

DIAGNÓSTICO Y ESTRATEGIA PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS DE MICROSEGUROS EN CENTROAMÉRICA

**Preparado para Hivos
Por Alexandra Tuinstra, CDR**

20 de octubre del 2007

Tabla de Contenido

| | |
|--|-----------|
| Tabla de Contenido..... | 3 |
| Abreviaturas..... | 4 |
| Introducción..... | 5 |
| Marco conceptual..... | 6 |
| <i>Acceso a servicios.....</i> | <i>6</i> |
| <i>Modelos en la provisión de microseguros.....</i> | <i>6</i> |
| <i>Conceptualización de terminología.....</i> | <i>8</i> |
| <i>Consideraciones metodológicas.....</i> | <i>9</i> |
| Contexto centroamericano..... | 11 |
| <i>Mercado.....</i> | <i>12</i> |
| <i>Modelos en la oferta de microseguros.....</i> | <i>13</i> |
| <i>Productos.....</i> | <i>13</i> |
| Microseguros de salud..... | 15 |
| <i>Acceso a seguros médicos tradicionales (públicos, semi-privados, privados).....</i> | <i>15</i> |
| <i>Oferta actual de microseguros de salud.....</i> | <i>17</i> |
| Lecciones aprendidas..... | 25 |
| <i>Desafíos.....</i> | <i>25</i> |
| <i>Diseño de un microseguro de salud.....</i> | <i>27</i> |
| Conclusiones y recomendaciones..... | 30 |
| Documentos consultados..... | 36 |
| Anexos..... | 39 |
| <i>Anexo 1: Agenda de Misión.....</i> | <i>39</i> |
| <i>Anexo 2: Lista de contactos importantes.....</i> | <i>40</i> |
| <i>Anexo 3: Guía entrevista semi-estructurada</i> | <i>42</i> |

Abreviaturas

| | |
|-----------|--|
| ADIM | Asociación Alternativa para el Desarrollo Integral de las Mujeres |
| AHONPLAFA | Asociación Hondureña de Planificación Familiar |
| AIG | American International Group, reaseguradora internacional |
| ASAPROSAR | Asociación Salvadoreña Pro-Salud Rural |
| ASOMI | Asociación de Organizaciones de Microfinanzas (El Salvador) |
| ASOMIF | Asociación Nicaragüense de Instituciones Microfinancieras |
| CARUNA | Cooperativa de Ahorro y Crédito- Caja Rural Nacional R.L. |
| CETZAM | Christian Enterprise Trust Zambia |
| COAC | Cooperativas de Ahorro y Crédito |
| FACACH | Federación de Cooperativas de Ahorro y Crédito de Honduras |
| FADEMYPE | Fundación Para El Autodesarrollo De La Micro Y Pequeña Empresa |
| FDL | Fondo de Desarrollo Local |
| FEDECACES | Federación de Asociaciones Cooperativas de Ahorro y Crédito de El Salvador de R.L. |
| FJN | Fundación José Nieborowski |
| FODEM | Fondo de Desarrollo para la Mujer |
| FOSALUD | Fondo Solidario para la Salud (El Salvador) |
| FUNED | Fundación para el Desarrollo de Honduras |
| IHSS | Instituto Hondureño de Seguridad Social |
| IMF | institución microfinanciera |
| INAFI-LA | Red Alternativa Internacional de Instituciones Financieras-América Latina |
| INISER | Instituto Nicaragüense de Seguros y Reaseguros |
| INSS | Instituto Nacional de Seguro Social |
| ISSS | Instituto Salvadoreño de Seguridad Social |
| ODEF-OPDF | Organización de Desarrollo Empresarial Femenino- Organización Privada de Desarrollo Financiero |
| OMT | Organización Mundial del Trabajo |
| ONG | organización no-gubernamental |
| PVVS | Personas viviendo con VIH/SIDA |
| REDCAMIF | Red Centroamericana de Microfinanzas |
| REDMICROH | Red de Instituciones de Microfinanzas de Honduras |
| SAN | Stop Aids Now |
| SISA | Seguros e Inversiones, S.A. |

Introducción

Este documento presenta los resultados del estudio llevado a cabo por el Centro de Estudios para el Desarrollo Rural (CDR)¹, a solicitud y con la colaboración de Hivos. El objetivo del mismo es de proporcionar los insumos y las recomendaciones necesarias para la elaboración de una estrategia de implementación de oferta de microseguros de salud en la región centroamericana. Estos insumos provienen de un diagnóstico de las experiencias actuales en el ofrecimiento de productos de microseguros, sus aspectos exitosos y necesidades de fortalecimiento, un sondeo de los actores potenciales participantes en un proyecto piloto y un análisis de los posibles modelos y herramientas para la oferta de un microseguro de salud en el contexto centroamericano. El estudio se centró en tres países de la región: Nicaragua, Honduras y El Salvador, dado la existencia de casos de oferta de microseguros y los vacíos en los sistemas de cobertura social convencional.

El mensaje de este informe es cautelosamente optimista. El concepto de microseguros para cubrir riesgos de salud es relativamente nuevo para todos los actores involucrados, desde las compañías aseguradoras, hasta las organizaciones intermediarias y los clientes finales. Los proyectos piloto que existen son escasos y recientes y los resultados hasta la fecha no han sido necesariamente positivos. Sin embargo, las experiencias han brindado una riqueza de lecciones aprendidas valiosas para el presente estudio, tanto como para las organizaciones que siguen afinando sus abordajes del tema, comprometidas con reducir la vulnerabilidad de sus socios y clientes.

El informe está compuesto por cinco secciones. La primera sección destaca las premisas bajo las cuales se elaboró el estudio y las principales consideraciones metodológicas. La segunda sección presenta el contexto centroamericano en el marco del estudio, dando un resumen del mercado potencial para los microseguros y la oferta actual de servicios de salud en cada contexto nacional. La sección tres entra en más detalle sobre los actores y las experiencias existentes en la oferta de microseguros de salud en los tres países incluidos en el estudio. Esta es seguida por un resumen de las lecciones aprendidas de las experiencias centroamericanas y otras experiencias a nivel mundial cuyos resultados brindan insumos importantes. Finalmente, las conclusiones y recomendaciones indican las consideraciones más importantes sobre la forma, los canales y los productos en la intervención en microseguros de salud.

Nota sobre la identidad de las instituciones

Este informe describe y analiza las experiencias que han tenido diversas instituciones, sobre todo microfinancieras, en la implementación de microseguros de salud. Originalmente preparado para uso interno en Hivos, el contenido de este informe tiene relevancia para un público más amplio. Por respeto a las instituciones que compartieron sus experiencias con la consultora y dada la sensibilidad vinculada a la competitividad

¹ El Centro de Estudios para el Desarrollo Rural es una fundación dedicada a la investigación aplicada para el apoyo a la intervención pública y privada. www.cdr.or.cr

del sector, en la preparación del informe para su publicación, se ha hecho un esfuerzo por proteger la identidad de estas instituciones. En la sección *Oferta actual de microseguros de salud* se han reemplazado los nombres de las IMF por códigos, como por ejemplo IMF A.

Marco conceptual

Acceso a servicios

El derecho a la salud es un derecho humano básico y una necesidad que no se está satisfaciendo, principalmente entre las personas más vulnerables del mundo y la región. Este estudio parte de este hecho y el deseo de reducir la vulnerabilidad de las personas de más escasos recursos que no tienen acceso a servicios adecuados de seguros básicos. Las tendencias económicas que han dominado en la región en las últimas cinco décadas han llevado a una reducción constante del estado, ente cargado con la responsabilidad de velar por tales derechos básicos. La disminución del papel del mismo ha dejado vacíos donde las organizaciones no-gubernamentales (ONG), entre otras, han llegado a ofertar servicios de los que los más vulnerables han sido excluidos bajo los modelos económicos predominantes. Este estudio se basa en el deseo de llenar en lo posible algunos vacíos, reduciendo la vulnerabilidad que agrava la pobreza. Sin embargo, es importante reconocer que las “[. . .] ONG no reemplazan el papel del estado en áreas cruciales, como servicios de salud básica y educación. ” (INTRAC, 1998), como confirma este estudio, lo cual no quiere decir que las ONG no pueden, y deben, seguir asumiendo un papel activo en mejorar el acceso a estos servicios básicos donde existen vacíos.

El principal propósito del seguro es la reducción de riesgo y existe una gran diversidad de riesgos que se pueden asegurar. Es una práctica común entre las instituciones microfinancieras (IMF) asegurar el saldo deudor; esto protege tanto a la familia como a la IMF. Sin embargo, también hay experiencias de seguros de vida que cubren gastos funerarios del cliente. Algunas organizaciones en la región están evaluando la posibilidad de asegurar a sus clientes contra incapacidad laboral por accidentes generales y laborales. Otras han incursionado más allá del ámbito de accidentes al seguro de salud. El tema del seguro de salud se puede abordar por dos componentes: el acceso a ayuda médica en caso de emergencia o enfermedad y medidas de prevención por otro lado. El seguro médico es altamente especializado e implica costos y riesgos elevados para todos los actores involucrados. Otro tipo de seguro importante para el grupo meta en cuestión es el seguro contra pérdida de cosecha, un seguro en el que pocas organizaciones han trabajado. Este estudio espera explorar en más detalle el estado actual de este seguro en la región y sus implicaciones.

Modelos en la provisión de microseguros

Así como oferentes de microfinanzas buscan el equilibrio entre el alcance, el impacto y la sostenibilidad de su producto, se puede decir que en la oferta de microseguros es necesario mantener un “triángulo de microseguros” de alta eficiencia para poder ofrecer una buena cobertura y mantener los costos bajos—tanto para el cliente como para la aseguradora. Con niveles deficientes de eficiencia, la reducción de cobertura es la única forma de mantener el costo de la prima accesible (McCord y Roth, 2007).

Se han desarrollado diferentes modelos institucionales en la búsqueda de este equilibrio. Cuatro modelos básicos se destacaron en la Conferencia de Microseguros del 2005 en la que participó, entre otros, Hivos. Cada modelo tiene un grado diferente de distancia entre el asegurado y la aseguradora o reaseguradora.

Modelo Socio-agente

El asegurado y la compañía aseguradora tienen contacto únicamente a través de la IMF, quien le compra los servicios a la compañía aseguradora y se los vende al asegurado. La IMF funge de intermediaria entre el ente vendedor de seguros y el cliente final. Este es el modelo más comúnmente empleado en Centroamérica y se usa para la provisión de seguros de saldo-deudor y de vida.

Modelo de mutuales

La cooperativa o caja (de la cual los asegurados son dueños) es parte de una asociación nacional de cooperativas. La asociación supervisa la caja y recibe servicios especiales para miembros de una compañía aseguradora. La asociación es dueña de la compañía aseguradora, por lo que las cooperativas y sus socios también lo son. La cooperativa le paga la prima del seguro a la compañía aseguradora, quien le vende productos que, por estar basados en criterios cooperativos, son socializados. Diferentes variantes de este modelo se implementan en Honduras y El Salvador, a través de las cooperativas federadas.

Venta directa al asegurado

La compañía aseguradora vende microseguros directamente a través de un agente de seguros propio. Este modelo implica un alto costo para la aseguradora, lo que se transmite al asegurado.

Modelo Comunitario

Se crea una organización de asegurados, quienes negocian servicios médicos con los centros de salud (hospitales, clínicas) a través de una federación o unión, que también le ofrece asistencia técnica a la organización.

Además de los cuatro modelos básicos, existen variaciones adicionales. En algunos casos, la empresa aseguradora le alquila todos sus derechos y licencias a una IMF, la cual “absorbe” el papel de la aseguradora mediante un contrato en la que se hace responsable de las ganancias y pérdidas. Se trata de un “outsourcing” invertido, y aunque no es muy común es una de las formas de evitar el problema de las licencias y la regulación. No se conocen casos de este modelo en Centroamérica, ya que los marcos legales lo dificultan y la experiencia de cooperación entre IMF y aseguradoras es bastante limitada. Algunas IMF vinculan el producto de seguro a otros productos, como el ahorro. Esto facilita el cobro de la prima. Otro modelo es el de la creación de una “IMS,” Instituto de Microseguros, en la que una organización negocia una diversidad de productos con varios aseguradores para ofrecer microseguros.

Este estudio abordará tanto los diferentes tipos de seguro—su oferta, potencial, y necesidad, como los modelos—las ventajas y desventajas—para su implementación. El énfasis es en seguros de salud; sin embargo, se presentarán ejemplos de diferentes tipos de microseguros ofertados y las estructuras bajo las cuales se organizan, ya que

estos proveen lecciones aprendidas para el tema de interés principal de este informe, los seguros de salud.

Conceptualización de terminología

“El microseguro es la protección de personas de bajos ingresos contra peligros específicos a cambio por el pago de primas proporcionales a la probabilidad y el costo del riesgo.” (CGAP, 2003). A esta definición se le puede agregar que las primas deben ser proporcionales a la capacidad de pago de los clientes.

Un microseguro tiene diferentes características claves a tomar en cuenta al analizar o diseñar el producto. Todos los factores inciden tanto en el asegurado como en la aseguradora, directamente o indirectamente. Por ejemplo, un producto de incidencia relativamente baja, como lo es un seguro de vida (solo se desembolsa el monto asegurado por cliente una vez, y el número de desembolsos relativo a la cartera total de asegurados es relativamente bajo), es menos costoso para la aseguradora, lo cual se refleja en la prima para el asegurado. Sin embargo, se puede distinguir entre los atributos del seguro que se perciben directamente por el asegurado y aquellos que debe de tomar en cuenta la aseguradora a la hora de diseñar o negociar el producto.

Tabla 1. Principales características de un seguro

| De incidencia directa en el asegurado | |
|--|--|
| Obligatorio o voluntario | Determina si el seguro se vende automáticamente “amarrado” a otro servicio, por ejemplo un crédito, o si su adquisición es independiente de otros servicios/productos. |
| Prima | El costo del seguro, pagado en períodos regulares a la aseguradora, normalmente por el asegurado. |
| Cuotas de pago de la prima | Frecuencia y distribución de pago. Puede ser por año, mes, quincena, semana, etc. |
| Cobertura | Los servicios que cubre el seguro, los beneficios que percibe el asegurado. |
| Plazo de cobertura | El tiempo por el que el asegurado puede beneficiarse del seguro. Normalmente es igual a los plazos de pago de la prima. |
| Deducible (%) | Algunas pólizas estipulan que el asegurado debe cubrir un porcentaje de los costos (por ejemplo de una consulta médica) de cada instancia en el que acude a la cobertura del seguro. |
| Cubre titular o titular y dependientes | Una póliza puede ser personal o puede cubrir a los dependientes del titular a nombre del cual está el seguro. |
| De incidencia directa en la aseguradora | |
| Siniestros | La incidencia de siniestros es la frecuencia con la que la aseguradora debe cubrir gastos asegurados. Por ejemplo, la tasa de mortalidad en el caso de un seguro de vida. Denomina el grado de riesgo. |

| | |
|--------------------|---|
| Costo | El costo al que incurre la aseguradora por siniestros y por sus alianzas con proveedores (como hospitales, funerarias, bancos, etc.). |
| Volumen | El número de asegurados en una cartera, por un producto. |
| Rentabilidad | El seguro es rentable si la cartera de primas excede el costo total de mantenimiento de la cartera. |
| Atención Ex Gratia | Todo servicio brindado por la aseguradora como gesto de buena voluntad, no estipulado en el contrato o la póliza. |
| Indemnización | El pago al asegurado o beneficiario por siniestro. Por ejemplo, en el caso del seguro de vida, el monto desembolsado a los beneficiarios cuando el titular fallece. |

Algunos principios básicos a tomar en cuenta incluyen:

- “La rentabilidad de [un] producto depende de altos niveles de masificación en el mercado.” (Escobar, 2007). Entre mayor el volumen de asegurados, menor el riesgo para la aseguradora, por lo que, generalmente, también es menor la prima. En este principio se basan los seguros colectivos. La garantía de un número mínimo de asegurados hace posible que el fondo creado por las primas sea lo suficientemente grande para cubrir los costos del seguro.
- La prima se puede pagar en diferentes plazos. Entre más cuotas se divide la prima, más sube la prima total pagada, ya que el pago en cuotas se percibe por la aseguradora como un tipo de financiamiento. El pago en un solo monto por el periodo asegurado es una seguridad adicional para la aseguradora.
- El seguro debe ser accesible para el cliente en términos económicos y debe tener un valor agregado, ofreciendo una ventaja directamente perceptible, que no se tendría sin el seguro.
- En el caso de los microseguros, hacer el producto obligatorio, amarrado a otro servicio como el crédito o un programa de desarrollo, es una forma de aumentar el volumen de asegurados y por ende el fondo del seguro. Sin embargo, en el caso del crédito, esta estrategia encarece el crédito y puede llegar a ser un desincentivo para el cliente.

Estas consideraciones surgen nuevamente en los estudios de caso, en los que las organizaciones afirman la importancia de volumen de ventas, accesibilidad del precio, y flexibilidad en plazos de pago.

Consideraciones metodológicas

El estudio consta de diferentes etapas: revisión de literatura sobre microseguros, especialmente de salud, la identificación de los países a incluir, la identificación de los

actores a entrevistar, las entrevistas semi-estructuradas con los actores principales, y la sistematización de la información recopilada.

La selección de países a incluir en el estudio se definió durante la primera semana de trabajo de campo en Managua, donde se pudo aprovechar un evento regional para hablar con representantes de instituciones de varios países y de las redes microfinancieras. Se eligió trabajar con Nicaragua, Honduras, El Salvador en base a los siguientes factores: son países donde Hivos tiene un número significativo de contrapartes, donde los sistemas públicos y sociales de atención médica son comparables y calificados como deficientes y donde se encuentran un número suficiente de IMF y cooperativas que han incursionado en el tema de microseguros. Costa Rica no se incluyó por su sistema público de seguro social relativamente fuerte, y la ausencia de oferta de tales productos entre las IMF. No se entra en mayor detalle sobre el caso de Guatemala principalmente porque existen relativamente pocas experiencias en la oferta de microseguros de *salud*, en comparación con los tres países estudiados.²

Se decidió investigar principalmente—pero no exclusivamente—a través de instituciones microfinancieras (IMF) y cooperativas, dado su acceso a números significativos de personas que por sus niveles de ingresos tienen acceso (muy) limitado a servicios de seguros tradicionales y un perfil de alta vulnerabilidad. El énfasis en instituciones microfinancieras también se debe al alcance que ofrecen, la relación de confianza con sus clientes, sus metodologías para llegar a sus clientes, el conocimiento del contexto en que viven sus clientes, de los problemas y las amenazas que enfrentan, de su capacidad de pago: en breve, el conocimiento del mercado.

La información necesaria para el diagnóstico proviene de tres principales fuentes: revisión de literatura, entrevistas semi-estructuradas con actores y el proceso de sistematización y selección de experiencias.

Revisión de literatura

La revisión de literatura ha sido una fuente de información sobre modelos institucionales, lecciones aprendidas por experiencias a nivel mundial y políticas de seguros sociales en los diferentes países de la región.

Fuentes de información importantes incluyen el CGAP Grupo de Trabajo sobre Microseguros (CGAP Working Group on Microinsurance), la OMT (ILO por sus siglas en inglés) en Ginebra y los boletines elaborados con el apoyo de USAID, entre otros. (La bibliografía contiene una lista de la literatura consultada).

Entrevistas semi-estructuradas

Las entrevistas semi-estructuradas constituyeron la fuente más importante de información sobre experiencias regionales y las necesidades y lecciones aprendidas específicas al contexto centroamericano. Se entrevistaron a representantes de las redes microfinancieras para identificar experiencias existentes en microseguros de las redes y sus miembros, aseguradoras que han trabajado con la red y lecciones aprendidas a nivel del sector microfinanciero. Se entrevistaron representantes de IMF y cooperativas

² Sin embargo, tiene una de las experiencias más antiguas en la oferta de microseguros en general: la Federación Nacional de Cooperativas de Ahorro y Crédito (FENACOAC) estableció la empresa aseguradora Columna hace más de 35 años, que ofrece seguros de vida, de ahorros, y de saldo deudor a los socios de las cooperativas asociadas. Recientemente también ha incursionado en productos que incluyen hospitalización e incapacidad por enfermedad.

que no han incursionado en ningún microseguro, otras que ofrecen seguros de vida o saldo-deudor y otras que sí tienen experiencia ofreciendo microseguros de salud u otro servicio de atención médica. También se entrevistaron algunas organizaciones no-financieras que trabajan en el área de salud, especialmente con enfoque de género y VIH/SIDA.

Además se entrevistaron representantes de compañías aseguradoras, tanto de la empresa privada como las empresas aseguradoras vinculadas a federaciones de cooperativas de ahorro y crédito. En breve, se entrevistó una muestra de organizaciones que tienen acceso al grupo meta y que tienen la estructura institucional para asumir un programa de oferta de microseguros. La afiliación a una red se considera un factor favorable, dado el grado de transparencia normalmente exigido por una red y el potencial de aprendizajes compartidos entre miembros, razón por la que se empieza la búsqueda de actores a través de las redes microfinancieras. Sin embargo, los resultados de las entrevistas también indicaron que el grado de competencia que existe entre las IMF disminuyen las oportunidades de impulsar un producto a través de las redes. Este tema se abordará en más detalle en las siguientes secciones.

Una de las limitantes del estudio ha sido la ausencia de encuestas estructuradas entre el grupo meta (asegurados y potenciales asegurados) sobre sus experiencias y demandas. Refleja la carencia de tales estudios en la región. El estudio ha compensado en lo posible por esta carencia mediante conversaciones informales con personas que pertenecen al perfil del grupo meta y a través de entrevistas detalladas en las organizaciones donde sí se han llevado a cabo sondeos entre los clientes. Una IMF realizó grupos focales de evaluación de producto después de que no se logró vender un microseguro de salud. Los principales resultados fueron compartidos abiertamente.

Sistematización de actores y experiencias

La información recopilada se sistematizó en base a diferentes criterios. Primero, se identificaron las tendencias y necesidades del mercado. También se destacaron los actores “pioneros” oferentes del servicio y sus experiencias. En base a esta información y la literatura disponible sobre los diferentes modelos de reaseguro, se destacan los requisitos básicos para el desarrollo del producto y los actores con potencial de cooperación según estos requisitos.

Contexto centroamericano

La vulnerabilidad de los sectores más pobres se agrava por la falta de acceso a productos, como seguros, que amortiguan los efectos negativos de eventos imprevistos. La falta de acceso se da por una diversidad de factores, desde una falta de conocimiento de la existencia o los beneficios de seguros, hasta el costo elevado de asegurar un bien, un negocio o una persona. Los microseguros buscan abrir acceso al producto del seguro para las poblaciones cuya capacidad de pago sólo permite el pago de una prima ‘micro’ y cuyas necesidades en términos de los montos a asegurar son relativamente pequeños. Montos relativamente pequeños pueden significar una gran disminución de consecuencias negativas de los costos de un imprevisto como un funeral, un accidente o una pérdida de animales o cosecha.

Mercado

Según el estudio sobre microseguros en los 100 países más pobres del mundo (*Insurance Provision in the World's 100 Poorest Countries*), llevado a cabo por el Centro de Microseguros (*McCord et.al., 2007*), existen formas de micro aseguramiento en 77 de los 100 países estudiados. Sin embargo, la cobertura comparada con el número de personas vulnerables es baja. En el continente Americano, el número de clientes de microseguros alcanza 7.8 millones, representando casi el 10% de las personas micro aseguradas en el mundo. La mayoría de estos clientes se encuentran en Colombia y Perú, mientras que el país con mayor número de asegurados en Centroamérica según el estudio es Guatemala, que cuenta con poco más de 105,000 personas aseguradas por algún tipo de microseguro.³ Se identificaron oferentes de microseguros en: Guatemala (105.600 personas), Belice, Honduras, El Salvador, Nicaragua (29.035 personas) y Panamá (62.000). (*McCord et. al., 2007*). Cabe notar que estas cifras no tratan específicamente los microseguros de cobertura médica, sino que incluyen todo tipo de microseguro.

Estos números son bajos en comparación con la cantidad de personas clientes de únicamente las IMF afiliadas a la Red Centroamericana de Microfinanzas (REDCAMIF). Se hace la comparación porque el perfil del cliente de microfinanzas es casi idéntico al perfil de un cliente de microseguros y porque las IMF se han usado como plataformas para impulsar la oferta de microseguros, en gran parte por las ventajas que representa para la IMF (ver Marco Conceptual). La cantidad de personas aseguradas también es baja relativa a la cantidad de personas pobres. El dato del estudio realizado es de un 7,8% e incluye la gran cantidad de asegurados de Perú (*McCord et. al., 2007*).

La red de microfinancieras centroamericanas, REDCAMIF, abarca casi 700.000 personas microempresarias, descubiertas por los seguros sociales de sus países (ver siguiente sección), de las cuales casi un 70% son mujeres. Estas personas constituyen parte del mercado potencial para microseguros. Otro sector, quizás más importante en términos de volumen, es el sector cooperativo. Entre sólo las cooperativas federadas de El Salvador y Honduras también se abarca cerca de 700.000 personas de un perfil de bajos ingresos y en su mayoría microempresarias.

Tabla 2. Clientes de microfinancieras y cooperativas afiliadas a redes y federaciones nacionales

| Institución | Mujeres | Hombres | Total (Dic. 2006) |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| REDCAMIF | 477,679.97 | 214,711.03 | 692,391.00 |
| Nicaragua: ASOMIF | 191,728.00 | 115,965.00 | 307,693.00 |
| Honduras: REDMICROH | 130,996.80 | 32,749.20 | 163,746.00 |
| El Salvador: ASOMI | 43,537.00 | 20,488.00 | 64,025.00 |
| Guatemala: REDIMIF* | 111,418.17 | 45,508.83 | 156,927.00 |
| Federaciones de Cooperativas | 402,250.0 | 292,750. | 695,000.00 |

³ Existe discrepancia en los datos, posiblemente a raíz de diferencias en definición del monto máximo de un microseguro. Mientras el estudio de McCord identifica poco más de 100.000 asegurados en Guatemala, la aseguradora Columna dice gozar de 800.000 asegurados (Caso Columna).

| | | | |
|---------------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| | 0 | 00 | |
| FACACH (Honduras)** | 350,000.00 | 250,000.00 | 600,000.00 |
| FEDECACES (El Salvador)** | 52,250.00 | 42,750.00 | 95,000.00 |
| TOTAL | 879,929.97 | 507,461.03 | 1,387,391.00 |

* Datos a 2004, ** Dato aproximado

Elaboración propia en base a memorias anuales de las instituciones mencionadas (ver Bibliografía)

El propósito principal del estudio es identificar oportunidades para la oferta de un microseguro de *salud*. Sin embargo, esto requiere de una contextualización de la oferta de microseguros como producto no-credicio ofrecido por los entes microfinancieros. Por lo tanto, una revisión de los diversos productos, especialmente *de personas* (por ejemplo, seguros de vida o incapacidad, a diferencia de seguros de bienes que incluyen por ejemplo seguros de vehículo, vivienda, activos, etc.) son especialmente importantes. A pesar de que las experiencias en la oferta de microseguros todavía son nuevas, sí se distinguen modelos a través de los cuales se ofrece una variedad de productos.

Modelos en la oferta de microseguros

Por lo general los microseguros se ofrecen a través de un *modelo socio-agente*, en el cual la IMF le compra una póliza colectiva a la aseguradora que tiene un costo por asegurado incluido y reporta mensualmente los clientes asegurados. La IMF cubre este gasto cobrándole una prima al cliente. El asegurado y la compañía aseguradora tienen contacto únicamente a través de la IMF. Normalmente el cliente no se entera de la identidad de la aseguradora, la “cara” que ve es la de la IMF o la cooperativa.

En El Salvador y Honduras las cooperativas federadas de FEDECACES y de FACACH trabajan conjuntamente con Seguros Futuro y Equidad, las compañías aseguradoras de las federaciones, bajo un *modelo de mutuales*. Las federaciones son accionistas mayoritarias de las compañías aseguradoras, por lo que las cooperativas y sus socios indirectamente también lo son. Las cooperativas tienen la opción de comprarle ciertos seguros a la compañía, los cuales normalmente incluyen seguros diversos para sus empleados y los seguros de saldo-deudor para sus socios. Seguros Futuro también tiene una ventanilla de venta en cada una de las cooperativas, donde ofrecen seguros individualmente a cada socio. De tal forma, los socios pueden comprar seguros de vida independiente de sus actividades crediticias en la cooperativa. Seguros Futuro tiene una cartera de seguros diversificada, incluyendo seguros de bienes. Este modelo se explorará en más detalle en la sección “Oferta de Atención Médica.”

Productos⁴

Seguro saldo-deudor

El mercado de microseguros en Centroamérica es joven; las experiencias de las IMF ofreciendo productos de seguros se ha limitado al seguro del crédito, denominado seguro deudor, vida crédito o seguro de saldo deudor. En este documento se referirá a este producto como seguro saldo- deudor. Este seguro está vinculado al crédito y cubre el saldo pendiente por pagar en caso de fallecimiento del deudor. Algunas variantes del

⁴ Esta sección no abordará el microseguro de salud, ya que este será tratado detenidamente en la siguiente.

seguro deudor cubren el monto total del préstamo, pero su esencia es la misma: está diseñado para proteger a la institución financiera y los sobrevivientes del deudor (fiadores, co-deudores, familiares, bienes) de pérdidas por saldos pendientes. Es común que las IMF creen este seguro internamente, manteniendo un fondo de respaldo que cubre este tipo de pérdidas. Sin embargo, legislaciones nacionales generalmente prohíben el otorgamiento de seguros por instituciones no autorizadas o no supervisadas por la(s) superintendencia(s) correspondiente(s). Por tanto, se ha dado un acercamiento, en la forma de alianzas y sub-contrataciones, a instituciones aseguradoras para la formalización de este tipo de seguro, la disminución de riesgos para la IMF y para poder ofrecerle un producto más completo, y por tanto competitivo, al asegurado. La mayoría de las IMF cuentan con algún tipo de seguro para proteger su cartera y los dependientes del cliente en caso de fallecimiento.

Seguro de vida

Este producto se ha construido en base al seguro deudor y está ganando territorio entre las IMF, a través de alianzas con aseguradoras. La cobertura, la prima y los beneficios de este producto varían entre los oferentes, pero radican en el principio de que en caso de fallecimiento del deudor, no sólo se cubre el saldo del préstamo, sino que también se les paga a los beneficiarios un monto pre-establecido para cubrir gastos funerarios y/o un monto adicional. En la mayoría de los casos es un monto fijo que varía de entre USD500,- a USD2.000,-. En algunas instituciones representa un porcentaje del monto del préstamo. La vigencia del seguro está vinculada a la vigencia del préstamo, por lo que clientes tienen que renovar su seguro con la renovación de cada préstamo. En algunos casos el pago es mensual, en otros es por otorgamiento de crédito. El precio de la prima oscila alrededor de USD1,50 por mes. En Nicaragua, El Salvador y Honduras se identificaron experiencias incluyendo en el seguro de vida un seguro por discapacidad permanente. A pesar de que este producto es relativamente nuevo en el mercado, está creciendo y cada vez más instituciones lo ofrecen como parte integral del crédito. Se destacan la experiencia de FINCA Nicaragua, que incluye en la indemnización del seguro un año de provisión de canasta básica después del fallecimiento del titular.

También se destaca la negociación de ASOMI, El Salvador, por su cobertura completa, sin restricciones por causa de muerte. Las (re)aseguradoras manejan una serie de restricciones estandarizadas que delimitan los casos en el que se paga el beneficio del seguro. Estas restricciones son negociables hasta cierto punto con la aseguradora local o el representante de la aseguradora local. Un ejemplo sobresaliente en el seguro de vida es la exclusión de muerte por VIH/SIDA y sus complicaciones. Todos los seguros de vida ofrecidos por las instituciones visitadas en Nicaragua que están incursionando en el producto (en alianza con re/aseguradoras) incorporan esta exclusión. En otras palabras, los beneficiarios del cliente asegurado que fallece como consecuencia del SIDA no reciben el desembolso del seguro. Esta restricción implica una serie de violaciones de derechos humanos. Sin embargo, en El Salvador las organizaciones que manejan seguros de vida han logrado negociar pólizas de “cero exclusiones” con las (re)aseguradoras, eliminando entre otras la exclusión del VIH/SIDA. Algunas de las reaseguradoras son las mismas que excluyen el VIH/SIDA para sus clientes en Nicaragua, indicando que las exclusiones no son obligatorias. Esto tiene implicaciones para el diseño de productos y de la estructura de las alianzas con las (re)aseguradoras.

Seguros agropecuarios y de desastres naturales

La carencia de un seguro para proteger al agricultor contra pérdidas de cosecha es un problema regional. En Honduras, la aseguradora de la federación de cooperativas, Equidad, se encuentra en proceso de elaboración de un seguro agrícola. En Nicaragua, no existen microseguros de cosecha. El Banco Mundial junto con ASOMIF llevó a cabo un estudio estadístico histórico en base a registros de clima para determinar la definición y probabilidad de un ‘fenómeno extraordinario’ climatológico. El resultado fue el diseño de un seguro accesible por *grupos* de productores (el principio del seguro colectivo) de café y maní, a ser subastado a compañías reaseguradoras. Sin embargo, las reaseguradoras no tuvieron interés dado el volumen insuficiente.

Micropensiones

La pensión es un tipo de seguro. Al igual que el seguro médico, está disponible para personas asalariadas a través de los seguros sociales de los estados. La REDCAMIF es uno de los actores que está valorando entrar al mercado de micropensiones para microempresarios, en alianza con empresas privadas. En casi todos los países el estado tiene derechos exclusivos sobre la oferta de pensiones, excepto en El Salvador, por lo que las experiencias existentes son pocas. Sin embargo, representa un gran vacío en el mercado y la falta de un sistema de pensiones para los microempresarios es uno de los factores contribuyentes a la pobreza de las personas de la tercera edad, quienes dejan de percibir ingresos cuando las limitaciones físicas las impiden seguir trabajando.

Microseguros de salud

Acceso a seguros médicos tradicionales (públicos, semi-privados, privados)

En Centroamérica existe un gran número de personas pertenecientes a los sectores más vulnerables que no son clientes de servicios de microseguros. Por tanto, una valoración de su acceso a otros servicios de seguros (por ejemplo, el seguro social y/o los hospitales públicos), es importante para determinar el potencial del mercado. Un(a) cliente de una IMF o cooperativa por lo general es una persona microempresaria. Es auto-empleada, rara vez es una persona asalariada con patrón. Esto tiene implicaciones diferentes para el tipo de seguro al que tiene acceso en cada país. Abajo se describen las opciones de atención médica que existen en cada país. En los tres países se dan las mismas tres opciones principales, con variaciones por país: la red hospitalaria pública abierta a todo público, la red hospitalaria del seguro social disponible para los afiliados al seguro social y un sistema de seguros privados.

Tabla 3. Principales tipos de seguros de salud en los tres países estudiados: Proveedores, costos y calidad del servicio

| | Nicaragua | El Salvador | Honduras |
|--------------------------|--|--|--|
| (1) Salud Pública | Ministerio de Salud: Acceso universal, normalmente contra pago nominal. | Ministerio de Salud: Acceso universal, normalmente contra pago nominal. | Ministerio de Salud: Acceso universal, normalmente contra pago nominal. |

| | Nicaragua | El Salvador | Honduras |
|---------------------------|---|---|--|
| | Calidad de servicio sub-óptimo, acceso rural limitado. Red de hospitales públicos. | Calidad de servicio sub-óptimo, acceso rural limitado. Red de hospitales públicos. | Calidad de servicio deficiente, escasez de insumos y medicinas, acceso rural limitado. Red de hospitales públicos. |
| (2) Seguro Social | INSS (Instituto Nicaragüense de Seguridad Social): Acceso para asalariados y auto-empleados (cuota voluntaria, con mínimo DE \$25 y máximo de aprox. \$600). Calidad de servicio relativa a prima cotizada. Red de hospitales y clínicas afiliadas al INSS. El INSS tiene alianzas con centros médicos privados. | ISSS (Instituto Salvadoreño de Seguridad Social): Acceso para asalariados únicamente. No hay acceso para auto-empleados. Red de hospitales del ISSS. | Seguro Social IHSS (Instituto Hondureño de Seguridad Social): Acceso para asalariados únicamente. No hay acceso para auto-empleados. No se aseguran todos los asalariados. Por ejemplo, no se aseguran los profesores empleados públicos. Tiene red a través de convenios con hospitales privados deficiente (Ej.: La Ceiba no tiene servicio de seguro social; asegurados y pensionados tienen que viajar a San Pedro Sula para recibir atención). |
| (3) Seguro Privado | Empresas privadas: Contra pago de prima. Calidad de servicio relativo a prima cotizada. El costo generalmente es elevado. | Empresas privadas: Contra pago de prima. Calidad de servicio relativo a prima cotizada. El costo generalmente es elevado. | Empresas privadas: Contra pago de prima. Calidad de servicio relativo a prima cotizada. El costo generalmente es elevado. |

En Nicaragua, la opción (2) del Seguro Social es *estructuralmente* accesible para microempresarios. La cuota mínima es de aproximadamente \$25, representando un costo que obstaculiza el acceso para la mayoría de los clientes de las IMF. En El Salvador el microempresario no tiene acceso a un servicio que no sea de la red pública. El seguro social únicamente atiende a los asalariados o microempresarios que tienen su microempresa registrada. Para esto, el microempresario tendría que registrar un salario;

el salario mínimo que se puede declarar es el salario mínimo nacional de \$158. Para asegurarse, el microempresario tendría que cubrir tanto la cuota patronal como la cuota del empleado, lo que equivale a aproximadamente un 14% del salario. Sin embargo, la mayoría de los clientes del grupo meta en cuestión no perciben el salario mínimo, y no podrían sacrificar el 14% del mismo. Además requeriría el registro, o la formalización, de su microempresa, lo cual es un proceso complicado y sumamente costoso, ya que implicaría estar sujeto a impuestos. En Honduras el seguro social también es exclusivamente para asalariados, pero no cubre a todos los asalariados. Uno de los grupos excluidos son los maestros de las escuelas públicas. La cobertura de la red hospitalaria del seguro es deficiente tal que un asegurado residente de La Ceiba se ve obligado a viajar a San Pedro Sula para recibir atención. En los tres países, los seguros privados son inaccesibles por sus costos, que empiezan en aproximadamente \$30 para una cobertura mínima, también conocida como de “canasta básica.”

Oferta actual de microseguros de salud

En términos de seguros de personas ofrecidas por IMF y cooperativas, la gama de oferta se limita básicamente a las variaciones de los seguros saldo deudor y vida. No se han identificado experiencias concretas en la oferta de microseguros de salud, en los países abarcados hasta el momento. Esto se debe principalmente a tres factores: (a) el alto nivel de riesgo—y por ende el alto costo—tradicionalmente asociado con los seguros médicos, (b) los impedimentos de legislaciones nacionales que dificultan la venta de seguros a través de organizaciones no calificadas (y dificultan el proceso de calificación), y (c) la percepción de una ‘falta de cultura de seguros,’ y la falta de conocimiento de experiencias exitosas.

Sin embargo, hay noticias alentadoras. La primera es que existe un interés genuino en brindar un servicio de atención médica a los clientes, de explorar las opciones disponibles y de incursionar en proyectos piloto para su implementación. Se percibe la disposición de creatividad y flexibilidad para explorar diferentes modalidades. La segunda es que ya existe cierto conocimiento del mercado de (re)aseguradoras y su presencia internacional. Además se ha abordado el tema a través de las redes microfinancieras nacionales y REDCAMIF, y se está acumulando experiencia en la negociación colectiva con compañías aseguradoras. También existen experiencias de IMF que han facilitado el acceso a servicios médicos específicos, por ejemplo a revisiones médicas generales o ginecológicas en ocasiones puntuales. Igualmente se considera como motivadora la buena recepción que han tenido los seguros de vida entre los clientes.

Proveedores de (micro) seguros de salud

La siguiente tabla resume los actores identificados como proveedores de microseguros de salud. También incluye potenciales proveedores señalados por los actores entrevistados. Las instituciones seguidas por “(vida)” han demostrado interés activo en seguros de salud, pero por el momento están trabajando únicamente con seguros de vida.

Tabla 4. (Potenciales) proveedores de microseguros de salud⁵

| | Nicaragua | El Salvador | Honduras |
|---|---|---|--|
| Redes nacionales e internacionales/ Federaciones | <ul style="list-style-type: none"> • INAFI • ASOMIF (vida) | <ul style="list-style-type: none"> • ASOMI | <ul style="list-style-type: none"> • REDMICROH |
| IMF y Cooperativas | <ul style="list-style-type: none"> • IMF N-1 (con INAFI) | <ul style="list-style-type: none"> • COOP S-2 • IMF S-2 • IMF S-3(IMF) | <ul style="list-style-type: none"> • IMF H-4 • IMF H-5 • IMF H-6 (vida) • IMF H-7 |
| Compañías aseguradoras | <ul style="list-style-type: none"> • Seguros América | <ul style="list-style-type: none"> • Seguros Futuro, A.C. de R.L. (Aseguradora de FEDECACES) • Seguros del Pacífico (seguro de vida ASOMI y IMF S-2) • SISA (Seguros e inversiones El Salvador, reaseguradora: CITIBANK) | <ul style="list-style-type: none"> • AFP Atlántida (micropensiones) • Grupo Hospitalario "H" • Equidad de FACACH • Aseguradora Mundial (anteriormente Aseguradora Hondureña; trabaja con IMF H-5, World Relief, Visión Mundial y FINCA Honduras) |
| Otras potenciales aseguradoras señaladas por actores entrevistados | <ul style="list-style-type: none"> • INSS (Instituto Nacional de Seguro Social) • INISER (Instituto Nicaragüense de Seguros y Reaseguros) | <ul style="list-style-type: none"> • ASAPROSAR (ONG de atención médica recién incursionando en crédito) • FOSALUD (programa gubernamental de extensión de servicios básicos) • Aseguradora Internacional AIG (American International Group, reaseguro) | <ul style="list-style-type: none"> • Interamericana • Ahorro Hondureño • Seguros del País • AHONPLAFA (proveedor de servicios médicos, tienen red hospitalaria de cobertura nacional y oficinas en zonas rurales) |

Nicaragua

⁵ Este informe describe y analiza las experiencias que han tenido diversas instituciones, sobre todo microfinancieras, en la implementación de microseguros de salud. Originalmente preparado para uso interno en Hivos, el contenido de este informe tiene relevancia para un público más amplio. Por respeto a las instituciones que compartieron sus experiencias con la consultora y dada la sensibilidad vinculada a la competitividad del sector, en la preparación del informe para su publicación, se ha hecho un esfuerzo por proteger la identidad de estas instituciones. En la sección *Oferta actual de microseguros de salud* se han reemplazado los nombres de las IMF por códigos, como por ejemplo IMF A.

En Nicaragua se destacan las experiencias de ASOMIF como red, y la alianza entre la IMF N-1 y el capítulo Latinoamericano de la red internacional INAFI.

ASOMIF está realizando un estudio de mercado, en conjunto con Banca en Salud y USAID para determinar cuánto estarían dispuestos a pagar los microempresarios para servicios de salud, con vista en la posible oferta de un seguro de salud. Este estudio está en proceso. Se piensa en ofrecer un producto con tres componentes: salud, riesgos profesionales y pensión por invalidez, vejez y muerte. El seguro social de Nicaragua (INSS), como mencionado anteriormente, cubre estos rubros para personas asalariadas. Esta institución tuvo un acercamiento con ASOMIF para valorar la posibilidad de expandir su cartera y llegar a un mayor número de empresarios, a través de su sistema de la cotización voluntaria. Sin embargo, no se contó con los fondos necesarios para encaminar el proyecto. Se preveía trabajar con tres organizaciones. Se debe tomar en cuenta que el pago voluntario mínimo para afiliación al INSS de \$25 no es fácilmente accesible para los microempresarios. Se tendría que pensar en un esquema alternativo, y contar con la voluntariedad de este ente público para lograr ofrecer un producto más accesible. También se debería contar con los resultados del estudio de mercado sobre la capacidad y voluntad de pago de los clientes.

La IMF N-1 de Boaco está trabajando con INAFI Latin America en un plan piloto para la oferta de dos seguros: seguro de saldo-deudor, y seguro médico y de incapacidad. Bajo el modelo previsto, INAFI sería el operador de seguros, y la IMF N-1 el intermediario, proveyendo 20.000 clientes. La IMF N-1 ya ha lanzado el producto seguro de saldo-deudor. Es uno de los ejemplos de un seguro de vida en el que la reaseguradora no paga la indemnización si la causa de muerte es relacionada a alguna enfermedad efecto del VIH/SIDA, un tema que se podría retomar como punto de renegociación con la reaseguradora.

El Salvador

Desde enero del 2007, la mitad de los clientes de las afiliadas de ASOMI (40.000 de los 78.000) tienen algún tipo de seguro de vida, a través de un seguro negociado directamente por ASOMI para sus socios con la compañía Seguros del Pacífico. Es importante destacar que ASOMI logró negociar que se incluya el VIH/SIDA, cáncer, suicidio, en el seguro de vida: en otras palabras, cero excepciones. Esto fue posible por el volumen de seguros del que se trataba, por las economías de escala que se lograron. Esta negociación le abrió las puertas a varias afiliadas, como IMF S-2. Otras organizaciones, como IMF S-3o COOP S-2 han incursionado en seguros de vida con las aseguradoras de las que ya eran clientes para los seguros propios de la organización.

Las experiencias con seguros médicos han sido muy limitadas; es un producto de alta siniestralidad, característica que, según los entrevistados, es agravada por la alta incidencia de violencia a la que se exponen especialmente los microempresarios. A pesar de que las organizaciones mostraron voluntad en experimentar con el producto, la experiencia más concreta identificada es el estudio de mercado de ASOMI. Algunas perspectivas a futuro de las ONG microfinancieras para productos de seguros incluyen: seguros de salud, de educación, de vida (mejoramiento de los existentes), de repatriación, de canasta básica, de vehículos, de daños por desastres naturales (Apoyo Integral).

Honduras

De los tres países estudiados, Honduras es donde más camino se ha recorrido en la oferta de microseguros de *salud*. Ahí se encuentra la mayor diversidad de compañías privadas de seguros (incluyendo Equidad) que han ofrecido este tipo de productos o que están en una fase de diseño de producto. Es el único país donde los actores entrevistados han expresado explícitamente que compañías aseguradoras se han acercado a la red microfinanciera con ofertas de productos. Por tanto, es el país del cual se pueden extraer más estudios de casos reales con sus respectivas lecciones aprendidas. Los siguientes estudios de caso provienen del ámbito Hondureño.

Esta sección presenta las experiencias específicas en la oferta de microseguros de salud consideradas más relevantes por las lecciones que ofrecen. Además de dos ejemplos diferentes de oferta de microseguros de salud por IMF en Honduras, también se presenta las características principales de un caso exitoso en Bolivia, los planes de la red regional REDCAMIF y las experiencias de las dos aseguradoras cooperativas más importantes de la región.

IMF H-4

El modelo de IMF H-4 se basa en la salud preventiva, la cual ha abordado a través del establecimiento de una clínica privada sin fines de lucro para ofrecer consulta médica a sus clientes y las personas de la comunidad. A pesar de que la experiencia de IMF H-4 no ha sido una de un seguro en el sentido estricto de la palabra, IMF H-4 considera su clínica una forma de brindar una seguridad adicional para sus clientes y la comunidad.

El médico ha sido contratado (a medio tiempo, todas las tardes) por su énfasis en la importancia de salud preventiva combinada con la salud curativa, enfoque de salud integral en la que se trata a la persona, no únicamente la patología, ni los síntomas. El consultorio principal de la clínica está ubicado contiguo a la sucursal principal de IMF H-4 en San Pedro Sula, pero también se trabaja en las sucursales en horarios definidos para atender las diferentes comunidades. La clínica cobra \$2,56 por consulta para clientes y \$4,10 por consulta para no-clientes. La clínica también ofrece revisiones médicas puntuales gratuitas, como el examen de mama, tanto para hombres como para mujeres, como parte de la campaña por la salud preventiva y parte de una estrategia de mercadeo para visualizar la existencia y la relevancia de la clínica.

La proyección es lograr la auto sostenibilidad de la clínica. El mantenimiento de la misma cuesta aproximadamente \$1.500 por mes, incluyendo el costo del médico. IMF H-4 tiene convenios con casas farmacéuticas y laboratorios para comprar medicamentos a precios de mayoreo y con descuentos especiales. Estos, cuando son recetados, se les ofrece a los pacientes a precio de costo. También reciben donaciones ocasionales, las cuales aprovechan para entregar medicamentos recetados gratuitamente. IMF H-4 también está buscando apoyo externo para poder brindarle servicio a las y los clientes de más bajos recursos, ofreciendo consultas gratuitas y medicamentos a mitad de precio. Actualmente la mayoría de las pacientes son mujeres, aunque el número de hombres acudiendo a los servicios de la clínica está creciendo.

La clínica se está usando adicionalmente como componente clave de una colaboración (financiada por el BID) con la organización ENMUNE (Enlace de Mujeres Negras de Honduras), que trabaja con mujeres viviendo con VIH/SIDA. A través de la alianza, IMF H-4 está ofreciendo acceso a crédito productivo especialmente diseñado y a monitoreo médico en la clínica a mujeres en seis comunidades donde trabaja ENMUNE, quien brinda capacitación y sensibilización.

La principal ventaja de un servicio como el de la clínica es la facilidad de acceso para el cliente y la rapidez de atención. Es una primera 'ventanilla' de atención de calidad privada. Mientras que por \$0,50 un cliente puede recibir atención en el hospital público, arriesga perder un día laboral esperando ser atendido, lo cual implica un costo significativo para un microempresario. Otra fortaleza de la clínica es su desplazamiento a las sucursales afuera de la ciudad. Por otro lado, la inversión inicial también implica un riesgo para la IMF y la capacidad de la clínica es limitada. No puede ofrecer atención médica de segundo nivel, ya que no cuenta con una red hospitalaria, lo cual sí se da en el caso de un seguro.

IMF H-5

La microfinanciera IMF H-5 inició un proyecto piloto con un microseguro de salud para sus clientes en el 2005. La idea original emanaba de la importancia de proveer un servicio de salud preventiva. Juntos con la red del Grupo Hospitalario (conocido como el Grupo H), se comenzó con un seguro de cobertura total para toda atención ambulatoria y hospitalización, incluyendo oftalmología, odontología y embarazo. La prima era de aproximadamente \$10,26 mensuales, excluyendo una cuota inicial de afiliación de \$20,50. Clave para la rentabilidad, y por ende la sostenibilidad, del producto era su masificación. Se requeriría de un mínimo de 10.000 afiliados. Cuando el producto no creció satisfactoriamente, IMF H-5 redujo el costo de afiliación y después la ofreció gratuitamente a clientes de calificación "AA." A pesar de estas medidas, el producto no despegaba, por lo que se realizó una serie de grupos focales entre usuarios y potenciales usuarios. Los participantes indicaron tres problemas principales con el producto, en el siguiente orden de importancia: (1) el costo es demasiado elevado, (2) no cubre a dependientes, como los hijos, e (3) insatisfacción con los hospitales asignados.

IMF H-5 señala que el principal error cometido al inicio fue el diseño del producto en base a la oferta, en vez de basarse sobre un estudio de mercado para determinar la demanda. Con el afán de proveer un producto lo más completo posible, se tomó como base un producto "ideal," y en base a eso se calculó el costo al que se podría vender y el volumen de ventas mínimo que se necesitaría para hacerlo factible. IMF H-5 recomendaría empezar al revés: empezar por la demanda y voluntariedad de pago, y en base a eso, determinar el precio y los servicios que se pueden ofrecer.

El paso que está tomando IMF H-5 actualmente es determinar qué tipo de producto se podría ofrecer por una prima equivalente a aproximadamente \$5.00 mensuales, siempre tomando en cuenta la importancia de la atención al cliente para el éxito del producto y para que el asegurado se pueda beneficiar de manera que perciba un valor agregado real y una disminución en su vulnerabilidad y la de su familia.

Aseguradoras Cooperativas

Las compañías aseguradoras de las cooperativas federadas tienen un potencial importante para la oferta de microseguros de salud por su acceso directo a los socios federados, su experiencia en microseguros de diferentes tipos, el nivel de confianza entre las cooperativas federadas y los socios, y sus vínculos establecidos con las reaseguradoras. Se tiene acceso a un mercado de casi medio millón de personas en el caso de Honduras y casi 100,000 personas en el caso de San Salvador. En el caso de Honduras esto representa a más de cuatro veces el sector atendido por las IMF (ver Tabla 2).

Las cooperativas federadas de Honduras, Nicaragua y El Salvador también cuentan con una alianza internacional entre ellas, compuesta por FACACH (Equidad, Honduras), FEDECACES (Seguros Futuro, El Salvador), y la Central de Cooperativas de Ahorro y Crédito Financieras de Nicaragua, R.L. Denominada la alianza Grupo Latinoamericano de Reaseguro, el objetivo ha sido de negociar alianzas con reaseguradoras internacionales para poder ofrecer productos de mayor calidad y beneficio para sus socios. Se prevé el lanzamiento de un seguro de vida que incluye repatriación de cuerpo para familiares trabajando en el exterior, vinculados a través de las remesas. Las tres empresas (y además Columna de Guatemala) también están afiliadas a la Asociación de Cooperativas y Mutuales de Seguros de las Américas (AAC-MIS por sus siglas en inglés) (AAC-MIS, 2005).

Sin embargo, en términos de (micro) seguros de *salud*, las experiencias son escasas. Mientras Equidad sí ha empezado un producto piloto en seguros de salud, asegurando a unos cien directivos de cooperativas a través de un seguro colectivo, Seguros Futuro no ha incursionado en esta área dado los altos costos que implica. En el caso de Equidad (Honduras), ya se cuenta con una red hospitalaria establecida para el seguro de salud para los directivos de las cooperativas. (Este producto cuesta el equivalente de \$36 por año y ofrece un deducible del 80% en todos los servicios y tratamientos médicos. Actualmente hay 100 asegurados). El departamento de seguros de la Central de Cooperativas de Ahorro y Crédito Financieras de Nicaragua, R.L. provee seguros de ahorro, saldo deudor, y funerales (AAC-MIS, 2005).⁶

La mayor parte de los seguros ofertados se vinculan a los servicios financieros ofrecidos por la cooperativa. Por ejemplo, un crédito para adquisición de vehículo contempla el seguro del vehículo. Todo crédito incluye el costo de un seguro de vida. Amarrar ciertos productos a los créditos permite ofrecerlos como seguros colectivos, reduciendo los costos para todos los actores. La compañía de seguros usa las cooperativas como plataformas para lanzar sus productos y la cooperativa goza del valor agregado y del aseguramiento de su cartera.

Una de las particularidades de este modelo es que los socios (los asegurados) son dueños de la compañía aseguradora. En el caso de Equidad, por ejemplo, la Federación es dueña de un 60% de las acciones, y el otro 40% pertenece a 53 de las 73 cooperativas federadas. Las cooperativas conforman la federación, por lo que en realidad la compañía pertenece a las cooperativas, que pertenecen a sus socios. La compañía asegura directamente los asegurados; la cooperativa es el canal, no un intermediario en el mismo sentido que lo son las IMF. A pesar de que las compañías

⁶ Como anteriormente mencionado, la aseguradora Columna, establecida por la FENACOAC de Guatemala, también ofrece paquetes de seguros que incluyen cobertura de una cuota diaria por hospitalización o incapacidad por enfermedad.

existen principalmente para las cooperativas, legalmente tienen la libertad de atender a otros sectores. Seguros Futuro tiene una pequeña cartera en asegurados no afiliados a la red de cooperativas.

El modelo de mutuales a través de las cooperativas ofrece gran potencial por su acceso a una gran cantidad de personas, la existencia de una compañía privada de seguros con experiencia en microseguros y vínculos con reaseguradoras y hasta redes hospitalarias, y la apropiación de parte del asegurado por el modelo cooperativista.

REDCAMIF

La REDCAMIF está evaluando a fondo la posibilidad de crear una empresa de micropensiones y microseguros, de figura jurídica de sociedad anónima (S.A.), denominada por ejemplo "Sin Riesgos." Los accionistas serían REDCAMIF, las afiliadas de REDCAMIF y diversas casas comerciales con interés en invertir en la empresa. Esta construcción es similar a la que manejan las empresas aseguradoras de las cooperativas federadas, como Equidad y Seguros Futuro, con la salvedad de que Redcamif contempla una figura de empresa internacional para poder ofrecer productos en los diferentes contextos jurídicos de cada país. Sin embargo, su carácter internacional también contribuye a la complejidad del esquema. Vista la dificultosa cooperación que tienen las IMF para la creación de productos comunes al nivel de sus redes nacionales, la implementación de productos a nivel regional se tendrá que abordar con mucha cautela. (La siguiente sección, "Lecciones Aprendidas" entra en más detalle sobre la barrera de la competitividad entre IMF.)

Recuadro 1. Estudio de caso: Sol Salud de Banco Sol, Bolivia (Escobar, 2007)

El caso de Banco Sol de Bolivia es un ejemplo para muchas IMF. Se ha logrado ofrecer un microseguro de salud a un precio accesible, con una cobertura de todos los diferentes tipos de atención médica, rentable para la IMF y la reaseguradora. La clave ha sido el volumen de personas atendidas. Esto ha sido posible a pesar de que el producto tiene un deducible y no incluye explícitamente los gastos en productos farmacéuticos. Sin embargo, ofrece significativamente más servicios de los que las familias normalmente tendrían acceso. El crecimiento de la cartera también radica en una campaña fuerte de publicidad e información.

Objetivos

- “Satisfacer necesidades latentes en nuestro nicho del mercado”
- Ofrecer productos diferentes a los disponibles para nichos de mayores ingresos
- Mejorar las condiciones de vida de las familias
- Proteger a los clientes, sus familias, y sus negocios
- Proteger la cartera activa

Perfil del Producto Sol Salud (\$3,99 por mes)

- Seguro de vida
 - Muerte por cualquier causa
 - Beneficio de muerte accidental
 - Gastos de Sepelio
 - Beneficio para hijos o cónyuge
- Seguro de Salud (y su cobertura, % del deducible)
 - Cubre Titular y Dependientes Afiliados
 - Atención medica ambulatoria (Consultas médicas al 100%)
 - Diagnóstico y Maternidad (80%)
 - Tratamiento (Hospitalización y cirugía 70%, Transfusión de sangre, 80%)
 - Ambulancia (80%)
- Sol Salud Plus (\$4,48 + \$3,49 por dependiente) incluye gastos médicos por accidente

Cartera (Pólizas vendidas)

- A lanzamiento del producto Enero 2006: 276 clientes
- A Julio 2007: 5.811 clientes

El Banco Sol destaca como **lecciones aprendidas, que es clave:**

- Trabajar con una aseguradora innovadora y comprometida a oferta de productos a largo plazo
- La capacitación del cliente, tanto en cuanto al producto como a las ventajas de estar asegurado
- El seguimiento de la calidad de la atención al cliente y los centros de servicio afiliados
- Reconocer que los productos no van a aumentar de forma significativa los ingresos de la microfinanciera
- Capacitar continuamente a los vendedores *y que estos sean equipos especialmente conformados; que no sean los asesores de crédito*
- Reconocer que los clientes prefieren ciertos servicios y centros de atención medica sobre otros
- Masificar el producto en el mercado

Lecciones aprendidas

Desafíos

Uno de los obstáculos más importantes enfrentados en el diseño de la implementación de microseguros es la *competencia entre las IMF*. Para lograr las economías de escala necesarias para poder ofertar un producto de bajo precio y alta calidad y para tener mayor poder de negociación con las compañías aseguradoras (o reaseguradoras), una posible vía es la negociación como red. Sin embargo, las IMF individuales ven el microseguro, entre otras cosas, como un producto que las destaca, que le da valor agregado al servicio brindado al cliente. En otras palabras, ofrecer un microseguro les da la posibilidad de una ventaja competitiva sobre las IMF que no lo ofrecen, o que ofrecen productos diferentes. Esta ventaja competitiva se perdería en el momento que todas ofrecieran el mismo producto. Desde una perspectiva netamente empresarial, se ha expresado que no tendría sentido.

Otro obstáculo importante es la *confidencialidad* y la alta competitividad del sector. La IMF H-5, Honduras, por ejemplo, está piloteando un producto de microseguros de salud desde hace aproximadamente dos años. La aseguradora es Grupo H, que subcontrata al BAC (Banco Centroamericano) para los servicios de administración de la cartera de asegurados, para lo que requiere de la base de datos de todos los asegurados. El acceso de un banco a información sobre su clientela genera un obstáculo para las IMF, ya que los bancos están incursionando cada vez más en el sector micro financiero como competencia de las IMF.

Las compañías aseguradoras han dudado su entrada al mercado de microseguros por diversas razones. De parte de las compañías aseguradoras de las federaciones cooperativas se señalan dos riesgos: la *alta siniestralidad* y el riesgo moral. Otras aseguradoras señalan el riesgo financiero por la alta siniestralidad y el bajo volumen de ventas que se ha dado en el sector hasta el momento. En todos los ámbitos se destaca la dificultad de establecer una red de hospitales y clínicas por varias razones: (1) la negociación de las condiciones especiales que conlleva este tipo de producto, (2) la baja cobertura hospitalaria en zonas rurales, donde se encuentra gran parte de los potenciales clientes y donde la cobertura de servicios médicos es más careciente, (3) la falta de un estudio de mercado completo en el que se identifican las demandas y las tendencias del nicho de mercado.

Otra preocupación expresada por las compañías aseguradoras es el aspecto operativo del *cobro* del seguro. Una solución propuesta es el cobro automático a través de la cuenta de ahorros. Este sistema le brinda un grado de mayor seguridad a la aseguradora en términos de protección de su cartera, pero si conlleva algunas limitaciones. Primero, solo se puede trabajar con instituciones autorizadas para recaudar fondos, normalmente instituciones reguladas. Segundo, solo los clientes con cuentas de ahorro tendrían acceso al seguro. En tercer lugar, en muchos casos se requeriría de una adecuación de los sistemas internos de las IMF o los bancos para facilitar el cobro automático.

Un problema serio señalado por las aseguradoras es el *alto costo de los productos farmacéuticos*. Esto representa un obstáculo para la inclusión de los tratamientos en la cobertura de los seguros. Aunque los precios de los productos farmacéuticos se conocen como uno de los agravantes del alto costo de salud, varias aseguradoras señalan un incremento sin precedentes en los últimos 20 meses, indicando un empeoramiento en la situación desde la formalización de la apertura comercial a través del Tratado de Libre Comercio entre los Estados Unidos y Centroamérica.

En los tres países, existe además un grupo de personas desprotegidas en términos médicos con características particulares: las personas no-asalariadas y no-empresarias que viven de las *remesas* que reciben. No son elegibles para el seguro social, pero generalmente tampoco pueden pagar un seguro privado. Se ha explorado la posibilidad de crear un producto especial para estas personas, ya que su capacidad de pago generalmente es mayor a la de los microempresarios, pensando en un posible subsidio por parte de las remesas de los seguros para los microempresarios. Sin embargo, los principales obstáculos son: la falta de un estudio de mercado para determinar la demanda y la factibilidad y el acceso limitado que tienen las IMF a este segmento, ya que trabajan principalmente con personas en actividades productivas.

Recuadro 2. VIH/SIDA

El VIH/SIDA constituye un reto especial para el tema de microseguros, tanto de vida como de salud.

Las reaseguradoras internacionales (en su mayoría de origen estadounidense) excluyen indemnización en sus pólizas *de vida* cuando la causa de muerte va vinculada a las consecuencias del SIDA. Estas reaseguradoras no excluyen muerte por otras enfermedades crónicas y terminales de alta incidencia, por lo que urge analizar este problema a fondo en términos de derechos humanos y discriminación. Únicamente ASOMI en El Salvador ha logrado omitir esta cláusula de exclusión en los microseguros de vida negociados con la aseguradora Seguros del Pacífico.

Las personas viviendo con VIH/SIDA son de las más descubiertas en términos de atención médica y seguros de salud, ya que los recursos públicos dedicados a este tema generalmente son deficientes, los costos de los fármacos son elevados y las aseguradoras privadas rara vez cubren los gastos incurridos por esta enfermedad.

Más del 60% de los clientes de las IMF afiliada a REDCAMIF son mujeres. Los países de mayor prevalencia de PVVS, únicamente según los datos registrados, son Honduras (18.500 – 60.000), El Salvador, Guatemala, Belice y Nicaragua. Según un informe de UNISIDA (2006), el VIH/SIDA es de las principales causas de muerte de las mujeres hondureñas.

El tema del VIH/SIDA es un tema que incide en salud, pobreza, género, microfinanzas, derechos humanos, y economía, y que debe ser abordado explícitamente por las IMF y las aseguradoras como tal. Existe una gran necesidad y oportunidad de erradicar la discriminación contra las PVVS e incorporarlas como las personas económicamente activas que son y tiene el potencial de ser. Algunas IMF han entrado en alianzas con ONG especializadas en VIH/SIDA para programas de crédito, capacitaciones y sensibilización y el diseño de servicios de salud que los atiendan.

Diseño de un microseguro de salud

“El desarrollo de un microseguro es un proceso continuo [. . .]” (McCord, 2007), en el que se aprende continuamente en base a los resultados, específicos para cada contexto diferente. La literatura aporta experiencias aprendidas en otros contextos por donantes, IMF y aseguradoras. Sin embargo, de las relativamente pocas experiencias descritas por los actores entrevistados para el presente estudio, ha surgido una serie de lecciones y recomendaciones específicas para el diseño de microseguros de salud en el contexto centroamericano.

Enfoque

Es fundamental que las microfinancieras reconozcan que los productos no van a aumentar de forma significativa los ingresos de la microfinanciera. Ventajas para la microfinanciera incluyen que sí van a constituir un servicio complementario que puede fomentar la lealtad del cliente, sí contribuyen a una mejor salud del cliente y por tanto una mejoría en su capacidad de trabajo y de pago, lo que puede resultar en menor morosidad. Sin embargo, para lograr un producto exitoso que vaya “pegar” en el mercado, el punto de partida debe ser el beneficio que el seguro le va dar al cliente, que proviene de las necesidades y demandas que tiene el cliente.

Demanda

Uno de los errores cometidos por las instituciones que iniciaron proyectos piloto fue el diseño del producto en base al costo que tendría para la aseguradora, en vez de la demanda y capacidad de pago del mercado. La forma más responsable de diseñar un producto de microseguro es en base a un estudio de mercado completo, para poder responder a necesidades reales del mercado. La necesidad es uno de los componentes claves de la demanda. En la ausencia de un estudio de mercado, se debe trabajar con la información disponible por medio de las organizaciones que trabajan más cercanamente con el grupo meta.

Los microseguros deberían partir de los mecanismos y las estrategias informales existentes. Por tanto, es importante saber cuáles son estos mecanismos informales. (OMT, 2007) ¿Qué hacen las personas cuando se enferman? ¿Adonde van? Este estudio indica que las personas que no tienen seguros privados ni del seguro social tienen varias opciones: (a) automedicamento con lo que se puede comprar sin receta médica en la farmacia, (b) hospitales públicos, (c) clínicas periféricas de ONG y de programas sociales del estado, o en Honduras de la cooperación Cubana⁷, y (d) en la zonas rurales, medicina tradicional. No sería prudente, por ejemplo, ofrecer un producto que da servicio en un hospital privado en la capital, cuando los clientes no tienen interés en acceder a ese hospital. La misma regla aplica para el tipo de cobertura del seguro, los asegurados, los plazos y todo el diseño del producto.

⁷ A través de un acuerdo de cooperación entre los dos países, Honduras cuenta con la presencia de médicos Cubanos en diferentes zonas del país, sobre todo en zonas aisladas que carecen de otras facilidades para servicios médicos, por ejemplo las comunidades más remotas de La Moskitia. Los y las médicos sirven en Honduras por periodos de dos años y son hospedados por los gobiernos locales hondureños. El servicio que brindan es de índole preventiva y curativa y es gratuito para los pacientes.

Volumen

Clave para el desarrollo de un producto cuyo costo sea accesible y tenga un valor agregado para el cliente, es vender el producto en volumen. Aplican los principios que hacen factibles y atractivos los seguros colectivos: garantizando un volumen mínimo de ventas la aseguradora puede garantizar un fondo que cubre los riesgos del seguro. Para un seguro médico, cuya incidencia es alta y relativamente impredecible, el volumen mínimo es relativamente grande comparado con otros seguros, como los seguros de vida. Entre menor el costo del producto, mayor la cantidad de ventas que se necesitan garantizar, y para lograr volúmenes altos, es necesario vender un producto a un precio accesible. Una forma de garantizar la cantidad necesaria de clientes es trabajar a través de las redes, por ejemplo las redes microfinancieras. La mayoría de las aseguradoras indican 5.000 asegurados como número mínimo para asegurar la cartera en el caso del microseguro de salud.

Simplicidad

El producto, además de masivo, debe ser simple, desde su diseño hasta los aspectos operativos (declaraciones, reembolsos, certificados). Los productos potables para el sector en cuestión son los más sencillos para presentar, entender y usar. Esto es un requisito para la transparencia del producto, lo cual es necesario para garantizar la credibilidad moral de las instituciones que dan la cara al cliente, ya sea la IMF, la cooperativa o la aseguradora directamente. Los seguros son altamente vulnerables a pérdidas de credibilidad.

“El seguro es un producto intangible [. . .] Por lo que el éxito del producto depende de un efecto de demostración positiva desde el principio.” (McCord, 2007). Es fundamental minimizar los riesgos, o el potencial de fracaso, del producto, ya que grietas en el diseño de producto pueden llegar a perjudicar a largo plazo la credibilidad y legitimidad de la institución, no sólo en lo que concierne el seguro, sino que también se puede trasladar a los demás productos. La naturaleza ‘intangibles’ de los seguros hace que sean muy vulnerables a problemas de confianza. Una pérdida de confianza puede acabar con todos los servicios de la institución.

Acceso

El seguro no debe ser excluyente; debe ser accesible para todos los clientes. Esto también es clave para llegar a una oferta masiva.

También se debe reconocer que los asegurados tienen preferencias con respecto a los centros médicos como hospitales y clínicas donde les gusta ser atendidos. La atención médica es un servicio altamente sensible, por lo que las preferencias de los clientes deben ser tomadas en cuenta. Aparte de accesible geográficamente, los centros de atención deben ser percibidos como accesibles socialmente; los asegurados deben poder llegar fácilmente al lugar y percibir buen trato.

Prima

El pago de la prima debe ser flexible. Es importante ajustar los plazos de pago y cobertura a las posibilidades de los clientes y no deben exceder los plazos de los créditos que tienen los clientes con la cooperativa o la institución microfinanciera. Mientras aseguradoras tradicionales normalmente cobran las primas anualmente, semestralmente o trimestralmente, para los microseguros es necesario flexibilizar estos esquemas y pensar en plazos más cortos y pagos más frecuentes. Por ejemplo, Aseguradora Mundial ha diseñado un producto de incapacidad que permite el pago anual, mensual, semanal y hasta diario, por deducción automática de cuenta de ahorros. Esto representa una innovación para la mayoría de las aseguradoras, aunque sí conlleva la limitante de que sólo se puede trabajar a través de instituciones reguladas que pueden captar ahorros y sólo con clientes con una cuenta de ahorros.

Cobertura

El resultado de los grupos focales llevados a cabo por IMF H-5 confirma la importancia de que el seguro ofrezca la posibilidad de asegurar a los dependientes. Muchas de las clientes expresaron hacer poco uso del seguro médico, pero sí tener más necesidad de llevar a los hijos a consultas médicas.

El seguro debe tener un valor agregado para el asegurado, algo a lo que no podría tener acceso sin el seguro, por un precio que valga la pena. Por ejemplo, un seguro que cuesta \$5,00 por mes y ofrece un descuento en consultas médicas tal que la cita cuesta \$2,00 en vez de \$4,00 sólo vale la pena si el asegurado hace uso de la consulta dos veces por mes o más. Si no, es más económico para esa persona simplemente pagar la consulta de \$4,00. Sin embargo, si el seguro ofrecería un descuento más significativo e incluiría una lista de tratamientos, la ventaja del seguro sería más palpable para el asegurado. El propósito de los microseguros debe ser de complementar, no reemplazar, otros mecanismos de reducción de riesgo, como el seguro social.

El enfoque de la cobertura debe ser en la salud preventiva y el acceso a servicios médicos de uso frecuente por un precio reducido. Un seguro para emergencias o accidentes, por ejemplo, no tendría un valor agregado lo suficientemente atractivo para el grupo meta, ya que en los hospitales públicos la atención a emergencias es aceptable y el costo de un seguro privado de este tipo es muy elevado. Sin embargo, las atenciones médicas “cotidianas” le consumen mucho tiempo al microempresario, sobre todo a la mujer cuando se trata de las enfermedades de sus hijos, por lo que acceso a un servicio eficiente, efectivo y de bajo costo es esencial. “Diferencias de género pueden afectar significativamente el diseño de un producto de seguro” (CGAP, 2003), y deben ser contempladas en el diseño del producto.

Comercialización

“En casi todos los países de bajos ingresos, los microseguros empiezan en un ambiente donde las personas o no entienden los seguros o los perciben de forma negativa, debido a que han visto pobres resultados en el pasado” (McCord, 2007). Por tanto, es imprescindible preparar las instituciones para ofrecer los productos y preparar el mercado para recibirlos. Esto implica fortalecimiento institucional, capacitación y un proceso paulatino de “despertar” la demanda. Despertar la demanda no quiere decir que se esté creando una necesidad donde no la hay, sino que se ofrece una solución previamente desconocida a un problema real y percibido y reconocido por el grupo meta.

Como demuestra la experiencia de Banco Sol de Bolivia, la capacitación de los vendedores y los clientes debe ser continua. También es esencial darle seguimiento a la calidad de la atención al cliente y los centros de servicio afiliados. Como con todo producto, es importante mantener un vínculo estrecho con tanto los clientes como los proveedores, para interceptar problemas antes de que escalen, y para innovar continuamente y estar a la vanguardia del mercado. Banco Sol por tanto recomienda que se especialice en el tema, que los equipos de vendedores del seguro sean especialmente conformados y que no sean los asesores de crédito. Esta puede ser una inversión necesaria para un lanzamiento de producto efectivo, para maximizar el crecimiento del mismo a futuro.

Alianzas

En el contexto centroamericano, las compañías de seguros son actores clave. Se debe trabajar a través de compañías de seguros por las restricciones legales que hay para entes no-reguladas en la oferta de seguros y para disminuir el riesgo para la microfinanciera. Es importante conformar las alianzas tal que ambas partes se beneficien, no solo la aseguradora. Trabajar con una aseguradora innovadora y comprometida a oferta de productos a largo plazo

Para las aseguradoras que no han incursionado anteriormente en seguros de salud o en el nicho de mercado de microseguros, es importante explorar las posibilidades de aprovechar redes hospitalarias existentes, ya que su conformación implica una inversión significativa de tiempo y recursos, sobre todo considerando el tipo de red que se necesitaría, de clínicas periféricas en áreas de acceso difícil. Por ejemplo, en el caso de Honduras la Aseguradora Mundial está contemplando la posibilidad de trabajar con la red conformada por AHONPLAFA (Asociación Hondureña de Planificación Familiar), que tiene hospitales y consultorios en todo el país.

Conclusiones y recomendaciones

El mercado de microseguros de salud es un nicho inexplorado y complejo, pero con potencial, siempre y cuando se use la lógica del sector y se aprovechan las bases institucionales ya establecidas. En el presente caso, además de las lecciones anteriormente mencionadas, se cuenta con organizaciones y estructuras sobre las que se puede construir una estrategia, mencionadas en las Tablas 5a, b y c.

En la elaboración de un modelo o una estrategia de incidencia en el campo de microseguros, el cooperante internacional debe tomar en cuenta tanto los aspectos técnicos del producto a promover, como los actores con los que se va aliar para la iniciativa. El diseño del producto debe ser un proceso participativo y las alianzas basadas en la voluntad de participar de las organizaciones, la estabilidad financiera y la capacidad de alcance que tienen. En base a estos criterios, se analizó la información recopilada y se ha construido la siguiente tabla de organizaciones con las que se visualiza una cooperación efectiva. Se presenta una serie de recomendaciones básicas para cada país, seguida por recomendaciones sobre características básicas de un posible producto y las alianzas preferibles para una intervención que contribuye a la reducción de los riesgos de los sectores más vulnerables. Finalmente, se combinan

estos elementos con un enfoque en los modelos que se podrían desarrollar más efectivamente y cuál sería el papel del cooperante dentro del modelo.

Tabla 5a. Posibilidades de cooperación para la implementación de microseguros de salud: Nicaragua

| Modelo | Organización | Aseguradoras | Papel principal del cooperante |
|---------------|---------------------|---------------------|--|
| Socio-agente | IMF N-2 | Seguros América | <ul style="list-style-type: none"> • Estudios para diseño del producto (incluyendo grupos focales con los clientes) • Apoyo en la vinculación y negociación con la empresa aseguradora • Asesoría técnica en los procesos de implementación |
| Socio-agente | IMF N-1 | Seguros América | <ul style="list-style-type: none"> • Asesoría técnica en los procesos de implementación • Apoyo en negociaciones con la aseguradora • Monitoreo de la satisfacción del cliente • Monitoreo del cumplimiento de la reaseguradora |

Tal como indicado anteriormente, la IMF N-1 ha iniciado un proceso de implementación de un microseguro de salud, con el apoyo de la Red INAFI-LA. Tienen un camino recorrido con la oferta de seguros de vida. Estas experiencias han destacado la importancia de una fuerte negociación con las compañías aseguradoras, particularmente en el tema del VIH/SIDA, que hasta el momento sigue excluido de la cobertura del seguro de vida. El cooperante podría jugar un papel importante de apoyo en (futuras) negociaciones, aprovechando sus recursos técnicos en el tema del VIH/SIDA.

La IMF N-1 aun no ha incursionado en la oferta de microseguros de salud. Sin embargo, existe un interés expresado, y La IMF N-2 cuenta con una base sólida de clientes (más de 73 mil), una amplia cobertura a nivel nacional (35 sucursales) y un enfoque rural (63% de los créditos de la IMF N-1 son créditos agropecuarios). La zona rural representa un nicho sub-atendido por servicios de salud. Además, tiene un 60% de su cartera invertida en clientas mujeres, quienes generalmente son auto-empleadas y por tanto excluidas por el sistema de seguro social. Por las anteriores razones, este informe recomienda a la IMF N-1 como contraparte para la implementación de un producto de microseguro. El papel del cooperante en esta alianza sería de apoyo técnico en el diseño del producto, la selección de la compañía aseguradora bajo el modelo socio-agente y en los procesos de negociación e implementación.

Otra contribución clave del cooperante puede ser la inyección de capital inicial para bajar el costo del producto, para impulsar su masificación. Las experiencias que se han visto en el modelo socio-agente han enseñado que el principal obstáculo para la masificación es el alto costo inicial del producto. A su vez, la masificación es un requisito para bajar el costo. Las organizaciones han tendido a quedar atrapadas en un círculo

vicioso donde no se logra ni la masificación ni el costo bajo. En el sector se ha desarrollado una tendencia de descalificar la inyección de capital como una forma de subsidio y una indicación de un proyecto o producto no-sostenible en el tiempo. Sin embargo, cabe destacar que la inyección de capital propuesta tiene como fin precisamente catalizar la auto-sostenibilidad del producto. Al asumir este papel, el cooperante puede contribuir a la superación de uno de los obstáculos más importantes que se ha enfrentado en la región.

Nicaragua es diferente a los otros dos países en que sí existen posibilidades para microempresarios dentro del sistema nacional del seguro social. Se pueden abrir puertas a nivel gubernamental para lograr el acceso del sector auto-empleado, y hasta informal, a través de una cuota mínima voluntaria. Esto implica un proceso fuerte de negociación entre diversos actores.

Tabla 5b. Posibilidades de cooperación para la implementación de microseguros de salud: El Salvador

| Modelo | Organización | Aseguradoras | Papel principal del cooperante |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------------------|--|
| Mutual | FEDECACES | Seguros Futuro | <ul style="list-style-type: none"> • Cooperación en los estudios para diseño del producto (incluyendo grupos focales con los socios y los directivos de las cooperativas) • Asesoría en la expansión de la red hospitalaria |
| Mutual/ Socio-agente | Cooperativa A.M.C. de R.L. | Seguros Futuro o Seguros del Pacífico | <ul style="list-style-type: none"> • Estudios para diseño del producto (incluyendo grupos focales con los clientes) • Apoyo en la vinculación y negociación con la empresa aseguradora • Asesoría técnica en los procesos de implementación |

En El Salvador se recomendaría trabajar a través de la red cooperativa FEDECACES, dado su trayectoria ofreciendo microseguros de diferentes tipos en cooperación con su empresa, Seguros Futuro. Las instituciones y los mecanismos de comercialización existen; el papel principal del cooperante sería de apoyo en el diseño del producto más adecuado y con más potencial de comercialización, a través de procesos participativos. Los procesos participativos, tales como los grupos focales y las entrevistas semi-formales con los socios de las cooperativas (o en el caso de las IMF, los clientes) son cruciales, tal como lo son en el diseño y mercadeo de cualquier producto comercial.

A escala más enfocada se podría trabajar con una sola cooperativa, en este caso la A.M.C. de R.L, que ha mostrado un interés genuino en ofertar un producto de seguro médico. Se podría trabajar a través de un modelo mutual, o vinculando a la cooperativa con una aseguradora privada a través de un modelo socio-agente. Una desventaja de trabajar con una sola cooperativa, comparado con la Federación, es el menor volumen de (potenciales) clientes.

Tabla 5c. Posibilidades de cooperación para la implementación de microseguros de salud: Honduras

| Modelo | Organización | Aseguradoras | Papel principal del cooperante |
|--------------|--------------|--|---|
| Mutual | FACACH | Equidad | <ul style="list-style-type: none"> • Cooperación en los estudios para diseño del producto (incluyendo grupos focales con los socios y los directivos de las cooperativas) • Asesoría en la expansión de la red hospitalaria |
| Socio-agente | IMF H-6 | Aseguradora Mundial & Ahonplafa/ Grupo H | <ul style="list-style-type: none"> • Estudios para diseño del producto (incluyendo grupos focales con los clientes) • Apoyo en la negociación con la empresa aseguradora • Asesoría técnica en los procesos de implementación • Monitoreo de la satisfacción de clientes • Monitoreo de la aseguradora |

La Federación de Cooperativas de Honduras goza de la fortaleza de su propia empresa de seguros con experiencia en productos adaptados a las necesidades del sector microempresario. El papel del cooperante sería acompañamiento en el diseño del producto desde la perspectiva de la demanda. También sería necesario expandir la red hospitalaria, o asociarse con una red hospitalaria existente, tal como el Grupo H. Dentro de los modelos mutuales el papel del cooperante es principalmente uno de vinculación entre actores, ya que las bases institucionales y empresariales y el conocimiento técnico existen.

En las alianzas entre IMF y empresas aseguradoras privadas, como se podría desarrollar en conjunto con IMF H-6, el papel de apoyo financiero del cooperante es más fuerte. IMF H-6 tiene una posición fuerte; ha recibido ofertas de aseguradoras privadas para la implementación de productos cada vez más amplios. Sin embargo, IMF H-6 también está luchando con la reducción del costo al cliente, para que sea accesible y atractivo. El cooperante podría tener un papel importante en la identificación de dónde se encuentra este punto de equilibrio para los clientes.

Producto

En todos los casos, se trata de la implementación de un microseguro de salud con un *enfoque de salud preventiva y curativa*, que incluye chequeos médicos rutinarios, incluyendo revisiones ginecológicas para las mujeres y atención ambulatoria para menores de edad. Se recomienda un producto sin deducible, o con un mínimo de deducible, dado los escasos recursos del grupo meta. El producto puede incluir acceso gratuito o de precio nominal a una lista determinada de medicamentos. Aunque los ingresos varían de país a país, como regla general el costo mensual del seguro debería ser de aproximadamente \$3,50 y no debe superar los \$5,00. Se recomienda una combinación del seguro médico con un seguro de *incapacidad temporal o permanente*,

que son los riesgos más grandes de los microempresarios. La simplicidad y la utilidad del producto son clave.

Dado que uno de los costos de enfermedad de los microempresarios es el costo de oportunidad (tiempo de atención del servicio médico, tiempo faltado al trabajo), se recomienda incorporar un seguro de incapacidad temporal y permanente, que le otorga una indemnización por día laboral perdido por enfermedad o accidente.

Alianzas

Es esencial buscar innovación para la *expansión de la red de clínicas* y hospitales para lograr una cobertura rural que se acerque lo más posible a los asegurados. Componer una red nueva es un trabajo especializado, por lo que se recomienda trabajar con redes existentes, dispuestas a la incorporación de nuevos centros de servicio en zonas donde no tienen cobertura.

Las redes microfinancieras son una buena plataforma desde el punto de vista del donante, ya que se abarca una gran cantidad de actores y se cuenta con cierta confianza y renombre internacional. Sin embargo, uno de los resultados sobresalientes de este estudio ha sido la barrera que hay en el alto grado de competitividad entre las IMF, por la que la implementación de un producto uniforme a través de varios socios se hace casi imposible.

Las redes que sí se pueden aprovechar más son las federaciones de cooperativas, que ya cuentan con sus propias empresas de seguro. REDCAMIF está impulsando un proyecto para crear una estructura parecida, en la que sería dueña de una empresa privada de seguros. Dado el deseo de Hivos de enfocarse en seguros de *salud* y dado lo relativamente novedoso que es este tipo de producto en la región, se recomienda trabajar en primer lugar en un contexto nacional con un proyecto piloto. Las cooperativas federadas tienen acceso a aun más personas que las IMF, tienen las estructuras legales listas y la voluntad para absorber un nuevo producto.

Implementación

Las estructuras de riesgo de los microseguros no son iguales a las microfinanzas (CGAP, 2003). Para la implementación de un proyecto de oferta de microseguros de salud, es esencial trabajar en alianza con aseguradoras autorizadas. Estas reúnen el *expertise* en los temas relacionados con la rentabilidad de los productos. También es necesario planear un mínimo de tres años de implementación; es un proceso de largo plazo (CGAP, 2003) que no puede ser abandonado a medio camino. Requiere de una larga fase de preparación, incluyendo diseño de producto, negociaciones con las aseguradoras, capacitaciones y contratación de personal y mercadeo del producto.

Los seguros, especialmente de salud, requieren de un nivel de riesgo, y por tanto de compromiso, alto de parte de todos los actores. Por tanto, la sostenibilidad del proyecto es tarea prioritaria. Mientras que a nivel estatal los seguros médicos se subsidian por medio de un sistema de redistribución, el talón de Aquiles del microseguro, y una de las principales razones por las que es tan costoso, es que tiene que ser completamente auto-sostenible. Esto no quiere decir que no se puede fomentar su implementación y sostenibilidad. Uno de los principales obstáculos es el círculo vicioso que no deja llegar a los volúmenes necesarios para que el microseguro sea sostenible: para mejorar la relación costo-beneficio, se necesita volumen de clientes, pero para lograr atraer a suficientes clientes para llegar al volumen necesario, se necesita un producto que tiene

una buena relación costo-beneficio. El papel del donante puede radicar en la contribución a un fondo de financiamiento del producto, para permitir que alcance los volúmenes de sostenibilidad y rentabilidad, y así pueda mejorar el servicio al asegurado.

En resumen, hay dos modelos diferentes que son prometedores para apoyar. El primero es a través de una federación de cooperativas, mientras que el segundo se enfoca en una institución microfinanciera con un volumen de clientes lo suficientemente grande para lograr economías de escala en el tiempo. En ambos casos, el papel del cooperante sería uno de apoyo técnico para determinar los detalles de la demanda y diseñar un producto específicamente dirigido hacia esa demanda, de vinculación entre los actores principales, de lobby o negociación para llegar a las condiciones necesarias para la eficacia del microseguro y de inyección de capital para impulsar la masificación del microseguro. El papel del cooperante también debe ser de intercambio y transmisión de información entre actores para la evolución continua de la oferta.

Las experiencias en la región destacan que hay un vacío en la oferta de atención médica accesible y el camino hacia la oferta de microseguros de salud es complicado, pero no imposible. Las alianzas de largo plazo y un producto basado en las demandas del mercado serán clave para poder contribuir a una población de microempresario de bajos ingresos menos vulnerable, menos desatendida y con una mejor calidad de vida.

Documentos consultados

AAC-MIS (2005). Brouchure AAC-MIS: *Avanzando el Seguro Cooperativo y Mutual a través de las Ameritas*. http://www.aciamericas.coop/IMG/Brochure_AACMIS.pdf

ASOMI (2006) *Indicadores de Asomi*: información a diciembre 2006. <http://www.asomi.org.sv/35.0.html>

Caso Columna Guatemala, presentación para Seminario Microbancos <http://www.microbancos.com/seminario/ppt/Caso-Columna-Guatemala.pdf>

CGAP Working Group on Microinsurance (2003). *Preliminary Donor Guidelines for Supporting Microinsurance*. [Draft]. <http://www.microfinancegateway.org/content/article/detail/13836#>

CGAP Working Group on Microinsurance (2007). *Indicadores de Desempeño para profesionales de los microseguros - Resumen*. ADA Feb. 2007, Ginebra.

CGAP Working Group on Microinsurance (2006). *Mejorar el manejo de riesgos para las poblaciones pobres No. 10*. En: MICROSEGUROS, No. 10, Julio 2006, Ginebra.

CGAP Working Group on Microinsurance (2006). *Mejorar el manejo de riesgos para las poblaciones pobres No.11*. En: MICROSEGUROS, No. 11, Julio 2006, Ginebra.

Churchill, Craig (2005). *Protecting the Poor: A Microinsurance Compendium*. ILO, Geneva in association with Munich Re Foundation, Germany.

Churchill, Craig; Reinhard, Dirk y Qureshi, Zahid (2006). *Into Action Microinsurance: Making insurance work for the poor*. Report Summary Microinsurance Conference. Munich Re Foundation in Cooperation with ILO, Geneva and CGAP Working Group on Microinsurance, Ginebra.

Churchill, Craig; Reinhard, Dirk y Qureshi, Zahid (eds.) (2005). *Report Microinsurance Conference 2005: Making insurance work for the poor: Current practices and lessons learnt*. Munich Re Foundation in Cooperation with ILO, Geneva and CGAP Working Group on Microinsurance.

Davignon, Gilles (2004). *The Poor and Their Risk. How to Alleviate Poverty by Reducing the Impact of Hazard? The Microinsurance Promise*. Universidad Libre de Bruxelles.

Debrat, Jean-Michael; NABETH, Marc y VATE, Michel. (2007). *Micro-insurance, Insurance, Reinsurance: Effective Tools for Development*. Mesa redonda en: Les Notes del Instituto Thomas More, No. 11/Eng. Working Programme Europe in the World – Development Section – Enero del 2007, Paris.

Dreschler, Denis y Jutting, Johannes (2007). *Making Insurance a Healthy Business*. In Upsides, OECD Development Centre.

Dror, David (2006). Health Insurance for the Poor: Myths and Realities. Economic and Political Weekly, Nov. 4, 2006.

Escobar, Marcelo (2007). *Microseguros en Banco Sol*. Ponencia presentada en el FOROMIC BID de la Microempresa, San Salvador, 3-5 de octubre 2007.

Gunning, Jan Willem; Dietz, Ton y Leliveld, Andre (2003). Towards Insurance Provision for Poor People in Developing Countries: A proposal for collaboration between donors, insurance companies and the Amsterdam Institute for International Development. AIID, Amsterdam.

Hivos Internacional (2005). Debate sobre microseguros para personas afectadas por el VIH/SIDA. En: Hivos Internacional Año 12 / No. 1 September de 2005.

IAIS International Association of Insurance Supervisors (2006). Glossary of Terms. IAIS.

IAIS International Association of Insurance Supervisors y CGAP Working Group on Microinsurance (2006). Issues in Regulation and Supervision of Microfinance. Draft Issues Paper, Ginebra.

ICMIF (2002). Reinsurance Glossary of Terms. Disponible en línea.
<http://www.microfinancegateway.org/content/article/detail/3193>

ILO Online (2007). Combining Microinsurance And New Technologies To Protect The Poor. ILO Website 16 April 2007, Ginebra.

INTRAC (1998). *Direct Funding from a Southern Perspective: Strengthening Civil Society?* INTRAC NGO Management and Policy Series No. 8.

McCord, Michael J. y Roth, Jim (2007). Microinsurance NOTE 3-Partnerships: Microfinance Institutions and Commercial Insurers. Producido para The Microinsurance Center for the US Agency for International Development.

McCord, Michael J. (2007). *Product Development – Making Microinsurance Products Successful*. Microinsurance NOTE 4, USAID. <http://www.usaid.gov/>

McCord, Michael J.; Roth, Jim y Liber, Dominic (2007). Insurance Provision in the World's 100 Poorest Countries. The Microinsurance Centre, LLC. Wisconsin, USA.

OMT/ILO (2007). *Combining microinsurance and new technologies to protect the poor*. [Internet] <http://www.ilo.org> 16 de abril, 2007.

Paul M Pronyk, James R Hargreaves, Julia C Kim, Linda A Morison, Godfrey Phetla, Charlotte Watts, Joanna Busza, y John D H Porter. (2006) Effect Of A Structural Intervention For The Prevention Of Intimate-Partner Violence And HIV In Rural South Africa: A Cluster Randomised Trial. Lancet 2006; 368: 1973–83. Publicado en línea 30 de noviembre del 2006.

REDIMIF (2004) Cobertura de las afiliadas a REDIMIF, Datos a Diciembre 2006.
<http://www.redimif.org>

REDMICROH (2006). *Memoria 2005-2006*. Memoria Institucional de la Red de Instituciones de Microfinanzas de Honduras.

Royal Tropical Institute, Amsterdam (2004). Expert meeting on Microfinance and HIV/AIDS. An initiative of Hivos in cooperation with EIBE / University of Nyenrode, Share-net and the PSO knowledge centre.
www.hivos.nl/index.php/content/download/2532/16482/file/phpwpJEAR.pdf.

Wilms, Annegien (2005). *Survey on the Effects and Strategies with regard to HIV/AIDS and microinsurance in the microfinance sector in East and Southern Africa*. Hivos, The Hague.

Anexos

Anexo 1: Agenda de Misión

| FECHA | ACTIVIDAD | CIUDAD | ENTREVISTAS | | | |
|----------|--------------------------------|----------------|--|--|--|-----------------------------|
| | | | NOMBRE | PUESTO | ORGANIZACIÓN | CATEGORÍA |
| 08-08/08 | Lectura y Preparación | SJO | | | | |
| 13-Ago | Desplazamiento | SJO-MGA | | | | |
| 13-Ago | Reunión ASOMF-Hivos VIH/SIDA | Managua | 40+ representantes de ONG especialistas VIH/SIDA e IMF | | Hivos, IMF de ASOMF, Fund. Xochiquetzal, entre otros | IMF/ONG/Donante |
| 13-Ago | Entrevista informal | Managua | Patricia Padilla López | Directora Ejecutiva | ADIM | IMF |
| 13-Ago | Participación taller | Managua | Marta García | | Promujer | IMF |
| 14-Ago | Entrevista | Boaco | Xiomara Rizo, Lilia Muntianu | Gerente General, Gerente Servicios No Financieros | Fundación José Nieborowski | IMF |
| 14-Ago | Entrevista informal | Managua | Ginet Vargas, Myriam Blanco | Oficial de Programa VIH/SIDA y Género, Consultora y Gerente General | Hivos, Mesoamérica Servicios Financieros | Donante (Hivos) |
| 15-Ago | Participación foro VIH/SIDA | Managua | | | | |
| 15-Ago | Entrevista | Managua | Carmen Córdova Amador | Gerente de mercadeo y ventas | FINCA Nicaragua | IMF |
| 15-Ago | Entrevista | Managua | Francisco Pérez | Programa de investigación | Nitlapán, UCA | Asistencia técnica |
| 16-Ago | Entrevista | Managua | Carlos Muñoz | Gerente de crédito | FODEM | IMF |
| 16-Ago | Entrevista | Managua | Alfredo Alaniz | Director Ejecutivo | ASOMF | Red IMF |
| 16-Ago | Entrevista | Managua | Lorena Traña | Gerente, cliente | Calzado Traña, ADIM | microempresa, IMF |
| 17-Ago | Entrevista | Managua | Armando Chibles | | CARUNA | IMF |
| 17-Ago | Entrevista | Managua | Julio Flores | Gerente General, Gerente Servicios No Financieros | FDL | IMF |
| 17-Ago | Entrevista | Managua | Ma Eugenia Lacayo | Gerente de mercadeo y ventas | ACODEP | IMF |
| 17-Ago | Entrevista | Managua | Kembo Mijangá Ngona | Oficial de Programa | CETZAM | IMF |
| 28-Ago | Entrevista | San José | Leonel Zamora | Director Ejecutivo | INAFI-LA | Red IMF |
| 29-Ago | Entrevista | San Salvador | Nancy Argüeta | Consultora Independiente, Especialista sistema social pensiones y seguros | | Independiente |
| 29-Ago | Entrevista | San Salvador | Franklin Montano | Director Ejecutivo | ASOMI | Red IMF |
| 29-Ago | Entrevista | San Salvador | Juan Luis Moreno, Juanita Hernández | Director Financiero, Enlace Seguros | Financiera Integral, de FUSAI (Apoyo Integral) | IMF |
| 30-Ago | Entrevista | San Salvador | Vicky Platero | Asistente de la Gerencia | FADEMYPE | IMF |
| 30-Ago | Entrevista | San Salvador | José Magaña | Jefe de enlace, agente de seguros | Seguros Futuro (de Corporación FEDECACES) | Aseguradora de Cooperativas |
| 30-Ago | Entrevista telefónica | San Miguel | Wilson Salmerón | Gerente General | Cooperativa AMC de R.L. | Cooperativa - IMF |
| 05-Sep | Entrevista telefónica | Managua | Marta García | | Promujer | IMF |
| 05-Sep | Entrevista telefónica | Managua | Maria Eugenia Lacayo | Mercadeo | ACODEP | IMF |
| 15-Oct | Entrevista | San Pedro Sula | Santa de Euceda, Nuvia Ramirez, Dr. Blas | Directora Financiera, Directora Ejecutiva OPD, Médico de Clínica de Salud Integral | ODEF-OPDF | IMF - OPD - Clínica |
| 16-Oct | Traslado y Procesamiento datos | SPS - TEG | | | | |
| 17-Oct | Procesamiento, preparación | Tegucigalpa | | | | |
| 18-Oct | Entrevista | Tegucigalpa | Anibal Montoya, Indiana Flores, Francisco Alarza | Presidente REDMICROH y Dir. Ejec. FUNED, Directora Ejecutiva REDMICROH, Director Ejecutivo FUNDAMICROH | REDMICROH, FUNED, FUNDAMICROH | Red IMF, IMF, IMF |
| | Entrevista | Tegucigalpa | Juan José Lagos, Godofredo Mendoza | Director Ejecutivo, Encargado Seguros | Fundación Jose María Covelo | IMF |
| 19-Oct | Entrevista | Tegucigalpa | Raúl Mejía | Representante | Aseguradora Mundial (Aseguradora Hondureña) | Aseguradora |
| 19-Oct | Entrevista | Tegucigalpa | Arlés Mejía | Agente de Seguros | FACACH | Federación de Cooperativas |
| 19-Oct | Entrevista | Tegucigalpa | Lic. Peralta | Gerente General | Equidad | Aseguradora (de FACACH) |

Anexo 2: Lista de contactos importantes

Esta lista de contactos incluye tanto personas entrevistadas como no entrevistadas durante el proceso de investigación, pero con las cuales sí puede llegar a ser importante (re)tomar el contacto a futuro.

| Categoría | Institución | Persona de contacto | Contacto |
|-------------------------|----------------------------|---|---|
| Honduras (+504) | | | |
| Aseguradora | Grupo H | Marco Antonio Avilés | 239-3032 9904-3415 |
| Aseguradora | Grupo H | Berta Durán de Rodríguez | 239-9628 9972-0401 |
| Aseguradora | Aseguradora Mundial | Raúl Mejía | 232-2729 |
| Federación Cooperativa | FACACH | Rodrigo Pineda Enamorado | 236-9205 236-8096,2 rpineda@facach.hn enapir@yahoo.com |
| Federación Cooperativa | FACACH | Arlés Mejía | 236-9205 236-8096,2 |
| Aseguradora | Equidad FACACH | Juan Carlos Galindo Pineda | 236-8379 9955-2635 segurosagricolas@segurosequidad.hn jcgalindohn@yahoo.com |
| Aseguradora | Equidad FACACH | Lic. Peralta | 236-8379 9955-2635 |
| IMF | Covelo | Godofredo Mendoza | 221-5176/77 221-4297 221-2117 |
| IMF | Covelo | Juan José Lagos | 221-4297 221-2117 |
| Red IMF | REDMICROH | Indiana Flores | 232-2311 |
| IMF | Fundahmicro | Gladys Romero | 227-3587 info@fundahmicro.hn |
| IMF | ODEF | Santa de Euceda Nulvia Ramírez Dr. Blas | 558-1052 |
| Nicaragua (+505) | | | |
| Especialista VIH/SIDA | -- | Marilyn Mora | 8884-1696 |
| ONG | PROMUJER | Marta García | 2311-4148 mgarcia@promujer.org.ni |
| IMF | Fundación José Nieborowski | Xiomara Rizo Lilia Muntianu | ongfjn@ibw.com.ni csdejn@yahoo.com 2542- 1865/1391/2671/2399 2408-3027 |
| IMF | FINCA Nicaragua | Carmen Córdova Amador | 2252-4382 8850-5028 8882-7723 ccordova@cablenet.com.ni |

| Categoría | Institución | Persona de contacto | Contacto |
|---------------------------|--|-------------------------------------|--|
| ONG | Nitlapán, UCA | Francisco Pérez | fjperez@ns.uca.edu.ni 2278-1343/44 |
| IMF | FODEM | Carlos Muñoz | 2278-8747 2278-0308 gte_credito@fodem.org.ni |
| Red IMF | ASOMIF | Alfredo Alaniz | |
| | CARUNA | Armando Chibles | |
| | FDL | Julio Flores | 2277-4245 2270-7338 2270-7371 8877-2936 floresc@fd.org.ni |
| | ACODEP | Ma Eugenia Lacayo | |
| IMF | ADIM | Patricia Padilla López | 2270-2641 2252-6003 adim@cablenet.com.ni |
| | | | |
| El Salvador (+503) | | | |
| Especialista en pensiones | -- | Nancy Arguieta | 2228-4355 7287-6920 nearguetaj@gmail.com |
| Red IMF | ASOMI | Franklin Montano | 2260-3196 asomi@asomi.org.sv |
| IMF | Financiera Integral, de FUSAI (Apoyo Integral) | Juan Luis Moreno, Juanita Hernández | 2555-1000 informacion@integral.com.sv |
| IMF | FADEMYPE | Vicky Platero | 2225 – 9415 |
| Aseguradora | Seguros Futuro (de Corporación FEDECACES) | José Magaña | 2225-1418 2235-8053 |
| Cooperativa | Cooperativa AMC de R.L. | Wilson Salmerón | 2660-7788 2660-7994 |

Anexo 3: Guía entrevista semi-estructurada

Guía entrevista Diagnóstico Microseguros

1. Tipo de organización
 - IMF
 - Aseguradora
 - Red nacional/Internacional
 - Otra _____

2. Características generales de los clientes
 - No. De clientes
 - Perfil de cliente (género, actividad económica, región geográfica atendida)

 - Servicios ofrecidos
 - Financieros:
 - No-financieros:

 - Si se ofrece algún servicio de atención médico, ¿qué tipo de servicio, qué abarca, quienes son elegibles, tiene costo adicional o no, frecuencia/regularidad con la que se ofrece, etc.?

3. ¿Ofrecen seguros? Sí/ No

4. Sí...
 - ¿De qué tipo? (de vida, vida crédito, discapacidad, agrícola, comercial, etc.)
 - Modelo? (aseguradora/ reaseguradora, riesgo directo)

5. Condiciones del seguro
 - TIPO:
 - Modelo (si difiere del modelo general)
 - Obligatorio o no (en caso de IMF donde va vinculado al crédito)
 - Prima (monto o porcentaje)
 - Periodicidad de pago
 - Periodo de vigencia
 - Cobertura
 - Beneficiarios

 - TIPO:
 - Modelo (si difiere del modelo general)
 - Obligatorio o no (en caso de IMF donde va vinculado al crédito)
 - Prima (monto o porcentaje)
 - Periodicidad de pago
 - Periodo de vigencia
 - Cobertura
 - Beneficiarios

6. Cifras/Resultados
 - ¿Cuándo se implementó el producto?
 - ¿Cuántos se han comprado?

- ¿A cuantos clientes se les ha pagado beneficios?
7. En términos generales, ¿Cómo ha percibido la experiencia ofreciendo este tipo de producto? (relación con clientes, relación con aseguradora, riesgos incurridos, reacciones de clientes, etc.)
 8. ¿Cuáles son las lecciones aprendidas en el ofrecimiento de este servicio?
 9. ¿Qué tipo de seguro no ha ofrecido que le gustaría poder ofrecer, o del que percibe demanda?
 10. ¿Cuáles son las opciones que tiene un cliente de su institución a la hora de necesitar atención médica? (¿Cómo está el seguro social, cuánto cuesta, etc.?)
 11. ¿Qué pasa si un cliente no puede pagar su deuda por enfermedad o discapacidad? ¿Qué pasa con el crédito?
 12. ¿Estaría la institución interesada en evaluar la posibilidad de ofrecer un seguro de cobertura médica?
 13. ¿Por qué sí/no?
 14. ¿Conoce otras experiencias en el país o la región que considera interesante como lección aprendida o donde pueda haber interés en incursionar en el tema?
 15. PARA REDES (del 8 al 15), y:
 16. ¿Qué tipo de productos no financieros apoya la red para o a través de sus socios?
 17. ¿Qué tipo de seguros piensa la red impulsar o apoyar?
 18. ¿Cuántas instituciones miembros participarían en tal iniciativa?
 19. ¿Cuáles considera las lecciones aprendidas de la región más importantes?
 20. ¿Cuáles son las perspectivas a futuro que existen respecto a esta(s) iniciativa(s)?