



PREMIO EUROPEO DE LAS  
MICROFINANZAS 2021

# Finanzas y asistencia sanitaria inclusivas

- NOTA CONCEPTUAL -





## TABLA DE CONTENIDO

<b>PREMIO EUROPEO DE LAS MICROFINANZAS 2021</b>	<b>3</b>
<b>SOBRE EL PREMIO EUROPEO DE LAS MICROFINANZAS</b>	<b>3</b>
<b>La trampa de la salud y de la pobreza</b>	<b>4</b>
<i>Las necesidades sanitarias de las comunidades de bajos ingresos</i>	<i>6</i>
<i>Las barreras para las mujeres</i>	<i>8</i>
<b>La inclusión financiera y la facilitación del acceso a la asistencia sanitaria</b>	<b>9</b>
<i>Los límites del sector financiero y el papel del Estado</i>	<i>10</i>
<b>Productos financieros para la salud</b>	<b>11</b>
Seguros de salud	11
Ahorro	12
Crédito	12
Otros productos financieros	13
<b>Productos no financieros y servicios de valor añadido</b>	<b>14</b>



## PREMIO EUROPEO DE LAS MICROFINANZAS 2021

El Premio Europeo de las Microfinanzas 2021 “Finanzas y asistencia sanitaria inclusivas” destaca iniciativas que facilitan el acceso a una asistencia sanitaria de calidad y asequible a las comunidades de bajos ingresos.

Esta Nota Conceptual aporta información sobre el tema de la presente edición del Premio. Para obtener pautas sobre cómo presentar su candidatura, rogamos se remita a las Directrices de Candidatura disponibles en el [sitio web del Premio](#).

## SOBRE EL PREMIO

El Premio Europeo de las Microfinanzas es un prestigioso certamen anual que premia al ganador con €100.000 y a los finalistas con €10.000 y atrae candidaturas de organizaciones del sector de los servicios financieros procedentes de todo el mundo que innovan en un área concreta de la inclusión financiera. Persigue dos objetivos paralelos: por un lado, premiar la excelencia y, por otro, recopilar y divulgar las mejores prácticas para su posterior replicación por parte de terceros.

El premio fue lanzado en 2005 por el Ministerio de Asuntos Exteriores y Europeos de Luxemburgo –Dirección de la Cooperación para el Desarrollo y Asuntos Humanitarios–, y está organizado conjuntamente por el Ministerio, la Plataforma Europea de las Microfinanzas (e-MFP) y la Inclusive Finance Network Luxembourg (InFiNe.lu), en colaboración con el Banco Europeo de Inversiones (BEI).

El premio se entrega en una ceremonia que ha contado en el pasado con la presencia de su Alteza Real la Gran Duquesa de Luxemburgo y el Ministro de Cooperación para el Desarrollo y Asuntos Humanitarios de Luxemburgo. La ceremonia se celebra durante la Semana Europea de las Microfinanzas.

Organizado por:





## La trampa de la salud y de la pobreza

No es ninguna exageración afirmar que la salud es, en sí misma, lo más importante de la vida. Más allá de que acompañe o no, la salud es el pilar sobre el que se asienta todo lo demás: permite que la educación desempeñe su papel en la creación de nuevas oportunidades; permite a las personas ganarse la vida, invertir y emplear a terceros; y permite que los colectivos y las sociedades prosperen. Y lo contrario también es cierto. Sin salud –sin una *asistencia sanitaria* que evite que los pequeños problemas de salud se conviertan en grandes problemas y que ayude a las personas a recuperarse de dolencias de gravedad–, el resto de métricas de progreso se ven minadas.

La importancia de la salud en el desarrollo humano es de sobra conocida, motivo por el que su promoción se sitúa a la cabeza de los esfuerzos de desarrollo a nivel internacional. El Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que el acceso a la asistencia médica es una necesidad humana fundamental. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculan los resultados en materia de salud con la protección de los hogares pobres ante los riesgos<sup>1</sup> y están acompañados de un [amplio abanico de indicadores](#) que permiten monitorizar los avances en la reducción del impacto de una salud catastrófica sobre las personas de bajos ingresos por país. Los ODS están apoyados por muchas otras iniciativas a nivel mundial, incluida [las metas de los “tres mil millones” de la OMS](#), que entre sus objetivos se fija el velar por que mil millones de personas tengan acceso a asistencia sanitaria sin tener que sufrir por ello penurias económicas. Y la salud, bien es sabido, fomenta el desarrollo tanto como el desarrollo fomenta la salud; la Coalición para la Cobertura Sanitaria Universal sostiene que “la salud es esencial en la erradicación de la pobreza extrema y la promoción del bienestar. En la década previa a 2015, las mejoras en la salud –medidas en términos de años de vida ganados<sup>2</sup> – [contribuyeron al 24% del crecimiento total de la renta en los países de rentas bajas y medias.](#)”

Lo que diferencia las necesidades sanitarias de los pobres en los países de rentas bajas son las *consecuencias* de una falta de atención sanitaria o una asistencia de baja calidad. Los pobres del mundo –excluidos del sistema financiero– tienen por lo general ingresos volátiles y precarios y residen en países sin una asistencia sanitaria universal de alta calidad. No solo

<sup>1</sup> ODS 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

<sup>2</sup> El valor intrínseco de los años de vida adicionales puede inferirse de la voluntad de las personas de sacrificar ingresos, disfrute o conveniencia a cambio de una mayor esperanza de vida (Global health 2035: a world converging within a generation; The Lancet 2013).



necesitan acceder a la sanidad, sino que han de tener además la capacidad para poder pagar por ella.

Pagar por la asistencia sanitaria es, en sí mismo, el mayor riesgo financiero al que se enfrentan los hogares pobres en los países de rentas bajas y medias. El problema es doble; por un lado, el acceso a y el pago de una asistencia incluso básica o rutinaria –chequeos, medicación o tratamientos menores– puede ser un gasto inasumible para las familias pobres. Y, por otro, ocurre que incluso quienes son tratados con éxito y logran recuperarse plenamente de una enfermedad o lesión, puede que tengan que lidiar durante años con una importante carga financiera.

La OMS estima que en torno a 150 millones de personas en todo el mundo sufren anualmente serias dificultades económicas fruto de los desembolsos asociados a los servicios sanitarios y, como resultado, unos [100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza](#). Esta situación se ha agravado de forma significativa a lo largo del último año y se cree que se necesitarán años o incluso décadas para revertir las [consecuencias de la pandemia](#).

La financiación de los gastos sanitarios es uno de los principales motivos por los que los clientes toman dinero prestado de las instituciones microfinancieras (aunque el motivo más aparente sea otro) y los problemas de salud – no solo los costes directos sino también los costes de oportunidad asociados con la interrupción del trabajo– pueden conducir a dificultades para amortizar los préstamos.

El problema es fundamentalmente de naturaleza humana. Al enfrentarse al estrés emocional generado por una emergencia sanitaria, los familiares a menudo recurren a las opciones que hagan falta, sin importar lo costosas que sean, para acceder a un tratamiento. Para los hogares pobres en países sin cobertura sanitaria universal, esto puede traducirse en deudas o en la venta de activos generadores de ingresos y, en algunos casos, incluso de sus propias casas. Para las familias donde los problemas de salud impiden que la persona que proporciona el sustento pueda trabajar, la pérdida de los activos necesarios para costear el tratamiento se ve exacerbada por la pérdida de ingresos<sup>3</sup>. Esta situación puede desencadenar **una espiral negativa: la pobreza conduce a una mala salud y esta conduce, a su vez, a la pobreza.**

<sup>3</sup> Collins et. al., Portfolios of the Poor, Princeton University Press, 2009. p.86



## Las necesidades sanitarias de las comunidades de bajos ingresos

Para romper con esta espiral negativa o círculo vicioso, los colectivos de rentas bajas deben: a) poder acceder a una **asistencia sanitaria cotidiana de “mantenimiento”** y a una forma de costearla; b) ser protegidos de las consecuencias económicas devastadoras de **emergencias sanitarias repentinas de alto coste**; y c) disponer de los medios para gestionar **todas las circunstancias que se sitúen entre estos dos extremos**.

Fundamentalmente, la asistencia sanitaria ha de garantizar un eje de continuidad<sup>4</sup> que puede dividirse en cuatro segmentos a tenor de la situación sanitaria y de las presiones financieras de las personas. En un extremo del eje encontramos los **cuidados regulares y preventivos**: a saber, esos gastos pequeños pero regulares como los que suponen las vacunas contra enfermedades comunes, odontología y optometría, mosquiteras tratadas con insecticida para proteger contra la malaria (ITN, por sus siglas en inglés) y demás necesidades de higiene, como agua potable, saneamiento y aire limpio. Algunos de estos gastos pueden ser menores, como por ejemplo las ITN, otros pueden ser importantes (instalación de tuberías), pero la mayoría son asequibles para la mayor parte de los hogares. Además, las vacunas administradas contra enfermedades frecuentes como el sarampión y la polio pueden ser asequibles pero su acceso en algunas zonas puede resultar limitado. Estas necesidades preventivas a menudo pueden satisfacerse con el ahorro acumulado, pequeños créditos a corto plazo y, en algunos casos, servicios sanitarios no financieros como campamentos o campañas educativas.

El segundo nivel es el que corresponde a la mayoría de los **problemas de salud**: gripe, heridas menores, mordeduras de serpiente, muchos trastornos digestivos e incluso brotes recurrentes de malaria en algunas partes del mundo. La mayoría de estos problemas requieren de cierto nivel de atención médica –y en algunos casos de forma urgente–, pero el coste es por lo general modesto y asequible para la mayoría. Los fármacos y las consultas externas constituyen un porcentaje importante de los gastos sanitarios de las personas. Sin embargo, el reto es que, aun siendo predecibles, son gastos no planificados y las necesidades económicas específicas no son conocidas con antelación. El resultado para hogares con problemas de liquidez es que dichas necesidades a menudo coinciden con una falta de efectivo: muchos hogares no tienen los fondos disponibles con tan poca antelación. La mayoría de estas necesidades de segundo nivel pueden cubrirse con ahorros o préstamos a corto plazo.

<sup>4</sup> Otra forma de verlo es en términos de atención primaria, secundaria y terciaria. La atención primaria es el primer y más amplio nivel de intervención, en el que un paciente consulta a un profesional médico cualificado para recibir su asesoramiento, medicación o tratamiento físico. La atención secundaria es una asistencia aguda para una enfermedad breve pero posiblemente grave y la atención terciaria alude a un tratamiento hospitalario especializado para enfermedades o accidentes graves.



El tercer nivel es el relativo a las **enfermedades crónicas** graves: diabetes y enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de discapacidades, ser VIH positivo y demás condiciones a largo plazo. La mayoría de estas enfermedades pueden gestionarse durante años con costes modestos, pero requieren desembolsos continuos en forma de asistencia hospitalaria, atención ambulatoria y apoyo farmacológico. Además, en algunos casos interrumpir los tratamientos puede socavar la eficacia de tratamientos futuros. Sin embargo, afectan únicamente a un segmento de la población y a menudo solo durante periodos específicos de su vida. En muchos aspectos, estas necesidades de tercer nivel plantean el mayor reto a los hogares de rentas bajas. Para algunas de ellas, una combinación de seguros de salud, ahorro y crédito puede ser suficiente. Ahora bien, en el caso de condiciones crónicas que requieran medicamentos costosos, las necesidades no podrán cubrirse de forma sostenible sin apoyo externo.

En el cuarto y último nivel encontramos **episodios graves y a menudo repentinos** como fallos renales, accidentes y quemaduras de gravedad y el cáncer o las enfermedades cardiovasculares. Estos casos, que requieren costosos tratamientos hospitalarios, suelen representar los gastos financieros más importantes y repentinos, con efectos potencialmente catastróficos sobre los hogares de rentas bajas. La atención médica materna, que se inscribiría en el segundo nivel cuando el nacimiento no reviste complicaciones, puede escalar rápidamente al cuarto nivel cuando surgen complicaciones. Muchos individuos nunca experimentarán estos episodios de cuarto nivel o, de hacerlo, lo harán de forma ocasional. Debido a su baja frecuencia y su carácter repentino son casi imposibles de planificar y el elevado coste de los tratamientos se antoja inasumible salvo para los hogares más adinerados.

Figura 1: El eje de las necesidades sanitarias

	Nivel 1: Cuidados regulares y preventivos	Nivel 2: Necesidades sanitarias leves	Nivel 3: Condiciones crónicas graves	Nivel 4: Episodios de salud graves
Ejemplos	Vacunas Odontología Optometría Mosquiteras Una buena higiene	Embarazo sin complicaciones Enfermedades/ accidentes leves	VIH Diabetes Enfermedad orgánica	Ataque al corazón Traumatismo grave Cáncer Complicaciones en el embarazo
Productos financieros y no financieros	Efectivo disponible Ahorro a corto plazo Campamentos de salud Telemedicina	Ahorro Crédito a corto plazo Telemedicina	Ahorro, crédito y seguros Subsidio/ ayuda pública	Seguros



Todas las personas del mundo tienen tanto necesidades de salud individuales como generales. Más allá de las necesidades aplicables a todos (odontología, optometría e inmunización, por ejemplo) y las necesidades particulares que pueda tener alguien fruto de una condición concreta, también hay necesidades vinculadas a ciertos grupos en función de su edad, género, discapacidad o predisposición genética a padecer algunas enfermedades. Los niños tienen, como es obvio, algunos requisitos de salud específicos. Lo mismo es aplicable a los ancianos, a quienes integran comunidades marginadas o en situación de pobreza extrema y a los grupos étnicos con una predisposición a sufrir ciertas enfermedades. Las mujeres a menudo tienen un papel doble que desempeñar, por un lado, como gestantes –con los cuidados prenatales y postnatales asociados– y, por otro, como cuidadoras principales de los hogares. Todos estos colectivos se enfrentan a barreras de acceso adicionales a las que ya afectan a las personas financieramente excluidas en general.

## Las barreras para las mujeres

Las mujeres se enfrentan a barreras concretas a la hora de acceder a y costearse una asistencia médica adecuada, fruto no solo de algunas normas sociales que limitan su autonomía financiera sino también de su papel tradicional como cuidadoras principales de los hogares. Estas necesidades sanitarias únicas y adicionales de las mujeres existen tanto [en los países de rentas altas](#) como en los países de rentas bajas. Además, la pandemia de la COVID-19 ya ha tenido unas consecuencias especialmente negativas sobre las mujeres. [De acuerdo con la UNFPA, ya en abril de 2020](#) 47 millones de mujeres habían dejado de acceder a la planificación familiar y, durante los seis primeros meses de pandemia, se registraron unos siete millones de embarazos no deseados en 114 países de rentas medias y bajas. Y esto, solo en los meses iniciales de la crisis sanitaria, y únicamente en el ámbito de la planificación familiar. Estudios más recientes apuntan al efecto desproporcionado de la pandemia sobre las mujeres. Lo que emana de estos requisitos singulares de las mujeres en términos sanitarios es la necesidad de contemplar adecuadamente las cuestiones de género a la hora de diseñar productos y servicios sanitarios. Tal y como [destaca la OIT](#): “La relación entre mujeres, salud familiar y barreras a la inclusión financiera ha de ser adecuadamente entendida antes de diseñar productos y soluciones”.



Algunas **barreras de acceso** son específicas a sus circunstancias y necesidades particulares y otras se ven exacerbadas por una combinación de bajos ingresos y exclusión financiera. Es posible que las personas desatiendan la atención preventiva debido a los costes que entraña tomarse tiempo libre del trabajo para recibir los cuidados. Los ingresos volátiles pueden traducirse en retrasos en los tratamientos de enfermedades relativamente leves, lo cual puede convertir condiciones tratables en problemas de peso o crónicos. Por otro lado, hay que tener en cuenta que las comunidades rurales y remotas pueden no tener acceso a algunos servicios médicos. Y los pobres y vulnerables a menudo se sienten intimidados por los profesionales sanitarios y pueden mostrarse reacios a buscar ayuda o incluso avergonzados de mostrar sus bajos niveles de alfabetización o competencia matemática.

## La inclusión financiera y la facilitación del acceso a la asistencia sanitaria

El sector de las finanzas inclusivas puede desempeñar un papel indispensable tanto a la hora de ayudar a los hogares a planificar sus gastos médicos cotidianos como de “mitigar” los shocks financieros relacionados con la salud. Al fomentar el ahorro, diseñar productos de crédito adecuados y quizás, más importante si cabe, facilitar el acceso a los seguros, los proveedores de servicios financieros (PSF) pueden poner su experiencia al servicio de productos financieros que brindan a los clientes de rentas bajas la flexibilidad financiera que necesitan para cubrir sus gastos sanitarios. Además, los PSF mantienen relaciones sólidas y con frecuencia de alto contacto con su base de clientes, a menudo mayoritariamente mujeres y en ocasiones vinculadas entre sí a través de modelos colectivos con una alta cohesión social, creando una oportunidad valiosísima para asesorar en torno a buenas prácticas sanitarias y concienciar sobre la importancia de la prevención y el tratamiento.

Las soluciones inclusivas de financiación de la asistencia sanitaria son fundamentalmente acuerdos *ex ante* suscritos para prestar la atención médica necesaria o el dinero para cubrirla cuando se precise. También pueden incluir características adicionales destinadas a garantizar la calidad y una buena relación coste-eficacia de la asistencia, propiciar un cambio conductual o apoyar a profesionales sanitarios a nivel local. A menudo, los hogares de bajos ingresos financian sus necesidades repentinas de salud apelando a la solidaridad de familiares y amigos, consumiendo el ahorro formal e informal, contratando préstamos formales o informales o bien vendiendo activos. Sin embargo, los PSF también pueden



## Los límites del sector financiero y el papel del Estado

Ningún sector financiero, por muy importante que sea su motivación, puede responder de forma sostenible a todas las necesidades sanitarias de la población de un país. Incluso en los países de rentas bajas con una base impositiva reducida, los gobiernos desempeñan un papel crucial a la hora de garantizar el acceso a una sanidad de calidad para todos. Además de proporcionar infraestructuras, regulación y normas (entre otras cuestiones), el Estado también puede desempeñar un papel en el marco de partenariados, especialmente al integrar programas comunitarios existentes dentro del sistema público de salud, o forjando colaboraciones con la industria aseguradora privada. En algunos casos, los sistemas de seguridad social nacionales se asocian con las aseguradoras, ONG y/o entidades financieras para aumentar su alcance y dar así cobertura al sector informal, al que difícilmente podrían llegar a través de los cauces tradicionales, que suelen estar diseñados desde la óptica de las relaciones laborales formales. Además de proporcionar un marco y unas normas en virtud de los cuales los proveedores de seguros pueden participar en los partenariados (por ejemplo, niveles de cobertura, detalles de ejecución, etc.), los gobiernos pueden utilizar estos programas para subvencionar las primas para los colectivos marginados o de rentas bajas.

ofrecer productos financieros específicos para la salud que van más allá de cuentas de ahorro genéricas o microcréditos.

Ahora bien, la salud es un sector tan amplio como complejo. Son muy pocas, si es que existen, las entidades financieras que tienen la capacidad o los derechos regulatorios para proporcionar asistencia médica de forma directa. Y la especialización requerida para la entrega de la asistencia implica que muchos programas son diseñados para operar en **partenariados** con un amplio espectro de actores del sector sanitario. Los PSF, incluidas las aseguradoras, a menudo suscriben acuerdos con clínicas locales, farmacias, ONG u hospitales para ofrecer descuentos en los precios que puedan repercutirse a los clientes o permitir a los PSF proporcionar una variedad de servicios sanitarios no financieros y educativos.



## Productos financieros para la salud

### Seguros de salud

Los seguros centralizan los riesgos y canalizan el dinero a quienes lo necesitan *en un momento dado* de quienes no lo necesitan. Permiten cubrir tanto los gastos frecuentes y modestos como los infrecuentes y elevados, siendo el rango de cobertura lo que determina el precio y la asequibilidad de una póliza de seguro. Ahora bien, la cobertura incluso para episodios muy graves rara vez es ilimitada y los costes pequeños muchas veces se dejan en manos del cliente porque el seguro se convierte en algo administrativamente insostenible para gastos menores y frecuentes.

Los seguros se apoyan en el concepto de la “ley de los grandes números”, motivo por el cual los PSF con trato directo con los clientes tienden a asociarse con aseguradoras que pueden repartir los riesgos entre grandes grupos de clientes. Los modelos de pago de los seguros de salud varían de forma significativa y pueden incluir servicios **con pago a cargo de terceros**, en virtud de los cuales es la aseguradora, en lugar del paciente, quien paga de forma directa al proveedor de salud; modelos de **atención médica administrada**, en los que los proveedores reciben una cantidad fija anual por todos los asegurados a cambio de prestar asistencia médica a los miembros del grupo asegurado; **seguros de indemnización**, que reembolsan por los gastos incurridos, tales como facturas hospitalarias; o el sencillo modelo de los **seguros de indemnización fija**, atractivos para el proveedor, en virtud de los cuales se proporciona una cantidad predeterminada de dinero cuando se produce el siniestro asegurado (por ejemplo, se abona una cantidad fija por cada noche de hospitalización).

Desde el punto de vista del cliente, se paga una prima del seguro con antelación de manera que, como en el caso del ahorro, funciona como un **mecanismo de compromiso**. No obstante, los clientes en mercados emergentes, para quienes los seguros suelen ser algo nuevo, tienen con frecuencia dificultades para comprender la diferencia entre seguros y ahorro y esperan que se les devuelva la prima si no hacen uso del seguro. Abordar estas expectativas asimétricas es un importante reto para los proveedores de seguros, quienes deberán apoyarse en la comunicación y en recursos complementarios –como bonos para una asistencia sanitaria regular– para aumentar las probabilidades de que el asegurado utilice y, por tanto, valore su seguro durante el periodo de cobertura.



## Ahorro

Uno de los motivos más comunes por los que se ahorra es para cubrirse por si “vienen mal dadas”. Y estas situaciones “mal dadas” muchas veces cobran la forma de costes sanitarios inesperados. Cuando surgen necesidades así, se requiere dinero contante y sonante y el ahorro se perfila como uno de los medios menos costosos de obtener el dinero necesario. A diferencia de las primas del seguro, el dinero en la cuenta de ahorro pertenece al ahorrador y puede trasladarse de un año a otro, potencialmente incentivando un comportamiento que promueva la salud.

Se pueden utilizar todo tipo de ahorros para pagar los gastos sanitarios, si bien una cuenta de ahorro para gastos médicos, que impide que se utilicen los fondos ahorrados para gastos de naturaleza no médica, aumenta las probabilidades de que los fondos estén disponibles cuando se necesitan. Sin embargo, dichas cuentas por lo general se limitan a sumas modestas que posiblemente sólo permiten cubrir gastos médicos regulares. Una excepción a lo anterior son las necesidades sanitarias, como puede ser el parto, que son conocidas y lo suficientemente lejanas en el tiempo para que un vehículo de ahorro – especialmente los compromisos de ahorro– resulte especialmente indicado a tal fin.

## Crédito

Las emergencias médicas siempre han sido uno de los principales motivos por los que se solicitan préstamos a instituciones microfinancieras y otros prestamistas, a menudo menos formales, si bien rara vez ha sido un producto específico. Esto se debe en gran parte a que la aprobación del crédito lleva tiempo y los gastos médicos suelen ser urgentes. No obstante, esto está evolucionando y son cada vez más frecuentes los préstamos personales específicamente concebidos para las emergencias médicas y diseñados para una aprobación (utilizando una calificación crediticia alternativa) y desembolso rápidos, así como una amortización flexible. Los préstamos de emergencia genéricos de tipo “complementario” pueden ser una buena opción para los gastos sanitarios y son utilizados con frecuencia a tal efecto. Y también hay casos de productos de crédito específicos diseñados para determinadas necesidades sanitarias, como los préstamos para los embarazos, que cubren los gastos generalmente previsibles, tanto prenatales como posnatales.

Ahora bien, utilizar créditos para satisfacer necesidades sanitarias puede ser una mala opción porque los problemas de salud graves (sobre todo cuando afectan a la fuente de ingresos del hogar) a menudo suponen grandes shocks tanto del lado de los gastos como de los ingresos. Pedir un crédito muy cuantioso puede resolver el problema inmediato de pagar la atención necesaria, pero a riesgo de sobreendeudarse y eventualmente empobrecer al



conjunto de la familia. Por este motivo, conviene reservar el crédito para las necesidades de salud de tamaño medio, dejando los seguros como opción de preferencia para hacer frente a situaciones de gravedad.

Otro ámbito importante para el crédito consiste en centrarse, no ya en la respuesta a la demanda de atención sanitaria, sino en la **oferta de la asistencia sanitaria**. Prestar dinero a proveedores sanitarios locales que a menudo representan pequeñas y medianas empresas (PYME) permite a los proveedores aumentar la calidad de sus instalaciones, suministros y equipamientos. Tales inversiones pueden incrementar la calidad y el acceso a la sanidad para la comunidad local y, al mismo tiempo, reforzar la economía y las oportunidades laborales.

### Otros productos financieros

Un mecanismo de compromiso alternativo utilizado fundamentalmente para afrontar gastos moderados recurrentes es el de la **medicina de prepago**. Dichos programas por lo general son ofrecidos por proveedores sanitarios o redes de proveedores y funcionan de forma muy pareja al seguro excepto que normalmente no están regulados como las aseguradoras y prevén proporcionar una asistencia anual a sus miembros por un valor prácticamente equivalente al de las aportaciones anuales que recaudan. Para los clientes, es un sistema de compromiso, mientras que para los proveedores es una forma de planificar y presupuestar mejor sus servicios. Los programas varían enormemente de un país a otro, pero pueden proporcionar una alternativa razonable a los seguros de salud, si bien para un número limitado de personas.

Los **bonos** que permiten a las personas recibir servicios por lo general específicos (por ejemplo, de salud reproductiva) tienen por objeto reforzar la demanda de ciertos servicios sanitarios con la esperanza de que (1) se desarrolle en consecuencia la oferta de los mismos y (2) las personas utilicen sus bonos allí donde consideren que se les ofrece una mayor calidad del servicio, premiando así a los mejores proveedores de salud. Los bonos tienen la ventaja añadida de aumentar la concienciación entre los clientes sobre la importancia de la atención médica regular y preventiva. El coste de dichos bonos suele ser financiado por los gobiernos o donantes.

Aunque rara vez diseñadas pensando específicamente en la salud, las **remesas** de familiares (ya sea desde otros puntos del país o desde el extranjero) son una forma muy común de costear los gastos de salud. En la mayoría de los casos, esto implica remitir los fondos requeridos directamente a la familia, si bien los proveedores de pagos pueden ofrecer a los remitentes la posibilidad de abonar las facturas sanitarias de manera directa, reduciendo el riesgo de que se destinen los fondos a otros fines.



## Productos no financieros y servicios de valor añadido

Los PSF que centran sus esfuerzos en el acceso a la asistencia sanitaria a menudo buscan formas de mejorar los resultados en materia de salud de sus programas a través de medios no financieros. Los servicios de valor añadido (SVA) más comunes incluyen la transmisión de descuentos de compras al por mayor (acceso a medicamentos, diagnósticos o material médico, por ejemplo, a un precio menor), consultas de telemedicina, campamentos de salud, chequeos y revisiones, asesoramiento médico y material informativo, y orientación sobre los proveedores de servicios médicos y sus respectivas especialidades. Estos servicios por lo general no se cobran por separado a los clientes, sino que son financiados por los PSF, que reconocen que unos mejores resultados en materia de salud para sus clientes son algo que redundaría en el interés de ambas partes.

Las intervenciones concebidas para **promover un comportamiento saludable** son un tipo concreto de SVA. Los esfuerzos realizados para que la educación sanitaria sea más eficaz y tenga así un mayor impacto en los resultados en materia de salud están impulsando la comunicación y gamificación digital. Mientras que el lavado de manos y los partos asistidos por personal sanitario cualificado se han promovido desde hace ya mucho tiempo, los proveedores de servicios financieros relacionados con la salud reconocen cada vez más la relevancia de dichas campañas, especialmente las que aspiran a fomentar el bienestar general de sus clientes y no se limitan a cubrir los costes de una salud precaria.

La prevalencia de las **plataformas digitales**, incluidos los servicios financieros digitales, ha generado importantes oportunidades para llegar a las personas de forma económica al apoyarse en herramientas como los sistemas de voz interactivos y chatbots. Lo anterior ha generado una serie de efectos positivos: los clientes de rentas bajas cada vez están más familiarizados con estas herramientas y plataformas, que facilitan la comunicación entre los clientes y los proveedores financieros y sanitarios, hacen que la entrega de la información sanitaria sea más económica (y más segura, algo especialmente importante en tiempos de COVID-19) e incluso permiten a los clientes evaluar públicamente la atención médica recibida.

Los **programas de fidelidad** son formas de premiar a los clientes fieles de un producto o plataforma –por ejemplo, los clientes de datos móviles– con un seguro de salud de nivel básico. Una forma de inculcar la aceptación del seguro y beneficiar tanto al operador de



la red, la aseguradora, el proveedor de salud y el proveedor financiero como al cliente. Los seguros también pueden ofrecerse en el marco de los PSF a sus clientes para premiar el ahorro, por ejemplo, ofreciendo a los depositantes un seguro gratuito.

Dado que los distintos productos responden a necesidades diferentes, un programa holístico que **combine productos financieros con SVA** puede ser significativamente más eficaz, y también menos costoso, que un producto de financiación de la salud por sí solo. Por ejemplo, un seguro puede combinar cuentas de ahorro para gastos médicos con productos de telemedicina como vía para estimular la atención preventiva y el diagnóstico temprano, reduciendo así el coste global de la asistencia.



Copyright © 2021

European Microfinance Platform (e-MFP)  
39 rue Glesener, L-1631 Luxembourg  
Tel: +352 26 27 13 82  
contact@e-mfp.eu  
www.e-mfp.eu

La reproducción sin autorización de breves extractos de este documento  
está permitida con la condición de que se mencione la fuente.