no operativos
P31	Ingresos netos (no extraordinarios)
P32	Ingresos extraordinarios
P33	Gastos extraordinarios
P34	Ingresos netos (antes de donaciones e impuestos)
P35	Donaciones
P36	Impuestos sobre ingresos y beneficios
P37	Ingresos netos (después de donaciones e impuestos)

De dónde vienen los números?
Cuenta de pérdidas y ganancias
(hoja de datos BRSO2)

Primas devengadas
= P03 - P04 = P02

Índice de gastos
incurridos = P16 / P02

Gastos incurridos
= P17 + P18 + P19 + P20 + P21
= P16

Algunos programas consideran las cuotas de afiliación o de clientes como primas que devengan de manera inmediata o transcurrido un período de tiempo determinado. A los efectos del presente manual, estas cuotas se considerarán como otro ingreso.

Si existen diversos socios implicados deben incluirse los gastos de todos los participantes. Un ejemplo sería una ONG que proporcionara un seguro de salud en colaboración con una aseguradora que asumiera el riesgo y un tercero administrador que gestionara los siniestros y acreditara a los proveedores de servicios; en este caso, la ONG incurriría en gastos de distribución y administración (que tendría que separar de los gastos de otras operaciones), la aseguradora en gastos derivados de la asunción y gestión de riesgos, y el tercero administrador en los gastos propios de su función. Deben incluirse los gastos de todos los socios para calcular este índice.

A menudo las microaseguradoras no calculan todos los gastos incurridos e ignoran costes como los de personal operativo que trabaja a tiempo parcial en microseguros. Como ya se ha subrayado en el Principio 1, es importante medir todos estos gastos a nivel de producto para poder evaluar el desempeño real.

Muchos programas invierten grandes sumas en formación, desarrollo de sistemas y herramientas y consultores en las primeras fases del programa. Estos gastos de desarrollo iniciales y excepcionales deben amortizarse a lo largo de varios períodos contables pues son inversiones que beneficiarán al programa durante un tiempo y pueden considerarse gastos pagados por adelantado. No obstante, las sesiones habituales de formación y refresco o las actualizaciones y mejoras de formación deberán contabilizarse de inmediato como gasto incurrido.

Significado e interpretación

El índice de gastos incurridos es el principal indicador de eficiencia. Un buen valor del producto “sólo puede alcanzarse a través de un índice de gastos moderado, que es la proporción de prima devengada en un período determinado que consumen los gastos incurridos en el mismo período”.¹³ El índice de gastos indica la proporción de prima necesaria para cubrir todos los costes de marketing, ventas (comisiones incluidas), administración, liquidación de siniestros y distribución del programa de microseguros.

Si bien un índice de gastos incurridos moderado reduce la carga de costes sobre el asegurado a través de primas más bajas, también puede indicar una inversión insuficiente en educación del cliente o en mantenimiento de la calidad del servicio. Por otra parte, si se gasta demasiado en estas áreas, la prima incrementada puede hacer disminuir el valor global del programa. Alcanzar un equilibrio óptimo es uno de los principales desafíos, pero un ingrediente necesario para el éxito a largo plazo. La situación ideal es tener un índice de gastos incurridos igual o inferior al 20%, al tiempo que se mantiene un nivel de visibilidad y satisfacción elevado.

PÉRDIDAS Y GANANCIAS: CÓMO SE GESTIONAN LOS REASEGUROS (Recuadro 5)

La práctica contable actualmente utilizada en el sector que consiste en contabilizar las primas y siniestros de reaseguros por su valor neto en la cuenta de pérdidas y ganancias enmascara la experiencia real subyacente de un programa de dos maneras:

- Al reducir las primas devengadas por primas de seguro pagadas reduce el denominador en el cálculo de nuestros tres indicadores de valor, distorsionando así los valores reales subyacentes.
- Cuando los siniestros ocurridos se reducen por reclamaciones de reaseguro recibidas, distorsiona de nuevo los valores reales del indicador.

En teoría, las primas y reclamaciones de reaseguro deberían prácticamente compensarse a lo largo del tiempo, a excepción de los gastos de la reaseguradora y del margen de beneficios. La diferencia entre prima y reclamación de reaseguros constituye un gasto para el programa de microseguros. Al presentar correctamente los reaseguros en la cuenta de pérdidas y ganancias (ver hoja de datos) el coste de reaseguro queda correctamente reflejado en los indicadores de valor.

13 Garand y Wipf, 2006: página 329.

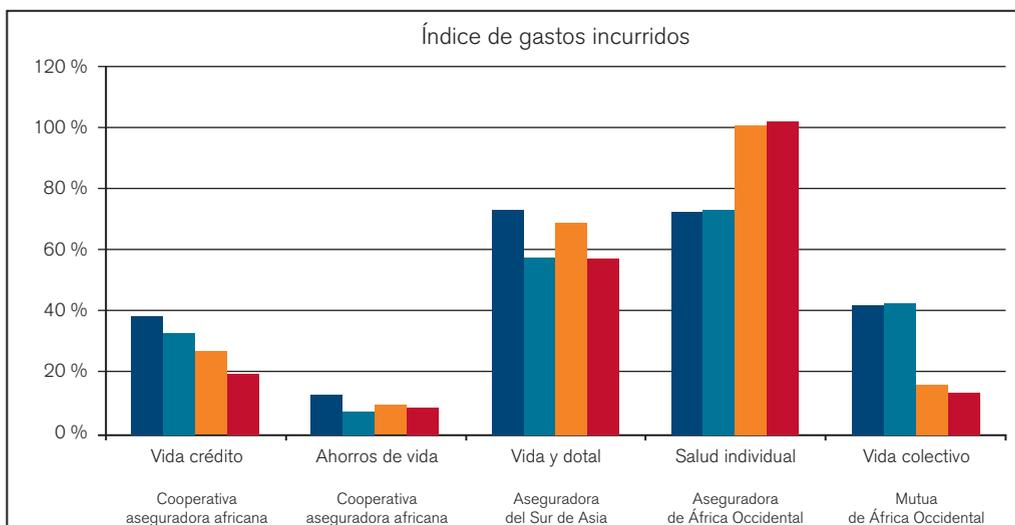
Otro dilema para los programas autoasegurados es el reaseguro. El reaseguro tiene un coste, pero si se diseña de manera adecuada puede ser un gasto importante ya que reduce las necesidades de capital y las probabilidades de ruina financiera. Dicho esto, ¿qué tipo y volumen de reaseguro debe adquirirse? No es posible responder aquí a esta pregunta, ya que cada programa tiene necesidades diferentes, pero en términos generales puede decirse que algunos programas no gozan de la cobertura adecuada, otros compran en exceso y otros no reasegulan en absoluto. En general basta con tener cobertura frente a eventos naturales poco frecuentes y de grandes magnitudes (terremotos, epidemias, etc.) que podrían resultar en siniestros catastróficos. Además de elevar de manera innecesaria el índice de gasto incurrido, un reaseguro inadecuado no mejora la solvencia.

Si la microaseguradora debe aportar valor y relevancia en el largo plazo a la población asegurada, debe ser capaz de encontrar formas de prestar servicios de manera eficiente. Es importante comprender primero el nivel global de prima necesario para una prestación eficaz. Si este volumen es elevado, entonces es posible que el método de distribución no funcione de manera óptima, o que la función de gestión de siniestros resulte demasiado gravosa, o puede deberse a otros factores. Sea como fuere, la gerencia debe buscar constantemente cambios operativos que puedan implantarse para reducir los niveles globales de gasto.

Interpretación social

En algunos programas, un índice de gastos elevado puede ser indicativo de que la gerencia está disfrutando de salarios y beneficios excesivos a costa de los más desfavorecidos. Con más frecuencia, señala la necesidad de incrementar la eficiencia de los procesos o desarrollar una mejor tecnología de prestación de servicios. En cualquier caso, la falta de eficiencia tiene importantes ramificaciones sociales, puesto que constituye un coladero directo de recursos que, de otro modo, podrían dedicarse a mejorar los beneficios y los servicios prestados.

Muestra de desempeño



El gráfico anterior contiene el índice de gastos incurridos de cinco programas diferentes:

- El primero es un programa de vida crédito ofrecido por una red cooperativa de África Occidental a sus principales miembros institucionales. Este programa ha crecido rápidamente a lo largo de los cuatro últimos años y el volumen incrementado de negocio combinado con incrementos mínimos en los costes fijos ha reducido el índice de gastos incurridos durante este período.

- El segundo programa es un producto de ahorros de vida gestionado por la misma red cooperativa. El índice de gastos es aún menor que en el caso del producto de vida crédito, ya que las cooperativas participantes adquieren cobertura al por mayor.
- El tercer programa consiste en un producto de seguro de vida y dotal individual adaptado y ofrecido en el mercado de los microseguros por una aseguradora del Sur de Asia. El producto es muy complejo y difícil de comprender para ese mercado. La respuesta fue lenta y, dada la baja tasa de penetración y las elevadas comisiones para vender el producto durante el primer año, los índices de gastos se mantuvieron muy altos (cerca del 60%).
- El cuarto programa es un producto individual de salud que puede haber experimentado una selección adversa y un crecimiento insuficiente. En consecuencia, el programa parece estar en una situación extrema, con un índice de gastos superior al 100% en el último ejercicio.
- El quinto programa es un seguro colectivo de vida ofrecido por una mutua de África Occidental. El programa recibió asistencia técnica de una fuente extranjera e invirtió en creación de capacidad. En consecuencia, los productos y servicios mejoraron y esto a su vez generó un modesto crecimiento y una reducción drástica del índice de gastos.

Los dos programas con participación voluntaria (números 3 y 4 por la izquierda) presentan índices de gastos más elevados que los demás, en los que la participación es automática u obligatoria. Esto es coherente con una observación general en el sector de los microseguros. En segundo lugar, tal y como parece desprenderse del caso nº 4, los microseguros de salud tienden a presentar índices de gastos más elevados que los programas de vida como consecuencia de la administración adicional, si bien esto no siempre es verdad.

Indicador 2: Índice de siniestralidad

Definición

El indicador de índice de siniestralidad se define como los siniestros producidos en un período divididos entre las primas devengadas en el mismo período. El período puede ser un año fiscal o cualquier otro período contable.

 Un índice de siniestralidad del 70% significa que por cada 100 de primas devengadas en un período contable determinado, 70 se devuelven en forma de beneficios (siniestros).

Cómo se calcula

$$\text{Índice de siniestralidad}_n = \text{Siniestros ocurridos}_n / \text{Primas devengadas}_n$$

Notas

- El índice de siniestralidad n equivale a los beneficios pagados en el período más la variación en reservas.
- Tal y como se ha descrito para el índice de gastos incurridos, las primas devengadas n son la suma de las primas devengadas reconocidas utilizando métodos de contabilidad de causación para el período “ n ”. En la cuenta de pérdidas y ganancias equivale a los ingresos por primas del período menos la variación en la reserva de primas no devengadas.

Existen tres categorías de reservas¹⁴ que se deben tener en cuenta:

- Siniestros en curso de liquidación - Variación real en siniestros reportados pero no liquidados;
- Siniestros ocurridos pero no reportados - Variación estimada en siniestros que no han sido reportados a fecha de la contabilidad; y
- Reserva para pasivos devengados - Variación estimada en beneficios, gastos, intereses, etc. netos devengados (es decir, todos los pasivos futuros) de cualquier tipo, no vencidos al término del período contable.

Como se ha mencionado anteriormente, estas reservas deben calcularse como si no existieran reaseguros y ajustarse posteriormente en consecuencia en la sección de gastos de la cuenta de pérdidas y ganancias.

La variación en cada una de estas reservas supone el nivel de reservas al término del período actual menos el nivel de reservas al término del período anterior.¹⁵ Para resumirlo en una fórmula contable, los siniestros ocurridos corresponden a los siniestros en efectivo del período más la variación en siniestros en curso de liquidación más la variación en siniestros ocurridos pero no reportados, más la variación en la reserva para pasivos devengados.¹⁶

14 Para más información sobre los tres tipos de reservas, consulte el Anexo B.

15 Cabe destacar que la variación de una reserva puede ser positiva o negativa. Ejemplos: 1) Si la reserva actual por siniestros en curso de liquidación es de 1.000 y la anterior era de 900, la variación será $1.000 - 900 = +100$. 2) Si la reserva actual por siniestros en curso de liquidación es de 900 y la anterior era de 1.000, entonces la variación será $900 - 1.000 = -100$.

16 En resumidas cuentas: $\text{Siniestros ocurridos}_n = \text{Siniestros en efectivo}_n + \text{variación en reserva por siniestros en curso de liquidación}_n + \text{variación en reserva por siniestros ocurridos pero no reportados}_n + \text{variación en reserva para pasivos devengados}_n$.

Índice de siniestralidad

Cuenta de pérdidas y ganancias del período		
Elemento		
P01	Ingresos operativos	
P02	Primas devengadas	
P03	Primas suscritas brutas	} Primas devengadas = P03 – P04 = P02
P04	Variación en la reserva de primas no devengadas	
P05	Otros ingresos operativos	
P06	Cuotas de afiliación	
P07	Comisiones recibidas (no reaseguro)	
P08	Ingresos brutos por inversiones	
P09	Otros ingresos operativos (no extraordinarios)	
P10	Gastos	
P11	Siniestros ocurridos	
P12	Siniestros brutos pagados	} Siniestros ocurridos = P12 + P13 + P14 + P15 = P11
P13	Variación en reserva de siniestros ocurridos pero no reportados	
P14	Variación en reserva por siniestros en curso de liquidación	
P15	Variación en la reserva para pasivos devengados	
P16	Gastos operativos	
P17	Gastos de personal	
P18	Gastos de administración	
P19	Gastos de distribución y comunicación	
P20	Otros gastos operativos	
P21	Gastos de reaseguro	
P28	Ingresos netos	
P29	Ingresos no operativos	
P30	Gastos no operativos	
P31	Ingresos netos (no extraordinarios)	
P32	Ingresos extraordinarios	
P33	Gastos extraordinarios	
P34	Ingresos netos (antes de donaciones e impuestos)	
P35	Donaciones	
P36	Impuestos sobre ingresos y beneficios	
P37	Ingresos netos (después de donaciones e impuestos)	

¿De dónde vienen los números?
Cuenta de pérdidas y ganancias (hoja de datos BRS02)

$$\text{Índice de siniestralidad} = P11 / P02$$

Algunos programas consideran las cuotas de afiliación o de clientes como primas que devengan de manera inmediata o transcurrido un período determinado. A los efectos del presente manual, estas cuotas se considerarán como otro ingreso.

Significado e interpretación

Básicamente, este índice señala en qué medida es valioso el programa para el asegurado, ya que mide la proporción media de las primas que se devuelven al asegurado en forma de beneficios.

Los seguros son el negocio de la gestión de riesgos, y para ello la microaseguradora necesita una comprensión profunda de su índice de siniestralidad. Si su valor es más alto de lo esperado, será necesario investigarlo en mayor profundidad para determinar si esto es consecuencia de:

- Selección adversa;
- Riesgo moral y fraude;
- Una fluctuación estadística normal o anormal;
- Una comprensión inadecuada de los riesgos y de la población asegurada que se ha traducido en un producto con un precio erróneo;
- Una covarianza más elevada de lo esperado; u
- Otras causas.

Por otra parte, un índice de siniestralidad que se mantiene en niveles bajos también puede ser problemático, ya que puede ser indicativo de productos irrelevantes o de dificultad de reclamación. Si el índice de siniestralidad bajo se mantiene, con el paso del tiempo la población asegurada podría perder interés en el programa como consecuencia de su valor inferior, lo que podría suponer una invitación a un competidor para prestar un mejor servicio al mismo mercado.

Resulta muy importante analizar las tendencias del indicador con el paso del tiempo. Por ejemplo, si el producto es un seguro de vida crédito, un influjo creciente de nuevos prestamistas jóvenes debería hacer descender el índice de siniestralidad y viceversa. En un esfuerzo por comprender mejor la situación, la gerencia debe invertir en capacidad para analizar los datos de los siniestros según parámetros importantes como edad, sexo, región, causa y otros parámetros que puedan tener un impacto en las reclamaciones.

En general, los siniestros pagados en un período determinado por productos de vida, salud y protección de activos constan de dos componentes: 1) Frecuencia de siniestros, que es el número de siniestros dividido entre el número de exposiciones al riesgo; y 2) Cantidad media pagada por todos los siniestros. La multiplicación de ambos nos lleva a los siniestros pagados: Siniestros pagados = Frecuencia X Importe medio de siniestros. En caso de que se esté supervisando el índice de siniestralidad, estos dos componentes deberán estudiarse con detenimiento para comprender qué está sucediendo. Incluso si el índice de siniestralidad parece normal, estos dos componentes pueden ser más altos o más bajos de lo esperado. Al contrario, si el índice de siniestralidad es mayor o menor de lo esperado, será necesario analizar estos componentes para comprender la fuente de la desviación, ya que ello aportará un entendimiento adicional.

En el caso de los seguros de salud, el índice de reclamaciones suele crecer como consecuencia de la inflación de los servicios médicos o de una mayor visibilidad y utilización. Es muy importante identificar la fuente de estos incrementos. Las bases de datos de siniestros deben estar diseñadas de manera que permitan un seguimiento de todos los costes incurridos, cubiertos o no, con detalle suficiente para evaluar el coste de cada procedimiento. En resumen, un índice de siniestralidad creciente puede requerir acciones tales como la modificación de la estructura de beneficios, la introducción de copagos,¹⁷ la introducción de períodos de espera o la imposición de sublímites en determinados procedimientos; las medidas adecuadas sólo pueden determinarse tras cuantificar la frecuencia, los importes de los siniestros y la naturaleza de los procedimientos.

En el caso de productos de acumulación de ahorros a largo plazo, como es el caso de los seguros dotales, el índice de siniestralidad puede verse distorsionado con el paso del tiempo puesto que los siniestros y los vencimientos se financian también a través de beneficios por intereses.¹⁸

17 El copago hace aquí referencia tanto a franquicias como a coaseguros. El coaseguro puede adoptar diversas formas, pero suele suponer que el asegurado deberá pagar una parte del coste de los procedimientos cubiertos. Por ejemplo, un coaseguro del 10% supone que el seguro de salud sólo pagará un 90% del coste de los procedimientos cubiertos, tras pagar franquicias, y el 10% restante corresponderá al asegurado.

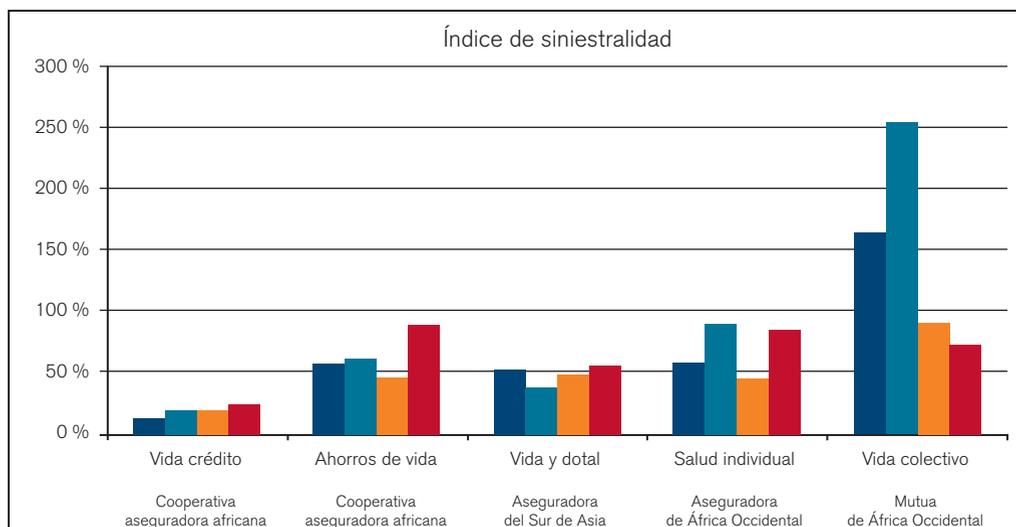
18 Esta cuestión se abordará con mayor detenimiento en el Capítulo 2.

Interpretación social

El objetivo del seguro es proporcionar beneficios para compensar pérdidas. Un índice de siniestralidad mayor en un programa viable muestra a los clientes que están obteniendo un valor elevado por sus primas. Por otra parte, un nivel de siniestralidad demasiado elevado puede apuntar a un colapso del programa que resulte en última instancia en una reducción de la protección social y económica. Los clientes pueden entender un índice de siniestralidad muy bajo como un síntoma de que el producto se está aprovechando de su situación; no obstante, esto depende del tipo de programa y de las circunstancias.

Muestra de desempeño

- El programa de vida crédito gestionado por la red cooperativa de seguros de África Occidental ha experimentado índices de siniestralidad muy bajos. Como suele ocurrir en productos de vida crédito, los participantes normalmente no se cuestionan el valor de la cobertura ya que se trata de un requisito para acceder al crédito.
- El segundo programa es un producto de ahorros de vida ofrecido por el mismo proveedor. Algo ha debido suceder a lo largo del cuarto año, pues parece que el producto tiene tendencia a la selección adversa. Además, puesto que no existe edad de salida, tiende a acumular ciertos pasivos futuros no financiados procedentes de los depositantes de mayor edad.
- El seguro individual dotal y de vida mostró niveles bajos, con índices de siniestralidad en torno al 50%. Cabe destacar que este índice puede distorsionarse en función del tipo de producto (ver Capítulo 2).
- El índice de siniestralidad para el producto individual de salud es muy errático y puede haber experimentado una espiral de evaluación. En combinación con el elevado índice de gastos, el programa ha experimentado fuertes pérdidas.
- Como resultado de la inversión en la mejora de la capacidad, el programa colectivo de vida ha podido recuperarse a través de una mejor gestión del riesgo en el tercer y cuarto año.



Indicador 3: Índice de ingreso neto

Definición

El indicador de índice de ingreso neto se define como el ingreso neto en un período dividido entre las primas devengadas en el mismo período. El período puede ser un año fiscal o cualquier otro período contable.

 Un índice de ingreso neto del 5% significa que por cada 100 de primas devengadas en un período contable determinado, el (beneficio por) ingreso neto es de 5. Del mismo modo, un índice negativo del 5% indica que existe una pérdida de 5 por cada 100 de primas devengadas.

Cómo se calcula

$$\text{Índice de ingreso neto}_n = \text{Ingresos netos}_n / \text{Primas devengadas}_n$$

Notas

- El ingreso neto $_n$ durante el período $_n$ (antes de subsidios no permanentes e ingresos y gastos no operativos) es equivalente al ingreso operativo $_n$ en dicho período menos gastos de reclamaciones $_n$ en dicho período menos gastos operativos $_n$ en dicho período.
- Tal y como se ha explicado en las notas para el índice de siniestralidad, las primas devengadas $_n$ son la suma de las primas devengadas reconocidas utilizando métodos de contabilidad de causación para el período “n”. En la cuenta de pérdidas y ganancias equivale a los ingresos por primas del período menos la variación en la reserva de primas no devengadas.
- Los subsidios no permanentes son temporales en tanto en cuanto su final está programado o previsto pocos períodos contables después. El objetivo es medir la viabilidad del programa antes de subsidios.
- Por “otros ingresos” se entenderá cualquier otro ingreso, incluyendo cuotas de afiliación. Es posible que las microaseguradoras prefieran desglosar estos otros ingresos con detalle en sus cuentas.

En el caso de organizaciones que participan en múltiples actividades, el Principio 1 sobre separación de datos subraya la importancia de aislar los ingresos y gastos generados por actividades relacionadas con seguros a los efectos de evaluar este indicador y para una elaboración de informes precisa y transparente.

Índice de ingreso neto

Cuenta de pérdidas y ganancias del período	
Elemento	
P01	Ingresos operativos
P02	Primas devengadas
P03	Primas suscritas brutas
P04	Variación en la reserva de primas no devengadas
P05	Otros ingresos operativos
P06	Cuotas de afiliación
P07	Comisiones recibidas (no reaseguro)
P08	Ingresos brutos por inversiones
P09	Otros ingresos operativos (no extraordinarios)
P10	Gastos
P11	Siniestros ocurridos
P12	Siniestros brutos pagados
P13	Variación en reserva de siniestros ocurridos pero no reportados
P14	Variación en reserva por siniestros en curso de liquidación
P15	Variación en la reserva para pasivos devengados
P16	Gastos operativos
P17	Gastos de personal
P18	Gastos de administración
P19	Gastos de distribución y comunicación
P20	Otros gastos operativos
P21	Gastos de reaseguro
P28	Ingresos netos
P29	Ingresos no operativos
P30	Gastos no operativos
P31	Ingresos netos (no extraordinarios)
P32	Ingresos extraordinarios
P33	Gastos extraordinarios
P34	Ingresos netos (antes de donaciones e impuestos)
P35	Donaciones
P36	Impuestos sobre ingresos y beneficios
P37	Ingresos netos (después de donaciones e impuestos)

¿De dónde vienen los números?
Cuenta de pérdidas y ganancias (hoja de datos BRS02)

Primas devengadas
= P03 - P04 = P02

Índice de ingreso neto = P28 / P02

Ingresos netos
= P02 + P05 - P11 - P16 = P28

Algunos programas consideran las cuotas de afiliación o de clientes como primas que devengan de manera inmediata o transcurrido un período determinado. A los efectos del presente manual, estas cuotas se considerarán como otro ingreso.

El índice de ingreso neto también puede y debe obtenerse para programas de asociación con empresas aseguradoras (por ejemplo, modelos socio-agente). En caso de que se solicite a la empresa aseguradora que aporte sus gastos y siniestros para el negocio realizado en el marco del programa dentro del período contable, el agente puede añadir entonces sus propios gastos para obtener el ingreso neto global. En aquellos casos en los que la microaseguradora cubra parcialmente el riesgo,¹⁹ se deben calcular los siniestros y las reservas para la parte de riesgo retenido por la microaseguradora, y después los valores combinados con la aseguradora para obtener un índice de ingreso neto global para el programa.

INTERCAMBIO DE DATOS EN EL MODELO DE SOCIO-AGENTE (Recuadro 6)

En un modelo socio-agente la organización distribuidora debe entablar una relación transparente con la aseguradora por el interés de sus clientes. Resulta beneficioso para ambas partes compartir información sobre primas, siniestros, gastos y otros aspectos. Así pues, al inicio del programa se debe firmar un protocolo de acuerdo en el que se perfilen las expectativas de ambas partes y las condiciones del intercambio de información. Para más información sobre los tipos de intercambio de datos, consulte el Capítulo 2.6.

El objetivo es producir un índice global de ingreso neto completo y realista. La razón por la que debe elaborarse de manera combinada, incluso para aquellos programas con múltiples socios, es porque debe evaluarse el desempeño desde la perspectiva del cliente. Por este mismo motivo, el índice de ingreso neto debe calcularse antes de considerar los reaseguros.

Los ingresos por inversiones deben calcularse en función de su vencimiento, con los intereses devengados y otras ganancias reconocidas para los períodos contables aplicables. Por ejemplo, si se adquiere un certificado de depósito para un período de dos años, sólo debe considerarse ingreso la parte del desempeño de la inversión ganada en el período contable, con independencia del efectivo por intereses recibido durante el período.

Significado e interpretación

El índice de ingreso neto es el más importante de los indicadores clave de desempeño, ya que mide la viabilidad o rentabilidad del programa. “Uno de los indicadores más importantes es el resultado financiero neto de la microaseguradora o ingreso neto, ya que refleja un resumen de todas las actividades dentro del período revisado”.²⁰

Al igual que con los demás indicadores, la microaseguradora debe analizar en mayor detalle los resultados o desarrollar subindicadores para comprender mejor el origen del ingreso neto. Como regla básica, el índice de ingreso neto debe ser positivo y situarse entre el 0% y el 10%. Valores constantes por encima de este rango indican un escaso valor para los clientes y pueden resultar en pérdida de negocio o en la entrada de otros competidores. Por otro lado, la persistencia de valores negativos puede apuntar a que el programa precisa de ciertos cambios para ser viable. Es preciso identificar el origen de la pérdida y plantarle cara; por ejemplo, podría deberse a unos gastos más elevados de lo esperado o a una cifra de siniestros superior a la prevista. Cada motivo requerirá de una respuesta de gestión diferente.

Es importante comparar la tendencia del indicador, que debería ser positiva. Muchos programas de microseguros experimentarán pérdidas durante los primeros años hasta alcanzar una masa crítica de asegurados y un determinado nivel de eficiencia. Típicamente, los programas de vida crédito son rentables dentro del primer año y se mantienen así, mientras que el ingreso neto por productos de salud es más variable y puede moverse en valores negativos durante varios años. Si la tendencia es negativa, es posible que existan determinados problemas que sea necesario tratar. Un objetivo clave de la gerencia es comprender la razón por la que se produce una u otra tendencia; no ser capaz de hacerlo sugiere la necesidad de una capacidad mejorada (ver Principio 7 sobre capacidad técnica aseguradora).

Incluso si se alcanzan los objetivos de ingreso neto, las buenas prácticas de gestión implican una investigación en profundidad para identificar desviaciones y modelos en las ganancias por inversión, niveles de gasto, siniestros, etc. Cada uno de estos segmentos puede y debe estudiarse de manera aislada para identificar las cuestiones que requieren acciones de gestión.

19 Por ejemplo, tal y como hacen numerosas organizaciones de vanguardia, pagar beneficios adicionales o los siniestros excluidos de la aseguradora.

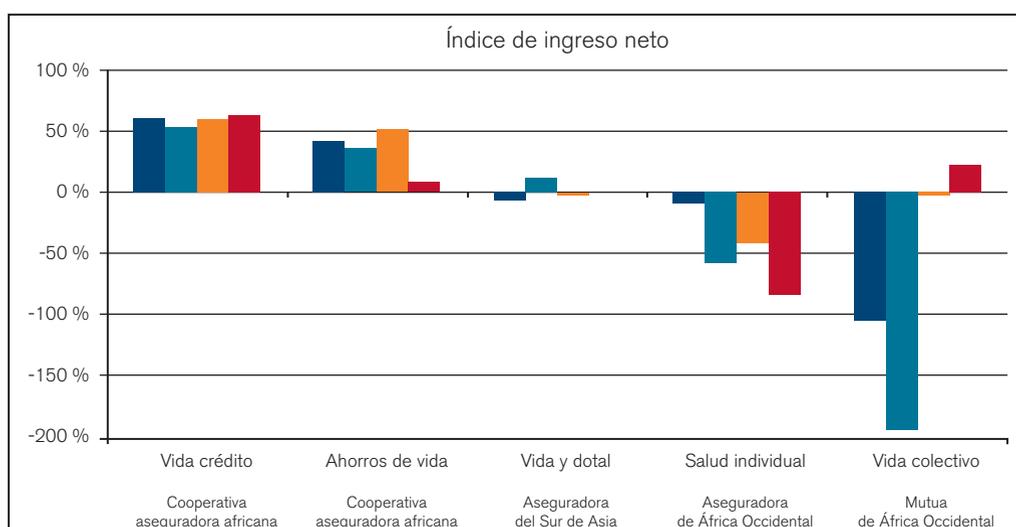
20 Garand y Wipf, 2006: página 327.

El índice de ingreso neto funciona bien con la mayoría de productos a plazo. En el caso de productos a largo plazo con grandes componentes de ahorro, este indicador será normalmente mayor ya que las primas requeridas son más bajas. Es importante tener esto en mente al comparar programas. A efectos del benchmarking, es necesario agrupar estos productos en categorías similares (ver Capítulo 3).

Interpretación social

En el caso de programas cuya titularidad no corresponde a miembros, un índice de ingreso neto elevado puede considerarse síntoma de explotación; no obstante, depende de su duración y de la situación específica. Un ingreso bajo podría significar que el programa no es viable o que está operando en pérdidas de manera deliberada porque está recibiendo subsidios de negocios comerciales (o de otras fuentes); esto tendría una interpretación social positiva. En programas cuya titularidad corresponde a los miembros, un índice de ingreso neto elevado puede indicar que se deben ajustar las necesidades de fijación de precios, ya que los beneficios son demasiado bajos para la prima; en este caso los beneficios quedan en manos de los miembros, es decir, sus propietarios... También podría tratarse de un intento deliberado de crear un excedente para poder financiar una futura expansión, registrarse como aseguradora formal, o prepararse para potenciales impactos de reclamaciones.

Muestra de desempeño



- El programa de vida crédito, con sus bajos índices de siniestralidad y de gastos, era excesivamente rentable, con índices de ingreso neto superiores al 50%. La red utilizó estos beneficios para financiar otras actividades no relacionadas con los seguros. A los reguladores del sector no les gustan estos subsidios cruzados y no permitirán a la red mantener estas prácticas si formaliza sus operaciones de acuerdo con lo previsto.
- El programa de ahorros de vida fue también excesivamente rentable durante los tres primeros años, pero se ha visto afectado por un incremento súbito de los siniestros en el cuarto ejercicio.
- El programa asiático de seguros dotales se ha podido defender a pesar de la escasa respuesta. El producto se había desarrollado sin una investigación de mercado y ha luchado por subsistir en el mercado. No obstante, tal y como se indicará a continuación, el crecimiento mejoró como consecuencia de algunos cambios. Esto tuvo un efecto sobre el ingreso neto, que cayó en el mismo ejercicio, quizás como resultado de las comisiones más elevadas en el primer año y de las reservas adicionales que debieron establecerse para las pólizas vendidas recientemente.
- Como ya se ha comentado anteriormente, el producto de salud individual está atravesando graves problemas y la tendencia es negativa.
- El programa colectivo de vida, impulsado por la creación de capacidad, ha reducido sus gastos, ha controlado los siniestros y se ha recuperado de manera notable en el tercer y el cuarto año.

B. VISIBILIDAD DEL PRODUCTO Y SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Los indicadores de desempeño de visibilidad y satisfacción se centran en la disposición del mercado objetivo a embarcarse en el programa y retener cobertura. En los casos en que la participación es voluntaria, el desempeño en esta categoría será positivo sólo si el mercado es consciente de la existencia del programa, comprende bien el producto (o al menos cree hacerlo), está satisfecho con la relación precio-beneficio y se puede permitir el programa de pago de primas (contribuciones). En los casos en que la cobertura es obligatoria (en la medida en que es un requisito para acceder al crédito o a otro objetivo) estos factores siguen siendo altamente determinantes, si bien su efecto puede verse reducido en algunos casos.

Los tres indicadores son cruciales para la viabilidad. Sin una participación lo suficientemente elevada y una facturación moderada lo más probable es que el programa sufra selección adversa, lo cual provocará un índice de siniestralidad mayor, un índice de gastos más elevado, un ingreso neto reducido e incluso podrán darse situaciones de quiebra si no se hace frente a dichos problemas.

Nº	Indicador	Interpretación general
4	Índice de renovaciones	¿Cuál es el nivel de satisfacción del asegurado?
5	Índice de cobertura	¿En qué medida cubre el producto la necesidad real?
6	Índice de crecimiento	¿En qué medida está desarrollada la conciencia de seguro? ¿En qué medida es competitivo el producto frente a otros productos o alternativas domésticas de gestión del riesgo?

Indicador 4: Índice de renovaciones

Definición

Para un determinado período o muestra, el índice de renovaciones es la proporción de clientes o miembros que renuevan su cobertura de todos los que están en condiciones de renovar. El índice de renovaciones mide la proporción de asegurados que permanecen en el programa una vez que expira el plazo de su cobertura.

 Un índice de renovaciones del 90% significa que de cada 100 asegurados, 90 renuevan y 10 no lo hacen.

Cómo se calcula

$$\text{Índice de renovaciones}_n = \text{Número de renovaciones}_n / \text{Número de renovaciones potenciales}_n$$

Notas

- Los que no renuevan, abandonan el programa. Alternativamente podría medirse la tasa de abandono.
- El número de renovaciones n es el número de clientes que renuevan formalmente sus coberturas en el período o muestra “ n ”.
- Del mismo modo, el número de renovaciones potenciales n es el número de clientes que podrían haber renovado su cobertura. Este número excluye a aquellos que no reúnen los requisitos para renovar por avanzada edad, defunción u otras razones que se traducen en la ausencia de los requisitos necesarios durante el período en cuestión.

El índice debe calcularse para un marco de tiempo previamente identificado o para una muestra aleatoria. Normalmente se mide sobre un período de un año, ya que ésta es la duración de la cobertura de la mayoría de productos de microseguros a término. El enfoque correcto pasa por hacer un seguimiento de una cohorte concreta o muestra aleatoria seleccionada de entre la población asegurada al comienzo del período de estudio. Por supuesto, el índice también puede computarse para la totalidad de la población asegurada.

Es necesario comprender los aspectos más sutiles de la definición y no simplificar en exceso el cálculo. En el ejemplo siguiente existen 15.000 asegurados activos al comienzo del año. En el transcurso del año siguiente se adhieren al programa 5.000 nuevos clientes. La tabla muestra el número de defunciones, abandonos, nuevos participantes y de quienes alcanzan durante el año una edad que supera los criterios de idoneidad. Tal y como se muestra, es preciso realizar un seguimiento de estos números tanto para clientes existentes como para nuevos clientes que adquieran la cobertura durante el transcurso del año.

Ejemplo de cálculo del índice de renovaciones (Tabla 6)

Descripción	Cohorte 1 (clientes existentes)	Cohorte 2 (clientes nuevos)	TOTAL
Total de asegurados al comienzo del año	15.000	0	15.000
Nuevos asegurados que adquieren cobertura durante el año	Ninguno, todos tenían cobertura al inicio del año	5.000	5.000
Número de miembros de cada cohorte que fallecen durante el año	En total 50 fallecimientos = 40 antes de la fecha de renovación y 10 después	7	$50 + 7 = 57$
Número de miembros que alcanzan la edad máxima durante el año	En total 500 = 490 antes de la fecha de renovación y 10 después	50	$500 + 50 = 550$
Número de abandonos	2.450	n/d	2.450
Número de miembros que no renovaron = los que no pudieron renovar + los que pudieron pero no lo hicieron	490 demasiado mayores antes de la fecha de renovación + 40 fallecidos antes de renovación + 2.450 abandonos = 2.980 en total	n/d	530 no pudieron renovar 2.450 abandonaron
Total de asegurados al final del año	12.000	4.943	16.943

En este ejemplo se consideran renovaciones potenciales todos los clientes que no fallecieron o no dejaron de cumplir los requisitos de edad a lo largo del año. Dada esta información, ¿cómo debe calcularse el índice de renovaciones? Se muestra en la siguiente tabla; el índice de renovación correcto es del 83,07%.

Descripción	Cohorte 1 (clientes existentes)	Cohorte 2 (clientes nuevos)	TOTAL
Número de miembros que renovaron su cobertura durante el año	En total 12.020 = 12.000 (aún cubiertos al término del año) + 10 (fallecidos tras renovar) + 10 (alcanzaron la edad máxima tras renovar)	n/d	12.020
Número de renovaciones potenciales	15.000 (inicial) – 490 (alcanzaron edad máxima) – 40 (fallecieron antes de renovar)	n/d	14.470
Índice de renovaciones	$12.020 / (15.000 - 490 - 40) = 0,8307$	n/d	0,8307

En la práctica, las razones para no renovar son muy diversas y realizar un seguimiento de las mismas puede ser complejo; sin embargo, si es posible, es muy importante comprender y registrar esta información. Algunas microaseguradoras realizan sencillas entrevistas de salida para determinar el motivo del abandono, pero esto sólo es posible si existe contacto con el asegurado en el momento de su salida. En cualquier caso, las razones para no renovar deberán supervisarse en la medida de lo posible. Si un asegurado abandona el programa por una razón desconocida, podrá registrarse en la base de datos como “desconocido”.

Es fácil automatizar el cálculo del índice de renovaciones para una cohorte determinada desarrollando una herramienta informática, pero esto sólo es posible si se cuenta con la información necesaria en la base de datos.

Para ilustrar mejor la situación, supongamos que la microaseguradora del ejemplo anterior codifica todos los motivos de abandono en una base de datos y que la base muestra que 300 personas no renovaron por causas migratorias. La gestión podría calcular entonces un índice de renovaciones modificado con la siguiente operación: $12.020 / (15.000 - 40 - 490 - 300) = 0,8483$ (84,83%).

¿ES POSIBLE REALIZAR UN SEGUIMIENTO DE MÚLTIPLES ÍNDICES DE RENOVACIONES PARA PRODUCTOS CON COBERTURA DE HOGAR? (Recuadro 7)

Cada vez es más común que el mercado proporcione productos de microseguros de vida y salud que dan cobertura de hogar total o parcial. Normalmente una de las fuentes de sustento del hogar es el asegurado principal (el tomador del seguro) mientras que el resto de miembros del hogar se consideran dependientes o clientes secundarios, a menudo con un nivel de cobertura menor. Un aspecto importante es que la decisión de renovar se toma a nivel doméstico, si bien se puede permitir cierta discreción a la hora de decidir qué dependientes quedan cubiertos. Por ejemplo, un producto puede dar cobertura automática a un prestatario de una IMF, a su cónyuge, y a dos hijos cualesquiera que se indiquen. Un enfoque más correcto sería especificar una regla del tipo “quedan cubiertos los dos hijos menores de 21 años que sigan viviendo en el hogar”. En otros casos la cobertura de los dependientes es opcional y sólo es efectiva si se paga una prima adicional por cada uno de ellos.

Se puede realizar un seguimiento de más de un índice de renovaciones para un producto con cobertura de hogar:

- Siempre debe supervisarse el número de hogares renovados.
- En algunos casos en los que la cobertura de dependientes es opcional, puede ser útil controlar también el número de hijos y/o cónyuges que renuevan, ya que puede ser indicativo de la valoración que hace el mercado de la cobertura de dependientes.

Se pueden incluir otras razones para poner fin al producto para modificar más la definición del número de potenciales renovaciones n y, a medida que se acepten más motivos, el índice de renovaciones modificado incrementará al descender el denominador del índice. Debe prestarse atención para deducir sólo aquellas

causas que escapen al control del asegurado. Suele pasar que la razón por la que no se renueva la cobertura es culpa del agente de microseguros (canal individual o institucional) que no se puso debidamente en contacto con el cliente cuando su cobertura finalizó. El principal objetivo es aportar un índice de renovaciones significativo a los efectos de comprender el desempeño comercial del programa.

En la medida de lo posible, debería calcularse un conjunto de índices de renovaciones modificados con definiciones modificadas del concepto de renovaciones potenciales para facilitar aún más la comprensión de la situación. Es evidente que el índice de renovaciones más conservador (más bajo) es el que sólo considera la defunción y el incumplimiento de las condiciones de acceso, ya que esto arrojará el mayor denominador.

La persistencia tiene una mayor aplicación de cara a los productos a largo plazo que los clientes pueden abandonar en cualquier momento con la mera interrupción del pago de las primas periódicas requeridas.

Una medida análoga y más general es el índice de persistencia, que hace referencia al número de clientes de una cohorte que continúan su cobertura en una fecha posterior dividido entre el número de clientes de la misma cohorte que tenía cobertura en un año anterior. Tiene un carácter más general que el índice de renovaciones, ya que se aplica tanto a las coberturas continuas como a las coberturas a plazo. El índice de persistencia puede calcularse de manera similar al índice de renovaciones realizando un seguimiento de los asegurados activos en lugar de la cobertura renovada.

Significado e interpretación

Este índice de renovaciones ayuda a determinar el nivel de satisfacción de los asegurados: “El índice de renovaciones se aplica específicamente a productos a plazo (aquellos con plazo de cobertura determinado, como un año) [...] Refleja (entre otras cosas) la satisfacción del cliente una vez que ha adquirido el producto a plazo”.²¹

La interpretación del índice de renovaciones es diferente pero podría decirse que sigue siendo útil en casos de participación obligatoria como programas de seguro de vida crédito asociados a servicios de microfinanzas (este tema se tratará con más detalle al analizar el índice de cobertura y en el Capítulo 2).

El índice de renovaciones puede enviar diversos mensajes a la gerencia. Si el índice es muy elevado (90% o superior) puede significar que:

- Existe una buena comprensión de las necesidades del mercado objetivo;
- El precio es aceptable para el mercado objetivo;
- Los niveles de servicio son razonables; y/o
- La comunidad concede un valor elevado al beneficio.

La situación opuesta también es válida: “En programas de participación voluntaria, un índice de renovaciones bajo indica a menudo insatisfacción por parte de los clientes causada posiblemente por problemas de comunicación, un valor inaceptable del producto, una liquidación de siniestros inaceptable u otras razones”.²² También puede significar simplemente que el asegurado no sabe cuándo ni dónde debe renovar. La renovación debe ser automática siempre que sea posible, con una autorización previa para deducir la prima de los ahorros del asegurado.

Sea cual fuere el índice de renovaciones, la gerencia debe interpretarlo con cuidado y determinar cuál es la respuesta adecuada. Es importante supervisar el índice de renovaciones a lo largo de diversos períodos de tiempo, ya que la tendencia aportará una comprensión adicional de la situación.

Por regla general, un índice de renovaciones elevado tiene un efecto positivo sobre los indicadores de valor del producto. Por ejemplo, dado que normalmente resulta menos costoso renovar a un asegurado que inscribir uno nuevo, un índice de renovaciones elevado debería traducirse en una reducción del índice de gastos y una mejora del ingreso neto. Debe fijarse como nivel mínimo un índice de renovaciones de al menos un 85%.

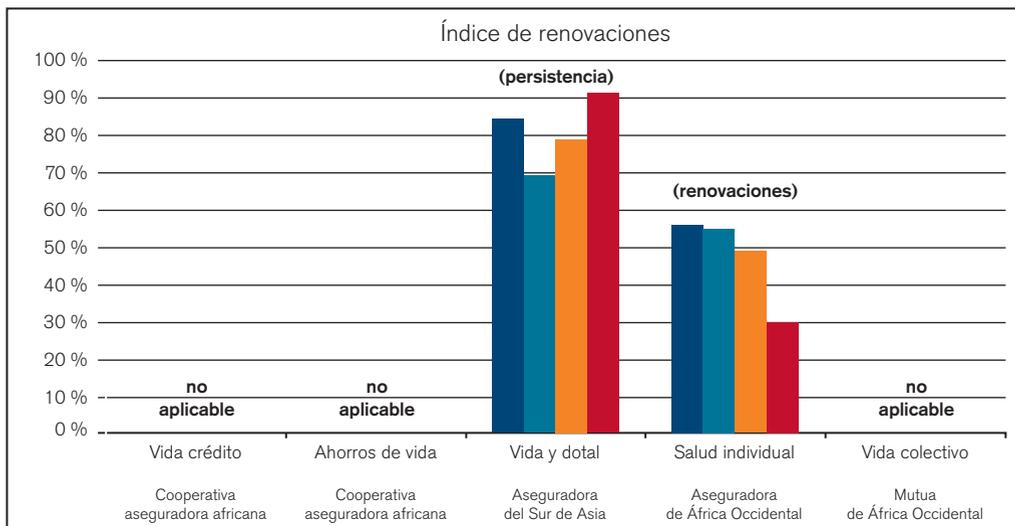
21 Garand y Wipf, 2006: p. 324.

22 Garand y Wipf, 2006: p. 323.

Interpretación social

Un índice de renovaciones bajo puede ser indicativo de que los proveedores de cobertura no han cumplido con su obligación social de ayudar a los clientes / miembros a comprender el papel que el seguro desempeña en la gestión de sus riesgos.

Pueden existir otras razones que expliquen un índice de renovaciones bajo, tales como no satisfacer las necesidades reales de los asegurados, en el caso de seguros de salud un mal servicio en los hospitales del proveedor por estigmatización de los clientes, etc.

Muestra de desempeño

El gráfico presenta los datos de los cinco programas:

- En el caso de programas de vida crédito, el índice de renovaciones no suele ser de aplicación puesto que la cobertura está vinculada al crédito y está diseñada para proteger a ambas partes de una muerte prematura del prestatario. Si bien puede suceder que algunos prestatarios que tengan experiencias negativas con el programa de seguros no vuelvan a tomar dinero prestado de la misma fuente, en muchos casos es poco probable que las personas con experiencias positivas seleccionen un nuevo prestamista sólo por la cobertura de seguro. Sin embargo, existen algunas excepciones a esta situación; algunas mujeres han mejorado sus productos de vida crédito para que incluyan diversos tipos de cobertura para toda la familia.
- No se disponía de datos para calcular la persistencia del producto de ahorros de vida. Dado que este producto es adquirido por cooperativas de crédito para que los depositantes fomenten el ahorro, las decisiones de renovación se toman a nivel institucional. A nivel de depositantes individuales, no renovar equivale a retirar los ahorros de la institución.
- El índice de persistencia del seguro dotal de la aseguradora asiática es elevado, lo que indica posiblemente que el servicio es muy bueno y que las personas que adquirieron el producto lo comprendían bien. El mercado al que se dirige la aseguradora es muy variable por lo que respecta a niveles de concienciación y educación; dado que el producto es bastante complejo, es posible que se adquiera en mayor proporción dentro del segmento más educado del mercado y una vez que lo adquieren permanecen en el programa porque les gusta. Otra alternativa que puede darse es que existan fuertes penalizaciones por abandonar el programa.
- Un índice de renovaciones descendente en un producto individual de salud indica que está en juego una espiral de cotizaciones.

- No se dispone de datos para el producto colectivo. Los índices de renovaciones colectivas pueden analizarse de manera similar, si bien existen algunas diferencias notables de interpretación. Por ejemplo, para grupos de empleados, las renovaciones se basan totalmente en la decisión del empleador y dependen fundamentalmente del precio y del servicio.

Indicador 5: Índice de cobertura

Definición

El índice de cobertura es la proporción de la población objetivo que participa en el programa de microseguros.

 Todos los programas de microseguros están dirigidos a un grupo de personas, hogares o activos a los que aspira a dar cobertura. Este grupo recibe el nombre de mercado objetivo. El índice de cobertura en un momento determinado representa la proporción del mercado objetivo que está cubierta de manera activa por el programa.

Cómo se calcula

$$\text{Índice de cobertura}_n = \text{Número de asegurados activos}_n / \text{Población objetivo}_n$$

Notas

- En la fórmula, el número de asegurados activos n se utiliza en lugar del de “pólizas activas” porque es más inclusivo y puede usarse cuando los programas son titularidad de los miembros, para planes colectivos y otros tipos de variaciones.²³
- El número de asegurados activos n puede valorarse con facilidad siempre que se introduzca la información en la base de datos del programa. Algunas microaseguradoras realizan un seguimiento automático y estrecho del número de asegurados, ya que este dato es en sí mismo un indicador de gestión crucial.
- No es fácil definir la población objetivo n , pero debería incluirse en el plan de negocio de la organización. A continuación se reproduce una tabla con una serie de casos comunes.

Ejemplos de poblaciones objetivo (Tabla 7)

Ejemplo	Participación	Definición del mercado objetivo
Clientes de IMF	Voluntaria	Todos los clientes existentes de la IMF.
	Obligatoria	El mercado objetivo de la IMF en cuestión y según esté definido en su plan de negocio. Suele tratarse de un sector definido del público general dentro de un área geográfica concreta.
Programa de seguro de salud de base comunitaria	Voluntaria	Potencialmente, todos los miembros de la comunidad que reúnan los requisitos de idoneidad. Sin embargo, es posible que sólo ciertos segmentos de la comunidad reúnan estos requisitos; son estos segmentos los que deben considerarse mercado objetivo, y no la comunidad entera.
	Obligatoria	
Seguro dotal individual vendido por una aseguradora	Voluntaria	Potencialmente, todos los miembros del público que reúnan los requisitos de idoneidad. Sin embargo, es posible que la aseguradora se dirija sólo a ciertos segmentos de población o sólo a una región concreta; en estos casos el mercado objetivo puede definirse con más claridad y cuantificarse al menos de forma aproximada.

23 “Pólizas activas” equivale a “número de asegurados activos” sólo en el caso de productos individuales en los que se emite una póliza para cada persona.

También se suele hacer referencia al índice de cobertura como índice de participación e índice de penetración. Algunos profesionales y escritores reservan el término índice de cobertura para describir la proporción de la población total que está cubierta, y los otros dos términos para describir la proporción de individuos cubiertos dentro de segmentos específicos de la población. A los efectos del presente manual, los tres términos se considerarán equivalentes.

Significado e interpretación

La eficacia de la comercialización y de la distribución es uno de los requisitos más importantes para la sostenibilidad a largo plazo de un programa de microseguros; sin estos dos factores sólo existe una pequeña posibilidad de alcanzar y retener la masa crítica necesaria para garantizar la viabilidad del proyecto. A su vez, la eficacia de la comercialización depende en gran medida de la satisfacción del cliente con los servicios y el valor percibido de los productos. El índice de cobertura puede considerarse el indicador clave de la eficacia comercial.²⁴

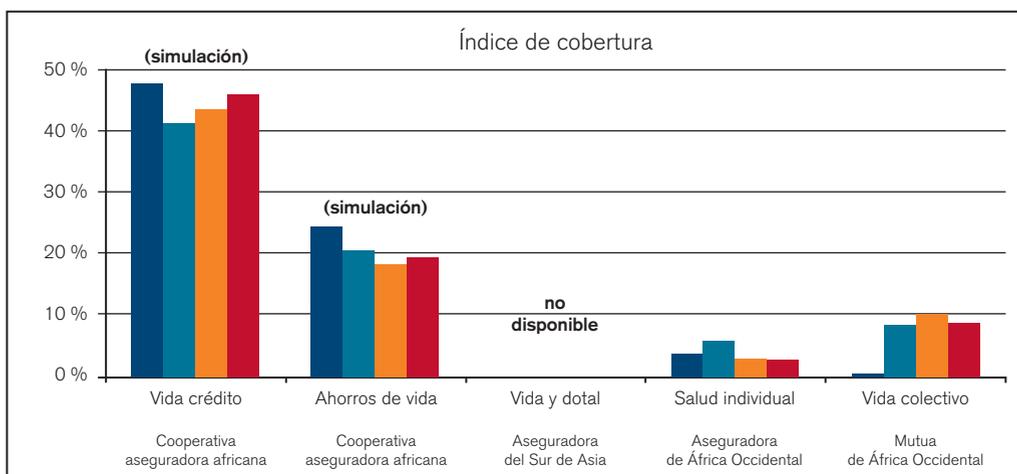
En aquellos casos en que el programa de microseguros se encuentra cautivo²⁵ de una organización matriz como una IMF, la población objetivo puede contemplarse de diversas maneras. Un enfoque consiste en considerar el mercado objetivo de microseguros como el conjunto total de clientes / miembros de la organización matriz; dado que en este tipo de modelos la participación suele ser obligatoria, el índice de cobertura se aproxima a 1 (es decir, 100%). En caso de aplicar esta definición el indicador tendría menos valor en términos de evaluación del desempeño comercial. Quizás sería mejor considerar el mercado objetivo tal y como lo define el plan de negocio de la organización matriz o el plan de negocio general conjunto; en caso de usar esta definición, el índice de cobertura podría interpretarse de manera más productiva como reflejo del desempeño comercial conjunto.

En aquellos casos en que la participación es voluntaria, resulta evidente que el índice de cobertura es un indicador crucial del éxito del programa. En ausencia de un mecanismo de supervisión, un índice de participación muy bajo suele traducirse en tasas de morbilidad y mortalidad más elevadas de lo esperado como consecuencia de una selección adversa. Idealmente una proporción amplia de la población objetivo participará de manera voluntaria, lo cual indicaría una aceptación popular del concepto de distribución de riesgos. También es probable que una población así comprenda bien los productos y sepa cómo acceder a los beneficios.²⁶

Interpretación social

Un índice de cobertura elevado es indicativo de un programa ampliamente aceptado en el que los participantes están dispuestos a compartir sus escasos recursos en busca de una medida de protección contra los riesgos que tienen que afrontar.

Muestra de desempeño



24 Garand y Wipf, 2006: p. 322.

25 Lo que se pretende indicar con esta expresión es que la participación es automática por la afiliación con la organización matriz.

26 Garand y Wipf, 2006: p. 323.

De los cinco programas de muestra, el gráfico anterior representa el desempeño de cuatro índices de cobertura.

- Aquí el índice de cobertura refleja la proporción de las cooperativas en la red que participan, y no la proporción de prestatarios individuales que están cubiertos dentro de la red. En este caso, pues, el mercado objetivo está formado por las cooperativas que componen la red. De este modo, los índices son sólo una representación de los verdaderos índices de cobertura individual que no fue posible calcular. En el caso del programa de vida crédito, el consejo y la gerencia o la junta general anual de miembros de cada cooperativa son quienes deciden si la cooperativa se dota de microseguros de vida crédito procedentes de la aseguradora cooperativa propiedad de la red (aunque sean los prestatarios individuales los que abonen la prima). La tendencia en los últimos tres años es alcista a pesar del exceso de rentabilidad del programa. No obstante, menos del 50% de la red participa, lo que indica un importante potencial de crecimiento del programa si su precio fuera más competitivo (el elevado índice de ingreso neto y el bajo índice de siniestralidad son indicativos de un precio demasiado elevado).
- Los mismos comentarios se pueden aplicar al programa de ahorros de vida (se trata sólo de una representación). En este caso, las cooperativas comparten el coste de la prima como incentivo para que sus miembros ahorren más (un individuo con un determinado nivel de ahorros recibe una cobertura de seguro de vida gratuita hasta un importe equivalente a una parte de dichos ahorros). El índice de cobertura, que también mide la proporción de cooperativas que participan, se encuentra en declive porque: a) el tamaño de la red crece pero en el mismo período apenas se han incorporado nuevas cooperativas a este programa; b) generalmente el producto es más popular en cooperativas de menor tamaño: una vez que crecen y se hacen más competitivas con las entidades bancarias locales, tienden a abandonarlo. Este último hecho indica que el producto no es competitivo y que existen otras opciones de mercado que atraen ahorros, lo que confirma las observaciones anteriores: el índice de ingreso neto es demasiado elevado y el índice de siniestralidad demasiado bajo. Debe revisarse el diseño del producto y establecerse un nuevo precio.
- El índice de cobertura del seguro dotal de la aseguradora asiática no ha podido calcularse porque el mercado objetivo no está cuantificado.
- El índice de cobertura descendente del seguro individual de salud confirma la espiral de evaluación.
- El seguro colectivo de vida refleja la verdadera proporción de individuos del mercado objetivo que están cubiertos y no la mera proporción de grupos participantes. Este es el modo correcto de calcular el índice de cobertura. No se facilitaron detalles sobre el modo en que la organización define su mercado objetivo.

Los dos primeros ejemplos sirven para ilustrar que cuando se dispone de datos imperfectos en ocasiones los índices representativos también pueden ser útiles de cara a la identificación de problemas importantes.

Indicador 6: Índice de crecimiento

Definición

El índice de crecimiento se define como la proporción de incremento en el número de clientes. El índice de crecimiento mide la velocidad a la que crece o decrece el número de clientes.

 Un programa con un índice de crecimiento anual del 10% crece hasta 110 clientes por cada 100 clientes en el año anterior.

Cómo se calcula

$$\text{Índice de crecimiento}_n = (\text{Número de asegurados}_n - \text{Número de asegurados}_{n-1}) / \text{Número de asegurados}_{n-1}$$

El subíndice “n” hace referencia a un período concreto y es sólo una indicación. Para calcular el índice de crecimiento para un período concreto es necesario determinar el número de participantes activos con cobertura válida al término del período en cuestión (número de asegurados_n) y del período anterior (es decir, número de asegurados_{n-1}). A partir de estos dos valores es posible evaluar la fórmula.

Para medir el crecimiento durante más de un período, se puede emplear una fórmula similar. Por ejemplo, la fórmula de crecimiento a lo largo de los tres últimos períodos incluyendo el período actual se define del siguiente modo:

$$\text{Índice de crecimiento}_n = (\text{Número de asegurados}_n - \text{Número de asegurados}_{n-3}) / \text{Número de asegurados}_{n-3}$$

El índice de crecimiento tal y como se define en la primera fórmula es también el índice de crecimiento anual si el período en cuestión es equivalente a un año. En los casos en que la duración del período no sea de un año o en que el crecimiento se mida a lo largo de varios años, es necesario realizar algunos cálculos adicionales para analizar el índice de crecimiento. La mejor forma de ilustrar este punto es a través de ejemplos.

Descripción	2005	2006	2007	2008	2009
Población objetivo (asegurados al término del año)	350.000	450.000	550.000	700.000	750.000
Asegurados totales (nuevos y renovados) al término del año	70.000	90.000	100.000	125.000	140.000
Renovaciones totales	n/d	24.400	35.000	50.000	70.000

El índice de crecimiento en 2007 se calcula como:

$$\begin{aligned} \text{Índice de crecimiento}_{2007} &= (\text{Número de asegurados}_{2007} - \text{Número de asegurados}_{2006}) / \text{Número de asegurados}_{2006} \\ &= (100.000 - 90.000) / 90.000 \\ &= \mathbf{0,111} \text{ (11,1\%)} \end{aligned}$$

Descripción	2005	2006	2007	2008	2009
Población objetivo (asegurados al término del año)	350.000	450.000	550.000	700.000	750.000
Asegurados totales (nuevos y renovados) al término del año	70.000	90.000	100.000	125.000	140.000
Renovaciones totales	n/d	24.400	35.000	50.000	70.000

El índice de crecimiento durante los tres años del período 2007 à 2009 es:

$$\begin{aligned} \text{Índice de crecimiento}_{07-09} &= (\text{Número de asegurados}_{2009} - \text{Número de asegurados}_{2006}) / \text{Número de asegurados}_{2006} \\ &= (140.000 - 90.000) / 90.000 \\ &= \mathbf{0,556} \text{ (55,6\%)} \end{aligned}$$

El índice de crecimiento medio para el período 2007 a 2009 es de $55,6\% / 3 = 18,5\%$. Se trata de un valor superior al índice de crecimiento anual medio ponderado, que es más útil pero de cálculo más complejo, ya que requiere algo más de álgebra y el uso de potencias. Dado que también precisa de una fórmula distinta, veremos el ejemplo en un recuadro para aquellos lectores que puedan estar interesados en aprender a calcularlo.

EL ÍNDICE DE CRECIMIENTO ANUAL MEDIO PONDERADO (Recuadro 8)

Fórmula: $\text{Número de asegurados}_n / \text{Número de asegurados}_{n-x} = (1+g)^x$

Donde n es el subíndice que indica el período final, x es el número de períodos sobre los que se desea calcular el crecimiento y g es el índice de crecimiento medio ponderado anual.

Usando los mismos números que antes, el índice de crecimiento anual se calcula del siguiente modo:

Paso 1: Plantear la ecuación:

$$\text{Número de asegurados 2009} / \text{Número de asegurados 2006} = (1+g)^3 \rightarrow 140.000 / 90.000 = (1+g)^3$$

Paso 2: Despejar el valor del índice de crecimiento anual ponderado g:

$$(140.000 / 90.000)^{1/3} = (1+g)^{3/3} \rightarrow (140.000 / 90.000)^{1/3} - 1 = g$$

Paso 3: Calcular: g = 0,159 (15,9% anual)

El índice de crecimiento de un programa de microseguros puede definirse de diversas maneras. Por ejemplo, también podría expresarse en función del incremento en pólizas activas. Ambos índices distorsionan de algún modo la imagen real del crecimiento del programa, ya que capturan el incremento en cobertura de seguro por participante. Con el paso del tiempo, la cobertura por participante aumentará como consecuencia de la inflación y de la mayor visibilidad del seguro.

Para cualquier período concreto, los datos para calcular los diferentes índices de crecimiento deberían estar fácilmente disponibles en la base de datos del programa, que debe contener información actualizada sobre nuevos afiliados, renovaciones, abandonos, vencimientos y cancelaciones.

Significado e interpretación

Se pueden hacer algunas generalizaciones acerca del índice de crecimiento. Por ejemplo, el crecimiento será normalmente mayor en programas de menor antigüedad y tamaño debido a su menor base. En segundo lugar, el índice de crecimiento se reducirá con el tiempo a medida que el índice de cobertura se aproxime al 100%.

La tendencia del índice de crecimiento suele ser un importante indicador del éxito del programa a lo largo del período establecido. Esto es especialmente válido cuando la participación es voluntaria, en cuyo caso un índice de crecimiento positivo a menudo indica éxito comercial, valor y atractivo del producto. Para mantener su viabilidad, un programa de microseguros debe mantener un índice de crecimiento por lo menos igual a cero para poder remplazar a los participantes que pierden los requisitos de participación, los que abandonan o los que caducan; no obstante, en función de las circunstancias y condiciones demográficas, un índice de crecimiento cero no suele ser suficiente para mantener la viabilidad a largo plazo.

Para muchos programas de microseguros, el origen de sus participantes es una institución asociada (por ejemplo una IMF) que requiere la participación obligatoria de todos sus potenciales clientes o miembros. Dado que el programa se encuentra básicamente cautivo de la IMF podría parecer que su índice de crecimiento viene enteramente determinado por la organización asociada, y que el indicador aporta poca información acerca del programa.

Sin embargo, esto no siempre es cierto: existen casos en los que programas cuya titularidad recae sobre los miembros atraen a clientes a la IMF matriz, es decir, los participantes se incorporan a la IMF para poder tener acceso a los servicios de microseguros.

Un crecimiento lento puede estar causado por diversas razones, como por ejemplo:

- Productos inferiores en lo que respecta a su valor y adecuación;
- Falta generalizada de visibilidad del seguro;
- El mercado objetivo no se puede permitir la prima; y/o
- Inversión demasiado escasa en promoción/marketing.

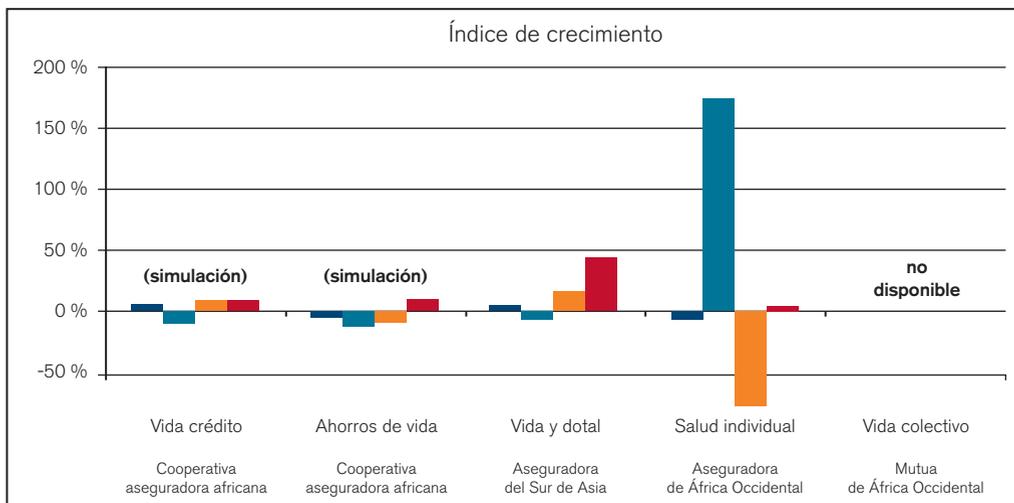
Las tendencias del índice de crecimiento son especialmente importantes. En teoría, el índice de crecimiento esperado para un programa voluntario debería seguir el modelo clásico en S: algo más lento al principio, mayor crecimiento a medida que mejora la visibilidad y el marketing es más eficaz, y posterior ralentización una vez que el mercado se aproxima a la saturación.

A diferencia de otros indicadores, resulta difícil hablar de un nivel aceptable de crecimiento ya que depende en gran medida del contexto. En general, las consecuencias de un crecimiento lento son un mayor índice de gastos incurridos, un mayor índice de siniestralidad como resultado de una selección adversa y una menor viabilidad. Un crecimiento elevado continuado también puede crear problemas si el programa no crea capacidad con la rapidez suficiente para gestionar el mayor volumen de negocio y permite que sus niveles de servicio se deterioren.

Interpretación social

Un programa que crece rápidamente suele indicar una relevancia social positiva para su población objetivo. El caso contrario también es cierto: unos valores descendentes implican la pérdida de valor y la presencia de alternativas competitivas.

Muestra de desempeño



- Del mismo modo que sucedía con el índice de cobertura, no ha sido posible calcular el índice de crecimiento real tal y como se define en este capítulo para el programa de vida crédito. En su lugar y con fines ilustrativos se ha utilizado una representación: se trata del incremento medio anual del número de cooperativas que participan en el programa de vida crédito, que experimentó un índice de crecimiento medio ponderado anual del 4,7%. Obviamente, esto no refleja el incremento total en el número de personas cubiertas, pero al menos aporta una estimación. El crecimiento en el número de cooperativas es especialmente útil ya que la decisión de participar en el programa de vida crédito la toman directamente los miembros en junta general ordinaria o, en algunas cooperativas, de manera indirecta a través de la gerencia.
- De nuevo, el índice que se presenta es una mera representación. El programa de ahorros de vida perdió de media un 2,7% de sus cooperativas cada año. Como ya se ha comentado anteriormente, el producto no es competitivo y presenta un sobreprecio.
- A lo largo de cuatro años el seguro dotal ha crecido con un índice de crecimiento medio ponderado anual del 14,5%. La mayor parte de ese crecimiento se ha producido en el cuarto año como consecuencia de una mejora en la estrategia de distribución.
- El crecimiento errático del seguro individual de salud se debe a su pequeño tamaño y a sus problemas de selección adversa.

C. CALIDAD DEL SERVICIO

Los indicadores de calidad del servicio cuantifican de manera directa dos de los aspectos de servicio más relevantes de los programas de microseguros. Ambos tienen un efecto directo sobre el nivel de satisfacción de los participantes, que a su vez impacta sobre los tres indicadores comentados en la categoría de visibilidad y satisfacción. El índice de rechazo de reclamos refleja además el grado de comprensión y utilidad del producto.

N°	Indicador	Interpretación general
7	Puntualidad en la liquidación de siniestros	¿Cuál es el nivel de respuesta del servicio? ¿En qué medida cubre el producto las necesidades del asegurado?
8	Índice de rechazo de reclamos	¿En qué medida comprende el producto al asegurado?

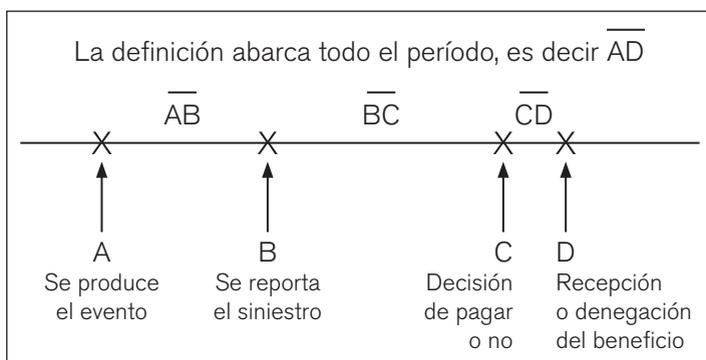
Indicador 7: Puntualidad en la liquidación de siniestros

Definición

El indicador de puntualidad es un desglose analítico de los tiempos de servicio invertidos para documentar y procesar un conjunto de siniestros.

 El indicador se calcula para un conjunto de siniestros que se han procesado completamente, es decir pagados y rechazados. El tiempo se computa desde la fecha en que se produce el evento cubierto hasta la fecha en que los clientes reciben los beneficios o se les deniegan. Cabe destacar que cuando se rechaza un beneficio por siniestro sigue siendo necesario comunicar esta situación e informar al reclamante.

En relación con la línea temporal que aparece en el diagrama que se recoge a continuación, el tiempo de servicio computado es el segmento completo desde el punto A hasta D. En la primera versión del manual el indicador se definía desde la fecha en que se comunicaba el siniestro (punto B en el diagrama) hasta el momento en que se recibía el beneficio (punto D). En otras palabras, ahora se ha añadido el segmento AB para supervisar el tiempo que tarda el reclamante en interponer la reclamación (es decir, el tiempo entre el punto A y el punto B).



Cómo se calcula

En lugar de utilizar una simple media aritmética (que también resulta útil) el indicador se define en términos en un esquema como el que se presenta en la siguiente tabla. El esquema describe con mayor precisión el modelo de liquidación de siniestros, ya que este tipo de información se pierde al aplicar una simple media aritmética.

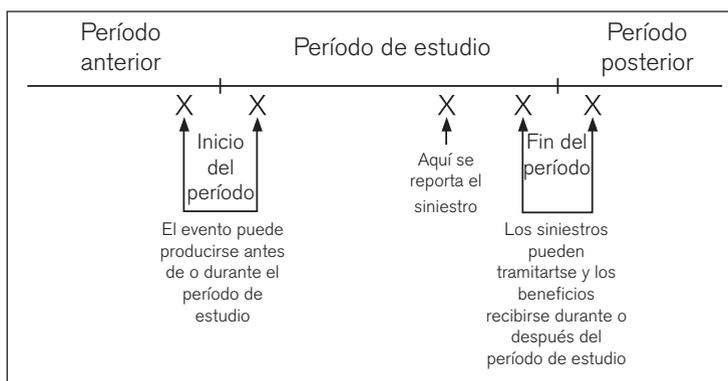
Para completar la tabla para un período determinado, es necesario seguir dos pasos sencillos. En primer lugar, determinar el conjunto total de siniestros procesados en un período determinado, o seleccionar una muestra aleatoria lo suficientemente grande (de 50 elementos o más) de dicho período. En segundo lugar, prorratear las reclamaciones en función del número de días que se tardó en procesar cada siniestro y de acuerdo con el esquema definido en la primera columna de la tabla.

Número de días	Número de siniestros	% del total de siniestros
Menos de 8 días	___	___%
De 8 a 30 días	___	___%
De 31 a 90 días	___	___%
Más de 90 días	___	___%
Total	___	100%

Notas

- a) La tabla puede completarse de manera sencilla con la ayuda de un programa de hoja de cálculo como Excel siempre que se hayan registrado la fecha de incurrimento, la fecha de reporte, la fecha de liquidación y la fecha de recepción de beneficios.
- b) No siempre resulta posible conocer cuánto tiempo tarda el pago en llegar al beneficiario (es decir, la fecha de recepción de beneficios). En este caso, debe realizarse una estimación a partir de la fecha de liquidación para preparar el calendario de puntualidad en la liquidación de siniestros.

De la muestra de estudio seleccionada, algunos siniestros pueden haberse originado en el período anterior, del mismo modo que es posible que para otros siniestros el proceso no se complete hasta el siguiente período. Resulta muy importante esperar a que se procesen todos los siniestros una vez que se ha seleccionado la muestra: si se eliminan de la muestra los siniestros no procesados es probable que el resultado sea sesgado.



La muestra de siniestros debe estar segregada por ramas y, en la medida de lo posible, en función de otros parámetros importantes, ya que esto pondrá de manifiesto problemas de eficacia de procesamiento en algunas áreas. Al igual que en el resto de indicadores, también deberá segregarse el indicador por productos en la medida de lo posible.

Significado e interpretación

El plazo de tiempo que se considera aceptable depende del contexto y del producto, pero cuanto más corto sea, mejor para el asegurado. Liquidar los siniestros con celeridad es un aspecto importante del servicio y un valor positivo. Algunos reclamantes necesitan los resultados del beneficio de inmediato para hacer frente a una situación de emergencia resultante del evento que ocasionó el siniestro y si la liquidación de siniestros es demasiado lenta es posible que se vean obligados a vender sus activos productivos o a tomar prestado dinero (a menudo) a intereses desorbitados. Resulta obvio que la liquidación de siniestros fuera de plazo disminuye el valor del servicio de microseguros y, en algunos casos, puede incluso agravar la condición y situación del asegurado, que podría haber afrontado su situación de forma distinta si hubiera sabido con antelación cuánto tiempo

iba a tardar en recibir los beneficios. No obstante, algunas aseguradoras retrasan las liquidaciones de forma deliberada para evitar por ejemplo, según ellas, que los beneficios se destinen a sufragar grandes funerales.

Los modelos de microseguros de salud que utilizan un sistema sin efectivo proporcionan un alivio inmediato al asegurado, de ahí que estos sistemas sean los que obtienen valores más altos en este indicador,²⁷ pues todos los siniestros cumplen los requisitos para incluirse en la primera categoría.

Existen numerosas razones posibles por las que se prolonga el proceso de liquidación de siniestros, motivo por el cual es necesaria una investigación detallada para identificar las causas:

- Con frecuencia, el beneficiario ni siquiera sabe cómo tramitar el siniestro
 - √ Porque no sabe leer o escribir;
 - √ Porque carece de facilitadores, formularios de reclamaciones, concienciación, etc.
- La tramitación de un siniestro es un proceso pesado y complejo con multitud de requisitos documentales que requieren mucho esfuerzo, gastos y tiempo.
- En el momento de tramitar el siniestro los reclamantes carecen de documentos esenciales tales como certificados de nacimiento.

Para identificar el área problemática hay que analizar todos los aspectos del proceso de liquidación como se indica en el siguiente ejemplo. En este caso, se analizan los tiempos necesarios para reportar el siniestro, examinarlo y liquidarlo, y para que el beneficiario reciba los beneficios con objeto de detectar posibles problemas. La microaseguradora debería tener un tiempo estándar para cada paso y un análisis de este tipo debería ayudar a detectar los problemas.

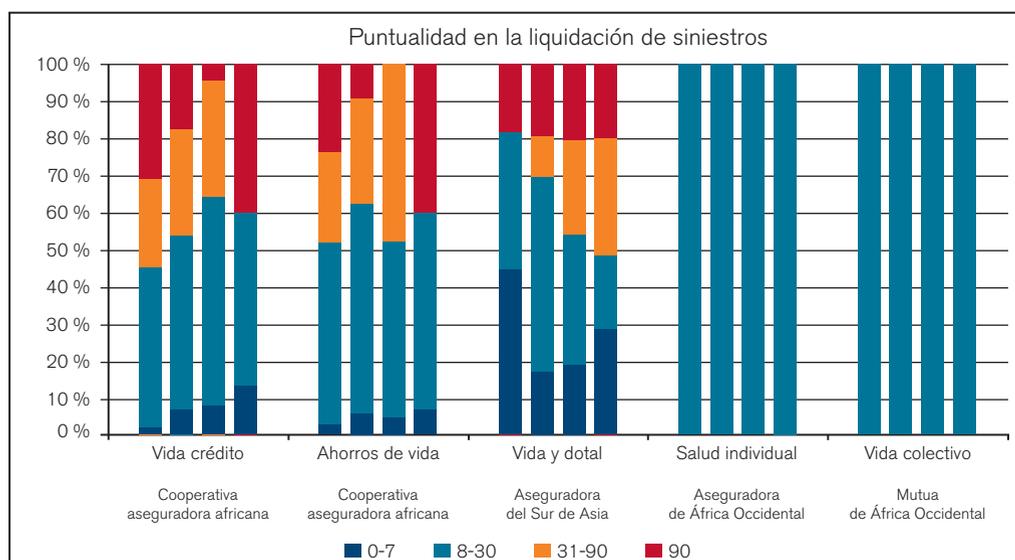
Nº	Evento	Reportado	Liquidado	Recibido	Estado	Tiempo de reporte	Tiempo de procesado	Tiempo para enviar beneficios al reclamante	Tiempo TOTAL (días)
1	26-Dic	1-Ene	17-Ene	19-Ene	Pagado	5	14	1	20
2	5-Feb	15-Feb	20-May	-	Denegado	10	90	n/d	100
3	28-Feb	4-Mar	20-Abr	20-Abr	Pagado	5	45	0	50
4	30-Mar	11-Abr	25-Abr	30-Abr	Pagado	5	15	5	25
5	23-Abr	17-May	30-May	7-Jun	Pagado	25	15	10	50
Tiempos medios						10,0	35,8	3,2	49,0

No obstante, el indicador no refleja la historia completa del servicio de reclamaciones. Por ejemplo, no recopila el número de siniestros que no se presentan por falta de visibilidad, por analfabetismo o porque el reclamante desistió o se sintió intimidado ante los excesivos requisitos documentales. En otros casos, las familias aseguradas viven en zonas remotas y el coste del desplazamiento hasta el centro de servicios más próximo y/o los costes de oportunidad para realizar un seguimiento del siniestro pueden ser mayores que los beneficios de la reclamación. En seguros de salud, existen casos en los que no existen proveedores cerca de la zona en la que vive el asegurado y ello hace que se reduzca notablemente la motivación para utilizar los servicios sanitarios y tramitar un siniestro.

Interpretación social

Normalmente, los clientes de microseguros precisan de los fondos casi inmediatamente después de que se produzca un evento asegurado. Si se producen retrasos significativos es posible que tengan que recurrir a prestamistas, vender activos productivos a precios de coste o que se vean forzados a adoptar otras medidas que acaben con el propósito de proporcionar un producto de seguros; si esto ocurre, el programa habrá fallado en su objetivo de aportar una protección social significativa.

²⁷ Garand y Wipf, 2006: p. 330.

Muestra de desempeño

El gráfico muestra el desempeño de la puntualidad en la liquidación de siniestros para los cinco programas de muestra. Se desconocen las razones específicas que subyacen a cada uno de estos desempeños, pero se pueden afirmar algunas generalizaciones. Por ejemplo, la aseguradora cooperativa africana ha mejorado sus tiempos de servicio a lo largo de los cuatro años, ya que la proporción de siniestros resueltos en 0-7 días y en 31-90 días creció cada año al tiempo que la proporción de siniestros resueltos en más de 90 días no dejó de descender.

Se pueden afirmar ciertas generalidades referentes al pobre desempeño del sector:

- Algunas microaseguradoras defienden que sus clientes no disponen de vehículos financieros tales como cuentas bancarias para recibir los pagos de beneficios, y que este es el principal obstáculo que les impide prestar un servicio rápido. Estas organizaciones no se han adaptado aún a la realidad del sector de los microseguros. No es realista esperar que la gente más desfavorecida que habita en zonas rurales remotas (o incluso en zonas urbanas) disponga de una cuenta bancaria o de cualquier otro tipo de acuerdo formal con una institución financiera.
- Algunas aseguradoras autorizadas culpan a los órganos normativos y a la legislación del sector por exigirles recopilar una documentación extensa, como por ejemplo los certificados de nacimiento de los reclamantes. Con frecuencia los documentos exigidos ni siquiera existen. En tales casos, se precisa de labores de apoyo orientadas a simplificar estos requisitos para los más desfavorecidos.
- Un desafío para muchas microaseguradoras es la imposibilidad de encontrar o identificar al beneficiario. Algunas microaseguradoras innovadoras solucionan este problema recopilando por adelantado la documentación del beneficiario y del asegurado en los días posteriores a la aceptación de la solicitud de seguro. Esta información se almacena en formato electrónico o en papel, y se guarda en las sedes locales. En caso de reclamación es posible recuperar rápidamente la documentación de la base de datos.

En general, parece que los programas autoasegurados liquidan los siniestros más rápido que los programas que se asocian con aseguradoras comerciales porque los procesos de adjudicación y pago están más localizados y son más sencillos.

Algunas organizaciones asociadas con una aseguradora se limitan a supervisar de cerca, facilitar y negociar con la aseguradora en nombre de cada reclamante, mientras que consiguen liquidaciones rápidas porque adelantan los beneficios total o parcialmente y después recuperan los fondos de la aseguradora. El riesgo evidente de esta última opción es que la aseguradora puede rechazar algunos siniestros, de manera que la organización distribuidora debería recuperar o absorber estos costes. Algunas organizaciones recaudan una prima adicional y establecen con ella un fondo especial con este objetivo.

Indicador 8: Índice de rechazo de reclamos

Definición

Para un período determinado o para una muestra no sesgada, el índice de rechazo de reclamos es la proporción de siniestros para los cuales no se ha aprobado el pago de beneficios (han sido rechazados), con independencia de las razones.

 Un índice de rechazo de reclamos del 10% implica que de cada 100 siniestros reportados, sólo 90 acaban obteniendo un pago de beneficios, mientras que los otros 10 se rechazan.

Cómo se calcula

La fórmula es la siguiente:

$$\text{Índice de rechazo de reclamos} = \frac{\text{Número de reclamos rechazados}}{\text{Número de reclamos de la muestra}}$$

El procedimiento para calcularlo es muy sencillo. En primer lugar, se seleccionan todos los siniestros reportados durante el período en cuestión: este será el denominador de nuestro índice. A continuación, se determina el número de siniestros de dicho conjunto que terminaron siendo rechazados: este será el numerador.

La información necesaria es más sencilla que la que necesitamos para calcular el índice de puntualidad en la liquidación de siniestros. Todo lo que necesitamos saber es si el siniestro se ha pagado o rechazado.

Hay que prestar atención para comprobar que se ha tomado una decisión sobre el pago o no en relación con cada siniestro. Si se calcula el indicador para una muestra de siniestros que no ha sido íntegramente procesada es probable que se introduzca un sesgo; esto es así porque muchos de los siniestros que se rechazan se someten a un proceso más largo, ya que se solicita documentación de apoyo adicional o se requiere emprender una investigación.

A los efectos de esta definición, los rechazos parciales no se consideran rechazos. Se trata de siniestros en los que sólo se ha pagado una parte del beneficio solicitado, siendo denegado el resto. Por ejemplo, en el caso de los seguros de salud los rechazos parciales se suelen deber a limitaciones de cobertura y a la exclusión de determinados elementos como suplementos dietéticos, máximos anuales de beneficios y otras razones. Es una buena idea supervisar también los rechazos parciales ya que pueden ayudar a identificar una necesidad adicional de cobertura y comprensión del producto.

En el siguiente ejemplo se calcula el índice de rechazo de reclamos para un programa pequeño sobre la base de todos los siniestros reportados en 2008.

Notas

- La fecha de incurrimento y la fecha de liquidación no necesitan encontrarse dentro del período de estudio (2008);
- El índice de rechazo de reclamos varía mucho entre trimestres debido al reducido tamaño del programa; y
- El índice de rechazo de reclamos puede expresarse como el 11,3%, 0,113, o 113%.

Trimestre 2008	Reportados 2008	Incurridos 2008	Liquidados 2008	Liquidados 2009	Rechazados	Índice
1	50	30	50	0	5	10,0%
2	55	45	54	1	4	7,3%
3	65	63	55	10	7	10,8%
4	60	60	35	25	10	16,7%
TOTAL	230	198	194	36	26	11,3%

Significado e interpretación

El índice de rechazo de reclamos refleja varias características del programa, la más significativa de las cuales sea quizás en qué medida el asegurado comprende el producto. Si no se comprende bien el producto, el índice de rechazo de reclamos podría ser elevado por una o más de las siguientes causas:

- Se tramitan siniestros por eventos que no están cubiertos;
- Se tramitan siniestros antes de que transcurra el período de espera;
- El asegurado ya no está cubierto por haber transcurrido el período de cobertura o haber alcanzado la edad máxima para pertenecer al programa; y
- Los siniestros se rechazan por existir una situación preexistente que no se había comprendido.

En el caso de productos con beneficios adicionales causados por una muerte accidental, en ocasiones se rechazan los siniestros cuando se reporta una muerte natural como si fuera accidental.

En el caso de seguros de salud, algunas de las causas más comunes de rechazo total o pago parcial de siniestros incluyen:

- Se ha alcanzado el máximo global de beneficios o un sublímite en una determinada categoría de gastos;
- No se ha autorizado un proveedor de servicios;
- El siniestro incluye costes por servicios que no son prestados; y
- Ciertos costes incurridos durante la hospitalización no estaban cubiertos.

Con frecuencia se rechazan siniestros correctamente por casos de fraude. En el caso de los seguros de salud, la connivencia con los proveedores de servicios es un problema común; para detectar problemas potenciales como este es necesario que la gerencia adopte el Principio 5 de monitoreo continuo de las reclamaciones.

Comprender bien un producto depende tanto de la educación del consumidor como de la eficacia del diseño del producto. En ocasiones los productos comerciales se retroadaptan a programas de microseguros, lo que puede aumentar la complejidad y el número de excepciones, confundiendo a las personas más desfavorecidas. En algunos casos, aseguradoras sin escrúpulos rechazan demasiados siniestros alegando motivos técnicos o porque el asegurado no puede cumplir unos requisitos que no son realistas.

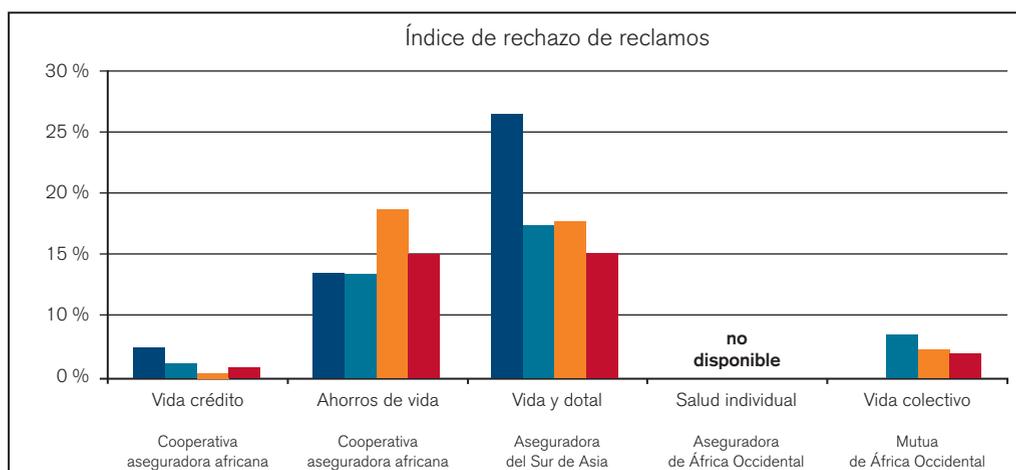
En ocasiones, para reducir gastos, un seguimiento demasiado escaso de las solicitudes de seguro se traducirá en una mayor proporción de clientes que no reúnen los requisitos de idoneidad. En estos casos el incumplimiento de estos requisitos sólo se descubre en el momento de tramitar el siniestro. Esto incrementa el índice de rechazo.

Seas cuales sean las causas, un elevado índice de rechazos tiene un impacto negativo en los índices de renovaciones, crecimiento y cobertura. Si se rechaza un siniestro existirá típicamente una percepción negativa de los programas de microseguros que llegará más allá de la familia del reclamante, especialmente si éste vive en comunidades muy cercanas o si es miembro de un grupo de autoayuda. Siempre que sea posible, un representante debería visitar el hogar afectado y la comunidad más cercana para explicar las razones por las que se ha rechazado el siniestro. Por otra parte, si el programa está dirigido por sus miembros y el siniestro se rechaza a causa de un fraude, el rechazo podría mejorar la confianza en el proceso de gestión de riesgos y adjudicación de siniestros.

Interpretación social

Un índice de rechazo elevado está causado a menudo por una falta de comprensión por parte del asegurado. Por ejemplo, la microaseguradora puede no haber explicado correctamente el funcionamiento de su programa de seguro de salud, lo que se puede traducir en clientes haciendo uso de servicios que no están cubiertos (y que de otro modo no habrían utilizado), aumentando así la carga sobre los más desfavorecidos. En ocasiones el índice puede ser también indicativo de un programa de explotación con demasiadas exclusiones que se traducen en un exceso de beneficios. Por otra parte, si bien es deseable que el índice de rechazo sea bajo, a veces podría ser indicativo de una gestión inadecuada de los siniestros.

Muestra de desempeño



De los cinco programas de muestra, el índice de rechazo de reclamos sólo está disponible en cuatro.

- El programa de crédito vida obtuvo un desempeño positivo en esta área, no así el programa de ahorros de vida de la misma aseguradora. Los elevados índices de rechazo combinados con una excesiva rentabilidad constituyen serios problemas que han hecho que este último programa de seguro sea poco competitivo y poco atractivo. Además, es probable que los numerosos siniestros rechazados causaran importantes problemas de relaciones públicas de las cooperativas primarias con sus miembros. La causa de la mayoría de los rechazos fue una descalificación retrospectiva de la cobertura como consecuencia de un período de carencia (eliminación) para nuevos depósitos de ahorros. Resulta necesario mejorar la supervisión y la comunicación.
- Además de algunas de las mejoras introducidas por la aseguradora del Sur de Asia que se han discutido anteriormente, el índice de rechazo de reclamos del seguro dotal presenta una tendencia a la baja pero se mantiene demasiado alto en un 10%.
- El producto colectivo mejoró también de manera constante en esta área, pero el programa debe tratar de rebajar aún más este índice.

Las microaseguradoras más experimentadas se afanan en mantener este indicador en niveles bajos porque son muy conscientes de que el rechazo de reclamos tiene implicaciones negativas.

D. PRUDENCIA FINANCIERA

Los indicadores de prudencia financiera se centran en la fortaleza financiera y en la liquidez del programa de microseguros. Es frecuente que no se realice un seguimiento de estos indicadores a nivel de la organización que soporta el riesgo de seguro. Sin embargo, las empresas más grandes pueden asignar activos específicos para cubrir las reservas y gastos de cada producto y mantener una buena consistencia entre pasivos y activos; esto les permite llevar un seguimiento de la solvencia y la liquidez por productos. No obstante, es posible que estas empresas tengan algunos activos adicionales de reserva en caso de que la solvencia o liquidez del producto se vieran afectadas.

La liquidez y la solvencia afectan al resto de áreas de desempeño de un programa de microseguros. Por ejemplo, un exceso de liquidez disminuye las rentas de inversión, lo que reduce a su vez el ingreso neto global. Por su parte, un índice de liquidez excesivamente bajo puede causar retrasos en la liquidación de siniestros.

Nº	Indicador	Interpretación general
9	Índice de solvencia	¿Cuál es la capacidad de la aseguradora para hacer frente a obligaciones futuras?
10	Índice de liquidez	¿Con qué facilidad puede la aseguradora hacer frente a sus obligaciones de gastos y siniestros a corto plazo?

Indicador 9: Índice de solvencia

Definición

El índice de solvencia se define como la proporción de activos admitidos sobre pasivos.

 Un programa (o una organización de riesgo) con un índice de solvencia del 130% es titular de activos por un valor de 130 por cada 100 de pasivos.

Cómo se calcula

$$\text{Índice de solvencia}_n = \text{Activos admitidos}_n / \text{Pasivos}_n$$

Notas

Este índice puede calcularse en cualquier momento temporal y suele calcularse al término de un período contable. Este índice debe ser igual o mayor a 1 para que el programa (o empresa) sea técnicamente solvente.

Tal y como se describe en el Principio 4 sobre el cálculo y establecimiento de reservas, los programas de microseguros van acumulando pasivos a lo largo del tiempo que vencerán en un momento futuro. Estos pasivos deben financiarse según su causación y con ese fin las aseguradoras establecen reservas. Los responsables normativos del sector especifican qué tipos de activos pueden utilizarse para constituir reservas. A estos activos se los denomina activos admitidos.

El Instituto de Información sobre Seguros explica el término tal y como se aplica en los Estados Unidos: “[Los activos admitidos se] reconocen y aceptan por las leyes de seguros del estado a la hora de establecer la solvencia de aseguradoras y reaseguradoras. Para evaluar con mayor facilidad la posición financiera de una empresa de seguros la normativa contable estatal no permite que se incluyan ciertos activos en el balance de situación. Sólo se incluyen como activos admitidos aquellos activos que pueden venderse con facilidad en caso de liquidación o contra los que se pueden establecer préstamos y las cuentas pendientes de cobro cuyo pago puede anticiparse de forma razonable”.²⁸

28 Fuente: Instituto de Información sobre Seguros: www.iii.org

Los activos no admitidos pueden dividirse en dos categorías:

- 1) Aquellos para los que no se admite ninguna parte tales como mobiliario, costes no amortizados por desarrollo de aplicaciones informáticas, préstamos a empleados, equipamiento, etc.; y
- 2) Activos para los que sólo se admite una parte, tales como bienes inmobiliarios e inversiones similares. En este caso los reguladores suelen establecer los importes permitidos para cada tipo de activo.

En ausencia de definiciones y directrices por parte del legislador es necesario confiar en el buen criterio de cada cual. Tal y como establece la definición anteriormente mencionada, sólo los activos de “mayor calidad” que pueden liquidarse fácilmente deberían considerarse a la hora de establecer el índice de solvencia, como títulos de deuda pública, bonos de primera calidad e hipotecas, efectivo y equivalentes de efectivo, intereses devengados de inversiones de primera calidad, bienes inmobiliarios de calidad aplicando una valoración conservadora o el valor actuarial actual, el que sea más bajo, etc.

Los pasivos incluyen todas las reservas actuariales y demás pasivos devengados tales como gastos pendientes de pago, pero excluyen capitales y excedentes (es decir, el patrimonio de los miembros). En caso de que la microaseguradora no pueda determinar correctamente las reservas, no podrá cuantificar los pasivos reales para calcular un índice de solvencia.

Índice de solvencia

Balance de situación al término del período	
Elemento	
Activos	
B01	Activos admitidos
B02	Efectivo y equivalentes de efectivo
B03	Inversiones (fácilmente convertibles en efectivo)
B04	Otros activos admitidos
B05	Activos no admitidos
B06	Primas por cobrar
B07	Siniestros prepagados
B09	Cuentas por cobrar
B10	Inversiones (no fácilmente convertibles en efectivo)
B11	Activos fijos netos
B12	Otros activos no admitidos
Pasivo y capital	
Reservas	
B14	Reserva de primas no devengadas
B17	Reserva de siniestros ocurridos pero no reportados
B20	Reserva para siniestros en curso de liquidación
B21	Gastos de reaseguro
B23	Reserva para pasivos devengados
Otros pasivos	
B25	Otros pasivos < 3 meses
B26	Obligaciones de seguros < 3 meses
B28	Otros pasivos < 3 meses
B29	Otros pasivos > 3 meses
B30	Obligaciones de seguros > 3 meses
B32	Otros pasivos > 3 meses
Capital	
B33	Aporte de capital pagado por los accionistas
B34	Donación de capital
B35	Pérdidas/ganancias del ejercicio en curso
B36	Utilidades retenidas (pérdidas acumuladas)
B37	Otras cuentas de capital

¿De dónde vienen los números?
 Cuenta de pérdidas y ganancias (hoja de datos BRS01)

Activos admitidos
 = B02 + B03 + B04 = B01

Índice de solvencia
 = Activos admitidos / Pasivos

Pasivos
 = Reservas + Otros pasivos

BREVE REFLEXIÓN SOBRE LAS MEDIDAS DE SOLVENCIA EN SEGUROS COMERCIALES (Recuadro 9)

Las normas de solvencia son un elemento clave de la regulación internacional en materia de seguros. Determinan el capital del que necesita disponer una empresa aseguradora en función de su exposición al riesgo. Las aseguradoras internacionales se referirían a la definición de solvencia que se defiende en este manual como índice de cobertura para evitar confusiones con las normas Solvencia I y Solvencia II.

Solvencia I es una serie de directivas que entraron en vigor en 2005 y son de aplicación a las aseguradoras europeas. Contiene:

- Normas sobre capital más restrictivas en diversas líneas de negocio de seguros;
- Requisito de incrementar el capital mínimo a tres millones de euros;
- Otras importantes restricciones y normas diseñadas para reforzar la solvencia de la aseguradora.

Solvencia II, con un alcance más amplio que Solvencia I, se define como un conjunto de normas cuya entrada en vigor está prevista para noviembre de 2012 para las aseguradoras que operan en la Unión Europea. Con un índice de Solvencia II lo suficientemente alto, una aseguradora podrá operar en todos los países de la Unión Europea con una única licencia. El método de valoración es muy complejo, con una cuantificación del riesgo basada en un conjunto coherente de principios económicos y requisitos de capital establecidos para cubrir el riesgo cuantificado. Se calcula por medio de modelos informáticos que tienen en cuenta una serie de escenarios económicos prescritos.

Los métodos de **capital basado en riesgo**²⁹ se refieren a enfoques generales utilizados en diversos países para determinar la cantidad de capital necesaria para ser solvente. El capital basado en riesgo es una cantidad de capital basada en una evaluación de los riesgos que una empresa debería soportar para proteger a sus clientes frente a desarrollos adversos. Se emplean en los sectores de banca y seguros. Los legisladores, las agencias de calificación y la gerencia de la empresa pueden aplicar métodos, procedimientos y fórmulas diferentes para estimar el capital basado en riesgo. Como indicador de fortaleza financiera la información sobre el capital basado en riesgo también interesante para clientes, acreedores e inversores. El capital basado en riesgo se calcula normalmente aplicando factores a los agregados contables que representan diversos riesgos a los que se expone una empresa. No obstante, muchos de estos índices podrían establecerse por otros medios.

El capital basado en riesgo se suele expresar como un índice de capital basado en riesgo. Se trata del capital total de la empresa (determinado por la fórmula del capital basado en riesgo) dividido entre el capital basado en riesgo de la empresa (determinado por dicha fórmula). Por ejemplo, una empresa con un índice de capital basado en riesgo del 200% dispone de un capital equivalente al doble de su capital basado en riesgo.

Significado e interpretación

Explicado de forma sencilla, el índice de solvencia general indica la fortaleza financiera del programa (o empresa) de microseguros y su capacidad para hacer frente a sus obligaciones ahora y en el futuro. En caso de que un programa falle, afectaría al resto del sector ya que los clientes / miembros perderían confianza.

En el mercado comercial, los legisladores gestionan los problemas de solvencia de diversas formas incluyendo el establecimiento de requisitos mínimos de capital y excedentes, limitaciones de inversión, pruebas de adecuación del capital, normas contables, métodos de capital basado en riesgo y divulgación de información.

29 Fuente: <http://www.soa.org/files/pdf/03-RMTF-RiskBasedCap.pdf>

Todos los modelos de microseguros necesitan comprender bien este índice. Resulta evidente que para un programa autoasegurado la microaseguradora puede calcularlo directamente, pero sólo si es capaz de calcular sus pasivos reales. En modelos de socio-agente, la aseguradora asume el riesgo; sin embargo, el agente debe estar muy pendiente de la solvencia de la aseguradora, especialmente en el caso de productos más a largo plazo, que tienen un componente de ahorros importante. El agente debe solicitar unos estados financieros auditados o recibirlos a través del legislador; de hecho, no se debería seleccionar como socio a una aseguradora que no desee o pueda proporcionar unos estados financieros oportunos.

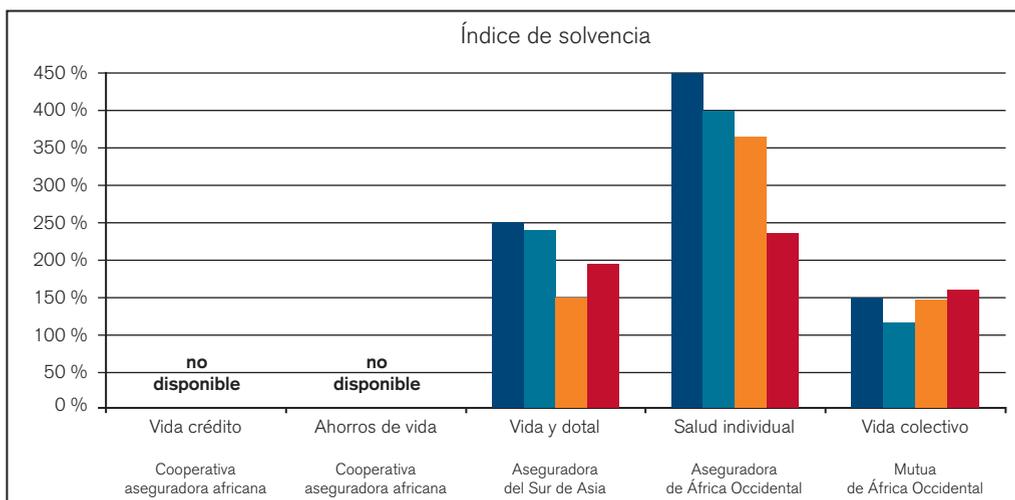
Utilizando los estados financieros publicados, la microaseguradora debe asegurar que el índice de solvencia general de la aseguradora es adecuado: como regla general, el nivel del índice de solvencia debe ser igual o superior al 120%. Las aseguradoras con productos de mayor riesgo y las pequeñas aseguradoras deben tender a un índice de solvencia mucho mayor. Si el valor es inferior al mínimo recomendado podrá o no ser motivo de preocupación en función del plan de negocio general de la aseguradora y de la tendencia que ha presentado el índice en el año en curso y en años anteriores. Por otra parte, disponer de un índice desorbitado tampoco es bueno a largo plazo ya que implica un uso ineficaz del capital.

Los modelos de socio-agente en los que la microaseguradora aporte beneficios adicionales al cubrir los eventos excluidos por la aseguradora o mejorar el paquete de la aseguradora, el índice de solvencia debe supervisarse por separado tanto para el agente-aseguradora como para empresa aseguradora asociada.

Interpretación social

En cualquier programa de seguros, la solvencia a largo plazo asegura la protección de los clientes. Un fallo en el programa de microseguros tendría un impacto negativo sobre la confianza y el interés de los clientes en servicios de seguros de protección aunque los necesiten.

Muestra de desempeño



Sólo se dispone de los índices de solvencia de tres de los cinco programas de muestra.

- El índice de solvencia de la aseguradora asiática corresponde a la totalidad de la empresa y no sólo al producto que nos ocupa. El índice de solvencia es algo errático; podría haber algunos problemas de datos, o incluso puede haberse producido una reclasificación de activos.
- El seguro individual de salud tiene un índice muy elevado incluso en el cuarto año, pero acabará agotándose el dinero si no se solucionan los problemas existentes.
- El índice del programa de seguro colectivo de vida presenta una tendencia alcista a medida que mejoran su eficiencia, gestión de riesgos y rentabilidad.

Indicador 10: Índice de liquidez

Definición

El índice de liquidez se define como la proporción de efectivo o equivalentes de efectivo sobre pasivos a corto plazo del programa.

 Un programa con un índice de liquidez del 120% dispone de 120 unidades de efectivo por cada 100 de pasivos a corto plazo actuales y previstos.

Cómo se calcula

$$\text{Índice de liquidez}_n = \text{Efectivo y equivalentes de efectivo disponibles}_n / \text{Pasivos exigibles a corto plazo}_n$$

El indicador mide la cantidad de efectivo disponible para hacer frente a las obligaciones a corto plazo. En este caso, se entiende por pasivos a corto plazo las cuentas pendientes de pago de los próximos tres meses. Para calcularlo hay que conocer el efectivo disponible y las inversiones a corto plazo que pueden convertirse en efectivo de forma inmediata (por ejemplo, títulos de deuda pública, efectos comerciales o fondos del mercado monetario). En segundo lugar, hay que proyectar gastos, siniestros, pagos de cancelación y otras cuentas pendientes de pago para los próximos tres meses: este será el denominador del índice.

Existen al menos tres enfoques básicos que pueden emplearse para estimar los pasivos a corto plazo:

- Se puede desarrollar una aplicación informática que proyecte los siniestros y gastos esperados en función del negocio en curso. A ello se le puede añadir después el flujo de caja proyectado basado en nuevos negocios para obtener una estimación total del flujo de caja futuro para cada período. A partir de aquí se pueden derivar las salidas de tesorería previstas para los próximos tres meses.
- En ausencia de esta aplicación informática, se puede utilizar el 25% de los siniestros de los últimos doce meses como idea aproximada, si bien se deben añadir márgenes adicionales si el programa ha crecido recientemente a un ritmo rápido.
- Un tercer método consiste en utilizar el balance de situación como se describe a continuación.

Es posible utilizar la información del balance de situación para estimar los pasivos a corto plazo. Hay que hacerlo con cuidado; aunque el balance de situación contenga todos los pasivos, es posible que no exista una división adecuada entre pasivos a corto y largo plazo. Si bien las reservas comentadas en el Principio 4 deben representar en total el valor actuarial presente de los pasivos a corto y largo plazo del programa, no existe una fórmula general que separe las cuentas pendientes de pago a menos de tres meses, puesto que cada programa es diferente. La gerencia, con la ayuda del actuario, puede preparar factores para estimar las cuentas pendientes de pago a corto plazo a partir de las reservas para cada período contable.

La siguiente tabla es totalmente artificial y sólo tiene efectos ilustrativos: no debe utilizarse directamente. Lo que pretende es ilustrar la idea básica de cómo se puede utilizar el balance de situación para determinar los pasivos a corto plazo a los efectos de la gestión de la liquidez. En este ejemplo los factores de la quinta columna son ficticios, pero en la vida real deben estimarse con la ayuda de un actuario y partiendo de la situación real.

Hay que destacar que estas estimaciones no cubren todos los gastos futuros. Sería necesario añadir a los pasivos a corto plazo una cantidad adicional a este efecto.

En este ejemplo el indicador se ha definido para un período de tres meses. Las microaseguradoras deben evaluar también períodos más largos y más cortos. Un enfoque más exhaustivo con cobertura de todos los períodos es la consistencia entre pasivos y activos, tema que se ha abordado brevemente en el Principio 6 (políticas de inversiones claras).

Tipo de pasivo	Descripción	¿Gastos incurridos?	Reserva total	Proporción estimada a pagar en tres meses	Importe aproximado a pagar a corto plazo
Reserva de primas no devengadas	Siniestros y gastos aún no incurridos	Sí	1.000.000	25%	250.000
Siniestros en curso de liquidación	Siniestros reportados pero no liquidados	No	300.000	100%	300.000
Reserva de siniestros ocurridos pero no reportados	Siniestros incurridos pero no reportados	No	500.000	50%	250.000
Reserva para pasivos devengados	Siniestros devengados y gastos aún no vencidos	Sí	2.000.000	5%	100.000
Otros pasivos	Otros pasivos	Sí	1.000.000	75%	750.000
Total			4.800.000	1.650.000	1 650 000

Significado e interpretación

El indicador es una medida sencilla pero muy importante de la liquidez, y los responsables de la gestión de inversiones deben supervisarlos de manera continua. Aunque un programa de microseguros presente un índice de solvencia muy robusto, puede tener problemas para pagar siniestros y gastos si no dispone de suficiente liquidez.³⁰

La iliquidez afectará la capacidad para pagar los siniestros con rapidez y, como ya se ha mencionado en este capítulo, los retrasos en la tramitación de siniestros dificultarán en mayor medida la promoción del programa de microseguros.

La principal función de los gestores de inversión es asegurar que los fondos procedentes de ingresos por primas, ingresos por intereses, vencimientos de inversiones etc., se (re)inviertan en instrumentos adecuados que proporcionen ingresos por intereses y maduren en un modelo que esté sincronizado al máximo con las obligaciones futuras de la microaseguradora al tiempo que maximizan los desempeños de la inversión. Si las inversiones se concentran en exceso en activos a largo plazo tales como bienes inmuebles y bonos a largo plazo, la microaseguradora podría presentar problemas de liquidez a corto plazo. Por otra parte, un exceso de efectivo o de dinero vinculado a inversiones a corto plazo puede traducirse en un exceso de liquidez y en la pérdida de oportunidades de inversión. Asimismo, unos desempeños de inversiones limitados provocarán mayores primas o menores beneficios (ver Recuadro 3 sobre consistencia entre activos y pasivos).

Interpretación social

Un exceso de liquidez incrementa los costes o reduce los beneficios de los clientes porque se reducen los desempeños de inversiones. Una liquidez insuficiente provocará retrasos en la liquidación de siniestros y podría conducir a una situación de quiebra por diversas vías, lo que tendría un impacto negativo en los clientes en los momentos de mayor necesidad.

³⁰ Garand y Wipf, 2006: p 328.

Muestra de desempeño

No se dispone de datos para calcular los índices de liquidez. En general, los programas autoasegurados no son especialmente buenos a la hora de gestionar su liquidez de manera sistemática, ni se basan en siniestros o gastos proyectados. Muchos presentan excesos de liquidez, en parte porque tienen problemas para encontrar inversiones adecuadas y en parte por la falta de comprensión de las implicaciones.

2. MIDIMIENTO EL DESEMPEÑO: TEMAS ESPECÍFICOS DE INTERPRETACIÓN

Los programas de microseguros de todo el mundo son muy variables y difieren mucho en cuanto a sus productos, modos de distribución, capacidad de gestión, madurez institucional y otros muchos aspectos. Además, el contexto y el entorno en el que han evolucionado los programas influyen en su desarrollo y su desempeño. Esta diversidad dificulta las comparaciones de desempeño entre programas y hace que en ocasiones sean artificiales; por ello, todas las conclusiones sobre desempeño relativo deben interpretarse con cautela. Algunas de estas cuestiones ya se han planteado en el capítulo anterior pero requieren un mayor desarrollo en esta sección.

2.1 Seguros de vida

Existen muchos productos de microseguros de vida diferentes. Algunas de las principales clasificaciones de productos son seguro temporal de vida, seguro de vida entera, seguro dotal y seguro de vida crédito. Todos aportan un pago en caso de defunción del asegurado. Muchos incluyen algunas características adicionales tales como incapacidad, cobertura por muerte accidental, cobertura de gastos de funeral o un elemento de ahorro.

Los productos de vida varían en duración, importe y modelo cubiertos, opciones de pago de primas, requisitos de suscripción y muchos otros aspectos. Existen dos grandes categorías: seguros de vida individuales y colectivos. El seguro de crédito vida es uno de los productos de vida más populares (suele venderse como producto colectivo, aunque no siempre); su período de cobertura oscila entre un único día y varios años, ya que normalmente va en paralelo al período del préstamo al que va asociado. El importe cubierto por un seguro de vida crédito se equipara o limita al saldo restante del crédito en el momento del fallecimiento del prestatario.

Muchos de los indicadores de desempeño son de aplicación a todos los tipos de seguro de vida. Sin embargo, existen algunas excepciones que merece la pena destacar. En primer lugar, el índice de renovaciones no es realmente aplicable a los programas de crédito vida en los que la cobertura es obligatoria para acceder a un préstamo de una institución crediticia. En tal caso, la cobertura de renovación de seguro depende casi por completo de la renovación del crédito y esta, a su vez, viene determinada por otros factores como la satisfacción con el servicio del prestamista, la historia crediticia, los tipos de interés, etc. Cabe pensar, no obstante, que el abandono de un préstamo pueda deberse a experiencias negativas de otros prestatarios que tramitaron siniestros. En segundo lugar, como ya se ha discutido en el Capítulo 1, el índice de cobertura tiene un valor interpretativo limitado para programas de vida crédito (así como para otros productos de participación obligatoria), si bien en algunos casos puede obtenerse alguna información útil.

En tercer lugar, en el caso de seguros dotales y otros productos similares de vida con una importante acumulación de valor en efectivo, los indicadores con las primas devengadas en el denominador (índice de ingreso neto, índice de gastos incurridos e índice de siniestralidad) pueden verse distorsionados con el paso del tiempo, pero las características y el grado de la distorsión dependerán de la antigüedad del programa y de cómo ha evolucionado su crecimiento desde el principio. Con el paso del tiempo, el índice de siniestralidad comenzará a crecer ya que una gran parte de las dotes se financiarán con los ingresos por intereses acumulados con el paso de los años. En función del modelo de crecimiento del número de nuevas pólizas dotales vendidas a lo largo de los años, el índice de siniestralidad podría alcanzar incluso un valor del 100% o superior. Del mismo modo y para el mismo producto, el índice de gastos incurridos será normalmente muy inferior en comparación con un producto simple de vida con una cobertura de vida similar.

Otra generalización que puede hacerse acerca de los productos de microseguros es que con frecuencia son más difíciles de vender que, por ejemplo, los seguros de salud, ya que en estos casos los beneficios son más tangibles que en los seguros de vida. Existen numerosas causas que lo explican, que van desde creencias culturales al hecho de que una muerte prematura no entra dentro de las previsiones de la persona. Resulta evidente que esto tiene un efecto debilitador sobre los indicadores de visibilidad y satisfacción, los cuales, a igualdad de condiciones, pueden tender a ser más bajos que en el caso de otros productos con una mejor percepción. Si bien esto puede parecer una generalización segura, lo cierto es que no implica que los programas de microseguros de vida deban segregarse de otros programas a la hora de comparar estos dos indicadores.

Lo que es más: los programas de vida de participación obligatoria deberían separarse de los de participación voluntaria a la hora de comparar los indicadores de índice de crecimiento, cobertura y renovaciones.

Los seguros de vida se incluyen típicamente en paquetes de productos, por lo que deberían separarse y analizarse de manera individual. Para estos productos agrupados, los gastos generales deberán asignarse de manera apropiada a cada producto del paquete.

En el caso de productos de mayor duración y con elementos de ahorro resulta especialmente importante el principio de políticas de inversiones claras. Los productos dotales, por ejemplo, establecen su precio a partir de una tasa de ingresos por inversiones asumida sobre la duración de la cobertura. En caso de que esta tasa no se alcance, el producto perderá dinero. En segundo lugar, se producirán defunciones, abandonos y vencimientos; todos estos tipos de reclamaciones deben proyectarse y las reservas de inversiones estructurarse en consonancia para asegurar que el riesgo de liquidez sea mínimo. Frente a esto, un exceso de liquidez puede traducirse en ingresos por inversiones más bajos y quizás en fondos insuficientes para hacer frente a las dotes prometidas cuando llegue el momento de la liquidación. De este modo, la consistencia entre pasivos y activos es una práctica importante y una característica crucial para este tipo de productos, al igual que la implantación de políticas de inversiones claras. También debe supervisarse el indicador de liquidez.

2.2 Seguros de salud

Aunque es posible que (en ocasiones) sea más sencillo comercializar microseguros de salud que de vida, puede que sean los más difíciles de gestionar. Muchas aseguradoras con ánimo de lucro no ofrecen seguros de salud salvo en relación con un accidente. Hasta la fecha existe una enorme diversidad de programas de microseguros de salud en el mundo; muchos programas son relativamente recientes o siguen en fase experimental. En la actualidad sólo unos pocos programas son sostenibles pero son muy prometedores e innovadores.

Una de las principales dificultades de los seguros de salud es que los servicios suele prestarlos un tercero y esto complica mucho la garantía de buena calidad, el control de costes del servicio y la prevención de fraudes, sobrecargas o utilización excesiva. Para hacer frente a esta situación es importante acumular datos de siniestros limpios y precisos y datos de exposición para su análisis y supervisión, con objeto de poder detectar rápidamente cualquier anomalía o tendencia desfavorable que pueda aparecer. Para obtener una imagen real es necesario supervisar por separado las tendencias en materia de frecuencia (incidencia) e importe de las reclamaciones para cada categoría de beneficio. Para poder detectar abusos por parte del proveedor y tratamientos inapropiados, fraude de consumidores y proveedores etc., es necesario realizar un análisis de los siniestros a nivel de cada proveedor de servicios. Todo esto sugiere que los principios de recopilación de datos y supervisión constante de siniestros, junto con el índice de siniestralidad, son especialmente relevantes para los microseguros de salud.

El resto de principios e indicadores clave también son aplicables a los seguros de salud. Alcanzar la viabilidad y una amplia participación requiere altos niveles de satisfacción que sólo pueden conseguirse a través de un servicio de calidad a un precio razonable unido a una formación constante de la conciencia del cliente. Los resultados de estas acciones se reflejarán en los indicadores de visibilidad del producto y satisfacción del cliente.

2.3 Micropensiones y productos relacionados

En mercados de seguros maduros los productos de pensiones son la figura dominante como instrumentos de ahorro para la jubilación. Dichos productos constan normalmente de dos fases: una primera fase de acumulación, durante la cual ahorros y rentas de inversión contribuyen de manera conjunta al crecimiento de un fondo personal de pensiones, y una de pago en la que los ahorros finales acumulados para pensiones se destinan a un pago a tanto alzado o, con más frecuencia, a la compra de una renta a plazo fijo o vitalicia al llegar la fecha de jubilación.

Últimamente se ha producido un incremento de los productos de micropensiones. Estos productos suelen tener una fase de pago simplificada a un pago a tanto alzado o una renta a muy corto plazo fijo. Esto se debe a que las rentas a largo plazo y vitalicias son extraordinariamente arriesgadas y sólo pueden ser asumidas por aseguradoras con acceso a bonos nacionales líquidos y bien desarrollados y al mercado secundario de hipotecas, algo que no suele suceder en los países en desarrollo.

Los indicadores cuyo denominador sean las primas devengadas no son de aplicación a los productos de pensión puros, al no existir primas devengadas. Si existe un componente de vida, este tipo de indicadores se verá distorsionado de un modo similar a los productos dotales (ver Capítulo 2.1). Para los productos de pensiones puros, el índice de ingreso neto y el índice de gastos incurridos pueden calcularse como proporción de las cantidades de contribución a la pensión en el modo descrito en el Capítulo 1.

Dado que las pensiones suelen ser productos de mayor duración, el índice de persistencia debería remplazarse por el índice de renovaciones. Los indicadores de visibilidad y satisfacción seguirán siendo de aplicación y reflejarán entre otras cosas la presencia de una cultura del ahorro, la existencia de una oferta alternativa de productos de pensiones en el mercado y el grado de confianza en la institución encargada de invertir el dinero.

Resultan particularmente importantes las políticas de inversiones y otros principios relacionados, así como el índice de solvencia; para la aseguradora, estos valores deberían supervisarse en su conjunto, mientras que en el caso del seguro de pensiones, la supervisión deberá hacerse de forma individualizada.

Una de las prácticas más peligrosas de los programas y aseguradoras autoasegurados es ofrecer garantías de tipos de interés a largo plazo durante la fase de acumulación de la pensión sin contar con los activos necesarios para consolidar estas garantías. Todos los tipos de interés de acumulación estarán asociados a los desempeños reales de inversión en la cartera de inversiones de las reservas; cualquier otra práctica por parte de la institución inversora es pura especulación, ya que nadie puede predecir la dirección que van a seguir los tipos de interés en el futuro. Tanto es así que si existiera un conjunto de indicadores con un mecanismo de calificación asociado para valorar la calidad de la gestión, un indicador que advirtiera de esta práctica debería ser uno de los prioritarios.

2.4 Productos índice

Los seguros de vida, salud, incapacidad y protección de activos que hemos descrito hasta ahora en este capítulo son ejemplos de los llamados seguros tradicionales, que indemnizan sólo a aquellos clientes que sufren pérdidas reales y cuyas compensaciones se basan normalmente en la magnitud de cada pérdida individual. Recientemente se han introducido en el mercado los seguros basados en índices, que difieren en tanto en cuanto aplican una fórmula de índices de representación de pérdidas para estimar la pérdida media que un conjunto de clientes puede haber sufrido cuando se produce un evento cubierto. La compensación individual se basa en la fórmula y no en el hecho de que el asegurado experimente una pérdida real ni en la magnitud de dicha pérdida.

Los productos índice se han venido desarrollando para riesgos climatológicos, entre otros, que afectan a activos y a la producción agrícola. Muchos de estos sucesos de riesgo presentan una naturaleza muy catastrófica en la medida en que una única incidencia puede afectar a numerosos clientes al mismo tiempo. De este modo, estos productos deben ser tramitados por aseguradoras muy bien capitalizadas y fuertemente reaseguradas, es decir, que presenten un índice de solvencia muy sólido. Para un programa único basado en índices es probable que el índice de siniestralidad y el índice de ingreso neto sean volátiles de un año a otro como consecuencia de la naturaleza catastrófica de los siniestros. Para una aseguradora que cubra varios programas en una zona geográfica extensa el pago acumulado por siniestros será más estable.

La ventaja del enfoque basado en índices es que se minimizan el riesgo moral y la selección adversa. Del mismo modo, dado que los peritos no tienen que visitar a cada reclamante para determinar las pérdidas individuales, el indicador de puntualidad en la liquidación de siniestros debería ser mucho más atractivo que en las versiones tradicionales de productos similares. Igualmente, el índice de rechazo de reclamos debería ser bajo dado que el cumplimiento de los requisitos de reclamación está predeterminado en función de la fórmula del índice; como consecuencia de esto deberían existir pocas reclamaciones erróneas si la concienciación del consumidor es razonablemente elevada. Por último, dado que el ajuste individualizado de las pérdidas resulta muy costoso, el índice de gastos incurridos suele ser sustancialmente menor para productos índice que para productos tradicionales. Como consecuencia de estas ventajas, los microseguros basados en índices parecen ser factibles en algunas situaciones en las que los microseguros tradicionales no lo son.

El aspecto negativo de los seguros por índices es que los beneficios no se corresponden con las pérdidas reales. Esto resulta patente en el seguro de precipitaciones, que compensa a los agricultores en caso de sequía. Para este producto algunos agricultores pueden experimentar pérdidas en sus cosechas y no percibir compensaciones suficientes para cubrir sus pérdidas reales. Por su parte, otros pueden recibir el pago de beneficios incluso sin haber experimentado pérdidas reales. Esto se conoce como riesgo de base y se pueden distinguir tres tipos principales:

- **Riesgo de base espacial:** Es posible que se produzcan precipitaciones suficientes en un punto de medición acordado de antemano, pero insuficientes en una explotación que se encuentre a pocos kilómetros de distancia. Con un seguro tradicional el agricultor podría haber recibido una compensación si sus cosechas se hubieran visto afectadas.
- **Riesgo de base temporal:** Es posible que se produzcan precipitaciones suficientes en la temporada de crecimiento para que la fórmula del índice no indique que se ha producido una sequía, si bien la lluvia no se produce en el momento adecuado y se traduce en daños en las cosechas. De nuevo, con un seguro tradicional el agricultor habría podido recibir una compensación.
- **Riesgo de base por pérdidas específicas:** Es posible que el índice empleado resulte inapropiado o no esté bien correlacionado con las pérdidas actuales. Por ejemplo, algunas cosechas necesitan más precipitaciones que otras; de este modo, si se aplica una fórmula de índice idéntica para todos los agricultores se deduce que la fórmula será más idónea para unas cosechas que para otras.

El efecto neto del riesgo de base puede ser tanto una disolución como una mejora de los indicadores de visibilidad del producto y satisfacción del cliente. Por ejemplo, los clientes que fueron compensados sin haber sufrido daños estarán más dispuestos a renovar, mientras que aquellos que no obtuvieron beneficios suficientes podrían optar por abandonar el producto.

2.5 Otros productos de seguro

En general, los productos del estilo de los seguros de protección de activos se denominan seguros no de vida (los seguros de salud se consideran indistintamente de vida y de no vida). La mayoría de productos de vida, salud y pensión pueden reasegurarse con seguridad si se cuenta con las destrezas profesionales y técnicas necesarias, un riesgo compartido suficientemente amplio y economías de escala. Algunos riesgos, tales como la protección de cosechas o de activos, deben ser gestionados por una aseguradora o reaseguradora porque presentan un riesgo moral significativo y otras causas de variabilidad de siniestros.

Los productos como los seguros de cosechas, los seguros climatológicos y los seguros de protección de activos requieren un nivel de riesgo compartido mucho más elevado con un sistema de reaseguros adecuado para garantizar la viabilidad a largo plazo. Estos productos suelen cubrir eventos que pueden afectar a zonas muy amplias, resultando en un brote de siniestros en un período breve de tiempo. Estos eventos suelen provocar períodos más largos de liquidación de siniestros ya que puede ser necesario que un perito experto visite el lugar en el que se ha producido cada pérdida; sin embargo, con un buen plan de liquidación de siniestros por catástrofes es posible una liquidación rápida. Una organización poco preparada evaluará de manera incorrecta el indicador de puntualidad en la liquidación de siniestros.

En el caso de los seguros de protección de activos, los problemas se derivan de una falta de comprensión de la cobertura y de los eventos que permiten reclamar beneficios así como de una documentación inapropiada de los activos cubiertos antes de pérdidas. En caso de eventos catastróficos que afecten a áreas extensas tales como terremotos o inundaciones, estos problemas de concienciación incrementarán el índice de rechazo de reclamos y la insatisfacción resultante tendrá un impacto en los indicadores de visibilidad y satisfacción en el siguiente período de renovaciones.

2.6 Aspectos organizativos

Tal y como se ha explicado anteriormente en este manual, el desempeño de un programa de microseguros debe observarse ante todo desde la perspectiva del miembro asegurado o cliente. Como consecuencia de ello se han presentado los principios e indicadores de desempeño clave en términos generales y, si bien existe una gran diversidad en los métodos de prestación del servicio, la interpretación de los indicadores es similar para los distintos modelos. No obstante, esto no implica que el desempeño de todos los modelos sea semejante. De hecho, cada modelo tiene sus ventajas e inconvenientes y es posible que esto quede reflejado en sus indicadores de desempeño. La comparación del desempeño entre los distintos programas es objeto de estudio en el Capítulo 3.

Existen muchas formas de categorizar los programas de microseguros, como por ejemplo considerar quién soporta el riesgo, cómo está establecida la organización, el método de distribución, la estructura legal, etc. Una de las principales líneas de demarcación hace referencia a la carga del riesgo de seguro; es decir, la organización primaria puede estar autoasegurada o ceder el riesgo a otra entidad que soporta el riesgo, como por ejemplo una aseguradora autorizada (es decir, el llamado modelo de socio-agente). Muchas son una combinación de estas dos en tanto en cuanto retienen una porción del riesgo para un producto particular y ceden el resto. Por ejemplo, la organización agente puede asumir algunos de los eventos excluidos por la aseguradora o añadir beneficios adicionales para mejorar el producto de la aseguradora. En este caso, el agente podría considerarse perfectamente microasegurador primario y la aseguradora se consideraría reaseguradora. En otros casos, la organización patrocinadora puede retener la totalidad del riesgo para un producto y ceder la totalidad del riesgo para un segundo producto.

Las organizaciones que ceden el riesgo a una aseguradora constituyen un ejemplo de cómo se deberían calcular los indicadores de desempeño para un modelo de prestación por socios múltiples o modelo de socio-agente. Típicamente el agente (patrocinador del programa) se encarga de la distribución, mientras que la gestión del riesgo queda en manos del socio que asume el riesgo, que aquí presumiremos que se trata de una empresa aseguradora autorizada. En el caso de seguros de salud, la tramitación de siniestros puede confiarse a un tercero administrador. En otras situaciones los siniestros los puede tramitar la aseguradora o el agente o todos los socios implicados. En numerosos programas el agente es una organización con una base de clientes o miembros existente cuyas familias requieren acceso a servicios de gestión de riesgos. Puede tratarse de un empleador, asociación, cooperativa, IMF o grupo de otro tipo. La participación en el programa de microseguros puede ser voluntaria u obligatoria.

Normalmente la agencia cobra una comisión para cubrir los costes de distribución. Si sus activos están protegidos el agente también puede beneficiarse de las consecuencias de la defunción, incapacidad, enfermedad del cliente u otros eventos de riesgo.

Se ha establecido anteriormente que a fin de evaluar el desempeño desde la perspectiva del cliente, todos los socios deben cooperar y preparar una imagen de desempeño global del programa de microseguros antes de cualquier consideración de reaseguros. Esto implicará una consolidación de las diversas bases de datos y estados financieros del programa para que sea posible calcular los indicadores. Lo más probable es que el agente deba dirigir este esfuerzo cooperativo, asumiendo que la calidad del servicio a su base de clientes resulta de gran importancia.

Los diez indicadores clave de desempeño son importantes para cualquier programa de soporte de riesgos, es decir, socio-agente. La siguiente tabla resume brevemente los requisitos típicos para su cálculo:

Indicador	Datos comunes y requisitos de cálculo
Índice de ingreso neto	<ol style="list-style-type: none"> 1) El asegurador debe proporcionar un balance de situación y una cuenta de resultados específicos del programa y no de la totalidad de la aseguradora. 2) La aseguradora debe proporcionar las primas devengadas. 3) Si participa un tercer administrador, sus costes deben incluirse en la sección de gastos. 4) El tercero administrador puede estar a cargo de la base de datos de siniestros; la aseguradora la utilizará para preparar los costes de siniestros y las reservas por reclamaciones. 5) El agente/patrocinador deberá separar sus datos de microseguros de los datos del resto de sus actividades, tal y como establecen el Principio 1 (separación de datos) y el Principio 3 (recopilación de datos relevantes y precisos), así como preparar los estados financieros del programa de microseguros de acuerdo con el Principio 2 (producción de cuentas anuales).
Índice de gastos incurridos	Deben combinarse los gastos de todos los socios.
Índice de siniestralidad	Los siniestros pagados y las reservas por reclamaciones deben basarse en una base de datos de siniestros auditada. Si el agente proporciona beneficios adicionales, también deberán incluirse.
Índice de renovaciones	El índice de renovaciones debe calcularse con frecuencia a través de una aplicación informática anexa a la base de datos de clientes e historia de coberturas. En la mayoría de los casos el agente se encarga de mantener esta base.
Puntualidad en la liquidación de siniestros	Se debe utilizar la base de datos de siniestros y otras fuentes para calcular este indicador.
Índice de rechazo de reclamos	Se debe utilizar la base de datos de siniestros y otras fuentes para calcular este indicador.
Índice de crecimiento	El índice de crecimiento debe calcularse con frecuencia a través de una aplicación informática anexa a la base de datos de clientes e historia de coberturas. Normalmente el agente se encarga de mantener esta base de datos.
Índice de cobertura	El agente debe definir su mercado objetivo para poder calcular este indicador (ver Capítulo 2).
Índice de solvencia	El índice de solvencia debe estar determinado para la aseguradora y para el programa. En caso de que el agente esté proporcionando una cobertura adicional, requerirá ciertas reservas que también deberán considerarse parte del índice de solvencia del programa.
Índice de liquidez	Todas las partes deben supervisar su propia liquidez. Para la organización que soporta el riesgo resulta crítico asegurar un pago puntual de los siniestros, de ahí que deba proyectar sus pasivos a corto plazo.

En resumen, el desempeño se ve afectado por numerosos parámetros tales como el contexto cultural, el tipo de producto, los aspectos organizativos, la ubicación geográfica y la dispersión, la antigüedad del programa, etc. No describiremos aquí estos elementos, pero el lector y el profesional deben recordar que se trata de factores importantes que deben tener en mente a la hora de interpretar y comparar el desempeño de diversos programas.

2.7 Seguro Takaful

Los seguros tradicionales no son aceptables para muchos musulmanes porque contienen tres elementos inherentes contrarios a los principios del Islam:³¹

- *Gharar* (incertidumbre) – Surge del hecho de que el monto y fecha de los beneficios futuros no se conoce, ni existe certeza alguna de que se vaya a acabar pagando algún beneficio.
- *Maisir* (azar) – La idea de abonar una pequeña prima por la posibilidad de recibir un beneficio mucho mayor y la posibilidad de que la aseguradora pueda tener que pagar más en beneficios que el total acumulado de las primas que recauda se considera azarosa.
- *Riba* (intereses) - Muchos seguros convencionales se basan en inversiones que generan intereses.

Para reconocer estos elementos y aún así ser capaz de ofrecer la protección de un seguro, los expertos musulmanes han aceptado una forma de seguro islámico basado en el concepto de Takaful. En principio, se trata de una práctica utilizada desde principios del siglo II, cuando los comerciantes árabes que viajaban a Asia acordaban contribuir a un fondo común para compensar las pérdidas resultantes de percances o robos que pudieran sufrir durante sus numerosas travesías marinas. Se basa en los principios de reciprocidad y cooperación y engloba los elementos de responsabilidad compartida, indemnización conjunta, interés común y solidaridad. Las inversiones se realizan de acuerdo con los principios de las finanzas islámicas.

Los principios del seguro Takaful son:

- a) Los participantes colaboran entre sí por un bien colectivo;
- b) Cada uno de los participantes contribuye para ayudar a los que lo necesiten;
- c) Las pérdidas y obligaciones se dividen en un sistema comunitario de riesgos compartidos;
- d) Se elimina la incertidumbre; y
- e) Ningún asegurado puede aprovecharse de los demás.

Los principios básicos que subyacen al concepto Takaful son muy similares a los del seguro cooperativo y seguro mutuo en la medida en que estos invierten en activos aceptados por el Islam de acuerdo con la ley islámica o sharía.

¿QUÉ SON LAS FINANZAS ISLÁMICAS (FINANZAS ACORDES A LA SHARÍA)? (Recuadro 10)

Las finanzas islámicas son un sistema bancario y de préstamos acorde a la sharía y a las principales tradiciones del sistema financiero islámico, que tiene un fuerte componente ético, casi filantrópico. Entre los valores de las finanzas islámicas se encuentra la prohibición de factores de azar, ambigüedad e ingresos por intereses. En términos generales, se trata de una versión más estricta de la inversión ética y la responsabilidad social corporativa. En esencia, busca eliminar el elemento de codicia y el elitismo inherentes al préstamo de dinero, así como promover un sistema en que el carácter emprendedor y el crédito se vean recompensados en función del beneficio y del riesgo compartido. Pretende identificar una necesidad de crédito y responder con una solución que satisfaga dicha necesidad de un modo acorde a la sharía.

De manière plus spécifique, les principes fondamentaux de la finance islamique exigent que :

- Transparencia y claridad de derechos y obligaciones;
- Los ingresos por títulos deben estar relacionados con el objetivo para el que se destina el fondo, y no constar simplemente de intereses; y
- Los títulos deben estar garantizados por verdaderos activos subyacentes y no ser meros documentos derivados.³²

31 Gran parte de este texto está tomado de Patel, Sabbir, 2005: Takaful and Poverty Alleviation, ICMIF publications.

32 Ubiq Consultancy: Introduction to Islamic Finance: www.ubiqconsultancy.com/docs/islamic_finance.pdf

El principal objetivo de los sistemas de seguros Takaful (y cooperativos) no es generar beneficios sino repartir el riesgo entre los participantes. Esto sugiere que tienen el control de sus propios fondos y distribuyen los excedentes (y las pérdidas) que puedan generarse. No obstante, en la práctica son las empresas comerciales (operadores Takaful) quienes gestionan los fondos en representación de sus clientes, si bien el modo en que implantan el sistema de seguros Takaful puede variar. Los enfoques pueden clasificarse en varios modelos básicos:

Modelo	Descripción
Modelo Ta'awuni (seguro cooperativo)	El modelo Ta'awuni practica el concepto puro de Mudharabah en las transacciones cotidianas, en las que promueve los valores islámicos de hermandad, unidad, solidaridad y cooperación mutua. La empresa Takaful y los asegurados sólo compartirán los ingresos directos por inversiones; los excedentes se devuelven a los participantes sin deducciones.
Modelo sin ánimo de lucro	Los programas operados según un modelo sin ánimo de lucro dependen al 100% de contribuciones voluntarias (tabarru o donaciones) de participantes que desean repartir sus bienes con los miembros menos afortunados de su comunidad.
Modelo al-Mudharaba	El excedente se comparte entre el asegurado y el operador Takaful según una proporción decidida de mutuo acuerdo. En general, estas disposiciones para compartir riesgos permiten al operador Takaful compartir en las suscripciones los resultados de operaciones así como los desempeños por desempeño favorable de primas invertidas.
Modelo al-Wakala	El riesgo compartido de modo cooperativo se distribuye entre los participantes donde el operador Takaful gana una comisión por sus servicios (en concepto de wakil o agente) y no participa de los resultados de suscripción. Como estos pertenecen a los participantes en forma de excedente o déficit, en el modelo al-Wakala el operador puede aplicar también una tasa de gestión del fondo y una tasa de incentivo de desempeño.

Incluso con el enfoque del seguro Takaful, todos los principios siguen siendo de aplicación y los diez indicadores clave siguen siendo relevantes. Entre los elementos que se deben considerar destaca:

- El Principio 6 que describe unas políticas de inversiones claras debe adaptarse a unas finanzas acordes al Islam (ver Recuadro 10).
- Al calcular los índices de ingreso neto y gastos incurridos, las tasas de los operadores Takaful deben considerarse un gasto.
- Incluso si el índice de ingreso neto es elevado, en algunos modelos el beneficio/excedente se devuelve a los clientes de manera proporcional, es decir, de acuerdo con su participación. Para estos programas, un índice de ingreso neto elevado no debe considerarse como un indicio de explotación en el mismo sentido, ya que puede darse cuando inversores/patrocinadores/operadores Takaful se quedan total o parcialmente los beneficios excesivos.

3. COMPARANDO MANZANAS Y NARANJAS Y EL TEMA DEL BENCHMARKING

3.1 ¿Qué es el benchmarking?

En los capítulos anteriores el debate se ha centrado en describir y racionalizar los indicadores clave de desempeño para un programa de microseguros. En la medida de lo posible se han utilizado datos disponibles de cinco programas de muestra para calcular y presentar los indicadores clave. En el caso de algunos indicadores como el índice de solvencia se ha planteado un objetivo de valor mínimo. En el Capítulo 2 se han abordado consideraciones especiales con respecto a estos indicadores para diversas líneas de productos.

Naturalmente, algunos lectores pueden preguntar: ¿Qué valores de los indicadores representan un desempeño mediocre, medio, bueno y excelente? La respuesta depende de muchos factores, incluyendo el tipo de producto, la estructura operativa, la ubicación, el tamaño, la antigüedad del programa, etc. No obstante, incluso para un programa determinado la evaluación del desempeño debe describirse en relación con el desempeño de otros programas comparables del sector. Es por esto por lo que es necesario el benchmarking. Dado que se trata de un sector bastante reciente, es importante contar con información actualizada de manera regular en relación con las buenas prácticas y el desempeño del sector, ya que esto servirá de guía para los gerentes de microseguros. Si los indicadores pueden compararse con parámetros establecidos de organizaciones y situaciones similares, esto ayudará a los gerentes a pensar en la posibilidad de hacer las cosas de otra manera y de cuestionar por qué otros programas lo están haciendo mejor. Esto puede suscitar algunos cambios que, en última instancia, pueden promover un mejor desempeño y mayores beneficios para el cliente asegurado.

En el sector de los seguros comerciales, “muchas [...] empresas utilizan parámetros de desempeño del sector para compararse a sus competidores, y esto les ayuda a comprender qué áreas deben mejorar. Un conjunto relevante de indicadores comparado con los valores de unos parámetros aceptados por el sector (estándares de desempeño) puede constituir una baliza para gerentes, juntas directivas y otras partes interesadas, ayudándolas a garantizar que la empresa mantiene su solvencia y que el desempeño sigue mejorando.”³³

La corriente empresarial general suele reconocer el impacto del benchmarking sobre el desarrollo de diferentes sectores. Se habla de ella como una herramienta, un proceso y una práctica muy respetada en la página web de un servicio del benchmarking, The Benchmarking Exchange: “El benchmarking es el proceso de medir los procedimientos internos de una organización e identificar, comprender y adaptar las prácticas destacadas de otras organizaciones consideradas las mejores en su categoría”.³⁴

Los objetivos de la Insurance Industry Association For Benchmarking™ en los Estados Unidos aclaran el modo en que la organización hace funcionar el benchmarking:

- “Crear un entorno cooperativo que permita alcanzar a un coste razonable el entendimiento pleno del desempeño unido a factores que permitan los mejores procesos en su categoría de negocio”.
- “Utilizar la eficacia del consorcio [de usuarios participantes] para obtener datos sobre el desempeño de los procesos e información sobre mejores prácticas asociadas de empresas dentro y fuera de nuestro sector de seguros”.
- “Apoyar el uso del benchmarking para facilitar la mejora de procesos y la consecución de la máxima calidad”.³⁵

33 Garand y Wipf, 2006: p 321.

34 Ver www.benchnet.com/wib.htm

35 Ver www.iiab.org

3.2 ¿Puede aplicarse el benchmarking a los microseguros?

De un modo análogo al de los negocios comerciales, los profesionales de los microseguros podrían establecer redes de cooperación sobre benchmarking dentro de cada país y/o a nivel internacional. A modo de ejemplo, ya se han creado centros de recursos sobre microseguros en diversos países que proporcionan asistencia técnica: el uso de centros de recursos en una plataforma evidente para la colaboración dentro del sector puede considerarse un servicio añadido de estos centros de recursos. Esto podría ser especialmente aplicable a aquellos centros de recursos establecidos por un grupo de microaseguradores, puesto que estos grupos ya están acostumbrados a colaborar entre sí.

En cualquier caso, se podría establecer un repositorio de datos al que los usuarios enviaran periódicamente “imágenes” o “instancias” de sus bases de datos y, siempre que todas las bases de datos contuvieran la información necesaria, sería sencillo programar aplicaciones de migración para enviar al repositorio consolidado de datos, mapas de datos en el formato necesario. Los datos compartidos estarían limitados o parcialmente ocultos para proteger la titularidad de algunos de sus elementos; por ejemplo, habría que eliminar nombres de clientes/miembros y sus datos de contacto. Una vez trazado un mapa de los datos en el formato deseado, podrían evaluarse los indicadores de desempeño y posiblemente publicarlos o compartirlos en línea.

3.3 ¿Cuáles son los desafíos?

Algunos actores del sector de los microseguros se resisten a la idea del benchmarking ante la preocupación de que los donantes canalicen su asistencia hacia aquellos programas que presenten un mejor desempeño, de acuerdo con los valores de los indicadores. Para “competir” por los fondos de los donantes, algunos temen que se verían “forzados” a abandonar sus innovaciones de adaptación y desarrollar sus programas de un modo que sería menos óptimo para prestar los servicios que cubran las necesidades únicas de sus clientes o miembros. Especulan que los diferentes programas se verán “empujados a un cajón para competir entre sí”, como parece haber sucedido en el sector de las microfinanzas.

Además, existe el temor a que los legisladores adaptaran los valores de los indicadores de algunos de los programas con mejor desempeño, estableciéndolos como parámetros mínimos de desempeño, lo que constituiría un nivel demasiado difícil de alcanzar para la mayoría de los programas. Es cierto que existen algunos riesgos que pueden no obstante superarse a través de acciones eficaces y constantes de cabildeo, comunicación y documentación de las diversidades, necesidades y logros del sector.

Un segundo desafío es el asociado al coste del benchmarking. En última instancia, en ausencia de subvenciones por parte de donantes, estos costes se transmitirían a los asegurados pero serían mínimos si se repartieran entre una amplia base de clientes o miembros de microseguros. En un primer momento habría que adquirir y desarrollar elementos como equipos informáticos, aplicaciones de gestión de datos, utilidades de migración de datos y aplicaciones analíticas, pero después de esto los costes del cálculo periódico y la difusión de los resultados serían mínimos si la participación fuera lo suficientemente amplia. Para alcanzar una participación significativa sería necesario algún tipo de análisis de los costes y beneficios con un marketing persistente, así como un liderazgo fuerte y visionario procedente del seno del propio sector.

BASE DE DATOS GLOBAL DE BENCHMARKING DE MICROSEGUROS (Recuadro 11)

A lo largo de los últimos años se ha vivido un importante crecimiento en la concienciación, interés y acción de todas las partes interesadas en los microseguros. Como resultado de una mayor participación, los distintos tipos de microseguros se han expandido hasta proporcionar protección frente a riesgos a clientes de bajos ingresos de todo el mundo.

No obstante, la amplitud, profundidad y calidad de esta expansión son inciertas. Por ello, existe la necesidad de contar con una plataforma de información fiable y accesible en línea que lleve un seguimiento de los cambios, lagunas y crecimientos en valor productivo, cuota de mercado, y desempeño financiero y operacional en todos los diferentes tipos de proveedores de microseguros.

Un esfuerzo por satisfacer estas necesidades llevó a la creación de la Base de datos global de benchmarking de microseguros. El objetivo de esta base de datos es recopilar, analizar y compartir datos sin un sesgo de modelo, método, soporte de riesgo, canal de distribución o productos.

Con este objetivo en mente, la Unidad de seguros para los menos favorecidos del Banco Mundial se puso en contacto con 161 proveedores de microseguros de seis países entre 2009 y 2010 y pretende incluir en el futuro más tipos de proveedores y nuevos países con apoyo de un comité de dirección que implique a diversas partes interesadas.

Más información próximamente.

ANEXOS

A. LOS SIETE PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL SEGURO

Los productos de seguros comerciales están diseñados de acuerdo con una serie de principios básicos que aplican el concepto de pérdida económica. Para que un evento de riesgo resultante en una pérdida económica pueda considerarse asegurable, debe presentar las siguientes características básicas:

1. El evento debe ser aleatorio (es decir, ocurrir por puro azar). En el caso de un programa de microfinanzas, esto implica que el evento cubierto no puede verse influido en modo alguno por el asegurado. Normalmente es necesario establecer controles para evitar que esto suceda.

2. La pérdida debe venir definida en términos de tiempo e importe. Esto implica que los beneficios y las condiciones en las que puede tramitarse una reclamación de beneficios deben estar definidos de manera muy clara y comprenderse en el momento inicial, por el interés tanto del asegurado como de la aseguradora.

3. La pérdida debe ser significativa. No será económico, por ejemplo, asegurar pérdidas nimias que no causan perjuicios al hogar, ya que administrar un producto así sería demasiado costoso.

4. La tasa de pérdida debe ser predecible. Debe ser posible estimar la tasa de pérdida para cada riesgo cubierto antes de lanzar el producto, de forma que se pueda establecer una tasa de prima equitativa con una confianza razonable. Como se comentará más adelante, esta es la razón por la que un programa debe reunir datos sobre operaciones lo antes posible. Al principio, las tasas de pérdidas deben estimarse a partir de estadísticas nacionales o de la experiencia de otros programas (que pueden tener características diferentes).

5. La pérdida no debe ser catastrófica para la aseguradora. Este principio tiene dos dimensiones: a) una única pérdida de un asegurado no debe acabar con el programa (esto implica que los beneficios deben ser limitados y que el tamaño del programa debe incluir una cifra importante de hogares participantes); y b) los eventos catastróficos (es decir, un solo evento de riesgo moral) deben quedar excluidos o estar reasegurados.

6. Debe participar una cantidad importante de personas (o activos) con características de riesgo similares. Esencialmente, esto significa que el programa de seguro necesita contar con una cantidad de participantes lo suficientemente elevada para cada evento de riesgo particular, y todos los asegurados deben tener una probabilidad similar de que se produzca el evento de riesgo. Este requisito se basa en estadísticas y resulta necesario para que un programa de microseguros tenga unos resultados financieros estables. Las pequeñas primas de los numerosos hogares asegurados financian las pérdidas (siniestros) de los pocos que se ven afectados.

7. Las primas deben ser asequibles, ya que de lo contrario no se trataría de un servicio financiero accesible. Para que esto sea posible la probabilidad de que suceda el evento de riesgo debe ser muy pequeña, el importe de la cobertura de seguro debe ser limitado y la prestación del seguro, eficiente.

En opinión de los autores, un principio de peso adicional es la incorporación de medidas de reducción de pérdidas a los productos de microseguros. El objetivo de dichas medidas es reducir la probabilidad y el grado de la pérdida antes de que suceda. Algunos ejemplos incluyen medidas preventivas como educación sanitaria sobre nutrición, preparación frente a catástrofes y políticas de gestión de riesgos.

B. RESERVAS

En el Principio 4 se ha abordado el significado general de las reservas. En él se ha establecido que, en la práctica, resulta muy difícil calcular las reservas exactas para un producto y, por tanto, se suelen aplicar métodos simplificados. Las reservas simplificadas más comunes enumeradas en la Tabla 3 se cubren de forma más pormenorizada en este Anexo.

Las cuatro reservas que se van a tratar aquí son:

- 1) Reserva de primas no devengadas
- 2) Reserva de siniestros ocurridos pero no reportados
- 3) Reserva por siniestros en curso de liquidación
- 4) Reserva para pasivos devengados

1) Reserva de primas no devengadas

Todos los productos con pagos periódicos de primas necesitan una reserva de primas no devengadas. Con independencia de cómo se pague y reciba la prima, la prima devenga en el período para el que fue pagada de un modo que refleja la naturaleza del modo en que se incurren los gastos y los siniestros.

Al término de cada período contable, las primas no devengadas son simplemente el ingreso por primas menos las primas devengadas para cada asegurado activo. De manera intuitiva, se trata de un cálculo estimado de “siniestros + gastos aún no incurridos a lo largo del tiempo restante del período para el que se pagó las primas”. Es necesario incorporar esta reserva a los estados financieros para respetar los principios básicos de la contabilidad de causación.

Para tener una idea más clara de cómo funciona, resulta útil analizar la prima anual de una póliza individual de seguro temporal de vida, tal y como se presenta en la Tabla 8. En este caso asumimos que el asegurado abona la prima por adelantado a un agente que, a su vez, la remite a una aseguradora.

Obsérvese que:

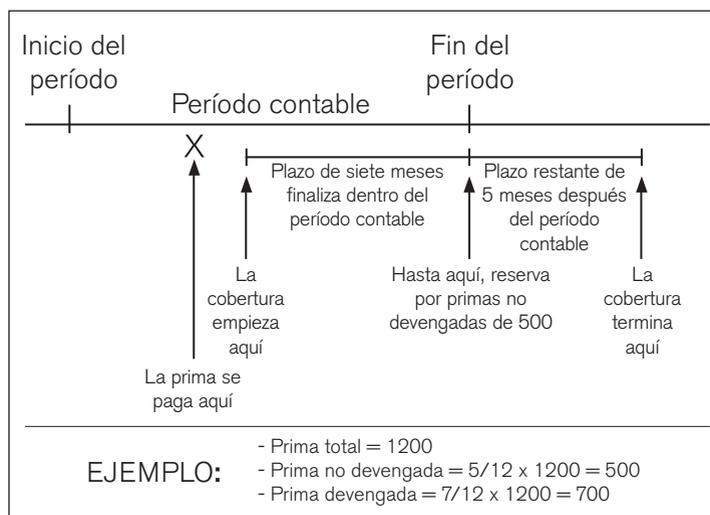
- La prima anual se ha desglosado en cuatro componentes principales (en realidad, existen más componentes): prima neta para financiar siniestros esperados, gastos de la aseguradora, gastos del agente (comisiones) y beneficio de la aseguradora.
- Cada uno de estos cuatro componentes devenga de manera independiente de los demás.
- Un componente específico como las comisiones puede devengar en un momento diferente desde la perspectiva de cada socio y desde una perspectiva general, desde la que deben calcularse los indicadores clave.

Tres perspectivas de modelo de devengo de la prima anual (Tabla 8)

Componente de prima	Perspectiva 1: La aseguradora	Perspectiva 2: El agente	Perspectiva 3: Perspectiva general para calcular indicadores de desempeño
Componente para financiar los beneficios del seguro de vida (siniestros), también llamado prima neta	Devenga bien a prorrata por sencillez o bien siguiendo un modelo que refleje el riesgo de mortalidad esperado de la aseguradora	n/d	Igual que la aseguradora
Gastos administrativos de la aseguradora	Devenga bien a prorrata por sencillez o bien siguiendo un modelo que refleje los gastos incurridos esperados de la aseguradora	n/d	Igual que la aseguradora

Comisiones pagadas al agente para cubrir sus gastos de distribución	Devenga por adelantado para la aseguradora si el agente recibe una comisión íntegra al remitirla a la aseguradora	Devenga a prorrata por sencillez o bien siguiendo un modelo que refleje los gastos del agente	Igual que el agente
Beneficios de la aseguradora	Devenga bien a prorrata por sencillez o bien al caducar la póliza, o de algún otro modo	n/d	Igual que la aseguradora

Para simplificar el cálculo, la mayoría de las aseguradoras aplican el enfoque más sencillo y devengan la prima íntegra a prorrata: si bien es posible que este no sea siempre el método más conservador para todos los productos, en general es aceptable e incluso muchos legisladores lo especifican así.



Dado que los clientes individuales pueden adquirir coberturas en distintos momentos del tiempo, la prima no devengada varía para cada uno de ellos en cada momento. Por este motivo, se suelen emplear aplicaciones informáticas sobre una base de datos de transacciones de microseguros al término de un período contable, calculándose la prima no devengada para cada asegurado activo. A continuación se emplea la suma acumulada como reserva para primas no devengadas en las cuentas anuales.

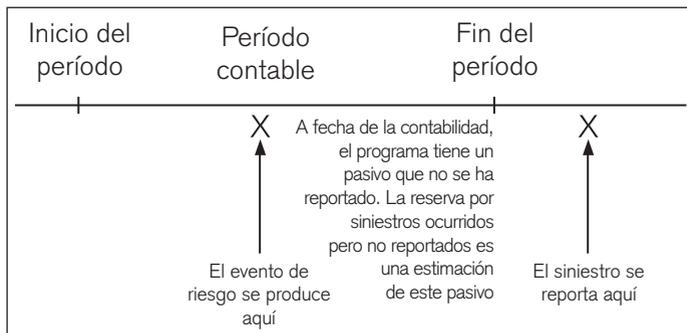
Las aseguradoras que disponen de sistemas adecuados estiman el valor aproximado de la prima no devengada agrupando las primas por mes de vencimiento. Este sistema es adecuado para productos sencillos.

2) Reserva de siniestros ocurridos pero no reportados

En cualquier momento pueden haberse producido eventos que resulten en pérdidas cubiertas por un seguro, pero de las cuales la aseguradora no es consciente. Esto es así porque por diversas razones normalmente pasan horas, días, semanas e incluso meses antes de que se reporten los siniestros a la aseguradora. Esto también es aplicable al término de un período contable. Es verdad que el contable podría esperar unas semanas hasta que se reportaran todos los siniestros antes de preparar los estados financieros, pero esto no sería aceptable de acuerdo con el Principio 2 de producción de los estados financieros ya que éstas deben presentarse en los plazos previstos para permitir una gestión eficaz.

Para garantizar que esto ocurra, las aseguradoras establecen una reserva de siniestros ocurridos pero no reportados, un fondo que responderá por todos los siniestros incurridos pero aún no reportados al término del período contable. Es necesario estimar el nivel de este fondo, para lo cual pueden emplearse numerosos métodos. La mayoría de ellos se basan en la experiencia de reporte de siniestros pasados; por esta razón, la base de datos de siniestros debe capturar tanto la fecha de producción como la fecha de reporte para cada siniestro.

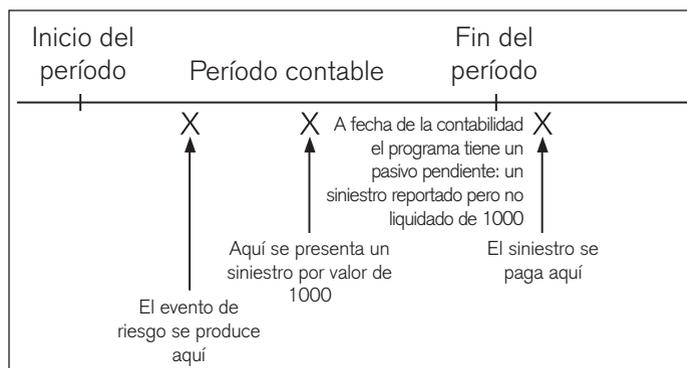
Observar los modelos históricos de estos intervalos y aplicarlos al bloque de negocio actual es un enfoque habitual a la hora de estimar la reserva de siniestros ocurridos pero no reportados.



3) Reserva por siniestros en curso de liquidación

Incluso cuando un siniestro ha sido reportado, existen distintos motivos por los que puede transcurrir cierto tiempo hasta que se produzca su liquidación (ver comentarios sobre el indicador de puntualidad en la liquidación de siniestros). Por ello, la aseguradora puede tener en cualquier momento siniestros no liquidados que se encuentren en fase de tramitación. Algunos de estos siniestros acabarán siendo rechazados, pero a la fecha contable puede no estar claro qué va a suceder con algunas de las reclamaciones.

Para cumplir con el Principio 2, la producción de los estados financieros no puede esperar a que todos los siniestros reportados hayan sido liquidados. Sin embargo, la aseguradora debe reconocer igualmente el pasivo no devengado de estos siniestros. El enfoque más conservador pasa por asumir que se pagarán todos los siniestros y ninguno será rechazado. La provisión contable y el fondo correspondiente se conocen simplemente como reserva por siniestros en curso de liquidación, que no es más que la suma (total o parcial) de todos los siniestros no liquidados al término del período.



4) Reserva para pasivos devengados

Las reservas para pasivos devengados son tan numerosas y variadas como los propios productos de microseguros. Para algunos productos, las reservas para pasivos devengados son tan básicas como el ahorro devengado y sus intereses, pero para la mayoría de productos es más complejo que eso. Por ejemplo, para seguros de vida entera se determinan primas niveladas de vida en el momento de la compra y ya no son posibles nuevos incrementos. Así, para un producto de vida entera el exceso de prima pagado en los años de juventud debe invertirse para financiar el mayor coste de mortalidad en los años de vejez; esto supone que un actuario debe recalcular a su nivel al menos anualmente las reservas para pasivos devengados para ese producto.

De hecho, dado que la mayor parte de activos devengados lo son para productos con duración superior a un año, esta reserva debería ser necesariamente calculada por un actuario. Incluso si se dispone de herramientas informáticas para realizar los cálculos, un actuario debería comprobar y certificar los resultados.

Requisitos de reservas para algunos productos de microseguros (Tabla 9)

Tipo de producto	¿Reserva para pasivos devengados?	¿Reserva para primas no devengadas?	¿Reserva de siniestros ocurridos pero no reportados?	¿Reserva para siniestros en curso de liquidación?
Vida crédito puro (sin ahorros)	No	Depende del modelo de pago de primas	Sí, a menos que todos los siniestros se reporten de inmediato	Sí, a menos que todos los siniestros reportados se liquiden de inmediato
Vida crédito con ahorros	Sí, ahorros acumulados con interés			
Vida entera	Sí, si la prima está nivelada, ya que existe un patrimonio acumulado para financiar futuros incrementos en las tasas de mortalidad			
Plan dotal (bien a plazo o combinación de plazo y vida entera)	Sí, al menos de dos tipos: <ul style="list-style-type: none"> • Igual que vida entera • Acumulación causada para el producto dotal a pagar si el asegurado sobrevive al término del plazo. 			
Plan de pensiones	Sí, ahorros devengados con interés, o beneficios definidos para algunos tipos de planes			
Salud (plazo)	En general no se requiere ninguna ya que las tasas de la prima pueden ajustarse al menos anualmente si la experiencia empeora			

C. GLOSARIO

A

Activos admitidos	Activos admitidos por el legislador a los efectos de valorar la fortaleza financiera de una aseguradora/microaseguradora. Suele tratarse de activos de buena calidad que pueden venderse con facilidad en caso de liquidación y/o contra los que se pueden establecer préstamos.
Actuario	Perito técnico en seguros y matemáticas aplicadas que trabaja con teorías probabilísticas, económicas y financieras en el sector de los seguros y es responsable del cálculo de primas, reservas y otras valoraciones.
Anualidad con plazo fijo	Contrato que proporciona beneficios periódicos a pagar durante un período de tiempo determinado con independencia de si el beneficiario está vivo o ha fallecido.
Asegurado	Asegurado participante en un programa de microseguros.
Aseguradora comercial	Empresa aseguradora que trabaja en el sector de los seguros con la finalidad de obtener beneficios.

B

Base de datos	Almacén o repositorio de datos diseñado para acumular y gestionar grandes cantidades de datos durante largos períodos de tiempo o de manera permanente.
---------------	---

C

Capital basado en riesgo	Cantidad de capital calculado en función del negocio de seguro que ha asumido una aseguradora. En teoría, la cantidad de capital debería ser suficiente para proteger a los asegurados de diversas clases de riesgo que podrían amenazar a la empresa. Para ofrecer protección frente a eventos catastróficos y de otros tipos de riesgos morales, la aseguradora debe adquirir también reaseguros apropiados.
Clase de activos	Categoría de activos como por ejemplo bienes inmobiliarios, valores, bonos, etc.
Cliente	Asegurado participante en un programa de microseguros del cual no es titular. En este manual se hace referencia a los clientes como asegurados, que es un término más general.
Coaseguro	En su acepción más general, el coaseguro hace referencia al hecho de que el asegurado retenga una parte del riesgo asegurado. El coaseguro puede adoptar diversas formas, pero suele suponer que el asegurado deberá pagar una parte del coste de los gastos incurridos. Por ejemplo, un coaseguro del 10% en un seguro de salud supone que el programa sólo pagará un 90% del coste de los procedimientos cubiertos y el 10% restante corresponderá al asegurado.
Consistencia entre pasivos y activos	Proceso consistente en proyectar futuros flujos de pasivos tales como siniestros, cancelaciones y gastos esperados y estructurar las inversiones correspondientes para respaldar estos pasivos, asegurando que el flujo de caja de ingresos y vencimientos futuros se programan para coincidir con futuras obligaciones de flujo de caja.
Contabilidad de causalidad	Método contable que reconoce el ingreso que se ha devengado en un período incluso si se recibe en otro período. Del mismo modo, reconoce los gastos en el período en que se incurren con independencia de que se paguen en otro período.

Copago	Porcentaje de un coste incurrido que es pagado por el asegurado (ver también coaseguro y franquicia). Un copago puede ser tanto una franquicia como un coaseguro.
Costos de ajuste de siniestros	Método contable que reconoce el ingreso que se ha devengado en un período incluso si se recibe en otro período. Del mismo modo, reconoce los gastos en el período en que se incurren con independencia de que se paguen en otro período.
Cuotas de afiliación	Algunos programas cuya titularidad corresponde a los miembros aplican una cuota inicial y/o periódica. Algunos programas consideran las cuotas de afiliación o de clientes como primas que devengan de manera inmediata o transcurrido un período determinado. A los efectos del presente manual, estas cuotas se considerarán como otro ingreso.

E

Espiral de evaluación	Una espiral de evaluación, también llamada espiral de la muerte, se produce cuando la participación en un programa (riesgos compartidos) desciende de manera constante al tiempo que los costes de primas no dejan de ascender. Los asegurados expuestos a menores riesgos son los primeros en abandonar el programa ya que la prima que pagan no es proporcional a la protección que reciben, mientras que los individuos de mayor riesgo permanecen. Esta espiral de evaluación consiste pues en una serie de valoraciones seguidas de incrementos en las primas que, a cambio, van seguidas de mayores abandonos de los participantes de menor riesgo restantes. Al final, se producirá un colapso del programa.
Esquema mutualista	Programa de seguros en el que las personas aseguradas son también propietarias del programa.
Evento de riesgo moral	Evento de riesgo que afecta a gran cantidad de personas o activos a la vez. Por ejemplo, un terremoto afecta a todas las personas de la región en que se produce, si bien el grado del efecto puede variar. Frente a esto, eventos de riesgo aleatorio como accidentes de tráfico afectan sólo a una o pocas personas cuando se producen.
Exposición al riesgo	La probabilidad de que un asegurado se vea afectado por el evento asegurado a lo largo de un período de tiempo recibe el nombre de unidad de riesgo o exposición al riesgo.

F

Frecuencia de siniestros	Para una muestra de asegurados en un período determinado, se trata del número de siniestros o reclamantes dividido entre el total de asegurados. Se trata de una estadística que los actuarios utilizan a menudo como estimación de la verdadera probabilidad subyacente de que un asegurado de la muestra tramite un siniestro.
--------------------------	--

G

Gastos incurridos	Los gastos incurridos de un período determinado son aquellos que deben cargarse a dicho período de acuerdo con los principios y métodos de la contabilidad de causación. Para los programas de microseguros, deben incluir todos los gastos reales en que se incurre en un período, incluyendo amortización de equipos, depreciación y comisiones, y no debe reducirse por subsidios o subvenciones. Los gastos incurridos pueden o no ser equivalentes a los gastos en efectivo para el mismo período.
-------------------	---

I	
Índice de abandono	Para un determinado período o muestra, el índice de abandono es la proporción de clientes o miembros que no renuevan su cobertura (o permanecen en el programa) de todos los que están en condiciones de renovar (o de permanecer). El índice de abandonos es el valor opuesto al índice de renovaciones y al índice de persistencia.
Índice de participación	Término alternativo para designar el índice de cobertura o penetración.
Índice de persistencia	El índice de persistencia es análogo al indicador de índice de renovaciones y se define como la serie de asegurados de una cohorte que continúa su cobertura en una fecha posterior, entre el número de asegurados de la misma cohorte con cobertura en un período X. Por ejemplo, si se define una cohorte como todos los asegurados que adquirieron cobertura en enero de 2010, entonces es posible calcular el índice de persistencia en cualquier momento posterior. Si el índice de persistencia a 15 de febrero de 2011 es del 75%, quiere decir que de cada 100 personas que adquirieron cobertura en enero de 2010 aún hay 75 que mantienen la cobertura a 15 de febrero de 2010. El índice de persistencia puede calcularse análogamente para la cohorte de asegurados restantes a 15 de febrero de 2011, en adelante.
Ingreso neto	Cantidad de excedente o beneficio durante un período de operación. En una cuenta de pérdidas y ganancias preparada para un período usando los métodos de la contabilidad de causación, se trata de la prima devengada en el período más los ingresos por inversiones del período más otros ingresos de período menos los siniestros incurridos en el período menos los gastos incurridos en el período.
Ingreso por primas	Los ingresos por primas representan cualquier tipo de primas recibidas por la venta de productos de seguros. Este término no debe emplearse de manera indistinta al término primas en efectivo, ya que este último se refiere literalmente a las primas recibidas en efectivo durante un período contable.
M	
Microaseguradora independiente con retención de riesgos	Microaseguradora que retiene todo el riesgo asegurado.
Miembros	Asegurados participantes en un programa de microseguros del cual son titulares. En este manual se hace referencia a los miembros como asegurados, que es un término más general.
Modelo de socio-agente	Método empleado por organizaciones para proporcionar seguros. La aseguradora mantiene el riesgo y contrata con un socio o agente la prestación de un producto o de servicios administrativos al mercado objetivo.
P	
Pagos de cancelación	Cantidad de dinero que el tomador de la póliza recibirá como reembolso si el asegurado cancela la cobertura.
Período de cobertura	Período de tiempo durante el cual la cobertura tiene efecto antes de tener que renovarse. Es de aplicación fundamentalmente a productos a plazo. Algunos tipos de seguros no necesitan renovarse; se suelen denominar genéricamente seguros permanentes.
Prima	Cantidad pagada al asegurador a cambio de cobertura ante un evento de riesgo. Puede variar desde un pago único para toda la duración de la cobertura hasta pagos periódicos regulares (en microseguros a veces con frecuencia semanal) necesarios para mantener la cobertura de seguro.

Prima bruta devengada	Prima devengada antes de cualquier deducción como comisiones y otros gastos. La prima bruta devengada representa la parte de la prima que debía haber financiado todas las reclamaciones y gastos pasados incurridos así como otros pasivos devengados desde la fecha de cobertura para la que se pagó la prima hasta la fecha contable para la que se calcula la prima devengada. Matemáticamente es la variación entre el pago de primas y la prima no devengada en la fecha contable para la que se calcula.
Prima devengada	Ingresos por primas de un período menos la variación en la reserva por primas no devengadas para ese mismo período (ver Anexo B).
Prima en efectivo	Prima recibida durante un período contable, con independencia de que devengue o no durante el período.
Prima neta devengada	Prima devengada de la que se han deducido diversos componentes tales como comisiones. La prima neta devengada representa la parte de la prima que debía haber financiado todas las reclamaciones pasadas desde la fecha de cobertura para la que se pagó la prima hasta la fecha contable para la que se calcula la prima devengada. De este modo, puede emplearse como representante para estimar siniestros pasados incurridos en el período, pero no será precisa en la medida en que el producto tuviera un precio equivocado, por fluctuaciones estadísticas, etc.
Prima suscrita	Cuando una aseguradora asume un contrato a término, las primas que se espera recibir a lo largo de la duración del contrato se denominan prima suscrita bruta. Una vez que se deduce la prima de reaseguro, recibe el nombre de prima suscrita neta.
Proveedor de servicios	Organización que proporciona un servicio que puede ser administrativo, de procesamiento de datos, de gestión de siniestros o cualquier otra función necesaria para el producto de seguro. Puede tratarse de la aseguradora o de otra organización que no soporte ningún riesgo.
Provisión técnica	Algunos prefieren usar el término provisión técnica en vez de reservas (para una definición, consultar la entrada reservas en el presente glosario).

R

Requisitos de excedente y/o capital	Cantidad de activos que exige el legislador o una persona prudente para operar con seguros. Idealmente debe ser un actuario quien calcule esta cantidad, debe basarse en el negocia real actualmente en vigor y debe tener en cuenta la calidad de los activos.
Reserva	Fondo o provisión contable que se aparta para financiar los pasivos netos futuros de un programa de microseguros.
Reserva de siniestros ocurridos pero no reportados	Se trata de una reserva en previsión de los siniestros que se han producido pero de los cuales aún no se ha informado a la aseguradora al término del período contable.
Reserva para contingencias	Reserva para retener temporalmente beneficios o para absorber fluctuaciones estadísticas en siniestros. Sólo algunas aseguradoras la practican.
Reserva para pasivos devengados	Reserva en previsión del valor actuarial presente neto de gastos, siniestros, ahorros e intereses futuros devengados que excedan de los pasivos previstos en otras reservas tales como primas no devengadas, siniestros incurridos pero no reportados y siniestros en curso de liquidación.

Riesgo compartido	Desde la perspectiva de la aseguradora, el riesgo compartido es una colección de contratos de seguro vendidos con características de riesgo similares y agrupados en una misma cuenta financiera. También puede usarse para describir un fondo establecido entre dos o más aseguradoras para compartir un riesgo. A nivel comunitario, el riesgo compartido es un fondo al que varias partes contribuyen de manera regular y del que buscan compensación ante determinados tipos de pérdidas o, lo que es lo mismo, un programa autoasegurado.
Riesgo de base	En seguros basados en índices, se trata del riesgo que se compensará demasiado poco o nada en absoluto a asegurados afectados, mientras que otros con pocas o ningunas pérdidas recibirán una compensación excesiva. Esto se produce porque la compensación no se basa en las pérdidas reales de cada asegurado, sino en una fórmula del índice que se usa para estimar las pérdidas medias del conjunto de los asegurados.
Riesgo moral	En seguros, un riesgo moral hace referencia al cambio de comportamiento de un asegurado de forma que incremente los costes de la aseguradora. Esto sucede cuando el asegurado deja de soportar los costes totales como lo haría si no estuviera asegurado. Por ejemplo, una persona con un seguro para su vehículo puede conducir con menor precaución porque ya no soportaría los costes íntegros de los daños derivados de un posible accidente.

S

Seguro dotal	El seguro dotal de vida es un producto de vida a plazo que paga un beneficio si (a) se produce la defunción durante el período de cobertura, o si (b) el asegurado sigue vivo al término del período. El beneficio por defunción o por supervivencia no tienen que ser necesariamente iguales.
Seguro temporal de vida	Seguro de vida durante un período determinado, normalmente un año.
Selección adversa	La selección adversa hace referencia a la tendencia de los individuos de mayor riesgo a buscar una mayor cobertura media de seguro como anticipación a una mayor probabilidad de experimentar el evento asegurado.
Siniestros catastróficos	Siniestros derivados de un evento de riesgo moral. Se puede interponer un gran número de siniestros ante una aseguradora como resultado de una sola ocurrencia de tal evento.
Siniestros en curso de liquidación	Siniestros que han sido remitidos a la aseguradora y se encuentran aún en proceso de adjudicación.
Siniestros ocurridos	Son aquellos en los que se ha producido el evento asegurado y por los que la aseguradora puede ser responsable si se interpone una reclamación. Una aseguradora no suele ser consciente de todos los siniestros incurridos en un momento temporal concreto o para un período contable corriente. Para estimar los siniestros incurridos para un período contable corriente se realiza el siguiente cálculo: beneficios pagados durante el período más variación en reservas separada para beneficios a pagar después del período. Las reservas incluyen normalmente las reservas por siniestros incurridos pero no reportados, por siniestros en curso de liquidación y para pasivos devengados.
Subsidios no permanentes	Subsidios programados o con gran probabilidad de terminar en algún momento futuro.
Suscriptor	Persona que trabaja para una aseguradora y cuyo trabajo consiste en valorar los riesgos que se van a cubrir; al hacerlo, es posible que no se acepten algunos riesgos y, para los que se aceptan, se establecen las tasas de primas apropiadas y las condiciones de la póliza con ayuda de un actuario.

T

Tercero administrador	Parte ajena a las partes contratantes originales (asegurado y empresa aseguradora) que desempeña una función administrativa. Por ejemplo, en el caso de seguros de salud, es normal que se confíe la tramitación de siniestros a un tercero administrador.
Test de adecuación dinámica del capital	Método actuarial de proyección de resultados futuros del negocio de una aseguradora bajo diversos escenarios adversos con objeto de determinar la adecuación del capital que le permitirá hacer frente a sus obligaciones ante cualquier escenario posible.

V

Valor actuarial presente	Explicado de manera sencilla, el valor actuarial presente hace referencia al valor actual estimado de una cantidad de dinero que quizás se pague o cobre en el futuro. Al proceder al cálculo del valor actual, el actuario descuenta la cantidad futura a la cantidad del momento presente incorporando el valor temporal del dinero (es decir, considerando que las inversiones generan intereses, dividendos o se revalorizan) junto con las probabilidades y fechas de todos los eventos que determinan si dicha cantidad terminará por materializarse o no.
Vencimiento de la inversión	Inversión que ha alcanzado la fecha de vencimiento para proceder al pago al inversor.
Vida entera	Seguro de vida cuya cobertura se mantiene en vigor durante toda la vida del asegurado, siempre que se satisfagan las primas en las condiciones establecidas en la póliza.

REFERENCIAS

Tablas

Tabla 1: Cómo se usan los datos operativos	9
Tabla 2: Ejemplos de bases de datos de microseguros y diseño de contenido	10
Tabla 3: Reservas simplificadas establecidas para la mayoría de programas de vida, salud y incapacidad	12
Tabla 4: Elementos básicos necesarios para la supervisión de siniestros	13
Tabla 5: Las cuatro categorías de indicadores clave de desempeño	18
Tabla 6: Ejemplo de cálculo del índice de renovaciones	35
Tabla 7: Ejemplos de poblaciones objetivo	39
Tabla 8: Tres perspectivas de modelo de devengo de la prima anual	72
Tabla 9: Requisitos de reservas para algunos productos de microseguros	75

Gráficos

Gráfico 1: Índice de gastos incurridos - hoja de datos	22
Gráfico 2: Índice de gastos incurridos - muestra	24
Gráfico 3: Índice de siniestralidad - hoja de datos	27
Gráfico 4: Índice de siniestralidad - muestra	29
Gráfico 5: Índice de ingreso neto - hoja de datos	31
Gráfico 6: Índice de ingreso neto - muestra	33
Gráfico 7: Índice de renovaciones - muestra	38
Gráfico 8: Índice de cobertura - muestra	40
Gráfico 9: Índice de crecimiento - muestra	44
Gráfico 10: Puntualidad en la liquidación de siniestros - hoja de datos	45
Gráfico 11: Puntualidad en la liquidación de siniestros - hoja de datos	46
Gráfico 12: Puntualidad en la liquidación de siniestros - muestra	48
Gráfico 13: Rechazo de reclamos - muestra	51
Gráfico 14: Índice de solvencia - hoja de datos	54
Gráfico 15: Índice de solvencia - muestra	56
Gráfico 16: Reserva de primas no devengadas	73
Gráfico 17: Reserva de siniestros ocurridos pero no reportados	74
Gráfico 18: Reserva por siniestros en curso de liquidación	74

Recuadros

Recuadro 1: La hoja de datos sobre microseguros	5
Recuadro 2: ¿En qué consiste el valor actuarial presente?	11
Recuadro 3: ¿En qué consiste la consistencia entre pasivos y activos?	15
Recuadro 4: Planificación de negocio	17
Recuadro 5: Pérdidas y ganancias: cómo se gestionan los reaseguros	23
Recuadro 6: Intercambio de datos en el modelo de socio-agente	32
Recuadro 7: Es posible realizar un seguimiento de múltiples índices de renovación múltiple para productos con cobertura de hogar	36
Recuadro 8: El índice de crecimiento anual medio ponderado	43
Recuadro 9: Breve reflexión sobre las medidas de solvencia en seguros comerciales	55
Recuadro 10: ¿Qué son las finanzas islámicas (finanzas acordes a la sharía)?	66
Recuadro 11: Base de datos global de benchmarking de microseguros	70

Bibliografía

Churchill, Craig, 2006: ¿Que es el seguro para los pobres? En Churchill, C. (ed.): Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros. Munich Re Foundation/OIT, Ginebra.

Garand, D. y J. Wipf, 2006: Tarificación del producto de microseguros. En Churchill, C. (ed.): Protegiendo a los pobres: Un compendio sobre microseguros, Munich Re Foundation/OIT, Ginebra, p. 240.

Patel, Sabbir, 2005: Takaful and Poverty Alleviation, ICMIF publications.

Rutkowski, Michal, 2007: Presentación en el seminario Iran Social Protection, 4-7 de junio de 2007, Banco Mundial.

Departamento de desarrollo internacional del Reino Unido, enero de 2006: Social Protection in Poor Countries, Serie Social Protection Briefing, Número 1.

Fuentes electrónicas citadas

Asian Development Bank www.adb.org

Benchnet www.benchnet.com/wib.htm

IADB www.iiab.org

Insurance Information Institute www.iii.org

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

Soa www.soa.org/files/pdf/03-RMTF-RiskBasedCap.pdf

Social Protection Facility <http://spf.anu.edu.au>

Ubiq Consultancy www.ubiqconsultancy.com/docs/islamic_finance.pdf

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 de todo el mundo a través de apoyos e intercambios financieros y no financieros. Página web: www.microfinance.lu

La organización belga Belgian Raiffeisen Foundation (BRS) apoya las iniciativas locales de ahorro, préstamos y seguros que cumplen con los principios cooperativos. El apoyo de BRS incluye asistencia técnica en profundidad, formación y apoyo financiero. Página web: www.brs-vzw.be

El Microinsurance Network busca promover el desarrollo y la proliferación de servicios de seguros para personas de rentas bajas a través de la coordinación entre las partes interesadas y el intercambio de información. Página web: www.microinsurancenetwerk.org

Pueden enviar sus comentarios a info@microfact.org

Si desea más información sobre esta iniciativa, visite www.microfact.org

Las opiniones expresadas en este manual no son necesariamente las de ADA, de BRS o del Microinsurance Network.

Esta publicación está protegida por la Ley de 18 de abril de 2001 del Gran Ducado de Luxemburgo sobre derechos de copyright y bases de datos, así como por el resto de normativa aplicable.

Queda estrictamente prohibido reproducir un artículo de la presente publicación, ya sea total o parcialmente, sin contar con el consentimiento escrito de los autores o editores. Los artículos representan las opiniones de los autores; en consecuencia, la responsabilidad de su trabajo reside única y exclusivamente en ellos.

