



SUGESE

*Superintendencia General de Seguros
República de Costa Rica*

MERCADO DE SEGUROS:

VISIÓN INTERNACIONAL Y SU EVOLUCIÓN EN COSTA RICA



SUGESE

*Superintendencia General de Seguros
República de Costa Rica*

MERCADO DE SEGUROS:

**VISIÓN INTERNACIONAL Y SU
EVOLUCIÓN EN COSTA RICA**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN..... 9

Silvia Canales Coto, Intendente de Seguros de Costa Rica..... 11

APERTURA 13

Tomás Soley Pérez, Superintendente de Seguros de Costa Rica 15

José Luis Arce Durán, Presidente Conassif..... 19

Rodrigo Bolaños Zamora, Presidente Banco Central de Costa Rica 21

PANEL I 23

El reaseguro y otras formas de transferencia de riesgo

El impacto de los últimos eventos catastróficos y el desarrollo del mercado de reaseguro..... 25

Horst Agata, Director General, General Reinsurance AG, México

Comentario..... 33

Pedro Aguilar Beltrán, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, México

PANEL 2 39

Tendencias regulatorias en América Latina

Caso de Colombia..... 41

Natalia Escobar, Superintendencia Financiera, Colombia

Caso de Chile 51

María Fernanda Plaza, Superintendencia de Valores y Seguros, Chile

Caso de México59

Pedro Aguilar Beltrán, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, México

PANEL 3 67

Visión del sector a cinco años de la apertura

Conversatorio: Visión del sector a cinco años de la apertura.....69

• Hernán Pacheco, UCCAEP

• Neftalí Garro, Asociación Costarricense de Derecho de Seguros y las Fianzas

• Sergio Ruiz, Asociación de Aseguradoras Privadas

• Guillermo Constenla, Instituto Nacional de Seguros

• Marvin Umaña, Cámara de Intermediarios de Seguros

• Erick Ulate, Asociación de Consumidores Libres

• Pablo Villamichel, Director de Conassif, moderador

PANEL 4 81

Los seguros como instrumento de inclusión financiera

Inclusión financiera en el mercado de seguros -Experiencia en América Latina83

María Victoria Sáenz, BID

Microcrédito y seguros en Costa Rica.....93

Danilo Montero, ACORDE, Costa Rica

Microseguros: perspectiva del regulador.....99

Carla Chiappe, Supervisión de Banca, Seguros y AFP, Perú

ABREVIATURAS



ACORDE	Asociación Costarricense para Organizaciones de Desarrollo
ASSAL	Asociación de Supervisores de Seguros de América Latina
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CBR	Capital Basado en Riesgos
CFI	Centro para la Inclusión Financiera (Center for Financial Inclusion)
Conassif	Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero
COPROCOM	Comisión para Promover la Competencia
FOMIN	Fondo Multilateral de Inversiones
FSAP	Financial System Assessment Program (Programa de Evaluación del Sistema Financiero)
G-20	Grupo de los 20
IAIS	Asociación Internacional de Supervisores de Seguros
ICE	Instituto Costarricense de Electricidad
INS	Instituto Nacional de Seguros
LAC	Latinoamérica y el Caribe
MIS	Marco Integral de Supervisión
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OSFI	Office of the Superintendent of Financial Institutions (Oficina del Superintendente de Instituciones Financieras)
PIB	Producto Interno Bruto
Redcamif	Red Centroamericana y del Caribe de Microfinanzas
RT	Seguro de Riesgos del Trabajo
SBR	Supervisión Basada en Riesgos
S&P	Standard and Poor's
SOA	Seguro Obligatorio de Automóviles
Sugese	Superintendencia General de Seguros
SUTEL	Superintendencia de Telecomunicaciones
UCCAEP	Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones de la Empresa Privada

Introducción



SUGESE

Superintendencia General de Seguros
República de Costa Rica



Silvia Canales Coto
Intendente de Seguros de Costa Rica

Los ambiciosos objetivos de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, N° 8653, se han ido materializando en los primeros cinco años de su vigencia, como demuestran abundantes datos y coinciden los actores y observadores del mercado.

Establecer normas de regulación y supervisión acordes con los más altos estándares, para proteger los derechos del consumidor y garantizar las condiciones para el desarrollo del mercado y la competencia efectiva entre los participantes, han sido las prioridades de la Superintendencia General de Seguros (Sugese) en este lapso.

Los indicadores revelan el dinamismo que va tomando el mercado de seguros en un corto período. A su vez, evaluaciones internacionales destacan el logro de un adecuado equilibrio entre el grado de desarrollo del mercado y el de la regulación, lo cual ha llevado a reconocimientos para Costa Rica, como la Presidencia de la Asociación de Supervisores de América Latina (ASSAL).

De ahí que Sugese ha estado trabajando en la adopción de un modelo de Supervisión Basada en Riesgos, a fin de profundizar el desarrollo del mercado, lo cual se ha hecho en consulta con el medio y el apoyo de reputados expertos internacionales.

Con ese contexto, reguladores, expertos y

participantes del mercado en el nivel nacional y el de América Latina y el Caribe participaron en el seminario “Mercado de seguros: visión internacional y su evolución en Costa Rica”, realizado el 9 de agosto de 2013 para conmemorar el quinto aniversario de la vigencia de la ley.

El crucial papel del reaseguro y otras formas de transferencia del riesgo para asegurar la estabilidad de los mercados de seguros fue desarrollado por Horst Agata, Director General de General Reinsurance AG, de México, con el comentario de Pedro Aguilar, de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de ese país.

Las tendencias regulatorias en América Latina, con los casos concretos de tres países, fueron analizadas por Natalia Escobar, de la Superintendencia Financiera de Colombia; María Fernanda Plaza, de la Superintendencia de Seguros y Valores de Chile; y Pedro Aguilar, de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de México.

Un conversatorio abordó la visión del sector a cinco años de la apertura, con la participación de Guillermo Constenla, Presidente del Instituto Nacional de Seguros (INS); Sergio Ruiz, de la Asociación de Aseguradoras Privadas; Hernán Pacheco, de la Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones del Sector Privado

(UCCAEP); Marvin Umaña, de la Cámara de Intermediarios de Seguros; Erick Ulate, de la Asociación de Consumidores Libres; y Neftalí Garro, Presidente de la Asociación Costarricense de Derecho de Seguros y las Fianzas, bajo la moderación de Pablo Villamichel, Director del Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero (Conassif).

Puesto que el beneficio del consumidor es y debe ser el eje central de la regulación y desarrollo del mercado, también se analizaron los seguros como instrumento de inclusión financiera, con particular énfasis en los microseguros, por parte de María Victoria Sáenz, del Banco Interamericano de Desarrollo (BID); Danilo Montero, de la Asociación Costarricense para Organizaciones

de Desarrollo (ACORDE); y Carla Chiappe, de la Supervisión de Banca, Seguros y AFP de Perú.

A este fructífero intercambio de experiencias, lecciones y criterios, se sumaron durante la apertura del evento los valiosos aportes de Rodrigo Bolaños, Presidente del Banco Central de Costa Rica; José Luis Arce, Presidente del Conassif; y Tomás Soley, Superintendente de Seguros.

Todos esos elementos sin duda enriquecerán la orientación y objetivos estratégicos que la Sugese se ha fijado para el fortalecimiento presente y futuro de la regulación y supervisión, a fin de seguir consolidando el desarrollo del mercado y generar aún mayores beneficios para los consumidores en los años venideros.

Apertura



SUGESE
Superintendencia General de Seguros
República de Costa Rica



Tomás Soley Pérez
Superintendente de Seguros
de Costa Rica

Aun lustro de haberse promulgado la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, no queda más que señalar que cinco años no es nada. Tenemos apenas sesenta meses de trabajo en este mercado que se abre después de ochenta y tantos años de monopolio, y es importante mantener esto siempre en perspectiva.

Cuando se empezó a trabajar el tema de esa ley, en el 2003, nos convocaron de parte de la Presidencia de la República a un grupo de profesionales del Instituto Nacional de Seguros (INS), de la Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones de la Empresa Privada (UCCAEP), de la misma Presidencia y del Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero (Conassif), que me honró con su venia para que participara en este proceso.

Casi todos eran abogados, Nelly Vargas, Neftalí Garro, Erick Schaff, German Rodríguez, Lorena Rodríguez y el único economista era yo. Se suponía que era un grupo de trabajo poco conocido, pero cuando se presentó en un nuevo gobierno el proyecto de ley a la Asamblea Legislativa, a partir de la base que habíamos redactado, resultó que no era tan anónimo como creíamos, porque nos empezaron a pedir citas y reuniones para mostrar otras perspectivas.

Hubo dos temas importantes en la gene-

ración de esa ley, cuya aprobación fue complicada porque se dio en un momento político convulso en el país, en el entorno de la aprobación del Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos.

Por una parte, la Asociación Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS, por sus siglas en inglés) emite los principios internacionales en 2003 y genera una serie de documentos adicionales en esos años subsiguientes, lo cual contribuyó a plantear una legislación moderna, de avanzada. Por otro lado, la misma discusión convulsa sobre la apertura, en la que incluso necesitamos pasar por un referéndum, exigió simplificar mucho el proyecto.

Entonces, además de ser moderno y de atender a principios internacionales recién emitidos, le dio mucha flexibilidad al Conassif para ir normando el mercado y quitó mucha reglamentación de la propia ley. Eso ha sido una ventaja para este desarrollo inicial; hemos desarrollado en realidad casi el 100 por ciento del cuerpo normativo que se requería en estos cinco años.

¿Y cómo está el mercado? El mercado en realidad se somete a competencia hace apenas unos dos años y medio, porque en el medio estuvo la crisis financiera internacional que detuvo la entrada de compañías por un buen lapso.

El Instituto Nacional de Seguros tuvo que acoplarse a unas nuevas reglas. Una entidad que antes de la apertura no tenía regulación prudencial, se encuentra con esas nuevas reglas. En ese contexto, fuese cual fuese la regla que pusiéramos, pequeña o de buen estándar, al final de cuentas había un proceso de ajuste y acomodo que iba a tener que realizar el INS.

En cuanto a las compañías nuevas, cuando entraron al mercado ya tenían en su mano un reglamento de autorizaciones bastante completo y explícito, que iba a generar transparencia en estas, y un reglamento de solvencia que iba a permitirles hacer también sus números finos de una manera adecuada, para que supieran las reglas a seguir al ingresar al mercado.

Aquí cabe resaltar que en estos cinco años la Superintendencia ha contado con mucho apoyo de la Asociación de Supervisores de Seguros de América Latina (ASSAL), con un respaldo importante también del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y como contraparte técnica ha tenido a la Dirección de Seguros y Fondos de Pensiones de España, lo cual ha sido un alivio en este arranque.

El mercado a cinco años de su apertura y a dos años de competencia efectiva revela una gran cantidad de novedades, nuevos productos que muestran creatividad y la innovación que difícilmente se presentan en un entorno de monopolio. Cuando un ente es monopolístico solo tiene que esperar a que lleguen los clientes y no se generan los incentivos adecuados. Por eso no sorprenderá saber que bastó con aprobar la ley y la apertura para que, incluso antes de que entraran otras compañías, se generara una cantidad de productos nuevos que en otros países ya se vendían, pero que en Costa Rica habían estado totalmente ausentes.

Entonces hay incentivos interesantes e importantes. Actualmente se tienen casi cuatrocientos cincuenta productos en registro y las compañías que han ingresado han ido copando algunos nichos que no estaban servi-

dos y también han ido generando competencia en otros nichos específicos del mercado. El mercado ha crecido durante estos últimos cinco años a una tasa de un 9 por ciento anual. En múltiples ocasiones he señalado que el segmento de seguros personales es el que empuja fuertemente este crecimiento, en un nicho que estaba bastante descuidado en nuestra economía.

Aún más importante es que todavía vemos mucho espacio de crecimiento futuro, de crear mercado y nuevas condiciones para los seguros. En este sentido, un estudio del economista Gilberto Arce, realizado cuando se discutía la apertura, mostró que el punto más alto de profundidad del mercado de seguros fue en 1973, cuando el primaje del mercado de seguros alcanzó el 2,46 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB). Hoy estamos alrededor del 2 por ciento; es decir, en los últimos cuarenta años el mercado perdió casi un 20 por ciento del nivel máximo que logró alcanzar en su historia. Dicho indicador también nos da espacio para pensar que hay elementos suficientes para que, con el nuevo dinamismo resultante de la apertura, este mercado siga creciendo y, ¿por qué no?, llegue a niveles como los que tienen Panamá, del 3 por ciento del PIB, o Chile, que está alrededor del 4,5 por ciento.

Vemos con optimismo el futuro de nuestro mercado de seguros. Por ello, hemos querido compartir con la industria de seguros temas que hemos ido revisando con otras superintendencias, pues para los siguientes cinco años tenemos todavía muchos retos por delante. Si bien en estos primeros cinco años hemos logrado un nivel adecuado y satisfactorio en el nivel de cumplimiento y principios de supervisión todavía hay mucho que avanzar.

Por eso hemos solicitado a los colegas de otras superintendencias que colaboren en este seminario para que nos presenten las novedades regulatorias que tienen, porque muchas de esas particularidades son las que vamos a estar viendo seguramente en el desarrollo

normativo de los próximos años. También a personeros de entidades como el BID y a representantes del sector en el nivel local y en el internacional para escuchar sus perspectivas y aportes, que siempre es importante considerar e incorporar en lo pertinente en el desarrollo normativo.

Para cerrar, después de cinco años de intenso trabajo, el tema de los microseguros, el tema de acceso al seguro, es uno de los que debemos empezar a profundizar, y por

eso le dedicamos un apartado especial, con el apoyo de nuestros colegas y del BID. Esto resulta esencial porque, tomando prestadas unas palabras de mi bisabuelo, don Tomás Soley Güell, al final de cuentas el seguro, además de una función comercial, también tiene una función social. Este elemento fundamental es, y debe continuar siendo, el eje central de nuestra tarea normativa para el desarrollo del mercado de seguros costarricense en los próximos años.



José Luis Arce Durán
Presidente Conassif

El 7 de agosto de 2008 nuestro país escribió una nueva página en su historia, al abrir a la competencia el mercado asegurador que durante 84 años se mantuvo en monopolio.

Este hecho significó un arduo reto, no solo para los nuevos participantes que poco a poco fueron entrando en el mercado, sino además para los reguladores. La materia de seguros no se encontraba en el ámbito de acción del Conassif, lo que planteó la necesidad de iniciar un proceso de desarrollo e implementación de un esquema normativo y de supervisión para la actividad que partía virtualmente de cero.

Las circunstancias de la ley, en tanto ordenaba la supervisión desde el primer día, nos han exigido acelerar la curva de aprendizaje y concretar en poco tiempo el marco normativo. En este proceso, la experiencia de regulación y supervisión de los otros segmentos de la actividad financiera y el apoyo de programas de cooperación internacional, como el proporcionado por el BID, han sido cruciales.

Si analizamos en retrospectiva lo que ha sucedido en este primer quinquenio, no podemos dejarnos de sorprender del avance que ha mostrado el mercado. Ese 7 de agosto de 2008, Costa Rica contaba únicamente con una empresa de seguros y poca variedad de

productos; cinco años después, el panorama es muy distinto. Compiten en el mercado doce aseguradoras, las cuales ofrecen a los costarricenses cerca de 450 diferentes productos para cubrir sus necesidades y asegurar el bienestar personal, familiar y empresarial. La figura del agente de seguros no solo evolucionó, sino que abrió camino a la nueva figura del corredor de seguros, intermediario especializado que constituye el núcleo de las 18 sociedades corredoras que hoy participan en el negocio asegurador.

El mercado de seguros crece a un ritmo superior al 8 por ciento anual, donde los seguros personales son los que mayor incremento han presentado con un crecimiento promedio anual de 19 por ciento, alcanzando así la colocación de alrededor de 500 mil millones de colones en primas directas en el 2012.

Como reguladores y supervisores financieros continuaremos trabajando por lograr la correcta aplicación de los procesos normativos que rigen al sector, así como en la especialización técnica y profesional de nuestros funcionarios, de forma tal que se logre una supervisión basada en los más altos estándares internacionales y que permita posicionar a Costa Rica como un referente en materia de seguros.

La regulación y supervisión prudencial del mercado de seguros, al igual que la del resto del sistema financiero, seguirá construyéndose sobre la base de tres pilares fundamentales:

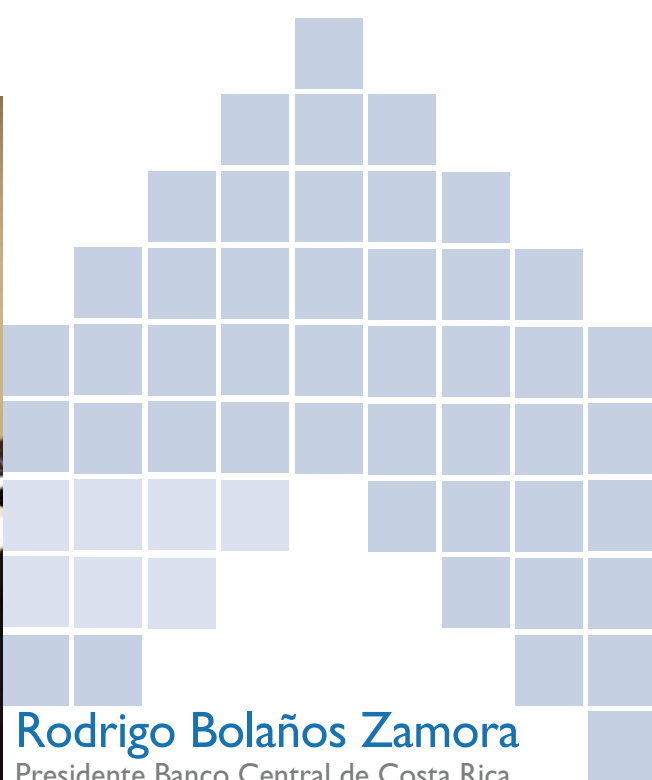
- 1.** Asegurar la adecuada solvencia de las compañías de seguros y que estas desarrollen esquemas apropiados de gestión de riesgo.
- 2.** Verificación de adecuadas conductas de mercado, no solo como participantes en mercados organizados, sino particularmente de cara a los consumidores de servicios financieros.
- 3.** Estructuras de gobernanza corporativa sólidas, comprometidas con la gestión y conscientes de su rol dentro de la organización.

Un componente fundamental para llevar a buen puerto la regulación y supervisión de la actividad aseguradora y, en general, de las actividades financieras, es el desarrollo de una adecuada disciplina de mercado. Esto requiere consumidores de servicios financie-

ros conocedores de sus derechos y de sus deberes.

Por esta razón, hemos integrado a todas las superintendencias financieras en el proceso de diseño de una estrategia de educación financiera y de promoción del acceso a los servicios financieros (inclusión financiera), que permita a todos los ciudadanos conocer la importancia de manejar sus finanzas de manera responsable, mejorar sus habilidades para la utilización de los diferentes productos y entender su funcionamiento. Somos conscientes de que este es un proceso cuyos réditos veremos en el largo plazo.

La jornada de reflexión convocada por la Superintendencia General de Seguros de Costa Rica (Sugese) en este seminario internacional permitirá compartir con los participantes del sector temas variados y de actualidad. Estoy seguro de que la agenda contemplada brindará elementos adicionales para continuar por este camino hacia la consolidación del mercado de seguros.



Rodrigo Bolaños Zamora
Presidente Banco Central de Costa Rica

La Ley Reguladora del Mercado de Seguros, cuyo quinto aniversario de promulgación estamos conmemorando, introdujo novedades evidentes, algunas en su propia letra y otras como resultado del accionar de un mercado en competencia.

En primer término, encontramos que la nueva legislación introduce como objetivo primordial la protección de los derechos subjetivos e intereses legítimos de los asegurados. La regulación de este mercado encuentra su sentido en que el consumidor sea el gran beneficiado de esta histórica decisión.

La reciente publicación del reglamento "Sugese-06-13: Reglamento de defensa y protección del consumidor de seguros", así como el establecimiento del servicio de atención al asegurado en la Sugese hace dos años, permiten señalar cambios profundos en esta dimensión. Un consumidor más informado, con habilidades para ejercer sus decisiones de consumo y con instrumentos claros para hacer valer sus derechos, constituye uno de los activos más valiosos para el eficiente funcionamiento de cualquier mercado.

En segundo lugar, el mercado de seguros se incorpora a la supervisión del sistema financiero. Con la creación de la Sugese se amplía el ámbito de supervisión del Conassif

con la responsabilidad de regular y supervisar un nuevo mercado. Se aspira desde un inicio a establecer un alto estándar en esta tarea, definiéndose tempranamente la ruta estratégica para la instalación de la nueva superintendencia. A cinco años de este primer paso, el avance gradual en la implementación de los principios de supervisión internacionales es notorio.

En tercer lugar, la nueva legislación señala la creación de condiciones para autorizar, regular y supervisar el mercado a efecto de alcanzar su desarrollo y la efectiva competencia de los participantes. De forma temprana, Conassif emitió el reglamento de autorizaciones y de solvencia. Más adelante, esa normativa se complementó con el reglamento de comercialización de seguros, creando el marco objetivo para esta primera etapa de autorización y registros que la ley instruyó.

De forma complementaria, la Sugese ha remitido a la Comisión de la Competencia aquellos casos que ha observado podían incumplir con las prácticas de competencia estipuladas en la *Ley para la Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor*, N° 7274, atendiendo a este objetivo de la ley, que procura una efectiva y sana competencia.

El seguro, entendido como el contrato mediante el cual se transfiere un riesgo a

cambio del pago de una prima, ejerce una función importante en el correcto funcionamiento de una economía. Permite “destruir” el riesgo individual, al acumular las suficientes exposiciones para que la estimación del costo de los siniestros esperados del colectivo sea posible. La disciplina actuarial, mediante la ley de los grandes números, hace posible que entidades especializadas puedan gestionar dicho riesgo de un colectivo. De esta manera, el seguro incorpora espacios de eficiencia a la economía, porque permite administrar el ciclo de vida de las familias, así como la celebración de contratos y negocios que, en ausencia de un seguro, difícilmente se realizarían.

Para las familias, el seguro amortigua los efectos patrimoniales que una enfermedad o la muerte podrían significar para el grupo familiar. También complementa el esfuerzo solidario de la seguridad social, al permitir que el proyecto de vida del hogar no se vea truncado por una de esas vicisitudes. La pérdida de capacidades productivas por enfermedad, desempleo, invalidez o muerte son algunos ejemplos concretos de cómo el seguro permite suavizar eventos extremos en el ciclo de vida. De igual manera, protege el patrimonio que tanto esfuerzo significa y entrega a las familias un instrumento para recuperarse por las pérdidas de eventos humanos, como el robo; o de la naturaleza, como los sismos.

A nivel empresarial, en el seguro se encuentra una opción para administrar los riesgos que afectan el desarrollo de su actividad. El seguro incorpora así eficiencia al sistema productivo, en tanto el costo financiero para enfrentar individualmente los eventos adversos sería muy oneroso si se mantuviesen provisiones para dicho propósito.

El mercado de seguros en el 2012 alcanzó US\$ 928,5 millones en primas, lo cual representó el 2 por ciento del PIB y la acumulación de montos de inversión por US\$ 1.374 millones que respaldan sus compromisos con el asegurado. Tan solo ese año, el seguro pagó indemnizaciones equivalentes a US\$ 453,2 millones, permitiendo continuar sus operaciones a diferentes compañías y atenuar los efectos adversos de una tragedia a las familias.

A cinco años de la ley, uno de los efectos más visibles es la autorización de 11 nuevas compañías aseguradoras. En el último quinquenio, el crecimiento anualizado del mercado alcanzó el 8,5 por ciento y a la fecha los nuevos actores generan más del 10 por ciento de las primas anuales.

La aparición de nuevas figuras de intermediación de seguros, como la correduría de seguros y los operadores de seguros autoexpedibles, genera mayores posibilidades de acceso al seguro por parte de empresas y familias. En este lapso se ha observado también una reducción de precios en ramos como vehículos automotores e incendio, un crecimiento importante en los seguros de accidentes y salud, así como la aparición de gran cantidad de productos novedosos a disposición del consumidor.

A partir de la publicación de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, es claro que los cambios han sido profundos y los proyectos en ciernes abundantes. El selecto grupo de expositores invitados augura una jornada de análisis y reflexión de alto nivel. Sin duda, este seminario entregará a los participantes elementos adicionales para entender el estado actual del mercado de seguros y las tendencias que en el futuro cercano se vislumbran.

1 PANEL

El reaseguro y otras
formas de transferencia
de riesgo



Horst Agata, Director General,
General Reinsurance AG, México

El impacto de los últimos eventos catastróficos y el desarrollo del mercado de reaseguro

Conozco Costa Rica desde hace ya muchos años. Conozco los viejos y los nuevos tiempos, porque fui y soy reasegurador del INS por muchísimos años. También participo en ASSAL muchas veces. Entonces estoy bien informado de todo lo que está pasando. De verdad son unas experiencias muy bonitas, porque uno puede ver cómo se desarrolló todo esto, y hoy veo una cosa muy diferente. Han desarrollado un gran trabajo en los últimos 5 años.

La pregunta es ¿qué hace un reasegurador? La respuesta es muy simple: vende seguros a las compañías de seguros, pero no solamente vende seguros, como José Luis Arce bien dijo,

sino que también vende productos, experiencias de otros países, conocimientos, porque solemos ser gente que tenemos muchos años en eso.

Nuestra compañía es la más antigua del mundo. Tenemos más de 150 años de experiencia y la oficina nuestra, que maneja gran parte de Latinoamérica, se abrió hace 37 años, período en el cual solo la han manejado dos personas. No sé si es bueno o malo, pero también dice cuántos años tenemos y la continuidad, que es un tema muy importante en seguros.

No somos gente de entrar y salir, somos gente de muy largo plazo. Nuestro origen

como empresa se remonta a la *Kölnische Rück*, la compañía más antigua del mundo, que luego fue comprada por una compañía americana, *General Re Corporation*. A su vez, después de unos años a esta la compró *Berkshire Hathaway*, en lo que fue la inversión más grande en seguros hasta hoy, por US\$ 22 mil millones, y se adoptó nuestro nombre actual de *General Reinsurance AG*. La ventaja de todo esto es que *Berkshire Hathaway*, dirigida por Warren Buffet, es de lejos la compañía con más capital y eso nos da mucha tranquilidad, sobre todo en tiempos convulsos como los que vivimos.

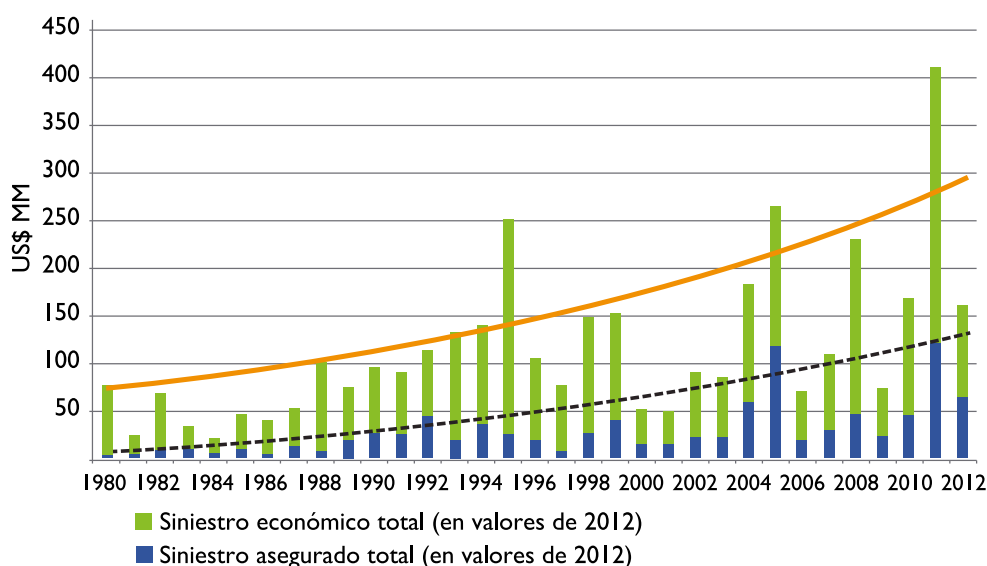
El impacto por catástrofes naturales es cada vez más grande en el mundo, tanto respecto a las economías en general como en la parte asegurada. El año más difícil para las compañías de seguros fue 2005, año del huracán Katrina; pero 2011 fue el segundo peor año en la historia para el sector asegurador, pues fue el de Japón y el de algunos eventos

muy importantes. Hay que estar claros en una cosa que es triste: esto va a seguir, definitivamente.

Este es un tema muy importante y por eso es muy bueno que Pedro Aguilar, de la Comisión Nacional de Seguros de México, sea parte del panel, porque hay un buen proyecto en ese país que me gustaría que él comentara.

Se trata del bono catastrófico, donde justamente el gobierno de México hizo el acercamiento y dijo “miren, tenemos una población, tenemos una idea, tenemos el dinero y queremos hacer un producto”, y se elaboró; lo cual ayuda a cerrar la enorme brecha entre la parte que sí está asegurada en caso de catástrofe y la parte que no lo está. Esta es una tarea a la que nos debemos dedicar en los próximos años, pues representa ese trabajo social que, como dijo Tomás Soley, tenemos como aseguradores y reaseguradores; porque detrás de la gran parte que no está asegurada hay muchas tristezas de gente que perdió su casa,

Catástrofes naturales globales 1980-2012



Fuente: MR NatCatSERVICE

El impacto de los últimos eventos catastróficos y el desarrollo del mercado de reaseguro

**Cinco de los 16
desastres más caros
ocurrieron en los últimos
3 años.**

sus familias y muchas otras cosas dolorosas. Por eso ahí tenemos que estar más, atender más a la población, a la sociedad, porque realmente esa es la función que debemos cumplir.

Si se examinan las 16 catástrofes más costosas del mundo para el sector asegurador ocurridas en los últimos 40 años, queda en evidencia que 10 de ellas ocurrieron desde 2004. Cinco de los 16 desastres más caros ocurrieron en los últimos 3 años. Esto debe llamar la atención, porque es una tendencia o un ciclo, no se sabe.

Un segundo punto es que a los humanos no nos gusta estar solos, por lo que tendemos a concentrarnos en ciudades muy pobladas; además nos gusta estar donde hay peligro porque muchas de esas aglomeraciones están precisamente en lugares con mucha sismicidad, como muestra un cotejo entre los lugares donde hubo terremotos con más de 9000 víctimas en el último milenio y las ubicaciones de las ciudades con más de dos millones de habitantes.

Otra detalle que llama la atención al examinar los 16 desastres más caros para el sector asegurador en las últimas cuatro décadas es que usualmente ocurren en Estados Unidos, Japón y Europa; pero en los últimos años por primera vez ocurrieron catástrofes de alto costo en “países no picos” (Chile en 2010 y Tailandia y Nueva Zelandia en 2011); es decir, países que no estaban en el radar de los reaseguradores, que jamás se pensaba iban a tener siniestros asegurados de tal magnitud.

¿Cuál es el problema? Las primas de terremoto de Chile de los últimos 30 años ascienden a US\$ 4.300 millones, en un país donde por lo menos cada 25 años hay un siniestro fuerte; es decir, cuatro en un siglo. En cambio, el terremoto de 2010 costó US\$ 8.500 millones, o sea, un solo evento consumió el doble de las primas de terremoto cobradas en 30 años. No se necesita ser reasegurador para decir que ahí, con esos datos, no se va a ganar dinero. ¿Qué quiere decir esto? Se deben subir precios, porque el negocio del reaseguro tampoco es la Cruz Roja y debe entenderse que al final tiene que dejar alguna utilidad.

Un dato muy importante es que la fuerza de un terremoto no determina la cantidad de las víctimas. El terremoto de Chile tuvo una magnitud de 8,8 grados y el de Haití fue de 7,0 grados, lo cual significa que el factor de fuerza fue 501 veces más alto en Chile que en Haití. Ahora, si vamos a las víctimas resulta que en Chile fueron 507, de las cuales 200 ó 300 murieron por el tsunami, ni siquiera por el terremoto, mientras que en Haití murieron más de 222 mil personas.

En un país donde ni siquiera se cubren las necesidades básicas de la vida y en el que la cultura de prevención de riesgo pasa a segundo término, sucede eso. Ahí no hay reglamento de construcción, no hay centros de investigación, de prevención de desastres, no hay protección civil, ni hay organizaciones gubernamentales que se preocupen por esto; eso es realmente un problema.

En contraposición, hay que levantarse ante el pueblo chileno y lo que logró en respuesta a un terremoto que fue el quinto más grande en la historia. Yo estuve poco tiempo después y uno llegaba y se preguntaba: ¿Aquí hubo un terremoto? Es impresionante, realmente hicieron un trabajo sensacional. Pero también felicidades al pueblo costarricense porque aquí recientemente tuvieron un terremoto de 7,6 grados, Nicoya fue un terremoto importante, y creo que ustedes tuvieron solo 2 muertos, por lo que cualquiera se pregunta: ¿Dónde

están los daños? Creo que el INS no reportó nada. Impresionante. No hubo daños prácticamente para el sector asegurador, lo cual refleja que realmente el Código de Construcción de Costa Rica es uno de los más fuertes en el mundo. Estos buenos ejemplos se tienen que vender más en el exterior, para que vean que en Latinoamérica sí se pueden hacer las cosas bien.

Una de las dicotomías inaceptables que tenemos en materia de seguros catastróficos es que las áreas del planeta donde más se pagan seguros no corresponden con la distribución geográfica de las pérdidas humanas en los últimos 30 años, y es por eso que se debe hacer algo para cerrar la brecha en el acceso a los seguros.

Paralelamente, debe tenerse presente que poca exposición no significa que no hay riesgo, como recordó el terremoto de Nueva Zelanda en 2011, pues la última vez que había temblado en Christchurch fue hace 16.000 años. Por eso tenemos que estar bien asegurados siempre; lo imposible, es posible, como sabemos después de muchos eventos de los últimos años y planteó el libro “El Cisne Negro” antes de la crisis financiera de 2008.

También conviene tener presente la importancia de los siniestros secundarios, esos eventos que no tienen que ver directamente con la catástrofe misma pero sí tienen relación con esta. Por ejemplo, con los terremotos en Chile y en Japón el 50 por ciento de los daños no venían del terremoto directamente, sino del tsunami. Otro de esos siniestros secundarios fue Christchurch, donde el costo subió por la licuefacción de suelo, un tema que también surgió en Chile y que reconocemos en México.

Un producto de creciente importancia es el de pérdida de beneficios. El asegurador se dedica a cubrir esta parte cada vez más, pero los reaseguradores muchas veces no se dan cuenta. Imagínese, usted tiene un cliente en una zona que sufre un terremoto y después de este quiere enviar a su ajustador de siniestros.

También conviene tener presente la importancia de los siniestros secundarios, esos eventos que no tienen que ver directamente con la catástrofe misma pero sí tienen relación con esta.

tros. ¿Cree que va a llegar ahí? No hay aeropuertos, calles, puertos, no hay ninguna forma de comunicarse. Su cliente va a estar parado semanas o meses y usted va a pagar.

Gran parte de las pérdidas hoy en día vienen por las pérdidas de beneficios (o BI, por las siglas en inglés de “*Business Interruption*”). Otra vía es la de pagos por pólizas CBI (por las siglas en inglés de “*Contingent Business Interruption*”), en las que lo asegurado es la pérdida de beneficios al consumidor final. Por ejemplo, General Motors tenía en Japón una póliza porque sus proveedores están en ese país y al producirse el terremoto y luego el tsunami las piezas no llegaron a General Motors; pero tenían una póliza de CBI y declararon una pérdida asegurada de 1200 millones de dólares; esa es la magnitud de las pérdidas hoy en día.

Por su parte, las inundaciones hoy pueden provocar pérdidas igual de grandes a los terremotos y son responsables del 47 por ciento de los daños económicos y el 45 por ciento de las pérdidas aseguradas. Entonces las inundaciones implican riesgos muy importantes y los latinoamericanos tenemos un gran problema, al vivir en una de las zonas más expuestas a inundación en el mundo. De ahí que conviene también investigar ese riesgo, porque las inundaciones son el riesgo del futuro y la gente

El impacto de los últimos eventos catastróficos y el desarrollo del mercado de reaseguro

se va a asegurar y se debe estar preparado.

Frente a todo esto, quienes estamos en seguros tenemos un gran problema, debido a que el producto que vendemos es al futuro, pero las estadísticas que usamos solo reflejan el pasado y lamentablemente el futuro no tiene nada que ver con el pasado. Esto es así porque las exposiciones y el clima cambian, somos cada vez más gente en el mundo y la gente pide cada vez más. Además, los costos suben mucho más por los temas de interrupción de negocio antes comentados. Por eso es tan complicado hacer los cálculos y esto provoca que seamos de los pocos sectores en el mundo que no conoce el precio final de su producto, sino que hacemos una apuesta que a veces sale bien y a veces sale mal. Suena feo pero es así.

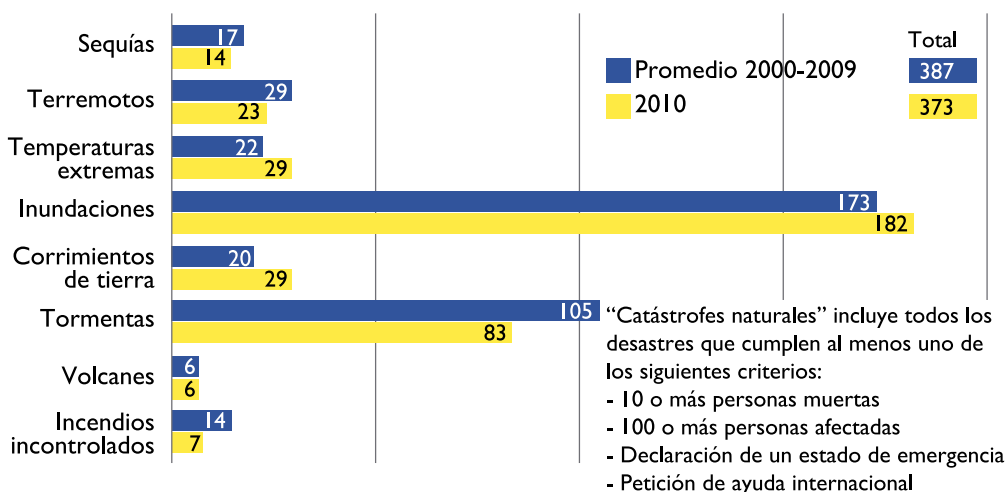
Claro que al hacer esas apuestas se cuenta con el sustento de modelos, pero estos tienen ese gran dilema de ser prospectivos a partir de datos retrospectivos, por lo que los resultados casi nunca reflejan la verdad que finalmente

se presenta. Ese es el gran tema. Es claro que la industria aseguradora necesita los modelos, pero tenemos que pensar siempre claramente que un modelo nunca va a suscribir el negocio. Por eso necesitamos conocer, revisar y analizar los riesgos e ir a visitarlos.

Ahora bien, lo que sí resulta realmente previsible son las consecuencias de las catástrofes naturales. Muchas veces son previsibles y se sabe que llegarán. Si se vive en el Anillo de Fuego del Pacífico, como todos nosotros, se sabe que algún día va a ocurrir algo y algo fuerte. En ese Anillo de Fuego ocurrieron los 10 terremotos más grandes de la historia. El terremoto de Chile de 2010 está en el quinto puesto, pero ahí también sucedió el primero, en 1960. Sabemos que en México va a llegar, mañana o en 10 años, antes o después. El terremoto grande de 1985 se va a repetir, porque todavía no se ha liberado la energía. Por eso estamos trabajando tan fuerte en el tema de los modelos, sabemos que el día va a llegar.

Las inundaciones representan la mayor parte de las catástrofes naturales que ocurren en un año

Incidencia de desastres por tipo



Fuentes: Allianz / UNISDR / EM-DAT

Eso se llama prevención, prevención que todos debemos hacer y, dado que el día va a llegar, un consejo práctico para todos, no solamente para sus compañías, es analizar su riesgo, de su casa, de su empresa; elaborar un plan de lo que se debe hacer cuando ocurra el evento, entrenar a su gente y hacer inspecciones de los lugares. Asimismo, tener previstas las medidas posteriores a un evento, con un plan de continuidad de negocios que contemple qué va a pasar cuando ocurre este siniestro, dónde se tiene el servidor, dónde se guardan los expedientes. Estas son medidas importantes que ojalá se tomen en serio, porque eso es preparación, es prevención.

Por otra parte, el mercado del reaseguro ha pasado por cambios muy importantes en las últimas décadas. De los principales veinte aseguradores que existían en 1995, calificados por *Standard & Poor's* (S&P), hoy solo quedan nueve; es decir, menos de la mitad, y ni una sola de las supervivientes mantiene hoy la calificación de S&P que tenía entonces. Además, de los 137 reaseguradores inscritos en la Asociación Americana de Reaseguradoras hace 30 años, solo quedan ocho. Esto no es ganar, es hacer las cosas mal, pero muy mal. ¿Qué quiere decir eso para el mundo del reaseguro? Una enorme concentración del mercado, porque hace tres décadas las cinco reaseguradoras más grandes tenían el 17 por ciento y ahora tienen el 43 por ciento. Es un gran problema para el consumidor y para la aseguradora, porque el mercado es cada vez más chico.

Hablando de grandes números, para conocer mejor el sector, las primas mundiales de seguros alcanzaron US\$ 4,3 billones en el año 2010 y de eso pasó un 4,6 por ciento al mundo de reaseguro; es decir, US\$ 200 mil millones en primas de reaseguros. Estados Unidos representa gran parte de esto y la otra gran parte es Europa. Pues bien, las estadísticas de la Asociación Americana de Reaseguradores sobre los resultados de estos años muestran que solo unas pocas veces en los últimos 30

años el conjunto de reaseguradoras no sobrepasó un índice combinado del 100 por ciento. El problema es que si usted gasta más del 100 por ciento, está gastando más de lo que tiene, y entonces ¿de qué vive?

Claro que esa es una situación general. Al examinar a lo interno del sector, unos ganan y otros pierden. Unos lo hacen mejor y otros peor, y por eso muchos han desaparecido y otros han crecido. También hubo años donde los intereses eran importantes porque eran altos; pero eso ya no existe y ese es el peligro, porque el retorno del capital se ha reducido mucho en el negocio del reaseguro, lo cual lleva al inversionista a cuestionarse si eso es negocio y ahí surge el tema de entrada y salida.

A veces esa difícil situación actual del reaseguro, por estar el mundo financiero como está, no resulta evidente a primera vista, porque inversionistas institucionales, como los fondos de pensiones, han estado incursionando en el negocio, aunque realmente no lo conocen bien. Eso lleva a que se tenga mucho más capital en este negocio, pero esto es muy engañoso. Mucho es "capital golondrina", que entra y sale. No es capital muy confiable para un negocio que, por su propia naturaleza, es

...el mercado del reaseguro ha pasado por cambios muy importantes en las últimas décadas. De los principales veinte aseguradores que existían en 1995, calificados por Standard & Poor's (S&P), hoy solo quedan nueve...

El impacto de los últimos eventos catastróficos y el desarrollo del mercado de reaseguro

La pregunta clave es si estamos preparados para un futuro en el cual sabemos que el siniestro medio de catástrofes va a subir.

de largo plazo. Al ser gente que entra y sale, algo que a primera vista se ve bien en realidad no lo es tanto, y eso hay que tenerlo presente.

Otro tema que tenemos bien claro quienes estamos en este negocio, es que todavía existen muchos riesgos emergentes que hoy están en los libros que no se conocen, riesgos que no se tienen modelados. Solamente una pequeña parte de esos riesgos está modelada. La gran pregunta es ¿dónde están estos riesgos? El gran miedo que tenemos es que encontremos otro riesgo como el del asbesto, que causó grandes daños al sector, muchos más costosos que los causados por los daños catastróficos en los años 60 y 70. Tener un riesgo así en la cartera, en este momento podría causar muchos daños para el sector asegurador.

¿Cómo es nuestro futuro? Actualmente es mucho más complicado manejar una compañía de seguros que antes. Hay presiones por las calificaciones de deuda y por el tema de Solvencia II, que es muy buena y cuya necesidad se entiende, pero representa algo adicional que se debe atender y sufragar. Se tienen muchas auditorías, se gasta mucho tiempo en auditorías por la falta de confianza interna, pues la crisis financiera no fue solo de dinero sino también de confianza, porque se perdió la confianza en muchos lados.

La pregunta clave es si estamos preparados para un futuro en el cual sabemos que el

siniestro medio de catástrofes va a subir. Se van a tener cada día más siniestros y aunque nuestra participación en el pastel total de primas de seguros es muy chiquita, resulta que los reaseguradores tenemos una exposición muy grande en los siniestros de gran magnitud. Sabemos que es ahí donde los reaseguradores debemos dar la respuesta financiera que es clave. Entonces siempre recomiendo algo a las aseguradoras: suscriban a su reasegurador, en particular su solvencia, capacidad, conocimiento del mercado, creatividad y servicios, porque el precio es una parte, pero para mí sería la última parte.

El INS tiene esto muy claro, porque cuenta con un excelente plantel de reaseguradores, de primera línea. Es muy importante la solvencia de esas reaseguradoras y su calificación, porque al final los clientes compran nuestro capital, nuestro balance, nuestra seguridad y porque una compañía de seguros va a poner en riesgo ese capital, el capital de su cliente. Hay que cuidar ese balance para el asegurado y para la aseguradora, por lo que el objetivo debe ser claramente mantener nuestra fuerza financiera; algo en lo que fallaron algunos colegas míos y algunos reaseguradores. Por esto es tan importante que aquí, por ejemplo, la Superintendencia también revise a los reaseguradores que están dando capacidad en los distintos países.

Conversando con uno de los más grandes aseguradores que conocí en América Latina, José Ángel Villalobos, le pregunté qué consejo daría él, con su amplia experiencia, a partir de las últimas catástrofes ocurridas en Costa Rica. Me dijo tres muy importantes, que en el caso reciente dieron buen resultado y por eso quiero compartir esos consejos aquí:

1. Tener un correcto reaseguro para eventos catastróficos.
2. Contar con una cartera de reaseguradores con excelente rating.
3. Y trabajar en el tema catastrófico, porque ahí son muy especializados, con corredores de reaseguros aceptados y buenos.

En cuanto al futuro del reaseguro en América Latina, coincido con don Tomás un ciento por ciento, vamos para arriba, a lograr mayor penetración. Un reasegurador tiene que saber llorar, por lo que a veces ponemos el mundo muy negro; pero a la par de los desafíos también hay muchas oportunidades, y es así como entre 2002 y 2011 el primaje del reaseguro en América Latina pasó de US\$ 8 mil millones a US\$ 18 mil millones. A muchos mercados del mundo les gustaría tener esos crecimientos; en este continente y en Costa Rica hay grandes oportunidades.

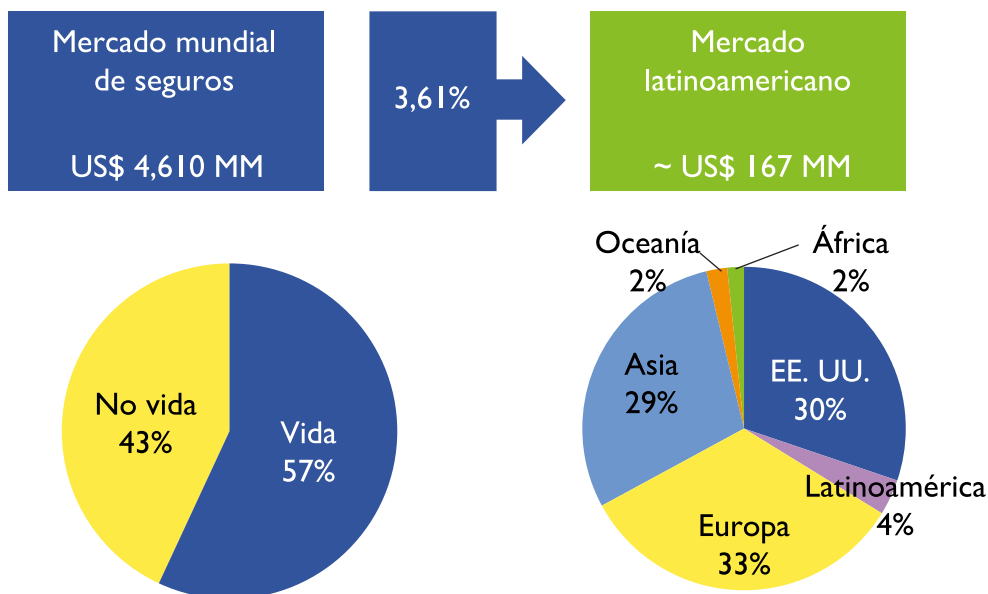
América Latina y Asia fueron las únicas regiones donde crecieron las primas a nivel mundial en 2011 y 2012, y donde se centran hoy en día los reaseguradores importantes.

Claro que todavía somos un mercado pequeño. América Latina representa menos del 4 por ciento del mercado mundial de

seguros, con US\$ 167 mil millones en primas, pero ahí vamos. Hay mucho crecimiento y nuestros países, los países emergentes, representan únicamente el 16 por ciento en las primas de seguros mundiales, en tanto que nuestra participación respecto del PIB alcanza ya un 38 por ciento. ¿Esto qué quiere decir? Que falta mucho por vender. Hay mucho espacio para crecer, hay mucho por hacer.

El gran problema es que mucha gente ni siquiera sabe que existimos. Suena mal pero es así. Muchos no conocen nuestros productos. Tenemos una gran debilidad de nuestras fuerzas de ventas, hay falta de disciplina, canales de venta; hay mucho que hacer en ese sentido para alcanzar la penetración y densidad de seguros que podemos y debemos tener. De ahí que es nuestra actitud la que va a determinar nuestra altitud en el futuro, hasta dónde vamos a llegar.

Nuestro mercado mundial de seguros en 2012



Fuente: Sigma 3 (Swiss Re) 2013, LatinInsurance



Pedro Aguilar Beltrán, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, México

Comentario

México es un país en donde el inicio del desarrollo del seguro data de por lo menos 100 años y desde los primeros momentos en que se empezó a regular ya se hablaba del reaseguro. Uno de los conceptos de los que se hablaba era el “límite de retención”. Se prohibía retener el 100 por ciento del riesgo y se ordenaba incluso que la compañía se deshiciera de cierta parte de los riesgos asumidos. Así que el reaseguro viene acompañando desde hace muchísimos años el desarrollo del seguro.

Durante todo el camino recorrido se han aprendido algunas lecciones. En 1985, el gran terremoto de la Ciudad de México, que originó grandes pérdidas tanto al Gobierno como al sector asegurador, mostró la importancia de tener seguros de terremoto y detonó el inicio de investigaciones en materia de modelos, de estimación de pérdidas de estos fenómenos, sabiendo la alta exposición que tiene el país. En 1986, el regulador ordena que se inicie la constitución de una reserva de riesgos catastróficos para terremotos, lo que deja ver cómo con el gran terremoto México tuvo que aprender y comprender la importancia de contar con una reserva para estos efectos.

Los huracanes son otro fenómeno al que México se encuentra altamente expuesto y que han causado grandes pérdidas; una de las más significativas la produjo el Huracán Wilma, el cual causó grandes daños en la zona hotelera de Cancún, debido a que atípicamente el fenómeno se “estacionó” allí. Esa fue una lección muy importante, relacionada con la presentación de Horst respecto a la relevancia del reaseguro: vale la pena comentar el caso de una compañía de seguros que había decidido vender en ese lugar atraída por el ingreso importante de primas. Dicha compañía suscribió muchos riesgos en ese lugar, cediendo estos a su casa matriz, la cual veía muy atractivo el negocio por las primas que a su vez recibía; pero resulta que llegó el Huracán Wilma y, dado que el riesgo estaba muy concentrado, las pérdidas acumuladas estuvieron a poco de quebrar la casa matriz; o sea, la concentración de riesgos de una compañía pequeña en México casi hace quebrar a un reasegurador en Inglaterra. Ese es un ejemplo claro de concentración extrema del riesgo, originada tanto al tomar riesgos de bienes ubicados en un mismo lugar, como al ceder todos esos riesgos a un mismo reasegurador.

Por casos como ese, México incluyó en su esquema de solvencia un procedimiento que castigaba la concentración, al requerir mayor capital a mayores índices de concentración de riesgos cedidos a un mismo reasegurador. El riesgo debe estar diversificado. Se vale tenerlo concentrado, pero cuesta capital.

Otra de las lecciones aprendidas con el Huracán Wilma fue la importancia de la constitución de reservas de riesgos catastróficos para huracán, incluido el riesgo de pérdidas por inundación, granizo, viento, heladas, ese tipo de fenómenos que se producen asociados a veces al huracán, pero que no necesariamente provienen de este, a los que se les llamó “riesgos hidrometeorológicos”. Así se desarrolló toda una normativa para esto.

México se ubica en un área con altísima exposición a terremotos y a huracanes. Si algún huracán ha de ocurrir, ha de pasar en algún momento por México, de un lado (Atlántico) o del otro (Pacífico).

Así que México se empezó a interesar en estudios de medición de pérdidas asociadas a estos fenómenos, especialmente en huracán y terremoto. Sin embargo, a medida que ha pasado el tiempo, se ha podido ver que existen necesidades no cubiertas por el seguro; es decir, existe un vacío, porque aun cuando el sector asegurador desarrolle coberturas para este tipo de fenómenos, llega el momento en que no todo se puede cubrir con el seguro, o al menos no con las formas tradicionales de seguros, y a veces se tiene que ir directamente al reasegurador.

En México la legislación permite que si hay un riesgo que no se puede asegurar directamente por las compañías de seguros del país, se puede hacer con una extranjera o con un reasegurador. Otra alternativa es acudir a instrumentos como los llamados “bonos catastróficos”, más conocidos en mercados como el de Estados Unidos y que son una forma de bursatilización de riesgos.

La bursatilización de riesgos es una actividad que ha venido creciendo a través de los

bancos, que son más activos en la cuestión de inventar negocios, y un día crearon estos instrumentos dirigidos a convertir el riesgo en un instrumento financiero. Consiste prácticamente en elaborar instrumentos que están en función de la ocurrencia de un evento para venderlos a particulares.

Esos instrumentos permiten a los particulares cubrirse, pero por otro lado también les facilitan a los gobiernos encontrar formas de financiar el costo de un riesgo a través de mecanismos que pueden no haber sido solventados directamente por la industria del seguro. Así, un gobierno puede lanzar un bono catastrófico para quienes quieran participar en él y lograr, a través de ese instrumento, una forma de financiamiento que será de utilidad si se llega a producir un fenómeno como terremoto.

México asegura sus bienes, oficinas y edificios del Gobierno, pero ¿qué pasa con toda la población que puede ser afectada por inundaciones, por otro tipo de fenómenos, y que no tienen un seguro, y donde el Gobierno a final de cuentas tiene que pagar? Entonces instrumentos como el bono catastrófico, lanzado por México, permiten cubrir pérdidas

...un gobierno puede lanzar un bono catastrófico para quienes quieran participar en él y lograr, a través de ese instrumento, una forma de financiamiento que será de utilidad si se llega a producir un fenómeno como terremoto.

El seguro de índices elimina todo el proceso administrativo de hacer ajustes y permite que los gobiernos estatales contraten ese seguro y utilicen el dinero proveniente de su pago para, a su vez, pagar a los pequeños campesinos por las pérdidas que tuvieron.

asociadas a riesgos catastróficos donde el seguro no necesariamente tiene una forma de cobertura.

Otro instrumento parecido son los llamados seguros “de índices”. México fue reconocido por los grandes avances en los seguros agrícolas de índices. En el seguro agrícola, especialmente en lo relacionado con la valuación de siniestros, la administración es difícil y costosa. Ir a efectuar un ajuste de pérdidas en una cosecha o cultivo para un pequeño productor es algo muy costoso administrativamente. Así que se creó este concepto, también gracias al reaseguro. Es un instrumento que trabaja de la mano con el reaseguro y consiste en detonar el pago del seguro si el nivel de lluvias en una determinada región rebasa cierto umbral, al que se le llama “trigger”, el disparador. Si llega a llover más de lo que debía haber llovido para que las cosechas se dieran adecuadamente, el reasegurador tiene que pagar con independencia de que haya habido o no pérdidas. Evidentemente el disparador está puesto en un nivel en el que, si llega a presentarse, hay

una probabilidad muy alta de que las cosechas se pierdan.

El seguro de índices elimina todo el proceso administrativo de hacer ajustes y permite que los gobiernos estatales contraten ese seguro y utilicen el dinero proveniente de su pago para, a su vez, pagar a los pequeños campesinos por las pérdidas que tuvieron. Con la ventaja adicional de que el gobierno estatal sí sabe quién tuvo pérdida y quién no.

Estos casos muestran claramente que el desarrollo del seguro va de la mano del reaseguro y que hay mucho trabajo por hacer. En este sentido, una reciente tesis doctoral estimó que “al gobierno mexicano le costaría 64 mil millones de pesos contratar un micro-seguro múltiple para las familias en estado de pobreza o vulnerabilidad económica”. No es costoso si se considera que se gastan alrededor de 400 mil millones de pesos en programas de combate a la pobreza y esto representaría una fracción de ese gasto.

Es importante recalcar que para aprovechar el conocimiento disponible para contar con productos que respondan a diversas necesidades, es necesario tener un adecuado entendimiento con las personas que están en posibilidad de dar entrada a este tipo de disposiciones.

En México no se ha podido materializar la aplicación de un seguro obligatorio de autos, ojalá a Costa Rica no le pase lo mismo. El seguro de autos es fundamental para proteger a las personas que son atropelladas y no se sabe ni quién los atropelló, no a los que van conduciendo el auto. Un proyecto del seguro obligatorio de autos en México establecía que una parte de la prima debía dedicarse a un fondo común para todos aquellos que fueran dañados por conductores y en donde no se supiera ni quién fue, para evitar que ese costo se trasladara al mismo gobierno. Ese costo es muy alto y tiene que ser pagado por quienes tienen un auto, no por los contribuyentes.

En materia de riesgos catastróficos, se tuvo que aprender también de las heladas

ocurridas en Sinaloa (una de las regiones agrícolas más importantes de México) que produjeron grandes pérdidas agrícolas. Antes de su ocurrencia, las aseguradoras agrícolas cuestionaban esa reserva catastrófica, por considerarla absurda.

“Vale diez veces las pérdidas que hemos tenido. Ya revisamos los últimos veinte años y no hemos tenido pérdidas, ni siquiera por el 30 por ciento de las reservas que tenemos acumuladas”, decían; pero cuando ocurrieron las heladas en Sinaloa, los daños fueron diez veces más altos que la reserva de la compañía y la cobertura del reaseguro que tenía sólo cubría una parte de las pérdidas. La helada, entonces, evidenció que hacía falta un estudio para diseñar un modelo de estimación de pérdidas de seguros agrícolas y actualmente se está trabajando muy duro en eso. La idea es establecer la pérdida que se puede esperar, en una concentración de seguros agrícolas, para no quebrar a las compañías de seguros agrícolas, o al menos para que contraten correctamente su reaseguro; que no los subcontraten, sino que sean coberturas de reaseguro suficientemente amplias para que les puedan cubrir una pérdida de esa magnitud.

Todos estos ejemplos demuestran que es fundamental el desarrollo de modelos catastróficos, pero en conjunto con el reaseguro. Un aspecto importante que mencionó Horst es que estos modelos no deben ser retrospectivos, no deben ser basados en lo que ocurrió en el pasado, sino que deben basarse en escenarios de pérdidas posibles, aun cuando no hayan ocurrido.

En México, el modelo de estimación de pérdidas agrícolas aún está en desarrollo y fue sujeto de observaciones técnicas debido a que era un modelo probabilístico, basado en los sucesos que habían ocurrido, y esos sucesos no eran representativos de lo que podía ocurrir. Efectivamente, el modelo arrojaba resultados que estaban por debajo de lo observado en las últimas catástrofes agrícolas.

Los modelos basados en simulación de

pérdidas por escenarios, como el modelo de terremoto, estiman pérdidas a partir de simular un evento de ese tipo. Se simula la existencia de un terremoto y a través de funciones matemáticas creadas por los ingenieros, que se llaman funciones de vulnerabilidad, se relaciona la intensidad del fenómeno con el daño que pueden sufrir los bienes de esa región. Así pueden pronosticar más o menos el volumen de las pérdidas que van a ocurrir en esas ubicaciones. Lo interesante de esto es que se trata de un modelo prospectivo, basado en simulación de escenarios de lo que puede ocurrir, sin importar la forma en que ocurrió en el pasado.

Lo mismo pasa con el modelo para huracanes. Algún día una compañía se presentó ante el regulador y le dijo que el sistema de cómputo estaba mal porque le daba una pérdida máxima probable un poco alta y ellos tenían sus seguros en el Distrito Federal, una región muy poco expuesta a huracanes. “¿Qué tiene que ver el Distrito Federal

...es fundamental el desarrollo de modelos catastróficos, pero en conjunto con el reaseguro... estos modelos no deben ser retrospectivos, no deben ser basados en lo que ocurrió en el pasado, sino que deben basarse en escenarios de pérdidas posibles, aun cuando no hayan ocurrido.

**En ese nuevo enfoque
regulatorio el reaseguro
es un jugador clave.**

con huracanes que ocurren en las costas?”, argumentaban. Entonces se realizó la investigación para ver qué estaba pasando, si el modelo estaba mal, y se comprobó que no. Lo que ocurría es que algún día un huracán pasó por la Ciudad de México, pero fue hace

tanto tiempo que no había bienes importantes ahí como para que produjeran grandes pérdidas, y lo que estaba diciendo el modelo es lo que sucedería hoy si un huracán llegara a pasar otra vez por la Ciudad de México. Ese es un buen ejemplo de modelo prospectivo.

Este tipo de modelos se están poniendo de moda y al examinar Solvencia II se verá que esta tiene un enfoque prospectivo, no retrospectivo. No está basada en la estadística ni en los números del pasado, sino en lo que puede ocurrir en el futuro; eso es lo interesante y útil en la estimación y transferencia del riesgo. En ese nuevo enfoque regulatorio el reaseguro es un jugador clave.

2 PANEL

Tendencias regulatorias en América Latina



Natalia Escobar,
Superintendencia Financiera, Colombia

Caso de Colombia

Uno de los proyectos estratégicos para la Superintendencia Financiera de Colombia es la adopción de la supervisión basada en riesgos, cambiando la metodología actual, mediante el Marco Integral de Supervisión (MIS). Este proceso inició a finales de 2011, está proyectado para finalizar en agosto de 2014 y cuenta con la asesoría y el acompañamiento del *Toronto Centre*, un grupo de exsupervisores canadienses conocido por su trabajo de apoyo a supervisores de diferentes países en el mundo.

La Superintendencia Financiera es un supervisor integrado que regula la industria bancaria, la de seguros, la de pensiones, la fiduciaria, la de los intermediarios de valores y la de los emisores de valores. No obstante, el proyecto de desarrollo de esta metodología de la supervisión basada en riesgos inicialmente abarcará solo la industria bancaria y la industria de seguros.

Dada la importancia estratégica del proyecto MIS, se designó como su líder al superintendente delegado adjunto para la supervisión institucional, se le creó una Junta Directiva que, además de este, incluye al Superintendente Financiero y al Superintendente Delegado

Adjunto para la supervisión de riesgos, y se constituyó un equipo interinstitucional de trabajo dedicado exclusivamente al proyecto. La Superintendencia Financiera tiene también grupos especialistas en riesgos de mercado, de crédito, de liquidez, operativo, de control de lavado de activos y financiación del terrorismo, de riesgos derivados de la conformación de conglomerados y gobierno corporativo, así como la Dirección de Investigación y Desarrollo que es la instancia encargada de las investigaciones económicas y de la expedición de la regulación.

El diseño del proyecto, como una meta estratégica, permitió que la industria aseguradora, y en particular los dos grupos aseguradores más importantes de Colombia (Grupo Bolívar y Grupo Suramericana), participaran activamente como entidades piloto en el desarrollo de esta nueva metodología. Esto ha permitido intercambiar muchísima información para que la Superintendencia conozca no solamente la perspectiva del supervisor del negocio, sino también cómo se venden los seguros, cómo se gestionan los riesgos y cómo funciona el mercado en la realidad. Esta es una de las premisas fundamentales para tener un

sistema de supervisión basada en riesgos que realmente funcione.

Básicamente el proyecto tiene tres fases principales. Primero, el entrenamiento del equipo MIS a cargo del *Toronto Centre* y contempla también una serie de ejercicios prácticos con las entidades piloto. Segundo, el desarrollo metodológico, que en este momento estamos en el 70 por ciento; y tercero, la capacitación e implementación.

En cuanto al entrenamiento del equipo MIS, el principal objetivo es entender la Supervisión Basada en Riesgos (SBR), porque mucho se habla de la SBR y muchos manejamos los términos comunes, pero ¿qué hace que una metodología de supervisión sea realmente basada en riesgos y deje de ser de cumplimiento? Hay muchos requisitos de cumplimiento que se parecen a una metodología de supervisión basada en riesgos, pero que en realidad no son.

A su vez, el entrenamiento del equipo de trabajo contempla tres etapas que son recurrentes a lo largo de todo el proyecto. Son las etapas de capacitación, de trabajo de campo con las entidades piloto y de validación a lo interior de la Superintendencia, las cuales constituyen un ciclo que se va reiterando para cada uno de los elementos que metodológicamente se deberán desarrollar.

La etapa de capacitación está basada en la metodología canadiense, pero no es una copia porque obviamente ni el mercado ni el marco jurídico colombiano son como el canadiense. Tener esto presente siempre es uno de los elementos más importantes en la adopción exitosa de una metodología de SBR en los países latinoamericanos, porque nosotros tenemos regulaciones que son muy prescriptivas, muy paso a paso, que van muchísimo más allá de trazar los objetivos.

Posteriormente hicimos el trabajo de campo con las entidades piloto, que son líderes en la industria colombiana y han incrementado su presencia a nivel latinoamericano mediante varias adquisiciones. Con los grupos

...el entrenamiento del equipo de trabajo contempla tres etapas que son recurrentes a lo largo de todo el proyecto. Son las etapas de capacitación, de trabajo de campo con las entidades piloto y de validación a lo interior de la Superintendencia...

Bolívar y Suramericana se ha formado un vínculo de colaboración y de diálogo que ha permitido fortalecer la metodología, en la medida en que nos ha brindado un diálogo directo sobre la visión que ellos tienen de su propio negocio y del trabajo que ha venido haciendo la Superintendencia Financiera y hacia dónde vamos.

Luego se hace un proceso de validación a lo interior de la Superintendencia, para lo cual se tiene un grupo focal, que además discute esto con los otros supervisores. Así, el desarrollo en seguros se discute con los supervisores normales de ambos grupos; cabe resaltar que el ser parte del proyecto piloto no los ha relevado de las otras obligaciones que tienen como entidades supervisadas.

Finalmente, se discuten con la entidad piloto los resultados consolidados y después se hace una presentación al *Toronto Centre* para ir validando las conclusiones obtenidas en cada uno de los elementos de la matriz.

Actualmente, el avance de la fase de entrenamiento del equipo MIS es de un

90 por ciento y ya están en desarrollo las capacitaciones del resto de los supervisores de la Superintendencia. Se inició con el grupo de bancos y de seguros, así como con las delegaturas de riesgos que proveen de alguna manera los servicios especializados en cada uno de los tipos de riesgos. En total es una capacitación de alrededor de 250 personas; el trabajo con las entidades piloto ya está en su última fase con la verificación de los hallazgos y el desarrollo de la metodología en materia de funciones de control y de capital y liquidez, que son las dos últimas partes de la matriz.

Por su parte, el desarrollo metodológico del MIS contempla el fortalecimiento y la actualización de todo el proceso de supervisión, el cual tiene cuatro fases fundamentales interrelacionadas, a saber: el análisis del riesgo,

la planeación, la ejecución, y los reportes y medidas de supervisión.

La metodología de SBR que se está poniendo en práctica tiene varias premisas fundamentales, que deben atenderse para aumentar la eficiencia del proceso de supervisión y para mantener la estabilidad y confianza del sistema financiero, las cuales implican también un cambio de cultura y de percepción por parte del supervisor en Colombia.

La primera premisa es el conocimiento y comprensión profundos de la forma en que está organizada la institución financiera y cómo gestiona sus riesgos. Para eso se parte de un diálogo directo con las compañías, incluso en el plan anual de supervisión que se está ejecutando. Nos hemos reunido con la mayoría de las compañías aseguradoras

Desarrollo metodológico del proyecto MIS

✓ Tiene 4 fases fundamentales interrelacionadas:



Fuente: Superintendencia Financiera de Colombia

para conocer cuál es su plan de negocio y su visión estratégica, obviamente bajo la más estricta confidencialidad, en especial en cuanto a la parte de los planes de negocios y de la estrategia de mercado. Esto nos ha permitido tener una visión muy clara de hacia dónde está creciendo el sector asegurador en Colombia. Esa visión trasciende la parte cuantitativa, pues aunque los supervisores de seguros confiamos mucho en los números, cuando nos sentamos a hablar de estrategias comerciales a veces encontramos sorpresas que no habría sido posible derivar partiendo únicamente de los números y el análisis cuantitativo de un reporte escrito.

Esta ha sido una estrategia bastante exitosa. Se tienen reuniones con la alta dirección de las compañías, donde cada área presenta su estrategia, la forma en que están gestionando los riesgos, la forma de efectuar el control financiero y realiza una descripción muy general de todo su negocio. Por esto, ahora entendemos más hacia dónde va el mercado asegurador y se puede hacer verdaderamente una supervisión más prospectiva de la que se venía haciendo, la cual se basaba un poco en lo que se venía reportando y de alguna manera iba reflejando la realidad con un poco de atraso frente a lo que estaba pasando.

Un segundo punto es enfocar la supervisión en los riesgos materiales de cada institución financiera, garantizando un uso eficiente de los recursos de supervisión. Esto es de particular importancia porque nuestros recursos especializados en las áreas de riesgos son bastante limitados y al ser nosotros un supervisor integrado, cada una de las áreas compite por el recurso de riesgos de mercado y por el recurso de riesgo operativo. Así que esto ha permitido enfocar esos recursos hacia los casos en los que más se necesitan.

La SBR también exige una visión integral del perfil de riesgo de cada institución financiera, lo cual es un avance frente a la visión que se tiene en este momento; permite sentarse a dialogar con los especialistas de riesgo y con

La SBR también exige una visión integral del perfil de riesgo de cada institución financiera, lo cual es un avance frente a la visión que se tiene en este momento...

la parte institucional para desarrollar una visión común y que la entidad no sea vista aisladamente desde el silo de cada quien.

Para dar solo un ejemplo, el especialista en riesgos de mercado sabe perfectamente cómo funciona un proceso de inversiones en una entidad aseguradora, pero esta y el propósito de su portafolio de inversiones es muy diferente que en un banco. Entonces poder complementar esa experticia que ellos tienen sobre la parte de inversiones con la visión de los especialistas de riesgos técnicos en seguros, de los pasivos de la entidad a largo plazo y de cómo hay una asignación estratégica de esos activos en la estrategia del portafolio, es una de las ventajas de adoptar esta nueva metodología y el marco integral de supervisión.

Igualmente la intensidad de supervisión debe ser gradual en función de la naturaleza, tamaño y complejidad del perfil de riesgo de cada entidad. Esto suena bastante lógico, pero cuando se está haciendo planeación de supervisión eso no se traduce tan fácilmente en los planes de supervisión; y a veces tenemos, en el caso de Colombia, entidades pequeñas que causan bastantes problemas. De hecho, recientemente intervenimos una aseguradora muy pequeña, pero con problemas que son

materiales y bastante significativos. Entonces eso ha permitido también priorizar de mejor manera la supervisión, sin que haya una distorsión por el tamaño de la entidad o por su relevancia dentro del mercado, sino que se realice en función del nivel de riesgo de cada entidad, tomando en cuenta las actividades que desarrolla.

Otro punto muy importante, pero que también ha sido un proceso más lento, es la labor de supervisión. Esta parte del supuesto de que el supervisor pueda apalancarse con la auditoría interna y externa de la entidad. En Colombia ha sido una sorpresa ver que los auditores externos, sobre todo, a veces no tienen el suficiente conocimiento del negocio asegurador que les permita dar un dictamen o una visión profunda sobre cómo están calculadas las provisiones o las reservas técnicas, que son el corazón del estado financiero de una aseguradora.

Esto ha obligado a un trabajo de crecimiento con las firmas proveedoras de auditoría externa, y que son las mismas en todas par-

tes, donde se ha hecho manifiesta la necesidad de contar con recurso especializado y con un conocimiento profundo del mercado de seguros para poder emitir un dictamen sobre unos estados financieros de una aseguradora que dé confianza a los supervisores. Aunque esto también ha sido necesario con las auditorías internas, a veces en las aseguradoras grandes en Colombia hemos encontrado que tienen gente con formación obviamente de auditor, pero también posee un conocimiento en seguros que le permite hacer un trabajo mucho más preciso que el efectuado por el auditor externo.

Si esas palancas de auditoría existen y hacen un trabajo adecuado, es posible redefinir el alcance de la labor de supervisión con el fin de reducir la duplicidad de tareas. Como estamos en un proceso de aprendizaje y de direccionamiento de la labor de la auditoría externa en Colombia, todavía hay mucha duplicidad en el trabajo; pero esperamos que en unos años podremos contar con el apoyo de los auditores externos y tener un nivel de confianza más alto en su trabajo, lo cual permitiría simplificar y hacer más fácil la tarea de supervisión.

También se le está dando cada vez más relevancia a la función actuarial, particularmente en seguros. En estos momentos se está discutiendo un nuevo proyecto de regulación que modifica todo el régimen de reservas técnicas de las entidades aseguradoras colombianas, que actualmente tiene unos 20 años. El nuevo proyecto se está discutiendo hace dos años y está en análisis de impacto, pero el compromiso del Gobierno es que va a salir a finales de 2013.

Ese nuevo decreto exige que para la constitución de reservas haya estudios actuariales detrás de las metodologías de constitución de las reservas. De tal manera que no se trata solamente de unas notas técnicas, pues puede pasar mucho tiempo antes de que las entidades las actualicen, sino que estas deben hacer ese trabajo cuando van a presentar

Entonces eso ha permitido también priorizar de mejor manera la supervisión, sin que haya una distorsión por el tamaño de la entidad o por su relevancia dentro del mercado, sino que se realice en función del nivel de riesgo de cada entidad...

cifras financieras sobre reservas técnicas, que obviamente ya no podrán contar solamente con un visto bueno financiero, de un contador, sino que deberán contar con el visto bueno de un actuario.

Esta metodología privilegia la intervención temprana del supervisor y la cooperación entre las instituciones financieras y la Superintendencia Financiera de Colombia. Esto fue algo que ya se puso en práctica con la compañía aseguradora intervenida recientemente, pues la Superintendencia la tenía desde hacía un año en un estado de preintervención, lo cual es llamado “vigilancia especial” en la legislación de Colombia. Esto permitió que primero se trabajara mano a mano con ellos para tratar de solucionar los problemas y que solo se llegara al punto de la intervención cuando ya no había más opciones.

Eso es algo que es importante sobre todo en las compañías de seguros, porque la insolencia de estas, excepto por eventos catastróficos, puede darse a lo largo de mucho tiempo, como pasó en este caso. No es como un banco que entra en problemas y de pronto a la semana hay que intervenirlo, o una sociedad comisionista de Bolsa que hay que intervenirla a las 24 horas. Una compañía aseguradora a veces puede durar mucho tiempo en etapa de preinsolencia, lo cual quiere decir que hay muchas oportunidades de recuperarla.

Finalmente, la nueva metodología de supervisión también incrementa la transparencia de la relación entre la institución financiera y el supervisor, a través de una definición clara de las expectativas por parte de este. Esta es otra de las lecciones aprendidas; hay muchos temas que no están en las normas, pero que el regulador desearía que entidades aseguradoras de cierto tamaño y complejidad cuenten con ellos; y aunque no esté en las normas estamos haciendo manifiesto que eso esperamos de ellos; la verdad el sector asegurador lo ha recibido muy bien, ha tomado nota y ha tratado de integrar esas expectativas dentro de la planeación que tiene para su crecimiento.

...la nueva metodología de supervisión también incrementa la transparencia de la relación entre la institución financiera y el supervisor, a través de una definición clara de las expectativas por parte de este.

to. Esto hace que no sea necesario esperar a que haya un incumplimiento o haya que dictar una norma señalando cómo deben hacer las cosas para lograr, con base en el manejo de la relación y de las expectativas, que el sector asegurador dé pasos para alinearse cada vez más con el sector asegurador internacional.

La matriz alrededor de la cual se está desarrollando la metodología de supervisión basada en resultados resume el perfil de riesgos de la entidad financiera e indica dónde se debe tener más cuidado y enfocar los esfuerzos de supervisión. Contiene una columna de riesgo de seguros y en las funciones de control hay una columna para la actuaría. El resto de la matriz es común para bancos y entidades de seguros, y probablemente, a medida que pase el tiempo, podrá hacerse extensiva a otro tipo de entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera.

Adicionalmente a lo indicado, en la matriz está la parte de capital, de rentabilidad, de liquidez, cuando el asegurador presenta particularidades especiales, y al final eso se traduce en riesgo compuesto que es más o menos la calificación que se puede analizar.

La unidad básica de medición de riesgos son las actividades significativas, que son líneas

de negocio o son procesos fundamentales. En la metodología previa, de cumplimiento, las actividades significativas eran igual a ramos; pero la metodología de SBR ha permitido identificar que aquellas no se limitan a los ramos, pues hay procesos fundamentales y hay líneas de negocio que pueden ser una combinación de varios ramos, al igual que en un ramo se pueden estar comercializando varias líneas de negocio. La determinación de las actividades significativas, a cada una de las cuales se le asigna un nivel de materialidad, permite identificar cómo se hace el negocio. No cómo el regulador le dice a una aseguradora que debe segmentar su negocio para propósitos muy importantes de regulación, sino también cómo está viendo la compañía sus líneas de negocio y en qué se está enfocando en la realidad.

¿Cómo se determinan las actividades significativas? Mirando la estructura organizacional y el universo de actividades y de procesos, según los define cada entidad, y haciendo un análisis cualitativo y otro cuantitativo. En la parte cuantitativa están las cifras que son familiares sobre el nivel de producción, el porcentaje de siniestralidad y sus reservas. En la parte cualitativa se considera el crecimiento esperado y el direccionamiento estratégico de la entidad, lo cual permite complementar el análisis cuantitativo de manera muy importante y productiva.

Por otro lado, están también la tolerancia y la exposición al riesgo, incluyendo los de crédito, de mercado, de liquidez, de seguros, el operativo, el de lavado y el estratégico.

La Superintendencia Financiera interactúa más con los riesgos de mercado, por toda la

Determinación de actividades significativas de una institución financiera

✓ Parte de la premisa de conocer y entender su negocio



Fuente: Superintendencia Financiera de Colombia

parte de inversiones, y con los de liquidez en una menor medida; pero sobre todo lidia con el tema operativo, dado el crecimiento que han tenido los seguros masivos en Colombia en los últimos años. Una duplicación en el número de pólizas, con un crecimiento de las primas de aproximadamente 6 por ciento, ha hecho que el riesgo operativo sea cada vez más relevante dentro del negocio asegurador, al punto de que en algunos productos el riesgo más importante no es el de seguros, sino el operativo.

Finalmente también es muy importante tener en cuenta el riesgo inherente de cada una de las actividades estratégicas según el contexto macro y el de la industria, tal como la actividad económica, el desempleo, la competencia, la regulación y cambios externos que van a afectar el desenvolvimiento de las compañías de seguros y el del mercado en los próximos años. Por ejemplo, hace poco hubo un crecimiento en las tasas de interés en Colombia y había una opinión generalizada, incluyendo en la prensa, de que las más afectadas iban a ser las entidades aseguradoras. Pero al hacer una revisión de lo que le estaba pasando a cada una en los días en los que duró el sobresalto, la Superintendencia encontró que al final de cuentas las más felices eran las compañías aseguradoras. Todas las compañías de vida aprovecharon la subida de las tasas para recomponer el portafolio, para extender la duración, y al final de cuentas señalaban que si tuvieran más dinero para hacer inversiones, estarían en ese momento comprando y no vendiendo. Contrario a lo que le pasa a la mayoría de los otros sectores del sistema financiero.

Esto evidencia que también es importante tener en cuenta las características propias de la entidad, la tolerancia al riesgo, la estrategia, si es de nicho, qué tipo de garantías tiene, cuál es la composición del portafolio. Valga un ejemplo del efecto práctico de esto. En Colombia hay varias compañías que son del nicho de seguros de cumplimiento, las fianzas,

pero también tenemos afianzadoras que no están vigiladas por la Superintendencia. Estas últimas no pueden competir por los negocios estatales, pero de hecho compiten con las compañías de seguros de cumplimiento por los negocios particulares. Ese mercado en el cual se están desenvolviendo las compañías, regulado y no regulado, es un elemento que se tiene en cuenta al analizarlas, ver su estrategia y establecer el plan individual de supervisión para cada una de las entidades.

Las funciones de control están incorporadas en la matriz, porque hay entidades aseguradoras que no tienen una adecuada división entre la parte del negocio que está comprando y desarrollando el negocio, y la parte del negocio que ejerce un control sobre esas funciones. Entonces, un actuario revisa las tarifas y las desarrolla, pero quizás no hay quien revise el trabajo del actuario. Esto puede desembocar en que el trabajo de ese actuario, sobre el cual no se ejerce control, esté demasiado determinado por el mandato del área a la cual pertenece en la estructura organizacional, el negocio. Así que es importante contar también con un nivel de control sobre esa área de negocios, dada la exposición al riesgo que se está asumiendo.

El riesgo inherente inicial se mitiga o se agrava por el nivel de desarrollo de las

...también es muy importante tener en cuenta el riesgo inherente de cada una de las actividades estratégicas según el contexto macro y el de la industria...

Finalmente, la matriz contempla un análisis del capital, rentabilidad y liquidez, como elementos que contribuyen a la viabilidad de una entidad financiera.

funciones de control, lo cual lleva a establecer un riesgo neto para cada una de las actividades significativas. En este apartado también se evalúa la función de las directivas, de la alta gerencia, de la auditoría interna y también la de cumplimiento. Este último aspecto resulta particularmente relevante cuando hay entidades públicas haciendo aseguramiento, que en la experiencia colombiana son dos, una de seguros generales y otra de seguros de vida. La normativa que deben cumplir esas entidades es mucho más estricta y además con sanciones mucho más gravosas por incumplimiento que las enfrentadas por aseguradoras privadas, lo cual hace que contar con una función de cumplimiento fuerte e independiente sea muy importante para un asegurador de naturaleza pública.

Bajo la metodología de la Supervisión Basada en Riesgos, las funciones de control son las encargadas de gestionar el riesgo de una entidad financiera y el papel del supervisor es evaluar esas funciones de control desde su conformación y en sus características primordiales. Esto ya se ha venido haciendo en Colombia con la implementación de unos “Sistemas de administración de riesgos”, los cuales establecen una descripción muy detallada de la estructura de gestión de cada tipo de riesgo, y por tanto, ahora se está haciendo

énfasis en evaluar el desempeño de esa función de control de riesgo.

Finalmente, la matriz contempla un análisis del capital, rentabilidad y liquidez, como elementos que contribuyen a la viabilidad de una entidad financiera. Aunque en Colombia se hizo una reforma al régimen de capital para las entidades aseguradoras en 2010, no se está midiendo solo el cumplimiento de esas normas de solvencia, que incluyen un cargo por siniestralidad, un cargo de capital por emisión, uno por riesgo de mercado y otro ponderado por nivel de crédito; sino también las estrategias internas de asignación de capital.

Aún hay varias tareas pendientes para culminar el desarrollo de la metodología SBR. En este sentido, se está haciendo una revisión de toda la regulación colombiana para ver en qué punto el marco regulatorio con el que se ha venido trabajando se vuelve un obstáculo para adoptar la Supervisión Basada en Riesgos, y también se están actualizando los procedimientos internos de supervisión de la Superintendencia.

El principal reto de corto plazo es continuar con la capacitación e implementar gradualmente la metodología; se publicarán la metodología en general y las guías que hay que tener en cuenta para su aplicación.

Lo anterior se complementa con los hallazgos de una evaluación FSAP (por las siglas en inglés de *Financial System Assessment Program* o Programa de Evaluación del Sistema Financiero) de la que fue objeto Colombia en 2012. Dicha evaluación incluyó la parte de seguros en relación con el cumplimiento de los principios básicos de supervisión en la versión 2011, con un resultado bastante positivo pero que también planteó algunos desafíos.

Entre los desafíos se encuentran reforzar la independencia de la Superintendencia Financiera, pues hoy el superintendente cuenta con un período fijo que coincide con el del Gobierno; tratar de recuperar la capacidad de emitir normas relativas a aspectos de seguros,

pues por ejemplo las relativas a las reservas dependen del Ministerio de Hacienda; y mejorar la protección legal de los funcionarios de la Superintendencia, porque la SBR tiene un importante componente de criterio, el cual por su propia naturaleza es siempre discutible.

La evaluación FSAP también recomendó establecer requerimientos completos para la puesta en práctica de una gestión integral del riesgo en las compañías de seguros, así como tener la competencia y fortalecer la capacidad técnica para supervisar los grupos financieros. Esto último por cuanto hoy se tienen muchas entidades bajo supervisión pero no existe la obligación de contar con una casa matriz financiera que tenga, por ejemplo, restricciones para invertir en el sector real.

Asimismo, se tiene un nivel de información que puede variar dependiendo de si esa casa matriz ha emitido títulos al mercado,

caso en el cual es un emisor que está controlado por la Superintendencia y con bastante transparencia hacia el mercado; o si no lo ha hecho, caso en el cual no hay control ni transparencia. Una intervención que se dio a finales de 2012 en Colombia, la de Interbolsa, arrojó evidencia bastante fuerte de que haber tenido una supervisión de la casa matriz habría podido ayudar a prevenir el problema que se presentó.

Por último, es importante requerir planes de desmonte para las compañías de seguros en caso de enfrentar una crisis y garantizar la coordinación internacional en dichos planes. Esto es algo que se debe fortalecer más, con oportunidades como este seminario, a medida que las entidades aseguradoras colombianas van adquiriendo presencia en otros países de la región y dejamos de ser un supervisor invitado para convertirnos en un supervisor anfitrión.



María Fernanda Plaza, Superintendencia de Valores y Seguros, Chile

Caso de Chile

Los datos sobre la penetración de los seguros en Latinoamérica reflejan que todavía queda mucho por crecer, pues está por debajo del promedio mundial y ni se diga de la que registran los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) o los países desarrollados.

También existen disparidades a lo interno de la región, pues mientras en Chile las primas alcanzan un 4,1 por ciento del PIB en Costa Rica ascienden a poco más del 2 por ciento del PIB, según informaron en una exposición previa. Claro que, sin duda, con los cinco años que lleva la apertura del mercado todavía le queda mucho espacio para crecer, aunque hay varios países latinoamericanos muy por debajo de ese porcentaje.

Actualmente hay 61 compañías aseguradoras en Chile, contra 50 registradas en el año 2007, con inversiones del orden de US\$ 49.500 millones. Las primas fueron de US\$ 7.500 millones en seguros de vida en 2012, casi el doble de los US\$ 3.900 millones en primas de seguros generales. Esto fundamentalmente se debe a que en Chile la previsión se hace a través de las compañías de seguros,

tal como se está empezando a hacer en Costa Rica. Los trabajadores chilenos cuando se jubilan van a la administradora de Fondos de Pensiones o a las rentas vitalicias en las compañías de seguros.

En seguros de vida la rentabilidad del patrimonio para nuestro mercado es del orden del 15 por ciento, y para seguros generales del 10 por ciento, ahora; pero claro que se ha tenido variabilidad en ese aspecto, de acuerdo con la bolsa y con las situaciones de crisis que va viviendo la economía del país.

De las pensiones pagadas a diciembre de 2012, las compañías de seguros representaron un 48,1 por ciento a través de la modalidad de renta vitalicia. El retiro programado, lo que se hace en una operadora de fondos de pensiones, alcanzó un 50,3 por ciento, pero se piensa que la tendencia es que la modalidad de renta vitalicia aumente cada vez más.

A nivel de Latinoamérica la industria aseguradora está bastante concentrada, como muestra el índice de Herfindahl, en tanto que Chile registra una de las concentraciones más bajas. La industria aseguradora chilena está abierta a la competencia extranjera y a diciembre de 2012 un 34 por ciento del capital en

seguros de vida estaba en manos extranjeras, así como un 68 por ciento del capital en seguros generales.

Pasando al modelo de supervisión basada en riesgo, Chile fue objeto de evaluaciones FSAP en 2004 y en 2011 por parte de misiones conjuntas del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. En ambas oportunidades se recomendó cambiar hacia un modelo de Supervisión Basada en Riesgo (SBR), como también se hizo en las conclusiones de una asesoría brindada por un experto del Banco Mundial en ese último año.

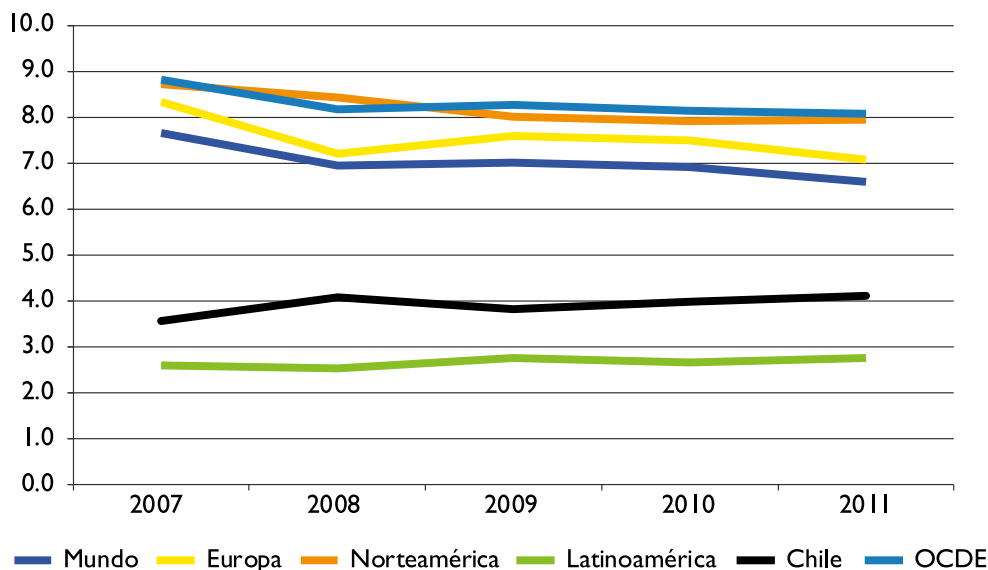
El grupo de expertos en seguros de la OCDE también señaló como una necesidad marcada moverse hacia ese modelo de supervisión, en evaluaciones de los años 2009 y 2012. En ese sentido apuntan, además, los principios básicos de seguros de la Asociación Internacional de Supervisores de Seguros

(IAIS, por las siglas en inglés de *International Association of Insurance Supervisors*).

Por ejemplo, el principio 9 indica que el supervisor debe poseer un sistema de supervisión integrado y basado en riesgos, en tanto que el principio 17 establece los requerimientos de suficiencia de capital con un enfoque de balance total, a fin de reconocer la interdependencia que hay entre los activos, los pasivos y el capital; y también señala que los riesgos deben ser reconocidos apropiadamente en el capital de las compañías de seguros.

La Superintendencia también ha valorado la experiencia de países con modelos de SBR y de capital basado en riesgo, como Canadá (1999), Australia (2006), Estados Unidos (1994), Japón (1996), Suiza (2006), Singapur (2004) y la Unión Europea a través de su modelo de Solvencia II en estudio desde 2009 y que se espera lo puedan aplicar en

Penetración del seguro en países desarrollados y en desarrollo (Prima en % del PIB)



Fuente: Informe Swiss Re "Sigma".

...se emitieron las normas de gobierno corporativo y de matriz de riesgos, las cuales establecen los mejores principios y prácticas internacionales en esos dos ámbitos para compañías de seguros.

2016. Asimismo, se han estudiado los casos de los países de Latinoamérica que están en el proceso de poner en práctica el modelo SBR, como México, Brasil y Perú.

El Congreso de Chile tiene actualmente en su conocimiento la principal iniciativa legislativa para poner en práctica la regulación de capital basado en riesgos, cuya aprobación es esencial.

¿Cuáles han sido los principales cambios en la regulación de nuestro país? Nuestro sistema de regulación y supervisión de seguros se basa en dos conceptos claves: el de solvencia y el de conducta de mercado. Con la solvencia se busca garantizar que los aseguradores poseen los recursos suficientes para pagar sus obligaciones; y con la conducta de mercado se procura establecer una regulación y supervisión que permita la protección de los derechos de los asegurados.

En lo atinente al concepto de solvencia, hasta el año 2005 la supervisión se enfocaba en el establecimiento de normas prudenciales, en el cumplimiento de estas y en la revisión de estados financieros y de alguna otra información técnica que se pedía. Sin embargo, no se le daba tanta relevancia al gobierno corporativo o a la gestión de riesgos de las compañías de seguros. La Superintendencia ha hecho evolucionar el modelo hacia la SBR,

pero con las limitaciones propias del marco legal vigente.

A partir de las recomendaciones de la evaluación FSAP de 2004, el proceso implicó una consultoría en el año 2005 del grupo FIRST de la Oficina del Superintendente de Instituciones Financieras (OSFI, por las siglas en inglés de *Office of the Superintendent of Financial Institutions*) de Canadá. En 2006 se emitió un primer borrador (o “white paper”) del marco teórico de lo que iba a ser el nuevo modelo de supervisión. A esto le siguieron, en 2007, cambios en la estructura organizacional de la Intendencia de Seguros, a raíz del aprendizaje con los canadienses, para poder enfrentar el modelo de supervisión SBR. Luego se afinó el modelo, se elaboraron manuales de supervisión y se preparó un anteproyecto de ley.

En 2011 se emitieron las normas de gobierno corporativo y de matriz de riesgos, las cuales establecen los mejores principios y prácticas internacionales en esos dos ámbitos para compañías de seguros. En setiembre de 2011 inició el trámite legislativo del proyecto de ley de seguros.

Durante todo ese tiempo se desarrolló, además, un proceso de capacitación de los funcionarios y en 2012 se modificó nuevamente la estructura de la Intendencia de Seguros, creando una división de riesgo para que apoye a la división de supervisión.

Ese mismo año se realizó otra consultoría del Banco Mundial para desarrollar la metodología de capital basado en riesgos (CBR), se suscribió un memorándum de entendimiento con la IAIS y se enfocó el trabajo a lograr la equivalencia con las normas de la Unión Europea.

La Cámara de Diputados del Congreso aprobó el proyecto de ley en octubre de 2012, que está ahora en trámite en el Senado. Paralelamente, se ha ido aplicando progresivamente la supervisión basada en riesgo a las compañías de seguros. También se pidió a estas que hicieran una autoevaluación de gobiernos corporativos, cubriendo no solo al

directorio sino también a las capas gerenciales de la estructura organizacional. Se les solicitó que dijese cómo se sentían respecto a la norma y a los principios internacionales, que señalasen si había diferencias, así como cuál sería el plan de acción que pondrían en práctica y el tiempo que estimasen necesario para aminorar esas brechas.

Asimismo, se les pidió que mandaran sus estrategias de gestión de riesgo, sobre cómo iban a enfrentar la gestión de riesgo para adelante. Les comento que muchas compañías no tenían nada de gestión de riesgo, porque sí pueden gestionar su negocio pero no enfocado en riesgo. Entonces esto las obligó a asesorarse, a fomentar y a ver cómo asumir la gestión de riesgo. Por último, en el año 2013 se publicó, también como borrador, la metodología de capital basado en riesgos.

El nuevo modelo de supervisión contempla un pilar I, de nivel regulatorio, con requerimientos mínimos de solvencia. Esto incluye el capital basado en riesgo, un nuevo régimen de inversiones y nuevas normas de valorización de activos y pasivos. El CBR fundamentalmente son factores que se les aplican a los activos y a los pasivos para determinar cuánto es el riesgo. El nuevo régimen de inversiones le deja a la empresa y su gobierno corporativo la responsabilidad de decir en qué quiere invertir. Si quiere invertir en acciones puede hacerlo, pero sabiendo que va a tener un requerimiento de capital mayor que si invirtiera en otros instrumentos con menor riesgo. Las normas de valorización de activos y pasivos fundamentalmente son las de contabilidad financiera.

El segundo pilar es cualitativo, de nivel de supervisión y contempla el proceso de evaluación de los riesgos y las medidas de mitigación de la aseguradora, así como las nuevas normas, antes mencionadas, sobre gobierno corporativo y gestión de riesgos.

Para evaluar las compañías primero se desarrolló una etapa de conocimiento, pues la Superintendencia en el enfoque previo de aplicación de normas, que era más bien teóri-

A igual calidad de gestión de riesgo hay un mayor requerimiento de capital para las que toman más riesgos. Un débil gobierno corporativo o de gestión de riesgos acarrea mayores requerimientos del supervisor e indirectamente mayor requerimiento de capital.

co, no conocía algunos aspectos del negocio de las compañías de seguros. Así que se visitó a todas y mostraron lo que hacían, con presentaciones muy importantes que permitieron conocerlas un poco más en todos los niveles, no solamente el financiero.

Luego se aplicó la matriz de riesgo, cuya ventaja es que distingue entre compañías que toman distintos niveles de riesgo y la gestión que realizan. A igual calidad de gestión de riesgo hay un mayor requerimiento de capital para las que toman más riesgos. Un débil gobierno corporativo o de gestión de riesgos acarrea mayores requerimientos del supervisor e indirectamente mayor requerimiento de capital. Hay nuevas facultades de supervisión bajo un enfoque preventivo.

Uno de los beneficios de este sistema es el fortalecimiento de la gestión de riesgos de la compañía, lo cual es un enfoque preventivo. En un caso similar a lo que señalé Natalia, en alguna oportunidad tuvimos una compañía que no incumplía ninguna norma, no estaba incumpliendo los parámetros de solvencia, pero tenía problemas importantes del grupo

y sabíamos esa situación, pero legalmente no se podía hacer nada. Al final quebró el grupo y la compañía con ellos, aunque esta no tenía problemas de parámetros de solvencia. Con este nuevo enfoque se puede hacer mucho más en casos como esos.

Otras ventajas esperadas son una regulación más flexible, la focalización de los recursos del supervisor, porque estos son escasos y deberían abocarse a fiscalizar las compañías que tienen más problemas o riesgo, y que el capital sea ajustable a los requerimientos de la compañía según sus riesgos.

La matriz permitirá evaluar los riesgos de crédito, de mercado, de liquidez, del seguro o riesgo técnico, el operacional y tecnológico, el legal y regulatorio, y el riesgo de grupo. Se evalúan teniendo en cuenta la estructura de activos y pasivos de la compañía, la materialidad del riesgo, el perfil de los principales negocios de la aseguradora y otros que influyan en su nivel de exposición al riesgo.

El nivel de solvencia combina elementos cualitativos de la evaluación con aspectos cuantitativos derivados de un índice de fortaleza patrimonial.

Las compañías cuya relación entre patrimonio disponible y patrimonio requerido es superior a 1,5 están en un nivel A, las que tienen un índice de entre 1 y 1,5 se ubican en el nivel B y las que tienen uno menor a 1 en el nivel C. La combinación de los aspectos cualitativos y cuantitativos permite ubicar a las aseguradoras en cinco categorías de riesgo: bajo, moderado, medio, medio alto y alto.

Según las categorías de riesgo de solvencia en las que se encuentren las compañías se establecen distintas medidas y acciones de supervisión por parte de la Superintendencia, de acuerdo con lo contemplado en la propuesta de ley que está en el Congreso.

Por otra parte, en lo relativo a conducta de mercado, una de las principales acciones adoptadas ha sido la licitación de seguros colectivos de créditos hipotecarios. Se entiende que los seguros colectivos tienen ahorros de costos, pero este beneficio no estaba siendo traspasado a los asegurados.

De ahí que en julio de 2012 se estableció por ley que las entidades crediticias

Evaluación de solvencia

		Nivel de riesgo			
		Nivel A	Nivel B	Nivel C	Nivel D
Nivel de fortaleza patrimonial	Nivel A	Categoría I (Bajo)	Categoría II (Moderado)	Categoría III (Medio)	Categoría IV (Medio alto)
	Nivel B	Categoría II (Moderado)	Categoría III (Medio)	Categoría IV (Medio alto)	Categoría V (Alto riesgo)
	Nivel C	Categoría V (Alto riesgo)	Categoría V (Alto riesgo)	Categoría V (Alto riesgo)	Categoría V (Alto riesgo)

Fuente: Superintendencia de Valores y Seguros, Chile

que contraten seguros de desgravamen por muerte o invalidez, y seguros de incendios y coberturas complementarias, tienen que licitar sus carteras de seguros. Los resultados han sido contundentes, pues en los primeros 10 meses se licitaron 73 carteras hipotecarias y esto benefició a 900 mil deudores con mejores coberturas y reducciones promedio de precios de entre 33 y 60,8 por ciento, según la cobertura.

Otro aspecto relevante en conducta de mercado es el Sistema de Información de Contratos de Seguros, que empezó a regir en diciembre pasado y permite consultar por los seguros contratados o en los cuales se es beneficiario, así como la modificación al reglamento de auxiliares del comercio de seguros. Este mejoró la información al asegurado y la calidad del servicio y modificó el procedimiento de liquidación, para hacerlo más oportuno, equitativo y eficiente. Así, el plazo general de liquidación de los siniestros bajó de 90 a 45 días corridos, aunque hay excepciones como las relativas a los grandes seguros marítimos, los seguros obligatorios y los casos de catástrofe, entre otros.

También se pusieron en ejecución mejores prácticas en la venta al detalle, a través de autorregulación promovida por la Superintendencia, y se empezó a desarrollar un modelo de SBR en lo atinente a conducta de mercado. Hay un grupo trabajando en desarrollar este modelo, que apunta a establecer regulaciones de supervisión que mejoren la protección de los derechos de los asegurados, en particular asegurando que se les brinde un trato justo y que haya mayor transparencia.

Por último, se introdujeron cambios en el Código de Comercio para modernizar la legislación del contrato de seguros. El contrato de seguros ahora es consensual y tiene menos formalidades, lo cual creó mayor facilidad de contratación de seguros. Además, se fijó el carácter obligatorio de las disposiciones del Código de Comercio, salvo que en el contra-

to de seguros se estipulen condiciones más beneficiosas para el asegurado.

Se regularon los contratos colectivos, que se desarrollaron en los noventa, de modo que el asegurador debe notificar al asegurado de cualquier modificación del seguro, la cual empezará a regir solo en la siguiente renovación.

En la declaración del riesgo se estipuló que el asegurado está obligado a declarar los riesgos para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los seguros, pero si el asegurador no consulta por algunos datos luego no puede alegar esto contra el asegurado. Es decir, se traslada al asegurador la responsabilidad de definir la información necesaria para evaluar los riesgos, por ser la entidad profesional especializada en dicha evaluación.

Respecto a las enfermedades y dolencias preexistentes, las nuevas disposiciones establecen que solo pueden considerarse como tales aquellas que hayan sido diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata su favor.

La nueva legislación también reconoció que el asegurador gana la prima desde el momento en que los riesgos comienzan a

También se pusieron en ejecución mejores prácticas en la venta al detalle, a través de autorregulación promovida por la Superintendencia, y se empezó a desarrollar un modelo de SBR en lo atinente a conducta de mercado.

correr por su cuenta y estableció con claridad que en los seguros de plazo determinado la prima se devengará proporcionalmente al tiempo transcurrido. De modo que si hay seguros de ese tipo que terminan en forma anticipada, los aseguradores tienen que devolverle la prima proporcional al asegurado.

En relación con la pluralidad de seguros, se estableció que cuando haya más de un seguro que cubra la misma materia, interés y riesgo, se podrá cobrar a cualquiera de las compañías involucradas y los saldos no cubiertos pueden cobrarse a cualquiera de las demás. Luego las compañías se arreglarán entre ellas, pero claro que el total de indemnizaciones cobradas no puede sobrepasar el valor del bien asegurado.

Asimismo, se estableció que el asegura-

do puede poner fin anticipado al contrato de seguros, salvo excepciones legales, y se reafirmó que el arbitraje es el mecanismo primordial de resolución de conflictos de seguros, pero permitiendo a los asegurados de escasos recursos recurrir a la justicia ordinaria. En paralelo, se modificó el Código Penal para introducir la figura del fraude de seguros, siguiendo los principios de la LAIS.

Cabe señalar que todas estas modificaciones legales han sido beneficiosas para los actores del mercado, tanto para el asegurado como para el regulador y para la industria; porque se tiene una legislación más clara y con mayores certezas jurídicas, a la vez que se respeta y fortalece la libertad contractual y el desarrollo del mercado.



Pedro Aguilar Beltrán, Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, México

Caso de México

Lo que hoy puede estar pasando en un país, puede haber ocurrido en otro hace cincuenta o sesenta años. Son experiencias que se repiten y por eso cabe un breve repaso histórico del caso mexicano.

En México, en 1789 se constituye la primera compañía de seguros y en 1802 se crea la segunda. La primera ley de seguros se promulga el 16 de diciembre de 1892, mientras que el 25 de mayo de 1910 se crea por primera vez el Departamento de Seguros, que habrá de evolucionar hasta convertirse en la Comisión Nacional de Seguros de hoy.

La segunda Ley del Seguro se emite en mayo de 1910 y contiene algunos lineamientos que llaman la atención. Se prohíbe la actividad aseguradora a quienes no fueran sociedades anónimas y se exige autorización para su ejercicio, a la vez que se requiere la constitución de reservas técnicas y de previsión. Se reglamenta la inversión de las reservas, iniciando el régimen de regulación de las inversiones, y se establece la inspección y vigilancia permanente por parte de la autoridad administrativa. Asimismo, se fija la obligación de publicar estados financieros, se establecen

sanciones civiles y penales para infracciones y se dictan normas para declarar la insolvencia de compañías.

El primer reglamento de la Ley de Compañías de Seguros sobre la Vida se emite el 24 de agosto de 1910 y establece que la reserva matemática de primas debe calcularse para todas las pólizas en vigor, que la tasa de interés que habría de utilizarse sería entre tres y cinco por ciento anual, y que habría que usar una tabla, en aquel tiempo conocida como “experiencia americana”, mientras se elaboraba una tabla de mortalidad para México. Esta no se puso en vigor sino hasta 1967 y se denominó “Tabla de mortalidad mexicana – Experiencia Mexicana 62-67”, pero mientras se utilizaba la experiencia americana.

Un nuevo reglamento se emite el 27 de noviembre de 1923 con modificaciones que introdujeron dos métodos para el cálculo de reservas. En aquel tiempo se tenía conciencia de que las reservas matemáticas de seguros de largo plazo no podían ser calculadas de cualquier forma, porque producían pérdidas en los primeros años debido a las altas comisiones que pagaban las compañías, mientras

que había otra parte que producía un ahorro para el asegurado. El regulador, basándose en normativa estadounidense, estableció que se podía hacer una compensación; la compañía podía prestarse de la reserva matemática para compensar las pérdidas y a eso se le llamó “sistemas modificados de reservas”. Había dos sistemas muy antiguos llamados “año temporal preliminar completo” y “año temporal preliminar modificado”, cuya aplicación duró muchas décadas. Dichos sistemas de cálculo de reserva tenían como objetivo principal ser de aplicación simple, a pesar de que era un cálculo sobre algo complejo. Cabe señalar que ese sistema se utilizó hasta el 2004 y todavía se sigue utilizando en algunas compañías de América.

En la Ley General de Sociedades de Seguros del 25 de mayo de 1926 se establece que para los ramos de daños la reserva técnica deberá ser un tanto por ciento de las primas cobradas, como sigue: 50 por ciento para accidentes y enfermedades; 30 por ciento para incendios; 20 por ciento para marítimo y transportes y 30 por ciento para los demás ramos. Era un criterio totalmente empírico; ni siquiera tenía un fundamento. Todavía no se llegaba a la prima no devengada de la que se habla hoy; sin embargo, ya sentaba alguna base técnica.

El 21 de enero de 1935 un decreto otorga a la Secretaría de Hacienda la facultad de modificar las tarifas aprobadas. Eran tiempos en que el regulador aprobaba las tarifas que debían cobrar las compañías, pero ya se hablaba de que si una tarifa estaba causando problemas, el regulador podía intervenir. Ese mismo año se registra la primera prima en el ramo de automóviles y se expide la primera Ley sobre el Contrato de Seguro, la cual hace lo que se señaló en la exposición previa que ahora está haciendo Chile: regular cuáles derechos y obligaciones tienen tanto la compañía que expide el contrato como el contratante.

En 1936 se promulga el primer reglamento de seguro de grupo. Justo lo que se acaba de mencionar sobre regular los seguros de grupo y colectivos se define en ese año, al establecer que debía ser un seguro temporal a un año renovable sin examen médico. Además se define lo que era un “grupo asegurable o una colectividad asegurable”, y el número mínimo de personas que integrarían un seguro de grupo. Generalmente se refería a empleados de un mismo patrón, trabajadores, entre otros, que en aquel tiempo era algo importante.

Un importante decreto llegó en febrero de 1946, señalando que “el cálculo de la reserva de riesgos en curso será el 45% de las primas”. Empezaban a cambiar las cosas. Este procedimiento duró hasta diciembre de 1985, cuando se empieza a calcular el concepto de prima no devengada; y es que en los años 80 empieza a llegar el auge de las computadoras. Antes no se podía hacer eso; era en los cálculos agregados donde se veía la prima total y un porcentaje se calculaba como reserva. Después se pasa al concepto de prima no devengada, pero porque era posible tener herramientas de cálculo.

Eran tiempos en que el regulador aprobaba las tarifas que debían cobrar las compañías, pero ya se hablaba de que si una tarifa estaba causando problemas, el regulador podía intervenir.

...en 1985 el gran terremoto de la Ciudad de México causa grandes pérdidas; ascendiendo a 100 mil millones de pesos las pérdidas liquidadas por los aseguradores.

En enero de 1949 se emite un decreto estipulando que las instituciones que han adquirido mayor solidez por la cuantía de sus reservas están obligadas a recapitalizarse. Quien haya vislumbrado en aquel tiempo algo así, era una persona visionaria. Establecía que el capital no era fijo y debía haber uno que fuera proporcional al volumen de operaciones de las compañías; es decir, esa persona visualizó en 1949 lo que hoy se llama requerimientos de capital de solvencia e incluso en la ley quedó marcado así, como un porcentaje de las reservas.

El primer reglamento de agentes de instituciones de seguros se promulga en 1955, en tanto que en 1956 se reforma la ley para crear tres grandes grupos de seguros, los de vida, los de daños y los de accidentes y enfermedades, que todavía prevalecen.

La obligación de constituir la reserva por siniestros ocurridos y no reportados se establece el 30 de diciembre de 1980 y en 1985 el gran terremoto de la Ciudad de México causa grandes pérdidas; ascendiendo a 100 mil millones de pesos las pérdidas liquidadas por los aseguradores.

Ese mismo año, otro decreto establece reglas precisas para el cálculo de reservas

y sienta una base actuarial para calcular las reservas por riesgos en curso en los seguros que no son de vida. Dice que la reserva debe ser la prima por devengar a la fecha de evaluación correspondiente a las pólizas en vigor. Por primera vez aparece el concepto de vigor, o sea, que rige para las pólizas que estén en vigor; las que no lo están, no tienen por qué constituir reservas.

En octubre de 1986 se establece la obligación de constituir reserva de riesgos catastróficos, con el 60 por ciento de la prima retenida.

En 1990, se introducen importantes reformas en vísperas del Tratado de Libre Comercio con América del Norte, pues era fundamental darle un cambio radical a la regulación para hacerla un poco más homogénea con la de Estados Unidos. En primer término, se crea el concepto de “libertad en tarifa”, quitando al regulador la facultad de autorizar tarifas y dejando que estas sean establecidas por las propias compañías de seguros; lo único que se dice es que las compañías deben presentar la nota técnica con que calcularon su tarifa a la Comisión. En segundo lugar, se establece por primera vez el concepto de capital mínimo de garantía, que hoy conocemos como requerimiento de capital de solvencia.

También se producen importantes cambios en 2004, empezando con la introducción del concepto de reserva suficiente; es decir, se abandona el concepto de reserva basada en prima no devengada, porque como esta fue desregulada había compañías que por estrategia comercial decidían salir con primas insuficientes al mercado para ganar cartera. Entonces, la reserva no podía seguir basada en la prima, porque si la prima era insuficiente esto tenía como consecuencia que la reserva también lo fuese. De modo que se establece un esquema en el cual la reserva debe ser el valor esperado de las obligaciones con independencia de la prima y que no corresponde

ya a la prima no devengada. Por ejemplo, si la obligación a futuro es por 100 millones y se cobraron 60 millones, la reserva hay que constituirla por 100 millones aun cuando la prima que se haya cobrado sea inferior.

Asimismo, se establece la obligación de que fueran actuarios certificados por el Colegio Nacional de Actuarios (de México), quienes habrían de firmar las valuaciones de reservas y las notas técnicas de primas, lo cual inicia un gran auge de la actividad actuarial en los seguros. Además, se estipula la obligación de realizar una prueba de solvencia dinámica que demuestre la suficiencia del capital, para ver si ante ciertos escenarios adversos el capital de una compañía soportaba lo que podría ocurrir en el futuro.

Por último, se obliga a evaluar los riesgos de terremoto mediante un sistema de estimación de pérdidas. Aquí nacen estudios avanzados para analizar la pérdida de terremoto y luego se hace lo mismo para huracán y agrícola.

Con la nueva Ley de Seguros publicada en 2013 se adopta un régimen tipo Solvencia II, que habrá de entrar en vigor a inicios de 2015, para lo cual actualmente está en desarrollo la regulación secundaria. ¿Qué tiene Solvencia II de especial? Desde un punto de vista actuarial, nada; pues establece que deben estimarse todos los egresos en que podría incurrir una compañía de seguros y todos los ingresos que podría llegar a tener en el futuro. Eso es el balance proyectado, ingresos menos egresos, y la diferencia entre ingresos y egresos es capital.

Solvencia II tiene tres ejes fundamentales. El primero, llamado Pilar I, define procedimientos para fijar las reservas técnicas y los requerimientos de capital para los diferentes tipos de riesgos; técnicos, financieros, de contraparte y operacionales.

Para los riesgos técnicos, que se refieren al riesgo de los contratos de seguros, hay que estimar cuánto necesita una compañía de capital, cuantificando para ello las pérdidas

Solvencia II en México

Pilar I

Aspectos cuantitativos

- Cálculo del requerimiento de capital de solvencia
- Cálculo de mejor estimación de los pasivos
- Cálculo del margen de riesgo

Pilar II

Control interno y gobierno corporativo

Pilar III

Revelado y transparencia de información

El requerimiento por riesgo operacional ha sido muy polémico porque actuarialmente es difícil de medir.

que puede tener al 99,5 por ciento de confianza, a lo cual se le resta la reserva y el saldo es el requerimiento de capital de solvencia.

En cuanto a los riesgos financieros, el requerimiento de capital consiste en la estimación de pérdidas que puede tener la compañía, al 99,5 por ciento, por las inversiones que tiene en diferentes instrumentos; lo cual es congruente con el hecho de que este régimen tiene la característica de permitir a las compañías invertir con mayor libertad. Por tanto, hay que asociar un mecanismo de evaluación de pérdidas a esa libertad en el régimen de inversión.

Los riesgos de contraparte se refieren a que las compañías deben valorar fundamentalmente dos tipos de riesgos, los de crédito, cuando una aseguradora da crédito, y los relativos al reaseguro, que son la mayor parte. Es decir, si una compañía le cede riesgos a un reasegurador debe valorar la posibilidad de que este caiga en insolvencia o en cesación de pagos y no le responda. Entonces la aseguradora debe tener el capital suficiente para cubrir ese tipo de pérdidas.

El requerimiento por riesgo operacional ha sido muy polémico porque actuarialmente es difícil de medir. Es un requerimiento por las pérdidas que puede sufrir una compañía debido a problemas en los procesos operativos. Cabe aquí comentar el caso de una compañía en México que se equivocó en un contrato de seguro y ello le generó grandes pérdidas. No lo diseñó bien y cuando llegó el

siniestro se entró en una disputa y el siniestro, que en un principio podría haber costado US\$ 15 millones, terminó en una demanda de US\$ 125 millones, con altas probabilidades que tuviese que pagar.

¿Qué modelo actuarial puede calcular eso? Ninguno. Es totalmente subjetivo, ni siquiera la Unión Europea, que creó Solvencia II, tiene un método para estimar el capital que requiere una compañía para cubrir el riesgo operacional. Así es que se utilizan medidas empíricas basadas en porcentajes aplicados a los otros requerimientos.

El segundo pilar fija un esquema obligatorio de gobierno corporativo; es decir, se apunta a la solvencia operativa de la compañía, además de la solvencia financiera, moral y técnica que ya se comentaron. El objetivo es que la compañía cuente con un sistema de gobierno corporativo eficiente para administrar los riesgos, estableciéndose la estructura mínima que deben tener las áreas internas que llevarán el control.

El pilar III se refiere a principios de revelado y transparencia de información, estandarizando la forma en que las compañías deben reportar la información a terceros, ya sean clientes, reguladores, auditores, entre otros.

Entre las características más relevantes del nuevo modelo regulatorio se encuentra que la estimación de reserva debe realizarse a valor medio. Esto es fundamental, ya que las reservas históricamente han venido siendo calculadas con recargos porque tienen que ser suficientes, pero el nuevo esquema regulatorio señala que deben calcularse a valor medio. Cualquier excedente tiene que ser liberado, por lo que las reservas tenderán a disminuir. Se abandona el concepto de “suficiencia de reservas” y la reserva ahora se debe constituir a “valor de mercado”. A esa reserva ahora se le agrega un componente llamado “margen de riesgo”, el cual mide la utilidad que debe tener un tercero a quien le quieran transferir una cartera en caso de que la compañía se liquide o traspase su cartera. Este concepto

de margen de riesgo es esencial para que la cartera tenga valor de mercado, ya que como están calculadas a valor medio, no incluyen márgenes de utilidad; entonces debe agregarse lo que un tercero cobraría por tomar esa cartera en administración en caso de que se tuviera que transferir. Al valor de la reserva formado de esa manera se le llama “valor de salida” o valor de mercado.

Otra consecuencia del nuevo concepto de reserva es que en los seguros de vida de largo plazo se eliminan todos los sistemas modificados de reservas que existían, pues ya no tienen sentido; las tablas de mortalidad obligatorias, porque ahora cada quien valúa con su propia tabla; y las tasas de interés técnico mínimas, porque ahora las reservas se calculan con las tasas de interés libre de riesgo que correspondan al momento de la valoración.

Por otra parte, se enfatiza en utilizar escenarios prospectivos. El enfoque ya no consiste en medir riesgos con base en la estadística histórica, sino que deben considerarse escenarios basados en lo que puede ocurrir, aun cuando no hayan ocurrido. Eso es lo que enfatiza Solvencia II, que la compañía debe buscar cómo generar escenarios de pérdidas hacia el futuro. Claro, no pueden ser supuestos irreales, sino lo que podría ocurrir con una alta probabilidad.

También, se toma en cuenta la probabilidad de insolvencia de las reaseguradoras, de acuerdo con sus calificaciones, así como la posibilidad de pérdidas en inversiones, que deben ser valoradas al 99,5 por ciento de confianza en un horizonte de un año.

Por último, Solvencia II establece la posibilidad de que las compañías utilicen métodos propios para el cálculo de capital y reserva, pues ya no están obligadas a hacerlo según lo que diga un modelo regulatorio; pueden plantearlo con base en este, pero en principio deberían tener un modelo propio para medir sus requerimientos de capital y sus reservas. En el enfoque de Solvencia II la fórmula regu-

En el enfoque de Solvencia II la fórmula regulatoria queda solamente para casos en que una compañía, por alguna razón especial, no pueda aplicar un modelo propio para medir su necesidad de capital.

latoria queda solamente para casos en que una compañía, por alguna razón especial, no pueda aplicar un modelo propio para medir su necesidad de capital.

Eso es fundamental, porque entonces existe una gran oportunidad para que las compañías gestionen el riesgo de manera más adecuada y puedan medirlo con sus propios modelos, e incluso, puedan gestionar sus negocios en función de la forma en que el modelo predice que ese negocio puede afectar sus requerimientos de capital.

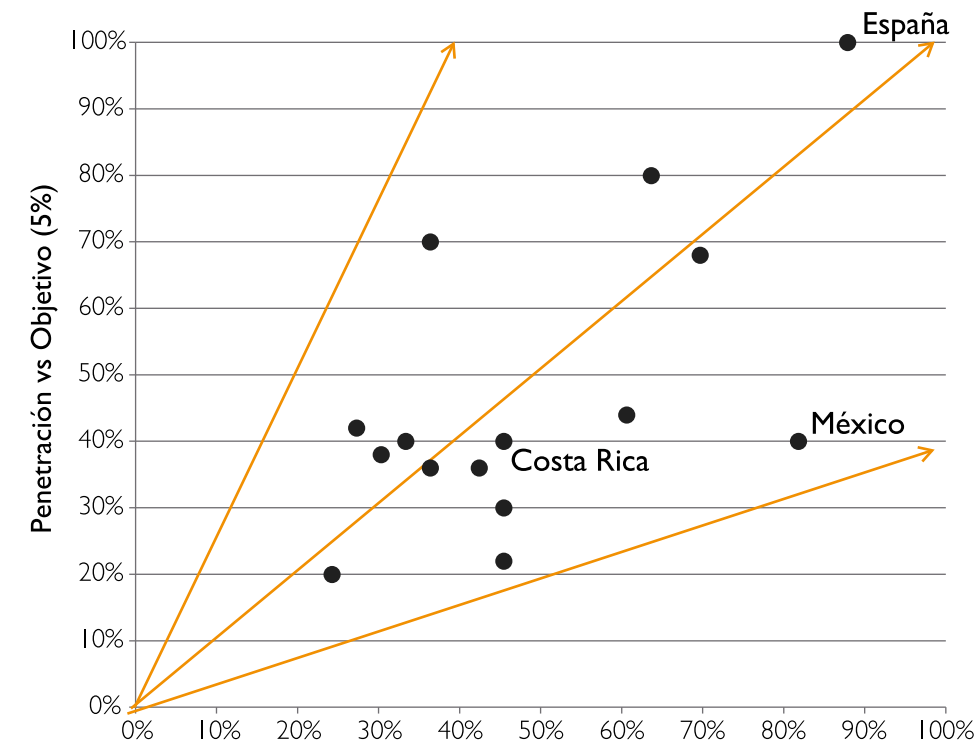
Hace un tiempo se realizó una medición de cuán equilibrados son los regímenes regulatorios de diferentes países. Esto es importante porque no se puede decir que el esquema regulatorio de un país es ni bueno ni malo, si no se compara con el contexto. Que ahora exista Solvencia II no significa que el modelo vigente en un país es malo. Puede que esté en equilibrio con el grado de desarrollo y el estado de la industria de ese país. Ese país no puede desarrollar un esquema de Solvencia II si su industria de seguro y la parte científica no está desarrollada, porque entonces va a causar un caos o incluso puede frenar el desarrollo del mercado; pero tampoco puede tener un esquema demasiado rudimentario.

De modo que se requiere un equilibrio entre el grado de desarrollo del mercado y el de la regulación. No se trata de que exista una sobretecnificación; es decir, una regulación técnicamente demasiado compleja, ni una subtecnificación en la que las compañías de seguros tengan una participación en el PIB muy grande pero con normas demasiado laxas, porque podría llegar a ocurrir una burbuja como la de Estados Unidos, que tuvo en parte su origen en la desregulación del sistema financiero. Es poco responsable desregular completamente, porque no se puede tener un mercado muy grande y decir que cada quien haga lo que quiera; pero tampoco se

puede decir que se establecerá un esquema regulatorio complejo cuando un mercado apenas está naciendo y desarrollando, porque entonces puede inhibir su desarrollo.

Los resultados de la medición realizada sobre esa búsqueda de equilibrio es la que ilustra el gráfico. Los países que están dentro del cono están bien pero los que se acercan mucho a la línea de la izquierda estarían tendiendo a ser subregulados y los que se acercan mucho a la línea de la derecha estarían tendiendo a ser sobretecnificados. En suma, los que están cerca de la línea central mantienen un buen equilibrio y ese es el caso de Costa Rica.

Equilibrio de los regímenes regulatorios
Comparación del nivel de desarrollo en solvencia y el nivel de desarrollo en seguros



Fuente: Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, México.

La complejidad de la regulación puede ir aumentando gradualmente a medida que se desarrolla el mercado de seguros, pero llega el momento en que una mayor complejidad ya no implica una ganancia en eficacia. En ese momento la regulación está excedida, ya no hay eficacia. No vale la pena seguir avanzando en cuestiones de regulación compleja, porque entonces no tiene ninguna utilidad para nadie, ni para el regulador ni para los regulados.

También hay que cuidar la relación entre la complejidad de la regulación y su costo, para que la adición gradual de complejidad se mantenga dentro de un umbral razonable de costos para los regulados y los consumidores. Pero llega un momento en que la regulación se vuelve muy costosa, por la complejidad que se le añadió, y es el umbral que no se debe pasar.

En conclusión, los esquemas regulatorios deben ser congruentes con los niveles de desarrollo de cada país. Una regulación avanzada no significa una regulación complicada.

En ese sentido, no le daría a Solvencia II una calificación de 100 por ciento. Europa tuvo problemas pues creó esquemas teóricos que le está costando trabajo resolver; sobre todo en seguros de vida de largo plazo.

Una regulación complicada puede ser ineficaz e inhibir el desarrollo del mercado, en tanto que una regulación avanzada debe basarse en gran parte en la función actuarial e incentivar la correcta administración de riesgos y las sanas prácticas del seguro. El regulador no es nada más quien pone normas, sino quien debe estar monitoreando que el mercado de seguros vaya por el camino que debe ir.

El seguro tiene una función social relevante, por lo que la regulación debe impulsar el desarrollo de productos de seguros relacionados con la salud, que es un bien público, los microseguros, los seguros educativos y los seguros de riesgos catastróficos. Estimular al mercado para ir en esa dirección es parte imprescindible de la función regulatoria.

Conclusiones

- I.** Los esquemas regulatorios deben ser congruentes con los niveles de desarrollo del mercado de seguros de cada país.
- II.** Una regulación avanzada no significa una regulación complicada.
- III.** Una regulación complicada puede ser ineficaz e inhibir el desarrollo del mercado.
- IV.** Una regulación avanzada debe basarse en gran parte en la función actuarial.
- V.** Una regulación avanzada debe incentivar la correcta administración del riesgo y las sanas prácticas del seguro.
- VI.** El seguro tiene una función social relevante por lo que la regulación debe impulsar el desarrollo del seguro en esa dirección, especialmente en lo relativo a productos de seguros relacionados con la salud, microseguros, seguros educativos y seguros de riesgos catastróficos.

3 PANEL

Visión del sector a cinco
años de la apertura



Conversatorio: Hernán Pacheco, UCCAEP; Neftalí Garro, Asociación Costarricense de Derecho de Seguros y las Fianzas; Sergio Ruiz, Asociación de Aseguradoras Privadas; Pablo Villamichel, Director de Conassif, moderador; Guillermo Constenla, Instituto Nacional de Seguros; Marvin Umaña, Cámara de Intermediarios de Seguros; Erick Ulate, Asociación de Consumidores Libres.

Visión del sector a cinco años de la apertura

Moderador (Pablo Villamichel, Director de Conassif):

La apertura del sector de seguros, junto al de comunicaciones, ha sido uno de los cambios más importantes en relación industrial en el país, probablemente solo comparable a lo sucedido con la apertura de banca en la década de los noventas. Aún cinco años, como ya se dijo, es poco para decir hasta dónde podemos llegar; pero este evento sí da la oportunidad de pensar qué nos hace falta, cuáles son los retos y las oportunidades que tenemos hacia adelante.

Una primera inquietud para los panelistas sería ¿qué se ha alcanzado hasta hoy con la ley de la regulación del mercado de seguros? Desde una perspectiva del consumidor, de los aseguradores y de los participantes del mercado en general, pero también desde un punto de vista sistémico; o sea, lo macro del país.

Sergio Ruiz:

Desde la perspectiva de un asegurador privado, en los cinco años desde que se abrió el mercado de los seguros en este país hay muchas cosas que tal vez hacen difícil

recordar un momento agradable, pero sí quisiera recalcar los logros del sistema, de la regulación y de las aseguradoras. A finales de 2012 cerramos con 12 aseguradoras privadas, de capital extranjero y capital local, con 73 sociedades agencias de seguros, 1.692 agentes de seguros, 17 corredurías de seguros, 177 corredores de seguros y 49 operadores de autoexpedibles. Lo más importante es que logramos 442 productos de seguros registrados, 244 de ellos pertenecientes a las aseguradoras privadas que recién ingresaban al país.

Pero en realidad no son cinco años, son básicamente 32 meses desde que se vendió la primera póliza de una aseguradora privada. Entonces si lo vemos desde ahí, en 32 meses, los privados logramos US\$ 85 millones en primas directas, un 9 por ciento del mercado. Si a ese mercado se le quitan los seguros obligatorios, o sea los seguros de automóviles y los de riesgos de trabajo, y los seguros solidarios, que son aproximadamente US\$ 288 millones, entonces las aseguradoras privadas cerraron con 13 por ciento del mercado de primas directas de Costa Rica. Si a eso se le restan las compras del gobierno central, que suman alrededor de US\$ 140-150 millones, las privadas generaron el 15,3 por ciento de las primas directas para el 2012.

Aunque es una industria muy joven, va avanzando con mucho ímpetu, en particular con mucha aceptación por parte de la empresa privada y de las personas que, casualmente, han estado esperando esta oferta de servicios por mucho tiempo.

Hablando de profundidad de mercado, también hay unos datos interesantes. Costa Rica había mantenido un rango de alrededor de US\$ 163 dólares por persona, por año, en adquisición de seguros. Otros países, como Chile por ejemplo, deben andar alrededor de \$500 dólares per cápita por año en materia de seguros. Se cerró el 2012 con US\$ 200 dólares, arrancando con US\$ 163 en el 2010; y se cerró el año 2012 con 2,06 por ciento con respecto al producto interno bruto.

Así que la industria en seguros ha venido creciendo y seguirá haciéndolo, porque los consumidores están buscando propuestas diferentes; ya escuchan de seguros, hay más profundidad en los segmentos C y D de la población, y entonces se van a ver estos números potenciados en los años que están por venir.

Guillermo Constela:

Es conveniente recordar que fue el Gobierno, desde el propio INS, el que promovió enérgicamente la apertura y diseño, junto con colaboradores diversos, las leyes y las defendió en el Congreso; y tuvo que ser el INS quien reclamara y llevara adelante el esfuerzo para que se promulgara la Ley de Contrato de Seguros, obviamente que con la valiosa ayuda de la Superintendencia; pero eso estaba un poquito dejado de la mano de los políticos.

¿Qué se ha logrado con la apertura? Obviamente es un mercado muy joven que apenas está dando los primeros pasos, y no se puede hablar, por supuesto, de que todo está consolidado ni nada similar; pero la base está sólidamente sentada, porque la ley creó un instrumento absolutamente necesario, el cual es la Superintendencia General de Seguros, con los poderes necesarios para permitir el desarrollo de un mercado ordenado y transparente de seguros, lo cual deseábamos quienes creemos en la competencia. Y bienvenida la competencia, porque desde el punto de vista micro ha hecho que el consumidor se vea enormemente favorecido, ya que las empresas competidoras del anterior monopolio han sido agresivas y han peleado muy fuerte el mercado, lo cual ha obligado a la empresa dominante, el INS, a realizar grandes esfuerzos para dar una respuesta a esa oferta de servicio y de productos de la competencia.

Por otra parte, desde el punto de vista macro, se ha conseguido que este sector se convierta en un dinamizador de la economía porque antes, con el paradigma del

Visión del sector a cinco años de la apertura

monopolio, las cosas estaban de alguna manera dormidas. Esto ha obligado a ser mucho más eficientes, a promocionar mucho más el negocio de seguros en todos los sectores, y obviamente esto ayuda a la dinamización de la economía, así como a la transparencia del negocio, para que el consumidor sea el último y principal favorecido de toda la gestión.

Ha habido un crecimiento importante de las primas y en el patrimonio de las empresas que han ido, paulatinamente, consolidando aspectos financieros. Naturalmente todavía no todas las empresas que están empezando pueden mostrar resultados positivos, porque hay un esfuerzo y una inversión que hacer que irá redituando paulatinamente, conforme se vaya profundizando el mercado.

Hacer comparaciones con otros mercados puede resultar un poco difícil. Siempre se saca a colación a Chile y se olvida que el 25 por ciento de su penetración de mercado corresponde a rentas vitalicias, por lo que si se va a hacer una comparación debe hacerse tomando en cuenta que aquí el negocio de las rentas vitalicias todavía está en veremos.

No obstante, sí tenemos mucho más que hacer. Costa Rica presenta particularidades con respecto a muchos países del entorno que obligan a preguntarse por qué los seguros personales no son más altos, teniendo en cuenta que se tiene un ingreso per cápita mayor. Posiblemente hay condiciones muy particulares del país que determinan esto, como contar con un sistema de seguridad social que, con todos sus peros, generalmente acepta bien la población.

En todo caso, para poner el ejemplo del INS, de un 11 por ciento que representaban en 2006 en relación con su venta total de seguros, ahora ascienden a un 22 por ciento; o sea, el mismo INS se dinamizó y esto, a su vez, lleva a preguntarse por qué antes no vendía más seguros personales; obviamente sin considerar los solidarios, que son un elemento aparte y que pronto se podría aprobar la legislación mediante la cual las empresas que están

en el mercado puedan competir también en el seguro obligatorio de automóviles (SOA) y en el de riesgos del trabajo (RT).

Neftalí Garro:

La Ley Reguladora del Mercado de Seguros establece objetivos muy concretos, el primero de los cuales es la protección al consumidor, de los derechos a los asegurados. Este es un tema al que se le ha dado mucho énfasis y la posición de los consumidores es hoy mucho más fuerte de la que tenían antes de la apertura, aún cuando ya antes de la apertura le aplicaba al INS, en régimen de monopolio, la Ley de Protección al Consumidor.

En cuanto al titánico trabajo de establecer un marco de autorización, regulación y supervisión se ha avanzado muchísimo. La creación de la Superintendencia se hizo en tiempo récord y junto con Conassif ha hecho una gran labor en la tarea de diseñar normativa para pasar de un monopolio a un régimen de competencia, pues aunque se trate de elementos ya existentes en otros lados, requiere un importante trabajo de adaptación a la realidad nacional.

Entre los aspectos más importantes destacan la normativa de autorizaciones y registros, solvencia, información financiera, comercialización de seguros, seguros obligatorios y defensa al consumidor, que es la más reciente. No se tenía nada de esto, pues se partía de cero y una Ley de Seguros de 1922. A nivel normativo se ha avanzado mucho.

Crear las condiciones para la competencia efectiva fue otro de los objetivos de la ley. Este es un tema enorme en sí mismo, pero desde el punto de vista formal y como demuestran los datos que explicó Sergio, hoy ya se puede competir. Una empresa puede venir a establecerse a Costa Rica, y ese era el principal paso que se quería lograr.

En cuanto al objetivo de modernizar y fortalecer al INS, no hay ninguna duda de que el INS hoy es mucho más fuerte de lo que

era hace cinco años. En Costa Rica hay varios casos en que se prefiere una economía mixta, en la que no está totalmente estatizado pero tampoco es completamente privado, como sucede en varios sectores. Evidentemente un objetivo en ese sistema es que las empresas estatales sean lo más fuertes posibles, y esto es algo que debe reconocerse al INS, porque no ha sido un accidente sino mérito de la administración y los empleados.

Un último punto que mencionaba la ley, no menos importante pero sí muy peculiar, es asegurar el financiamiento del cuerpo de bomberos, en lo cual también se ha avanzado mucho. El cuerpo de bomberos de Suecia desearía tener los fondos que tiene el cuerpo de bomberos de Costa Rica.

Marvin Umaña:

En resumen, el gran ganador después de cinco años indudablemente es el consumidor.

Costa Rica es un país que se ha caracterizado, en gran parte, por un paternalismo, el apoyo institucional, el papá Estado. Desde el punto de vista de intermediario, y tras 84 años de un monopolio que se granjeó una percepción de cierto nivel de bienestar o de mucha confianza, este proceso ha sido muy interesante y arduo, porque se ha tenido que ir convenciendo al consumidor.

Dentro las cosas positivas, definitivamente la mejora en el servicio al cliente. El cliente se extraña ahora de recibir servicios que antes no tenía, muchas veces sin pedirlo y de tener muchas más opciones de productos, aunque no necesariamente existen todos los que se requieren, porque faltan más productos, más adaptación al modelo de Costa Rica; pero definitivamente ese es otro elemento fundamental, el mayor respeto al consumidor que se ha generado con la apertura.

Después de estos cinco años, es muy importante reconocer la madurez de los entes reguladores. Cuando se crea una ley a la carrera, porque tiene sus antecedentes

ligados con el Tratado de Libre Comercio, con menos artículos de los que se previó originalmente, y además se nombra a personas que no estaban relacionadas con el campo de los seguros, esto es algo difícil de lograr. Así que la madurez de los supervisores y de los entes supervisados, con una actitud muy conciliadora, en la que no ha habido prepotencia sino voluntad de escuchar a los participantes, realmente ha sido muy valiosa para el desarrollo del mercado.

Hernán Pacheco:

Entre los temas a destacar desde el punto de vista del sector privado o empresarial es que no se produjeron las consecuencias apocalípticas que algunos pronosticaron al darse la apertura. Esto trae a la memoria aquella anécdota del periódico que publica en la primera plana “Mañana es el fin del mundo” y cuyo titular al día siguiente, cuando obviamente no se produjo el fin del mundo, es “Nos salvamos”. Algo de eso ha ocurrido con el mercado de seguros, porque no sólo nos salvamos de esas profecías apocalípticas, sino que se ha producido un viraje tremendamente positivo, con resultados muy halagadores para el sector, con mejores precios, mejores productos para el consumidor, mejor servicio al cliente e innovación en términos del producto.

También se trata de un mercado que presiente en todos los rubros más compañías, mayores ofertas y que registra un importante crecimiento del sector por encima de los índices de otros segmentos de la economía. Esto también se traduce en generación de más empleo en un sector que había estado acaparado por un grupo específico de la población.

Sin duda, un factor muy positivo ha sido contar con un ente regulador robusto, independiente y con una mística de trabajo admirable. En las relaciones con la Sugese se percibe un ambiente constructivo, productivo, en busca de una continua mejora de las condiciones del mercado. También se logró

Visión del sector a cinco años de la apertura

una intermediación de seguros más profesional, más eficiente y orientada hacia la protección de los intereses del asegurado.

Por último, esto se complementa con un cambio cultural. Previamente, cuando había un proceso de fusión o adquisición en Costa Rica y se hacían consultas por la administración de la cartera de seguros, las características de las pólizas y el riesgo, los ejecutivos de la empresa remitían las preguntas al agente, porque era quien sabía cómo estaba la situación. Esto ha venido cambiando y uno de los grandes retos que se tiene es cambiar la cultura para que se llegue a ver al seguro como el instrumento financiero que en realidad puede llegar a ser, más allá del tema de la cobertura del riesgo. Este cambio cultural ya se empieza a percibir, lo cual va a beneficiar enormemente al mercado y a catapultarlo a crecimientos todavía más halagadores.

Erick Ulate:

El primer resultado a destacar es que en estos cinco años se ha logrado generar confianza. Esto es muy importante porque se debe recordar que el tema de los seguros fue uno de los más debatidos cuando se discutió el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos. Y se generó el miedo al hombre del maletín. Este era el que iba a llegar con un maletín lleno de contratos de seguros, que iba a vender y cobrar aquí, iba a engatusar a la gente y se iba a ir; y a la gente no se le iban a hacer efectivos esos contratos. Básicamente el discurso que se manejaba, que era contrario a la apertura, era que con esta prácticamente se estaba legitimando la estafa a los consumidores en materia de seguros.

Bueno, como ya se ha dicho, el mundo no se acabó y no vinieron los hombres con maletín a engañar a la gente. ¿Por qué? Porque se construyó una institucionalidad y se generó confianza en el consumidor. Eso es un logro que si bien no puede ser percibido inmediatamente, de manera numérica, es algo que es

una base realmente sólida de cara al futuro.

El segundo tema es la ejecución de la política pública, porque esta requiere tiempo, esfuerzo y dedicación, pero ante todo requiere de una forma profesional de aplicarse para que tenga una incidencia en la realidad. Este es otro gran logro que se ha dado a través de estos cinco años.

La puesta en práctica de esa política pública ha permitido ver después de cinco años una mayor cantidad de productos en el mercado, un mejoramiento en el servicio, pero ante todo un cambio de paradigma. En efecto, antes de la ruptura del monopolio el mercado operaba en función del INS, era un mercado atípico para los consumidores. Cualquier mercado debe estar, precisamente, en función, de los consumidores; pero en el monopolio eso no se daba. Era el INS quien dictaba las reglas, muchas veces absurdas, muchas veces ilógicas, y quien obligaba a los consumidores a seguirlas. Con la ejecución e implementación de la nueva política pública se ha logrado, si bien no totalmente, ese cambio de paradigma en el que ya se vuelve a la normalidad de cualquier otro mercado, es decir, funcionar teniendo como base al consumidor y no a quien presta el servicio.

También cabe destacar la coordinación interinstitucional que se ha venido generando, no exenta de roces o de malos entendidos, pero al final de cuentas una coordinación funcional, con los otros entes estatales de protección al consumidor. Por ejemplo, la Dirección de Apoyo al Consumidor y la Comisión Nacional del Consumidor, que en el caso específico de los seguros ha sido mucho más expedita, de lo que ha sido con la Superintendencia de Telecomunicaciones en el caso de las telecomunicaciones, por ejemplo. En materia de seguros no ha habido una relación necesariamente litigiosa entre los entes que tienen a su cargo poner en práctica esta ley, lo cual hace que esa política pública sea mucho más efectiva en términos del consumidor.

Moderador:

La siguiente pregunta sería ¿cuáles han sido las principales dificultades que se han encontrado en el camino?

Neftalí Garro:

La principal debilidad o dificultad que se ha visto en el proceso, y que además era algo previsible, ha sido la falta de acompañamiento o de participación activa de las autoridades en materia de competencia. Era elemental que si un monopolio estatal entra en competencia, no iba a perder esa empresa monopolista su carácter de tal. Entonces, a partir de ese momento, habría sido de esperar que, por ejemplo, la Comisión para Promover la Competencia (COPROCOM) estuviera inmediatamente encima del mercado de seguros a ver cuál iba a ser el desenvolvimiento de ese mercado y eso no ha sido así. Sin entrar necesariamente a polemizar sobre el fondo de los temas, evidentemente ha habido unas prácticas por parte del ente estatal, del INS, que como mínimo han sido cuestionadas por los competidores nuevos e incluso algunas denunciadas por la misma Sugese.

Más allá del fondo de esas discusiones, no se ha evidenciado una acción rápida y efectiva de las autoridades de competencia para ponerles fin en un sentido u otro. Hay casos que llevan ahí más de tres años y cuando finalmente el tema se resuelva, pues será absolutamente irrelevante. Era elemental que en materia de competencia se necesitara un acompañamiento vigoroso y es bastante claro que no lo ha habido.

Otro problema que se presentó en su momento fue alguna lentitud en ciertos procesos críticos, atribuible a todos los actores, no necesariamente solo a las autoridades. Por ejemplo, procesos de registro de productos que se hacían lentos, no solo por efecto del rol de las autoridades, sino también porque los actores estaban aprendiendo en ese proceso

y ciertamente había situaciones que corregir. Afortunadamente, eso ha ido mejorando muchísimo y mejorará aún más con cambios que la Sugese ya tiene en marcha, pero en su momento fue un problema serio.

Una dificultad que se podría observar como mercado es que los niveles de capital mínimo requeridos en Costa Rica son muy altos. Si bien, en la región han ido evolucionando para alcanzar niveles similares a los que se piden en Costa Rica, podría pensarse que para un mercado de su tamaño y características, hablar de cinco millones de dólares de capital mínimo inicial es un monto alto; y eso que en su momento el INS quiso que el proyecto de ley exigiera alrededor del doble de capital.

Otro punto es que el famoso hombre del maletín estaba ahí y sigue ahí, porque antes de la apertura además del INS había muchos hombres y mujeres de maletín en diversos ramos; y bueno, ahí siguen algunos, a pesar de que ahora se tiene la posibilidad de perseguirlos. Es natural, y hasta prudente y de alabar, que las autoridades en un primer momento no hayan sido agresivas en contra de seguros no autorizados, porque también era de esperar un proceso de acoplamiento del mercado a las nuevas situaciones, y que esas compañías entonces optaran por establecerse formalmente o lo que fuera; pero creería uno que ese periodo ya pasó o debió haber pasado. Esto es importante como un tema de conducta de mercado y también por respeto a las entidades que han venido a establecerse y que sí han hecho la inversión requerida.

Un reto adicional, viendo algunas resoluciones judiciales que se han dado en estos años en materia de seguros, es la falta de educación, cultura y conocimiento en materia de seguros, que se extiende a todos los sectores. Es preocupante ver en algunas resoluciones judiciales la falta de conocimiento técnico en la materia. Es entendible pero es preocupante que esté ahí y que estemos expuestos a esto. El caso más reciente es el fallo, que además resulta reiterado, de la Sala Constitucional de exigir el

aseguramiento de personas de más de 65 años sin poder excluirlos exclusivamente por ese motivo, lo cual carece de fundamento técnico. Ha habido otros fallos que evidencian esa falta de conocimiento y de nada serviría hacer todo esto muy bien, a nivel de Sugese y de Conassif, y que de repente las cosas lleguen donde un juez que no sabe nada sobre la materia. Este es un trabajo que hay que hacer, pues ya ha habido dificultades con algunos casos.

Finalmente, para las compañías nuevas y también para el INS la carga regulatoria es importante. Entonces hay un tema de si se puede o no se puede evitar, quizás no se puede, pero la carga regulatoria ciertamente es pesada y es una dificultad que las empresas enfrentan, por lo que a futuro quizás habrá que trabajar en ese aspecto.

Marvin Umaña:

El intermediario de seguros está siendo afectado por la excesiva regulación a la que está sometido. Con la Ley Reguladora del Mercado de Seguros se incluyó a los entes supervisados por la Sugese dentro de los entes supervisados por el Conassif, y por ende bajo la ley del Banco Central. Aparentemente no hubo un análisis previo de cuál es la labor del intermediario y quedamos dentro de todo lo que es el concepto de regulación.

Por ejemplo, el intermediario de seguros en Costa Rica tiene que cumplir con todas las regulaciones del gobierno corporativo, lo cual no es acorde con lo que ocurre. También debe tener los mismos modelos de cuentas que una compañía de seguros, aunque un intermediario es solo un asesor y no acepta riesgos ni recibe primas de los asegurados.

Estos modelos son realmente lamentables, porque están creando barreras de entrada muy importantes, lo cual lleva a una duplicación de trámites con todo lo que es el cumplimiento de la ley de lavado de dinero, de terrorismo. De modo que si una persona pide un crédito en un banco, tiene que ser estudia-

da por el banco, por el intermediario de seguros, por la compañía de seguros; es decir, hay tres oficiales de cumplimiento titulares y tres suplentes, y la persona tiene que llegar con un rollo de recibos de electricidad o del teléfono para que cada uno lo tenga, hay que hacer una matriz de riesgo dentro de cada uno, cada oficial de cumplimiento tiene que llevar cursos de clarividencia 1, clarividencia 2, malicia 3, de todo; dependiendo del estado de ánimo lo puede calificar en verde, rojo o amarillo, y así ocurre. Estas son cargas muy delicadas. Tarde o temprano la disminución en las primas va a tener un piso y esas cargas van a tener que ser compensadas por alguien. ¿Por quién va a ser? Por el consumidor. Este elemento es muy delicado. Nació así con la ley, pero debe ser corregido.

En su exposición, don Horst Agata hacía énfasis en la brecha existente entre las pérdidas reales en casos de desastres y las pérdidas aseguradas. En esa línea, preocupa que si hacemos que el producto de seguros sea para el sector de mayores ingresos en la sociedad, se va a dejar de lado a un gran sector, que muchas veces es el que más necesita.

La ley obliga a los intermediarios a buscar el beneficio para el consumidor. Esto es un elemento muy delicado, en donde si no se aliviana la carga y la duplicación de esfuerzos, se tendrá un sector del mercado que no es atractivo. Si se observa la tendencia que se está dando en Costa Rica hasta el momento, se notará una concentración de los seguros y de la intermediación de seguros hacia los sectores financieros, lo cual es lógico, lo permite el mercado. Entonces la intermediación está ligada a los bancos, agencias de vehículos y a otros donde obviamente es más fácil, más práctica la venta.

Existen importantes segmentos en este país, como fue informado recientemente, que no tienen acceso a los bancos ni a las cuentas bancarias. Esto quiere decir que si no buscamos la forma en que haya más participantes, debe haber más intermediarios.

En este momento hay 32 empresas intermediarias menos de las que había hace cinco años, lo cual se debe a esas barreras de entrada. Hay distintos segmentos del mercado que deben ser atacados por distintos medios, y si cualquier intermediario, por ejemplo, tiene que cumplir con todos estos requisitos, es imposible que vaya a hacerlo. Este es uno de los principales problemas que se visualizan actualmente.

Sergio Ruiz:

A la hora de entrar al mercado en Costa Rica, las principales dificultades para las aseguradoras privadas empezaron desde el principio. El mercado se abrió hace cinco años pero las compañías privadas en realidad empezaron a funcionar hace escasos 36 meses, porque, como en todo mercado joven, la Superintendencia, nueva también, se tomaba su tiempo para revisar cada una de las empresas y cada uno de los productos. Entraban más empresas a la vez, entonces eso consumía tiempo de todo el mundo. Y por supuesto, tomó un tiempo para ofrecer el primer producto lo cual sucedió bastante tiempo después de que se abrió el mercado de seguros como tal.

Luego empezó la competencia con una empresa ex monopolista que no estaba dispuesta a soltar un solo cliente, lo cual era natural en un mercado en competencia; pero luego las tarifas se comenzaron a modificar y los canales de distribución empezaron a escasear en el mercado; una serie de situaciones que en su momento hicieron que las compañías privadas la vieran fea a la hora de mercadear sus productos.

También se dieron algunas dificultades, y de hecho al INS aún deben estar por llegarle tres o cuatro demandas, que se iniciaron hace tres años y medio o cuatro años. Era necesaria un poco más de agilidad a la hora de acudir a los entes encargados de responder a estas situaciones, como la Comisión

Nacional del Consumidor.

Hoy todavía se tienen algunos inconvenientes. Los elementos mencionados son secuelas del pasado, que muestran que ha sido un proceso duro, aunque a final de cuentas se hayan podido vencer y arribar a un mercado como el que se tiene actualmente.

Guillermo Constela:

En el tema de dificultades, obviamente que el INS es la primera, porque las aseguradoras privadas esperaban que fuera más fácil competirle, pero no. Sin embargo, hay otras dificultades más orgánicas, como el hecho de que Costa Rica realmente no ha tenido una cultura de seguros, y ese es uno de los elementos básicos para que el mercado se amplíe.

Por otra parte está el aspecto político, que a veces no facilita la plena apertura porque a pesar de que las leyes han sido enviadas de forma reiterada por el mismo INS para temas como el seguro obligatorio de automóviles y riesgos del trabajo, no hay voluntad política para aprobarlas. Están ahí desde hace años, desde el gobierno anterior, pero nadie tiene interés en llevarlas adelante y eso es parte de las dificultades para que el mercado se desarrolle más.

Obviamente ese exceso de requisitos y regulaciones, que para comprar un seguro cualquiera de 5.000 colones (unos US\$ 10) al año exigen demostrar de dónde vienen los fondos es algo a lo que se le debe entrar fuerte para que se facilite más el tema de la colocación de los seguros en nuestro mercado.

En cuanto a la mayor cultura de seguros, habría que empezar por el Estado costarricense, porque es el peor comprador de seguros que hay en este país. Resulta que de los seguros personales que vende el INS, unos 2 millones de dólares provienen del Estado. Si vemos seguros generales, el Estado tiene como 10 por ciento del total.

De tal forma que el tema es tratar de movilizar los factores que entorpecen el desarrollo

del mercado y mantener la confianza, como dijo don Erick, porque eso es fundamental. En ese sentido, está bien que se haya exigido el capital que se pidió porque ha llegado gente seria en la que se puede confiar, y los otros, esos del maletín, pues no tienen la plata para llegar al mercado y eso está muy bien.

Erick Ulate:

Desde el punto de vista del consumidor las dificultades que se pueden encontrar en el mercado se engloban en dos grandes temas.

El primero es precisamente la cultura de seguros. Costa Rica no es un país donde haya una cultura desarrollada de seguros; y eso no solo se debe a la historia, el hecho de que solo se tenía una institución donde adquirir esos seguros; sino también al hecho de que todavía después de la apertura ha faltado un poco de agresividad del sector para comunicarse con el consumidor.

No es fácil entender este tema de los seguros. Cuando se compara con otro tipo de mercados, en los cuales el consumidor está más familiarizado, por ejemplo el tema de alimentos o el nutricional, al final el consumidor maneja lo que le dice una etiqueta nutricional, sin ser un nutricionista o un tecnólogo de alimentos; pero no domina en lo más mínimo lo que le dice un contrato de seguros, porque de verdad cuesta entenderlo.

Es que el mercado es complejo y hace falta un mayor involucramiento de los actores para hacerle más digerible y sencillo el lenguaje al consumidor sobre lo que está comprando y de los servicios que le están ofreciendo, precisamente para seguir generando confianza. Si la gente no entiende qué es lo que le están ofreciendo, muy difícilmente lo va a comprar.

El segundo tema, que ya he mencionado, es el acceso a los seguros. Una persona que quiere un seguro de vida por una cantidad pequeña de dinero, no es lógico que deba presentar una determinada cantidad de requisitos. No es algo que sea sustentable

desde el punto de vista de la lógica ni de la técnica, ni siquiera desde el punto de vista de los derechos del consumidor. Se necesita darle acceso, precisamente, a segmentos de la población que hoy, por motivos que abundan en nuestra sociedad, no pueden acceder a ese tipo de seguros, y que no van a andar perdiendo tiempo ni dinero buscando certificaciones o papeles.

En este sentido hay que ser un poco más flexibles con el consumidor, para darle un mayor acceso al mercado; y ese acceso, que muchas veces se ha imposibilitado de manera legal, también pasa por el lenguaje, que no necesariamente es una tarea que solo le corresponde al regulador, sino que le corresponde a quienes participan en el mercado.

Un tema adicional, que ha provocado extrema preocupación por su impacto sobre los consumidores, es que toda la discusión de apertura sobre el tema del financiamiento de bomberos abrió un portillo totalmente nefasto para los consumidores. Si bien aseguró el financiamiento de los bomberos, al final de cuentas se encarecieron los servicios públicos mediante impuestos dirigidos a los recibos para financiar actividades muy concretas; y eso se ha tomado como una práctica, pues luego de los bomberos se pasó a los hidrantes, y quién sabe qué cosa adicional van a querer meter los legisladores en el futuro por medio de los recibos. El problema es que han encontrado que esa es una forma muy sencilla de recolectar fondos, porque si usted no paga el teléfono, la electricidad o el agua, le cortan el servicio; pero al final es al consumidor al que se le carga en servicios públicos, que ya de todos modos son bastante caros en el país, como para caer en el hábito de cargarles cobros adicionales a los recibos.

Hernán Pacheco:

El proceso tiene varias aristas y, si se ven en retrospectiva, las dificultades y retos que se experimentaron al inicio desde el punto de

vista normativo, el institucional y el mercado en sí, son consustanciales a un proceso novedoso y a una curva de aprendizaje.

Hoy se tiene otra dinámica de dificultades y de retos, pero resulta interesante que esas dificultades que de alguna manera hoy se vuelven retos, por lo menos para el sector empresarial que promueve un mercado abierto, también pasan un poco por la necesidad de reforma legislativa. Es el caso concreto de la apertura de los seguros de RT y del SOA, que va mucho más adelantado pero que también tiene sus obstáculos ahí. Otro gran reto es la posibilidad de que el Estado o las instituciones estatales puedan contratar libremente sus seguros con cualquiera de los participantes en el mercado.

Moderador:

Para cerrar, ¿cuáles son los avances que les gustaría estar comentando dentro de cinco años, cuando se estén celebrando los diez años de la apertura?

Erick Ulate:

Para ser muy puntual, mayor penetración en el mercado, que el acceso de los seguros sea muchísimo más democrático y universal, que las dificultades que hoy se encuentran para que el consumidor promedio pueda adquirir un seguro no existan dentro de cinco años, para que en realidad aquí un seguro sea una opción para el consumidor y no sencillamente una aspiración a cumplir; que en realidad la información que el consumidor pueda obtener respecto de este mercado sea muchísimo más sencilla.

Este es un reto que le corresponde no solo a los entes reguladores, sino también a las empresas que participan en el mercado. Hay que hacer esa información mucho más digerible para la gente, para que entienda el servicio que está adquiriendo, sobre todo en el tema de seguros individuales. Se tienen

casos muy exitosos de cómo estos seguros individuales, sobre todo en materia de salud, han sido efectivamente una opción para un sector reducido de la población. Así que la meta es que sean una opción mucho más accesible para la población, en términos de tramitación y de información.

La materia de institucionalidad y de legislación se puede ver con optimismo porque estos cinco años han sido provechosos. Hay dificultades, cierto, pero el panorama se puede ver un poco más optimista que el de otro tipo de mercados, como el de telefonía, que también se ve abocado a apertura al mismo momento pero que atraviesa por dificultades institucionales que son más graves. En el mercado de seguros no se ven esos problemas, incluso de desobediencia absoluta del ente dominante en el mercado estatal hacia la entidad de gobierno que regula la actividad, como pasa en el caso del ICE-SUTEL. Esto genera, como consumidores, cierta confianza en que las trabas que puede haber a nivel institucional no necesariamente van a ser frenos para que la actividad se desarrolle mucho mejor en función del consumidor.

Hernán Pacheco:

Uno de los temas que hay que atacar inmediatamente y que va a tener repercusiones probablemente en el consumo, es precisamente el de capacitación, tanto para el consumidor y los intermediarios, como para las entidades, órganos y personas que tengan a su cargo la solución de controversias. Porque en el tanto que el mercado sea más ágil, más abierto, más transparente, el consumidor tenga mayor información y capacidad de acceso, información por todos los métodos y esquemas que permiten las tecnologías de información, en esa misma medida se va a tener un mercado más robusto y más sólido. Eso definitivamente pasa por el acceso de información y la facilidad de entender en qué se está metiendo cada persona.

Visión del sector a cinco años de la apertura

También vendrán las transformaciones tecnológicas que alcanzan al sector seguros en muchas de sus áreas. Sería bueno ver un mercado con regulaciones muy claras, con trámites estrictos pero simples, porque eso ayuda al desarrollo del mercado. Un autor decía que la diferencia entre una sociedad desarrollada y una sociedad que no lo es radicaba, precisamente, en su estructura jurídica o legislativa. Las sociedades poco desarrolladas se caracterizaban por tener muchísimas leyes que se aplicaban de manera muy flexible; y las sociedades muy desarrolladas tenían pocas leyes que se aplicaban de manera inflexible, o sea, rigurosa. Se debe aspirar al tema de simplificación, como uno de los grandes retos y de los temas que se estarán analizando a cinco años plazo.

Marvin Umaña:

En cinco años, definitivamente sería algo positivo ver a los intermediarios clasificados dentro del rubro de servicios auxiliares en la legislación. Ver consolidado un colegio de intermediarios de seguros en Costa Rica es muy importante. Hay que darle profesionalismo, hay que darle mayor seriedad también, dentro de este concepto.

También es importante lograr mayor comunicación e intercambio de datos entre las entidades aseguradoras. Por ejemplo, en seguros de automóviles tienen que hablarse las aseguradoras, pues hay que controlar el riesgo moral.

Obviamente el equilibrio dentro de la supervisión y la funcionalidad, así como una mayor cultura del seguro. En particular hay que profundizar a todos los niveles en el conocimiento sobre manejo del riesgo y del seguro, porque somos un país expuesto a terremotos, erupciones e inundaciones.

También es necesario ir pensando desde ahora cómo va a ser el consumidor que se enfrentará dentro de diez o veinte años, para que todos los participantes del mercado pue-

dan prepararse muy bien, ya que se tratará de un consumidor totalmente distinto, que va a ver toda la información en su celular.

Sergio Ruiz:

No hay que olvidarse de los segmentos C y D de la población. Hoy por hoy, la regulación, los productos, los canales de distribución, entre otros, están hechos de manera que los primeros tres segmentos sean a los que les resulta posible obtener un seguro. En México, los seguros se pueden obtener desde un ATM, sin mayor firma, sin mayor trámite complejo.

Hoy por hoy, la llegada a la mayor cantidad de población ha sido escasa. Se trata de una industria joven, cierto, pero es necesario brindar una entrada a segmentos más bajos de la población, que puedan tener acceso a seguros de salud, asistencias, seguros de vida que puedan darles un mejor mañana.

Guillermo Constela:

En primer término, distribución más fácil y más amplia. El INS le ha dicho a la Sugese que quisiera vender seguros en las pulperías y en otros canales de gran alcance, pero ahí es necesario que la regulación abra un poco la puerta.

Más agilidad y menos complejidad en los requisitos y condiciones para los actores del mercado en general. Soñaría con que la penetración de mercado sea 3 por ciento, para lo cual harían falta como unos US\$ 1.500 millones en primas.

Neftalí Garro:

También es importante tener presente lo que no se quiere ver. Por ejemplo, no ver en problemas alguna compañía de las que ya están en el mercado; es muy importante que estas compañías logren consolidar su operación. Obviamente para eso falta mucho más de cinco años, pero en ese periodo pueden

avanzar bastante, y eso es importante por el mensaje que manda al mercado. Si se tuviera un problema de esos tan rápido, podría ser una dificultad grande. Por eso es un reto para las propias compañías afianzar su posición en el mercado.

Eso va ligado a un segundo punto, que es una estabilización del péndulo en la guerra de precios. Al final del día, nada de lo que se hace importa si las primas no alcanzan. Al consumidor le sirve de muy poco una póliza perfectamente redactada, cosa que no existe, le sirven de muy poco todas las defensas que se puedan imaginar, si la compañía no es solvente. El peligro de una guerra de precios es precisamente ese, por lo que sería importante una estabilización en las prácticas en materia de competencia de las compañías, pues sí hay tal cosa como un precio mínimo en seguros.

También sería bueno ver zanjada una discusión latente, una tensión que existe entre ciertos actores de actividades financieras por un lado, y los intermediarios de seguros, por otro. Eso no puede continuar y es necesario establecerlo de alguna manera, regulando de manera A o de manera B, pero tener una mayor claridad en cuanto al rol de la banca, por ejemplo, de las entidades financieras en la distribución de seguros.

Hay que reiterar la importancia, mencionada por Hernán, de ver mayor participación

del sector privado en la colocación de seguros en el sector público. El reto ahí no es quitarle al INS lo que ya tenga, que no es el fin necesariamente, sino generar mayor demanda.

Ya se ha mencionado, de parte de Marvin, pero es importante y además ya está en camino, pues se está trabajando a nivel de los reguladores, una actualización en la normativa de lavado de dinero. Incluso, ojalá una simplificación para todo el sistema financiero, en donde se pudiera pensar en un único ente encargado de recopilar y de tener esa información, que evite entonces mucho de la duplicidad señalada, y que permita cumplir con lo que hay que cumplir pero que facilite las transacciones.

En el tema de seguros obligatorios, por lo menos en lo que le correspondía al Conassif y a la Sugese, la tarea está hecha. Ya se tiene, teóricamente la posibilidad de que compañías privadas participen en los ramos de riesgos del trabajo y de automóviles, pero falta reformar el Código de Trabajo, esa es la prioridad.

Nadie quiere hacer eso porque el Código de Trabajo es sagrado, pero es indispensable reformarlo para que una compañía seria pueda entrar en esa línea. Quizás por eso es que no ha habido interés de las compañías privadas, porque hay todavía muchas nebulosas en la parte de RT. En la parte de SOA hace falta un reglamento del Poder Ejecutivo, que también ya está en proceso.

4 PANEL

Los seguros como
instrumento de
inclusión financiera



María Victoria Sáenz, BID

Inclusión financiera en el mercado de seguros

-Experiencia en América Latina

El Fondo Multilateral de Inversiones (FOMIN) es administrado por el BID y funciona como un laboratorio para probar ideas innovadoras que son escalables y pueden ser rentables. También es el donante más grande de recursos no reembolsables que tiene Latinoamérica y el Caribe (LAC), con más de US\$ 1.900 millones aprobados para más de 1.600 proyectos, de los cuales 1.000 se encuentran ya terminados.

La inclusión financiera es un tema importante que cobra cada día mayor importancia y ha merecido atención especial por parte del Grupo de los 20 (G-20), todos los donantes y todas las entidades de desarrollo. La inclusión financiera es una situación en la cual todos aquellos que pueden usar un servicio financiero reciben una gama de servicios entregados con calidad, con un precio asequible y a través

de muchos proveedores, según el Centro para la Inclusión Financiera (*Center for Financial Inclusion, CFI*); es decir, es un mercado transparente para las personas de bajos ingresos.

De ahí que la inclusión financiera no es solo lo que comúnmente la gente piensa, que se relaciona solamente con el crédito o el microcrédito y con apoyar a las personas de bajos ingresos para que ahorren un poco más o incluso aprendan a ahorrar. La inclusión financiera también debe contemplar otros servicios como las remesas que se reciben de los emigrantes, las transferencias de efectivo realizadas por el propio Estado a condición de que los beneficiarios cumplan con determinados parámetros, y los seguros.

En este caso, se trata de los microseguros, los cuales, en esencia, representan los mismos principios de los seguros, específicamente en

cuanto a compartir riesgos entre muchas personas y cobrar una prima por el servicio. No obstante, entre los entendidos en el tema han surgido varias definiciones.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), a través de su *Microinsurance Innovation Facility* (Servicio de Innovación en Microseguros), creado con apoyo de la Fundación Gates, define los microseguros como un mecanismo para proteger a las personas pobres contra sus riesgos a cambio de un pago regular de primas pero —y aquí es donde se diferencia de la visión tradicional—

con productos que se ajusten a las necesidades, ingresos y nivel de riesgo de las poblaciones de bajos ingresos. Obviamente por tratarse de la OIT se refiere a trabajadores, lo cual es muy aplicable a nuestro medio porque en toda Latinoamérica y el Caribe el sector de la microempresa es el empleador más grande.

Por su parte, el *Microinsurance Centre* (Centro de Microseguros) dice que son seguros modestos tanto en su cobertura como en los niveles de tarificación, y que están definidos por su población meta, que es de bajos ingresos. El riesgo debe ser asumido por el sector

Diferencias entre seguros convencionales y microseguros

Seguros convencionales	Microseguros
Documento de póliza complicado	Documento de póliza sencillo y fácil de entender
Elegibilidad limitada con exclusiones estándar	Inclusivo en la emisión con exclusiones limitadas
Pagos de primas regulares utilizando transacciones bancarias	Los pagos deben considerar el flujo irregular de ingresos y pagos por otras transacciones
Comúnmente no menores a 12 meses	El periodo de cobertura puede ser menor
Requerimientos de monitoreo pueden requerir examen médico	Limitado a declaración de buena salud
Montos grandes y pequeños	Sólo montos pequeños
Precios basados en edad/riesgo específico	Además, sistema grupal o comunitario
Agentes principales responsables de ventas	Canal puede administrar toda la relación con el cliente: venta, recolección de primas y pagos de siniestros
Mercado objetivo familiarizado con los mecanismos de seguros	Mercado objetivo no está familiarizado con el seguro

Fuente: BID/FOMIN

Aquí cabe señalar que así como un seguro es un negocio de confianza, se debe empezar a generar la confianza de la que hasta la fecha adolece el sector asegurador.

privado; tienen un objetivo de sostenibilidad y hay subsidios mínimos que eventualmente se pueden ir subsumiendo dentro de la entidad.

La Iniciativa de Acceso a los Seguros (*Access to Insurance Initiative*), nacida bajo el alero de la LAIS, señala que el microseguro es el seguro al que tiene acceso la población de bajos recursos, ofrecido por una variedad de entidades diferentes, pero de acuerdo con las prácticas de seguros generalmente aceptadas.

Una de las primeras diferencias entre seguro convencional y microseguro reside en el documento de la póliza. Muchas personas tienen seguros. Cuando se trata de seguros voluntarios, la distribución es menor pero aún fuerte; pero el asunto cambia si la pregunta es “¿han leído la póliza?”. Pocos la leen puesto que se trata de un documento complejo y de difícil lectura. Para una persona con bajos niveles de formación entender una póliza de seguros convencional es muy difícil. Una persona pobre que adquiere un microseguro necesita un documento sencillo y fácil de entender, donde nadie lo vaya a engatusar.

La elegibilidad de los seguros convencionales es limitada y tiene exclusiones estándar. En cambio, los microseguros tienen que ser inclusivos en la emisión y deben tener exclusiones limitadas. Asimismo, en los seguros convencionales los pagos de primas son regulares, en general utilizan transacciones bancarias; en los

microseguros estos elementos deben considerarse bajo una diferente lupa, debido a que estas personas no tienen cuentas bancarias y sus ingresos no tienen un flujo regular.

Por ejemplo, las regulaciones comerciales usuales en Latinoamérica no permiten que se pueda cobrar una prima *ex post*; es decir, no se puede cobrar después de que haya pasado el tiempo previsto en el seguro porque el siniestro no ocurrió y no se puede pagar por un riesgo que finalmente no existió; pero en el sector agrícola lo usual es recibir el ingreso hasta el final del ciclo de producción y es entonces cuando pueden pagar el seguro. Esa sería una pequeña modificación regulatoria que eventualmente se puede hacer y que ayudaría a que gente pobre pudiera tener más acceso a los seguros.

Usualmente los seguros convencionales son a doce meses, pues las pólizas se renuevan anualmente. Los microseguros pueden ser por períodos menores y como están conectados en general con las entidades microfinancieras, su plazo podría ser igual al de la operación, por ejemplo, un crédito a dos meses; y la prima deberá ser ajustada a un riesgo que se cubre solamente durante dos meses. Esto no quiere decir que el microseguro sea solamente un seguro de crédito de desgravamen, sino que a través del crédito se pueden vincular los microseguros a las microfinancieras, que actúan como canales de distribución muy eficientes y además conocen al cliente y sus necesidades. Lo malo de las microfinancieras es que no tienen todos los grandes números que se requieren y por eso hay otros canales de distribución.

En términos de salud, por ejemplo, el seguro convencional requiere un examen médico. En un microseguro una declaración de buena salud es suficiente. Aquí cabe señalar que así como un seguro es un negocio de confianza, se debe empezar a generar la confianza de la que hasta la fecha adolece el sector asegurador. En los grupos focales con gente de bajos recursos, señalan que no tienen seguro

porque un vecino tuvo un incendio y cuando llamó al asegurador, este le dijo que en el contrato, en letra chiquita, decía que ese caso no se pagaba. Eso se convierte en vox populi en la comunidad y, por consiguiente, nadie cree en los seguros. No porque sea un nuevo mercado, como en Costa Rica, sino porque simplemente la gente piensa que los aseguradores no cumplen.

Los seguros convencionales pueden ser por montos grandes y pequeños, en tanto los microseguros sólo son pequeños por la limitada capacidad de pago de un pobre. Ahora, un microseguro de salud de diez mil o quince mil dólares no paga un cáncer, ni una enfermedad complicada; pero hay mecanismos que se pueden adaptar.

Para seguir con el ejemplo de salud, hay dos casos bien interesantes en Perú y México, en donde se paga al primer diagnóstico de una enfermedad grave. Usualmente en todos los países de la Región hay cobertura universal del seguro social, el cual cubre la atención primaria en salud, emergencias y en muchos casos atenciones secundaria y terciaria también. Algunos lo consideran ineficiente y puede que no sea perfecto, pero es lo que existe. Entonces se hace algo complementario, como cubrir el primer diagnóstico de enfermedad grave. Una persona pobre con un microseguro de diez mil dólares no solo puede cubrir la atención inicial de su enfermedad, sino que incluso podría pagar algunos medicamentos que le alarguen la vida o se la hagan más agradable.

Otra opción que existe se llama renta hospitalaria, la cual cubre el ingreso que la persona dejó de ganar mientras estaba en el hospital, aunque no cubre el costo de la atención en este ya que en teoría está dentro de la cobertura universal obligatoria que tienen todos nuestros países. Para un pobre eso es súper importante, pues le evita que los problemas de salud generen otros perjuicios.

Al principio los microseguros estaban basados en un sistema grupal o comunitario,

porque era mucho más fácil hacer una póliza global y la prima, por consiguiente, era más barata. Ahora hay mucho microseguro individual. De hecho, en los países que tienen un mercado más grande en microseguros en América, que son Perú, Colombia y México, la mayoría son seguros individuales y voluntarios

En microseguros el canal de distribución puede llegar a administrar toda la relación, desde venderlo hasta recolectar las primas y pagar los siniestros. Para esto se necesita tecnología y capacitación, lo cual es parte de lo que el FOMIN puede apoyar.

La última diferencia entre seguros convencionales y microseguros podría ser un tanto debatible. Según expertos en el tema ni siquiera el mercado educado está bien familiarizado con los mecanismos de seguros, por lo que no es difícil imaginar lo que pasa en un mercado pobre, que no tiene ese nivel educativo. Es decir, tanto para los seguros convencionales como para los microseguros, es importante que el sector privado en asociación con los gobiernos, generen la confianza en el sector de seguros y la información correcta para que las personas aprendan a transferir sus riesgos al sistema financiero.

...es importante que el sector privado en asociación con los gobiernos, generen la confianza en el sector de seguros y la información correcta para que las personas aprendan a transferir sus riesgos al sistema financiero.

En los microseguros hay que ser innovador y cuando se está atendiendo a la población en la base de la pirámide, la asociación con los gobiernos es fundamental.

La realidad es que hay un nuevo paradigma y cuando se está hablando de microseguros o seguros para los pobres debe hacerse una diferencia. Las personas de altos ingresos son cubiertas por el negocio tradicional y para quienes están en pobreza extrema, que son cuatro mil millones de personas en el mundo, se necesita que los gobiernos o asociaciones público-privadas sean las que ayuden a cubrirlas. En este sentido, es bien interesante lo que hace México en seguros agrícolas con Agroasemex y también en otros catastróficos, porque llega una población de muy bajos recursos.

Pero la población en la mitad de la pirámide, que no es pobre pero tampoco es rica, es la zona de los microseguros. Esa es la zona de la gente que gana entre US\$ 4-10 por día, y eso puede generar negocios inclusivos. Hay estudios al respecto, no solamente en el lado de los seguros, sino en la capacidad de pago y generación de ingresos de la población a ese nivel. Es un mercado potencial muy importante para los seguros y no está siendo atacado.

En los microseguros hay que ser innovador y cuando se está atendiendo a la población en la base de la pirámide, la asociación con los gobiernos es fundamental. Por ejemplo, en Sudáfrica existe un seguro de vida para gente

con sida. A simple vista, ofrecer un seguro de vida para una persona con esta enfermedad suena demasiado riesgoso. Pues no. Claro que la siniestralidad eventualmente va a ser el cien por ciento, pero ha logrado recibir apoyo de gobiernos, fundaciones y donantes para afrontar esto. ¿Cuál ha sido el impacto de ese seguro? Se ha alargado la vida y la calidad de vida de la gente con sida, dándoles indicaciones sobre cómo mejorar su salud y cómo manejarse con los demás, además de educar a la población en general. Una importante ventaja adicional es que ha generado la idea de que un seguro es bueno.

La teoría nos dice que aquellos riesgos con alta probabilidad y baja demanda de liquidez los pueden asumir las personas con efectivo y con ahorros, los que están en la mitad de ambos ejes los pueden afrontar con créditos, y todos aquellos de muy baja probabilidad pero alta demanda de liquidez los deben enfrentar con seguros. Esto es teoría, pero la realidad es que a los pobres, cualquier problema, incluso el de todos los días de baja demanda de liquidez, les causa un monstruoso desorden en su vida económica. Una lluviecita hace que tengan que sacar a los chicos de la escuela, que tengan que vender los pocos activos que tienen, y entonces se descapitalizan. Cuando se está hablando de los pobres, a todo nivel, cualquier idea o innovación es válida y buena.

Un estudio del Banco Mundial, publicado en noviembre 2012, determinó que en LAC no hay tres clases económicas, como se hablaba antes, de pobre, clase media y alta; sino que, debido al crecimiento tan grande de la clase media entre 2003 y 2009, se generaron cuatro clases. Son, por su orden, los pobres (aquellos que ganan menos de US\$4 al día y los atiende el gobierno con subsidios absolutamente transparentes); los vulnerables (quienes ganan entre US\$4-US\$10 diarios y ya superaron la pobreza, pero cualquier pequeña adversidad los sumiría en esta otra vez); la clase media (quienes perciben entre US\$10-US\$50 por día y ya superaron lo

vulnerable); y los ricos (más de US\$50 por día).

Esa clase vulnerable representa el 38 por ciento de la población latinoamericana y constituye el mercado de los microseguros. Este representa una ventana de oportunidad para la industria aseguradora y para la política pública, por lo que debe investigarse ese mercado a través de grupos focales para saber qué está haciendo cada país.

Otro elemento de gran importancia es el ciclo de vida. Puede que el ciclo de vida para el segmento tradicional sea absolutamente organizado, pero para esa población vulnerable los aspectos de educación, salud, créditos para proyectos, vivienda, entre otros, son aspectos que están pendientes y se deben solventar. Por ejemplo, muchas veces no pueden ahorrar para enviar al hijo a educarse y prefieren tener una especie de seguro educativo. Así que a través del ciclo de la vida hay diferentes productos con los cuales las compañías de seguros pueden atender las necesidades de este tipo de cliente.

En relación con seguros catastróficos, debe verse que los desastres naturales no son eventos aislados, sino que ha habido un incremento en la intensidad y cantidad de aquellos vinculados con el cambio climático. Puede que algunos estén de acuerdo, otros no, con si los causa el hombre o no, lo cual es algo que no vamos a discutir aquí, pero lo cierto es que están allí y además afectan a toda la población, como señalaba Horst Agata previamente. Mientras más pobre es la persona más le afectan estos eventos, porque no se trata de que tiene solo una parte asegurada, es que no tiene nada asegurado. A lo mejor es falta de un pequeño seguro, que marque una diferencia en las posibilidades de sobreponerse a estos impactos.

También es importante el efecto de esos eventos sobre las entidades microfinancieras, que han sido muy importantes en la región. Un estudio que está haciendo Benjamin Collier para la Universidad de Kentucky en

**Esa clase vulnerable
representa el 38 por
ciento de la población
latinoamericana y
constituye el mercado
de los microseguros.
Este representa una
ventana de oportunidad
para la industria asegu-
radora y para la política
pública...**

torno al impacto sobre esas entidades de todos los fenómenos naturales que han ocurrido últimamente en América Latina y el Caribe, muestra que si retienen el riesgo sus ingresos bajan muy pronunciadamente, lo cual no se da cuando están asegurados, y lo mismo sucede con sus razones de capital.

Además, cuando esas entidades carecen de seguro y se da un fenómeno de estos, básicamente dejan de dar crédito; servicio que juega un papel muy importante para que las personas vulnerables puedan seguir produciendo y generando ingresos. Por ejemplo, una emergencia en Perú en 1998 ocasionó que las tasas de mora pasaran de un 8 a un 18 por ciento, en tanto que el huracán Mitch, en ese mismo año, hizo que las microfinancieras de Centroamérica, en particular Honduras y Nicaragua, pasaran de una mora del 5 al 21 por ciento. Estos índices afectan en demasía la sostenibilidad de las instituciones microfinancieras.

En 2012, el FOMIN contrató al *Microinsurance Centre* para que elaborase un

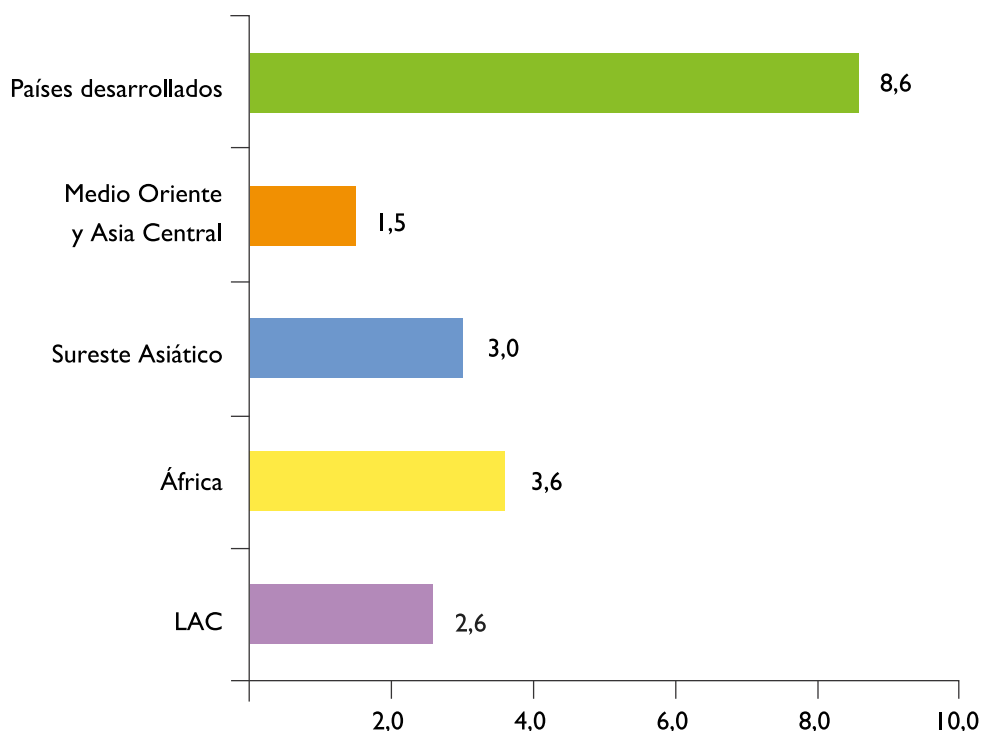
Inclusión financiera en el mercado de seguros -Experiencia en América Latina

panorama sobre los microseguros en la región. Costa Rica no reportó ningún dato por lo que no aparece en todo el estudio, lo cual posiblemente reflejaba la realidad del momento y es de esperar que para el estudio que se hará en 2014 haya información que reportar. En todo caso, dicho estudio mostró que 7,6 por ciento de la población de LAC está cubierta, una cifra bajísima. Básicamente, estaban cubiertas 45,5 millones de vidas o propiedades, con mucho énfasis en accidentes personales, porque la prima es más barata, y en segundo término vida ligada al crédito o desgravamen, además de salud, propiedad (inventarios, incendio, entre otros), y agricultura.

Al examinar por países, se encuentra que la mayor penetración la tienen Jamaica, Perú, Ecuador, Colombia y México; en tanto que Brasil, por ejemplo, tiene un número absoluto alto pero una penetración baja dada su alta población. Lo bueno es que entre 2005 y 2011 se ha presentado un crecimiento muy grande en los microseguros, según datos recopilados entre la industria. Ese crecimiento es muy fuerte en accidentes personales, también es relevante en vida y en el de desgravamen, pero no sucede lo mismo con los de vida ni los de propiedades.

Los motivos para la baja inclusión en seguros son los de siempre. Hay poca educación

Inclusión financiera en LAC - penetración de seguros % del PIB



Fuente: Bancoldex, Colombia.

financiera, por lo que la gente no conoce de seguros y menos aún aquellos en situación vulnerable. Los canales de distribución más conocidos, que son las instituciones microfinancieras, tampoco conocen mucho de esta materia y piensan que simplemente es algo con lo cual se ganan una comisión que va derecho a las utilidades, por lo que ellas no tienen que hacer nada.

Además, hay poco o nulo entendimiento de las necesidades de los clientes, por lo que algunas aseguradoras piensan que por ser microseguros se pueden desarrollar y vender rápidamente, pero no se han puesto a ponderar qué necesita la gente, qué quiere y qué puede pagar. En muchas ocasiones existe un marco regulador inapropiado, por ejemplo hay países de nuestra región donde el seguro es gravado con impuesto al valor agregado, lo cual es un claro desincentivo para que la gente compre seguros.

En lo relativo a la estructura de costo de los productos, hay países que carecen de la capacidad actuarial para hacer el costeo apropiado que permita ofrecer productos en los cuales gane la compañía de seguros, gane el canal de distribución y gane el cliente. También hay problemas resultantes de la falta de protección al consumidor, lo cual muchas veces genera falta de confianza en el mercado de seguros en general.

Las microfinancieras siguen siendo el canal de distribución más importante, pero en Latinoamérica hay miles de canales. Por ejemplo, las compañías de servicios públicos en muchos países están ofreciendo seguros de accidentes personales o de incendio y cobran la prima junto con la cuenta del servicio público; también existen agencias funerarias, organizaciones no gubernamentales, centros de empleados, hospitales y grandes supermercados participando en el negocio. Aquí lo crucial es que hay un empoderamiento muy grande del sector privado, con muchas entidades trabajando y un importante papel de las asociaciones de aseguradoras que están

...la regulación vigente no es la más adecuada para los microseguros, pues impide que los aseguradores se vuelvan más activos en el mercado y genera una brecha donde los consumidores no están protegidos por reglas y supervisión sólidas.

generando información de mercado y tratan de brindar educación financiera para expandir el mercado.

En cambio, la regulación vigente no es la más adecuada para los microseguros, pues impide que los aseguradores se vuelvan más activos en el mercado y genera una brecha donde los consumidores no están protegidos por reglas y supervisión sólidas. De ahí que se necesita una política pública y una normativa formal de los microseguros; y en este sentido es muy interesante el documento de IAIS sobre supervisión y regulación de mercados inclusivos.

A raíz de todo lo anterior, el FOMIN decidió elaborar una agenda de microseguros, la cual incluye financiar, con cooperación técnica no reembolsable, un entorno normativo más fuerte en cuatro países, a saber Perú, Brasil, Colombia y Jamaica; y generar mayor capacidad en todos los niveles de la cadena de distribución, con la meta de que para 2015 se cuente con 40 proveedores de servicios, más capacitados y que puedan hacer las

Inclusión financiera en el mercado de seguros -Experiencia en América Latina

cosas mejor. Asimismo, contempla desarrollar productos de alta demanda que sean innovadores y que cubran nuevas áreas como la agricultura y las catástrofes, así como generar e intercambiar conocimiento sobre microseguros para la región, porque casi toda la información sobre ellos está en inglés y se refiere a otras regiones del mundo.

Hay varios proyectos en ejecución, como un modelo piloto de productos y mercados de microseguros en Latinoamérica que se está desarrollando en Brasil, Colombia, Guatemala, México, Perú y Venezuela, junto con la Federación Interamericana de Empresas de Seguros. En el proyecto están participando las asociaciones o cámaras de aseguradoras y también entidades aseguradoras individuales, las cuales son apoyadas financieramente por FOMIN para que puedan cubrir los costos de hacer y rehacer los estudios de mercado para determinar qué es lo que realmente necesitan los clientes y para que puedan diseñar productos que solventen esas necesidades.

Con la Red Centroamericana y del Caribe de Microfinanzas (Redcamif), de la que es miembro Costa Rica, se está poniendo en ejecución un modelo de negocios sostenible para el desarrollo de los microseguros en Centroamérica. Ya se hizo un estudio sobre

el mercado y la regulación de microseguros en todos esos países y tienen ocho productos diseñados. El siguiente paso es lograr que entidades aseguradoras que cubran todos estos países ofrezcan productos con una mejor prima, dado que esas microfinancieras vistas en su conjunto ofrecen un mercado muy grande.

Asimismo, se trabaja en un proyecto relativo a los seguros de salud en El Salvador y con supervisores y reguladores en toda Latinoamérica para desarrollar normas para la reglamentación y supervisión de microseguros. Además, están en preparación proyectos sobre microseguros de propiedad en Belice, microseguros de salud en Bolivia, microseguros catastróficos para Centroamérica y un microseguro agrícola en Paraguay.

Para cerrar, la más importante de las lecciones aprendidas es que se debe aprovechar a las entidades microfinancieras porque tienen buena información. Un segundo punto es la necesidad de alcanzar rentabilidad en los microseguros para garantizar su sostenibilidad, pues si bien algunos han demostrado ser rentables, hay casos en que definitivamente no se ha logrado o las compañías prefieren salirse porque su siniestralidad es muy alta.

Tiene que haber un buen ambiente, una norma flexible para los microseguros, para que el mercado pueda crecer. Pero, por otra parte, un gran problema en América Latina es que las comisiones y cuotas a los distribuidores tienen un impacto muy fuerte, con casos en que la siniestralidad de los seguros es del 20 por ciento, porque las instituciones microfinancieras cobran el 60 por ciento de la prima, lo cual no puede ser y es también una materia regulatoria.

Los principales retos son colocar a los microseguros en la agenda pública e incentivar al sector financiero a participar en este mercado, para lo cual es preciso demostrar que existe un modelo ganar-ganar-ganar donde tanto la aseguradora como el cliente y la sociedad ganen.

Los microseguros son también inclusión

...la más importante de las lecciones aprendidas es que se debe aprovechar a las entidades microfinancieras porque tienen buena información.

financiera y no solo responsabilidad social corporativa, aunque algunas empresas aseguradoras empiezan por este último aspecto. Se tiene la oportunidad de desarrollar un entorno que promueva la expansión sostenible de los microseguros, pero para ello es necesario apoyar la innovación en los productos para que aporten mayor valor, proteger al consumidor y eliminar barreras de acceso.

También hay una marcada necesidad por invertir mayores recursos en conocimiento y es por ello que FOMIN está invirtiendo en pagar los costos iniciales que tienen las aseguradoras para entrar a este nuevo mercado y desarrollar y transferir conocimiento sobre lo que necesitan los clientes y las mejores respuestas a esas necesidades, para potenciar el mercado de microseguros en la región.

Retos

-  Poner a los microseguros en la agenda pública
-  Incentivar al sector financiero
-  Es preciso demostrar que existe un modelo de negocios viable Ganar - Ganar - Ganar
-  La población rural tiene baja penetración, hay que incrementar seguros generales y agrícolas
-  Más diseminación sobre el tema, a todo nivel: autoridades, sector financiero, canales y clientes

Fuente: BID/FOMIN



Danilo Montero,
ACORDE, Costa Rica

Microcrédito y seguros en Costa Rica

La Asociación Costarricense para Organizaciones de Desarrollo (ACORDE) es una Organización No Gubernamental que se fundó hace más de 26 años y que propicia el desarrollo de las micro y pequeñas empresas de Costa Rica, a través de su inclusión financiera, mediante facilidades de crédito y capacitación de la mayor calidad.

Al hablar de inclusión financiera, más allá de que podría ser una moda, conviene preguntarse ¿por qué la gente usa servicios financieros? Fundamentalmente para administrar la intertemporalidad de los flujos de dinero, pues debido a que los ingresos no se dan diariamente es necesario administrar los recursos.

Ahora, cuanto menos estables son los flujos, menor seguridad hay en su disposición, lo que a su vez significa más riesgo.

Por ejemplo, una familia necesita administrar su día a día en ingresos y gastos, ahorrar por unos días, por si va a tener una necesidad

de unos pocos días, o acumular para varios meses o quizás años, para ir previendo la educación de sus muchachos. También necesita crédito para la casa o para el auto, ahorros para cuando se retire y protección ante interrupciones inesperadas en los flujos.

Así que las necesidades son relativamente amplias. Además, no es solo crédito o seguros, pues el proceso que todas las personas deben contemplar en el manejo de sus flujos es un continuo.

Entonces ¿los pobres necesitan servicios financieros? Sí, por supuesto, mucho más inclusive de lo que lo necesitan las personas con ingresos fijos y estables, como serían los asalariados. La inestabilidad, la irregularidad y la falta de certeza de los flujos los obliga a requerir servicios financieros en forma intensiva. Hay quien se imagina que los pobres no tienen nada que ver con los servicios financieros, pero en realidad son quienes más los utilizan; dependen de eso para comer y para educar a su familia.

De hecho, la experiencia sugiere que los utilizan en forma intensiva aunque, eso sí, muy frecuentemente lo hacen a través de medios no formales. Los pobres estarían mejor si al menos tuvieran la certeza de que van a comer todos los días, aun si fuera poco; pero como eso no es posible, cuando tienen recursos están obligados a administrarlos en el tiempo y eso requiere utilizar servicios financieros. Por eso acumulan, para tener a que echar mano cuando no hay. Necesitan ahorrar, financiar, girar, proteger. No es muy diferente de quienes sí tienen la suerte de un ingreso más permanente.

La pregunta es, entonces, de qué modo los pobres utilizan servicios financieros. Lo hacen a través del prestamista del pueblo o del barrio, del tío, primo o vecino de confianza para que guarde el dinero, o de grupos solidarios que consolidan montos de muchos para dar crédito a algunos, o para ayudar en caso de emergencias.

De ahí que los pobres hacen una gestión de riesgo más sofisticada que quienes no lo son. Necesitan rendir los flujos en el tiempo para cuando lo requieran, deben anticipar eventos no esperados como una enfermedad o una inundación y requieren acumular recursos en el largo plazo, como todos los demás, para efectuar una inversión mayor como podría ser un auto, una casa o enviar a un hijo a estudiar a la universidad.

Una primera afirmación que se debe rescatar es que los pobres hacen un uso intensivo de los servicios financieros no a pesar de que sus ingresos son bajos, sino precisamente porque son bajos. Esta es una diferencia crucial para entender si los microseguros tienen sentido o no para los pobres.

Las microfinanzas están diseñadas, esencialmente, para atender todas o algunas de estas necesidades financieras de los sectores excluidos del sistema formal. En consecuencia, los productos deben estar pensados para atender la situación particular de esas personas y en especial la inestabilidad de los flujos;

Las microfinanzas están diseñadas, esencialmente, para atender todas o algunas de estas necesidades financieras de los sectores excluidos del sistema formal. En consecuencia, los productos deben estar pensados para atender la situación particular de esas personas y en especial la inestabilidad de los flujos...

pero hay otra serie de detalles, como el tema puramente cultural.

En ACORDE, por ejemplo, hay un programa para microempresarias y en la inauguración de una de las actividades, una señora dijo: “¡Tengo 10 años de tener un negocio y no sabía que era empresaria!”. Esto es algo que se debe reconocer cuando se diseña un producto financiero para ese tipo de personas.

Más importante aún es tener presente que esta población convive con altos niveles de informalidad, no porque les agrade sino porque el sistema se ha asegurado de que estén excluidos del acceso a los servicios financieros. En este seminario se ha mencionado en varias ocasiones que los seguros están diseñados para excluirlos, para excluir la mayoría de la gente. Ese mismo problema lo enfrentamos en pensiones, crédito, ahorro y en una gran cantidad de servicios financieros que no están bien diseñados.

Los seguros son tan indispensables como el crédito o las pensiones para los pobres; y aunque aquí nos invitaron sobre todo a hablar de seguros, sería absolutamente inaceptable pensar que los seguros son un compartimento separado de toda la problemática que tienen los pobres para administrar su naturaleza particular de gestión de riesgos.

Ahora bien, esos seguros no pueden ser por montos altos porque son riesgos nominalmente pequeños. Nominalmente, porque para una de estas personas comprar una impresora, por ejemplo, es una proporción importantísima de su patrimonio y, por tanto, el monto nominal debe verse en función de esa riqueza. Además, deben ser simples porque si no el costo de administración los hace inaccesibles, y muy fáciles de distribuir y recolectar, porque son unidades muy pequeñas.

Así que posiblemente los microseguros pueden ser un buen negocio, siempre que reúnan al menos tres condiciones básicas:

1. Sencillos
2. Masivos
3. Con una red de distribución ya existente

Deben ser sencillos de explicar porque si no le entendieron a la primera, y conste que son muy listos, no van a gastar un penique en eso. No tienen por qué hacerlo, porque no les

ha hecho falta y de todos modos tienen otras soluciones, el tío o el primo que les ayuda. Eso durante años ha demostrado que funciona y por eso el seguro los tiene sin cuidado, van a tener el servicio, nada más que a través de un mecanismo no formal.

Además, tienen que ser sencillos de adquirir y de reclamar, porque si a la hora de que ocurre el siniestro se van a demorar tres meses o dos semanas para recuperarlo entonces tampoco les servirá. Eso es decisivo en la gestión de su riesgo a lo largo del tiempo.

Desde luego tienen que ser masivos, porque hay un costo de producción significativo que debe cubrirse, y es muy importante utilizar una red de distribución que ya exista, porque crear una desde cero solo para comenzar a distribuir microseguros probablemente no tendría sentido económico.

En Costa Rica, desde la perspectiva de una entidad de microfinanzas como ACORDE, hay tres tipos de microseguros que podrían ofrecer algún atractivo.

En primer lugar, uno de gastos médicos básicos, en particular para los hijos, porque los empresarios de este segmento no están trabajando por un objetivo personal, sino para sus hijos; su preocupación son ellos. Hay negocios, clientes de ACORDE, que cierran por una

Características de los microseguros

-  Los seguros son tan indispensables como el crédito o las pensiones
-  No pueden ser por montos altos, porque los riesgos son “nominalmente” pequeños
-  Deben ser simples, porque si no el costo de administración los hace inaccesibles
-  Deben ser fáciles de distribuir y recolectar, porque son unidades muy pequeñas

semana porque se enfermó el chiquillo, así de simple. El negocio se cierra porque hay que atenderlo; lo cual no ocurre en una fábrica o una empresa grande, conocida y constituida. Esa naturaleza hay que entenderla para diseñar el producto.

En segundo lugar, seguros de vida y gastos funerarios, algo en lo que nuestros clientes ponen particular interés. Las viudas no se preocupan tanto porque el difunto les haya dejado una fortuna, basta con que les deje US\$ 500 para comprarse una máquina de coser; porque ocurre lamentablemente, por lo menos en Costa Rica, que buena parte de las mujeres son desconocidas desde el punto de vista del crédito, ya que fueron los maridos quienes tuvieron crédito y el récord para poder acceder al crédito en entidades formales. Así que dejarles US\$ 500 les marca a las viudas la diferencia entre sobrevivir o no después del fallecimiento de sus esposos. No se está hablando de seguros por un monto ni siquiera de US\$ 5000, esa es toda la plata del mundo. Es tener algo con qué afianzar el negocio y seguir adelante con este.

En tercer lugar, un seguro para la continuidad del negocio, posiblemente parecido al seguro de desempleo que existe en algunos países; es tener algo que haga posible que el negocio pueda seguir avanzando en caso, por ejemplo, de que se interrumpa temporalmente la operación por circunstancias como la enfermedad de un hijo o una situación de emergencia.

Tres reflexiones finales para concluir.

1. La inclusión financiera no puede limitarse al crédito, y aquí en Costa Rica se ha creído que con solo dar crédito ya está resuelto el problema de la inclusión financiera. ¡Error! Ya vimos que los pobres necesitan atender todos los riesgos asociados a la administración de sus flujos, no solo crédito; y mucho menos pensar que es crédito barato, como algunos creen. Los pobres no necesitan compasión, no están esperando beneficencia. Algunos pocos sectores puede ser que lo requieran, pero en general los pobres lo que necesitan son buenos servicios financieros diseñados para ellos.

La inclusión financiera, entonces, supone una amplia gama de servicios financieros que atiendan ese continuo de necesidades de superación. Eso incluye capacitación y acompañamiento, porque si a veces ni siquiera conocen cómo funciona el crédito, menos van a poder administrar seguros. La inclusión financiera requiere todo un paquete de servicios.

2. Uno de los graves errores es abordar la inclusión financiera desde la perspectiva de la oferta. Puede ser sesgo de economista, claro, pero en realidad, por lo que se ha mencionado, la inclusión financiera debe ser analizada desde la perspectiva de la demanda. Por eso es que muchos de los servicios y de los seguros que se ofrecen no sirven, porque están diseñados en fun-

Microseguros atractivos

- ✓ De gastos médicos básicos (en particular para los hijos)
- ✓ De vida y gastos funerarios
- ✓ Para continuidad del negocio

Fuente: ACORDE, Costa Rica.

La política pública que quiera hablar de inclusión financiera tiene que ofrecer el menú más o menos completo, de lo contrario la tarea no estará realizada.

ción de la oferta y no de la demanda.

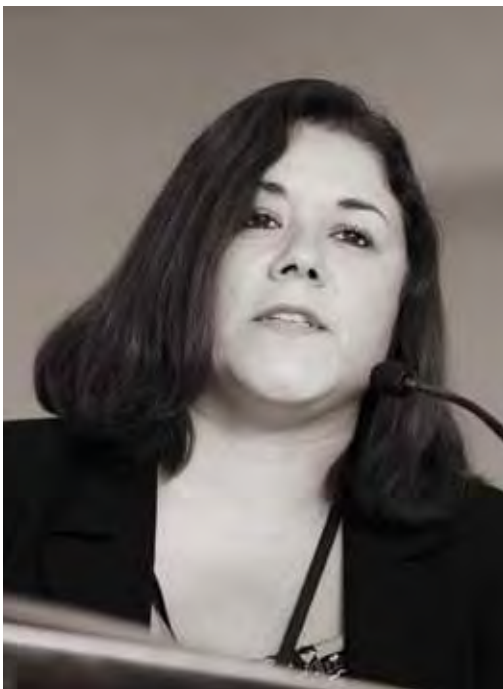
De nada sirve, y en Costa Rica hay muchos ejemplos, el crédito “abundante” o decenas de instituciones y banca de desarrollo y esas ofertas que se hacen públicamente, cuando las autoridades ocupan salir en la fotografía; difícilmente pueden servir si no están diseñados en función de los clientes, de su ciclo comercial, de su vulnerabilidad, de su educación, de su cultura.

En ACORDE hace poco se le financió a un cliente un torno pequeño para su taller de metalmecánica con un costo de alrededor de 500 mil colones (unos US\$ 1.000) y se

le quería introducir al mundo maravilloso y fantástico de los seguros; pero para darle el seguro, la compañía aseguradora le exigía una remodelación de un millón de colones (unos US\$ 2.000), es decir más de lo que costaba la máquina. Por supuesto, no se tomó el seguro. Así no va a funcionar.

3. Los seguros aislados por sí mismos tampoco significan inclusión. Aún si logramos desarrollar microseguros en Costa Rica como hemos estado conversando con don Tomás Soley, no hay que engañarse pensando en que eso, por sí solo, va a significar inclusión. Ya se vio que los pobres necesitan crédito, ahorro, pensiones y seguros también, todo el paquete completo.

En eso ciertamente la legislación y la regulación vigentes adolecen de una visión muy fragmentada. Tenemos allá la provincia de los bancos, por allá la provincia de la actividad bursátil, por allá la provincia de los seguros y así sucesivamente. Una absoluta fragmentación no permite hablar de verdadera inclusión financiera. La política pública que quiera hablar de inclusión financiera tiene que ofrecer el menú más o menos completo, de lo contrario la tarea no estará realizada.



Carla Chiappe, Supervisión
de Banca, Seguros y AFP, Perú

Microseguros: perspectiva del regulador

Con aproximadamente 30 millones de habitantes, en 2012 se vendieron en Perú 28 millones de pólizas y las primas alcanzaron US\$3.100 millones, para una penetración del 1,5 por ciento del PIB, que aún sigue siendo baja. Actualmente hay 16 compañías en el mercado y cinco más en proceso de autorización.

En lo relativo a microseguros, una nueva normativa de regulación y supervisión de estos generó 40 nuevos productos de microseguros específicos. La inscripción inicial fue mayor, porque a raíz de la regulación se dio una serie de facilidades para comercializar los microseguros que antes no se aplicaban a productos más convencionales, pero muchos de los productos de microseguros inscritos nunca llegaron a venderse en el mercado.

Esta experiencia recalca que en materia de microseguros se debe buscar un equilibrio entre tres objetivos importantes, el primero de los cuales es proveer una cobertura que

cumpla con las necesidades de la población a la cual se dirige el producto. El microseguro debe ser un producto con un valor agregado, que desde el diseño esté orientado a cubrir las necesidades de un sector específico de la población. No es cualquier producto que se adecúa, que se modifica un poco y se ofrece al mercado, porque se ha comprobado que eso no tiene éxito.

Los otros dos elementos claves para garantizar que el microseguro esté diseñado para ayudar a los pobres a controlar sus riesgos, son, respectivamente, minimizar los costos del asegurador y minimizar el precio para que sea accesible para la población objetivo. Esto último debe abarcar los costos de transacción del cliente, porque si este tiene que ir a un lugar determinado, alejado, para presentar el reclamo o pagar la prima, esto lo va a desmotivar de contratar el seguro.

Perú emitió una primera regulación de microseguros en el año 2007, que en

realidad surgió como una forma de promover el desarrollo de estos productos en el mercado. Hasta ese momento no había diferencia en la regulación para el desarrollo de microseguros con respecto a los seguros masivos, entonces se analizó la normativa vigente para emitir un marco legal especial, adecuado para el nuevo tipo de productos. En principio, la norma distinguía el microseguro de otros productos en función de los montos de prima o de sumas aseguradas.

La experiencia llevó a darse cuenta de que esos parámetros no servían si no iban acompañados de un estudio para determinar realmente cuál es el límite adecuado, si se quiere establecer de esa manera. También había dificultades para ponerse de acuerdo con los aseguradores sobre el monto límite que se podía considerar para señalar la línea que separara el microseguro de los otros productos.

Entonces, con la nueva regulación en el

2009 se puso énfasis en el objetivo de este producto, a fin de evitar que ocurra lo sucedido con la anterior regulación, en que los aseguradores querían sacar una gran cantidad de productos que solamente habían sido modificados un poco pero muchos nunca se llegaron a colocar en el mercado. Eso era una pérdida de tiempo tanto para los aseguradores, en el diseño, como para los reguladores al pasar por todo un proceso de registro de un producto que al final no lograba sus objetivos.

De ahí que se definió al microseguro como un seguro que protege a la población de bajos ingresos frente a los riesgos, personales o patrimoniales, que pueden afectarla. Además, se hizo énfasis en que deben ser productos ofrecidos por empresas autorizadas por la Superintendencia de Banca y Seguros, y que se pueden ofrecer a través de la modalidad de seguro individual o grupal.

La Superintendencia creó documentos

Características de los productos de microseguros en Perú

- ✓ Debe responder al perfil de riesgo y necesidades de protección de un grupo asegurable específico.
- ✓ Debe identificarse el comercializador.
- ✓ Condiciones redactadas en lenguaje simple.
- ✓ No se permiten condiciones que afecten su simplicidad, claridad y facilidad de contratación.
- ✓ Documentos establecidos por la Superintendencia de Banca y Seguros con información mínima.
- ✓ Suscripción es suficiente para la cobertura.
- ✓ Exclusiones mínimas y concordantes con la cobertura del seguro.
- ✓ Gastos de emisión se incluyen en la prima.

Fuente: Superintendencia de Banca, Seguros y AFP de Perú

La forma de comercialización que normó la Superintendencia definitivamente fue lo que atrajo a los aseguradores hacia el mercado de microseguros y a cambiar sus productos para diseñarlos de manera adecuada.

especiales para estos productos, como la póliza simplificada cuando se quiere ofrecer un microseguro individual. La regulación hasta ese momento establecía el contenido mínimo de las pólizas en general y se recortó este contenido dejando los aspectos más importantes que el cliente debe tener claros, justamente para que el producto cumpla con los requisitos de simplicidad y facilidad en su contratación.

En el caso de los seguros grupales se creó la solicitud-certificado, que básicamente es la solicitud del cliente pero además incluye aspectos esenciales como las coberturas, las exclusiones, el procedimiento a seguir para reclamar un siniestro y los datos de contacto del asegurador o el lugar donde debe acudir el cliente si tiene un reclamo. En el momento en que la persona contrata el seguro, firma la solicitud, se lleva una copia y está ahí su certificado con todas las condiciones que debe saber respecto a su producto.

En la regulación se establecieron las características de los productos, los cuales deben responder al perfil de riesgo del cliente y cubrir sus necesidades de protección, y además se exigió que al inscribirlo el asegurador indique el canal de comercialización que utilizará. Esto

por considerar que el canal de comercialización es básico para llegar a la población a la cual está dirigido el producto, por lo que si un asegurador no supiese cómo lo comercializará, probablemente ese producto no va a tener mayor éxito.

Las condiciones deben ser redactadas en un lenguaje claro y no se permite incluir cláusulas que puedan afectar su simplicidad, claridad y facilidad de contratación. Además, se debe cumplir con los documentos de información mínima establecidos por la Superintendencia; es decir, la póliza simplificada y la solicitud-certificado, y se estableció que la suscripción o firma de la solicitud es suficiente para que exista la cobertura. Esto es importante porque, como comentaba anteriormente María Victoria Sáenz, se buscaba garantizar que para contratar un microseguro no fuesen a exigir un examen médico o una inspección del riesgo. Basta con que el cliente firme la solicitud o el contrato, para que en ese momento exista la cobertura. No se deberían exigir más condiciones.

Asimismo, se señala que las exclusiones deben ser mínimas y concordantes con la cobertura del seguro y que los gastos de emisión se deben incluir en la prima. Esto último obedeció a que en el mercado peruano existe la práctica de incluir un recargo por emisión de la póliza. Al cliente se le informa la prima comercial y luego, cuando recibe su póliza, se agrega un concepto llamado “derecho de emisión” o recargo a la prima. Naturalmente, esto siempre sorprendía a los asegurados, por la diferencia entre el precio que les habían dicho originalmente y el final. Así que se prohibió incluir esos recargos en los microseguros; y luego esto se ha extendido al resto de los seguros.

La forma de comercialización que normó la Superintendencia definitivamente fue lo que atrajo a los aseguradores hacia el mercado de microseguros y a cambiar sus productos para diseñarlos de manera adecuada. Hasta ese momento las compañías de seguros solo

podían vender sus productos a través de sus promotores de ventas, empleados de las compañías o los corredores de seguros. No podían venderlos a través de otros mecanismos, salvo en el caso del seguro obligatorio de accidentes de tránsito, el cual tenía una norma específica que les daba más flexibilidad.

En cambio, la norma de microseguros brindó a las compañías aseguradoras la posibilidad de suscribir un contrato de comercialización, con determinados requisitos establecidos por la Superintendencia, con cualquier persona natural o jurídica; pero al mismo tiempo se estableció que la responsabilidad por cualquier error u omisión producido en el proceso de comercialización es responsabilidad de la compañía de seguros. Entonces, si bien se abrió la posibilidad de comercialización, las compañías aseguradoras tienen que ser muy cuidadosas al contratar comercializadores, porque de acuerdo con la normativa las comunicaciones y solicitudes que se presenten a estos se entienden presentadas a las compañías de seguros y el pago de la prima hecho al comercializador también se considera realizado a la aseguradora. Igualmente, si el reclamo se presenta al comercializador, la compañía debe tener un canal de comunicación rápido y efectivo para recibir estos reclamos de manera inmediata.

Algunos requisitos que se pusieron para el comercializador es que debe ser capacitado por las compañías de seguros y debe contar con la información necesaria sobre los productos, folletos, publicidad, etcétera. También debe entregar al asegurado la póliza simplificada en el plazo máximo de 10 días desde su fecha de recepción y la solicitud-certificado de manera inmediata al contratarse la póliza. Si se trata de empresas, deben contar con establecimientos adecuados para prestar el servicio; pero lo más importante es que independientemente de la responsabilidad que el comercializador pueda tener ante la compañía de seguros, para la Superintendencia la responsabilidad hacia el asegurado la tiene la compañía de seguros.

Se acortó significativamente el plazo para los microseguros, porque se trata de productos con una cobertura limitada y las personas pobres requieren el pronto pago de su indemnización.

Se establecieron también algunos aspectos en la gestión y pago de siniestros, siendo el más importante y novedoso, en ese momento, que el reclamo de siniestros lo podía hacer el cliente ante el comercializador y que la indemnización debía pagarse en 10 días, una vez completados los documentos; mientras que para el resto de seguros en el mercado el plazo para pagar el siniestro es de 30 días.

Se acortó significativamente el plazo para los microseguros, porque se trata de productos con una cobertura limitada y las personas pobres requieren el pronto pago de su indemnización. En la práctica del mercado, los pagos de los siniestros están tomando máximo 5 días. Otra novedad se dio respecto a los reclamos por mala prestación del servicio, pues en el caso de microseguros se estableció en 15 días el plazo de las compañías para contestar al asegurado sobre el reclamo que le están presentando, mientras en la normativa que se aplica a los demás seguros dicho plazo es de 30 días.

En cuanto a la supervisión, se exige registrar los microseguros ante la Superintendencia antes de la comercialización, se verifica que estos documentos que la compañía presenta cumplan con los requisitos de información mínima ya señalados y se establece

la obligación de informar trimestralmente el número de microasegurados, el volumen de primas y el volumen de siniestros.

Asimismo, es importante dejar claro que el reglamento de microseguros establece en forma específica las características con las que debe cumplir el producto y regula la forma de comercialización, pero obviamente están sujetos a las mismas normas prudenciales que se aplican para todos los productos de seguros.

Perú está participando desde 2012 en la iniciativa de acceso al seguro financiado por el FOMIN, que en su primera etapa contempla un diagnóstico del mercado de microseguros del país. Este estudio comprende un análisis de la demanda de seguros, la oferta de las compañías y un análisis de la regulación y supervisión.

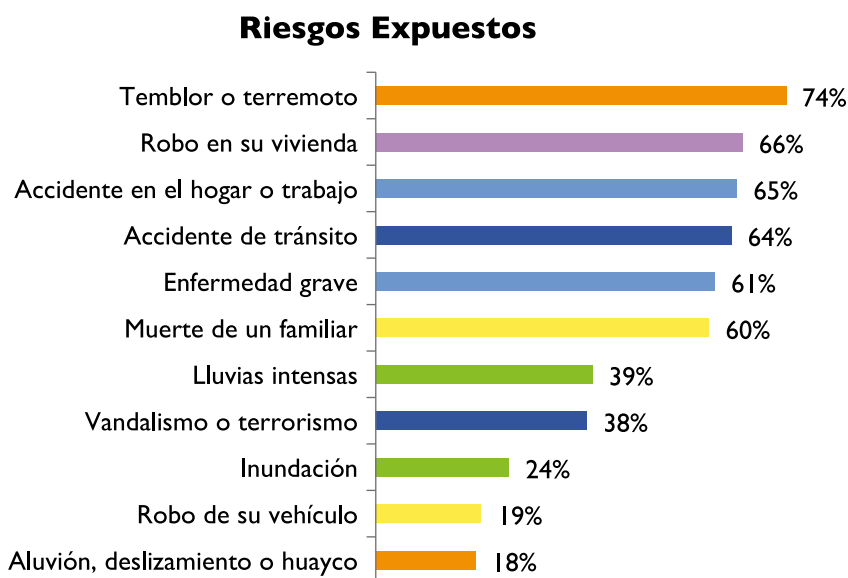
Para estudiar la demanda se realizó una encuesta, entre noviembre y diciembre de 2012, con una muestra de 1.640 encuestados, en los hogares de zonas urbanas de los

principales departamentos de Perú, a saber, Lima y la Provincia Constitucional del Callao, Arequipa, Junín, La Libertad y Piura. La encuesta estuvo dirigida a jefes de hogar entre 18 y 70 años, con énfasis en los segmentos C, D y E, porque es la principal población objetivo de los microseguros, y también tuvo una mayor participación de mujeres como jefes de hogar.

Principalmente, la encuesta tenía como objetivos determinar los riesgos a los que se encuentra expuesta la población, en particular la de ingresos más bajos, cuáles riesgos son los más temidos, el papel del seguro como herramienta para enfrentar dichos riesgos, el nivel de conocimiento sobre los principales conceptos de seguros, las posibles barreras de acceso y la percepción sobre las aseguradoras.

Los hallazgos en cuanto a exposición a riesgos (ver gráfico en esta página) mostraron que los riesgos de la naturaleza, en particular lluvias intensas y terremoto, están entre los

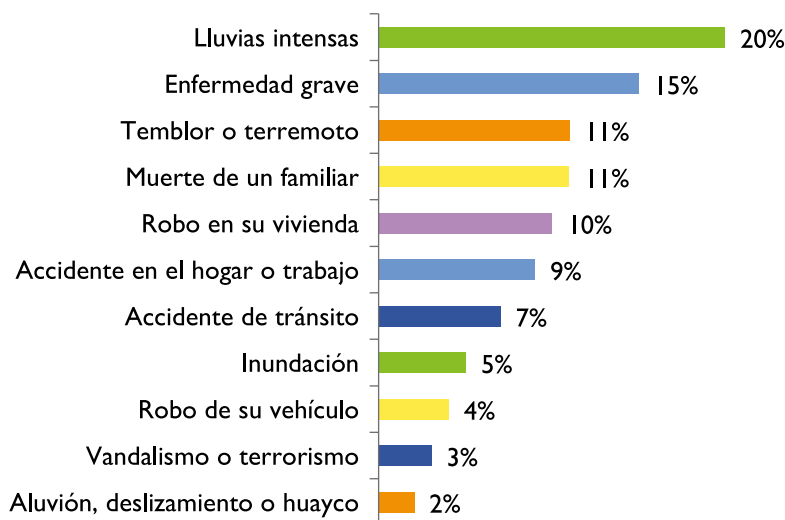
Exposición a principales riesgos



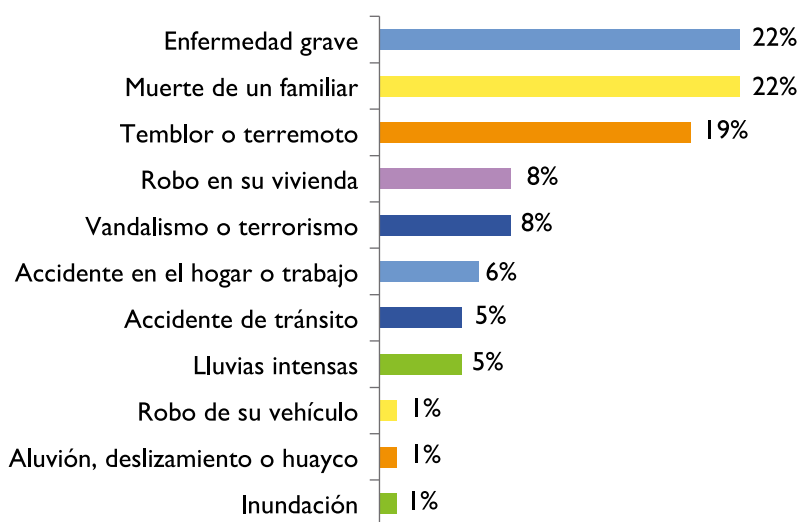
Fuente: Encuesta de diciembre 2012 para la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP de Perú

Exposición a principales riesgos

Riesgos Temidos



Mayor Impacto Económico



Fuente: Encuesta de diciembre 2012 para la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP de Perú

...las cláusulas contrarias a la ley son nulas y reemplazadas de pleno derecho por las disposiciones que establece la ley, y ambigüedades o dudas siempre se van a interpretar a favor del asegurado.

más importantes, pero también otros riesgos como enfermedades, muerte, robo, todos los cuales están en doubles dígitos.

Pero en cuanto a los riesgos más temidos los porcentajes cambian muy significativamente, con terremoto en primer lugar, seguido por el robo, los accidentes, las enfermedades y la muerte, todos superando el 60 por ciento. Y a la pregunta sobre cuáles son los riesgos (ver gráfico en página previa) que pueden tener mayor impacto económico sobre ellos, se encuentran enfermedades, muerte y temblor o terremoto en los tres primeros lugares, con marcada diferencia.

Respecto al conocimiento de seguros, en general se observó que las personas sí asocian el concepto de seguros con una forma de protección frente a pérdidas. Al preguntarse si habían pagado por algún seguro y si este se encontraba vigente, las respuestas fueron afirmativas mayoritariamente; pero cuando se les preguntó de qué seguro se trataba, la gran mayoría (64%) contestó que el “seguro social de salud”, lo cual evidencia que realmente no hay un conocimiento claro del servicio que brindan las aseguradoras.

Las personas encuestadas asociaban el

término “póliza” con el contrato de seguro que tienen y sus condiciones, y la gran mayoría señaló que había recibido su póliza; pero el 72 por ciento admitió que no han leído sus pólizas de seguros o las han leído poco, y más del 60 por ciento confía poco en las aseguradoras.

Finalmente, la mitad de los encuestados estuvo de acuerdo en que es difícil entender las condiciones de la póliza del seguro y un 43 por ciento concordó con la afirmación de que incluso la misma gente que vende el producto no entiende el seguro.

La consecuencia de todo lo anterior es que si bien tres cuartas partes de los encuestados tienen claro que el seguro les puede ayudar a afrontar pérdidas económicas en caso de daños, el hecho de que no entiendan las condiciones o no se las expliquen adecuadamente, genera un alto nivel de desconfianza y que una gran mayoría (66 por ciento) al final prefiera arreglárselas por su cuenta y no comprar un seguro.

Esta situación definitivamente requería un cambio y después de muchos años finalmente se ha logrado que se apruebe la nueva ley del contrato de seguros en Perú, que sustituye el marco legal anterior, el Código de Comercio de 1902, cuyas disposiciones estaban totalmente desfasadas y en parte ocasionaron lo que se había dado en el mercado.

La nueva ley, aprobada a fines de 2012 y en vigencia desde mayo de 2013, cambia todo el marco legal de seguros que tenía el mercado peruano, en cinco grandes áreas: reglas de interpretación del contrato de seguro, obligaciones y derechos de las partes, aprobación de condiciones mínimas, identificación de cláusulas abusivas y gestión del siniestro.

Así se establecen reglas de interpretación del contrato del seguro a favor del asegurado, es una ley a favor del asegurado en la mayoría de sus disposiciones; entre las más importantes se encuentra que las cláusulas contrarias a la ley son nulas y reemplazadas de pleno derecho por las disposiciones que establece la ley, y ambigüedades o dudas siempre se van

a interpretar a favor del asegurado. La cobertura y las exclusiones tienen que interpretarse literalmente según lo señalado en la póliza, las cargas al contratante, asegurado o beneficiario deben ser razonables y son nulas las estipulaciones contractuales que amplíen los derechos del asegurador en perjuicio de los derechos del asegurado.

En lo relativo a las obligaciones y los derechos de las partes hay varios aspectos que realmente han cambiado la forma de ofrecer seguros en Perú. Por ejemplo, en el caso de la renovación automática, esta solo puede darse cuando no hay ninguna modificación en el contrato para la siguiente vigencia. El contrato

se va a renovar exactamente bajo las mismas condiciones. Si el asegurador quiere incorporar modificaciones en el contrato, debe enviar una notificación al asegurado 45 días antes del vencimiento de la póliza, informándole sobre los cambios que quiere incorporar y el asegurado tiene 30 días para rechazarlos, de ser el caso. Si no contesta, las modificaciones propuestas se consideran aceptadas.

La suspensión de cobertura por incumplimiento del pago ya no es automática. Antes si la persona incumplía el pago de la prima inmediatamente se suspendía la cobertura. Ahora la ley establece que la suspensión opera recién 30 días después de producido el

Reglas de interpretación

- ✓ Cláusulas contrarias a la ley son nulas y reemplazadas de pleno derecho.
- ✓ Ambigüedades o dudas se interpretan a favor del asegurado. Intermediación del corredor no afecta naturaleza del contrato de adhesión.
- ✓ La cobertura, exclusiones, extensión del riesgo y derechos de los beneficiarios previstos en el contrato deben interpretarse literalmente.
- ✓ Las restricciones a la libre actividad del asegurado, deben ser expresas e interpretadas literalmente.
- ✓ Las cargas al contratante, asegurado o beneficiario deben ser razonables.
- ✓ Son nulas estipulaciones contractuales que amplían derechos del asegurador o restringen los del asegurado en contravención a la ley.

Fuente: Superintendencia de Banca, Seguros y AFP de Perú

Con el nuevo régimen legal, la Superintendencia tiene que aprobar las condiciones mínimas o cláusulas de seguros en el caso de los seguros personales, obligatorios y masivos.

incumplimiento y el asegurador está obligado a remitir una comunicación al cliente informándole de la situación de incumplimiento de pago y las consecuencias que esto puede tener.

La reticencia o la declaración inexacta darán derecho al asegurador de invocar la nulidad del contrato solo en caso de dolo por parte del asegurado; mientras que antes la omisión de una información o cualquier declaración o información inexacta que diere el cliente, antes de la elaboración del contrato generaba que el asegurador quedase liberado totalmente de su responsabilidad ante el cliente. Este es un cambio muy importante que los aseguradores trataron que no se aprobara, pero la ley así lo estipula y ya entendieron que deben adecuarse.

Se estableció también lo que es el derecho de arrepentimiento, dándole la posibilidad al asegurado de que en 15 días pueda pedir la anulación del contrato y que se le devuelva toda la prima que haya pagado. Por otro lado, se amplió mucho el contenido mínimo de la póliza. Por ejemplo, en el caso de los seguros de salud se debe informar al asegurado cómo van a evolucionar las primas en el tiempo, buscando precisamente que las personas no sean sorprendidas de un año a otro con

una prima muy elevada, y que al contratar el seguro ya conozcan cómo es y que se incrementará con el tiempo.

La nueva ley fijó un régimen de aprobación de condiciones mínimas dándole una nueva obligación a la Superintendencia. Previamente, el producto que una aseguradora quería registrar llegaba a la Superintendencia, la cual tenía 5 días para hacer una revisión formal de los requisitos de la información que tenía que cumplir la póliza; si eso era así, se daba el código. Pero después esta póliza pasaba al departamento legal y a la gerencia de productos y servicios al usuario, por lo que bien podía tener una serie de observaciones adicionales. Sin embargo, el producto ya se estaba comercializando en el mercado. Era una situación complicada, que creaba mucha inseguridad.

Con el nuevo régimen legal, la Superintendencia tiene que aprobar las condiciones mínimas o cláusulas de seguros en el caso de los seguros personales, obligatorios y masivos. Actualmente está en curso el proceso de adecuación a esta normativa, tanto de la Superintendencia como de las compañías de seguros, que están participando bastante en ese proceso, proponiendo condicionados para alcanzar una estandarización de estos.

En este nuevo proceso se está buscando estandarizar en lo posible los condicionados de seguros, y evitar así la situación que se presentó con el anterior régimen, en el cual se tenían más de 1.500 productos registrados pero que en realidad, si se comparan, resulta que muchos tienen las mismas condiciones y solo cambia el nombre porque se está ofreciendo a través de otro canal de comercialización. A pesar de eso, pasaba por todo el proceso de inscripción nuevamente. Para evitar eso, se aprobará el condicionado en sí de una póliza de ramos generales, un condicionado de una póliza de vida, un condicionado de una póliza de accidentes, entre otros, y que a partir de ahí las compañías de seguros puedan diseñar sus productos.

También se le dio a la Superintendencia

la obligación de identificar cláusulas abusivas, definidas como aquellas estipulaciones no negociadas que causan un desequilibrio importante entre las partes. La ley en sí establece una serie de cláusulas prohibidas para el contrato de seguros, pero además obliga a la Superintendencia a identificar nuevas cláusulas, que podría no haber notado al momento de inscribir un producto. Esto ya se hizo con la aprobación del reglamento de transparencia y contratación de seguros, que complementa lo regulado por la ley y en el cual se ha ampliado la lista de cláusulas abusivas, que están prohibidas para el contrato de seguros.

El tema de la gestión del siniestro también es un cambio muy importante, pues la ley delegó en la Superintendencia la facultad de señalar los plazos para el aviso del siniestro, lo cual se hizo mediante la emisión de un reglamento para la gestión y pago de siniestros. Este reglamento fijó plazos de avisos del siniestro de entre tres y siete días, según el ramo.

Por otro lado, la ley fijó el plazo para el ajuste del siniestro en 30 días desde la fecha en que el asegurado presenta la documentación completa para reclamar la cobertura a la aseguradora, lo cual preocupó mucho a nivel técnico, por considerarse que cada siniestro es diferente y algunos, por su complejidad, podrían requerir más de 30 días; pero así está la ley y la Superintendencia ha reglamentado el proceso de liquidación del siniestro cuando interviene el ajustador o cuando no interviene un ajustador, fijando plazos adicionales dentro del mismo plazo de 30 días, a fin de que se cumplan las disposiciones de la ley de manera ordenada. Si bien la ley considera la posibilidad de que se pueda pedir autorización a la Superintendencia para prorrogar este plazo, por parte de la compañía de seguros o del ajustador mismo, obviamente se quieren evitar estas situaciones en que el asegurado considere que ya presentó toda la documentación y le tienen que pagar, pero el ajustador solicita varios meses más para terminar su

En general el mensaje a los aseguradores es que ahora se tienen que hacer productos más sencillos, porque ya la ley regula una serie de situaciones que antes no tenían un marco legal claro.

proceso de ajuste.

Otro punto importante es que los informes deben ponerse en conocimiento de ambas partes simultáneamente; deben entregarse el informe básico, el informe preliminar, el informe final, en el mismo momento al asegurado y a la compañía de seguros.

Como complemento, para la entrada en vigencia de la ley, la Superintendencia emitió normas como el reglamento de transparencia en la contratación de seguros, el reglamento de gestión y pago de siniestros y el reglamento de pago de primas, que ya se tenía pero fue adecuado a la nueva ley.

Finalmente, en la actualidad se está trabajando en el proceso de adecuación de las pólizas al nuevo marco normativo y en la estandarización de productos mediante condicionados de ramos generales, vida, microseguros y algunos seguros masivos. En general el mensaje a los aseguradores es que ahora se tienen que hacer productos más sencillos, porque ya la ley regula una serie de situaciones que antes no tenían un marco legal claro. Entonces, con este nuevo marco legal, los aseguradores tienen la oportunidad de hacer productos más sencillos, más amigables, y así mejorar los resultados obtenidos en la encuesta.

Misión:

Somos el supervisor que vela por el respeto de los derechos del consumidor, la estabilidad y el eficiente funcionamiento del mercado de seguros.

Visión:

Ser un supervisor referente en materia de seguros, que genera confianza y credibilidad en el mercado.

“... el seguro, además de una función comercial, también tiene una función social. Este elemento fundamental es, y debe continuar siendo, el eje central de nuestra tarea normativa para el desarrollo del mercado de seguros costarricense en los próximos años”.

Tomás Soley Pérez, Superintendente de Seguros de Costa Rica, Agosto 2013

