



International
Labour
Office

microinsurance
innovation facility

MICRO
INSURANCE
CENTRE

MILK
Microinsurance
Learning and
Knowledge

CLIENT VALUE SERIES

Brief No. 1

¿Hay valor en el microseguro?

Aparna Dalal, Emily Zimmerman, Barbara Magnoni, Michal Matul¹

Mayo 2014

RESUMEN EJECUTIVO

¿Aporta valor el microseguro para los clientes y sus familias? En vista de los limitados datos sobre el valor, el proyecto MILK del Centro de Microseguros y el Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT comenzaron a trabajar hace ya varios años para responder a esta pregunta, completando trabajos de investigación y aprovechando evidencia del terreno. La respuesta que ha surgido de nuestro trabajo –y que ha sido respaldada por más evidencia procedente de otros estudios– es que el microseguro tiene la capacidad de aportar valor, y muy a menudo lo aporta. No obstante, lo hace en grados y de manera muy diferentes, y a veces ni siquiera lo consigue. Este informe aporta información concreta sobre cómo, cuándo, de qué manera y en qué medida surge valor para el cliente de los microseguros.

Este estudio evalúa el valor del microseguro para los clientes. Para demostrar el valor de los microseguros debemos establecer una cadena que va de los insumos (productos, servicios y distribución de microseguros) a los objetivos específicos (cobertura y uso), resultados (costos, financiación y conductas), y finalmente los impactos (protección financiera, vulnerabilidad reducida,

y mejor salud). Se trabajó con un variado conjunto de documentos para establecer esta cadena y, en resumen, se ha hallado lo siguiente: el microseguro aporta valor mediante una mejor **protección financiera** ya que:

- Da lugar a menores desembolsos del asegurado u otras formas de alivio financiero (aunque no siempre lo consiga). Los microseguros no cubren, por lo general, los costos indirectos (tales como los costos de transacción y de oportunidad), pero los incentivos que crean pueden reducir esos costos.
- Reduce la dependencia a estrategias onerosas de financiación y estimulan el uso de financiación más efectiva y eficiente cuando ocurre una emergencia.
- Facilita mejores decisiones financieras, en especial a través de una mayor inversión en ausencia de una emergencia.

A medio y largo plazo la protección financiera que ofrece el seguro y los incentivos que crea para invertir pueden **reducir la vulnerabilidad**, lo que hace que los hogares asegurados estén mejor preparados para enfrentarse a diversos riesgos, incluso aquellos no cubiertos por el seguro.

El microseguro de salud también puede tener valor al **mejorar la salud**, ya que mejora:

- el acceso a servicios de salud (aunque una asistencia diferente o más cara no implica *necesariamente* una mejor asistencia).
- la utilización de los servicios de salud en términos de frecuencia y tiempos.

Estas conductas se pueden traducir en mejores indicadores de salud de los asegurados; sin embargo, dichos resultados no son fáciles de demostrar, especialmente en el corto plazo.

¹ Este estudio es el primero de una serie de tres estudios sobre el valor para el cliente del microseguro. Dicha serie ha sido producida por el Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT y el MicroInsurance Centre. En la carta de presentación de la serie se explica el método de investigación. El Estudio n° 2 proporciona estrategias para que las organizaciones puedan mejorar el valor para el cliente y el Estudio n° 3 presenta una serie de consejos para los gobiernos, reguladores y donantes. Todos los estudios están disponibles en nuestro sitio web para su consulta. Aparna Dalal y Michal Matul trabajan para el Fondo. Emily Zimmerman y Barbara Magnoni trabajan para el proyecto MILK.

Este estudio está organizado de la siguiente manera: en la Sección 1 se presenta la definición de valor para el cliente y la teoría del cambio por medio de la cual se materializa el valor. En la Sección 2 se presentan los datos sobre el valor utilizando las tres áreas principales de impacto – una mejor protección financiera, una vulnerabilidad reducida y una salud mejorada. En la Sección 3 se concluye con una serie de indicadores sobre lo que se debe perseguir en el Estudio 2 de esta serie.

Las diarios financieros de la publicación *Portfolios of the Poor* resaltaban la importancia de la gestión del flujo de

1. EL VALOR DEL MICROSEGURO Y LA TEORÍA DEL CAMBIO

dinero y el grado en el que los hogares de bajos ingresos luchan para gestionar el flujo de dinero cuando se enfrentan a ingresos inciertos e irregulares. En caso de una emergencia, estas dificultades diarias se intensifican y las herramientas disponibles “ofrecen una protección que a menudo resulta frágil o incompleta” (Collins et al, 2010, p. 66). Los seguros ayudan a las familias de bajos ingresos a resistir mejor ciertas **conmociones financieras**, ya que tienen el potencial de preservar el ingreso, los activos y los ahorros que los hogares necesitan para enfrentarse a la incertidumbre de su vida diaria así como a otras emergencias importantes a las que pueden enfrentarse en el futuro.

1.1. ¿Qué entendemos como valor para el cliente?

El valor para el cliente representa el valor añadido aportado por los microseguros, en comparación con otros mecanismos disponibles para afrontar el riesgo. El valor puede ser directo o indirecto, y se puede materializar cuando se hacen reclamos de siniestros, o como resultado del cambio conductual inducido por la posesión de una póliza de seguro y la confianza de que ésta será cumplida (Magnoni y Zimmerman, 2011). El valor para el cliente es distinto de la ventaja que puede representar en una comunidad más amplia o a nivel de mercado (véase el Recuadro 1). En este estudio, el enfoque se centra en el valor para el cliente individual. Puede adoptar la forma de valor financiero, o valor del servicio cuando se reportan los siniestros. O puede adoptar la forma de valor esperado, mediante incentivos conductuales y tranquilidad de espíritu. A fin de mostrar el valor que se deriva de los microseguros, se tiene que establecer una cadena, desde la cobertura del seguro hasta los impactos del valor.

1.2. La teoría del cambio

El impacto es valor demostrado. El impacto captura si los microseguros mejoran o no el bienestar de los hogares de bajos ingresos. Aunque nuestra máxima preocupación es el impacto final de los microseguros, es importante tomar en consideración los pasos intermedios a fin de comprender cuándo, cómo y por qué se produce el impacto. “Dado que el impacto tiene múltiples facetas y se manifiesta de diferentes maneras, debemos ser conscientes de la infinidad de efectos potenciales de cada intervención y la relación que existe entre ellos” (Radermacher, 2012). Comprender la secuencia ayudará a los profesionales y a los diseñadores de políticas públicas a identificar factores (por ejemplo, características específicas de productos o procesos) que contribuyan a un impacto en particular. La teoría del cambio, esbozada en la Figura 1, muestra el camino por el que productos y servicios pueden dar como resultado el valor. Incluye cuatro etapas: insumos, objetivos específicos, resultados e impactos.

1.3. Exploración de vínculos casuales

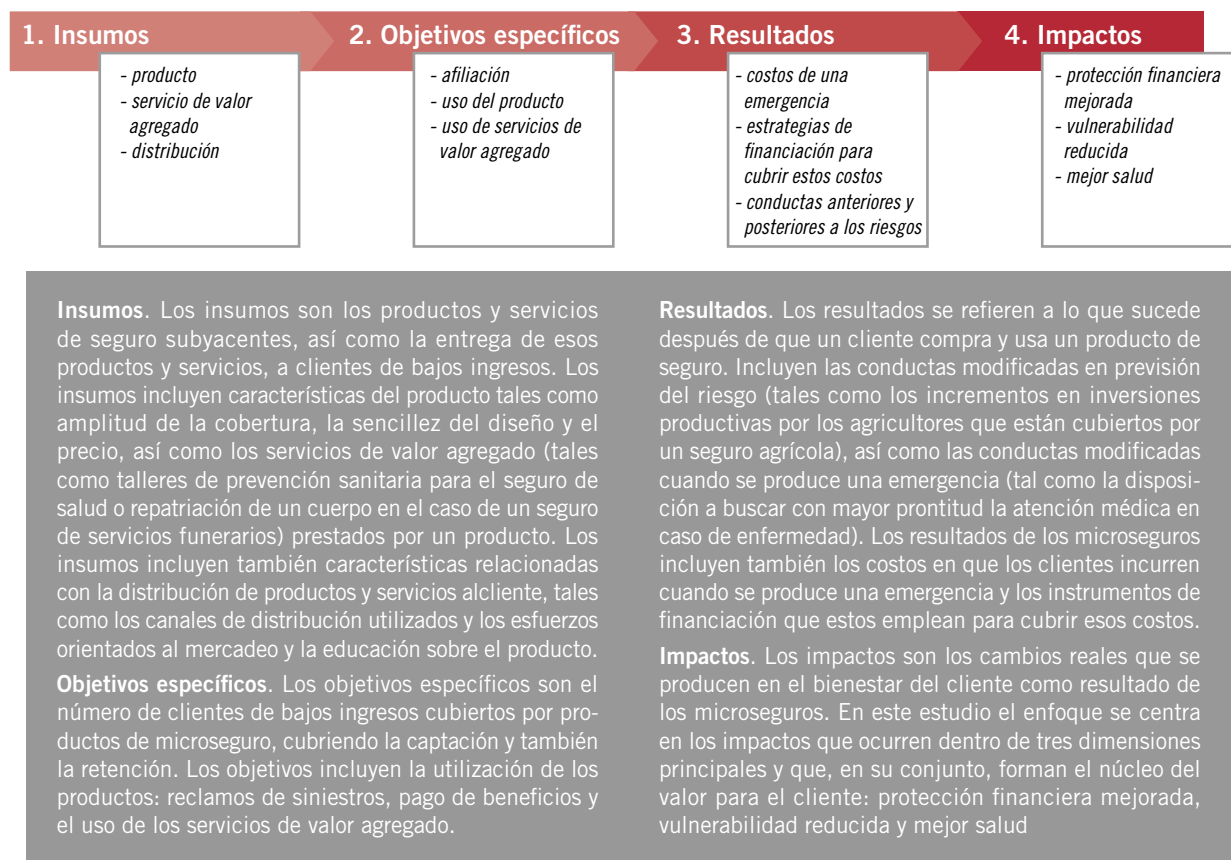
Los microseguros tienen el potencial de mejorar el bienestar del cliente mediante tres amplios impactos: prestación de protección financiera, reducción de la vulnerabilidad y mejora de la salud. No obstante, la cadena que lleva del seguro al impacto puede seguir caminos diferentes. Explorar la forma en que los insumos llevan definitivamente al impacto es crucial a fin

RECUADRO 1 EL VALOR SOCIAL DEL MICROSEGURO

Además del valor directo e indirecto que puede aportar a los clientes, el microseguro puede tener un valor social, en forma de desarrollo económico o de mercado. Hay estudios que han demostrado un vínculo causal entre el desarrollo del sector de los seguros en general y el desarrollo económico nacional en términos generales. Al movilizar los ahorros, las empresas aseguradoras son una fuente importante de capital de inversión a largo plazo para iniciativas como la mejora de infraestructura, y pueden estimular el desarrollo de los mercados de deuda y capital (Brainard, 2008).

Los potenciales efectos adversos de los seguros también se deben considerar, en especial para los no asegurados. En algunos casos, los seguros pueden hacer subir los costos, lo que significa que aquellos segmentos de la población que carecen de seguros se pueden enfrentar a mayores cargos por los servicios y a un peor acceso a los servicios. También está probado que los programas formales para compartir el riesgo (tales como los seguros y las transferencias del gobierno) pueden tener un efecto de exclusión sobre las transferencias privadas, posiblemente debilitando el papel de las redes sociales a la hora de hacer frente al riesgo (Dercon y Krishnan, 2003; Attanasio y Rios-Rull, 2000; Hintz, 2010). De aquí se deduce que posiblemente ciertas partes de la población podrán a ser todavía más vulnerables como resultado de los microseguros, en especial aquellas que están excluidas del mercado de los seguros.

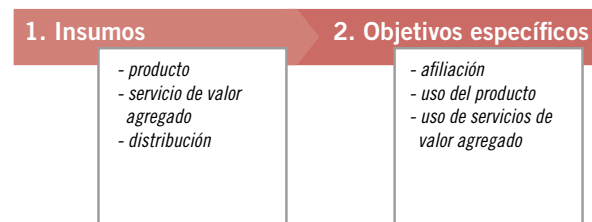
FIGURA 1 TEORÍA DEL CAMBIO



de comprender si determinados componentes de los productos son valiosos y en qué forma lo son, y a fin también de diseñar mejores productos y servicios para los hogares de bajos ingresos. Aunque a menudo suele ser difícil plasmar al completo la cadena casual que va de insumos a impactos con un solo estudio, la cadena se puede ensamblar examinando datos de múltiples estudios, cada uno de los cuales muestra uno o más de los eslabones que se describen más abajo. La experiencia práctica puede aportar contexto y validar las lecciones aprendidas gracias a estos estudios. Las Secciones 2 y 3 de este estudio se nutren de una amplia variedad de trabajos (incluyen estudios académicos y de client math sobre microseguros y el riesgo, de forma tal que forma la cadena de evidencia que va de los microseguros hasta su impacto.²

El primer paso hacia el logro del impacto de los seguros es el de asegurar que los “insumos” de las características y

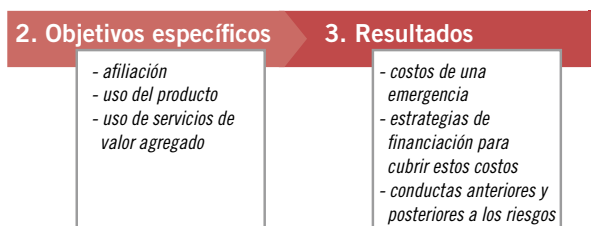
² *Client Math* es una metodología desarrollada por el proyecto MILK que utiliza encuestas realizadas a personas tanto aseguradas como no aseguradas que han sufrido una “emergencia” financiera a fin de comprender los costos totales de dicha emergencia, cómo se financiaron esos costos y el papel que jugaron los seguros en el caso de aquellas personas que se encontraban cubiertas. Para más información, véase la carta de presentación de la serie.



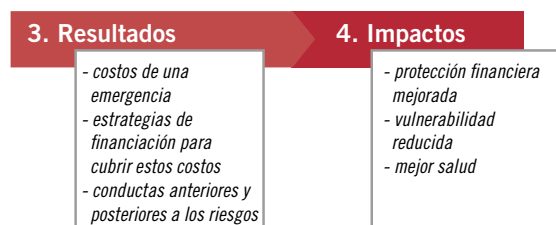
la distribución del producto se traduzcan en cobertura y en el uso de los microseguros entre las personas de bajos ingresos. Aunque la importancia de este paso es evidente, los retos de la baja demanda y retención de los productos siguen siendo muy amplios. Son muchos los factores que influyen en la decisión de una persona de bajos ingresos a la hora de comprar microseguros. Estos “determinantes de la demanda” incluyen la percepción del valor por parte del cliente potencial, las características personales tales como la edad y el perfil de riesgo, y la confianza que los clientes potenciales tengan en el producto y en quien se lo va a ofrecer. La demanda también se ve influida por factores psicológicos que pueden desalentar la afiliación incluso de aquellos que pudieran apreciar valor en un producto.³

³ El Estudio n° 7 de MILK (McCord *et al.*, 2012) y el Microinsurance Paper n°20 del Fondo (Matul *et al.*, 2013) analizan de manera más detallada este tipo de influencias en la demanda.

La afiliación es el primer paso crucial hacia el valor, pero el hecho de estar asegurado no garantiza por sí mismo que los clientes de bajos ingresos reciban valor de un producto de microseguro. También tienen que poder usar el producto al completar un formato de siniestros y recibir el beneficio cuando acontezca un suceso asegurado. Para que esto suceda, los clientes deben comprender su cobertura y los trámites relacionados y tienen que tener la capacidad de navegar por estos trámites de forma efectiva.⁴



El paso siguiente en la teoría del cambio en el vínculo entre cobertura y uso de los productos de microseguro y los “resultados” – efectos sobre la conducta y vida financiera de los clientes. El grueso de la investigación sobre los microseguros se centra en este importante paso, mostrando, por ejemplo, que la cobertura del seguro lleva a los hogares de bajos ingresos a gastar menos cuando se produce una emergencia o les induce a cambiar la forma en que se preparan para las emergencias.



Son relativamente pocos los estudios que cubren el último paso, la vinculación directa de la cobertura de microseguro con los impactos de la protección financiera, la vulnerabilidad reducida y la mejor salud. Una razón para esta laguna es que el impacto es más difícil y costoso de medir y frecuentemente requiere de mucho más tiempo para producirse. Sin embargo, se pueden utilizar otros campos de investigación, incluyendo el relacionado con el diseño de productos de microseguro, para una mejor comprensión sobre de qué manera se puede esperar que los resultados de la cobertura de los microseguros impacten en los clientes, aún cuando no pueda ser posible demostrar directamente esos impactos. Por ejemplo, en el área de los impactos en salud, se pueden utilizar los estudios sobre salud que vinculan ciertos cambios conductuales en cuanto a laprocuración de asistencia médica con impactos positivos en la salud.

⁴ El Estudio n° 2 de esta serie, Mejorar el valor para el cliente, analiza cómo las empresas aseguradoras pueden diseñar mejor y adaptar los productos y los procesos para mejorar la captación y la retención..

1.4. Qué se puede esperar del microseguro

El microseguro es una opción en el amplio y complejo conjunto de instrumentos que los hogares de bajos ingresos tienen a su disposición para afrontar los riesgos financieros y de otro tipo. Como tal, no se le puede tomar en consideración aisladamente. Para comprender el valor del microseguro, debemos entender el papel que desempeña en contexto con otros instrumentos. Los microseguros son más valiosos cuando complementan a otros instrumentos que son efectivos para gestionar riesgos y lidiar con emergencias, y cuando sustituyen instrumentos que son más costosos o menos efectivos. Los microseguros rara vez son suficientes, si es que alguna vez han llegado a serlo, para cubrir el costo total de una emergencia, pero sin embargo pueden desempeñar un papel importante como apoyo. En *Portfolios of the poor* se observaba muy acertadamente que “las soluciones únicas (para lidiar con riesgos) rara vez resultan suficientes por sí mismas, pero tampoco necesitan serlo para ser útiles” (Collins et al, 2010, p. 67).

Aún cuando los productos de microseguro pretenden dar respuesta a las necesidades de gestión del riesgo de las personas de bajos ingresos, pueden no resultar adecuados o accesibles para todas las personas de bajos ingresos. Aunque los productos de microseguro que ofrecen una cobertura general pueden ser más valiosos que los productos que ofrezcan unas prestaciones más limitadas, existe generalmente una correlación entre las prestaciones y el costo de las primas. Un costo elevado limita el acceso a los productos, especialmente a las personas procedentes de grupos con ingresos más bajos. Así pues, al considerar el valor es importante tener muy presente quién va a obtener valor del microseguro, quién quedará excluido y cómo se podría ayudar a afrontar los riesgos a que se enfrentan las personas excluidas (mediante microseguros o mediante cualquier otro instrumento).

2. EVIDENCIA SOBRE EL VALOR DEL MICROSEGURO

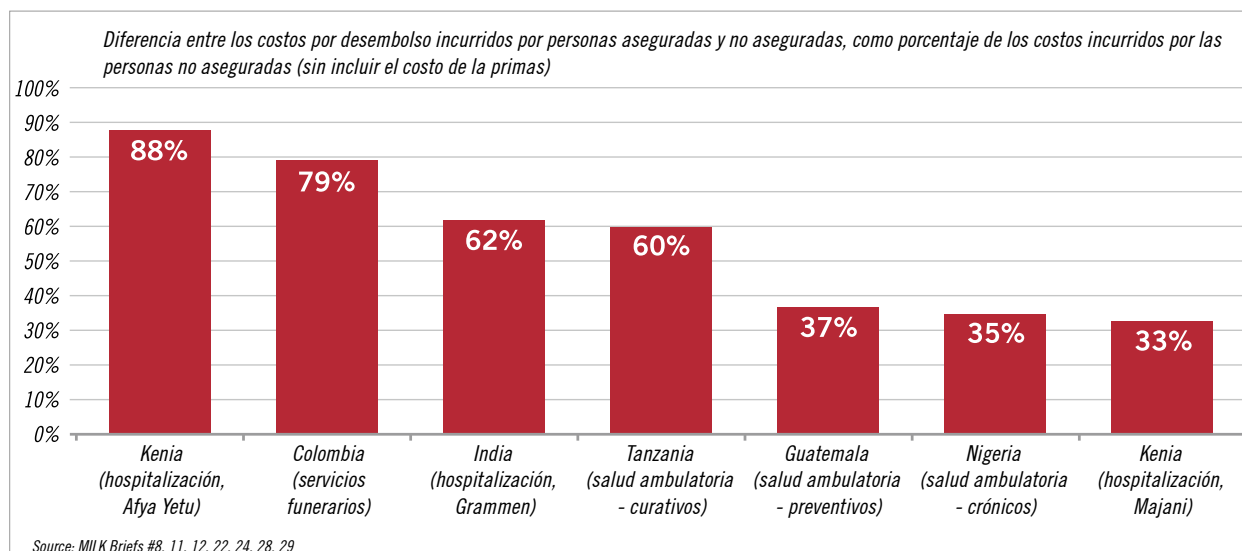
En esta sección se resumen los datos sobre el valor del microseguro, centrándose en los objetivos específicos e impactos relacionados a la protección financiera, vulnerabilidad reducida y mejor salud.

2.1. Valor mediante la protección financiera

Menor desembolso por el asegurado, alivio financiero y menores costos indirectos

Un componente importante del valor financiero se produce en forma de **un menor gasto por desem-**

FIGURE 2 RÉDUCTION DES DÉPENSES GRÂCE À LA MICRO-ASSURANCE



bolso por parte de los asegurados cuando se produce una emergencia. Cuando los productos no contemplan un desembolso (puesto que ofrecen una prestación en especie, como los seguros de salud o de servicios funerarios, en vez de una prestación en efectivo), los seguros dan a menudo como resultado costos sustancialmente menores para el asegurado. En el caso de los seguros de salud, varios estudios académicos demuestran que la cobertura de los microseguros sin desembolso reduce el gasto en salud por parte de los asegurados (De Bock and Ugarte Ontiveros, 2013; Pham y Pham, 2012; Dercon *et al.*, 2012; Aggarwal, 2010; Sepehri *et al.*, 2006; Jütling, 2004; Schneider y Diop, 2001; Ranson, 2001). Los hallazgos sobre menores gastos por desembolso para el asegurado se reflejan en estudios *Client Math* sobre varios tipos de productos de microseguro sin desembolso. En cada uno de los estudios *Client Math* de productos sin desembolso (de salud y de servicios funerarios), ⁵ la persona asegurada gastó menos en líneas generales que la no asegurada en el momento de la emergencia (véase la Figura 2).

No obstante, incluso en el caso de los productos sin desembolso, los microseguros rara vez cubren la totalidad de los gastos incurridos y en algunos casos pueden motivar, de hecho gastos mayores. En un estudio del Plan de Salud Comunitario Hygeia, en Lagos (Nigeria), los encuestados asegurados que sufrían hipertensión gastaron más en promedio que sus semejantes no asegurados, en cambios de hábitos de vida tales como una alimentación más sana – aunque las personas aseguradas lograron un sustancial ahorro de costos en líneas gene-

rales (Budzyne *et al.*, Estudio n° 24 de MILK).⁶ En otros casos, el seguro puede dar lugar a un mayor gasto total, especialmente cuando la cobertura es limitada y/o cuando el seguro induce a las personas a gastar más al solicitar asistencia con mayor frecuencia o al recurrir a medios más costosos. Lei y Lin (2009) no encontraron impacto significativo alguno en los gastos que tuviera su origen en el *Nuevo Plan de Medicina Cooperativa* en China. Smith y Sulzbach (2008) demostraron que los seguros comunitarios no daban como resultado menores gastos de asistencia al parto para los casos de parto. Chankova *et al.* (2008) constataron que el seguro dio lugar a menores desembolsos del asegurado en los casos de hospitalización, pero no para los cuidados curativos de pacientes externos. En China, el seguro de salud hizo aumentar los desembolsos (Wagstaff y Lindelow, 2008). El estudio da a entender que esto ocurría porque los seguros inducen a las personas a buscar asistencia cuando enferman y proveedores de más alto nivel. En tales casos, aunque no se pueda reducir los costos, los seguros de salud apuntan frecuentemente el valor a través de otros resultados, tales como hábitos de vida más saludables o mejoras en la conducta sanitaria y el gasto en consumo.

Sin embargo, un mayor gasto no se traduce *necesariamente* en mayor valor. Por ejemplo, en el caso de los gastos funerarios se ha llegado a entrever que, en vez de aportar alivio financiero, la cobertura del seguro puede inducir sencillamente a que las familias compren un

5 Estudios n° 8, 11, 12, 22, 24, 28, y 29.

6 En el curso de tres meses, las personas aseguradas gastaron de media en alimentación 36\$ estadounidenses más que lo que gastaban antes de que modificaran su dieta al comienzo del tratamiento para la hipertensión; las personas no aseguradas gastaron menos de la mitad de esa cantidad: US 16\$ estadounidenses más que antes de que modificaran su dieta..



“ataúd más grande” o a que de otro modo gasten en elementos no esenciales en el funeral que si no tuvieran el seguro. Este asunto se confirma en el trabajo de Case *et al.* (2008), quienes constataron que los hogares sudafricanos que recibían un pago en efectivo del seguro al producirse un fallecimiento gastaban más en el funeral que aquellos que no lo recibían. Hougaard y Chamberlain (2011) llegaron a una conclusión diferente a través de una investigación cualitativa; apuntaron que los costos funerarios tendían a ser altos, con independencia de que el fallecido tuviera o no seguro funerario y que las personas “pedirían, robarían o se endeudarían”, si fuera necesario, a fin de pagar un funeral. Los datos derivados de Client Math son igualmente diversos: los estudios no encontraron grandes diferencias en el gasto, pero los asegurados tienden a gastar ligeramente más en funerales que los no asegurados.

Cuando los productos no son sin desembolso, sino por reembolso después de que se haya hecho el reclamo de un siniestro, los clientes frecuentemente no experimentan ahorro alguno en los costos a pagar de su propio bolsillo (excepto en la medida en que la cobertura del seguro incluya servicios con descuentos). Sin embargo, tales productos por reembolso pueden suponer un **alivio financiero cuando se recibe la prestación**. Este pago en efectivo se puede utilizar para saldar la deuda en que se haya incurrido después de la emergencia, reconstituir los ahorros utilizados, invertir en activos nuevos o suplementar los ingresos en casos en los que la emergencia haya trastocado la capacidad de obtener ingresos. En Haití, por ejemplo, más de la mitad de los pagos hechos por los seguros en compensación de daños por inundaciones se empleó en reconstituir ahorros y la posesión de activos (mayoritariamente relacionados a negocios) que se habían agotado después de la inundación (Magnoni y Budzyna, 2013, Estudio nº 15 de MILK). En un estudio que se llevó a cabo en México, los beneficiarios usaron una gran parte del pago de las prestaciones del seguro de vida para pagar o financiar los costos del funeral. No obstante, los recursos restantes se emplearon primordialmente para ahorrar, alcanzar los niveles anteriores de consumo, y como sustituto de los ingresos perdidos del fallecido (Poulton y Magnoni, 2013, Estudio nº 16 de MILK).

El tiempo para el pago del beneficio del seguro puede influir mucho en cómo se utilice. Dos estudios de Client Math de productos de microseguro de vida y servicios

funerarios, en Filipinas, brindan un claro ejemplo de esto. Un producto pagaba los beneficios, como media, ocho días después del fallecimiento, y casi todo ese pago se usaba para cubrir gastos relacionados con el funeral. El otro producto presentaba retrasos sustanciales.⁷ De alguna manera esto erosionaba su valor, pero también permitía a los encuestados utilizar más de la mitad del beneficio para reposición de ingresos (compensando la pérdida de ingresos del sostén de la familia) o en inversiones productivas orientadas a generar ingresos adicionales (Magnoni *et al.*, 2012, Estudio nº 13 de MILK y Poulton *et al.*, 2013, Estudio nº 27 de MILK). Aunque una liquidación eficiente de siniestros es, por lo general, un componente muy importante del valor, este estudio muestra cómo puede influir en el valor el momento en que se hagan los pagos, y que los pagos no necesariamente se deben hacer muy pronto después de una emergencia, a fin de generar valor. La clave está en que los proveedores sean transparentes acerca del momento en que se harán los pagos, estableciendo así claras expectativas y manteniendo sus promesas a los clientes.

Los microseguros también pueden dar lugar a **costos indirectos menores, tales como los costos de transacción o de oportunidad**. Por ejemplo, un estudio de Client Math en Haití comprobó que al prestar apoyo financiero después de una inundación, el seguro de bienes inmuebles ayudó a los clientes a reponer sus pertenencias perdidas y que, a fin de cuentas, puede haberles ayudado a minimizar los ingresos perdidos y a recuperarse con mayor rapidez. De los encuestados no asegurados que perdieron pertenencias, solo el 33 por ciento las repusieron después de las consecuencias de la tormenta, mientras que el 62 por ciento de los encuestados asegurados que perdieron pertenencias las repusieron. En Tanzania, un estudio comprobó que los asegurados buscaron tratamiento médico ambulatorio dos días promedio antes que los no asegurados, después de caer enfermos. Esto contribuyó a menores niveles de ingresos perdidos a causa de una enfermedad, con una pérdida promedio para los asegurados de US\$7, en comparación con los US\$11,57 perdidos en el caso de los no asegurados (Magnoni *et al.*, 2013, Estudio nº 22 de MILK). Sin embargo, los costos indirectos frecuentemente representan una parte sustancial del costo de algunas emergencias, en especial en forma de ingresos perdidos y especialmente para personas que perciben un salario diario o que trabajan como propietarios de pequeños negocios. En un estudio llevado a cabo en Kamataka, India, los ingresos perdidos representaban una media cercana al 40 por ciento del costo de hospitalización para aquellos que tenían seguro (Magnoni *et al.*, 2012, Estudio nº 12 de MILK).

⁷ Las prestaciones se dividían en dos partes: una pequeña parte de la asistencia para los servicios funerarios (abonada en una media de 17 días a partir del fallecimiento) y una parte mayor del seguro de vida (abonado en una media de 82 días a partir del fallecimiento)..

Moindre recours aux stratégies dommageables

Los microseguros también pueden dar lugar a **menor dependencia de estrategias de financiación costosas** a raíz de una emergencia (De Bock and Ugarte Ontiveros, 2013). Si bien lo que se puede considerar costoso depende del contexto, y puede variar (véase el Recuadro 2), la venta de activos productivos para financiar una emergencia se puede considerar altamente costosa en casi todos los contextos. Tales ventas son frecuentemente ineficientes a corto plazo, cuando los activos se venden con un gran descuento debido a la presión del tiempo y cuando activos muy grandes se venden para cubrir

RECUADRO 2 ¿QUÉ ES UNA FINANCIACIÓN “ONEROSA”?

Las consecuencias de una estrategia de financiación en particular, y como resultado, el grado de carga o estrés que impone a un hogar de bajos ingresos, pueden variar dependiendo del contexto. A partir de los textos publicados sobre la trampa de la pobreza, Cohen y Sebstad (2005) y Morsink et al. (2011) proponen una categorización de las estrategias para afrontar una emergencia basada en el compromiso de activos específicos, la irreversibilidad de esas opciones de financiación y sus implicaciones para la actividad y el crecimiento futuros. Esta categorización se refiere al estrés o carga de varias estrategias de financiación a medio y largo plazo. Las siguientes son algunas de las estrategias de financiación más comunes, categorizadas de acuerdo con el nivel de carga que habitualmente imponen en el momento en que se usan, basándose tanto en textos publicados como en nuestra propia experiencia.

Reducción del gasto	Baja, cuando concierne gastos en artículos no esenciales, como productos de alimentación no básicos. Alta, cuando implica reducciones drásticas y/o prolongadas en la ingesta de alimentos, a niveles por debajo de lo que nutricionalmente es necesario, o sacar a los hijos de la escuela.
Venta de activos	Alta, cuando los activos vendidos son productivos. Media, para ventas o empeño de activos de consumo, cuando no se ve afectada la capacidad de obtención de ingresos, pero cuando su reposición requiere ahorrar durante un periodo de tiempo.
Ahorro	Media, porque si bien los ahorros en efectivo son fungibles, el recuperarlos puede ser difícil y requerir mucho tiempo cuando se han agotado.
Préstamo	Media, porque puede resultar costoso y/o ineficiente. Alta, si las personas se ven obligadas a dejar de pagar préstamos, o si las tasas de interés son altas..
Amigos y familiares	Media, en la medida en que los amigos y los familiares sean un recurso limitado, y teniendo en cuenta que recurrir a ellos una vez limita su disponibilidad en el futuro, o crea futuras obligaciones

costos relativamente limitados, porque no se dispone de ninguna otro recurso. En algunos estudios de *Client Math* se constató que la cobertura del seguro puede haber ayudado a los clientes a evitar la venta de activos. En los cuatro estudios de daños por inundación, solo el 3,8 por ciento de los costos de la inundación para los asegurados fue cubierto con venta de activos (en comparación con el 22,8 por ciento en el caso de los no asegurados).

En un estudio llevado a cabo en Kenia se comprobó que en los hogares asegurados había una probabilidad media de 22 a 36 puntos porcentuales menos de que recurrieran a una reducción de activos, mejorando con ello su capacidad de recuperación después de una sequía (Janzen y Carter, 2013). El estudio descubrió también que en los hogares asegurados había una probabilidad de 27 a 36 puntos porcentuales menos de anticipar una reducción en sus comidas que lo que era el caso en sus semejantes no asegurados, y que al mejorar la seguridad alimentaria durante una sequía, los hogares asegurados eran menos dependientes de la ayuda alimentaria y de otras formas de asistencia.

El microseguro ayuda también a proteger los activos humanos, al ayudar a los hogares a evitar recurrir a ellos innecesariamente. Algunos hogares responden a las emergencias sacando a los niños de las escuelas y obligándoles a trabajar – una estrategia altamente onerosa para hacer frente a las emergencias y que puede aumentar en gran medida la vulnerabilidad futura del hogar. Al actuar como instrumento financiero que cubre una parte del costo de una emergencia, los microseguros pueden reducir la dependencia de esta estrategia particularmente costosa. Landmann y Frolich (2013) constataron que la inclusión de todos los miembros de un hogar en un seguro de accidentes y salud dio como resultado una reducción de aproximadamente el 10 por ciento en la incidencia del trabajo infantil. Chakrabarty (2012) halló un resultado similar en Bangladesh, en el caso de hogares moderadamente pobres. Sin embargo, para los hogares más pobres, el seguro no fue suficiente por sí solo para reducir el trabajo infantil, y tuvo que combinarse con crédito a fin de que pudiera ejercer un cierto efecto sobre la incidencia del trabajo infantil.

En algunos casos, recurrir a un préstamo formal se puede considerar una estrategia onerosa, ya que la deuda puede ser costosa, ineficiente y hacer más vulnerables a futuras emergencias a las personas de bajos ingresos. Un buen número de estudios académicos han constatado que el seguro puede ayudar a los clientes a evitar el tomar préstamos cuando sufren una emergencia (Giné *et al.*, 2008; Levine y Polimeni, 2012). La investigación de Aggawal (2010) del plan *Yeshasvini* en la India comprobó que los subscriptores tomaban a préstamos de un 30 a un 36 por ciento menos para financiarse una operación que sus semejantes no asegurados, y que gastaban hasta



un 74 por ciento menos de otras fuentes, incluyendo ingresos y ahorros personales. De manera similar, una evaluación hecha por Morsink *et al.* (2012) de un plan de realojamiento tras un tifón en Filipinas halló que la cobertura del seguro mitigó la medida en que los tomadores de pólizas recurrieron a estrategias onerosas que incluyeron la venta de activos y la utilización de ahorros después de que los tifones dañaran sus casas.

Fomentar la inversión y la producción

Antes de que se produzca una emergencia, la cobertura de los microseguros puede inducir a los clientes a tomar decisiones financieras que definitivamente mejoren su bienestar, particularmente en el caso de la agricultura. En ausencia de instrumentos eficaces para la gestión del riesgo, los hogares de bajos ingresos “pagan” para gestionar estos riesgos mediante opciones de inversión más conservadoras. Por ejemplo, los hogares con menos capacidad de gestión del riesgo tienden a tomar decisiones conservadoras sobre los productos que cultivan, dedicando menos tierra a variedades de arroz y ricino de más alto rendimiento pero de más riesgo en la India (Morduch, 1995), más tierra a las patatas de bajo riesgo y bajo rendimiento en Tanzania (Dercon, 1996), y menos trabajadores al café de precio volátil en Uganda (Hill, 2009). El riesgo también puede hacer que los hogares se muestren reacios a acceder a mercados de crédito, por temor a las consecuencias si fueran incapaces de repagar el crédito. A su vez, esto limita su capacidad de uso de insumos de mayor valor. En Etiopía, por ejemplo, los hogares con menor capacidad para gestionar el riesgo de ingresos tienen menos probabilidades de aplicar fertilizantes de los que podrían disponer a crédito (Dercon y Christiaensen, 2011).

Cada vez existe más evidencia que confirma que los microseguros agrícolas ayudan a los agricultores a reducir la costosa mitigación del riesgo. En la India, Cole *et al.* (2011) ofrecieron un seguro gratuito a los agricultores y comprobaron que los agricultores asegurados tenían mayor capacidad de invertir en la producción de cultivos comerciales. En el norte de Ghana, Karlan *et al.* (2012) observaron que los agricultores asegurados incrementa-

ron en un 24 por ciento el gasto en productos químicos (principalmente fertilizantes), ampliaron en un 17 por ciento la superficie de tierra cultivada, y dedicaron una mayor parte de sus tierras a cultivos que eran más sensibles a la cantidad de lluvia. De forma similar, Chen *et al.* (2013) constataron que al alterar el momento de pago de la prima no solo se produjo una mayor demanda, sino que también se produjeron mayores inversiones entre los ganaderos de porcino en China.

2.2. Valor mediante una menor vulnerabilidad a mediano y largo plazo

Mediante la protección financiera previamente descrita, los microseguros pueden dar lugar a una reducción de la vulnerabilidad a mediano y largo plazo. Aunque el vínculo directo entre la cobertura del seguro y la reducción de la vulnerabilidad es difícil de demostrar, porque este cambio frecuentemente requiere un largo periodo de tiempo para producirse, la importancia de respaldar y preservar los recursos financieros que puedan usar las personas de bajos ingresos ha sido bien documentada. Los resultados que se esbozan más arriba ponen de relieve ejemplos importantes del valor que los microseguros pueden tener para reducir la vulnerabilidad de los hogares mediante la protección financiera.

Además de ayudar a los clientes a evitar algunas de las estrategias más onerosas, los microseguros pueden incentivar el uso de **mejores y más eficientes estrategias de financiación** después de que haya ocurrido una emergencia. En primer lugar, al cubrir una parte sustancial del costo, los microseguros pueden reducir el número de fuentes diferentes a las que una persona de bajos ingresos tenga que recurrir cuando viva una emergencia. En muchos estudios de *Client Math*, las personas aseguradas tendían a recurrir a menos estrategias de financiación que las no aseguradas. El uso de menos estrategias de financiación indica una menor probabilidad de recurrir a las estrategias más difíciles de sobrellevar. También puede aligerar la carga y el estrés de buscar y gestionar muchas fuentes de financiación diferentes en momentos ya de por sí difíciles y estresantes. En algunos casos, el seguro también puede fomentar el uso de estrategias de financiación que resulten difíciles a corto plazo pero que ultimadamente sean menos costosas a largo plazo. Un estudio que se llevó a cabo en Haití comprobó que después de sufrir graves daños por las inundaciones, los asegurados tenían más probabilidades de reducir el gasto a corto plazo mientras esperaban el pago de la indemnización de su seguro, mientras que los no asegurados recurrieron rápidamente a estrategias de financiación más ineficientes, tales como la venta de activos (Magnoni y Budzyna, 2013, Estudio n° 15 de MILK).

Al reducir la carga financiera después de un evento asegurado y reducir la dependencia de algunas estrategias

de financiación después de la conmoción, los microseguros pueden ayudar a **mantener el acceso del hogar a instrumentos de financiación en el futuro**. Por ejemplo, si no se agotan los ahorros para pagar la hospitalización, se sigue disponiendo de ellos para futuras necesidades. De manera similar, el no tener que recurrir a la familia o a las redes comunitarias también puede ayudar a conservar esas redes como recurso futuro. Los microseguros también pueden conservar el acceso al crédito, lo que puede desempeñar un papel crucial en la satisfacción de futuras necesidades del hogar. Al ayudar a evitar tanto una excesiva dependencia del crédito como la necesidad de amortizar préstamos pendientes después de una emergencia, los microseguros pueden ayudar a los clientes a evitar insoportable cargas de endeudamiento. En un estudio llevado a cabo en Colombia, el mayor valor de un producto residía en que mantenía el acceso al crédito después de inundaciones. El 66 por ciento de las prestaciones de ese seguro se empleó para el reembolso de deuda (Magnoni y Poulton, 2013, Estudio n° 18 de MILK). En un estudio de seguro de desgravamen en Camboya, la cancelación de un préstamo después del fallecimiento de un miembro de la familia desempeñó un papel crucial al permitir que aquel hogar gestionara la deuda viva restante que no estaba cubierta por el seguro. Los asegurados pudieron atender el servicio de la totalidad de esta deuda, mientras que los no asegurados solo pudieron atender el 69 por ciento de ella (Budzyrna y Chandani, 2013, Estudio n° 20 de MILK).

Los microseguros también pueden dar lugar a una menor vulnerabilidad al *mantener los niveles de ingresos* del hogar de diferentes maneras. En primer lugar, ayudan a los hogares a evitar las estrategias más onerosas que reducen la capacidad de obtención de ingresos, tales como la venta de activos productivos y sacar de la escuela a los hijos. En segundo lugar, fomenta las inversiones productivas en ausencia de una emergencia, y estas inversiones mantienen los ingresos del hogar. Finalmente, los mejores indicadores de salud que se describen más abajo pueden ayudar indirectamente a conservar la capacidad de los clientes para generar ingresos, manteniendo los ingresos del hogar y dejándole mejor preparado para afrontar futuras emergencias.

2.3. Valor mediante una mejor salud

Los microseguros de salud pueden tener valor, ya que dan lugar a mejores indicadores de salud, al proveer una herramienta que permite financiar los gastos de salud, y al crear incentivos de comoprtamiento para modificar hábitos de salud.

Acceso

Al ofrecer un instrumento para financiar el costo de los servicios de salud, el seguro puede facilitar el **acceso a**

una asistencia de salud de calidad a una población que de otro modo usaría servicios de menor costo e inferior calidad, o prescindiría en absoluto de la asistencia. Por ejemplo, en su evaluación del NCMS de China, Lei y Lin (2009) constataron que los miembros asegurados acudían con menor frecuencia a doctores tradicionales chinos. De igual manera, Wang *et al.* (2009) apuntó que la pertenencia a el plan de Salud Rural Mutualista de China redujo en casi dos tercios la probabilidad de que las personas recurrieran a la automedicación cuando caían enfermas. Los titulares de una póliza de los programas de Equity Initiative en Mali buscaron asistencia moderna para el tratamiento de fiebres 1,7 veces más que sus semejantes no asegurados (Franco *et al.*, 2008). Bina-gwaho *et al.* (2012) constataron que los niños cubiertos por el seguro de salud en Ruanda tenían de un 16 a 29 por ciento más de probabilidades de recibir tratamiento en instalaciones de salud modernas o por un personal bien formado cuando caían enfermos, que aquellos niños que no estaban asegurados. De modo similar, el Instituto de Ámsterdam para el Desarrollo Internacional (AIID, por sus siglas en inglés) comprobó que el seguro duplicaba el uso de instalaciones modernas y aumentaba el uso de instalaciones privadas en un 150 por ciento en Nigeria (Gustafsson-Wright *et al.*, 2013). En un estudio que se llevó a cabo en Karnataka, India, los pacientes asegurados tendían a ser de un estatus socioeconómico bajo que los pacientes no asegurados que usaban las mismas instalaciones privadas, lo que daba a entender que sin seguro habría sido improbable que esos clientes accedieran al mismo nivel de asistencia (Magnoni *et al.*, 2012, Estudio n° 12 de MILK).

Sin embargo, el acceso a una asistencia más costosa o diferente no implica necesariamente un acceso a asistencia de calidad superior. Wagstaff y Lindelow (2008) abordan este asunto en el contexto de China, donde los proveedores de asistencia de salud tienen incentivos financieros para favorecer asistencia de alta tecnología en lugar de recurrir a asistencia básica, lo cual puede dar lugar a que los proveedores se excedan en el tratamiento. El estudio constató también que el seguro aumenta las probabilidades de que los clientes busquen asistencia en instalaciones de nivel superior (pero no necesariamente de calidad superior). Fitzpatrick *et al.* (2011), no obstante, hallaron evidencias de que el seguro de salud de la seguridad social en Nicaragua no aumentaba el derroche en el consumo médico: los niños que estaban asegurados pero no enfermos en principio hacían menos visitas a todos los proveedores que aquellos que no estaban asegurados pero no enfermos.

Utilización de los servicios de salud

Los microseguros pueden incentivar también a una mayor utilización de los servicios de salud (Radermacher *et al.*, 2012). Polonsky *et al.* (2009) constataron que los

miembros de nueve planes armenios gestionados por Oxfam acudían a las instalaciones de salud con una frecuencia 3,5 veces mayor que las personas no aseguradas. En el caso de la Fundación CARE en India, el acceso a los asistentes comunitarios de salud de incentivó visitas más frecuentes a los servicios, lo que dio lugar a una identificación más temprana de enfermedades e ingresos más oportunos en los hospitales (Mahal *et al.*, 2013). Además de las ventajas para la salud, ese tratamiento temprano también puede minimizar el costo total del tratamiento. El estudio de la Fundación CARE constató que los miembros asegurados pasaban menos días en el hospital e incurrían en menores desembolsos por gastos de hospitalización. Datos empíricos de planes con servicios gratuitos o con descuento para servicios ambulatorios indican que brindar este acceso da lugar a un menor uso de servicios de hospitalización, lo que da como resultado ahorro de costos. Una evaluación de Swayam Shikshan Prayog (SSP) en la India descubrió que la proximidad a las consultas ambulatorias se asociaba con tasas inferiores de hospitalización. Las poblaciones que contaban con una clínica de servicios ambulatorios tenían tasas de hospitalización 50 por ciento inferiores que las de las poblaciones cuya clínica más cercana estaba a 2 km de distancia (Pott y Holtz, 2013).

Sin embargo, el aumento de la utilización se limita por lo general al uso de aquellos servicios cubiertos por el seguro. Si no está cubierta, frecuentemente se prescinde de la asistencia preventiva o de seguimiento. En un estudio del seguro de hospitalización de Grameen Koota, en la India, el médico recomendaba la readmisión al 30 por ciento de los asegurados y al 14 por ciento de los no asegurados, pero solamente el 23 por ciento de aquellos para los que se recomendaba la readmisión eran efectivamente readmitidos. No obstante, cuando los médicos recomendaban visitas de seguimiento, que estaban incluidas en la cobertura del seguro, los pacientes asegurados acudían a esas visitas con mayor regularidad (33 por ciento, en comparación con el 14 por ciento de los no asegurados) (Magnoni *et al.*, 2012, Estudio n° 12 de MILK). De igual manera, en una revisión de planes en Ghana, Mali y Senegal, Smith y Sulzbach (2008) descubrieron que la afiliación influía muy notablemente en la conducta de búsqueda de asistencia de salud maternal cuando los servicios aplicables estaban cubiertos como prestaciones del seguro.

La cobertura del microseguro también puede incentivar a los clientes a buscar antes asistencia médica una vez que han caído enfermos. En un estudio en Tanzania, los pacientes asegurados esperaron tres días en promedio desde que se sintieron enfermos y acudieron a una consulta para recibir asistencia ambulatoria, mientras que los no asegurados esperaron cinco días en promedio (Magnoni *et al.*, 2013, Estudio n° 22 de MILK). Sin embargo, Levine y Poloimeni constataron que el programa de microsalud SKY en Camboya no incentivó a

las personas aseguradas a buscar asistencia con mayor rapidez, ni redujo las probabilidades de que renunciaran a la asistencia. El desigual resultado posiblemente podría explicarse por diferencias en la accesibilidad a los servicios en sí. Esto se analiza con mayor grado de detalle en el Estudio n° 2 de esta serie.

Indicadores de salud

Finalmente, las mejoras generadas por la cobertura del seguro en cuanto al cambio de hábitos de salud y que esta sea de calidad se pueden traducir a mejores indicadores de salud (Wagstaff y Pradhan, 2005; Agganwal, 2010; Dror *et al.*, 2005; Hamid *et al.*, 2010; Wang *et al.*, 2009). No obstante, la evidencia disponible sobre mejoras en el estado de salud como resultado directo de la cobertura del microseguro son limitados, y otros estudios no han podido encontrar mejoras en los indicadores de salud (p. ej., Fitzpatrick y Thornton, 2011). Esta falta de evidencia se debe parcialmente, a la dificultad de la medición del estado de salud y al horizonte temporal de largo plazo durante el cual ocurren estos cambios. Un estudio llevado a cabo en Kenia durante dos años evidenció que aunque cambiara la conducta en cuanto a la búsqueda de los servicios de salud, los indicadores de salud no eran significativamente diferentes entre los grupos de control y de tratamiento (Dercon *et al.*, 2012). Aunque los indicadores de salud son difíciles de demostrar, frecuentemente se pueden inferir de los resultados que se han comentado anteriormente, combinados con investigaciones que vinculan esos resultados (buscar la asistencia anticipadamente, con más frecuencia y en mejores instalaciones) con mejores indicadores de salud en otros contextos. Por ejemplo, Amexo *et al.* (2004) constataron que la demora en el tratamiento y el autodiagnóstico de la malaria dieron lugar a peores indicadores de salud entre las personas de bajos ingresos. Este hallazgo, combinado con estudios de microseguros que demuestran cómo incrementos en la utilización de instalaciones de salud e incentivos al tratamiento anticipado, constituyen evidencia de que la cobertura de los microseguros puede dar lugar mejores indicadores de salud.

3. CONCLUSIÓN

Puede haber valor en los microseguros, pero este valor es tan limitado e imperfecto como los productos de microseguro mismos. La cobertura de los microseguros tiene impactos positivos en cuanto a protección financiera, menor vulnerabilidad y mejor salud; sin embargo, no siempre tiene todos

estos impactos y, además, los genera en grados variables. Incluso los productos de microseguro con más valor sólo desempeñan un papel limitado al momento de afrontar el riesgo. Dada la diversidad de instrumentos disponibles para los hogares de bajos ingresos, este papel limitado parece ser el más adecuado que los microseguros pueden desempeñar. Sin embargo, estas limitaciones dan lugar a importantes concesiones en el diseño del producto. La siguiente y obvia pregunta es sobre qué características del producto y sus procesos dan lugar al mayor valor. La pregunta se aborda en el Estudio 2 de esta serie. Mejorar los insumos y los resultados mejorará el impacto, por lo que comprender el efecto de innovaciones específicas en los productos y su tramitación es un factor crítico. Esto puede ayudar a comprender qué clientes se benefician de qué innovaciones, y también cómo y en qué medida se benefician, orientando así las decisiones que se tomen a fin de ayudar a maximizar el valor para el cliente.

REFERENCIAS

- Aggarwal, A. 2010. *Impact evaluation of India's 'Yeshasvini' community-based health insurance programme*. Health Economics, 19, pp. 5-35.
- Amexo, M.; Tolhurst, R.; Barnish, G.; Bates, I. 2004. "Malaria misdiagnosis: effects on the poor and vulnerable." The Lancet, 364, pp. 1896-1898.
- Attanasio, O.; Rios-Rull, J. 2000. *Consumption smoothing in island economies: Can public insurance reduce welfare?* European Economic Review, 44, pp. 1259-79.
- Budzyna, L.; Chandani, T.; Magnoni, B. 2013. MILK Brief 24: "Doing the Math" – Health insurance and chronic disease in Nigeria. (Appleton, WI, Etats-Unis, MicroInsurance Centre).
- Budzyna, L., Chandani, T. 2013. MILK Brief 20: "Doing the Math" – Loan protection insurance in Cambodia. (Appleton, WI, Etats-Unis, MicroInsurance Centre).
- Brainard, L. 2008. *What is the role of insurance in economic development?* (Zurich, Zurich Financial Services).
- Binagwaho, A.; Hartwig, R.; Ingeri, D. Makaka, A. 2012. *Mutual health insurance and its contribution to improving child health in Rwanda*. Technical report, Passauer Diskussions papiere: Volkswirtschaftliche Reihe.
- Case, A.; Garrib, A.; Menendez, A.; Olgati, A. 2008. *Paying the piper: The high cost of funerals in South Africa*. NBER Working Paper 14456.
- Chankova, S.; Sulzbach, S.; Diop, F. 2008. *Impact of mutual health organizations: Evidence from West Africa*. Health Policy and Planning, Vol. 23, pp. 264-276.
- Chakrabarty, S. 2012. *Does microcredit increase child labour in absence of micro insurance?* Fonds pour l'innovation en micro-assurance, Research Paper 12.
- Cohen, M.; Sebstad, J. 2005. "Reducing vulnerability: The demand for microinsurance", in Journal of International Development, Vol. 17, No. 3, pp. 397-474.
- Cole, S. A.; Giné, X.; Vickery, J. I. 2011. *How does risk management influence production decisions? Evidence from a field experiment*.
- Collins, D.; Morduch, J.; Rutherford, S.; Ruthven, O. 2010. *Portfolios of the poor: How the world's poor live on \$2 a day*. (Princeton, NJ, Princeton University Press).
- De Bock, O. and Ugarte Ontiveros, D. 2013. *Literature review on the impact of microinsurance*, Research Paper No. 325, Fonds pour l'innovation en micro-assurance
- Dercon, S. 1996. *Risk, crop choice and savings: Evidence from Tanzania*. Economic Development and Cultural Change, Vol. 44, pp. 385-514.
- Dercon, S. et al. 2012. *Rainfall insurance and informal groups: Evidence from a field experiment with funeral societies in Ethiopia*.
- Dercon, S.; Christiaensen, L. 2011. *Consumption risk, technology adoption, and poverty traps: Evidence from Ethiopia*. Journal of Development Economics, Vol. 96, pp. 159-173.
- Dercon, S.; Krishnan, P. 2003. *Risk sharing and public transfers*. The Economic Journal, 113, C86-C94.
- Dror, D. M. Et al. 2005. *Field based evidence of enhanced health-care utilization among persons insured by micro health insurance units in Philippines*. Health Policy, Vol. 73, pp. 263-271.
- Fitzpatrick, A.; Thornton, R. L. 2011. *Health insurance effects among Nicaraguan children*. Working paper. Disponible à l'adresse: <http://paa2011.princeton.edu/papers/111753>.
- Fitzpatrick, A.; Magnoni, B.; Thornton, R. 2011. *Microinsurance utilization in Nicaragua: A report on the effects on children, retention, and health claims*. Research Paper No. 5. Fonds pour l'innovation en micro-assurance.
- Franco, L. M. et al. 2008. *Effects of mutual health organizations on use of priority healthcare services in urban and rural Mali: A case-control study*. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, Vol. 86, pp. 830-838.
- Giné, X.; Townsend, R.; Vickery, J. 2008. *Patterns of rainfall insurance participation in rural India*. World Bank Economic Review, Vol. 22, pp. 539-566. doi:10.1093/wber/lhn015.
- Gumber, A. 2001. *Hedging the health of the poor: The case for community financing in India*. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. (Washington, D.C, Banque mondiale).
- Gustafsson-Wright, E. et al. 2013. *A short-term impact evaluation of the health insurance Fund Program in Central Kwara State, Nigeria*. AIID
- Hamid, S. A.; Roberts, J.; Mosley, P. 2010. *Evaluating the health effects of micro health insurance placement: Evidence from Bangladesh*. Sheffield Economic Research Paper Series No. 2010009.
- Hintz, M. 2010. "Social impact assessment of compulsory credit-life insurance". In Morelli, E. et al. (eds.) *Microinsurance: An innovative tool for risk and disaster management*. (Davos, Suisse: Global Risk Forum). pp. 109-136. Disponible à l'adresse: papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1645135.

- Hougaard, C.; Chamberlain, D. 2011. *Funeral insurance*. Microinsurance Paper No. 10. (Genève, Bureau international du travail).
- Jütting, J. 2004. *Do community-based health insurance schemes improve poor people's access to healthcare? Evidence from rural Senegal*. World Development, Vol. 32, pp. 273-88.
- Karlan, D. Et al. 2012. *Agricultural decisions after relaxing credit and risk constraints*. Research paper no. 23. Genève, Bureau international du travail).
- Hill, R. V. 2009. *Using stated preferences and beliefs to identify the impact of risk on poor households*. Journal of Development Studies, Vol. 45, pp. 151-171.
- Landmann, A.; Frölich, M. 2013. *Can microinsurance help prevent child labour? An impact evaluation from Pakistan*.
- Lei, X.; Lin, W. 2009. *The New Cooperative Medical Scheme in rural China: Does more coverage mean more service and better health?* Health Economics, 18, S25-S46.
- Levine, D.; Polimeni, R. 2012. *Insuring health or insuring wealth? An experimental evaluation of health insurance in rural Cambodia*.
- Magnoni, B.; Zimmerman, E. 2011. *Do clients get value from microinsurance? A systematic review of recent and current research*. (Appleton, WI, Etats-Unis, MicroInsurance Centre).
- Magnoni, B. et al. 2013. MILK Brief 22: *"Doing the Math" – Out-patient health insurance in Tanzania*. (Appleton, WI, Etats-Unis, MicroInsurance Centre).
- Magnoni, B.; Zimmerman, E.; Chandani, T. 2012. MILK Brief 12: *"Doing the math" in Karnataka, India*. (Appleton, WI, Etats-Unis, MicroInsurance Centre).
- Magnoni, B.; Budzyna, L. 2013. MILK Brief 15: *"Doing the Math" – Catastrophe insurance in Haiti*. (Appleton, WI, Etats-Unis, MicroInsurance Centre).
- Poulton, D.; Magnoni, B. 2013. MILK Brief 16: *"Doing the math" – Life microinsurance in Mexico*. (Appleton, WI, USA, MicroInsurance Centre).
- Magnoni, B. et al. 2012. MILK Brief 13: *"Doing the Math" – Funeral and life microinsurance in India*. Appleton, WI: The MicroInsurance Centre.
- Poulton, D., Magnoni, B., McCord, M. 2013. MILK Brief 27: *Doing the Math – Funeral insurance and speedy claims in the Philippines*. (Appleton, WI, USA, MicroInsurance Centre).
- Magnoni, B.; Poulton, D. 2013. MILK Brief 28: *"Doing the Math" – Women's health microinsurance in Guatemala*. (Appleton, WI, MicroInsurance Centre).
- Magnoni, B.; Poulton, D. 2012. MILK Brief 8: *"Doing the Math" – Cashless funeral microinsurance in Colombia*. (Appleton, WI, USA, MicroInsurance Centre).
- Magnoni, B.; Chandani, T. 2012. MILK Brief 11: *"Doing the Math" – Health microinsurance in Maharashtra, India*. (Appleton, WI, USA, MicroInsurance Centre).
- Magnoni, B.; Poulton, D. 2013. MILK Brief 18: *"Doing the Math" – Property microinsurance in coastal Colombia*. (Appleton, WI, USA, MicroInsurance Centre).
- Mahal, A. et al. 2012 *What is a health card worth? An evaluation of an outpatient health insurance product in rural India*. Research Paper 30 (Genève, Bureau international du travail).
- Matul, M.; Dalal, A. 2013. *Why people do not buy microinsurance and what can we do about it*. Microinsurance Paper 20. (Genève, Bureau international du travail).
- Morduch, J. 1995. "Income smoothing and consumption smoothing", in *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 9, No. 3, pp. 103-114.
- Morsink et al. 2012 *Impact of micro insurance on vulnerability of low income households in the Philippines: the case of typhoon re-housing insurance*. Working Paper. Disponible à l'adresse: <http://www.rug.nl/research/globalisation-studies-groningen/research/conferencesandseminars/conferences/eumicrofinconf2011/papers/11b.morsink-geurts-kooijmanvandijk.pdf>.
- Pott, J. Holtz, J. 2013. *Value-added services in health microinsurance*. Microinsurance Paper 19. (Genève, Bureau international du travail).
- Radermacher, R.; McGowan, H.; Dercon, S. 2012. *What is the impact of microinsurance?* Chapitre 3 du Microinsurance Compendium Vol II.
- Ranson, M. K. 2001. *The impact of SEWA's Medical Insurance Fund on hospital utilization and expenditure: A household survey*. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. (Washington D.C., World Bank).
- Schneider, P.; Diop, F. 2001. *Synopsis of results on the impact of community-based health insurance on financial accessibility to healthcare in Rwanda*. Health, Nutrition and Population Family Discussion Paper. (Washington D.C., World Bank).
- Sepehri, A.; Sarma, S.; Simpson, W. 2006. *Does non-profit health insurance reduce financial burden? Evidence from the Vietnam living standards survey panel*. Health Economics, 15(6), pp. 603-616.
- Smith, K. V.; Sulzbach, S. 2008. *Community-based health insurance and access to maternal health services: Evidence from three West African countries*. Social Science and Medicine, Vol. 66, pp. 2460-2473.
- Wagstaff, A. et al. 2009. *Extending health insurance to the rural population: An impact evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme*. Journal of Health Economics, Vol. 28, pp. 1-19.
- Wagstaff, A.; Lindelow, M. 2008. *Can insurance increase financial risk? The curious case of health insurance in China*. Journal of Health Economics, Vol. 27, pp. 990-1005.
- Wagstaff, A.; Pradhan, M. 2005. *Health insurance impacts on health and nonmedical consumption in a developing country*. World Bank Policy Research Working Paper 3563. (Washington, D.C., World Bank).
- Wang H. et al. 2009. *The impact of rural mutual healthcare on health status: Evaluation of a social experiment in rural China*. Health Economics, 18, S65-S82.

For more information:

Microinsurance Innovation Facility
International Labour Organization
www.ilo.org/microinsurance
microinsurance@ilo.org

Microinsurance Learning and Knowledge (MILK) project
Microinsurance Centre
www.microinsurancecentre.org
mjmcord@microinsurancecentre.org