

# DOCUMENTO DE CAPITALIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE MUTUAS DE SALUD

Informe 2010-2020

---



emaús

INTERNACIONAL

PROVOCADORES DEL CAMBIO

# Índice

## **I. HISTORIA DE LAS MUTUAS DE SALUD DE EMAÚS INTERNACIONAL:**

### **DE LA INDIGNACIÓN A LA MATERIALIZACIÓN (2000-2010) ..... 6**

- a. La génesis de la iniciativa: actuar frente a la injusticia (2000) ..... 6
- b. Los desafíos de las mutuas de salud ..... 8
- c. La implicación de las personas excluidas desde el inicio de las mutuas (2000-2002)..... 10
- d. La concreción de los sistemas mutualistas en África (2002) ..... 10
- e. Las primeras experimentaciones y dificultades (2003-2007)..... 11
- f. La Asamblea Mundial de 2007 ..... 14
- g. El acompañamiento por parte del movimiento ..... 15
- h. Las partes involucradas ..... 17

## **II. ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DEL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA ENTRE 2010 Y 2020**

- a. Tipología de las afiliaciones en las cuatro mutuas entre 2010 y 2020 ..... 21
  - Las mutuas de salud de África* ..... 21
  - Las mutuas de salud de Asia* ..... 25
- b. La tipología de las cuotas, las prestaciones y el reembolso de los gastos en las cuatro mutuas entre 2010 y 2020..... 30
  - Las mutuas de salud de África* ..... 30
  - Las mutuas de salud de Asia* ..... 42

## **III. ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS MUTUAS..... 57**

- a. El sistema de gobierno de las mutuas ..... 57
- b. La dinamización de las mutuas (el papel de las distintas partes implicadas)..... 62
- c. Los instrumentos de gestión y de seguimiento..... 69
- d. Las cuentas anuales y la autosuficiencia de las mutuas ..... 73
- e. El trabajo en red ..... 82

## **IV. VISIÓN DE CONJUNTO Y EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS MUTUALISTAS**

### **DE ACCESO A LA SANIDAD EN 2020 ..... 85**

- a. Una fotografía de las mutuas a finales de 2020 ..... 85
- b. El papel de las mutuas de salud durante la pandemia de COVID-19 (en 2020) ..... 88
- c. Los puntos fuertes y débiles del enfoque de Emaús Internacional..... 90
- d. Los puntos fuertes y débiles de los modelos mutualistas ..... 91
- e. Los puntos fuertes y débiles del acompañamiento que ofrece el movimiento ..... 96

<b>V. PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO .....</b>	<b>104</b>
a. Mejorar el acceso a la atención sanitaria y el funcionamiento de las mutuas .....	104
b. Mejorar el acompañamiento que ofrece el movimiento .....	106
c. Empezar nuevas experiencias .....	107
<i>Iniciar nuevas experiencias mutualistas de Emaús.....</i>	<i>108</i>
<i>Crear un instrumento de Emaús para el acceso a la sanidad de los miembros del movimiento .....</i>	<i>109</i>
d. Emplear la experiencia de las mutuas para la labor de incidencia política en favor de un derecho efectivo a la atención sanitaria .....	110
<i>Las mutuas de Emaús: la participación de las personas excluidas como motor de cambio social .....</i>	<i>110</i>
<i>Consolidar el discurso político sobre el acceso a la atención sanitaria.....</i>	<i>113</i>
<b>SIGLAS EMPLEADAS.....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>118</b>

# La experiencia de las mutuas de salud de Emaús Internacional: fomentar el derecho y el acceso a la atención sanitaria implicando a las personas excluidas

Hace unos veinte años, Emaús Internacional decidió poner en marcha programas mutualistas de acceso a la atención sanitaria (en 2002 en Burkina Faso y Benín y en 2011 en la India y Bangladesh). Para muchos cargos electos del movimiento de los años 2000, así como para su fundador, era inaceptable comprobar que dentro del mismo movimiento Emaús existían indignantes desigualdades en términos de acceso a la sanidad entre los países donde trabajan los grupos.

Si bien la salud es reconocida universalmente y desde hace tiempo como un bien precioso, la realidad es diferente cuando hablamos de los mecanismos colectivos que garantizan a cada uno de nosotros un mínimo de prevención y de protección en materia de salud. El acceso a la atención sanitaria para todos es aún una idea nueva y no muy extendida.

El movimiento Emaús sabe por experiencia que las enfermedades y la mortalidad precoz constituyen factores que agravan la vulnerabilidad de los más pobres, manteniéndolos en la marginación. Por ello, allí donde existen sistemas de protección sanitaria, Emaús milita para que acceder a ella sea un derecho común; y, allí donde las políticas públicas son inexistentes y reina la desigualdad que suponen los sistemas privados lucrativos, Emaús promueve la tradición mutualista, próxima a sus valores y a su experiencia. Construir sistemas de protección social comunitarios gestionados por los ciudadanos es una manera eficaz de liberarse de la pobreza de forma duradera. Es asimismo una respuesta adecuada a la demanda de justicia social. Apoyando los avances de las mutuas lanzadas por Emaús en India, Bangladesh, Burkina Faso y Benín actuamos como abogados e iniciadores de la protección sanitaria universal y, sobre todo, como agentes de la transformación social.<sup>1</sup>

Para garantizar el acceso a la atención para todo el mundo, las mutuas —conviene recordarlo— se apoyan en tres valores fundamentales:

- > La **libertad**, en el sentido de que las mutuas representan agrupaciones de personas independientes de toda entidad política, financiera o sindical. Los afiliados son a la vez beneficiarios y propietarios de su mutua.
- > La **democracia**: una persona, un voto. El Consejo de Administración de cada mutua está compuesto por personas afiliadas y elegidas en la Asamblea General que ejercen su función de forma voluntaria. Las decisiones se toman en la Asamblea General, en la que puede votar cada persona afiliada o un representante designado por esta.
- > La **solidaridad**, para facilitar el acceso de todo el mundo a la sanidad. En el sistema de las mutuas, esta solidaridad se expresa de manera doble: la solidaridad entre los miembros de la mutua en el funcionamiento de los mecanismos, para compartir los costes ligados a la cobertura del riesgo de salud, y la solidaridad entre los grupos de Emaús de otras zonas del mundo, para construir, poner en marcha, sostener y acompañar estos sistemas.

---

<sup>1</sup> *Tam-Tam*, n° 52, noviembre de 2012.

Sobre todo, mediante estas mutuas, el movimiento Emaús ha buscado demostrar que es posible que una serie de personas que viven en condiciones de pobreza considerable o extrema accedan a un derecho fundamental, incluso lo hagan suyo, y que, acompañando a las personas excluidas y reforzando sus capacidades, estas pueden convertirse en partes activas de las mutuas y no contentarse con ser beneficiarias.

Evidentemente, el desafío era descomunal y los obstáculos, numerosos. Debe señalarse que el estado de las políticas sanitarias y sociales en los territorios donde se han desarrollado los experimentos piloto era muy a menudo deplorable. Las nociones de «bien común» y de «derechos fundamentales», cuando se aludía a ellas, no eran más que teóricas o aparecían por motivaciones electoralistas. En los territorios en cuestión, tanto en África como en Asia, el índice de alfabetización no superaba el 20%. La gran mayoría de la población trabajaba en la economía informal. A veces, era tal el nivel de pobreza que acceder a la atención sanitaria, por motivos incluso vitales, no suponía una prioridad en la vida cotidiana (por encima estaban el poder acceder al alimento, a la vivienda, al agua potable...).

Dicho de otro modo, la noción de «mutua» que habría de desarrollar Emaús Internacional, en la práctica, se acercaba más a un sistema de seguridad social básico que a una mutua de seguro médico como las que existen en Europa.

Para poder realizar una evaluación real del trabajo colectivo iniciado por el movimiento, en este documento nos ocuparemos en primer lugar de describir el proceso histórico de creación de las mutuas hasta 2010, así como los desafíos que se plantearon y las partes implicadas en el proceso (capítulo I). Más adelante se presentarán sucesivamente un análisis y un estudio sobre la evolución del acceso a la atención sanitaria (capítulo II) y sobre el funcionamiento de las mutuas (capítulo III) entre 2010 y 2020. Por último, tras ofrecer una fotografía de las mutuas a finales de 2020, exponer su papel durante la pandemia de COVID-19 y subrayar los puntos fuertes y débiles del sistema en su conjunto (capítulo IV), trataremos de extraer algunas perspectivas de trabajo (capítulo V) con vistas a la próxima Asamblea Mundial.



Consulta en el centro médico mutualista de Tara Projects (India) ©Digital Rangrez (2021)

# I. Historia de las mutuas de salud de Emaús Internacional: de la indignación a la materialización (2000-2010)

La atención sanitaria es un derecho fundamental reconocido por numerosos tratados internacionales: la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o las convenciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Si bien este derecho es reconocido por todos los Estados, el acceso a servicios sanitarios de calidad representa un desafío constante para las personas que participan de los sistemas sanitarios. En la mayoría de países desarrollados, la existencia de seguridad social y de sistemas mutualistas permite que la población goce de una cobertura sanitaria más o menos amplia. En cambio, en los países en vías de desarrollo los bajos ingresos, el peso de la economía informal y la escasez de recursos públicos restringen la cobertura sanitaria y el acceso de la población a una atención médica de calidad.

Tras los estragos causados por los programas de ajuste estructural —que han contribuido a reducir el gasto público relacionado con la protección social—, la situación se ha agravado en los últimos veinte años por una acentuada liberalización de la economía. Esta ha transformado al sector sanitario en una mercancía y ha incrementado la desigualdad existente en materia de acceso a la atención médica entre las personas más pobres y los sectores más acomodados.

Resulta de ello una verdadera degradación de las infraestructuras públicas y un manifiesto deterioro de la cobertura sanitaria. Si bien hemos asistido en paralelo a una creciente eclosión de establecimientos sanitarios privados, a veces de excelente calidad, estos solo son accesibles para una parte ínfima de la población y dejan de lado a los sectores desfavorecidos.

Podemos reseñar, además, que esta dinámica no es propia de los llamados «países pobres» o «en vías de desarrollo»; la desigualdad en el acceso a la atención de calidad crece también en los países más ricos, por las mismas razones.

Ante este contexto, que conllevaba a veces situaciones dramáticas dentro mismo del movimiento, sus cargos electos y su fundador decidieron intentar poner en marcha una iniciativa colectiva y solidaria.

## a. La génesis de la iniciativa: actuar frente a la injusticia (2000)

Recordemos que el movimiento había creado en 1999 una comisión de salud destinada a estudiar cómo podía este acompañar y prestar apoyo económico a sus miembros cuando enfermaban gravemente y no disponían de cobertura sanitaria.

Sin embargo fueron varios acontecimientos —el fallecimiento de algunas personalidades africanas del movimiento o la llamada de atención que Emaús África dirigió a este sobre el hecho de que los miembros de sus asociaciones no tenían acceso alguno a la sanidad— los que suscitaron la indignación del movimiento, con el Abbé Pierre a la cabeza, y del Consejo de Administración de Emaús Internacional y los incitaron a buscar formas de actuación más colectivas.

Entonces, Emaüs Internacional propuso a Emaüs África la idea de crear un grupo de trabajo internacional que acompañaría la reflexión de los miembros de los grupos de Emaüs africanos y movilizaría fondos de solidaridad para responder a las emergencias mientras se elaboraba una solución más adecuada.

El CNAE<sup>2</sup> recibió del Abbé Pierre el encargo de crear y dinamizar en Francia, junto a Emaüs Internacional y Emaüs África, un grupo de trabajo (el Taller de Salud en África). Luego, en septiembre de 2000, el Abbé Pierre aportó 150 000 francos franceses (unos 23 000 euros) al Fondo de Seguro de Enfermedad de África<sup>3</sup>, que en 2001 se convertiría en la Mutua de Salud de África (MSA).

### **Testimonio de Laurent Desmard, uno de los creadores de la mutua junto al Abbé Pierre (enero de 2021)**

Este año he caído en la cuenta —y me ha emocionado mucho— de que el 22 de enero, fecha de la muerte del Abbé Pierre, la asociación Les Femmes de Zabré debía depositar en su tumba las llaves de las casas que la asociación había atribuido a familias con dificultades. Sin embargo, entre Monique Kaboré, fundadora de la asociación, y el Abbé Pierre hay una historia dramática a la que se debe, en parte, el origen de la Mutua de Salud de África. Por eso esta ceremonia me llega tan hondo.

Por aquel entonces yo estaba en Limoges, para una reunión de responsables de la UCC<sup>4</sup>. Yo asistía sin mucho entusiasmo y estaba escuchando plácidamente los debates sobre la aplicación de las 35 horas de trabajo semanales para los responsables de las comunidades. Me sacó de mi sopor una llamada telefónica de Monique Kaboré: «Tengo un cáncer de mama. Aquí, en Burkina Faso, no me van a operar. De todas formas, yo no me lo podría permitir. ¿Tú podrías conseguir que yo pueda ir a Francia e ingresar en un hospital para que me operen cuanto antes?».

Al soltar el teléfono, me encontré de nuevo en aquella sala, en medio de aquel debate estéril sobre la aplicación de las 35 horas, que, por supuesto, era totalmente irrealizable en el caso de los responsables. Esa preocupación de burgueses en contraste con la imposibilidad de que Monique recibiese una atención médica vital simplemente porque ella se encontraba en otra zona del mundo distinta a Europa, cuando supuestamente hacíamos todos el mismo trabajo, ya que éramos todos responsables de grupos de Emaüs, ella allí y nosotros aquí, me situó ante una injusticia que me parecía absolutamente inaceptable. Llamé al médico de Monique, quien me anunció que yo podía llevarla a Francia si quería pero que en su caso no había esperanza alguna, y después dejé pasar el tiempo tristemente y Monique falleció a las dos semanas.

Este drama me perturbó mucho. Se lo conté al Comité Ejecutivo. Franco Bettoli, Jean-Marie Viennet y yo hablamos mucho de esta cuestión, sin saber qué hacer. Luego, también enfermó Véronique, que era miembro del Comité igualmente. Esta vez, las cosas eran más sencillas. Como ella venía cada mes a Francia, pudo recibir un diagnóstico más temprano y nos informó enseguida de sus problemas. Rápidamente, en Alfortville, obtuvimos ayuda de una clínica que, por tratarse de Emaüs, hizo un precio especial y Véronique pudo recibir una atención adecuada.

Pero el problema seguía igual para todos nuestros compañeros africanos que no tenían protección social. Entonces, junto con Véronique, pensamos que había que crear un fondo de reserva para quienes lo necesitaran algún día, por haber enfermado. Así que abrimos una tienda de ropa en el centro de Alfortville gracias a todo lo que la gente nos dejaba en la puerta y con ayuda de algunas comunidades, sobre todo las de Orleans, Longjumeau y Charenton. La tienda dejaba algunos beneficios. Al principio, estos estaban destinados a cubrir los problemas de salud de los miembros de los grupos del Sur, con lo que se había convertido en una tienda de segunda mano solidaria.

---

<sup>2</sup> El CNAE, Comité National d'Amis d'Emmaüs (Comité Nacional de Amigos de Emaüs), es una federación que agrupaba en aquel momento unas treinta asociaciones francesas.

<sup>3</sup> FAMA, por sus siglas en francés.

<sup>4</sup> Union Centrale de Communautés Emmaüs (Unión Central de Comunidades de Emaüs), federación francesa.



Sin embargo, teníamos claro que eso no bastaba y que, además, no duraría mucho tiempo. Ahí fue cuando imaginamos el sistema de la mutua. No había ninguna garantía de éxito, pues ese sistema no encajaba para nada en la tradición africana: «¿Por qué aportar dinero a una caja que le servirá a otros y a mí quizá no me sirva nunca?».

No obstante, perseveramos y un día en que yo estaba con el Abbé Pierre, le hablé de los problemas que habíamos sufrido con Monique y con Véronique, de la futura creación de una mutua de salud para los africanos y de las dudas que estos expresaban. Sin que yo le pidiera nada, me dijo: «Mira cuánto tengo en la cuenta del banco y, si hay dinero, lo pones todo en esa mutua. Quiero ser el primero en cotizar». Y así fue como, con los 150 000 francos que nos dio el Abbé Pierre, creamos la mutua y conseguimos que el Comité Nacional de Amigos de Emaús contribuyese con una jugosa cifra complementaria.

Lo dispusimos todo junto con nuestros amigos africanos y la mutua echó a andar en Benín y en Burkina Faso.

Para mí, en principio tenía que haber una participación de los europeos en esa mutua. En Francia, todas las empresas deben aportar al menos la mitad de la cotización de sus empleados y, por lo tanto, era normal que Emaús Internacional participara de manera efectiva. Pero Emaús Internacional no tiene recursos para ello. Así que pensé en pedir a nuestros militantes que donaran. Yo, personalmente, hoy contribuyo de manera voluntaria. Si Emaús Internacional pidiera que contribuyésemos a la mutua con 30 euros mensuales, estoy seguro de que muchos amigos de la comunidad también estarían dispuestos a hacerlo. Ya sea en beneficio de los africanos o de los asiáticos, me parece que deberíamos ser solidarios. Ese es el principio del movimiento. Yo no tengo el coraje que tenía el Abbé Pierre, pero él mostró el ejemplo que debíamos seguir.

## **b. Los desafíos de las mutuas de salud**

Con la creación de las mutuas de salud —un proyecto fiel al espíritu que defienden los grupos de Emaús cada día—, el movimiento se adentró en una batalla por desgracia muy frecuente en todas las sociedades contemporáneas de África, América y Asia: la lucha contra las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria.

A medida que avanzaban los proyectos, ha habido que hacer frente a varios retos que, hay que reconocerlo, siguen vigentes.

### **El contexto socioeconómico de la pobreza**

Uno de los fundamentos de los sistemas mutualistas es la contribución económica regular de sus beneficiarios. Sin embargo, las poblaciones con las que trabajan los grupos de Emaús se encuentran en situación de pobreza, a veces extrema.

En Benín y en Burkina Faso, algunos miembros mutualistas asalariados y algunos cargos directivos reciben un salario medio o alto, pero la remuneración mensual de la mayoría de las personas es baja (entre 30 000 y 50 000 francos CFA, es decir, entre 45 euros y 76 euros) o muy baja, mientras que las cargas familiares pueden ser fuertes, con hasta seis personas que mantener. Esta situación no permite satisfacer todas las necesidades primarias y, mucho menos, hacer frente a un problema de salud, sea cual sea su nivel de gravedad.

En Bangladesh, en el grupo Thanapara Swallows, la situación es similar, con un ingreso medio sensiblemente inferior.

En la India, en el barrio donde se ha desarrollado la mutua, la población sobrevive en medio de una pobreza extrema y extrae sus escasos ingresos diarios de una economía informal altamente precaria.

Conseguir que cada miembro ponga en común sus recursos financieros para compartir los costes de la cobertura del riesgo de salud por medio de un instrumento colectivo que no va a servir inmediatamente —o que incluso puede que no sirva a ciertas personas— mientras que otras necesidades cotidianas (como la alimentación) siguen sin estar cubiertas ha sido —y aún es— todo un desafío.

### **La autosuficiencia, la autonomía económica, la asunción de responsabilidades, el refuerzo de las capacidades y la gobernanza de la mutua**

En tal contexto, podemos imaginar fácilmente que, aunque la autonomía financiera de las mutuas siga siendo un objetivo primordial, se topa con numerosos obstáculos, entre ellos la capacidad de contribución económica de los miembros mutualistas, que varía según los territorios y según el dinamismo de las personas implicadas en el plano local. En este sentido, desde hace varios años se vienen experimentando fórmulas que han propiciado avances importantes. No obstante, aún hay margen de mejora.

La autonomía de los miembros de las mutuas es otro objetivo esencial de estos programas: ¿cómo crear un sistema en forma de instrumento colectivo que garantice el acceso a la atención sanitaria y permita que los mismos afiliados lo gestionen y lo sostengan en el tiempo? A decir verdad, este desafío de largo plazo es mucho más difícil, dado que la población en cuestión tiene un acceso muy limitado a la educación y un nivel de alfabetización muy bajo.

### **La confianza y la implicación**

Si bien el movimiento inició estos programas de mutuas de salud sin saber exactamente dónde desembocarían y sin una estrategia precisa, el acompañamiento y la confianza brindados a participantes procedentes de horizontes diversos y a los propios del contexto local, sin duda alguna, han favorecido que estos programas estén mejor organizados y hayan crecido y evolucionado.

Sabemos bien que los miembros locales de las mutuas involucrados en la gestión y el desarrollo de estas desempeñan un papel crucial en la ejecución de las iniciativas. Viven en el propio contexto, junto al resto de la población y a la mutua. Su implicación es clave. De hecho, si se han podido llevar a cabo estos proyectos es porque los grupos están bien arraigados en los territorios desde hace años y porque trabajan cada día con estas poblaciones en sus contextos de dificultades. Las poblaciones confían en ellos.

### **La influencia de las políticas públicas**

Basándose en estas alternativas que funcionan, los miembros de las mutuas tienen también el objetivo de influir en las políticas públicas. Este aspecto puede mejorarse también, pero se pueden poner en valor las actividades realizadas en el ámbito del acceso de las personas excluidas a la sanidad o en el de la mecánica mutualista. Algunos ya han decidido acercarse a otras organizaciones presentes en sus territorios para poner en común las prácticas. En Burkina Faso, las autoridades públicas, que trabajan desde hace varios años en la creación de un seguro de enfermedad universal, invitan con frecuencia a actores mutualistas de la sociedad civil, entre ellos los de Emaús, a participar en reuniones de concertación.

### c. La implicación de las personas excluidas desde el inicio de las mutuas (2000-2002)

A finales del año 2000, los representantes de Emaús África empezaron ya a movilizar a los miembros de sus asociaciones de Benín y Burkina Faso (eran los países donde los grupos estaban mejor organizados y contaban con una mayor capacidad para prestar acompañamiento en el plano local) y promovieron encuentros regulares para explicar, generar consciencia y determinar aspectos como el modo de funcionamiento de la mutua, los tipos de cuota, los criterios para la atribución de prestaciones, las necesidades en términos de acceso a la sanidad, etc.

Durante ese periodo se celebraron en cada grupo casi diez reuniones. En paralelo, también hubo doce reuniones del grupo de trabajo internacional para intercambiar ideas y estudiar y definir las propuestas y las decisiones de los miembros de los grupos africanos, que serían los futuros mutualistas, a partir de la información de terreno sobre el contexto sanitario. Naturalmente, se optó por el modelo de la mutua.

Durante dos años, los miembros de los grupos de Tohouè y Pahou (Benín) y SEMUS, ESO, Benebnooma y Pag-la-Yiri (Burkina Faso) trabajaron en torno a los aspectos siguientes: las necesidades sanitarias, la capacidad para movilizar fondos, la aptitud para trabajar juntos y diseñar un modo de funcionamiento, las ofertas de atención sanitaria de su entorno próximo y la cuestión del derecho a la atención sanitaria.

El fondo de la mutua que serviría para reembolsar los gastos de salud se alimentaría mediante una cuota mensual que pagarían los afiliados y la participación económica solidaria de Emaús Internacional (nutrida en gran medida por los comités de amigos de Emaús franceses y algunas comunidades).

### d. La concreción de los sistemas mutualistas en África (2002)

A partir del 1 de julio de 2002 se inician las primeras afiliaciones y cotizaciones y se fijan las principales características de estas mutuas:

- > **Los beneficiarios** serán las compañeras y compañeros de los grupos de Emaús de Benín (dos grupos) y Burkina Faso (cuatro grupos), las/los empleadas/os de estos grupos y sus respectivas familias. La afiliación es voluntaria.
- > **El importe de las cuotas** se fija en 1000 francos CFA (1,52 euros) al mes para los adultos y 500 francos CFA (0,76 euros) al mes para los niños.
- > **Las prestaciones sanitarias** definidas entonces son: las consultas médicas y los gastos en medicamentos y vacunas, cubiertos en un 75% (con un límite de 20 000 francos CFA, 30,49 euros, por cada prescripción), siempre que sean prescritos mediante una receta por un médico autorizado.
- > **El periodo de carencia** se fija en seis meses: el derecho a reembolso se adquiere tras haber cotizado durante seis meses.

Asimismo, se establece un esquema de funcionamiento:

- > **Los miembros mutualistas** (los beneficiarios) son afiliados y financian la atención sanitaria de manera anticipada.

- > **Los referentes locales** recogen la información y llevan el registro de las afiliaciones. Cada mes rellenan la ficha de colecta de información que creó Emaús África y recogen las solicitudes de reembolso —sujetas a la presentación de las prescripciones médicas y las facturas—, que luego transmiten al Comité Nacional de Gestión, también una vez al mes.
- > **El Comité Nacional de Gestión (CNG)**, compuesto por tres o cuatro personas, se encarga del registro de las afiliaciones, la recaudación y la gestión de las cotizaciones locales; de autorizar los reembolsos; de elaborar un informe mensual; del seguimiento de la cuenta de salud del país; y de la supervisión general.
- > **El referente regional (región de África)** elabora los informes de etapa y los balances anuales y participa en el Comité de Coordinación Internacional. También se encarga de dinamizar y llevar un seguimiento de los encuentros entre las organizaciones nacionales (de Benín y Burkina Faso).
- > **Los consejeros de Emaús Internacional**, por su parte, tienen la responsabilidad de gestionar los fondos recibidos y autorizar las transferencias de fondos a las organizaciones nacionales. Deben igualmente coordinar y orientar las políticas de Emaús África en materia de salud y rendir cuentas ante el Consejo Regional y la Asamblea Regional.
- > Por último, **el Comité de Seguimiento y Evaluación** se encarga de acompañar y evaluar el funcionamiento de la Mutua de Salud de África. Está compuesto por representantes regionales de Emaús África, representantes de Emaús Internacional y directivos del CNAE.

## e. Las primeras experimentaciones y dificultades (2003-2007)

Los primeros reembolsos se realizan en enero de 2003 (es decir, transcurridos los seis meses de carencia tras las primeras afiliaciones).

Aunque entre 2003 y 2007 crece poco a poco el número de afiliados —sobre todo a raíz de la integración de dos nuevos grupos de Benín a principios de 2006 (AFA<sup>5</sup> y Metokan)—, el desarrollo de la mutua choca con un obstáculo ya enunciado, el poder adquisitivo de la población. Ante las exigencias que impone la supervivencia en el día a día, resulta difícil —y requiere mucho tiempo— convencer a estas personas para que destinen cada mes un poco de dinero a un sistema que quizá ellas no necesiten y que servirá a otro miembro de la mutua.

A finales de 2006 ya parece imprescindible realizar un trabajo continuo de información sobre la mutua, su mecánica y sus principios: la solidaridad y el compartir (se comparte el gasto sanitario ligado a la cobertura del riesgo de salud).

Esta intensificación de la actividad de sensibilización la llevan a cabo los referentes locales, a partir de 2007. La sensibilización, unida a un aumento de las prestaciones sanitarias en 2005 (que evolucionan hasta la cobertura en un 75% de los medicamentos, las consultas, los análisis médicos, las intervenciones quirúrgicas y las vacunas), se traduce en un aumento del número de afiliados (entre Benín y Burkina Faso suman 559 a finales de 2007 y 769 en 2008).

Los testimonios de los miembros ante otras personas no afiliadas dentro de los grupos también contribuyen a que crezcan las afiliaciones.

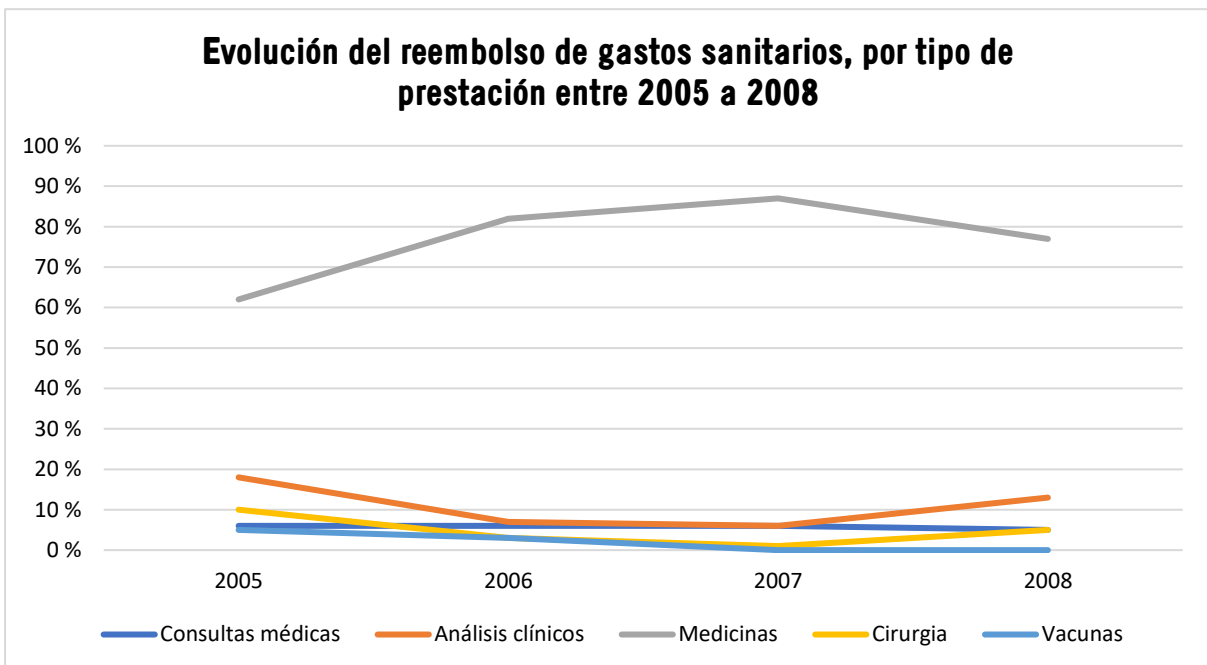
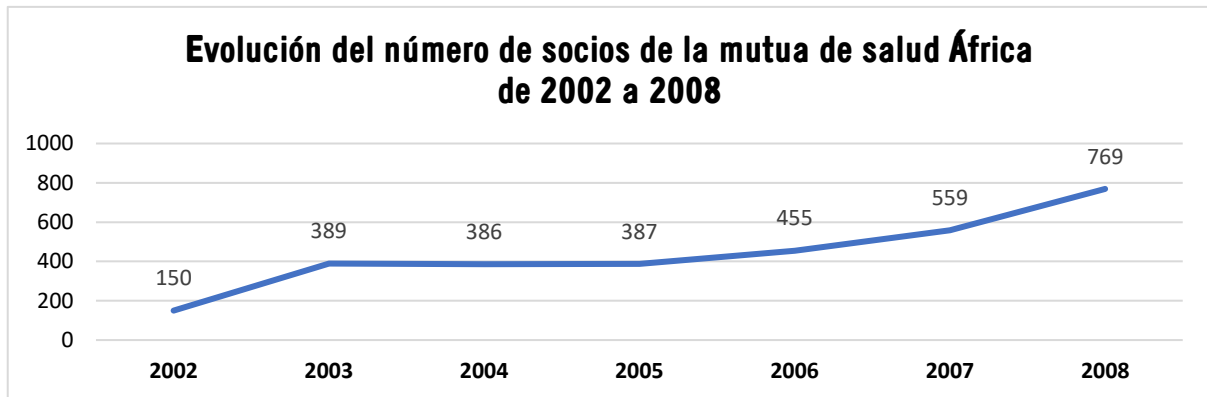
Por su parte, durante este periodo, el grupo de trabajo internacional sobre salud se reúne dos veces al año para evaluar el estado de la cotización y los gastos, las necesidades de los miembros

---

<sup>5</sup> Association des Femmes Amies (Asociación de Mujeres Amigas).

mutualistas, la evolución del número de afiliados, los fondos que hay que prever para garantizar el funcionamiento del programa...

Emaús África realiza un informe completo cada año.



Nota: no hay cifras disponibles sobre 2003 y 2004.

En general, en términos de prestaciones, los reembolsos más elevados son los de los medicamentos y análisis médicos, seguidos de las intervenciones quirúrgicas, las consultas médicas y las vacunas.

En cuanto al equilibrio económico, entre 2003 y 2008 la cotización cubre una parte cada vez mayor de los gastos sanitarios. Si bien antes de 2006 los reembolsos eran desiguales, según los miembros de los grupos de Emaús, a partir de esta fecha se estabiliza la relación entre cotización y prestaciones.

No obstante, las mutuas aún están lejos de alcanzar la autonomía, a pesar de que en esta fase aún no se han incluido los costes de la gestión (gastos de funcionamiento) —que son bajos, por otra parte—.



Al cabo de cinco años de funcionamiento se realiza un primer balance.

Se destacan **varios puntos positivos**:

- > Crece el número de afiliaciones, lo cual es prueba de que el programa se está reforzando y que suscita más confianza que al inicio.
- > Mejora el estado de salud de los afiliados, pues ya tienen acceso real a una atención de calidad.
- > Los afiliados se han habituado a acudir a los centros sanitarios y abandonan prácticas como la automedicación o las consultas a los llamados «traditerapeutas».
- > Todos los órganos de la mutua se han creado y funcionan bien (los comités de gestión, los referentes de los grupos...).
- > En 2007 son más de cuarenta los grupos de Emaús que aportan fondos y se han comprometido a largo plazo (principalmente los comités de amigos de Emaús de Francia, pero también algunas comunidades francesas e italianas).

Sin embargo, también se observan **algunas dificultades que persisten**:

- > A menudo, las solicitudes de reembolso se transmiten demasiado tarde, lo cual entorpece su gestión.
- > La falta de un sistema de pago por terceros sigue siendo un freno en el acceso a la atención médica, ya que algunos beneficiarios no pueden adelantar el importe o tienen que endeudarse para hacerlo.
- > Se siguen comprando medicamentos de marca, demasiado caros, en vez de genéricos.

## f. La Asamblea Mundial de 2007

La Asamblea Mundial de Sarajevo marca un punto de inflexión en la evolución de las mutuas. En ella se establece el derecho y el acceso a la atención sanitaria como uno de los ejes de trabajo prioritarios de Emaús Internacional, junto al derecho y acceso al agua y a la educación o los derechos de los migrantes.

Entonces se entabla un proceso de trabajo orientado a **estructurar las mutuas de África e iniciar nuevos experimentos en la región de Asia**.

Huelga decir que mediante esas iniciativas pilotos que son las mutuas se trata de demostrar la capacidad de las personas excluidas para hacer suyo el derecho a la atención sanitaria y la capacidad del movimiento para construir alternativas a la privatización del acceso a la sanidad.

Emaús Internacional formaliza una colaboración con la Mutualité Française<sup>6</sup>, que acepta dar apoyo técnico al movimiento en torno a las mutuas de África y estudiar las posibilidades de evolución. Una experta, empleada de esta entidad, asesorará al movimiento durante más de dos años (2008-2010).

En la misma perspectiva, también presta apoyo al movimiento durante casi cuatro años (2009-2014) una experta independiente (empleada de la ONG Inter Aide, que desarrolla programas de salud en diferentes lugares del mundo) para la creación y el arranque de los proyectos piloto de Asia.

### La estructuración de las mutuas de salud de África

El trabajo efectuado entre 2008 y 2010 permite que, en Benín y Burkina Faso, **lo que era una iniciativa de apoyo a la salud por medio de un fondo solidario se transforme en verdaderos programas mutualistas de salud**. Esta evolución pasa por varias etapas:

- > En 2008 se realizan dos visitas de terreno en cada uno de los países para llevar a cabo un balance de la situación de la Mutua de Salud de África.
- > A principios de 2010 unos médicos asesores realizan encuestas sociosanitarias en Benín y Burkina Faso.
- > Por último, a finales de 2010 se llevan a cabo nuevas visitas, se elabora un informe final — que incluye un balance de las actividades de la mutua y del estado sociosanitario de los dos países— y se formulan algunas recomendaciones.

Dichas recomendaciones fijan dos objetivos principales en lo tocante a la autonomía económica y el gobierno de las mutuas y, en gran medida, constituyen un nuevo comienzo para los programas mutualistas de África (es lo que llamamos «la reforma» en este documento).

Si bien algunas de estas recomendaciones se aplican ya desde 2011 y 2012, no cabe duda de que lo que marca un nuevo funcionamiento, nuevos objetivos y la creación real de las mutuas de salud son las Asambleas Generales Constituyentes celebradas en Benín y Burkina Faso en noviembre de 2013.

### El inicio de las experiencias piloto en Asia

La introducción de los experimentos piloto en Asia, por su parte, pasa por dos grandes fases de trabajo a partir de 2007:

---

<sup>6</sup> Fédération Nationale de la Mutualité Française (Federación Nacional de la Mutualidad Francesa, FNMF), que agrupa la mayoría de mutuas de salud existentes en Francia.

- > La primera es la de selección, por parte del movimiento, de dos grupos asiáticos capaces de asumir estos proyectos (2008-2009).
- > La segunda fase se dedica a informar y sensibilizar, así como a acompañar en la reflexión y la participación a algunos miembros de los grupos donde probablemente se construirían las mutuas.

Para comenzar, el movimiento consideró más prudente iniciar estos experimentos con solo dos grupos, pues, si bien eran muchos los interesados en acoger la iniciativa, no todos disponían de las capacidades propias y la disponibilidad necesarias para cargar con el proceso en su arranque y a largo plazo.

Así, la Secretaría Internacional de Emaús y un cargo electo de Emaús Asia efectuaron un estudio para evaluar todos los parámetros indispensables. Este estudio, acompañado de entrevistas, cuestionarios y una visita, duró más de un año y sirvió para ratificar la selección de dos grupos: Tara Projects Association, de la India, y Thanapara Swallows Development Society<sup>7</sup>, de Bangladesh. Emaús Internacional firma entonces un contrato con una experta en salud para acompañar el proceso de creación de estas dos nuevas mutuas.

Este servicio externo comenzó con una preparación de las personas que sostendrían las mutuas *in situ*, con la presencia de una delegación de Emaús Internacional. Se celebraron reuniones y se formaron grupos de trabajo con los futuros mutualistas en los dos grupos seleccionados.

A finales de noviembre de 2009 hubo un encuentro en la sede de Emaús Internacional con los responsables de los grupos mutualistas de África y Asia, para que los representantes africanos pudieran compartir sus propias experiencias de los años precedentes.

Unos meses más tarde (durante el primer semestre de 2010), se organizaron dos ciclos, en Tara y Thanapara Swallows, para formar a los miembros de los grupos que se encargarían del seguimiento, crear los instrumentos necesarios y planificar el trabajo desde entonces hasta el arranque de las mutuas. Igual que en África, se puso especial énfasis en la implicación de los miembros mutualistas desde el principio. Así, se efectuó un largo trabajo de información y concientización entre los miembros de los grupos, futuros afiliados, sobre los principios de una mutua y el sistema de solidaridad que esta representa.

Finalmente, se abren los derechos oficialmente el 1 de julio en el caso de la mutua de Thanapara y el 1 de septiembre en el de Tara, es decir, después de más de tres años de encuestas, estudio, asesoramiento y consultas y dando información y sensibilización a las personas que las manejarían. En este aspecto, los programas asiáticos difieren claramente de los de África.

Desde entonces, se han creado instrumentos de informe precisos que permiten llevar un seguimiento muy estrecho de la evolución de las mutuas, a los cuales se añaden evaluaciones frecuentes *in situ* y sesiones de reflexión y concertación con las diferentes personas implicadas del lugar.

## **g. El acompañamiento por parte del movimiento**

Es interesante señalar aquí que, además de los grupos de Emaús autóctonos, hay otros miembros del movimiento que han hecho posible que Emaús Internacional alcance sus objetivos. Se trata de los cargos electos del movimiento (el Consejo de Administración y el Comité Ejecutivo), de distintos

---

<sup>7</sup> En este documento utilizaremos generalmente formas abreviadas de estos nombres, como «Tara» y «Thanapara Swallows» o, simplemente, «Thanapara».



grupos de Emaús del mundo —especialmente grupos europeos— y de la Secretaría Internacional de Emaús (SIE).

### **El inicio y la organización**

La fase de arranque y organización de los programas africanos —entre 2000 y 2007— movilizó en gran medida a todas estas personas implicadas, que unieron sus fuerzas en torno al Abbé Pierre y los delegados de Emaús Internacional.

Desde comienzos de los años 2000 se celebran cada año tres o cuatro encuentros en la sede del Emaús Internacional de Alfortville para pensar y organizar las actividades de terreno (información, sensibilización, acceso a la atención sanitaria...). En ellos se reúnen los cargos electos del movimiento, los representantes de los grupos africanos correspondientes, los representantes de la federación del Comité Nacional de Amigos de Emaús y la SIE.

Las primeras actividades realizadas por los grupos de Benín y Burkina Faso están respaldadas por un equipo coordinador, que anima a otros grupos del movimiento a sostener estos programas. De hecho, ha habido grupos (mayoritariamente comités de amigos de Emaús) que han estado respaldando las mutuas desde el inicio: Saumur, Saint-Claude, Lillebonne, Saint-Laurent-Nouan, Marvejol, Eu, Carmaux, Pontarlier, Roanne, Ruffec, Armentières...

Más tarde, en 2003, los talleres sobre salud de la Asamblea Mundial celebrada en Uagadugú dieron lugar a una evolución significativa: las mutuas pasaron de ser simples iniciativas solidarias a convertirse en los proyectos piloto de uno de los seis ejes de trabajo prioritarios de Emaús Internacional: el derecho a la sanidad. Los cargos electos, la Secretaría Internacional y los grupos implicados mantuvieron el trabajo, las reuniones, la comunicación y el seguimiento de la actividad *in situ* con los grupos locales. En la Asamblea Mundial de 2007 se presentó un informe sobre lo realizado. Para aquella fecha, el proyecto recibía apoyo de unos cuarenta grupos.

Las decisiones que tomó esta Asamblea —considerar el acceso a la atención médica como un eje prioritario, desarrollar dos nuevas mutuas en Asia, estructurar las mutuas africanas para que pasen a ser entidades jurídicas mutualistas autónomas o buscar asesoramiento técnico externo— llevaron a los delegados y a la SIE a organizar también el acompañamiento.

### **El fortalecimiento**

La nueva dinámica se tradujo en la necesidad de llevar un mejor seguimiento y prestar más apoyo, materializado en un informe completo de la situación, otro informe con las recomendaciones emitidas por la Mutualité Française sobre los programas de África, la coordinación y el seguimiento de la «reforma» junto a los grupos africanos o el asesoramiento de la experta externa para la preparación y el inicio de las mutuas de Asia.

En 2009, el movimiento establece un sistema de coordinación internacional integrado por:

- > un Comité de Coordinación Internacional, que debe reunirse dos veces al año y trabajar para conseguir los objetivos fijados por el Consejo de Administración y el Comité Ejecutivo. Está compuesto por representantes de los programas de mutuas de Benín, Burkina Faso, la India y Bangladesh, representantes de los grupos de Emaús que dinamizan el apoyo al proyecto del movimiento en Europa, cargos electos del Consejo de Administración y expertos exteriores (recuérdese que a partir de 2011 se designa a un miembro del Comité Ejecutivo como referente de los delegados dentro del Comité de Coordinación);

- > la Secretaría Internacional de Emaús, cuyo papel es acompañar los programas mutualistas con regularidad —mediante una coordinación frecuente, la construcción y seguimiento de instrumentos de informe, la movilización de los miembros del movimiento implicados (un trabajo de comunicación y dinamización entre los grupos), el diálogo frecuente con los cargos electos para hacer balances de etapa en las reuniones del Consejo de Administración y del Comité Ejecutivo...—;
- > un referente técnico, miembro del movimiento, encargado de respaldar a la SIE en el seguimiento regular, junto con los grupos locales y los expertos externos;
- > visitas de terreno a las cuatro mutuas al menos una vez al año para hacer evaluaciones, reunirse con las partes implicadas de la zona, decidir sobre los objetivos...

A pesar de lo ingente de la tarea, el movimiento se ha esforzado por brindar su apoyo, adaptándose a lo largo de todo el proceso.

## h. Las partes involucradas

Como en otros programas de acceso a los derechos fundamentales, el movimiento no ha trabajado solo, especialmente porque no era especialista en temas de salud. Desde el comienzo del proyecto hasta hoy, ha sabido reunir a personas de procedencia y perfil diversos en torno a un objetivo común.

Así, ha congregado a participantes, integrantes del propio movimiento, en diferentes niveles:


- > En la escala local, los primeros han sido, por supuesto, los propios mutualistas, miembros de los grupos de Emaús del lugar o, en algunos casos, afiliados ajenos a los grupos implicados en la gestión cotidiana y la ejecución del trabajo —se trata de referentes locales, trabajadores sociales, empleados o responsables de los grupos—.
- > En la escala nacional, en Benín y en Burkina Faso, la organización nacional (que reúne a los grupos de un mismo país) se ha involucrado de manera creciente en cuestiones de seguimiento, acompañamiento, información y reflexión o poniendo a disposición el personal empleado.
- > En la escala internacional, los cargos electos del movimiento —del Comité Ejecutivo y del Consejo de Administración— han estado siguiendo estos programas colectivos internacionales. Han debatido, han ofrecido orientación, han hecho evolucionar las problemáticas y han intentado resolver las dificultades. También la Secretaría Internacional ha prestado acompañamiento a los cuatro programas. A estas partes hay que añadir los grupos del movimiento que han sostenido el proyecto: algunos comités de amigos de Emaús franceses; algunas comunidades de Europa —sobre todo francesas e italianas—, África y Asia; y colectivos de grupos.

También han participado en el trabajo personas y entidades ajenas al movimiento:


- > las entidades sanitarias de los territorios que acogen los programas, es decir, los establecimientos sanitarios que colaboran con las mutuas (hospitales, clínicas, laboratorios de análisis, centros de salud, farmacias, etc.);
- > los médicos asesores, que han acompañado la evolución y los cambios de estos programas prestando ayuda, aconsejando y, a veces, brindando formación a las personas implicadas del ámbito local;

- > los expertos internacionales, quienes, con sus intervenciones tanto en África como en Asia, han ayudado al movimiento a analizar, reorientar y consolidar ciertos fundamentos de los sistemas mutualistas cuando ha sido necesario.

En definitiva, desde hace muchos años, los programas de salud de Emaús Internacional han contado con la contribución de una amplia gama de personas y entidades, gracias a lo cual se han podido cruzar puntos de vista diferentes al servicio de un desarrollo más adecuado de las mutuas y una mayor sostenibilidad de estas, siempre en beneficio de las y los mutualistas.



# THANAPARA SWALLOWS DEVELOPMENT SOCIETY



## থানাপাড়া সোয়ালোজ ডেভেলপমেন্ট সোসাইটি

### মিউচুয়াল হেল্থ কর্মসূচীর সেবাসমূহ

- ⇒ ব্লাড প্রেসার চেক
- ⇒ ডায়াবেটিস পরীক্ষা
- ⇒ নেবুলাইজার ব্যবহার
- ⇒ ব্লাড গ্রুপিং
- ⇒ ফিজিওথেরাপি চিকিৎসা
- ⇒ প্রাথমিক চিকিৎসা
- ⇒ ৩০% কম মূল্যে ঔষধ সরবরাহ
- ⇒ জরুরী হাসপাতালে নেওয়া
- ⇒ বছরে ৬টি বিনামূল্যে হেল্থ ক্যাম্পের আয়োজন :
  - ◆ স্ত্রীরোগ এর চিকিৎসা
  - ◆ চক্ষু রোগের চিকিৎসা
  - ◆ স্নায়ু ও বাত, ব্যথা, প্যারালাইসিস রোগের চিকিৎসা
  - ◆ শিশু ও কিশোর রোগের চিকিৎসা
- ⇒ সদস্যদের বিনামূল্যে এ্যাম্বুলেন্স সেবা
- ⇒ রোগ প্রতিরোধ সম্পর্কে আলোচনা ও পরামর্শ
- ⇒ ছোট দলে আলোচনা

### Services of Mutual Health Programme

- ⇒ Every day blood pressure check up
- ⇒ Diabetes Test
- ⇒ Nebulizer Machine
- ⇒ Blood Grouping
- ⇒ Physiotherapy Treatment
- ⇒ First Aid
- ⇒ Medicine Distribution with 30 % reduce price
- ⇒ Emergency Hospitalization
- ⇒ Yearly Free Six Health Camp:
  - ◆ Gynae Disease
  - ◆ Eye Disease
  - ◆ Neurology & physical Medicine
  - ◆ Child & Adolescent Disease
- ⇒ Free Ambulance support for members
- ⇒ Discussion on preventive health care
- ⇒ Focus Group discussion

বাণী এ্যড

Tratamientos prestados por la mutua de salud del grupo Thanapara (Bangladesh) ©Didier Gentilhomme

## II. Análisis y evolución del acceso a la atención sanitaria entre 2010 y 2020

Para el movimiento Emaús, por supuesto, no se trataba de reproducir el mismo modelo en los distintos territorios. Eso no tenía sentido de acuerdo con sus valores y su filosofía, ya que el movimiento considera la diversidad como una fuente de enriquecimiento a la hora de compartir las prácticas. Así, el movimiento simplemente ha procurado que se mantengan en los programas mutualistas ciertos aspectos comunes fundamentales:

- > **Sistemas de solidaridad y ayuda mutua**, acompañados por el movimiento, que permitan a las poblaciones que viven en contextos de pobreza —incluso pobreza extrema— acceder a una atención sanitaria de calidad y recuperar y gestionar ellas mismas su derecho y su acceso a la sanidad.
- > **Mecanismos financieros solidarios** a escala del movimiento, pues es la solidaridad del movimiento y sus grupos de todo el mundo lo que hace posible desarrollar estas experiencias y brindarles un acompañamiento en el largo plazo. Se trata de una solidaridad efectiva también en las escalas nacional y local, ya que son los miembros mutualistas quienes comparten los gastos de la cobertura sanitaria con sus cuotas regulares.
- > **La implicación de las personas más vulnerables**, pues el movimiento lleva a gala el que todas las personas beneficiarias estén implicadas en la iniciativa. Es cierto que no todos los mutualistas pueden implicarse en la misma medida y con la misma regularidad, pero todos participan en las reflexiones y los debates necesarios para que pueda evolucionar el sistema en los espacios destinados a ello. A título de ejemplo, las decisiones iniciales en materia de funcionamiento, de prestaciones sanitarias, de tipos de cotización, etc. se tomaron de manera concertada con los futuros beneficiarios. Y en cada etapa de la construcción o la evolución de las mutuas se consulta a las partes implicadas —a los mutualistas en primer lugar—, quienes dan su opinión y emiten propuestas. Para Emaús, esta es la condición *sine qua non* para el éxito colectivo.

Dicho esto, cada mutua tiene su propia historia, sus dificultades, sus momentos de avance, sus momentos de duda o sus «accidentes», relacionados con la adaptación al territorio, a las prácticas y formas de trabajar, a la cultura, a los niveles de gestión (local o nacional), al estado de la sanidad pública y privada o a la población beneficiaria.

En este segundo capítulo vamos a analizar las afiliaciones, la cotización y las prestaciones cubiertas, para poder responder a varias preguntas, como:

- > ¿Quiénes son los mutualistas y cuántos son?
- > ¿A cuánto ascienden las cuotas y cómo las pagan los mutualistas?
- > ¿Hay diferentes tipos de afiliación posibles?
- > ¿Cuáles son los criterios para afiliarse?
- > ¿A qué servicios y prestaciones sanitarios tienen derecho los mutualistas?
- > ¿Qué costes conlleva esto?
- > ¿Cómo funciona el reembolso de los gastos sanitarios? ¿Con qué condiciones y mediante qué procesos?
- > ¿Cómo han evolucionado las mutuas en cada uno de estos puntos entre 2010 y 2020?

## a. Tipología de las afiliaciones en las cuatro mutuas entre 2010 y 2020

### LAS MUTUAS DE SALUD DE ÁFRICA

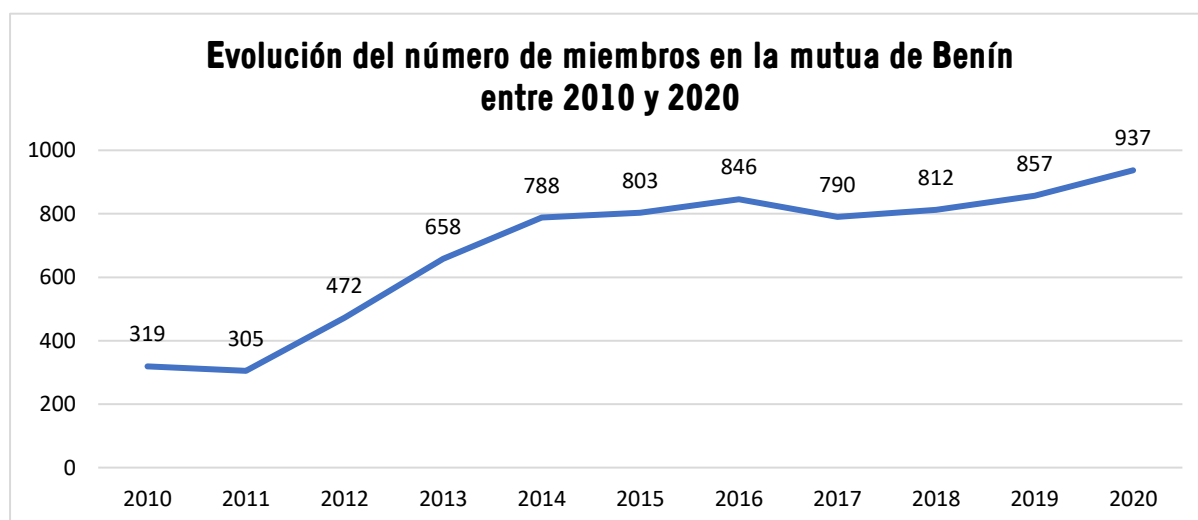
Hasta la celebración de las Asambleas Generales Constituyentes entre finales de 2013 y principios de 2014 en cada país, la evolución de las mutuas de Benín y de Burkina Faso es similar.

Los miembros mutualistas son el personal empleado y asalariado de los grupos de Emaús y sus respectivas familias. Las afiliaciones son individuales y voluntarias y la cotización es idéntica en ambos países: 1000 francos CFA para los adultos y 500 francos CFA para los niños y las personas con salarios bajos. La cobertura sanitaria es la misma (se reembolsan las consultas médicas, los medicamentos, los análisis médicos y las intervenciones quirúrgicas, en un 75%). Los afiliados pagan sus gastos sanitarios y luego reciben el reembolso, previa presentación de las facturas y prescripciones, las cuales se aceptan o rechazan según los procedimientos establecidos (el referente local en primer lugar y el Comité Nacional de Gestión en segunda instancia).

Entre 2010 y 2013, las recomendaciones de 2010 concitan amplia adhesión en los encuentros entre Emaús Internacional, los grupos de Emaús, los referentes, los mutualistas... Algunas de ellas se pondrán en práctica antes de las Asambleas Generales Constituyentes; otras, después.

Una de estas recomendaciones de 2010 es la **ampliación del número de mutualistas**. Esto se traduce en la **decisión de hacer la afiliación de los miembros de los grupos de Emaús obligatoria, familiar y automática** (especialmente para el/la cónyuge y los hijos directos de la persona afiliada), mediante una cotización familiar cuantificada por tramos de ingresos.

### BENÍN: MIEMBROS MUTUALISTAS Y AFILIACIONES



#### Explicación de la evolución

##### Un ligero descenso entre 2010 y 2011

El anuncio del cambio, la materialización de algunas de las orientaciones recomendadas y las primeras dificultades en la aplicación frenan a una parte de los miembros o bloquean el registro de nuevas afiliaciones, al alza hasta ahora (resulta complicado instaurar el pago por terceros, hay un

cambio en el tipo de cotización, se modifica la oferta de prestaciones de la mutua...). Los afiliados *de facto* y los potenciales se preguntan por el futuro de su mutua y el paso del sistema antiguo al nuevo va acompañado de un periodo de indecisión. Sin embargo, las principales personas implicadas prosiguen en la tarea de explicación y sensibilización sobre los principios esenciales de la mutua, la necesaria reestructuración para hacer sostenible el sistema y la apropiación de la mutua por parte de sus afiliados. Una amplia mayoría de los afiliados y sus familias está satisfecha con la mutua.

#### Un fuerte aumento desde finales de 2012 hasta 2014

El paso de la afiliación individual voluntaria a la familiar y obligatoria, con diferentes tipos de cotización por tramos de ingresos, resulta ser beneficioso. Esta medida, instaurada a lo largo de septiembre de 2012, permite dar cobertura sanitaria a más personas y a todos los miembros de las familias y también favorece el aumento de la cotización y un mayor reparto de los costes de la cobertura (puesto que hay más personas con menos riesgos de salud). El aumento del número de miembros en un 64% durante el último trimestre de 2012, principalmente niños o adultos de una misma familia, es prueba de ello.

#### Una disminución en 2016

En 2016 se observa un nuevo descenso. Este está directamente ligado a la expulsión del grupo Metokan de Emaús Internacional. Se aparta a la asociación de toda actividad relacionada con el movimiento, incluida la participación en la mutua de salud de Benín. Esta mutua, inicialmente compuesta por cuatro grupos, ahora tiene solo tres.

#### Una curva que remonta y sigue subiendo hasta 2020

Las misiones de terreno que Emaús Internacional efectúa a finales de 2016 y mediados de 2017 redefinen las principales líneas de trabajo y de mejora y fortalecen la dinámica inicial. La estrategia de ampliación, que es prioritaria, está orientada principalmente a los miembros de los grupos que aún no forman parte de la mutua, mediante un refuerzo de la sensibilización sobre el sistema de solidaridad que encarna la mutua, sesiones más frecuentes sobre educación para la salud y una «reintegración» —por petición suya y con condiciones específicas— de una parte de los antiguos afiliados miembros del grupo Metokan —expulsado de Emaús Internacional—, después de examinar caso por caso y comprobar que no tenían relación con la gerencia de esta asociación.

En 2020, los miembros de la mutua de salud de Benín son las/los empleadas/os de los tres grupos de Emaús de Benín —Emaús AFA, Emaús Pahou, Emaús Tohouè— y sus respectivas familias.

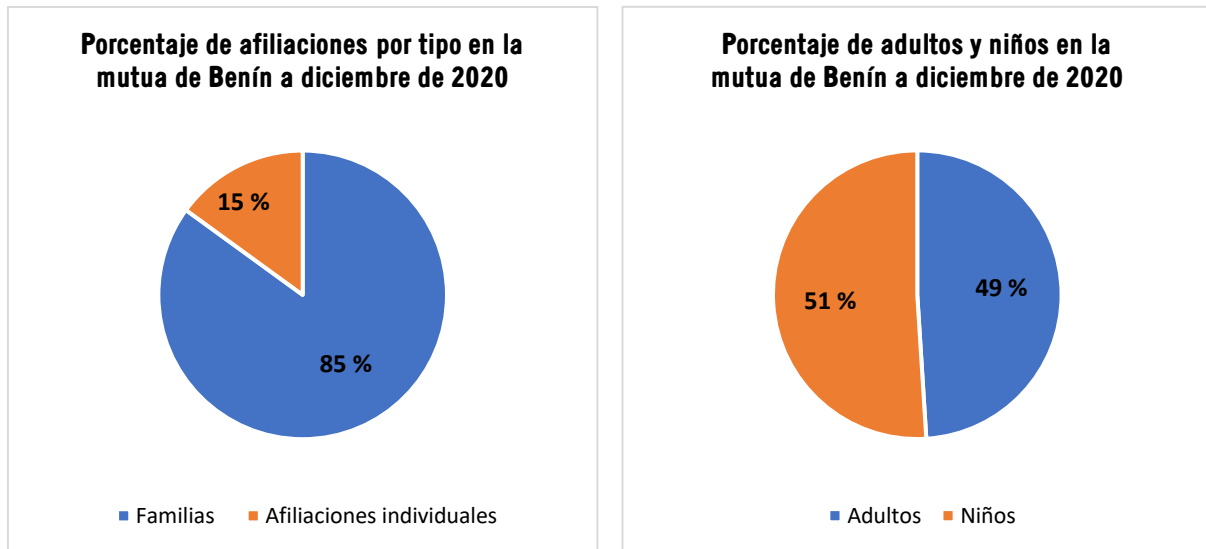
### **Tipología de los afiliados en diciembre de 2020 (174 afiliados de 904 miembros mutualistas)**

#### 174 afiliados principales, de los cuales:

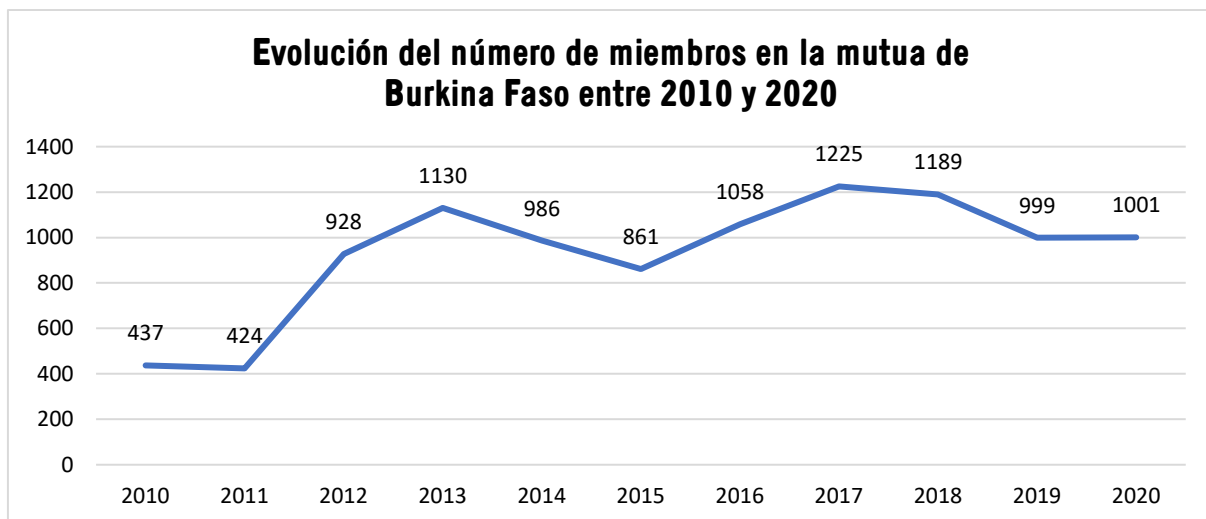
Familias	147
Afiliados individuales	27

#### 904 miembros mutualistas, de los cuales:

Adultos	445
Niños	459



## BURKINA FASO: MIEMBROS MUTUALISTAS Y AFILIACIONES



### Explicación de la evolución

En Burkina Faso, la curva de afiliaciones difiere de la de Benín, a pesar de que a veces haya razones similares que expliquen las diferentes fases de la evolución.

#### Un fuerte aumento en 2012

Este claro crecimiento (+120%) está relacionado con el paso de la afiliación individual y voluntaria a la familiar y obligatoria, así como al esfuerzo constante de los grupos por acoger a nuevos miembros mutualistas. El aumento se mantiene hasta 2013.

#### Un descenso entre 2014 y 2015

La disminución se explica por la dificultad para aplicar las orientaciones formuladas en 2010: se establece de manera tardía el pago por terceros, no se amplía la gama de servicios ofrecidos y el personal sanitario no respeta los convenios firmados con los centros de salud (existe una frecuente



rotación del personal, la cual lleva a que este desconozca los convenios). Además, los grupos sufren numerosas bajas en este periodo, por diversos motivos (traslados, jubilaciones, renuncias, fallecimientos...). En 2014, Pag-la-Yiri tiene más de 100 bajas; en 2015, Benebnooma registra 77.

### Una curva ascendente entre 2016 y 2018

Igual que en Benín, las misiones de terreno que Emaús Internacional efectúa a finales de 2016 y mediados de 2017 devuelven el dinamismo a las personas implicadas. Una reflexión sobre la estrategia de ampliación lleva a ofrecer la afiliación a:

- > amigos y parientes de afiliados, beneficiarios de microcréditos, niños apadrinados por asociaciones y personal sanitario que desee unirse a la mutua;
- > grupos en periodo de prueba para unirse a Emaús Internacional o colaboradores de Emaús Burkina Faso (Zod Neere, Boyaba, Boblemeng Ne Wendé, Wend Yaam), cuyas posibilidades de integración se estudian (Boblemeng Ne Wendé y Wend Yaam se unen a la mutua a finales de 2016).

Dicho esto, el aumento efectivo del número de mutualistas durante este periodo no se produce sino a pesar de numerosos obstáculos.

Cabe señalar que la implicación de los grupos de Emaús deseosos de unirse a la mutua y sus capacidades propias para seguir, dinamizar y acompañar el trabajo son insuficientes, especialmente en el caso de Boblemeng Ne Wendé.

Con respecto a los otros tipos de miembros, la mutua dispuso que todo nuevo afiliado fuera apadrinado por un empleado del grupo, de manera que su cuota se retuviera automáticamente en la nómina del padrino. Y, en el caso de los grupos que apadrinan niños, que cada grupo retuviera el importe de la cotización para transferirlo a la mutua. Sin embargo, en la práctica, la cobranza de las cuotas es complicada y a los afiliados que apadrinan a otros miembros les causa problemas, pues no siempre recuperan el dinero que adelantan en nombre de las personas que apadrinan.

### Un descenso estabilizado a partir de 2019

Estos problemas llevan a Boblemeng Ne Wendé a abandonar la aventura de la mutua en 2018, igual que a una parte de los nuevos afiliados.

Por otra parte, hay que recordar que 2019 es un año particularmente complicado en Burkina Faso, debido a un agravamiento sin precedentes de la situación en términos de seguridad. Esto conduce a anular la mayoría de los encuentros de la asociación, las reuniones mensuales del Comité Nacional de Gestión, las actividades de sensibilización... El contexto sanitario de 2020 también impide trabajar convenientemente.

En 2020, los miembros de la mutua de salud de Burkina Faso son en su mayoría las/los empleadas/os de los grupos de Emaús —cuatro miembros de pleno derecho de Emaús Internacional (Emaús ESO, Benebnooma, SEMUS y Pag-la-Yiri) y un grupo en periodo de prueba (Wend Yaam)—, a los cuales hay que añadir algunas personas ajenas a estos.

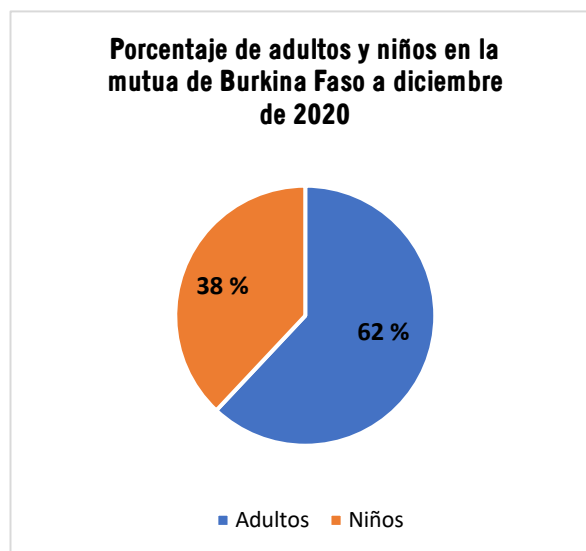
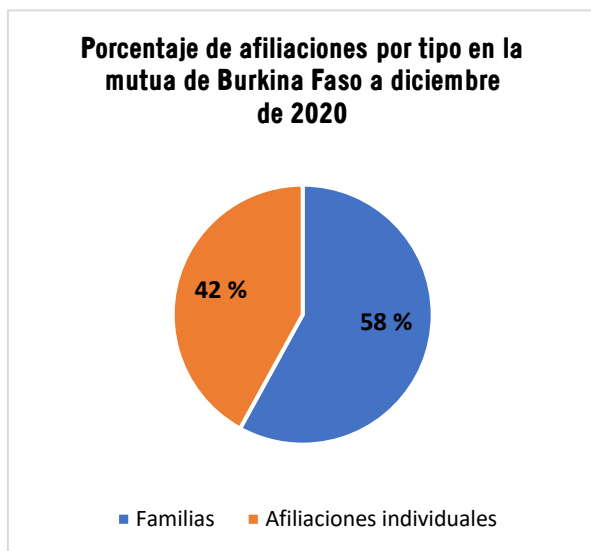
**Tipología de los afiliados en diciembre de 2020** (282 afiliados de 1000 miembros mutualistas)

#### 282 afiliados principales, de los cuales:

Familias

161

Afiliados individuales	121
<u>1000 miembros mutualistas, de los cuales:</u>	
Adultos	623
Niños	377



## LAS MUTUAS DE SALUD DE ASIA

En Asia, para poner en marcha la construcción, la gestión y el modo de funcionamiento de las dos mutuas, y posibilitar así el acceso a la atención sanitaria de la población, ha habido que adaptarse a un contexto diferente del que prevalece en África.

Los afiliados son diferentes y su vínculo económico con los grupos no es tan estrecho como en otros lugares.

Al observar el nivel de vida de los mutualistas en la India y Bangladesh se hace palmario un hecho: es muy inferior al de los mutualistas de África.

En lo que respecta al grupo Tara Projects (de la India), los miembros mutualistas son los habitantes de un asentamiento informal del sureste de Nueva Delhi —la comunidad de Tajpur Pahadi, en Badarpur—. En 2011, cuando se inicia la construcción de la mutua, el barrio de Badarpur está habitado mayormente por migrantes venidos de las regiones agrícolas de la India en busca de medios para subsistir y una vida mejor. El barrio sobrevive gracias a la economía informal y no cuenta con ningún servicio público de acceso al agua potable, a la energía o a la sanidad.

Los miembros mutualistas son identificados por el grupo, dentro del cual llevan a cabo desde hace más de veinte años varias actividades generadoras de ingresos —un taller de artesanía, actividades financiadas con microcréditos y organización de grupos de ahorro— y de desarrollo comunitario —clases de apoyo escolar, formación en costura e informática...—.

El grupo Thanapara Swallows, por su parte, se encuentra en una zona rural aislada, en el noroeste de Bangladesh, en el distrito de Rajshahi. Allí, la precariedad de las infraestructuras sanitarias es indignante y las condiciones de vida, particularmente duras. En este sentido, Thanapara representa

una excepción, como entidad creadora de empleo local gracias a su producción textil. Este trabajo, aunque depende de la demanda del mercado, ofrece oportunidades a decenas de personas, en su mayoría mujeres. Como se verá más adelante, los miembros mutualistas de Thanapara son también variados.

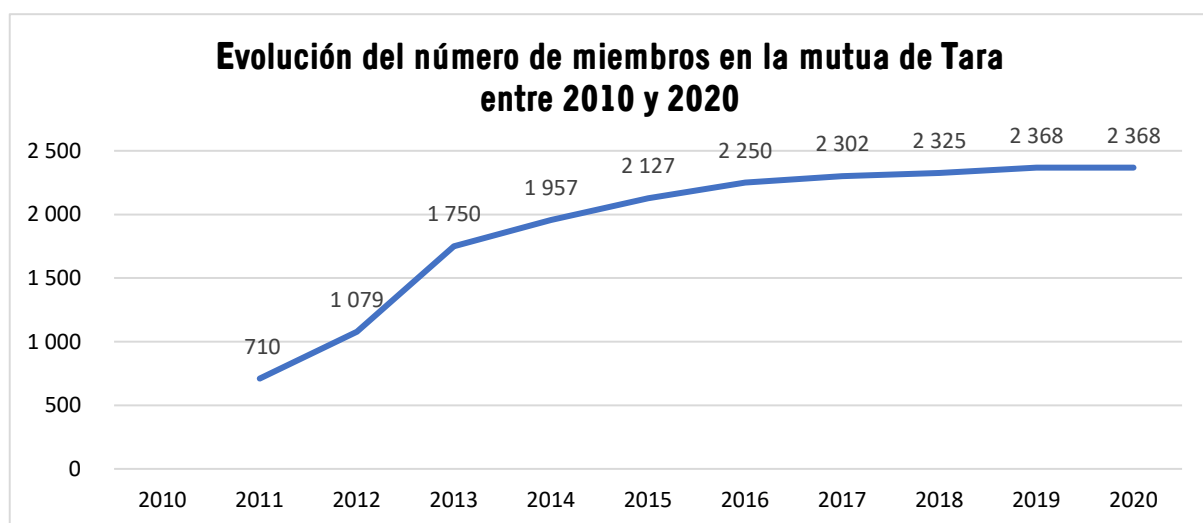
### **INDIA: MIEMBROS MUTUALISTAS Y AFILIACIONES (TARA)**

En el barrio de Badarpur viven unas 5000 familias (es decir, entre 25 000 y 30 000 personas). El contexto sanitario y social, el vínculo de Tara con la población y las reflexiones y decisiones de los mutualistas condujeron a edificar el proyecto en base a los siguientes elementos:

- > la construcción de un centro de salud dentro del barrio;
- > la contratación de un doctor asalariado en el marco del proyecto, que se encargaría de las consultas generalistas, la dispensación de medicamentos básicos a los habitantes del barrio y la búsqueda de colaboraciones con los establecimientos sanitarios ya existentes y considerados como prioritarios por los mutualistas en términos de atención médica (para los análisis o la hospitalización, por ejemplo);
- > un equipo de representantes de los mutualistas encargado de estudiar —dentro de un comité— las solicitudes de reembolso de las hospitalizaciones;
- > afiliaciones individuales anuales —del 1 de septiembre al 31 de agosto— por un importe de 250 rupias de la India (INR) —es decir, 4 € en 2011 y 2,8 € en 2020— por persona (en 2012 aparecerán tarifas preferenciales para las familias).

Para poder inscribirse, es imprescindible que el afiliado principal y los miembros de su familia vivan en la comunidad de Tajpur Pahadi, en Badarpur. Debe rellenarse un formulario de afiliación, que habrá de ser validado. Pueden unirse al programa, teniendo derecho a las diversas prestaciones que cubre la mutua, la esposa o el esposo de la persona afiliada y los hijos, así como los padres, suegros, hermanos y hermanas que estén a su cargo.

Durante el periodo de promoción y de renovación de las afiliaciones anuales —cada año, entre julio y septiembre—, los representantes de la comunidad, el equipo de Tara y los voluntarios realizan un importante trabajo de sensibilización —conversaciones en grupo, reuniones de barrio, «campamentos» de adhesión, visitas a domicilio (puerta a puerta), teatro de calle, promoción de la mutua con ayuda del material de información, educación y comunicación (IEC), etc.—.



## Explicación de la evolución

### Un gran número de miembros desde el inicio

En sus comienzos, la mutua cuenta ya con 710 afiliados individuales; son principalmente las personas vinculadas a Tara —presente en este denso barrio desde hace años— por su trabajo u otras actividades.

### Un clarísimo aumento entre 2012 y 2013

Se trata de un crecimiento del número de afiliados del 150% en dos años y del 200% en cuatro años, que se explica por las siguientes razones:

- > Un mayor trabajo de sensibilización que realiza el equipo de Tara y el rápido eco que tienen las ventajas que aporta la mutua en cuanto al acceso a la atención sanitaria.
- > La obligación de afiliarse a la mutua que tienen todos los prestatarios de microcréditos concedidos por Tara que vivan en el barrio, como mínimo durante el tiempo en que estén devolviendo el crédito.
- > El comienzo de un proceso de modificación de la tarifa de afiliación, ya que en 2011 se detectó rápidamente un problema: el hecho de que la afiliación no se realice en base a un mínimo de cuatro miembros por familia dificulta la solidaridad entre los miembros de la mutua. En la práctica, si la afiliación es individual y voluntaria, son los adultos —que presentan más riesgos de enfermar— quienes se afilian de manera prioritaria (fenómeno de «antiselección» o «selección adversa»), lo cual entraña un mayor número de siniestros y repercute en la autosuficiencia económica y la sostenibilidad del sistema. Para transitar hacia las cuotas familiares se piensa y se aprueba una primera etapa en la Asamblea General de 2013. Entran en vigor entonces dos tarifas: la afiliación anual a 200 INR (2,2 €) por persona, para las familias de al menos cuatro miembros, y la afiliación anual a 250 INR (2,8 €) por persona, para las familias de dos o tres miembros y los afiliados individuales.

### Una expansión continua

Si bien el número de afiliados y miembros mutualistas sigue aumentando en los años siguientes, es difícil analizar su evolución en detalle, por la falta de herramientas de informe suficientemente precisas —sobre todo, falta el detalle de altas y bajas de los mutualistas—. No obstante, se observa una evolución positiva en el número medio de miembros por familia afiliada, que pasa de 2,6 en 2011 a 3,8 en 2020. Por otra parte, no hay que olvidar que Tara dedica mucha energía a las campañas anuales de renovación de la afiliación.

### **Tipología de los afiliados en diciembre de 2020** (616 afiliados de 2368 miembros mutualistas)

#### 616 afiliados principales, de los cuales:

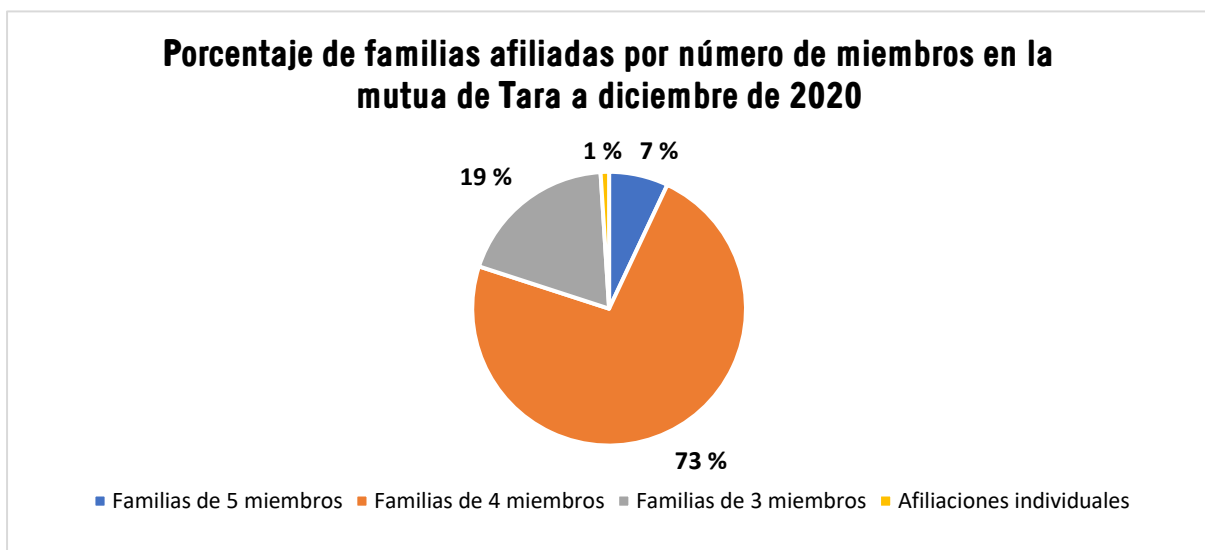
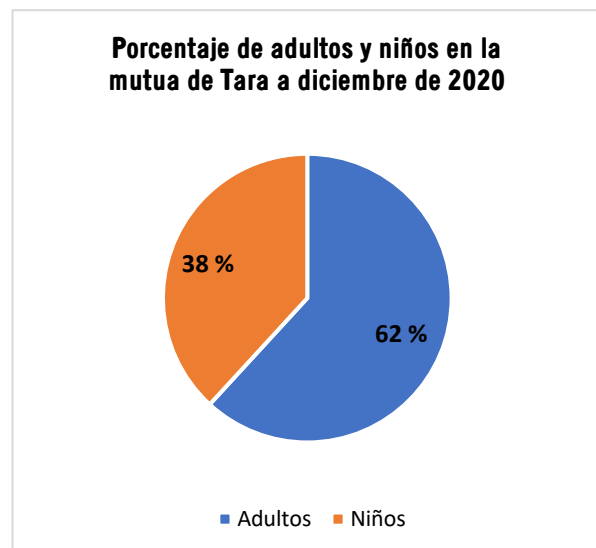
Familias	608
Afiliados individuales	8

#### 2368 miembros mutualistas, de los cuales:

Adultos	1464
Niños	904

Composición de las familias:

Familias de 5 personas	43
Familias de 4 personas	450
Familias de 3 personas	115
Afiliados individuales	8



**BANGLADESH: MIEMBROS MUTUALISTAS Y AFILIACIONES EN LA MUTUA DE THANAPARA**

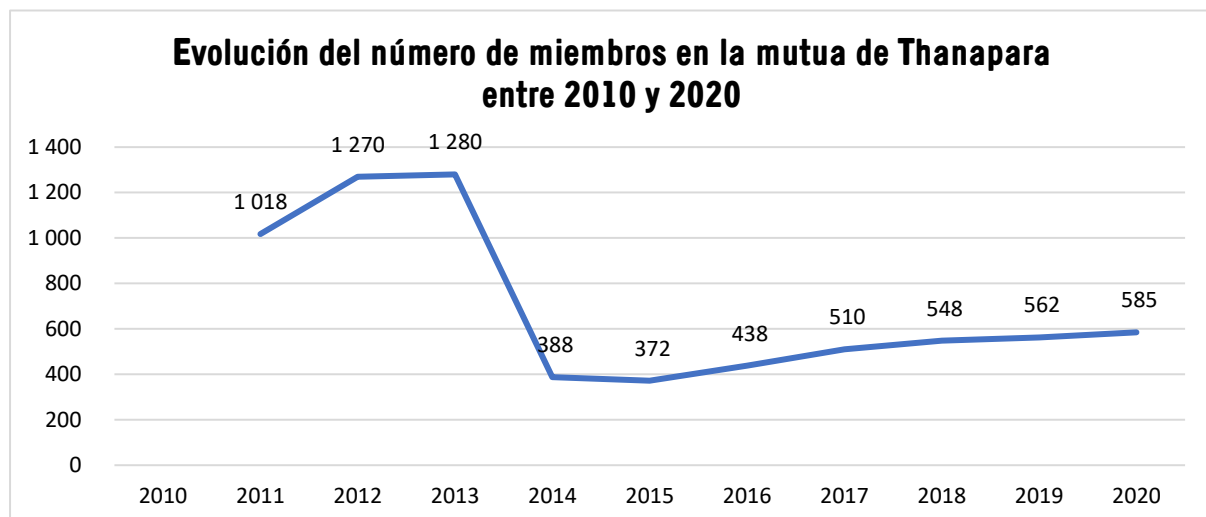
Partiendo del contexto del grupo, de la población con la que este trabaja, del papel de la asociación Thanapara Swallows en la zona y de la existencia previa de acceso a medicamentos básicos, el programa empieza su andadura en base a los siguientes elementos:

- > un centro de salud que ya existe y que debe ser mejorado en el marco del programa de la mutua;

- > un enfermero asalariado como parte del programa, que realiza consultas, dispensa medicamentos básicos y deriva a los mutualistas hacia establecimientos sanitarios del entorno;
- > un equipo de representantes de los mutualistas encargado de estudiar —dentro de un comité— las solicitudes de reembolso de las hospitalizaciones;
- > una tarifa de afiliación inicial de 50 takas (0,5 €) por persona y año;
- > una cuota individual mensual de 10 takas (0,10 €) —que en 2016 pasará a ser de 15 takas (0,15 €)—.

Durante el estudio realizado en 2010 se identifican diferentes sectores de la población como posibles mutualistas: las/los artesanas/os productoras/es que trabajan en la unidad de producción textil de Thanapara (principalmente mujeres), los miembros de la escuela del grupo (los alumnos y sus familias), los empleados de la plantilla de la asociación, los prestatarios de microcréditos y los miembros de los diferentes programas de acción social que lleva a cabo Thanapara.

En un primer momento, Thanapara decide ir progresando por etapas, dando preferencia a las personas que tienen un vínculo fuerte con el grupo (de tipo económico, geográfico, laboral o relacionado con otras actividades). Serían las/los artesanas/os, los miembros de la escuela y el personal empleado del grupo.



### **Explicación de la evolución**

#### Un entusiasmo desde el comienzo

En 2011, cuando arranca la mutua, el número de miembros es de 1018.

#### Una caída del número de mutualistas en 2013 y 2014

A finales de 2011, el director de Thanapara sufre un grave accidente de salud. La dinámica que él había generado resiste hasta 2013 para luego hundirse a lo largo de los años subsiguientes. Se detiene el trabajo de dinamización, ya no hay coordinación y los miembros del grupo intentan mantener como pueden un funcionamiento mínimo.

### Una remontada muy lenta

Entre 2014 y 2020 se suceden los problemas: sigue sin haber dinamización, la escuela sufre un cierre formal de dos años y medio, el sector textil atraviesa momentos difíciles en 2018 y 2019... y en 2020 irrumpe la crisis sanitaria. Salvo el programa de salud, todos los proyectos económicos y sociales se ven afectados.

En este contexto, a Thanapara le cuesta mucho más alcanzar los objetivos definidos en colectivo en lo tocante a la dinamización, la implicación de los miembros mutualistas, la evolución de la política de afiliación, la tarificación de las prestaciones, etc.

Aun así, el número de miembros registra un crecimiento moderado en los últimos años, sobre todo gracias a la integración de los prestatarios de microcréditos.

## **b. La tipología de las cuotas, las prestaciones y el reembolso de los gastos en las cuatro mutuas entre 2010 y 2020**

Para que resulte viable, una mutua debe contar con un equilibrio entre cotización y prestaciones.

En África, este es uno de los principales puntos de alerta desde la reforma. Para mejorar esta ratio se han introducido numerosas iniciativas en lo relativo a las afiliaciones, las cuotas, las prestaciones, los convenios, los métodos de control, etc. Los resultados de finales de 2020 son convincentes y se observa una clara mejora en la ratio cotización-prestaciones, tanto en Benín como en Burkina Faso.

En Asia, la especificidad de los contextos y de las poblaciones integradas en las mutuas y la propia forma que toman las mutuas y la organización del acceso a la atención médica dificultan la obtención de un equilibrio y de una mayor autosuficiencia económica general. Dados los altos costos de funcionamiento de los centros de salud, se están estudiando soluciones para abaratarlos y encontrar recursos adicionales.

No obstante, conviene tener en mente que ningún sistema mutualista de protección social tiene ese equilibrio ni, mucho menos, produce excedentes, con excepción de las aseguradoras privadas, cuyos altísimos costes solo son asequibles para una minoría. Como ejemplo, baste citar la seguridad social de Francia: ofrece una amplia cobertura sanitaria básica pero sigue siendo deficitaria, desde hace muchos años, y cada cierto tiempo se experimenta con nuevos mecanismos financieros (tasas, impuestos...) para sanear sus cuentas. Y, sin embargo, la capacidad económica de la población francesa es superior a la de los miembros de las mutuas del movimiento en África y en Asia.

## **LAS MUTUAS DE SALUD DE ÁFRICA**

### **La cotización**

Recordemos que el importe de las cuotas debe tener en cuenta a la vez la declaración de los afiliados sobre sus capacidades económicas, la cobertura sanitaria que se desea y los costes reales de las prestaciones.

La evolución de las condiciones de afiliación —el paso de la afiliación individual y voluntaria a la familiar y obligatoria— y el cambio en las cuotas —calculadas ahora por tramos de ingresos para activar la solidaridad entre las familias— se verán acompañados de un alza global en el volumen de la cotización.

En las dos mutuas africanas, el sistema de afiliación adoptado comporta tres tipos de cotización, según tramos de ingresos. Su aplicación entra en vigor en el último trimestre de 2012.

**Desde 2002**  
**Cuotas individuales voluntarias**  
1000 francos CFA/mes (adultos)  
500 francos CFA/mes (niños y personas con bajos ingresos)



**A partir de septiembre de 2012**

Tramos	Tarifa de la cuota familiar	Tarifa de la cuota individual
Ingresos inferiores a 30 000 FCFA/mes	2000 FCFA/mes	400 FCFA/mes
Ingresos de entre 30 000 y 90 000 FCFA/mes	2500 FCFA/mes	480 FCFA/mes
Ingresos superiores a 90 000 FCFA/mes	3000 FCFA/mes	560 FCFA/mes

### Las prestaciones sanitarias

El nivel de las prestaciones depende de la **frecuencia** con que se recurra a ellas y del **costo** de estos servicios. Desde 2002, el costo de las prestaciones sanitarias siempre ha sido muy superior al volumen de las cuotas recaudadas y a la capacidad de contribución de los afiliados miembros de los grupos.

En 2010 se realizó un cálculo que mostraba que para cubrir el gasto total por prestaciones de ese periodo cada persona debería cotizar 7250 francos CFA al mes. Por lo tanto, era imprescindible reducir los costos globales de las prestaciones y ajustar la capacidad contributiva de los mutualistas.

En este aspecto también se pusieron en práctica gradualmente las recomendaciones del informe de 2010 —previamente, se las sometió a debate y recibieron la aprobación de los miembros de la mutua— con objeto de reducir el número de prestaciones ofrecidas y de incidir tanto en su frecuencia como en su costo. Para ello, se tomaron las siguientes medidas:

- > se excluyeron las prestaciones menos utilizadas: las consultas médicas y la vacunación (exceptuando las que cubren las campañas de vacunación nacionales);
- > se excluyeron las revisiones médicas generales;
- > se informó y se generó sensibilización sobre el itinerario de asistencia que deben seguir los mutualistas (la necesidad de seguir la pirámide sanitaria, los diferentes niveles o instancias de recurso, el uso de medicamentos genéricos, el papel del médico generalista...);
- > se negociaron y se establecieron convenios con entidades sanitarias (públicas y que ofrecieran servicios de una calidad aceptable, preferentemente, o bien privadas con enfoque social o confesionales) y se inició una dinámica de seguimiento anual de los contratos.

Desde 2013, las prestaciones sanitarias de Benín y Burkina Faso incluyen también:

- > cobertura del 70% en análisis médicos, medicamentos e intervenciones quirúrgicas;



- > sesiones de educación para la salud regulares y en grupo (cada trimestre al menos) sobre las temáticas de salud más recurrentes (las patologías diarreicas, el paludismo, la fiebre tifoidea, la higiene alimentaria...).

### Los modos de reembolso

Hoy día existen dos modos para el reembolso.

Desde 2002 se practica el **reembolso directo** a los mutualistas —a través de los referentes locales de la mutua—. Previamente, el miembro mutualista debe presentar a los referentes locales las facturas y prescripciones que justifiquen los gastos; después, el Comité Nacional de Gestión (CNG) —con frecuencia mensual— comprueba los justificantes y aprueba el reembolso, si procede.

También puede hacerse un **reembolso a través de los establecimientos sanitarios concertados**. Estos convenios —que empezaron a buscarse en 2013— permiten **controlar mejor los gastos de salud** —ya que se facturan solo las prestaciones incluidas en la oferta de la mutua, se garantiza que se siga el itinerario de asistencia y se trata de establecimientos cuya calidad y tarifas se han examinado previamente— y **desarrollar el pago por terceros**, de manera que los mutualistas solo deben pagar la parte no cubierta por la mutua, es decir, el 30% del costo de la prestación.

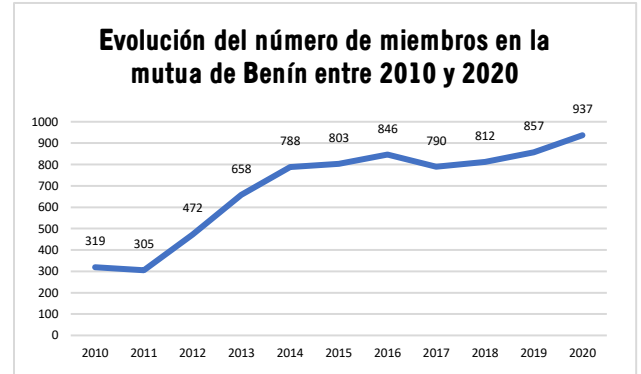
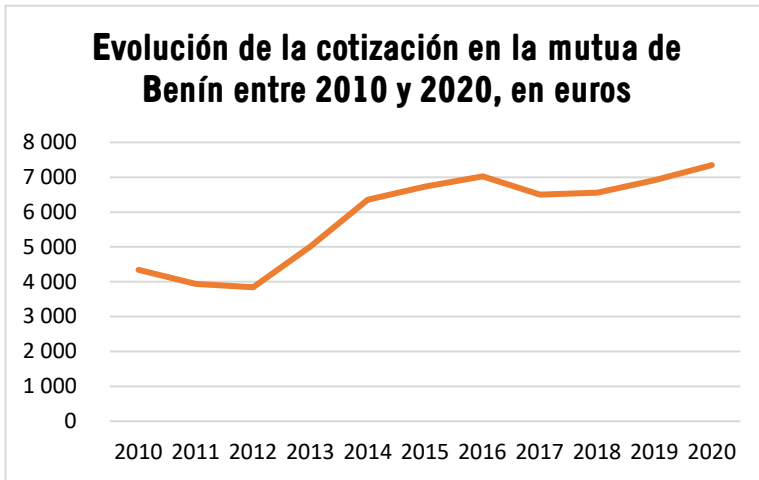
### Nuevas reglas y controles necesarios

Para alcanzar la autosuficiencia económica es esencial organizar **controles rigurosos** y llevar las cuentas de manera adecuada. Además, con el fin de reducir sensiblemente el costo global de las prestaciones y contener o frenar los raros casos de abuso que pudieran pesar económicamente en las mutuas, se toman varias medidas, tras reuniones de información y sensibilización con los miembros —reuniones a cargo de los referentes locales y los médicos asesores, más los cargos electos de la directiva en el caso de Burkina Faso—:

- > elaborar tarjetas de membresía para los mutualistas, que incluyen una actualización del pago de las cuotas y fotos del afiliado principal y de los beneficiarios de su familia;
- > llevar un control más estricto en el Comité Nacional de Gestión: las facturas de prestaciones que se presenten deberán incluir obligatoriamente el sello del médico encargado y del establecimiento sanitario;
- > no reembolsar las facturas que se presenten transcurridos tres meses del servicio recibido;
- > entregar a todos los establecimientos sanitarios concertados una lista de afiliados actualizada con regularidad;
- > contratar a un médico asesor para que se encargue de gestionar los convenios con los establecimientos sanitarios, celebrar sesiones de educación para la salud, apoyar al Comité Nacional de Gestión cada mes en el control de las solicitudes de reembolso y presentar informes a Emaús Internacional;
- > dar de baja a los mutualistas que no paguen sus cuotas durante tres meses;
- > crear un comité de control compuesto por miembros de la mutua con competencias en contabilidad para verificar cada año las cuentas de la asociación, los pagos efectuados y el correcto archivado de los documentos de la mutua.

## BENÍN

### Evolución de la cotización



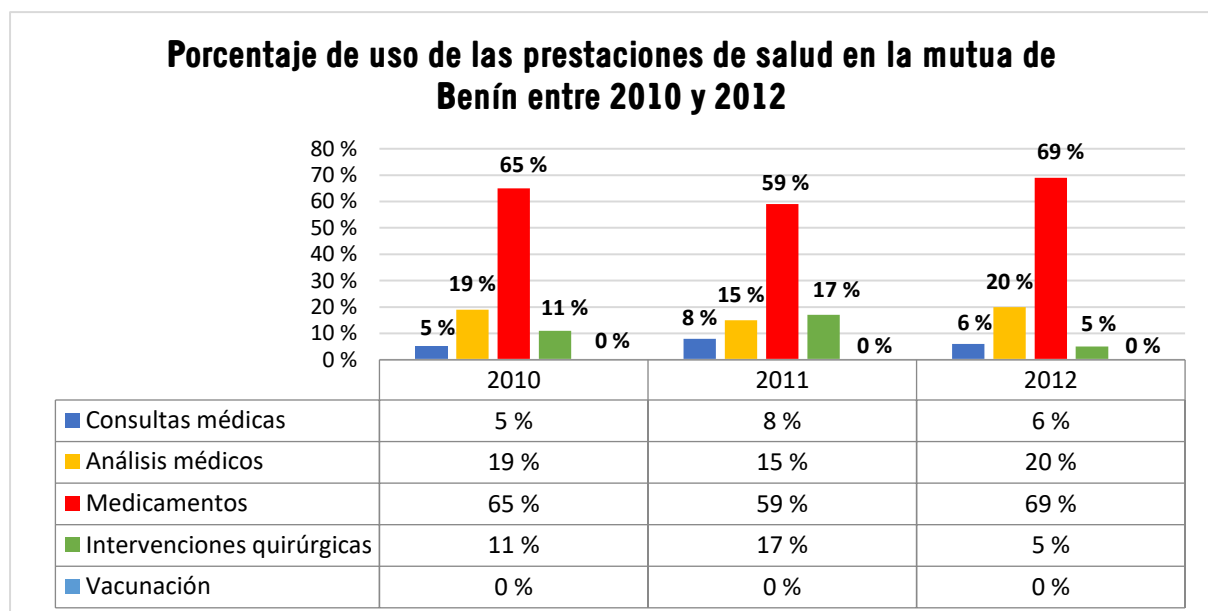
Se observará que entre 2010 y 2020 la curva de evolución de la cotización sigue a la de las afiliaciones.

Para el pago de las cuotas existen diferentes modos:

- > La retención en nómina, para los empleados de los grupos. Suele ser mensual, aunque puede ser también trimestral, semestral o anual; la elección corresponde a los mutualistas. La mayoría opta por la cotización mensual y una pequeña minoría, por la trimestral.
- > Los afiliados ajenos a los grupos deben efectuar el pago directamente a los referentes locales de cada grupo de Emaús, una vez por trimestre o por semestre. Los retrasos en el pago de las cuotas en los miembros ajenos a los grupos son frecuentes y los referentes locales, encargados de la cobranza, encuentran muchas dificultades en este aspecto.

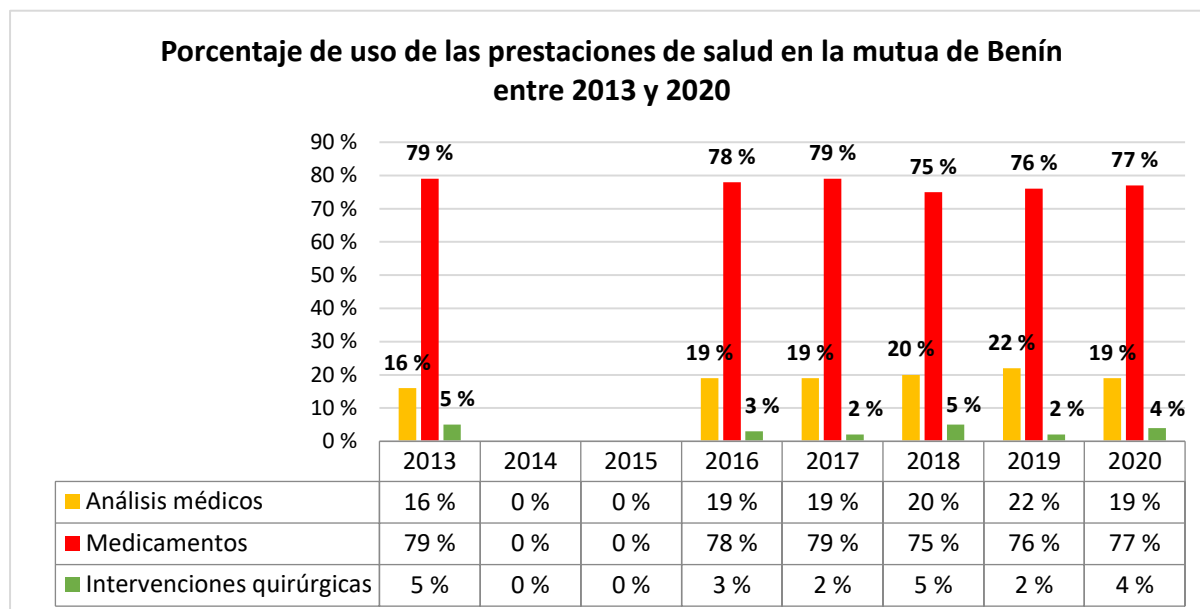
### Evolución de las prestaciones

#### Antes de la reforma



Antes de la reforma, las vacunaciones y consultas médicas eran las prestaciones menos utilizadas. Considerando que no representaban un peso en las economías de las familias, se decidió suprimirlas. En cambio, las intervenciones quirúrgicas, a pesar de no ser frecuentes, sí suponen un coste considerable para una persona o una familia y se vio claro el interés de compartir ese riesgo económico entre todos los mutualistas.

#### Tras la reforma



Nota: los datos de 2014 y 2015 no se han transmitido.

La principal línea de gastos sanitarios es la correspondiente a los medicamentos. Se acerca al 80% cada mes, con variaciones dentro de un mismo año en función de la época —el paludismo en julio y agosto, los resfriados y la tos a finales de año...—.

En términos de prescripción y consumo de medicamentos genéricos, el progreso entre los mutualistas es discreto. El recurso a los genéricos no es un gesto automatizado y no siempre se puede acceder a ellos fácilmente, lo cual conlleva gastos mayores, a veces tres veces superiores —según el mes—.

En este aspecto, Benín se encuentra aún hoy en desventaja porque el órgano estatal encargado del control de la calidad de los medicamentos importados (procedentes de la India en buena parte) no ha funcionado durante mucho tiempo y también porque algunos de esos genéricos se han distribuido con dosis del principio activo inferiores a las debidas y han resultado ser menos eficaces. Esta realidad ha dejado huella en la mentalidad de la gente y sigue suscitando muchos prejuicios tanto entre los consumidores como en el personal médico, a pesar del enorme trabajo de sensibilización realizado en el terreno para explicar las equivalencias entre genéricos y medicamentos de marca (con los mismos principios activos, las mismas dosis y los mismos modos de administración).

#### Evolución de los sistemas de reembolso

Si bien el reembolso directo a los mutualistas previa presentación de factura existe en Benín desde la creación de la mutua, más tarde se introdujo el reembolso a los establecimientos sanitarios concertados mediante un sistema de pago por terceros. Este sistema es fundamental en la mutua, ya

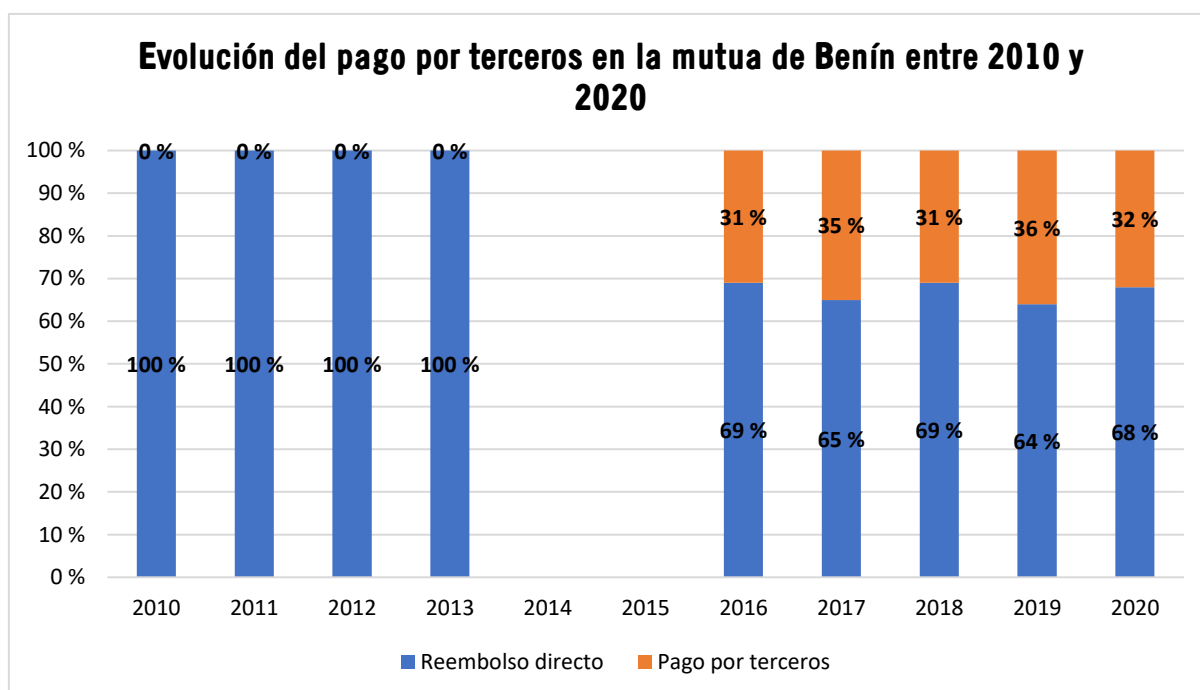
que permite que sus miembros cuiden su salud sin temor a los costos de la atención. Anteriormente, eran muchas las personas que se endeudaban con usureros poco escrupulosos, lo cual agravaba su situación económica y a veces las incitaba a renunciar a la atención sanitaria.

En Benín, el pago por terceros se introdujo junto con los primeros convenios con establecimientos colaboradores, es decir, en 2012. Gracias a él, los mutualistas solo tienen que pagar el 30% restante, ya que el 70% del costo lo factura el establecimiento sanitario directamente a la mutua, quien se encarga de pagarlo.

Durante los dos primeros años (2012 y 2013) nunca se recurrió al pago por terceros. Los establecimientos sanitarios frecuentados no utilizaban este modo de funcionamiento —desconocían el sistema y los profesionales no confiaban en la solvencia de la mutua— y los mutualistas no habían adquirido la costumbre de hacer valer su derecho a recurrir a este sistema de pago o incluso acudían a centros aún no concertados con la mutua.

Desde la reforma se ha emprendido un trabajo sobre este aspecto, pero ha tardado en dar fruto. No es hasta 2016 (no disponemos de datos sobre 2014 y 2015) que se registra un recurso al pago por terceros equivalente a un tercio del total de reembolsos.

Si bien el médico asesor ha efectuado sesiones de sensibilización al respecto, el sistema acusa una falta de dinamización a nivel local y seguimiento regulares por parte de los referentes y los responsables de grupo.



Nota: los datos de 2014 y 2015 no se han transmitido.

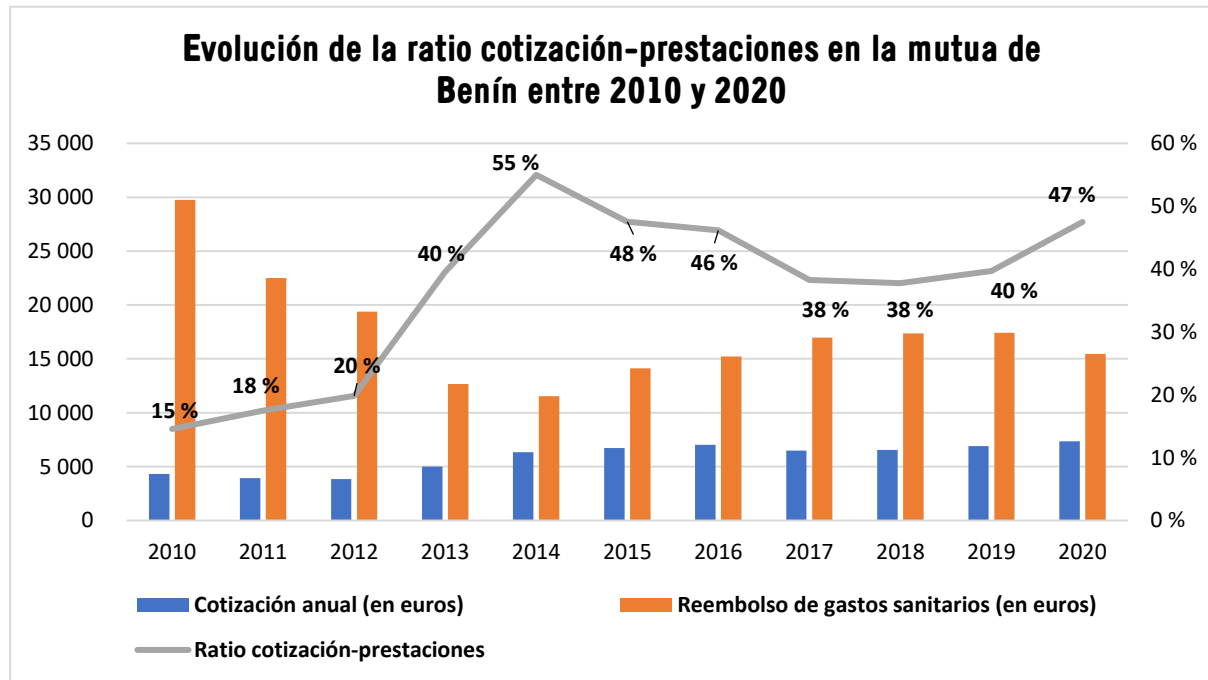
### Evolución de los convenios con los establecimientos sanitarios

En Benín hay diez establecimientos concertados con la mutua. Se trata de centros de salud, clínicas y hospitales. Las farmacias no se han interesado en los convenios —pues les supone demasiados gastos de gestión añadidos en contraste con el escaso número de mutualistas que atenderían y las bajas ganancias económicas que obtendrían—.

### Nuevas reglas y controles necesarios

Hoy día, en Benín se han establecido controles estrictos. Hay un solo elemento que no se ha introducido: la creación de un comité de control que verifique las cuentas de la asociación, los pagos efectuados y el archivado de los documentos de la mutua.

### Evolución de la relación entre cotización y prestaciones

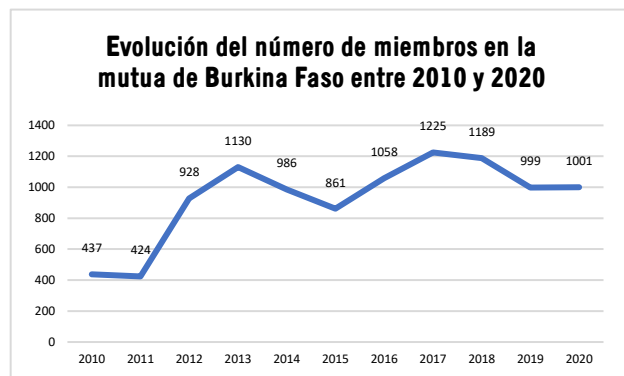
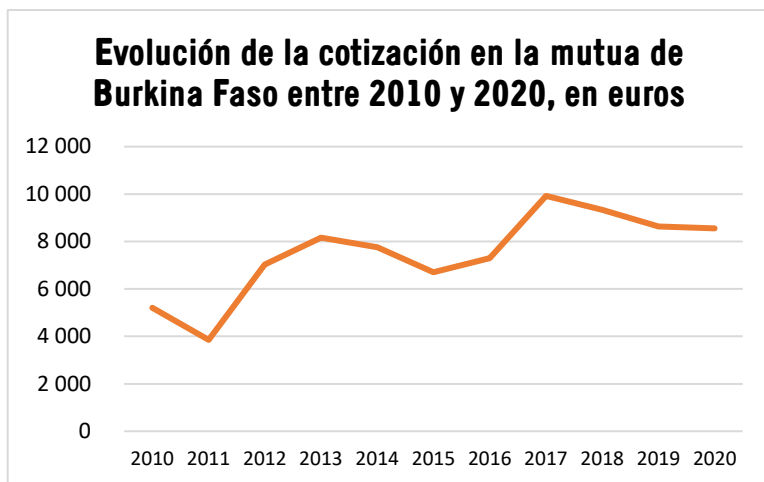


A la vista de los datos transmitidos, es manifiesta una evolución positiva de la relación cotización-prestaciones con respecto al periodo anterior a la reforma. En los diez primeros años (2002-2012), esta ratio se situaba entre el 15% y el 20% cada año (cifra global para los grupos de Benín y Burkina Faso). Después de la reforma, en el caso de Benín la ratio oscila entre el 38% y el 55%.

No obstante, hay que señalar que el costo global de las prestaciones sigue siendo elevado y que difícilmente se puede cubrir con las cuotas, a pesar del aumento del número de afiliados, de la evolución de los tipos de cotización y de la elaboración de reglas e instrumentos de control más rigurosos.

## BURKINA FASO

### Evolución de la cotización



En Burkina Faso, entre 2010 y 2020, la curva de la evolución de la cotización también sigue a la de las afiliaciones.

Igual que en Benín, conviven dos modos de pago de las cuotas:

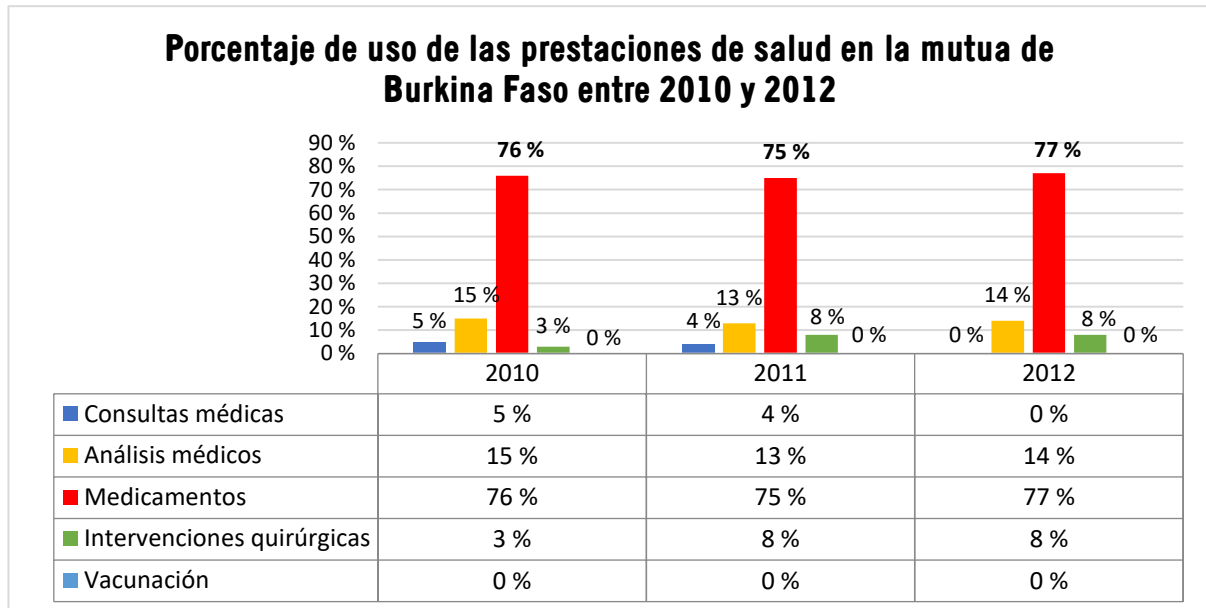
- > La retención en nómina, para las/los empleadas/os de los grupos. En este caso, en teoría no hay retraso en el pago de las cuotas mensuales. Los grupos retienen directamente cada mes el monto de la cuota establecida y lo transfieren a la mutua a través del referente local, quien participa en el Comité Nacional de Gestión —que se reúne cada mes—.
- > Para los afiliados externos o que no tengan vínculo económico con los grupos se ha creado un procedimiento de pago mensual o trimestral —se trata de las personas apadrinadas por un/a empleado/a o de las familias de los niños escolarizados en las escuelas o centros de formación—.

Sin embargo, se han detectado dos problemas. Como ya se dijo previamente, son frecuentes los retrasos en el pago o la imposibilidad de cobrar las cuotas de los afiliados ajenos a los grupos, lo cual causa problemas a quienes los apadrinan, miembros de los grupos de Emaús, ya que estos adelantan la cuota de las personas apadrinadas mediante una retención en su nómina. Por otra parte, se han observado aplazamientos u olvidos frecuentes en el pago de las cuotas mensuales en algunos grupos de Burkina Faso, lo cual ha llevado a cambiar de sistema. Ahora, las cuotas se pagan con un trimestre de adelanto, lo cual permite que la mutua no se quede sin fondos y pueda reembolsar más rápidamente los gastos de sus miembros.

A pesar de este nuevo sistema, cada trimestre se observan retrasos frecuentes en el pago de las cuotas —a veces se paga hasta con dos trimestres de retraso—.

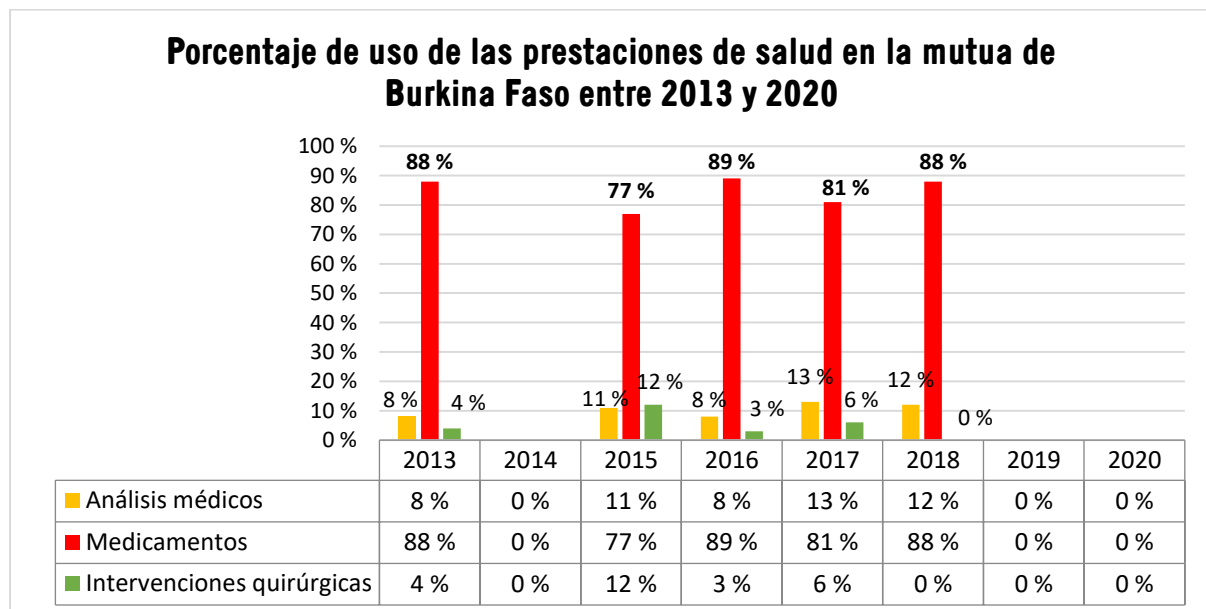
## Evolución de las prestaciones

### Antes de la reforma



La frecuencia de uso por tipo de prestación en Burkina Faso es, en líneas generales, similar a la observada en Benín. En 2013, los mutualistas también quisieron modificar la oferta de prestaciones y mantener solamente el acceso a los medicamentos, las intervenciones quirúrgicas y los análisis médicos.

### Tras la reforma



Nota: los datos de 2014, 2019 y 2020 no están disponibles.

Tras la reforma, la distribución del uso por tipos de prestación en Burkina Faso es casi idéntica a la de Benín. Las variaciones son: un 10% más en medicamentos en Burkina Faso (un 88%, frente al 78% en Benín) y entre 6% y un 7% menos en análisis médicos (en 12% en Burkina Faso y un 19% en Benín). La parte correspondiente a las operaciones quirúrgicas es más o menos equivalente.

Como muestra el gráfico anterior, no disponemos de los datos de uso relativos a 2019 y 2020. Desde 2019, la asociación solo recibe las facturas de los establecimientos sanitarios concertados. Esto puede considerarse como un punto positivo en algunos sentidos: así, los mutualistas se ven obligados a seguir el itinerario de asistencia, el número de pacientes es más apropiado para los centros sanitarios concertados y se hace un uso pleno del pago por terceros.

En cuanto al consumo de medicamentos genéricos, al contrario que en Benín, desde 2015 la mutua de Burkina Faso viene detallando los gastos y dividiéndolos entre genéricos y medicamentos de marca en las reuniones de Comité Nacional de Gestión. Desde 2016 se ha realizado un enorme trabajo de sensibilización sobre el uso de genéricos entre los miembros y los establecimientos concertados, lo cual se ha traducido en un aumento del consumo de genéricos y una disminución del de medicamentos de marca entre 2015 y 2017.

No obstante, en este ámbito faltan los datos del periodo 2018-2020. Para poder hacer un seguimiento y analizar la evolución del consumo de prestaciones y detallar los tipos de prestaciones y medicamentos dispensados deben revisarse los documentos de informe y comunicación entre los establecimientos sanitarios y la mutua.

### **Evolución de los sistemas de reembolso**

Los dos sistemas empleados en Burkina Faso también son el reembolso directo a los mutualistas previa presentación de facturas y el reembolso a los establecimientos sanitarios concertados.

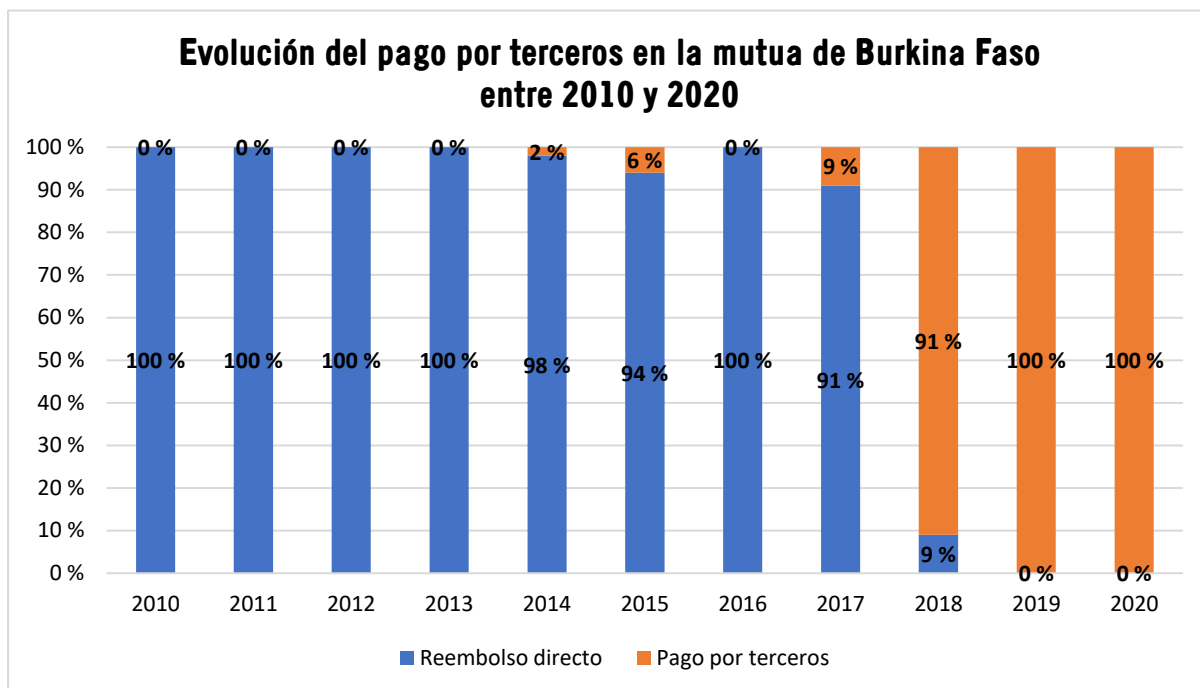
Hasta 2017, los miembros recurrían rara vez al pago por terceros, a pesar del trabajo de concientización y de las recomendaciones de la directiva de la mutua y los referentes locales, por razones idénticas a las ya mencionadas en el caso de Benín (los profesionales no confiaban en la solvencia de la mutua, la mayoría de ellos desconocía el sistema y los mutualistas acudían a establecimientos no concertados).

A finales de 2018 se produce un cambio significativo, gracias al cual el pago por terceros se convierte en lo habitual: el Consejo de Administración de la mutua decide reembolsar en adelante solamente las facturas emitidas por establecimientos concertados, considerando que, con todos los recursos existentes, los mutualistas pueden perfectamente recibir la atención necesaria en estos establecimientos (que, además, son más sensibles a la venta de genéricos). Esta medida limita la presentación de facturas relativas a productos o servicios no cubiertos por la mutua.

Si los mutualistas presentan solicitudes de reembolso que incluyen servicios o productos no cubiertos por la mutua, el Comité Nacional de Gestión reembolsa lo correspondiente a las prestaciones consumidas que ofrece la mutua y explica a los mutualistas por qué se deniega el reembolso de los servicios o productos no cubiertos por la mutua (por ejemplo, consumibles empleados durante hospitalizaciones, cremas de cuidado, productos estéticos...).

A pesar de esto y del paso a un 100% de uso del pago por terceros —un cambio muy positivo—, algunos centros de salud siguen facturando servicios o productos no incluidos en la gama de prestaciones de la mutua.





### Evolución de los convenios con establecimientos sanitarios

Los convenios con centros sanitarios, que en un inicio corrían a cargo del médico asesor contratado en 2011, han ido evolucionando. La mutua ha buscado establecer convenios con cuantas estructuras sea posible de cada zona geográfica, siempre que cumplan con los criterios establecidos. Huelga decir que la oferta de servicios es más extensa en Uagadugú, la capital, que en zonas rurales como Zabré, donde se encuentra el grupo Pag-la-Yiri. Pero los mutualistas pueden recibir atención en todos los establecimientos del país concertados con la mutua, sea cual sea el grupo de Emaús al que pertenecen.

En cambio, la realidad muestra que a los mutualistas de zonas rurales les resulta complicado acceder a establecimientos sanitarios —concertados o no—. Esta situación no depende de la mutua, sino de las políticas sanitarias públicas de Burkina Faso.

Por ese motivo, ahora los mutualistas, según sus necesidades, pueden identificar establecimientos de la zona donde vivan que aún no estén concertados con la mutua y proponer que la mutua establezca un convenio con ellos, propuesta que estudia la directiva de la mutua.

Con la misma perspectiva y también para multiplicar los centros accesibles para los mutualistas que ofrecen ventajas similares, se han establecido convenios con los escalafones superiores de las estructuras sanitarias públicas, es decir, los distritos. Es el caso de los distritos de Zabré (del grupo Pag-la-Yiri) y de Koudougou (donde se ubica el grupo Benebnooma). Gracias a los acuerdos firmados, los mutualistas pueden acceder a todos los centros de salud y promoción social (CSPS) del distrito y gozar de las mismas ventajas. Los CSPS son centros de salud de ámbito local y la puerta de entrada al sistema sanitario burkinés.

Los centros de salud concertados hoy día son establecimientos públicos o entidades privadas de enfoque social o confesional. En total, cuentan con convenio veinticuatro centros sanitarios —clínicas, hospitales, CSPS, ambulatorios, centros médicos de distrito— y dieciocho farmacias, lo cual multiplica las posibilidades de acceder a servicios de calidad, de recibir atención rápida y de poder instaurar el pago por terceros.

Aunque la frecuente rotación del personal sanitario implica que a veces este desconozca los convenios firmados o los derechos de los mutualistas —sobre todo en lo tocante al pago por terceros—, este problema se resuelve de manera bastante rápida cuando la coordinación local mantiene una comunicación sólida y regular con los establecimientos sanitarios.

Para concluir, cabe resaltar que la directiva de la mutua envía cada año a todos los establecimientos concertados su informe anual completo junto con un correo de agradecimiento.

### Nuevas reglas y controles necesarios

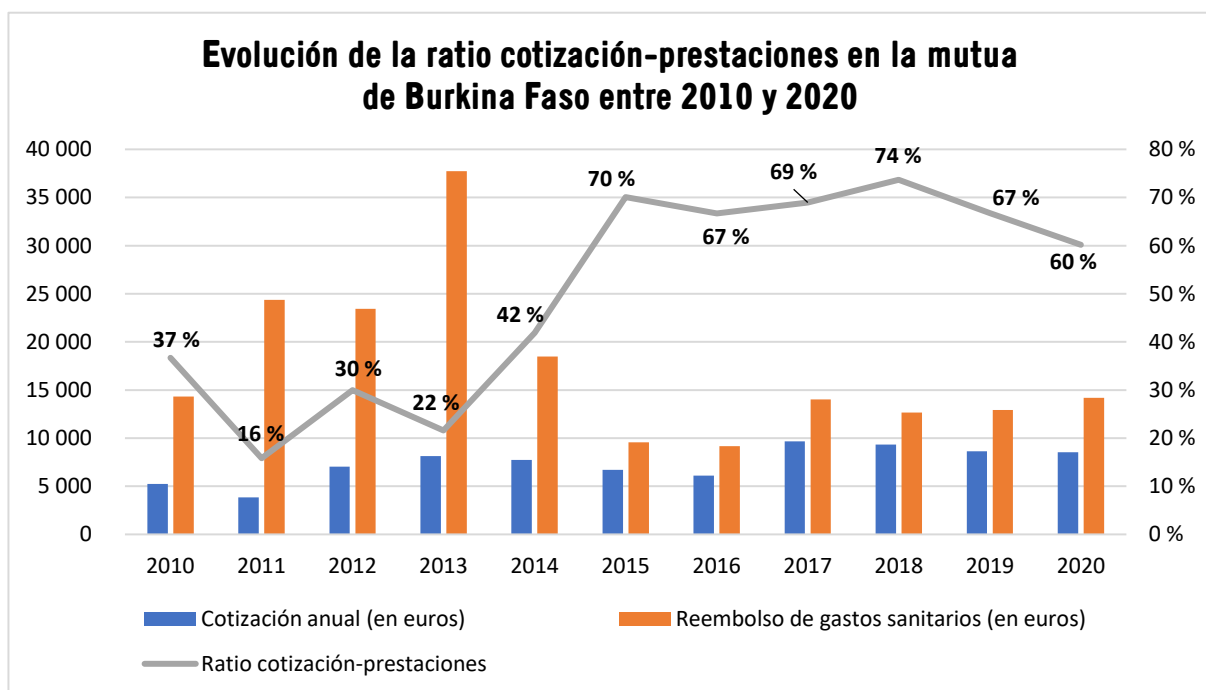
En Burkina Faso también existe de manera efectiva un proceso de verificación riguroso.

Sin embargo, el Comité de Control, cuya creación se aprobó en la Asamblea General de 2013, solo ha realizado una sesión de verificación. En 2016, la asociación recurrió a una asesoría externa para la aprobación de sus cuentas y para solicitar recomendaciones de cara a la llevanza de las cuentas y la clasificación de los documentos que archiva la mutua.

Por otra parte, Emaús Internacional cesó el mismo año (2016) la colaboración con el médico asesor contratado —su trabajo no era satisfactorio y faltaba con demasiada frecuencia a las reuniones del Comité Nacional de Gestión—.

Con todo, se ha proseguido el trabajo, especialmente gracias a una directiva muy implicada que ha sabido cubrir los huecos y encargarse de las tareas del médico asesor —gestionar los convenios con los establecimientos sanitarios y apoyar al Comité Nacional de Gestión cada mes en el control de las solicitudes de reembolso—. Algunas soluciones alternativas han hecho posible llevar a cabo ciertas tareas: la designación de un enlace o punto focal por cada zona donde se encuentran los grupos de Emaús ayuda a los referentes locales a mantener la comunicación con los establecimientos concertados. Este punto focal se encarga de generar consciencia sobre el uso de genéricos, de realizar sesiones de educación para la salud...

### Evolución de la relación entre cotización y prestaciones



Se percibe una clara mejora en la ratio cotización-prestaciones desde 2015, es decir, dos años después de la puesta en práctica oficial de la reforma.

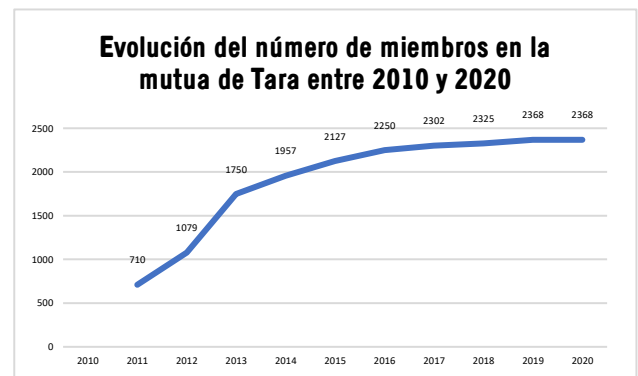
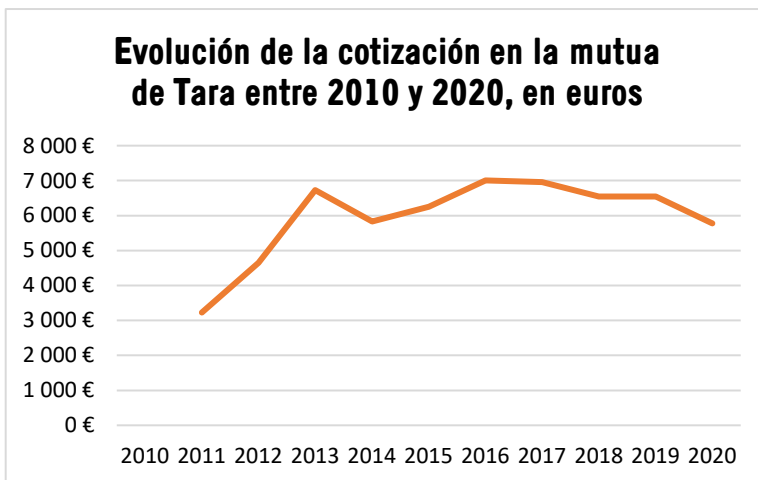
A este avance han contribuido ampliamente algunas de las recomendaciones, especialmente la modificación de las condiciones de afiliación y cotización, la evolución de las prestaciones ofrecidas, el aumento de los convenios y un control más estricto de las facturas y del consumo de prestaciones. Estos resultados positivos hay que atribuirlos también a la muy buena gestión de la asociación y de la directiva actual, así como a la voluntad por parte de esta de dinamizar a las personas implicadas en el ámbito local.

En 2019 y 2020, la ratio —aunque sigue siendo alta—, evidentemente, ha acusado las diferentes crisis: la de seguridad, en primer lugar, y luego la sanitaria.

## LAS MUTUAS DE SALUD DE ASIA

### TARA

#### Evolución de la cotización



Aquí comprobamos una vez más cómo la curva de evolución de la cotización sigue en general a la de las afiliaciones entre 2011 y 2020, salvando 2014 y 2015.

En Tara Projects, el cambio de tarifas que se aprobó en la Asamblea General de 2013 entra en vigor en 2014: las familias de al menos cuatro miembros ven cómo su cuota de afiliación pasa de 250 a 200 INR por persona y año. Esta operación, que de momento permite cubrir a más personas dentro de cada familia —sobre todo a los niños—, va acompañada de un descenso de los ingresos por cuotas en la mutua —en 2014 se estancan los ingresos y menguan ligeramente en 2015, por el cambio en el perfil de las familias afiliadas—. La antiselección, que prevalecía con la cotización individual, se atenúa y se pasa de una media de 2,6 miembros por familia en 2013 a otra de 4,2 miembros por familia en 2015.

Dicho de otro modo, la mutua mantiene el mismo número de familias pero pasa a tener más miembros mutualistas y menos ingresos por cuotas.

## Evolución de las prestaciones

La mutua de Tara ofrece hoy día una variada gama de prestaciones sanitarias, diferente de la de las mutuas africanas.

Tara invirtió desde el inicio fondos propios para construir un centro de salud en el barrio de Badarpur y financiar la compra de material médico. Esta iniciativa transforma, cierto es, el principio de la mutua (que consiste en vincular a los mutualistas con establecimientos sanitarios ya existentes).

En 2011, al arrancar la mutua, las prestaciones ofrecidas son las siguientes:

- > Consulta, a precio módico, con un médico generalista contratado en el centro de salud y de dispensación de medicamentos. Esta oferta responde a las necesidades de las familias, que ahora tienen acceso a un centro sanitario dentro del propio barrio. Las familias confían en la calidad del servicio y de los medicamentos que dispensan el doctor y el centro.
- > Derivación, si es necesario, hacia un laboratorio de análisis, que ofrece tarifas negociadas a un 50%.
- > Reembolso del 80% de los gastos por hospitalización, hasta un máximo de 10 000 INR en dichos gastos.
- > Acceso gratuito al «campamento de salud» temático —jornada de atención médica especializada que organiza la mutua en el centro de Badarpur remunerando a los profesionales sanitarios necesarios para ofrecer atención en oftalmología, ginecología, odontología...—.

En 2011, el sistema brinda acceso a una consulta médica y a medicamentos por 10 INR (0,1 €). En marzo de 2016, esta tarifa pasa a 20 INR (0,2 €), un cambio aprobado en la Asamblea General de 2016 tras un proceso de reflexión y debate entre los mutualistas.

Los no miembros de la mutua también pueden beneficiarse de las consultas en el centro de salud, pero a una tarifa superior (50 INR).

Más allá de las prestaciones de atención sanitaria, la mutua lleva a cabo de manera gratuita desde 2013:

- > Una labor de prevención y educación para la salud, en forma de reuniones de información y sensibilización, visitas puerta a puerta a los hogares de los mutualistas y teatro de calle. De estas actividades se encargan los trabajadores sociales de Tara.
- > Charlas sobre salud (las «*health talks*»), organizadas con regularidad y en pequeños grupos en el centro de Badarpur. Aquí, a los temas relativos a la salud y la higiene se añaden explicaciones sobre la mutua y los beneficios que aporta a sus miembros.

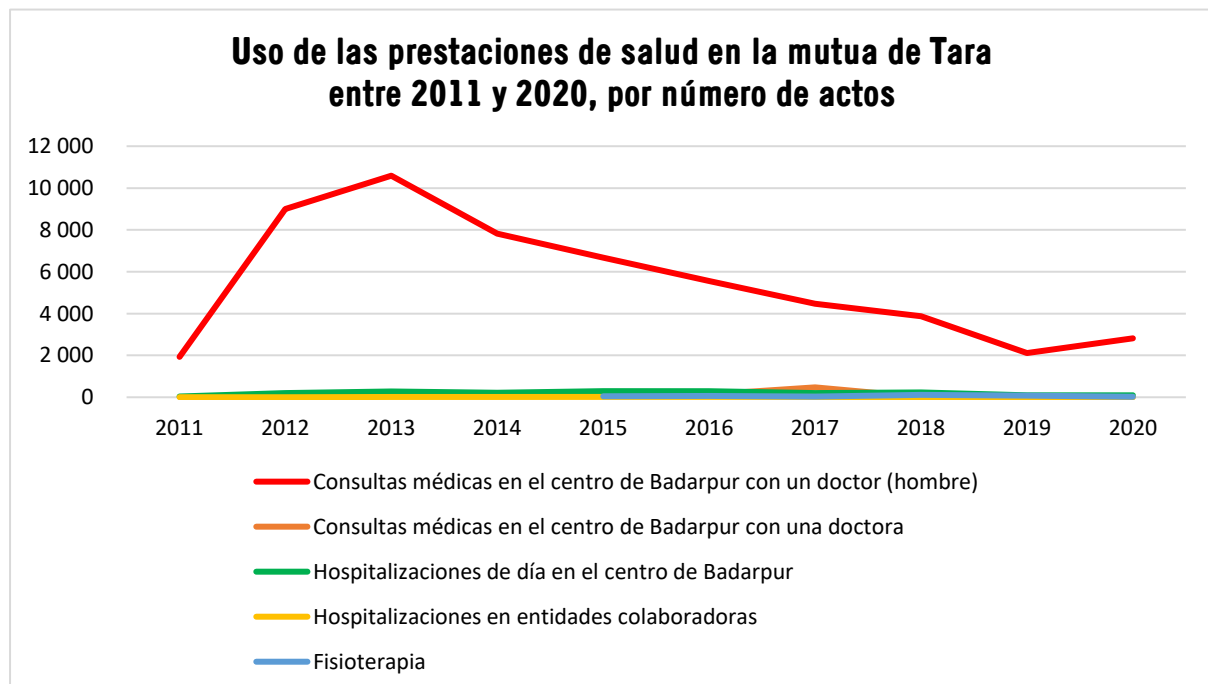
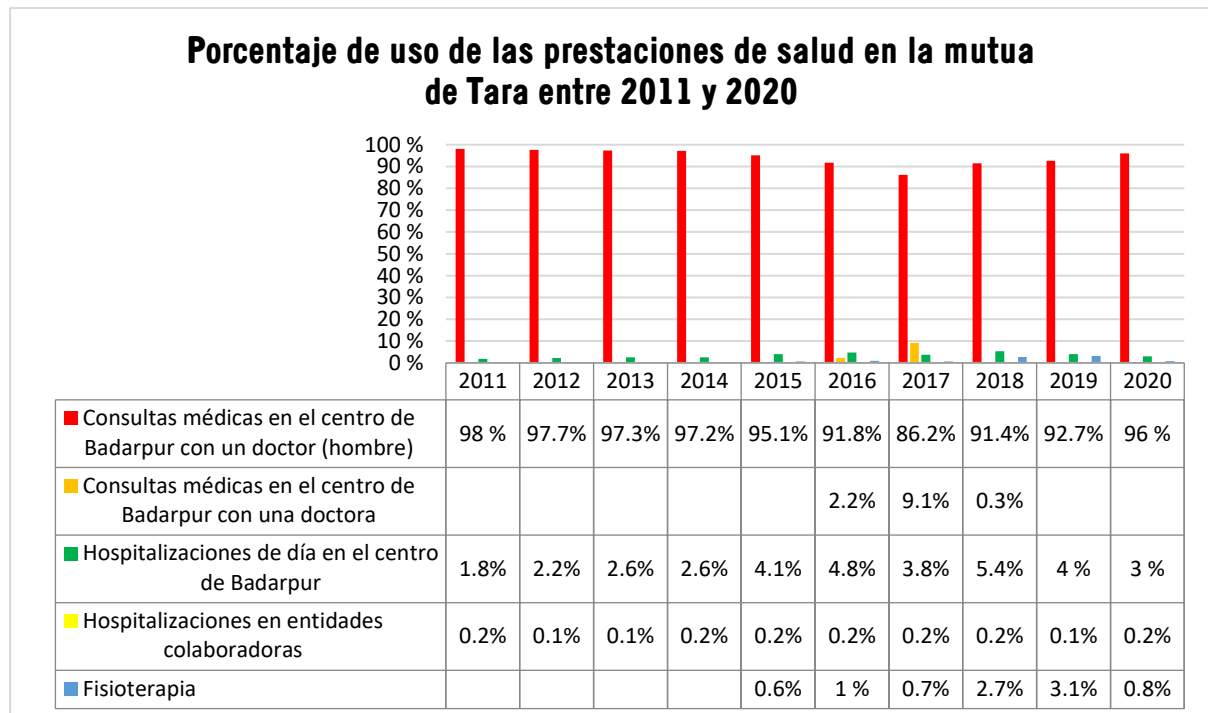
En el sistema que se aplica en Tara, los costes de funcionamiento son muy elevados (sobre todo por la masa salarial). Además, la mutua ha venido desarrollando nuevos servicios desde 2014 en el centro de salud de Badarpur para conseguir la renovación de las fuentes de ingreso y poder atender y vigilar a los pacientes *in situ*, a veces durante varios días, antes de derivarlos a hospitales para que se les hagan exámenes en mayor profundidad. Estos servicios son:

- > La hospitalización de día: entre 200 y 300 rupias, según el caso (entre 2,25 € y 3,4 €).
- > Sesiones de fisioterapia (desde 2015): 30 INR (0,3 €) por cada sesión de treinta minutos.
- > Medición de la glucemia: 20 INR (0,2 €) por cada examen.

- > Contratación de una doctora. Esta contratación (de octubre de 2016 a enero de 2018), que muchas mujeres del barrio deseaban, pudo realizarse gracias a una subvención que Tara obtuvo para este fin.

La mutua también ha ampliado su oferta de prestaciones de salud y ha tejido colaboraciones —que constituyen su red— con centros hospitalarios y establecimientos de atención específica — oftalmología, odontología, radiografía...— o de carácter confesional. Algunas de estas colaboraciones se acuerdan verbalmente —ya que los hospitales públicos no están autorizados para celebrar acuerdos formales con organismos externos sin la aprobación del Gobierno— y otras se formalizan por medio de un protocolo.

Por último, conviene matizar que algunas prestaciones que ofrecen las entidades colaboradoras son fruto de una negociación y otras no. En todos los casos, los mutualistas deben pagar los servicios y productos ellos mismos y recibir luego el reembolso.



En esta gráfica se observa el claro predominio de las consultas médicas, así como un descenso de su volumen a partir de 2013 —año en que se empiezan a celebrar de manera más sistemática las sesiones de sensibilización y educación para la salud—.

### **Colaboraciones y convenios**

Tara ha estado desarrollando su red de colaboraciones desde sus comienzos hasta finales de 2020. En total, cuenta con quince acuerdos establecidos, cinco de ellos con entidades públicas —hospitales destinados a recibir las derivaciones cuando el paciente necesita ingreso o un tratamiento urgente.

Las otras diez entidades comprenden:

- > Seis centros de radiografía, pruebas y análisis;
- > un centro de diagnóstico médico general;
- > un hospital privado (confesional);
- > un centro odontológico;
- > un centro oftalmológico de atención, tratamiento y cirugía (aquí, los mutualistas pueden operarse de catarata gratuitamente).

### **Modos de reembolso de las prestaciones de salud**

En la mutua de Tara solo existe un modo de reembolso —reembolso directo sujeto a presentación de factura—, cuyo proceso, diseñado junto con los mutualistas, está descrito en el documento que recoge la política general de la mutua.

Se ha establecido un itinerario de asistencia que hay que observar. Cuando un miembro de la mutua enferma, acude a la consulta del médico del centro de salud de Badarpur; si es necesario, este lo deriva a un hospital adecuado. Cuando el paciente es admitido en el hospital, debe informar al equipo médico de la mutua.

Luego, el mutualista recibe la atención necesaria, paga la factura del hospital y presenta una solicitud de reembolso a la mutua, junto con los documentos del hospital, las facturas, etc.

Durante la reunión de la coordinación local —encargada de estudiar las solicitudes de reembolso—, el trabajador social de Tara destinado en el centro de salud, los representantes de los mutualistas y el médico comprueban las facturas y demás documentos presentados. Entonces se aprueba o se rechaza la solicitud y se determina la tasa de reembolso de acuerdo con las reglas de la política general de la mutua.

Sea cual sea la proporción aprobada para el reembolso, el comité coordinador recibe al mutualista y le explica la tasa de reembolso que se le aplica. Las decisiones se registran cuidadosamente en el instrumento de seguimiento de las hospitalizaciones.

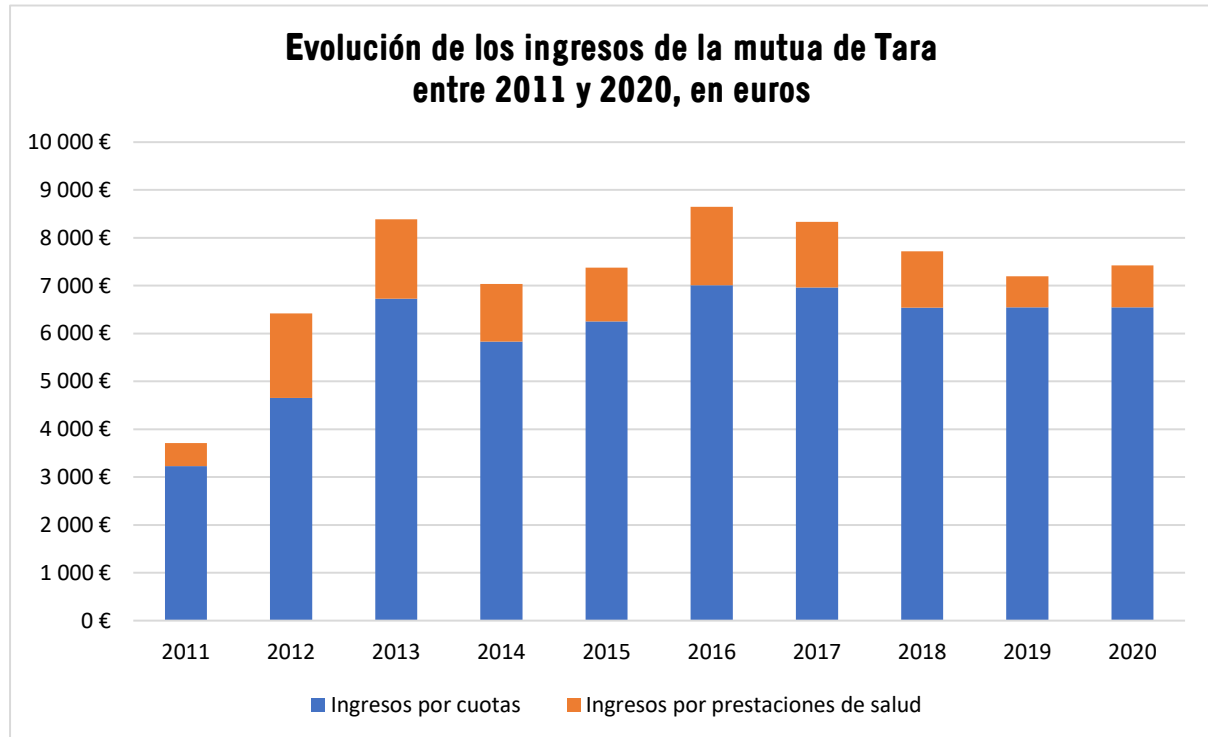
### **Evolución de la relación entre cotización y prestaciones**

Como se indicó al principio de este capítulo, en los grupos de Asia el acceso a la atención sanitaria se ha construido de manera diferente. Por lo tanto, no se puede analizar únicamente desde la perspectiva de la relación cotización-prestaciones, pues influyen otros parámetros.

En estos sistemas mutualistas conviene más tener en cuenta los ingresos vinculados al acceso a la atención sanitaria —las cuotas y los ingresos generados mediante las prestaciones creadas— y los

gastos globales —gastos de hospitalización, compra de medicamentos para el centro de Badarpur, costo del transporte para la derivación a centros colaboradores, celebración de «campamentos de salud» regulares, masa salarial del personal que trabaja en el centro de salud...—.

En términos de ingresos, la mutua combina los obtenidos por las cuotas y por las distintas prestaciones ofrecidas en el centro de salud de Badarpur.



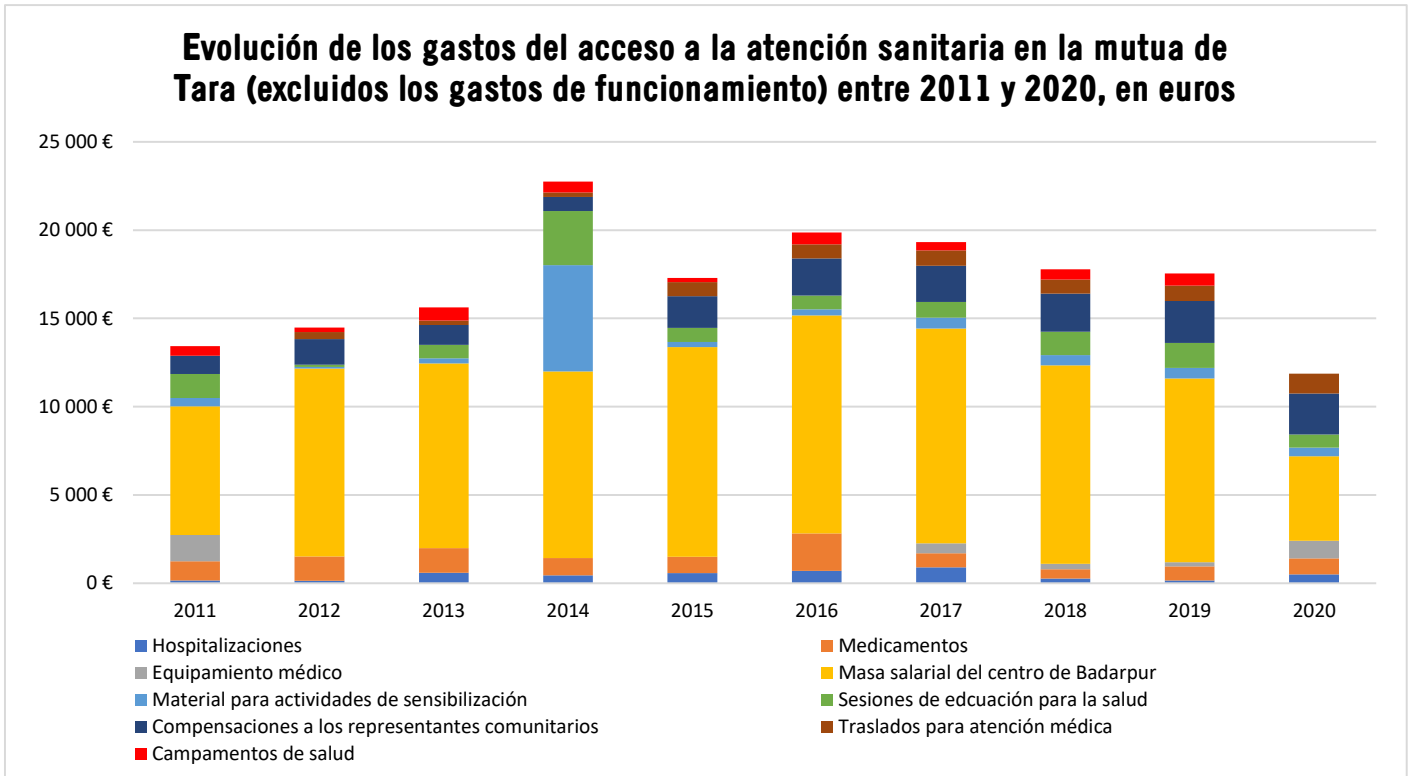
En cierta medida, la disminución de las consultas al médico del centro de Badarpur desde 2013 se compensa por la aparición de los otros servicios sanitarios de pago, contribuyendo estos a mantener la ratio cotización-prestaciones.

Conviene recordar aquí que, si bien las prestaciones sanitarias de pago —aunque tengan un precio módico— representan una fuente de ingresos considerable para la mutua, también benefician a los mutualistas, ya que estos no podrían acceder a dichas prestaciones fuera de la mutua, por su elevado coste.

En cuanto a los gastos de salud, estos incluyen:

- > las hospitalizaciones, que representan el 0,2% como máximo del número de actos sanitarios cada año desde 2011;
- > la compra de existencias de medicamentos y consumibles para el centro de salud de Badarpur;
- > los costes de funcionamiento y del equipamiento médico del centro de salud y del hospital de día;
- > los gastos de transporte propios de la derivación a entidades colaboradoras;
- > la masa salarial del centro de salud y del hospital de día (los salarios del médico generalista y del trabajador social);

- > los gastos ligados a la celebración de los «campamentos de salud»;
- > los gastos correspondientes a la organización de las charlas sobre salud (reuniones y material de información, educación y comunicación);
- > las compensaciones pagadas a los representantes comunitarios.



Este gráfico nos invita a hacer varios comentarios.

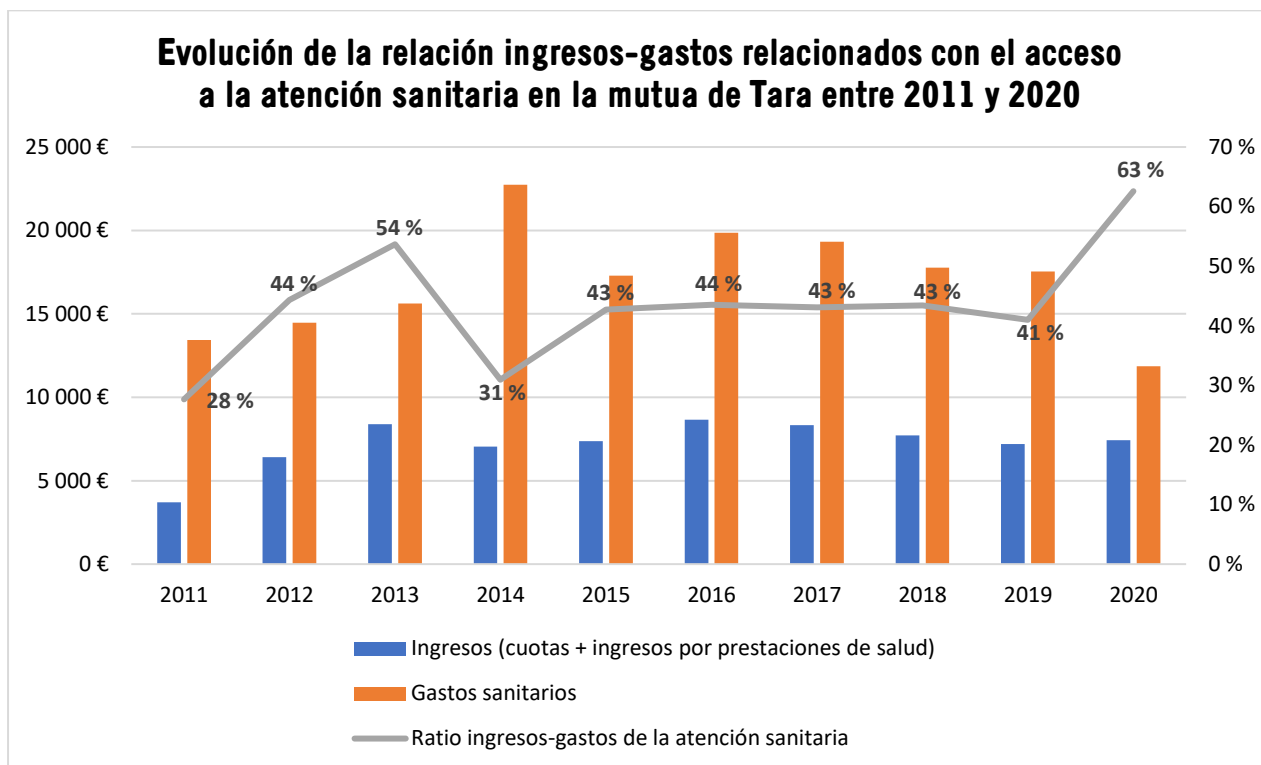
En primer lugar, se observa que 2011 es un año particular: solo cuenta con seis meses de funcionamiento y está marcado por una cuantiosa inversión en equipamiento médico.

A continuación, se ve que 2014 es el año de la inversión en educación para la salud. Se celebra un mayor número de sesiones, especialmente con los nuevos miembros de la mutua, y se incurre en mayores gastos, por la elaboración de material para la sensibilización —el material de información, educación y comunicación (IEC)— y las tarjetas de afiliados.

En tercer lugar, tenemos el año 2020, que ha sido excepcional porque el centro ha sufrido las consecuencias de la pandemia de COVID-19: el centro cierra sus puertas durante varias semanas, se compra material médico adicional (dos botellas de oxígeno), no se celebra el «campamento de salud», las sesiones de educación para la salud solo se celebran entre enero y marzo...

Por último, es de destacar la parte predominante de los gastos, que corresponde a la masa salarial. Se trata de los salarios del médico generalista y del trabajador social (que trabajan cada día en el centro de salud). Estas remuneraciones, como es costumbre en la India, aumentan cada año.





También este gráfico requiere detenerse en algunos aspectos.

Como en el gráfico anterior, 2011 no es un año representativo, por varias razones: solo se incluye plenamente la masa salarial del médico; las compras de equipamiento y material médico son más significativas que en otros años; exceptuando las consultas, aún no se han introducido los servicios de salud del centro de Badarpur; y los «campamentos de salud» no comienzan hasta 2012.

2013, por su parte, viene marcado por un fuerte aumento del número de mutualistas —y, por tanto, de los ingresos por cuotas—, mientras que en 2014 aumenta el número de sesiones de educación para la salud (incremento motivado por el crecimiento del número de mutualistas). Esto conlleva los gastos de elaboración del material de información, educación y comunicación (IEC), que se añaden a los gastos habituales de funcionamiento.

Entre 2015 y 2019 se estabiliza la ratio ingresos-gastos, para aumentar en 2020. Sin embargo, teniendo en cuenta que la crisis sanitaria ha llevado a cerrar el centro durante tres meses, manteniéndose una presencia parcial de los empleados hasta diciembre y reduciéndose los gastos de funcionamiento, este año no se corresponde con la actividad clásica de la mutua.

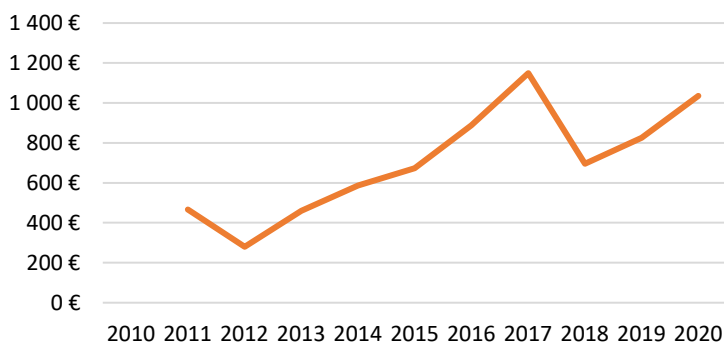
Subrayemos, para terminar, el interés que muestra por esta mutua el grupo Tara Projects, que asume parte de los gastos mediante un aporte económico anual de varios miles de euros.

## THANAPARA

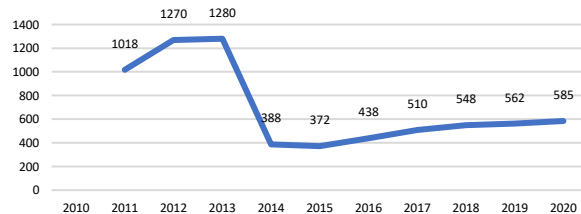
### Evolución de la cotización

En la mutua del grupo Thanapara Swallows, los miembros efectúan dos tipos de pago: una cuota de afiliación anual de 50 takas (0,5 €) y una cuota mensual por persona, que estaba en 10 takas entre 2011 y septiembre de 2016 y en 15 takas entre octubre de 2016 y 2020).

### Evolución de la cotización en la mutua de Thanapara entre 2010 y 2020, en euros



### Evolución del número de miembros en la mutua de Thanapara entre 2010 y 2020

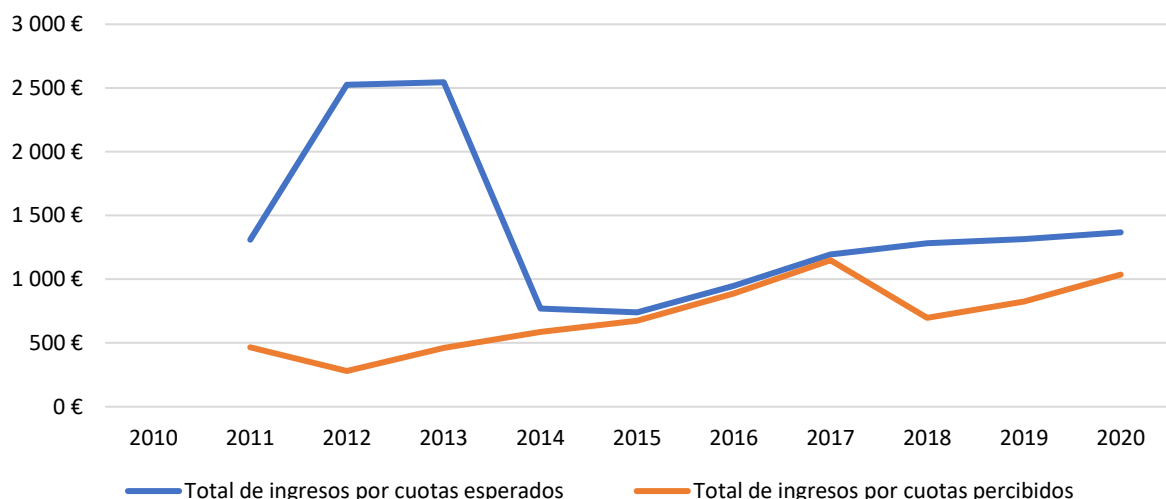


Al contrario de lo que se ha observado en las mutuas analizadas previamente, en esta la curva de evolución de la cotización no sigue a la de las afiliaciones, especialmente en los años 2012, 2013, 2018 y 2019. Estos cuatro años dan muestra de lo difícil que resulta la cobranza de las cuotas, relacionada con los problemas económicos que sufren los mutualistas —por la persistencia de un contexto económico complicado— pero también con una labor de dinamización deficiente por parte de la mutua a la hora de explicar su modo de funcionamiento y el principio de solidaridad.

A juzgar por la tabla siguiente, el coeficiente de cobro es especialmente bajo en los años 2011, 2012 y 2013 y muy modesto en 2018 y 2019. Solo supera el umbral del 90% en 2015, 2016 y 2017. El paso del 18% al 75% entre 2013 y 2014 se explica por la caída del número de mutualistas de 2014; los que siguieron afiliados eran aquellas personas que tenían mayores lazos económicos con la mutua (el personal empleado) o vínculos por actividades o cercanía geográfica (las/los artesanas/os productoras/es).

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Coeficiente de cobro	35 %	11 %	18 %	75 %	91 %	93 %	96 %	54 %	62 %	75 %

### Cotización esperada y cotización percibida en la mutua de Thanapara entre 2011 y 2020, en euros



Se entiende sin problemas que el grupo no desee penalizar a los mutualistas privándolos del acceso a la atención sanitaria, pero la cuestión de la cobranza de las cuotas debe trabajarse urgentemente.

Dicho esto, conviene recordar dos puntos. Por un lado, que, transcurridos 2018 y 2019 —años particularmente difíciles en lo económico para la actividad artesanal—, el grupo se esforzó durante el año siguiente por cobrar las cuotas que faltaban —aún se debe una parte de esas cuotas— y que las sumas recuperadas se han incluido en las cuotas percibidos. Y, por otro lado, que los miembros asalariados de Thanapara ofrecen con regularidad el equivalente a una jornada de salario, adicionalmente, para ayudar a cubrir la cotización de los otros miembros —esto no se ha incluido en las cuotas percibidos—.

El modo de pago de las cuotas difiere según el tipo de beneficiario:

- > Las/los artesanas/os de Thanapara pagan sus cuotas en metálico cada mes al responsable del proyecto.
- > Los prestatarios de microcrédito pagan su cuota una vez al año con los pagos de la devolución del préstamo.
- > Los miembros de la escuela pagan la cuota en dos veces, coincidiendo con los dos pagos de los gastos de escolarización agendados en el año.
- > El personal empleado de Thanapara paga una cuota mensual mediante una retención en su nómina.

Exceptuando el caso de los empleados, las dificultades para la cobranza muestran las limitaciones de un sistema en el que la afiliación no es sistemática.

### **Evolución de las prestaciones**

La mutua de Thanapara está situada en un contexto rural muy pobre y donde los establecimientos sanitarios están muy alejados. El hospital público de cercanía, el de Sardah, está a 5 kilómetros. Si bien ofrece atención y servicios básicos, tiene carencias de material médico (plataforma técnica, consumibles...). El hospital de Rajshahi, a 30 km de Thanapara, ofrece muchos servicios hospitalarios de calidad, pero es difícil llegar a él, sobre todo en caso de urgencia.

Este es el contexto que incitó al grupo, hace muchos años, a crear un centro de salud. Este brindaba a los habitantes del pueblo la posibilidad de tener consultas gratuitas con un enfermero (a tiempo parcial) y medicamentos a precio reducido financiados por la asociación.

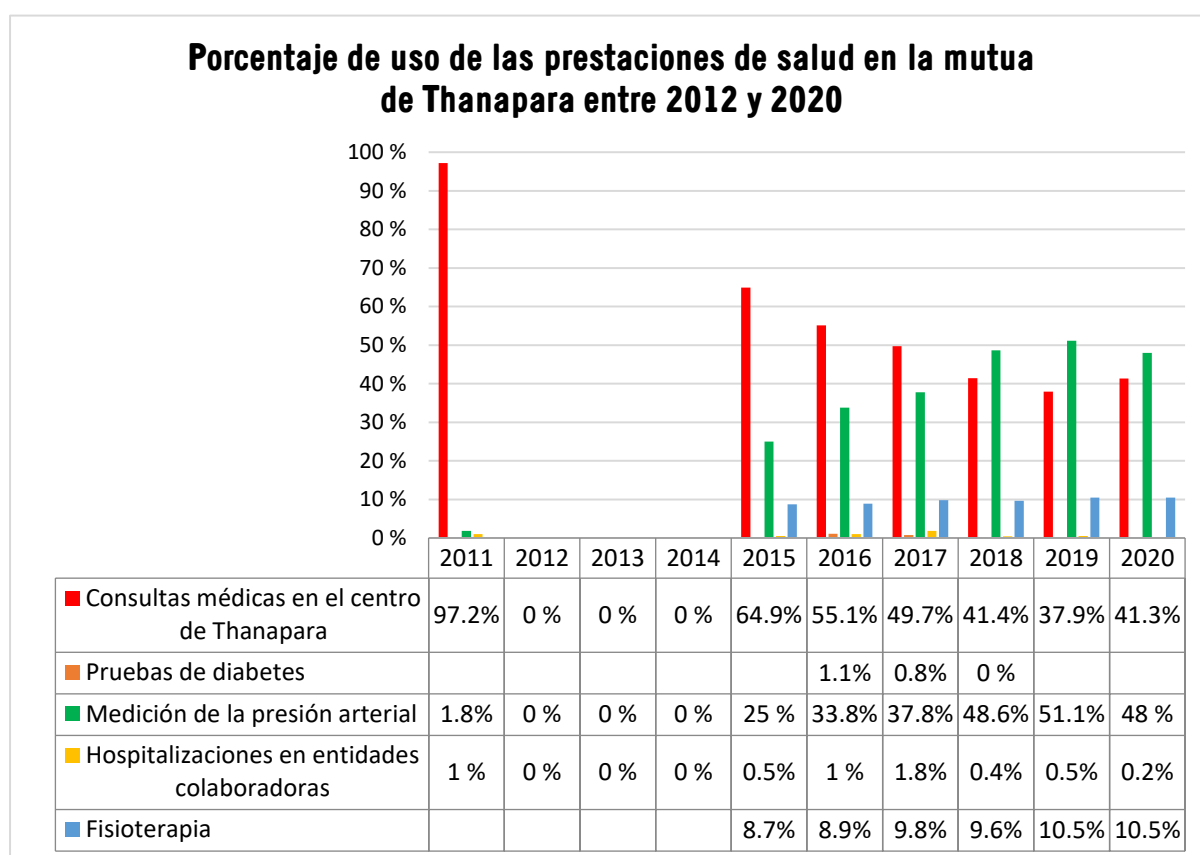
Con la implantación del programa mutualista se han producido algunos avances:

- > El centro de salud se ha trasladado a las instalaciones del grupo, a un local mayor y más adecuado que permite recibir más personas y más material. El enfermero ahora está a tiempo completo; examina a los pacientes y dispensa los medicamentos necesarios —a precio módico— o bien deriva a los pacientes hacia otros establecimientos adecuados —al hospital de Chargat o al de Rajshahi—.
- > Las consultas son gratuitas para los mutualistas. Los medicamentos se venden al 70% de su precio de compra. La medición de la glucemia se factura a 5 takas y el control de la presión arterial es gratuito.
- > Se han instalado camillas y se ha comprado material para realizar pruebas y para sesiones de fisioterapia.
- > Se ha dispuesto el reembolso de los gastos de hospitalización según la malla siguiente (establecida por Thanapara):

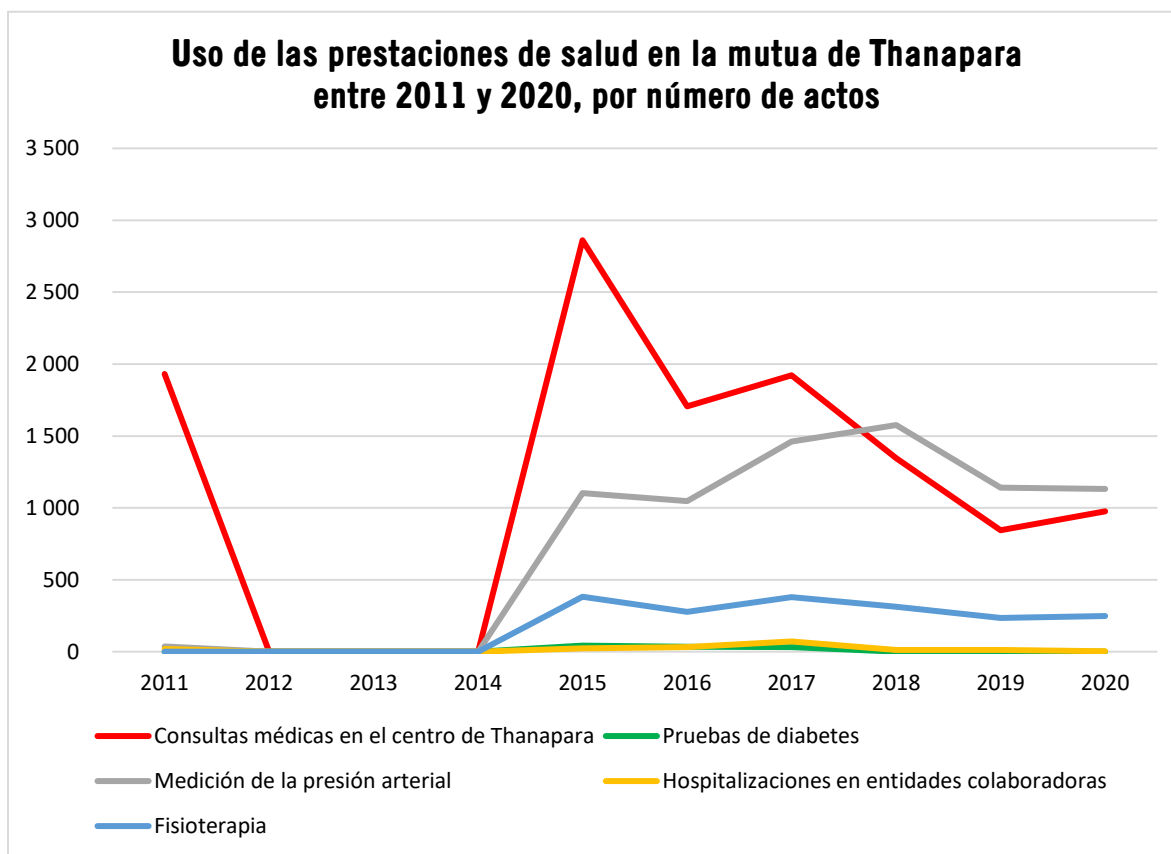
Desembolso del mutualista	Tipo de reembolso
Hasta 500 takas	80%
De 501 a 1000 takas	70%
De 1001 a 2000 takas	60%
De 2001 a 3000 takas	50%
Más de 3000 takas	40%

- > Hay un servicio de ambulancia para los traslados a hospitales en caso de urgencia. El mutualista asume el 50% del coste de la gasolina.
- > Se celebran con regularidad «campamentos de salud» (tres o cuatro al año), con una duración de media jornada o de una jornada completa, que dan a los miembros acceso gratuito a una atención más especializada —en oftalmología, ginecología...—.

Además de las prestaciones sanitarias, desde 2013 la mutua lleva a cabo de manera gratuita sesiones de prevención y de educación para la salud. Se organizan regularmente encuentros para la información y la sensibilización. En general, las sesiones corren a cargo de doctores de los hospitales de Chargat o Rajshahi, que lo hacen de manera desinteresada —la mutua asume los gastos de desplazamiento—, y más tarde las reproduce el enfermero del centro de salud en sesiones posteriores.



Nota: las cifras de 2012, 2013 y 2014 no se han transmitido.



Nota: las cifras de 2012, 2013 y 2014 no se han transmitido.

Aunque faltan ciertas cifras, se observa, igual que en el caso de la India, un predominio de las consultas médicas en el centro de salud, lo cual demuestra la importancia de contar con un primer nivel de consultas básicas en este contexto, en el que no hay establecimientos sanitarios o estos resultan inaccesibles.

También se observa una disminución de las consultas médicas desde 2015 (quizá desde 2014, en realidad), en un momento en que el número de mutualistas tiende a subir. Se podría deducir que es el resultado de las numerosas sesiones de educación para la salud celebradas desde 2013, pero habría que comprobar esta hipótesis.

### Colaboraciones y convenios

A pesar de la débil red de establecimientos sanitarios del territorio, Thanapara ha logrado establecer cuatro colaboraciones oficiales:

- > Con dos hospitales públicos, los de Chargat y Rajshahi. Con cada uno de ellos se ha celebrado un memorando de entendimiento, gracias al cual se formaliza la frecuencia de la celebración de los «campamentos de salud» —una vez por trimestre— y se consigue que los mutualistas que acudan al hospital sean fácilmente admitidos y atendidos —evitan la espera—.
- > Con dos clínicas privadas locales. En este caso también se atiende rápidamente a los mutualistas y se les aplican descuentos del 40% en diferentes tipos de pruebas y diagnósticos.

Thanapara tiene una reunión trimestral con cada entidad colaboradora para hacer balance.

### Modos de reembolso de las prestaciones de salud

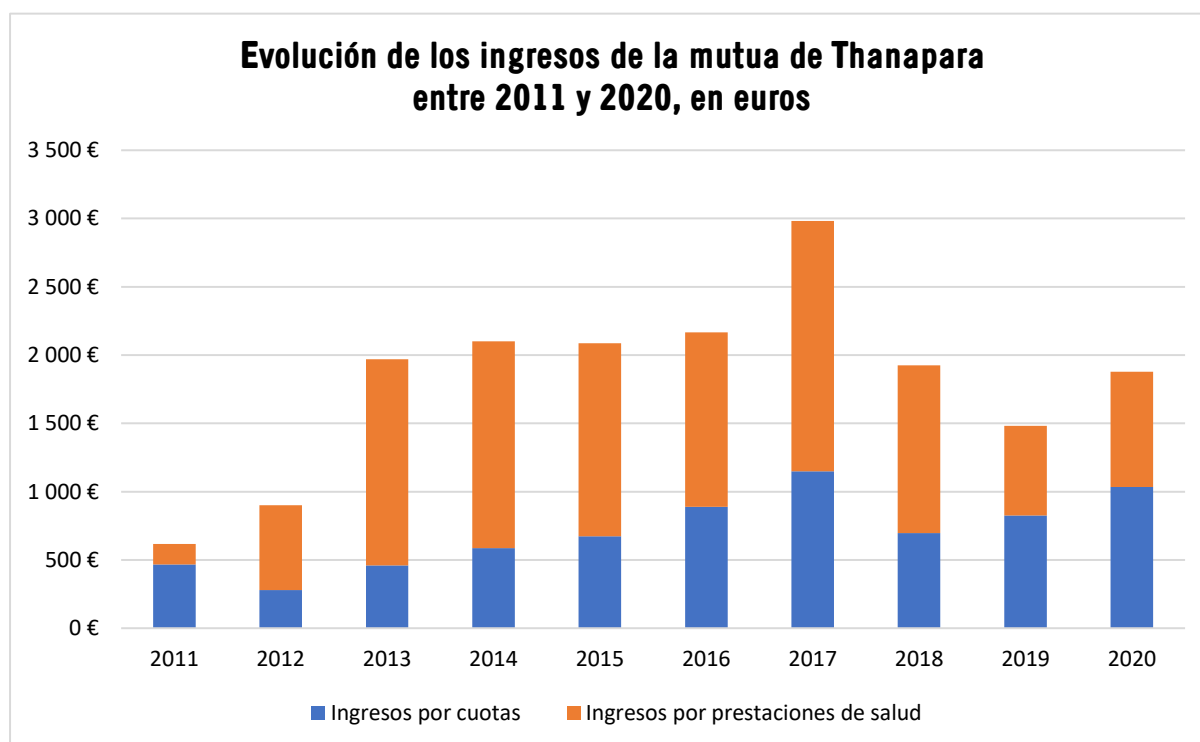
En la mutua de Thanapara existe un solo modo de reembolso —mediante presentación de factura—, cuyo proceso está estipulado en el reglamento de la mutua.

Cuando el mutualista acude al hospital, ya sea por derivación o por urgencia, paga allí el costo de la atención y luego presenta a la mutua una solicitud de reembolso con los documentos del hospital, las facturas, etc. A continuación, el comité de coordinación de la mutua estudia cada solicitud y decide sobre el reembolso. Aquí, igual que en Tara, todo queda registrado al detalle en el instrumento de seguimiento de las hospitalizaciones.

### Evolución de la relación entre cotización y prestaciones

La mutua de Bangladesh, como la de la India, tiene ingresos y gastos diferentes de los de las africanas.

Esta mutua toma en cuenta los múltiples gastos para el acceso a la atención sanitaria —excluyendo los gastos de funcionamiento—. Los ingresos incluyen los relativos a las cuotas y los procedentes de las prestaciones que ofrece el centro de salud de Thanapara (principalmente por la venta de medicamentos).

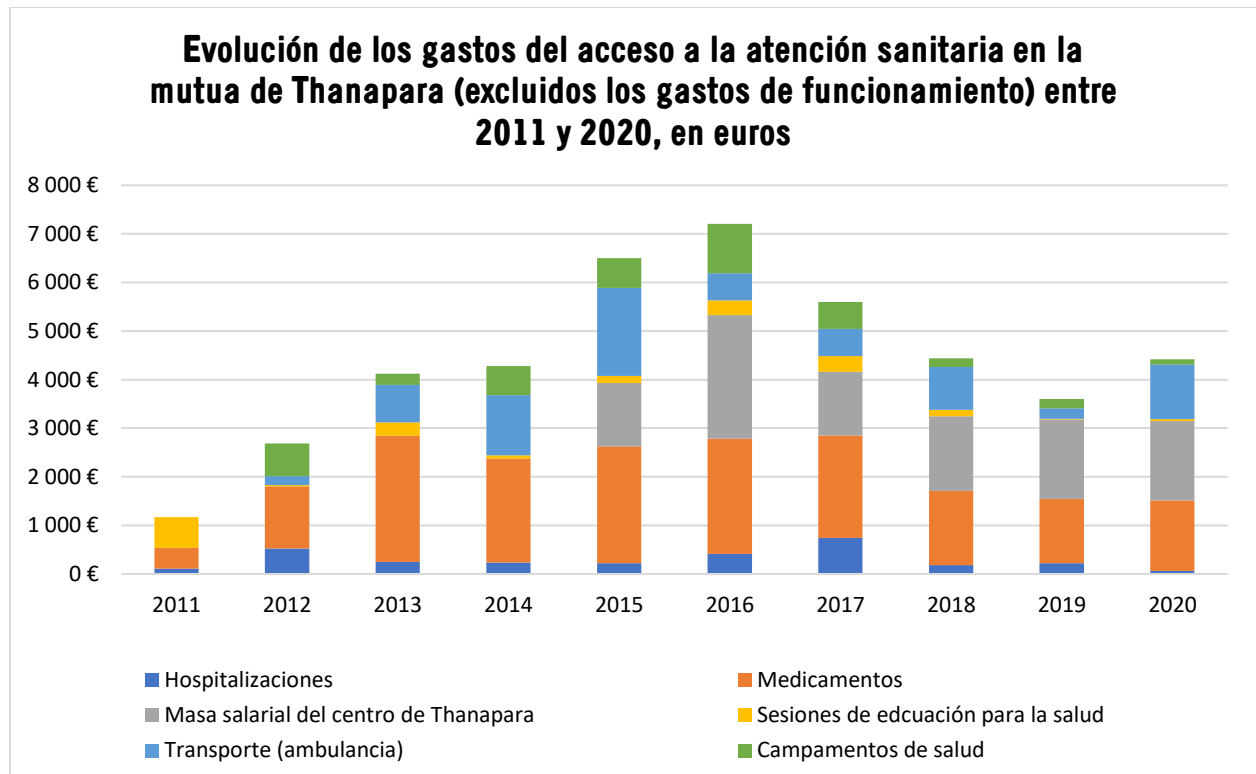


Como ocurre en Tara, las prestaciones remuneradas —aunque tengan un precio módico— que ofrece la mutua de Thanapara son una fuente de financiación nada despreciable. En el caso de Thanapara es aún más evidente, puesto que estos ingresos son hoy día superiores a los procedentes de las cuotas, lo cual contribuye a mantener una mejor ratio cotización-prestaciones.

Los gastos incluyen:

- > la compra de existencias de medicamentos y consumibles para el centro de salud;

- > las hospitalizaciones, que representan cada año, desde 2011, el 1,82% como máximo del número de actos sanitarios;
- > los gastos de traslado a los hospitales y las clínicas, así como los costes de reparación y mantenimiento del vehículo;
- > la masa salarial del centro de salud (el salario del enfermero);
- > los costos ligados a la celebración de los «campamentos de salud»;
- > los costos relacionados con las sesiones de educación para la salud.

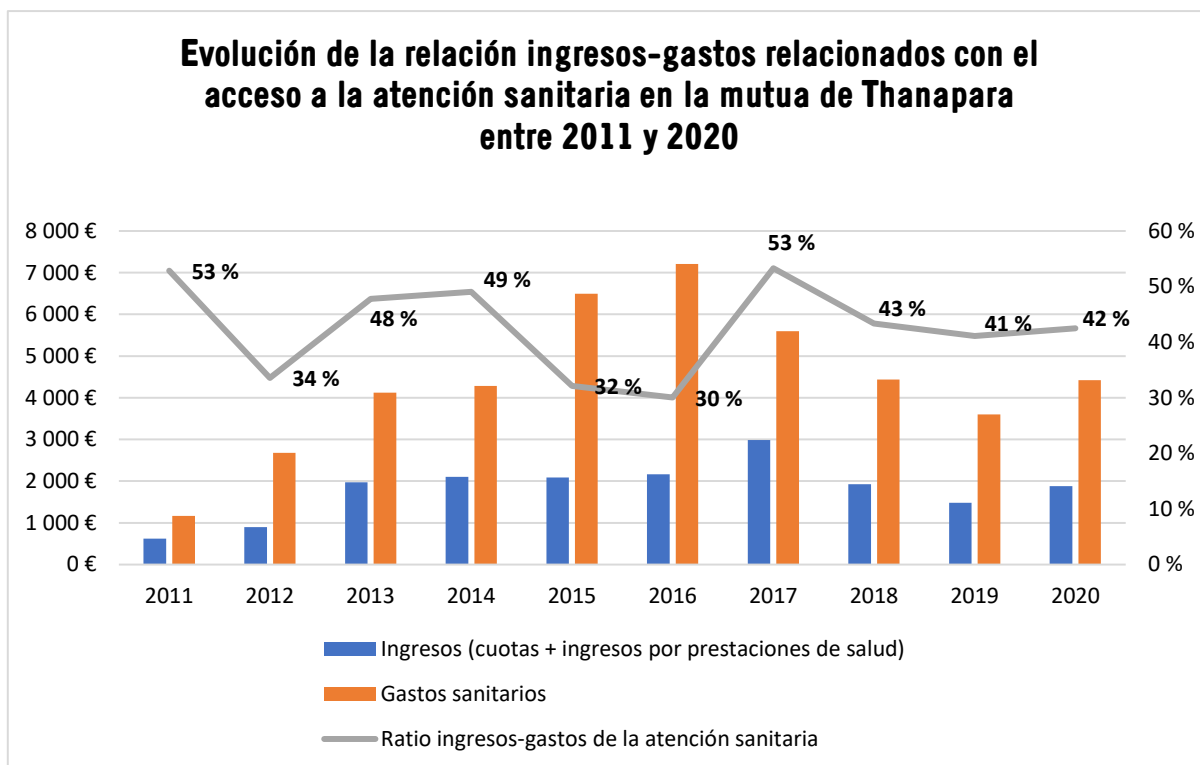


De este gráfico pueden extraerse diversas conclusiones.

Vemos también en Thanapara que 2011 es un año particular, pues el programa no cuenta más que con seis meses de funcionamiento. Los años 2012, 2013 y 2014 están indiscutiblemente marcados por el accidente de salud del director del grupo y sus repercusiones en la dinamización y la coordinación.

En general, entre los gastos se observa también el predominio de la compra de medicamentos y de la masa salarial. Con respecto a esta última, podríamos preguntarnos por la causa de su fluctuación, sobre todo en 2016.

Por último, se percibe que las actividades de la mutua y su seguimiento han funcionado mejor en 2015, 2016 y 2017 y que 2018 y 2019 se han visto claramente afectados por la coyuntura económica, especialmente dura.



Como en gráficos anteriores, 2011 no es un año representativo, pues el programa arranca en julio. En 2012, cabe destacar que el bajo coeficiente de cobro de las cuotas genera una relación entre ingresos y gastos muy desfavorable.

A partir de 2014 aumentan ligeramente los ingresos por cuotas, a pesar de que cae el número de mutualistas (hay un mejor coeficiente de cobro). También es patente, a partir de 2014-2015, una fuerte alza de los gastos ligados a la ambulancia (reparación, mantenimiento, impuestos...). Por otra parte, el salario del enfermero del centro solo se incluye en los presupuestos a partir de 2015.

2018 y 2019, por su parte, son dos años problemáticos. La actividad económica principal de Thanapara se ralentiza —incluso se detiene en un momento dado—, lo cual va acompañado del impago de las cuotas. Además, cierra la escuela. Pero Thanapara no puede negar a las personas el acceso a la atención sanitaria. En otras palabras: aunque se reduce el uso de las prestaciones sanitarias por parte de los mutualistas, el centro sigue abierto. En esos dos años se contabilizan mil consultas médicas y cuatro o cinco casos de hospitalización por urgencia.

Hay que reconocer que, a pesar de los obstáculos, Thanapara hace todo lo posible desde hace varios años por mantener el programa.





Asamblea General Constituyente de la Mutua de Salud de África, en Benín ©Emaús Internacional (2013)

### III. Análisis y evolución del funcionamiento de las mutuas

Esta tercera parte tiene por cometido responder a las siguientes preguntas:

- > ¿Cómo se aplica el principio de democracia en las mutuas?
- > ¿Cómo se involucran los mutualistas?
- > ¿Cómo funcionan las cosas en el terreno?
- > ¿Quiénes participan en el sistema de las mutuas? ¿Con qué instrumentos trabajan?
- > ¿De qué manera se puede dar vida a las mutuas?

#### a. El sistema de gobierno de las mutuas

En este aspecto, los modos difieren según estemos en África o en Asia. En primer lugar, por las normas jurídicas, pero también por las diferencias culturales o de enfoque que existen. En Benín y Burkina Faso, por ejemplo, es posible crear una asociación de ciudadanos o de un grupo de personas, mientras que en la India y en Bangladesh no es así. En estos últimos países, para que las mutuas puedan existir, deben estar integradas en las actividades de los grupos de Tara Projects y Thanapara Swallows.

Dicho esto, ya estemos ante una entidad reconocida jurídicamente o una asociación informal, el trabajo de las mutuas debe respetar los objetivos marcados por el movimiento y los principios que este defiende en cuanto a la forma de gobierno y la democracia propias.

#### EL FUNCIONAMIENTO ORGÁNICO DE LAS MUTUAS DE ÁFRICA

Entre el fin de 2011 y el de 2012 tuvieron lugar varias sesiones de trabajo en los grupos de Benín y de Burkina Faso, así como en el Comité de Coordinación Internacional, para elaborar estatutos y reglamentos internos y poder someterlos a la Asamblea General Constituyente de cada una de las mutuas para su ratificación.

Los estatutos y los reglamentos internos de las mutuas definían y detallaban el modo de gobierno, así como las funciones, la composición y la duración del mandato de sus órganos (la Asamblea General, el Consejo de Administración, el Comité de Control y el Comité Nacional de Gestión).

En base a esto se organizan las primeras elecciones, para nombrar a los miembros del Consejo de Administración y del Comité de Control. No obstante, la creación de este sistema de gobierno no es suficiente por sí misma ni para insuflar vida a dicho sistema. En el caso de las mutuas de Benín y Burkina Faso, es importante el papel que desempeñen tanto las organizaciones nacionales como la organización regional y los grupos junto con sus responsables.

#### EL FUNCIONAMIENTO ORGÁNICO DE LA MUTUA DE BENÍN

En Benín, la experiencia del primer equipo, electo en la Asamblea General a principios de 2014, puso de manifiesto rápidamente sus límites. Si bien el Comité Nacional de Gestión prosiguió su trabajo con el apoyo del médico asesor para introducir algunas de las recomendaciones más importantes de

la reforma, los cargos electos de la asociación de la mutua beninesa cumplen con su papel en escasa medida. Aunque la asociación seguía existiendo, no podía estimular el sistema de solidaridad (en la organización, las reuniones de trabajo, el compartir o la implicación de todas las partes) si los cargos electos no comprendían el sentido del proyecto mutualista y no lo compartían plenamente.

Además, Emaús Internacional emitió muy pronto (en 2014 y 2015) algunos recordatorios por escrito y organizó reuniones con los participantes en la mutua de Benín para insistir en los objetivos, el funcionamiento y las tareas necesarias.

Más tarde, a comienzos de 2016, ante la inercia del equipo electo de la asociación, Emaús Internacional decidió «hacer mesa limpia» en los cargos (los miembros de la Junta Directiva y del Consejo de Administración y el puesto de referente nacional). En octubre de 2016 tuvo lugar una visita para trabajar con las distintas personas implicadas en torno a los objetivos y las tareas. Se nombró un nuevo equipo, un grupo de voluntarios que, durante un periodo de seis u ocho meses, acompañó este trabajo con miras a realizar una evaluación.

Dicha evaluación mostró que se había iniciado una dinámica más seria para el seguimiento y la ejecución de ciertas tareas, pero que ese proceso no se había concluido. El Comité Ejecutivo de Emaús Internacional decidió conceder seis meses más para la conclusión del trabajo y la preparación de una Asamblea General para 2018.

Pero, a decir verdad, el trabajo que requería la preparación de esa Asamblea General nunca pudo dar frutos y los miembros voluntarios —cuya misión era, en principio, temporal— no quisieron continuar en el proceso. Por su parte, desde 2018 Emaús Internacional no ha estado en condiciones de plantear una nueva visita para evaluar y revitalizar el trabajo.

A día de hoy, la vida asociativa de la mutua de Benín es inexistente. No hay coordinación, ni reflexión, ni propuestas, ni decisiones sobre la orientación..., lo cual perjudica a la mutua y a los mutualistas. Solo siguen operativos el Comité Nacional de Gestión (los referentes locales) y el médico asesor —los cuales siguen las cuestiones de la atención sanitaria (los reembolsos, las cuotas, las sesiones de educación para la salud, la relación con los establecimientos sanitarios concertados...)—. La secretaria nacional de Emaús Benín ha asumido algunas tareas y funciones —coordina el Comité Nacional de Gestión y se encarga de la memoria anual y la memoria económica—, a pesar de que no le corresponden.

## **EL FUNCIONAMIENTO ORGÁNICO DE LA MUTUA DE BURKINA FASO**

En Burkina Faso, la Asamblea General Constituyente (celebrada en noviembre de 2013) eligió a un equipo representativo de los grupos, que se puso rápidamente manos a la obra con:

- > reuniones regulares de la Junta Directiva (una al mes), del Consejo de Administración (al menos cada tres meses) y del Consejo de Administración Ampliado, cuando era necesario, celebrándose a veces estas reuniones en los grupos, para descentralizarlas;
- > un acompañamiento y un seguimiento del trabajo de los referentes locales, del médico asesor (hasta 2016) y del Comité Nacional de Gestión;
- > un seguimiento de los convenios;
- > encuentros con los responsables de los grupos, con la directiva de los establecimientos sanitarios concertados, cuando era necesario, y con otras mutuas asociativas de Burkina Faso;
- > encuentros con los puntos focales de los establecimientos concertados y celebración de jornadas de formación para los puntos focales;

- > la participación en el grupo gubernamental de concertación sobre las mutuas de Burkina Faso, la elaboración de la memoria anual y de la memoria económica, el mantenimiento del plan de actividades, la colaboración con Emaús Internacional, etc.

Aquí, la asociación ha asumido plenamente su papel. Se ha esforzado por implicar a las distintas partes y ha buscado diferentes soluciones y alternativas.

A pesar de las dificultades que Emaús Internacional y el equipo electo de la mutua han encontrado para reunirse con serenidad —por los problemas de seguridad que han marcado el panorama de Burkina Faso en 2014 y 2015—, han podido hacerlo. No obstante, la Asamblea General siguiente no pudo celebrarse hasta 2016 (el 18 de febrero). En ella se reeligió al mismo equipo del Consejo de Administración.

Hoy, los órganos de gobierno son los siguientes:

- > **El Consejo de Administración.** Se reúne al menos tres veces al año para evaluar los avances y el trabajo de la Junta Directiva y de las distintas partes para departir sobre las problemáticas vigentes y su evolución y emitir recomendaciones.
- > **El Consejo de Administración Ampliado.** Está compuesto por los miembros del Consejo más los responsables de los grupos. Se reúne para buscar soluciones cuando se detectan problemas o para informar a los responsables de los grupos sobre la evolución de la mutua. (A título de ejemplo, el Consejo de Administración Ampliado ha tomado decisiones sobre el pago trimestral de las cuotas o la contribución económica anual de 200 000 francos CFA por cada grupo). En Burkina Faso, el Consejo de Administración Ampliado se viene reuniendo dos veces al año desde 2014.
- > **La Junta Directiva (el presidente, el vicepresidente, el tesorero y el secretario).** Los miembros de la Junta siguen los asuntos corrientes de la mutua; llevan a la práctica las orientaciones de la Asamblea General y del Consejo de Administración; siguen el trabajo de las distintas partes implicadas, para asegurarse de que cada una cumple su función; y presentan propuestas, cuando es necesario, sobre los diferentes objetivos de la mutua. En cada reunión del Comité Nacional de Gestión (CNG) participan uno o dos miembros de la Junta para tratar los problemas señalados por este tras cada encuentro y analizar la evolución. La Junta Directiva mantiene una comunicación continua con los referentes locales y el CNG, a quienes da consignas de trabajo estrictas para mejorar el funcionamiento y la visibilidad.
- > **El Comité de Control.** Está integrado por tres miembros elegidos cada tres años por la Asamblea General entre los afiliados no miembros del Consejo de Administración. El Comité de Control comprueba que estén en regla las operaciones contables, la llevanza de la contabilidad, la caja, las cuentas bancarias y el buen gobierno de la mutua. Los resultados de su trabajo deben quedar registrados en un informe escrito que se transmite al presidente del Consejo de Administración antes de cada Asamblea General. (En realidad, este Comité de Control nunca ha podido reunirse por la indisponibilidad de sus miembros. En 2016, se llevó a cabo una auditoría externa de la contabilidad, seguida de un informe con recomendaciones al respecto, que se aplicaron en 2017).

Para terminar, cabe añadir que, aunque en Burkina Faso también han sido necesarios misiones y encuentros destinados a recordar algunos principios y funciones, estos no atañían al funcionamiento de los órganos de gobierno (véase a este respecto el punto dedicado a la dinamización local).

## EL FUNCIONAMIENTO ORGÁNICO DE LAS MUTUAS DE ASIA

En la India y en Bangladesh, como resulta muy dificultoso constituir una asociación formal independiente, las mutuas están vinculadas jurídicamente a las asociaciones de Tara (en la India) y Thanapara (en Bangladesh), como iniciativas sociales de terreno.

Aunque tienen un modo de funcionamiento diferente, las mutuas de Asia tienen algunas similitudes con las de África, especialmente en el deseo de involucrar a las personas excluidas y en la creación de espacios colectivos de trabajo y reflexión.

### EL FUNCIONAMIENTO ORGÁNICO DE LA MUTUA DE TARA (INDIA)

Tara es un grupo miembro de Emaús muy desarrollado en el que confluyen miles de personas, en ámbitos de acción variados. El grupo lleva a cabo numerosas actividades: microcrédito, acompañamiento a quienes emprenden proyectos y actividad económica de tipo artesanal. También lucha por el acceso a derechos fundamentales como la educación o la sanidad. Asimismo, Tara organiza grupos de información y diálogo (sobre los derechos de las mujeres o sobre la violencia que estas sufren, por ejemplo) y ofrece formación (en informática, animación comunitaria...).

Para gestionar y seguir todas esas actividades, Tara funciona con un enfoque integral por territorio. El grupo está acostumbrado a gestionar múltiples proyectos; hace cuarenta años que busca soluciones a los problemas que encuentra en el territorio.

Además de los servicios de dirección y administración, el personal empleado de Tara está compuesto en buena parte por trabajadores sociales y jefes de proyecto que coordinan y dinamizan los diversos programas y territorios.

Por su modo de funcionamiento —que responde a la gestión de proyectos, algo diferente al acompañamiento de una dinámica destinada a ser gestionada por los propios beneficiarios— y también por el hecho de que la población, en su gran mayoría, no tiene acceso a la educación, el objetivo de promover la implicación de los miembros mutualistas en la gestión y coordinación de la mutua representa un verdadero desafío para Tara.

En otras palabras, no existe un funcionamiento orgánico participativo propiamente dicho. Aun así, ya que en el plano jurídico es difícil crear una asociación de personas, Tara podría esforzarse —con acompañamiento por parte del Movimiento— por implicar a los mutualistas en un marco más informal y materializar así alguna forma distinta de gobierno colectivo.

Sin embargo, hay algunos elementos que funcionan —algunos se han introducido progresivamente— y que podrían constituir una base sólida para instaurar una forma de gobierno gestionada por los mutualistas:

- > **Una reunión anual de los mutualistas**, que se celebra desde 2012 pero no de manera institucional, como sería el caso de una asamblea general. Su función es más informativa — presentar el contenido de la memoria anual y la económica—, aunque también se someten a aprobación algunos puntos discutidos previamente. Desde 2017, este encuentro anual recibe el nombre de «asamblea general».
- > **La elección de representantes comunitarias/os** voluntarias/os por dos años en las asambleas anuales. Son ocho representantes —solamente actúan cinco o seis en realidad— que se implican en el seguimiento del trabajo cotidiano del centro de salud y cuentan con firma autorizada para utilizar la cuenta bancaria local. Participan en la organización y el

desarrollo de los «campamentos de salud» y pueden intervenir ante una urgencia si el centro de salud de la mutua está cerrado. Prestan apoyo en el trabajo sobre las afiliaciones, en el comité mensual sobre reembolso, en los grupos de diálogo (los grupos focales de discusión y las charlas sobre salud o «*health talks*»), en la formación de jóvenes voluntarias/os y en el Comité de Coordinación. Desde hace poco, cuatro o cinco de estas/os representantes son trabajadoras sanitarias. Las/los representantes comunitarias/os reciben formación de Tara sobre la mutua, sus valores y sus objetivos, así como sobre Emaús Internacional.

- > **La implicación de los mutualistas.** En el caso de Tara, se informa a los mutualistas de los cambios y evoluciones, se les explican los procedimientos propios de la mutua, se les hace partícipes de ciertas reflexiones y decisiones relativas a la mutua —las reglas y procesos que hay que aplicar, los modos de afiliación, las cuotas, el reembolso de las hospitalizaciones...—. Involucrar a 2368 mutualistas es un desafío de envergadura. Tara concentra su acción en la familia y no en el individuo —hay 608 afiliaciones familiares y 8 individuales— y se esfuerza por conseguir que se involucre una persona por familia. Hoy día participa alrededor del 80% de las familias. En lo concreto, la acción de Tara se desarrolla en varios espacios: las conversaciones en grupos focales, en las cuales se abordan temas como el funcionamiento de la mutua, el sistema de solidaridad, las reglas, la organización, los objetivos y Emaús Internacional; las charlas sobre salud; y la acción de terreno, en la que los trabajadores sociales de Tara, las/los representantes comunitarias/os y algunos miembros jóvenes (voluntarios de Badarpur) siguen cada una/o un número concreto de familias en una zona del barrio.

## **EL FUNCIONAMIENTO ORGÁNICO DE LA MUTUA DE THANAPARA (BANGLADESH)**

Por su historia y su situación geográfica, Thanapara cuenta con algunas bazas: la notoriedad que ha adquirido a lo largo de los años en el territorio, su cercanía a la población del entorno y la confianza del personal empleado y de las personas con las que trabaja el grupo.

Sin embargo, involucrar a los mutualistas en la gestión y la coordinación de la mutua, como establecen los objetivos de Emaús Internacional, sigue siendo un gran reto para Thanapara. En efecto, parece que al grupo le resulta difícil organizar los diferentes espacios previstos, a pesar de que desde el inicio ya hubo algunos espacios de formación, trabajo y reflexión para los mutualistas: en 2016, 2017 y 2018 parece que se reunió el Comité de Coordinación Local y se celebraron conversaciones con los mutualistas casi exclusivamente sobre temas de sensibilización y educación para la salud, así como charlas en pequeños grupos (grupos focales) para tratar cuestiones estructurales y relativas a la evolución de la mutua.

Otras razones, ya mencionadas, han dificultado la puesta en marcha de un buen gobierno colectivo —los problemas económicos, el accidente de salud del director del grupo o la escasez de personas capaces de mantener un trabajo de dinamización de los órganos y de coordinación de la mutua—.

No obstante, se han dispuesto algunos espacios y designado algunas funciones. Ahora, se trata de que el movimiento acompañe al grupo para concretar el proceso —organizar la dinamización, definir las funciones y las formas de coordinación, reforzar las capacidades...—.

Hoy por hoy, existen los siguientes elementos:

- > **Una Asamblea General.** Desde 2014 se celebra cada año una Asamblea General el 7 de abril, coincidiendo con el Día Mundial de la Salud. En ella se realiza un balance de las actividades del año transcurrido y se presentan datos sobre las cuentas de la mutua. Asimismo, se

proponen y se someten a aprobación las actividades planificadas y el presupuesto del año siguiente. La Asamblea elige a los representantes. También supone un momento para compartir en el que se reúnen todos los mutualistas, lo cual sirve para reforzar el sentimiento de comunidad y de pertenencia a la mutua.

- > **Representantes electas/os.** Entre los mutualistas se elige a seis representantes, que participarán en el Comité de Coordinación Local. Estas/os representantes hacen de enlace entre los grupos de mutualistas a la hora de transmitir la información necesaria —como las fechas de los «campamentos de salud» y de las sesiones de educación para la salud— o los puntos sobre los que hace falta reflexionar —sobre la mutua, su organización, sus perspectivas...—.
- > **La implicación de los mutualistas.** En teoría, los mutualistas están involucrados en los espacios de trabajo y reflexión que existen —la Asamblea General anual y los grupos focales—. En la práctica, Thanapara no tiene los medios necesarios para hacer funcionar y dinamizar los grupos focales.

## **b. La dinamización de las mutuas (el papel de las distintas partes implicadas)**

Aunque el funcionamiento adecuado de los órganos es un punto fundamental de las mutuas, la dinamización es imprescindible para mantener vivos estos sistemas de solidaridad. Una vez más, veremos que esta labor se organiza de manera diferente según los territorios, los contextos y las capacidades de los grupos. La dinamización de una mutua requerirá tanto más seguimiento y energía cuanto más numerosas sean las personas que la componen.

Para que el todo funcione, es esencial que cada parte desempeñe su papel: los mutualistas, los responsables de los grupos, los referentes locales y los cargos electos de la directiva o el consejo de administración. Las/los referentes y responsables de grupo tienen una misión de dinamización fundamental en el ámbito local y deben estar implicados al cien por cien.

### **LA DINAMIZACIÓN EN LAS MUTUAS DE ÁFRICA**

#### **LA DINAMIZACIÓN EN LA MUTUA DE BURKINA FASO**

Exceptuando los años 2019 y 2020, periodos excepcionales, los miembros y demás partes implicadas en la mutua se han venido reuniendo con bastante asiduidad y se han establecido numerosos contactos.

##### **Las partes implicadas**

###### Los referentes locales

Se trata de empleadas/os de los grupos. Los grupos ponen al servicio de la mutua una parte de su tiempo de trabajo para que se encarguen de algunas funciones y tareas relacionadas con esta. Además de su salario, reciben una compensación mensual y constituyen el engranaje central de la maquinaria del programa. Estos referentes mantienen la conexión en el plano local con los mutualistas, los establecimientos sanitarios concertados, el responsable del grupo, la asociación y sus instancias. También participan cada mes en la reunión del Comité Nacional de Gestión.

Su trabajo es crucial y sus tareas, numerosas, así como sus responsabilidades en el funcionamiento y la dinamización local. Reciben continuamente formación de la mutua y respaldo de los miembros de la Junta Directiva —cada miembro electo de la Junta procede de un grupo diferente—.

Emaús Internacional y la mutua también cuentan con los responsables de los grupos para que apoyen a las/los referentes, pongan a su disposición los espacios e instrumentos de trabajo necesarios para que puedan ejecutar sus tareas y les ayuden con los trámites o la planificación de su trabajo. En la práctica, algunas/os referentes locales no reciben este apoyo por parte de su responsable de grupo; en otros casos, el trabajo es perfectamente ejecutado, planificado y seguido. Estos últimos casos suelen ser los de los grupos donde se encuentran mutualistas informados y sensibilizados que acostumbran a presentar propuestas en los encuentros trimestrales.

#### La secretaria de Emaús Burkina Faso

La secretaria y contadora de Emaús Burkina Faso dedica el 20% de su tiempo de trabajo a la mutua. Por lo tanto, la mutua asume el 20% de su sueldo (como parte de los gastos de funcionamiento). Esta secretaria participa cada mes en el Comité Nacional de Gestión, hace una síntesis mensual de la evaluación de las afiliaciones, el pago de las cuotas, las prestaciones de salud, las actividades realizadas por los referentes y responsables, la contribución anual de los grupos, etc.

También se encarga de la relación entre la Junta Directiva y los referentes, así como con Emaús Internacional en torno a todos los documentos relativos a la mutua.

Un problema importante es la inactividad de la organización nacional Emaús Burkina Faso. Hace años que esta no propone encuentros o temas de trabajo común ni elabora presupuestos, lo cual tiene consecuencias no baladíes en la mutua:

- > hay una falta de apoyo y vacíos en materia de dinamización;
- > la mutua se ve obligada a asumir costes de funcionamiento adicionales (por ejemplo, una fotocopidora);
- > esta inercia repercute directamente en las condiciones laborales de la secretaria, cuyo lugar de trabajo se ha desplazado a una casa de chapa situada en los arrabales de Uagadugú.

#### Los responsables de grupo

Los responsables de los grupos tienen el encargo de Emaús Internacional de velar por el desarrollo adecuado de la mutua. Deben tener una visión clara sobre lo que hay que hacer y lo que se realiza en su grupo y en su territorio. Esto conlleva diferentes funciones:

- > seguir y apoyar el trabajo del referente local;
- > promover nuevos convenios con otras entidades;
- > ayudar a aplicar una estrategia local para ampliar el número de afiliados;
- > participar en la reflexión colectiva o en la resolución de problemas de los ámbitos local y nacional;
- > asegurarse de que se pagan a tiempo las cuotas trimestrales;
- > comprobar que el grupo realiza su contribución económica anual;
- > participar en el Consejo de Administración Ampliado de la mutua.

Ahora bien, hace muchos años que no cambia el nivel de implicación de los diferentes responsables, a menudo deficiente, incluso mínimo.



### El médico asesor

En Burkina Faso hubo un médico asesor entre 2011 y 2016, pero Emaús Internacional rescindió su contrato porque su trabajo no resultaba satisfactorio. Se han dado pasos para contratar otro médico asesor, sin resultados por el momento. Por lo tanto, la Junta Directiva ha decidido contar con una serie de puntos focales de apoyo y asesoramiento, designados en cada localidad, para asumir parte de las tareas del médico asesor. Este proceso debería haberse plasmado en un contrato en 2020, pero el contexto de la operación ha llevado a posponer la firma del mismo.

### Los puntos focales de apoyo y asesoramiento

El objetivo de estos puntos focales es brindar en el nivel local ayuda a las/los referentes —que no son agentes sanitarios— con el control de las facturas y las solicitudes de reembolso, en la celebración de sesiones de sensibilización o de educación para la salud y en la relación con los diferentes establecimientos sanitarios concertados. Estas personas deben presentar cada trimestre un informe de su actividad y reciben remuneración (una compensación mensual). Los puntos focales de apoyo y asesoramiento son uno de los puntos focales de los establecimientos sanitarios concertados en cada localidad.

### Los puntos focales de los establecimientos sanitarios concertados

Estos puntos focales son las personas que se encargan de la relación con el referente local en cada establecimiento concertado. Estas personas reciben formación de la mutua sobre los procesos (el pago por terceros, los documentos de coordinación) y las prestaciones reembolsables o suprimidas de la mutua; en sus entidades son los referentes internos para los demás agentes sanitarios que trabajan en ella.

## **Los espacios**

### El Comité Nacional de Gestión

Es un órgano técnico encargado de gestionar las afiliaciones, las cuotas, las prestaciones y las labores de información y sensibilización dirigidas a los mutualistas. Está compuesto por los cuatro referentes locales. Se reúne doce veces al año, es decir, una vez a principios de cada mes. Cuenta con la asistencia de la secretaria contable de Emaús Burkina Faso y con el apoyo de uno o dos miembros de la Junta Directiva.

### Las sesiones informativas trimestrales de los referentes a los mutualistas

En un principio, tras cada reunión del Comité Nacional de Gestión, los referentes debían ofrecer sistemáticamente una sesión informativa a los mutualistas sobre el balance del mes transcurrido. En vista de la escasa dinamización local en la mayoría de los grupos, la Junta decidió en 2016 imponer un mínimo de una sesión informativa para los mutualistas por trimestre. Esta sesión debe incluir unos puntos concretos: las cifras del mes transcurrido, las decisiones del Comité Nacional de Gestión, las fechas de las próximas sesiones de educación para la salud y el orden del día del próximo Consejo de Administración —para poder recoger las opiniones y suscitar diálogos, propuestas...—.

### Encuentros de formación para los puntos focales de los establecimientos sanitarios concertados

La celebración, en dos ocasiones, de jornadas de encuentro, presentación y formación vino originada por los comentarios de los mutualistas sobre el hecho de que en el marco de los convenios establecidos no siempre se respetaban sus derechos. El objetivo de estos encuentros era subsanar el

desconocimiento que algunos puntos focales tenían sobre los principios de la mutua y los instrumentos de coordinación.

## **LA DINAMIZACIÓN EN LA MUTUA DE BENÍN**

### **Las partes implicadas**

#### Los referentes locales

Igual que en Burkina Faso, las/los referentes locales son empleadas/os de los grupos que ponen una parte de su tiempo de trabajo al servicio de la mutua. En Benín, las/los referentes se esfuerzan por suplir las numerosas carencias de las demás partes implicadas: la falta de funcionamiento de los órganos de gobierno —y, por lo tanto, de cargos electos en la mutua—, la falta de implicación de los responsables de grupo en lo local, la inoperancia de la organización nacional Emaús Benín y el demasiado limitado acompañamiento por parte de Emaús Internacional. Ante esa falta de apoyo, se observa una creciente desmotivación entre las/los referentes.

#### La secretaria de Emaús Benín

Como en Burkina Faso, el 20% del tiempo de trabajo de la secretaria contable de Emaús Benín se dedica a la mutua (que paga el 20% de su salario, igualmente). La secretaria tiene las mismas funciones y tareas pero desde 2016 se encarga además de coordinar el trabajo del Comité Nacional de Gestión con los referentes y el médico asesor.

Como fracasó el intento de preparar una Asamblea General por parte del grupo de voluntarios en 2016-2017 (véase el apartado «El funcionamiento orgánico de la mutua de Benín»), esta secretaria se encarga también de la relación con Emaús Internacional para el informe mensual y la elaboración de la memoria de actividades y la económica.

#### Los responsables de grupo

La implicación de los responsables de grupo también es deficiente en Benín desde hace varios años y más aún desde 2018. Su función, aunque indispensable en la mecánica de la mutua, no está cubierta y las tareas que les corresponden no se llevan a cabo ni en la esfera local ni en Emaús Benín.

#### El médico asesor

En Benín, el médico asesor está vinculado directamente a Emaús Internacional por medio de un contrato. Este contrato se renueva cada año tras una evaluación. El médico asesor sigue la evolución de la mutua desde 2009, ha participado en todas las reuniones, sin excepción, del Comité Nacional de Gestión (CNG) y envía cada seis meses un informe sobre su actividad. Sus funciones son las siguientes:

- > participar en las reuniones mensuales del Comité Nacional de Gestión, para examinar las solicitudes de reembolso —controlar las facturas y las prescripciones—, colaborar en la redacción del informe mensual del CNG y en los análisis rápidos que lo acompañan y ofrecer «formación» a los referentes en el largo plazo —sobre las reglas básicas de control y algunas cuestiones de salud sencillas—;
- > continuar el proceso de los convenios con establecimientos sanitarios y de la instauración del pago por terceros;
- > organizar cada trimestre actividades de educación para la salud dirigidas a los mutualistas, en los grupos de Emaús;

- > acompañar, asesorar y dar impulso al CNG en las diferentes partes en su trabajo.

En la práctica, mientras que el funcionamiento de los órganos y la dinamización de la mutua de Benín brillan por su ausencia, el médico asesor está realmente involucrado y supone un importante apoyo tanto para los referentes como para la secretaría nacional. Para este médico, la mutua representa una alternativa ante la ineficacia de las políticas públicas en materia de sanidad.

## Los espacios

### El Comité Nacional de Gestión (CNG)

La organización y las tareas del CNG son las mismas que en Burkina Faso: gestionar la actividad relacionada con las afiliaciones, la cotización, las prestaciones y la sensibilización e información que se ofrece a los mutualistas. Se reúne doce veces al año igualmente, es decir, una vez a principios de cada mes.

### Los enlaces en los establecimientos sanitarios concertados

En Benín, al contrario que en Burkina Faso, la colaboración entre los grupos o los referentes locales y los enlaces de los establecimientos concertados no está formalizada. Suele tratarse de contacto telefónico cuando el CNG examina las solicitudes de reembolso, por ejemplo para explicar que algunas de las prestaciones facturadas no las cubre la mutua —en base a los documentos transmitidos y a la lista de prestaciones y medicamentos excluidos—.

### Las sesiones informativas trimestrales de los referentes a los mutualistas

Resulta evidente que debe revisarse esta actividad, dada la necesidad de implicar más a los mutualistas, para que comprendan mejor los procesos de la mutua.

## LA DINAMIZACIÓN EN LAS MUTUAS DE ASIA

En Asia, aunque el trabajo que hay que hacer sea idéntico al de África, la dinamización y el *modus operandi* se ven influidos por los aspectos que ya hemos comentado sobre las mutuas asiáticas.

## LA DINAMIZACIÓN EN LA MUTUA DE TARA

### Las partes implicadas

- > **Los trabajadores sociales.** Desempeñan un papel crucial en la dinamización actual de la mutua y son un enlace imprescindible con los mutualistas. Uno de ellos, enfermero y conductor de ambulancia, trabaja a tiempo completo en el centro de salud, mientras que otros dos o tres dedican el 50% de su tiempo de trabajo a la mutua —la parte correspondiente del salario la asume Tara—. Sus tareas consisten en organizar y participar en la campaña anual de afiliación —entre julio y septiembre— y en realizar actividades de sensibilización sobre la mutua para los habitantes del barrio de Badarpur. También participan en los grupos focales de discusión y en la dinamización de las diferentes reflexiones —en las charlas sobre salud— y demás actividades sobre salud que se celebran en el centro —como los «campamentos de salud»—. Asimismo, realizan visitas a los domicilios de los mutualistas —como parte de un seguimiento sanitario o de la labor de sensibilización—.

- > **El director del programa de salud.** El director se encarga de planificar y seguir las actividades de la mutua. Dirige el equipo local de terreno y organiza las reuniones mensuales de examen de las solicitudes de reembolso. Controla regularmente las actividades del centro y participa en las diversas actividades de terreno. Elabora el plan de formación para los representantes comunitarios y los voluntarios y crea los instrumentos necesarios para ello. Planifica, organiza y dinamiza la reunión anual. También promueve la celebración y la facilitación de las reuniones comunitarias —los grupos focales de discusión, las charlas sobre salud...—. Establece y consolida los convenios con las entidades sanitarias locales. Además, se ocupa de una parte de las tareas administrativas —los informes mensuales, el seguimiento de las cuentas y la relación con Emaús Internacional (reuniones, intercambio de información, envío de documentos, etc.) y con la dirección de Tara.
- > **El médico y el enfermero del centro de salud.** Son los profesionales sanitarios del centro de salud de Badarpur. El primero atiende a los pacientes en las consultas médicas del centro, dispensa los medicamentos y deriva a los pacientes hacia entidades de la red de colaboradores cuando es necesario. En caso de urgencia, los mutualistas pueden llamarlo por teléfono. También coordina la atención en el hospital de día. El enfermero, por su parte, además de las tareas que realiza junto con los trabajadores sociales (véase más arriba), ayuda al doctor en el día a día del centro de salud, en el hospital de día y en los «campamentos de salud» midiendo la presión arterial y otros parámetros, asistiendo en las sesiones de fisioterapia, colocando apósitos, llevando un seguimiento de los pacientes y haciendo visitas a domicilio.
- > **Las/los representantes comunitarias/os.** Estas/os representantes, muy implicadas/os, trabajan en contacto estrecho con los trabajadores sociales de Tara. Son habitantes del barrio y mutualistas y, en su mayoría, trabajan en el ámbito de la salud en paralelo.
- > **Los voluntarios («health workers»).** Estos jóvenes voluntarios del barrio de Badarpur brindan su apoyo desde 2019. La mayoría son hijos de mutualistas que buscan empleo, algún tipo de actividad o recibir formación. El equipo de la mutua les ofrece formación tres días a la semana durante tres meses —dos meses para los aspectos teóricos y un mes de prácticas—. Tras culminar esta fase y pasar por un examen final y una evaluación de terreno, obtienen un certificado concedido por Tara. En cada sesión hay ocho jóvenes voluntarios. Estos voluntarios contribuyen de manera muy concreta a las actividades ligadas a la salud, la información y la sensibilización, así como al trabajo de proximidad en el barrio. Aunque no se los considera como becarios ni empleados, reciben una compensación.

## Los espacios

### Los espacios destinados a implicar a los mutualistas y reforzar sus capacidades y conocimientos (grupos focales y charlas sobre salud)

Si bien estos espacios de formación sobre el funcionamiento de la mutua y sensibilización sobre temáticas de salud aún no permiten que los mutualistas se impliquen de manera concreta en la gestión de la mutua, resultan interesantes en la medida en que son momentos de dinamización y de transmisión de información y favorecen que se comprendan la mutua como «instrumento» y sus objetivos.

También refuerzan el sentimiento de pertenencia al colectivo de la mutua en los afiliados y beneficiarios. Cada reunión temática se desarrolla en pequeños grupos —lo cual requiere una planificación constante— en un espacio específico para ello, en la segunda planta del centro de

salud. Hay otro espacio en el barrio que se rehabilitará próximamente (en 2021) para que pueda acoger actividades de formación y sensibilización.

#### El Comité de Coordinación Local

Se creó en 2017 y está compuesto por representantes comunitarias/os, un trabajador social, el médico y el equipo de Tara encargado del proyecto (la directora, el director del programa y un trabajador social). Este Comité tiene la misión de planificar las actividades y operaciones de terreno, seguir algunos aspectos estratégicos del funcionamiento de la mutua y mejorar el trabajo en red con otras organizaciones.

#### El Comité de Reembolso

Se reúne cada mes para tratar el reembolso de los gastos de salud de los mutualistas. Está compuesto por representantes comunitarias/os, el médico, el trabajador social del centro y el director del programa. Examina las solicitudes de reembolso a partir de las facturas presentadas y decide la cantidad que se reembolsará y el tipo de reembolso que se aplicará a cada caso con arreglo al documento de la política general de la mutua. Los mutualistas que soliciten un reembolso asisten a esta reunión y allí se les explica si cabe efectuarlo y en qué medida.

#### El centro de salud

Este centro se construyó en 2011 y hoy es toda una institución en el barrio. Además de las actividades relacionadas con la salud que se desarrollan en él cada día, también tienen lugar otras actividades de Tara —sesiones de formación, sobre todo en la primera planta del edificio—. Con el tiempo se ha convertido en un espacio esencial de vinculación social dentro de la comunidad de Badarpur.

## **LA DINAMIZACIÓN EN LA MUTUA DE THANAPARA**

### **Las partes implicadas**

- > **El director de Thanapara y el coordinador del programa.** El director, aunque muy involucrado desde el inicio, se vio frenado por su problema de salud y nadie pudo tomar el relevo en el trabajo de dinamización del funcionamiento orgánico de la mutua durante su ausencia y su convalecencia. No obstante, desde 2018 recibe ayuda del director del equipo de artesanía para coordinar el programa.
- > **El conductor.** Es un empleado de Thanapara que el grupo pone a disposición de la mutua cuando es necesario para conducir la ambulancia.
- > **El contable de Thanapara.** Trabaja también al servicio de la mutua al final de cada mes para hacer balance de los gastos y los ingresos. Lleva al día el seguimiento de los ingresos por cuotas y por prestaciones sanitarias y de los gastos del programa.
- > **Las/los representantes electas/os.** Las/los seis representantes, que elige la Asamblea General, trabajan codo con codo con los miembros del Comité de Coordinación. Están en contacto con los mutualistas de su grupo de trabajo cotidiano para transmitir la información necesaria y realizar sesiones de sensibilización cuando hace falta. También se ocupan de recaudar las cuotas mensuales de los mutualistas.

- > **El enfermero.** Se encarga de las consultas médicas en el centro, de dispensar los medicamentos y de derivar a los pacientes a los hospitales o clínicas cuando lo necesitan. Ante una urgencia, los mutualistas pueden llamarlo por teléfono. El enfermero también lleva el registro de la atención dispensada en el centro y los documentos de informe de Emaús Internacional en materia de salud. Asimismo, junto al director de Thanapara, facilita las sesiones de educación para la salud y organiza los «campamentos de salud».

## Los espacios

### Los espacios destinados a implicar a los mutualistas y reforzar sus capacidades y conocimientos (grupos focales y charlas sobre salud)

Si bien existen espacios dispuestos para mantener la vinculación con y entre los mutualistas, sensibilizarlos y favorecer su implicación, casi nunca se han podido celebrar. Concretamente, se mantienen las charlas sobre salud, pero los grupos focales de discusión, pensados más para la reflexión y la participación de los mutualistas en torno a la mutua como instrumento, no se ponen en práctica.

### El Comité de Coordinación Local

Está compuesto por las/los representantes electas/os, el director de Thanapara y los responsables de programa —la escuela, la artesanía...—. Este Comité se reúne en teoría cada mes. Examina y evalúa la ejecución de las actividades aprobadas por la Asamblea General y controla los ingresos y gastos. Las dos o tres primeras reuniones del Comité se dedican a dar formación a las/los nuevas/os representantes electas/os sobre los objetivos y las cuestiones relativas a los servicios y el funcionamiento orgánico de la mutua. La formación corre a cargo del director y del enfermero.

Los miembros del Comité de Coordinación elegidos por la Asamblea General mantienen la relación con el territorio a través de los diferentes grupos de mutualistas y al menos dos miembros del Comité están presentes en las sesiones de educación para la salud.

### El centro de salud

Este centro existía antes de la creación de la mutua. Desde entonces, se ha trasladado a otro local dentro de las instalaciones del grupo y se ha mejorado. El nuevo centro se inauguró en 2011. Aquí tienen lugar las consultas y los «campamentos de salud».

## c. Los instrumentos de gestión y de seguimiento

Si bien algunos instrumentos son comunes, hoy día cada mutua se organiza con sus propios instrumentos cuantitativos y cualitativos; algunos han evolucionado más que otros. Podemos distinguir dos tipos: los instrumentos dedicados a la gestión y los que sirven para facilitar el seguimiento.

## LOS INSTRUMENTOS DE GESTIÓN Y DE INFORME EN ÁFRICA

En África, las mutuas comenzaron con una misma base en cuanto a sus herramientas. Los instrumentos de gestión se renovaron en 2013 y son idénticos en los dos países. En cambio, los instrumentos de informe, que eran comunes en un principio, han ido evolucionando con la práctica y hoy presentan algunas diferencias.

## Los instrumentos de gestión

Son ocho los utilizados:

- > **La tarjeta de membresía.** Cada mutualista tiene su tarjeta, en la que figuran los nombres y las fotografías de los diferentes miembros de la familia beneficiarios de las prestaciones que ofrece la mutua. La tarjeta permite identificarse fuera de la mutua y refuerza el sentimiento de pertenencia a la misma. En Burkina Faso se están fabricando nuevas tarjetas, magnéticas esta vez.
- > **La ficha de afiliación.** Es una herramienta de gestión que conserva cada referente. Facilita el seguimiento individualizado de cada familia.
- > **El registro de afiliaciones.** Este registro —en formato papel— recoge todas las afiliaciones. Es actualizado constantemente por el referente local de cada grupo y permite observar la evolución de las afiliaciones.
- > **La ficha informativa.** Se trata de un documento en papel que se distribuye a todos los miembros de la mutua. Proporciona información sobre Emaús Internacional, sobre la mutua de salud y sobre los derechos y los deberes de los mutualistas.
- > **El registro de las prestaciones.** En este registro —en formato papel también—, el referente local de cada grupo anota de manera exhaustiva las prestaciones utilizadas; así, puede estudiar el nivel de consumo de prestaciones por cada familia y por cada establecimiento sanitario.
- > **Los convenios.** Cada mutua —tanto la de Benín como la de Burkina Faso— ha firmado convenios para establecer las condiciones de las colaboraciones. Se firma un convenio con cada establecimiento sanitario concertado con la mutua, ya se trate de un centro de salud, un hospital, una clínica, una farmacia... Todos los convenios se guardan en la Secretaría Nacional.
- > **El certificado de atención sanitaria recibida.** Este documento —son varias hojas de papel— es un instrumento de seguimiento de la atención dispensada y de coordinación entre la mutua y las entidades que dispensan las prestaciones a los mutualistas.
- > **El registro de la cotización.** Este registro —en papel igualmente— es usado por los referentes locales para compilar y seguir el pago de las cuotas.
- > **El registro de ingresos y gastos.** Este registro —informatizado— es mantenido por la secretaría de cada organización nacional, en coordinación con los cargos electos y el Comité Nacional de Gestión, para poder seguir los ingresos y los gastos de la mutua.

## Los instrumentos de informe

En este tipo de instrumentos se observan diferencias tanto en la forma como en el contenido. Sin lugar a dudas, es necesario trabajar sobre estas herramientas para repensar su coherencia. Los instrumentos existentes son:

- > **La síntesis mensual.** Es la herramienta más útil para seguir la evolución de los principales indicadores de la mutua. Tras cada reunión del CNG, las dos mutuas producen un informe mensual con datos y cifras por grupo y relativos al conjunto de la mutua nacional. Emaús Internacional lleva a cabo su seguimiento anual de los datos cuantitativos a partir de la información que recogen estas síntesis.

- En Benín, cada síntesis detalla, tanto por grupo como a nivel nacional, el número de afiliados, la cotización recaudada, las prestaciones reembolsadas, el índice de uso del pago por terceros, los gastos de gestión y el balance contable del mes. En realidad, se trata solamente de datos cuantitativos. Casi no hay información cualitativa o relativa al trabajo realizado en lo local por los referentes —lo cual está relacionado, por supuesto, con la falta de actividad de los órganos de gobierno y de dinamización en el plano local—.
  - En Burkina Faso encontramos esos mismos indicadores básicos, pero también información cuantitativa y cualitativa sobre la dinamización en lo local: la evolución de los convenios, la contribución anual de los grupos o las actividades que realizan los referentes y los responsables de grupo —reuniones con los mutualistas, encuentros con las entidades sanitarias, evaluación sobre la ejecución de las decisiones del Consejo de Administración y de la Junta Directiva acerca del trabajo de los referentes...—. También se elaboran actas sobre las entrevistas de los referentes con otros actores locales.
- > **La memoria de actividades y la memoria económica.** Se realizan cada año, pero los parámetros de su elaboración difieren.
- En Benín, por no haber vida asociativa desde 2016, es la secretaria contable quien se encarga de producir, sin ayuda de ningún otro miembro de la mutua o responsable de grupo, una memoria sobre la actividad de la mutua en el año transcurrido, junto con un estado financiero.
  - En cambio, en Burkina Faso la mutua envía cada año su memoria de actividades debidamente completada, junto con un balance de los distintos indicadores, un análisis de los avances en cada objetivo, una explicación de las dificultades que hayan surgido y perspectivas sobre nuevos objetivos. La memoria económica, por su parte, contiene toda la información relacionada con los ingresos y los gastos de la mutua: la situación de los fondos, los tipos de gastos, la cuenta de resultados, el diario de banco y el diario de caja, del 1 de enero al 31 de diciembre. Este trabajo es realizado en buena parte por el presidente y la secretaria contable, pero los demás miembros de la Junta Directiva también contribuyen y lo enriquecen.
- > **La planificación de las actividades.** Con las misiones de terreno de Emaús Internacional de 2016 se instituyó una planificación precisa del trabajo. En Burkina Faso, el equipo de la directiva utiliza y actualiza cada año estos planes, lo cual permite seguir con regularidad el trabajo que se realiza. En Benín, esta tarea, que asumió durante unos meses la secretaria nacional, se encuentra hoy interrumpida.
- > **Las actas de las reuniones de la asociación (de la Junta Directiva y del Consejo de Administración).** En Burkina Faso se levanta acta de cada reunión de la Junta, del Consejo y del Consejo de Administración Ampliado. En Benín, como se dijo previamente, no existe tal funcionamiento de los órganos.
- > **Los informes semestrales del médico asesor.** En Burkina Faso, ya veíamos que no hay médico asesor desde 2016. En Benín, en cambio, el médico asesor envía un informe de calidad al final de cada semestre. En él pasa revista a sus tareas; ofrece su análisis sobre la participación en el Comité Nacional de Gestión, el control de las facturas de prestaciones, la instauración y uso del pago por terceros o las sesiones de educación para la salud celebradas en los grupos; y emite algunas recomendaciones. Gracias a estos informes, Emaús Internacional puede acceder a una perspectiva y un enfoque diferentes.



## LOS INSTRUMENTOS DE GESTIÓN Y DE INFORME EN ASIA

En 2011 se elaboraron algunos instrumentos de gestión y de informe. Las herramientas de informe han evolucionado para ofrecer una mejor percepción de la situación y de los diversos cambios.

### Los instrumentos de gestión

En Asia, las mutuas de Tara y de Thanapara utilizan instrumentos casi idénticos para gestionar el trabajo de terreno:

- > **Una tarjeta de membresía y un carnet de afiliado.** En Tara se usa una tarjeta de membresía por cada familia, que recoge la identidad —con fotografías— de los miembros mutualistas de la familia y los vínculos que existen entre ellos, más información sobre la afiliación y las reglas de la mutua. En Thanapara, es un carnet el que refleja la identidad del mutualista y el pago de las cuotas; hace las veces de tarjeta sanitaria también, recogiendo el uso de las prestaciones que hace el mutualista.
- > **Un registro de afiliaciones.** En Tara se trata de un archivo de Excel que incluye todos los datos individuales de cada miembro de las familias afiliadas —nombre, edad, dirección, relación con el afiliado principal, relación con Tara, cotización, fecha de afiliación o de renovación y fecha de vencimiento de la afiliación—. En Thanapara, es un registro en papel que mantiene el enfermero del centro de salud.
- > **Un registro de la cotización.** En Tara, esta información se encuentra recogida en el registro de afiliaciones —un archivo de Excel—. En Thanapara, es un registro —tipo Excel también— que refleja, por secciones de mutualistas (artesanas/os, miembros de la escuela formal, beneficiarios de microcréditos, empleados...), si la cuota correspondiente a cada afiliado ha sido pagada cada mes e incluye una recapitulación global.
- > **Un registro de prestaciones.** En Tara, todas las consultas realizadas se registran en un documento —en papel— que se mantiene en el centro de salud. En Thanapara existen seis registros —todos en papel— que se rellenan meticulosamente: para las consultas, para las pruebas de diabetes, para el control ponderal, para las mediciones de la presión arterial, para los «campamentos de salud» y para las solicitudes de reembolso de la atención recibida en hospitales.
- > **Instrumentos de seguimiento presupuestario.** En ninguna de las dos mutuas hay otra herramienta destinada al seguimiento presupuestario aparte del documento de informe de Emaús Internacional. Los presupuestos se revisan con regularidad en las reuniones del Comité de Coordinación Local, tanto en Tara como en Thanapara. Del seguimiento del presupuesto se encarga el contable de cada grupo.
- > **Un documento escrito sobre las colaboraciones.** Cada colaboración pactada con entidades privadas —en el caso de Tara— y con hospitales públicos y clínicas privadas —en el caso de Thanapara— queda reflejada en un memorando de entendimiento.
- > **Un documento sobre la política general.** Este documento, fundamental, describe el marco general del acceso a la atención sanitaria de los mutualistas, así como los derechos y deberes de estos (en el reglamento interno). Asimismo, detalla la tarificación de las prestaciones y las condiciones de reembolso de los servicios prestados por terceros. Este documento está disponible en Tara, pero aún no en Thanapara.

## Los instrumentos de informe

Al nacer las mutuas se elaboraron ciertas herramientas junto con la experta encargada del seguimiento y el acompañamiento. Los instrumentos de informe de Tara y de Thanapara son idénticos y de formato digital. Se trata de los siguientes:

- > **El de seguimiento de las afiliaciones (archivo de Excel).** Para llevar al día las afiliaciones se desarrolló un documento bastante completo en los dos grupos. En Tara, es el mismo que se usa para la gestión. Con algunas mejoras, podría servir de modelo para las otras tres mutuas.
- > **El de seguimiento de la cotización (archivo de Excel).** En Tara, la información relativa a las cuotas —en base a la cotización anual— se incluye en el documento de seguimiento de las afiliaciones. En Thanapara se ha creado un documento de Excel para el seguimiento del pago de las cuotas por familia y por persona. El seguimiento se lleva por secciones de mutualistas (artesanas/os, escuela...).
- > **El de seguimiento del uso de las prestaciones de salud (archivo de Excel).** Tanto en Tara como en Thanapara, el documento recoge la información sobre los diferentes servicios usados por los mutualistas. Tiene una pestaña u hoja específica para las consultas médicas en los centros de salud, otra para las hospitalizaciones, otra para las sesiones de fisioterapia y otra para las de educación para la salud. En este documento se incluye la información contable: el costo de los actos sanitarios, el costo que representan para los mutualistas... En su estado actual, el documento ofrece una visión general satisfactoria y regular sobre las actividades realizadas y las prestaciones dispensadas. También hay una pestaña recapitulativa que sintetiza la información por tipo de prestación. Si se lo trabaja un poco, podría compartirse este documento con las mutuas africanas.
- > **Las cuentas (archivo de Excel).** En los dos grupos, el documento es general y ofrece una fotografía anual de los ingresos y los gastos de la mutua. Algunos datos faltan aún o no están ubicados correctamente —a menudo por falta de acompañamiento—. Por lo tanto, es imprescindible crear un documento de seguimiento más regular —mensual—basado en las actividades mutualistas y en los libros mayores de contabilidad.
- > **La memoria de actividades anual.** Tara y Thanapara envían con regularidad sus memorias de actividades anuales. No obstante, sería interesante elaborar una estructura para esta memoria que pueda adaptarse a las cuatro mutuas, con objeto de poder obtener una mejor visión de conjunto de los programas.

## d. Las cuentas anuales y la autosuficiencia de las mutuas

Un sistema sanitario o una mutua rara vez son autónomos en el plano económico. Por eso conviene preguntarse por la situación económica de las mutuas que ha desarrollado el movimiento.

- > ¿Cuál es el estado de sus cuentas?
- > ¿Ha habido cambios desde el comienzo? Si sí, ¿cuáles?
- > ¿Cuáles son los ingresos y gastos que reflejan los presupuestos?

Los presupuestos de las mutuas del movimiento constan de diferentes partes:

- > Los ingresos proceden principalmente de las cuotas, pero las mutuas buscan otras fuentes de ingresos, en función del territorio y el contexto.
- > El reembolso de la atención médica en las mutuas de África y la compra de medicamentos en las mutuas de Asia constituyen gastos sanitarios.
- > Los costos de funcionamiento son imprescindibles para mantener vivas las mutuas. Se trata de los gastos originados por los espacios de encuentro y diálogo y por el tiempo de trabajo regular de las personas implicadas en la dimensión operativa, ya que ciertos salarios, partes proporcionales de salarios o compensaciones económicas forman parte igualmente de este capítulo de los presupuestos de las mutuas.

Además de la ratio cotización-prestaciones, que ya se examinó previamente, el índice de autosuficiencia global tiene en cuenta otras líneas de ingresos y, sobre todo, de gastos, para arrojar un panorama completo de la autonomía económica de las mutuas.

## EN ÁFRICA

Los tipos de ingresos y los gastos de la mutua de Benín son casi idénticos a los de Burkina Faso.

### Ingresos

Además de las cuotas, en África encontramos dos fuentes de ingresos:

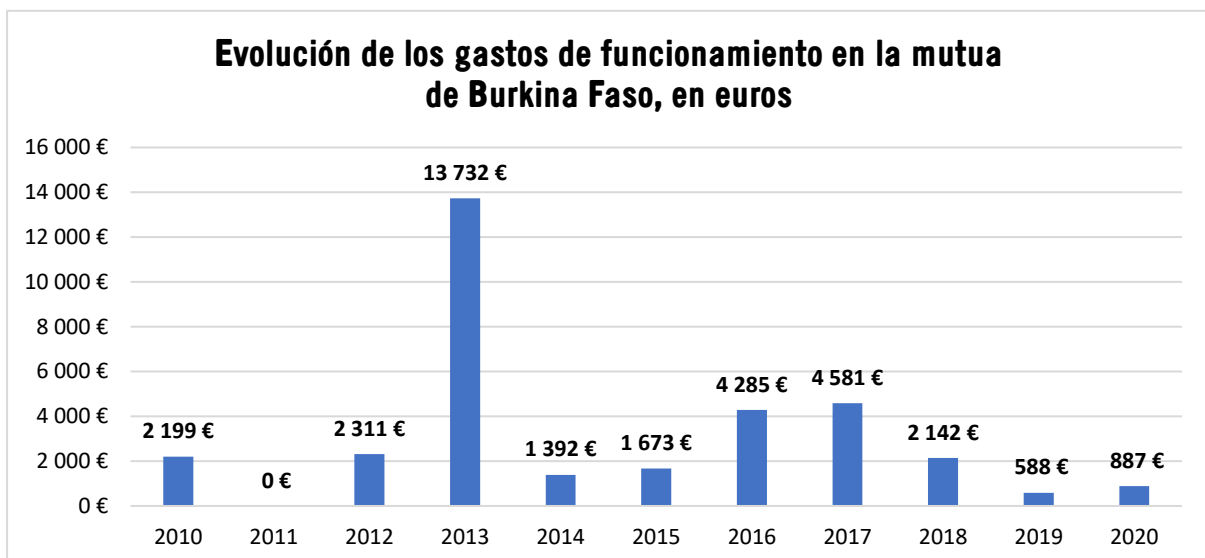
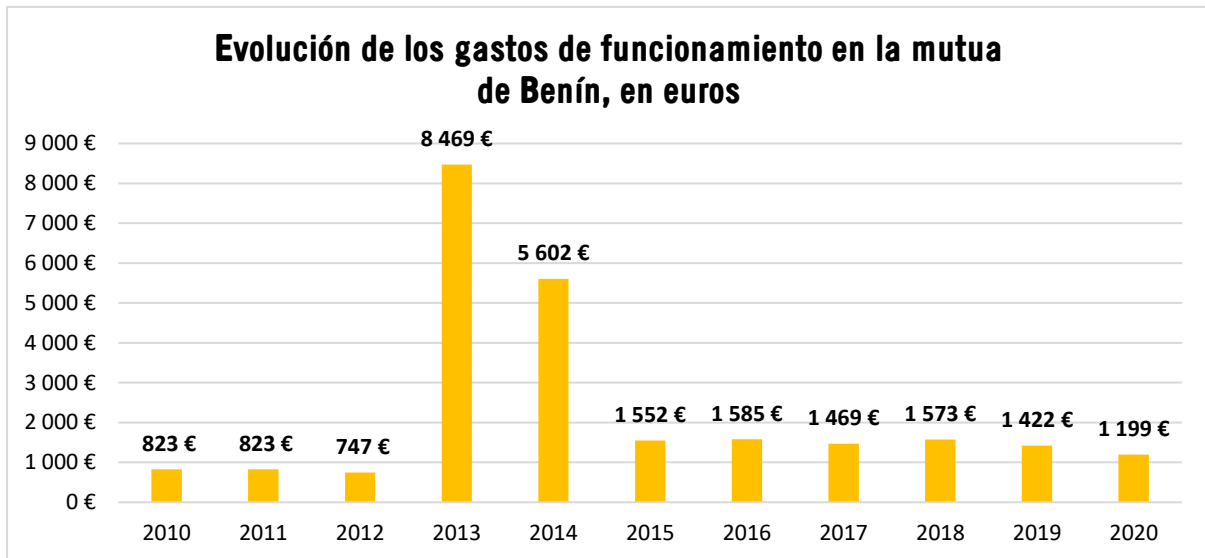
- > En 2016 se estableció en Benín y en Burkina Faso una contribución anual de los grupos por valor de 200 000 francos CFA, para contribuir a los gastos de funcionamiento. No obstante, en Benín ese compromiso solo se mantuvo en 2016 y en Burkina Faso solamente un grupo ha cumplido plenamente con su compromiso cada año.
- > Desde 2018, la mutua de Benín ha recibido dos contenedores con material médico, que han servido para equipar la plataforma técnica de los establecimientos sanitarios concertados. En Burkina Faso, con los beneficios de la venta de dos contenedores se han podido alimentar las arcas de la mutua y así hacer frente a unos gastos sanitarios especialmente elevados. Además, sería interesante analizar las repercusiones de esta iniciativa para posiblemente extender el mecanismo.

### Gastos

También son parecidos los gastos de funcionamiento entre las dos mutuas africanas. Estas son las líneas de gastos:

- > los gastos de las reuniones del Comité Nacional de Gestión de cada país;
- > los gastos relativos a las reuniones de los órganos de gobierno de la asociación —la Junta Directiva, el Consejo de Administración y el CA Ampliado—, que a veces se celebran en lugares descentralizados;
- > los gastos necesarios para los contactos con distintas personas o entidades de la esfera local —con los establecimientos concertados o con los mutualistas y los grupos, cuando hace falta—;
- > los gastos de secretaría —teléfono, material de oficina, fotocopias...—;
- > los gastos de producción de algunos instrumentos de gestión —por ejemplo, la creación o renovación de las tarjetas de afiliado—;

- > los salarios o las compensaciones económicas —las compensaciones que se pagan a los referentes y la asunción del 20% del salario de las secretarías contables de las organizaciones nacionales por el tiempo que estas dedican a la mutua—.



Nota: las cifras relativas a 2011 no se han transmitido.

Si bien la evolución general de los gastos de funcionamiento es similar entre los dos países en el periodo 2010-2020, algunos años requieren un comentario.

Como se vio anteriormente, los años 2013 y 2014 son los de las Asambleas Generales Constituyentes (AGC) de las mutuas. Por lo tanto, a los gastos de funcionamiento habituales, descritos más arriba, se sumaron los costes de la organización y la celebración de dichas Asambleas y del largo trabajo de sensibilización y preparación previo —reuniones en los grupos con los mutualistas, producción de nuevos instrumentos de gestión, formación para el personal de todos los establecimientos sanitarios sobre los futuros cambios, gastos de reuniones del Comité de Organización de estas AGC, etc.—.

En Burkina Faso, el aumento de los gastos en los años 2016 y 2017 hay que atribuirlo a la reactivación de la dinamización que siguió a las misiones de terreno de Emaús Internacional: la Junta multiplicó sus encuentros, se desplazó con frecuencia para dar acompañamiento y apoyo a los

referentes locales en su trabajo, organizó visitas a otros sistemas mutualistas de Burkina Faso... En cuanto a la reducción de los gastos de 2019 y 2020, viene dada por el contexto de seguridad y sanitario de estos años.

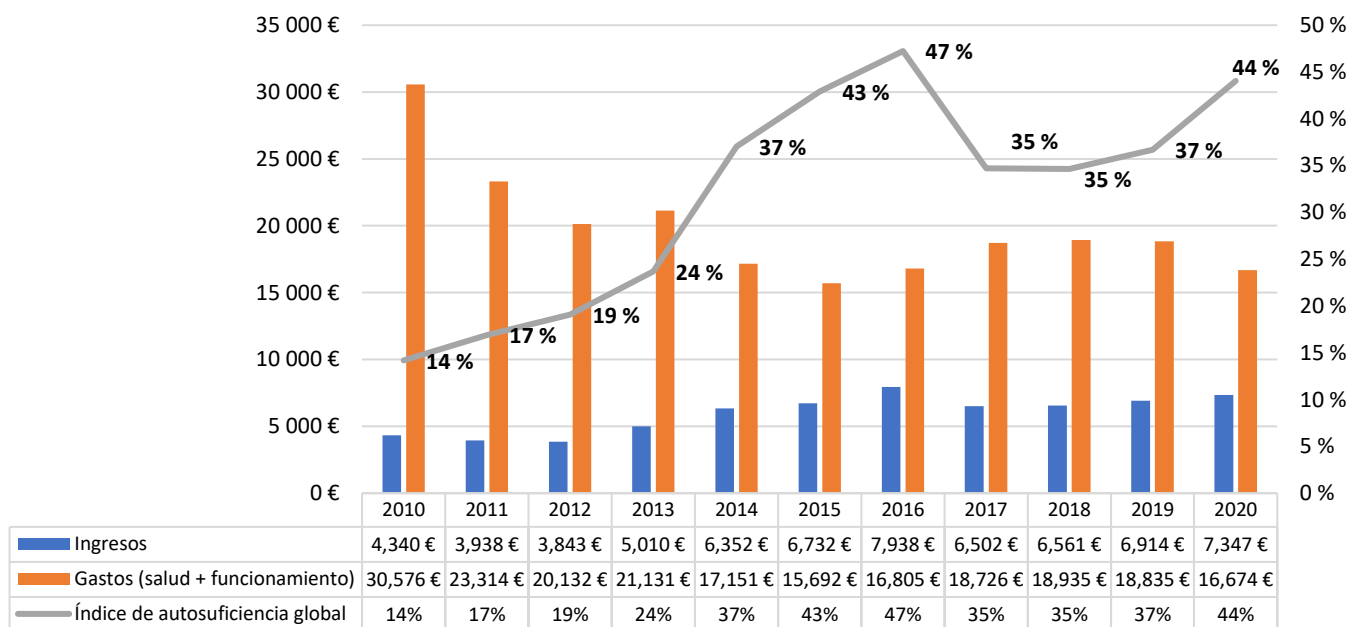
### La autosuficiencia económica en las mutuas de África

Partiendo de los gastos de funcionamiento y de salud, es posible observar la evolución de la autosuficiencia de las mutuas.

En Benín (véase el gráfico siguiente), los gastos sanitarios de 2013 y 2014 son inferiores a los de los años anteriores y posteriores, lo cual explica el menor impacto que tuvieron los gastos relacionados con la preparación y la celebración de la Asamblea General.

2016 es, por otra parte, el único año en el que todos los grupos benineses aportaron su contribución anual.

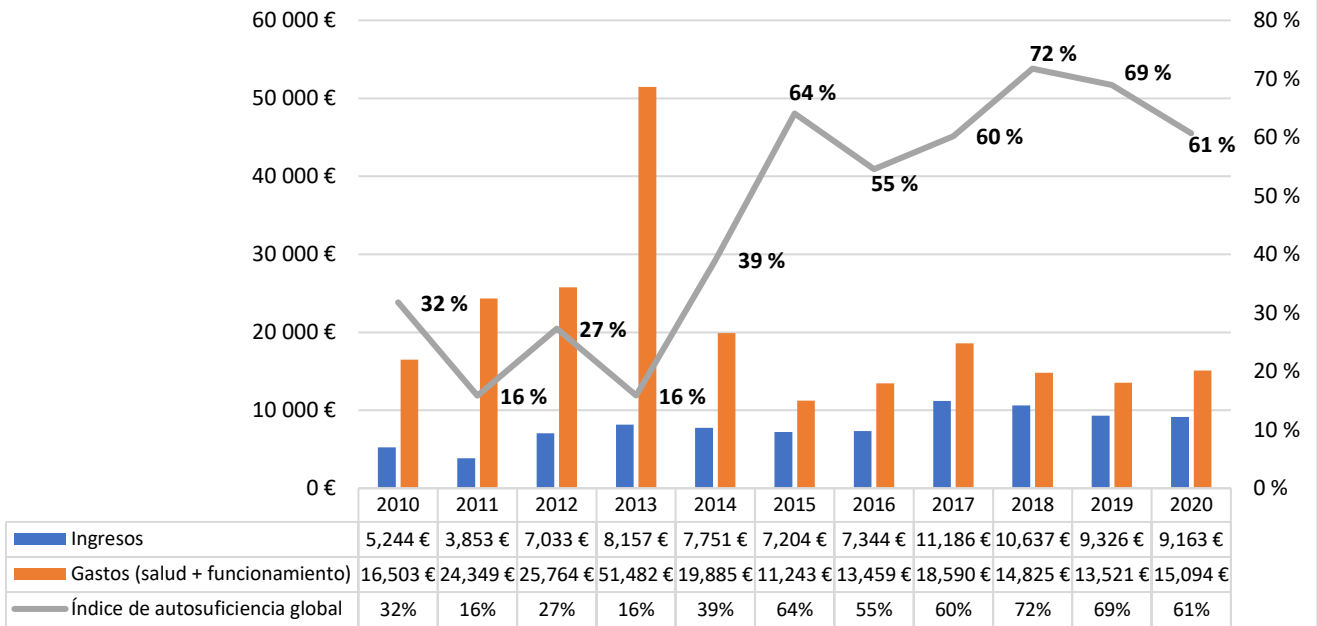
**Evolución del índice de autosuficiencia global en la mutua de Benín entre 2010 y 2020**



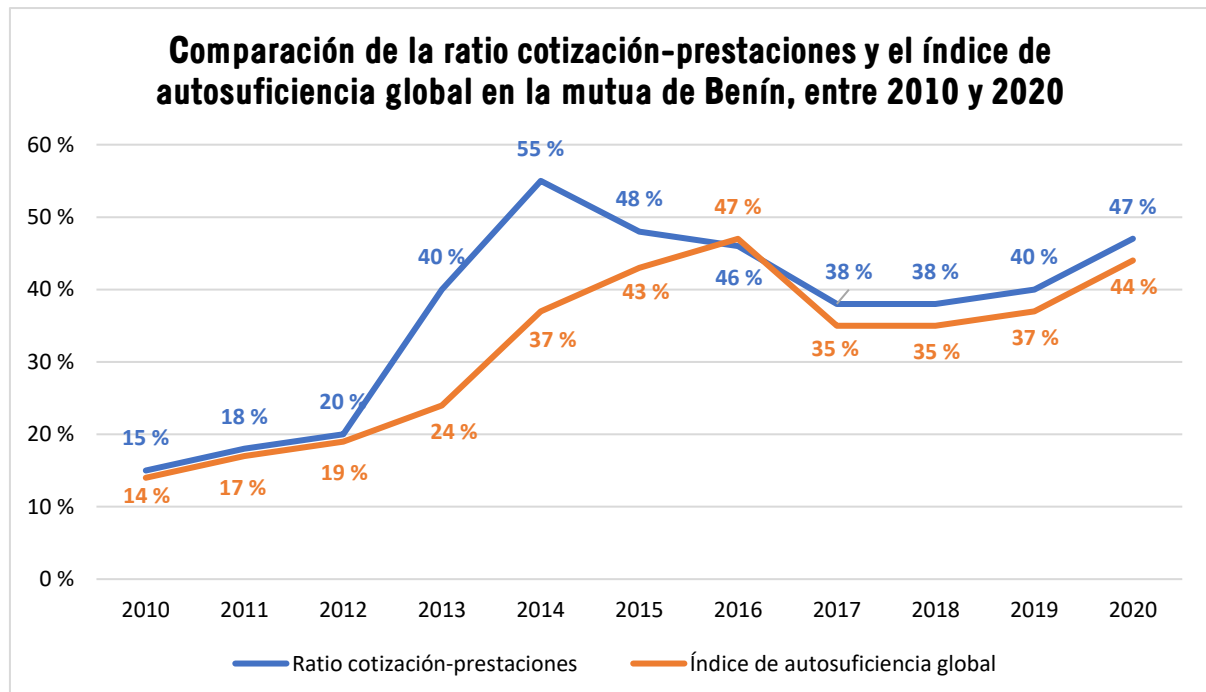
En cuanto a Burkina Faso, hay varios aspectos que explican el gráfico siguiente:

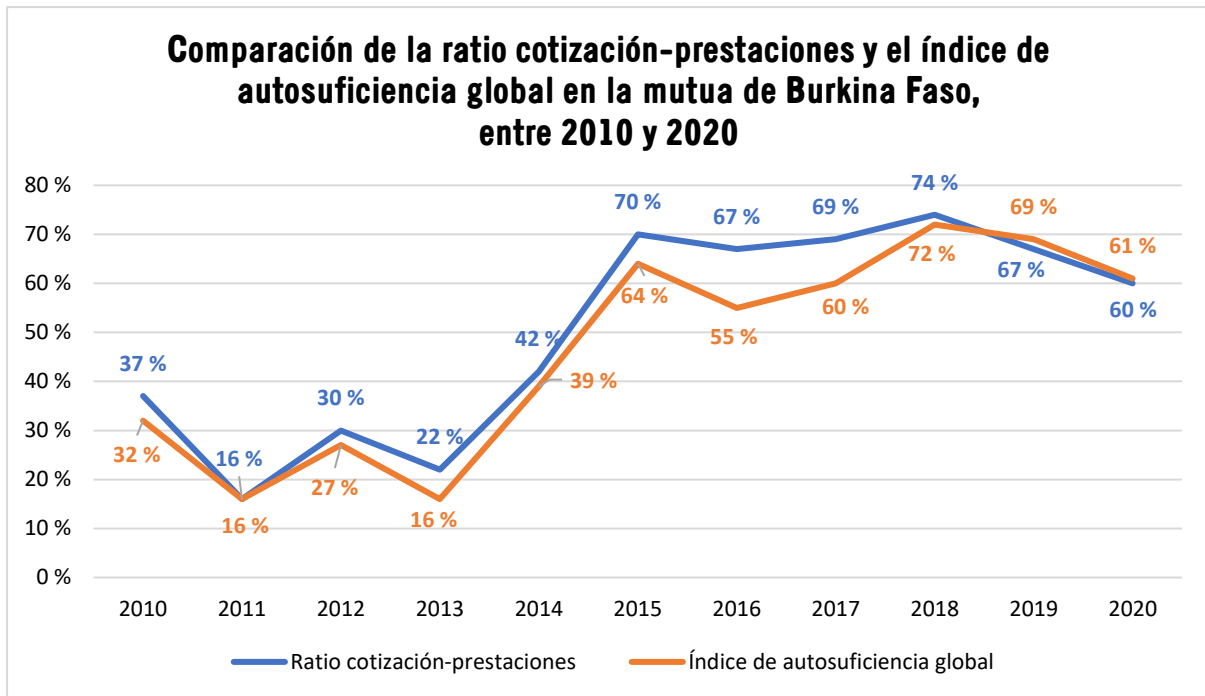
- > en 2011 y 2012, las reglas de control estricto de las prescripciones de medicamentos y las facturas de servicios de salud aún no estaban en vigor;
- > los años 2013 y 2014 registran el claro impacto de unos elevados gastos de funcionamiento debidos a la preparación y la celebración de la Asamblea General;
- > 2015 estuvo marcado por una gran inseguridad en el país, hecho que limitó los desplazamientos y encuentros y, por tanto, redujo notablemente los gastos de funcionamiento;
- > en 2017, 2018 y 2019, los grupos de Burkina Faso transfirieron parte de su contribución anual.

### Evolución del índice de autosuficiencia global en la mutua de Burkina Faso entre 2010 y 2020



### Comparación de la evolución de las ratios cotización-prestaciones y de los índices de autosuficiencia global





Al comparar las dos curvas conviene realizar algunas observaciones.

En primer lugar, vemos que la ratio cotización-prestaciones y el índice de autosuficiencia global mejoran claramente desde 2013 tanto en Benín como en Burkina Faso, tras la introducción de la reforma.

También se observa el impacto de los gastos de funcionamiento vinculados a las Asambleas Generales de 2013 y 2014.

La caída de la curva de 2016 en Benín parece evidenciar la casi inexistente vida asociativa y la mínima actividad de dinamización que tiene la mutua desde esa fecha.

Por el contrario, el crecimiento que se constata en Burkina Faso es prueba de su dinámico funcionamiento como asociación y el debilitamiento de 2019 y 2020 es atribuible a las dificultades para reunirse que impone el contexto del lugar.

## EN ASIA

Ya vimos en capítulos anteriores que los ingresos y los gastos de las mutuas asiáticas eran de naturaleza diferente que los de las africanas.

### Ingresos

En Asia, los ingresos de las mutuas incluyen los procedentes de las cuotas, pero también los que produce la dispensación de prestaciones sanitarias en los centros de salud propios. Por motivos estructurales, estos grupos asiáticos no pueden beneficiarse del envío de contenedores en el marco de Emaús.

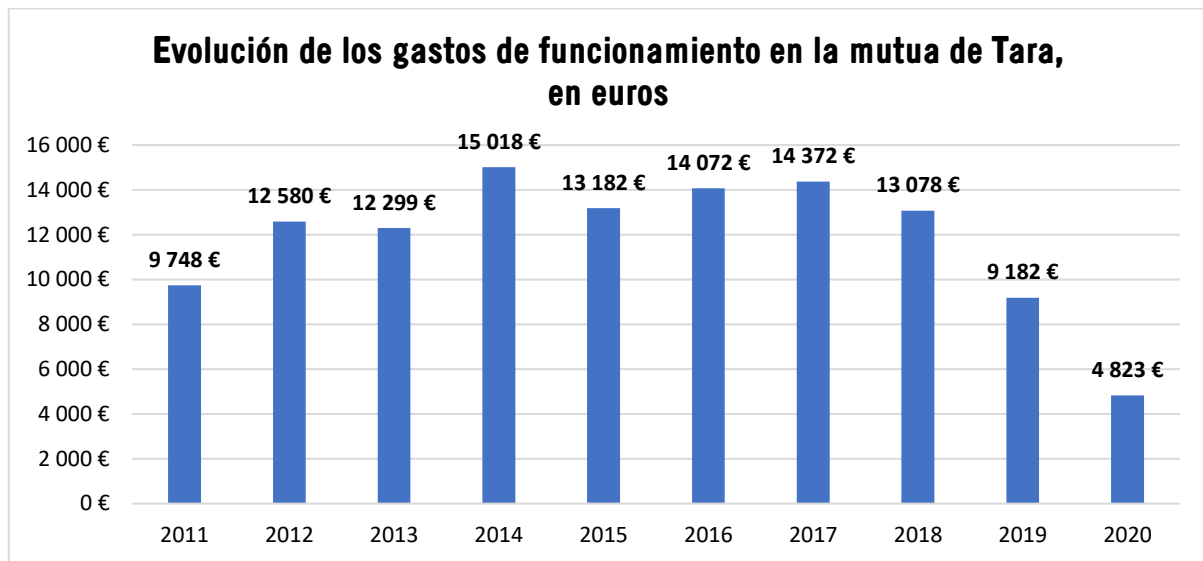
Las mutuas asiáticas tienen además un rasgo específico importante: siguiendo los consejos de la experta en materia de salud que acompañó estos programas en sus comienzos, las mutuas reservan y van acumulando a lo largo de los años las cuotas que perciben, constituyendo así un fondo de

previsión para posibles gastos excepcionales —un fondo de emergencia—. En Tara, este fondo ascendía a 5276 euros a finales de 2020. En Thanapara, esta reserva, alimentada con los fondos anuales de Emaús Internacional no empleados, alcanzaba los 13 241 euros en la misma fecha.

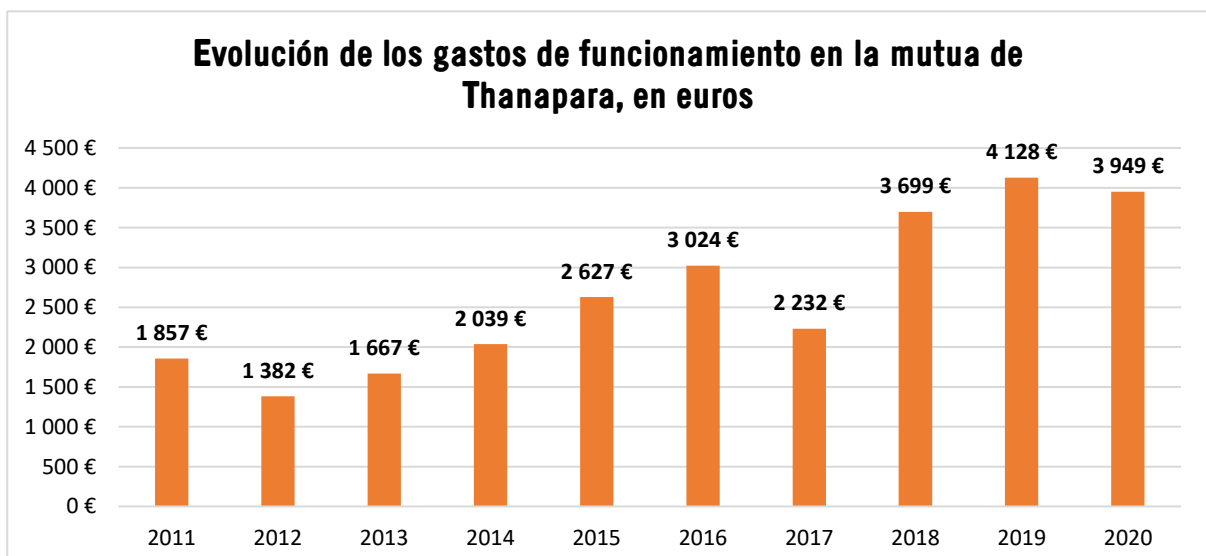
### Gastos

Se trata de los costos relacionados con los encuentros, la encuesta anual de satisfacción, la producción de instrumentos de gestión —tarjetas de membresía y fotos— y las reuniones del Comité de Coordinación Local más gastos administrativos diversos.

Se distingue entre la masa salarial del funcionamiento y la dedicada al acceso a la atención sanitaria. En Tara, la primera estaría compuesta por el director de proyecto y el contable; en Thanapara, el coordinador de proyecto, el contable y el conductor de la ambulancia.



Hay que señalar que los gastos ligados al funcionamiento son especialmente altos en Tara —salvo en 2020, año excepcional, marcado por la pandemia—. Los costos de funcionamiento del centro de salud —las facturas del agua y de la electricidad...— más los dos sueldos —del director de proyecto y del contable, contabilizados de manera prorrateada según el tiempo que dedican a la mutua— suponen cada año entre el 80% y el 90% de estos gastos.



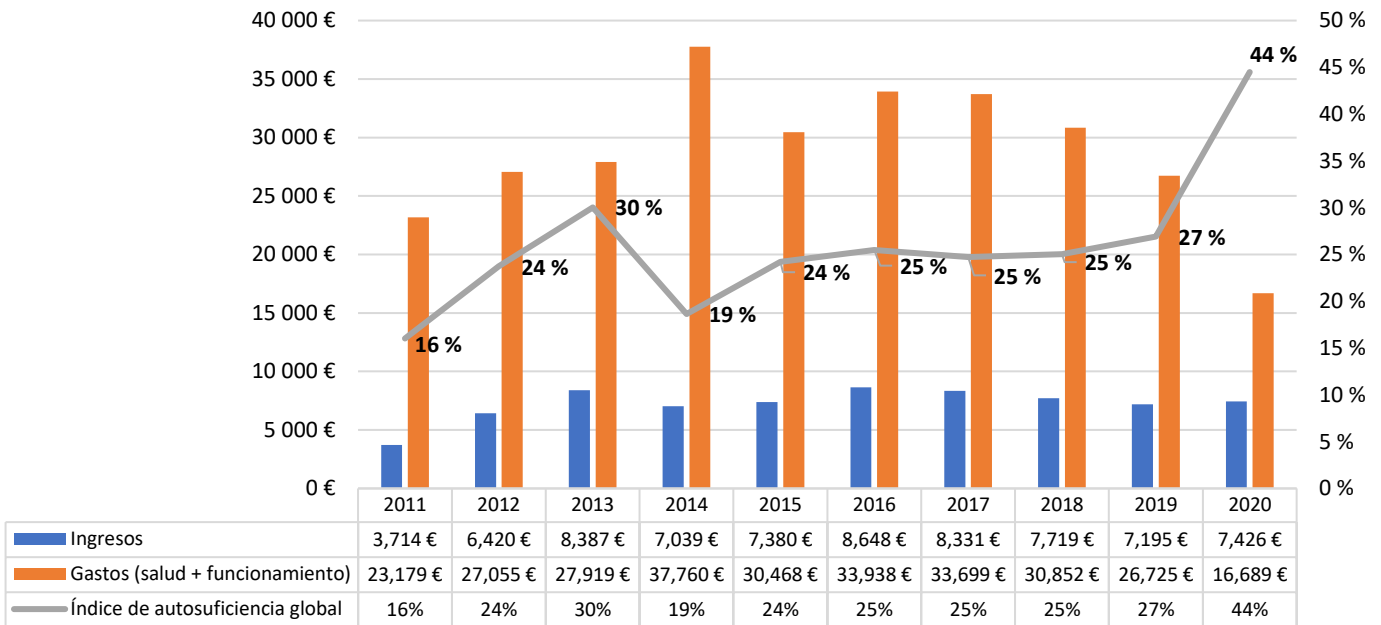


En este caso, la mayor línea de gastos de funcionamiento también es la masa salarial —coordinador de proyecto, contable y conductor—, con una clara alza en los tres últimos años.

### La autosuficiencia económica en las mutuas de Asia

A partir de los gastos de funcionamiento y sanitarios de cada mutua se puede apreciar la evolución del nivel de autosuficiencia de estas.

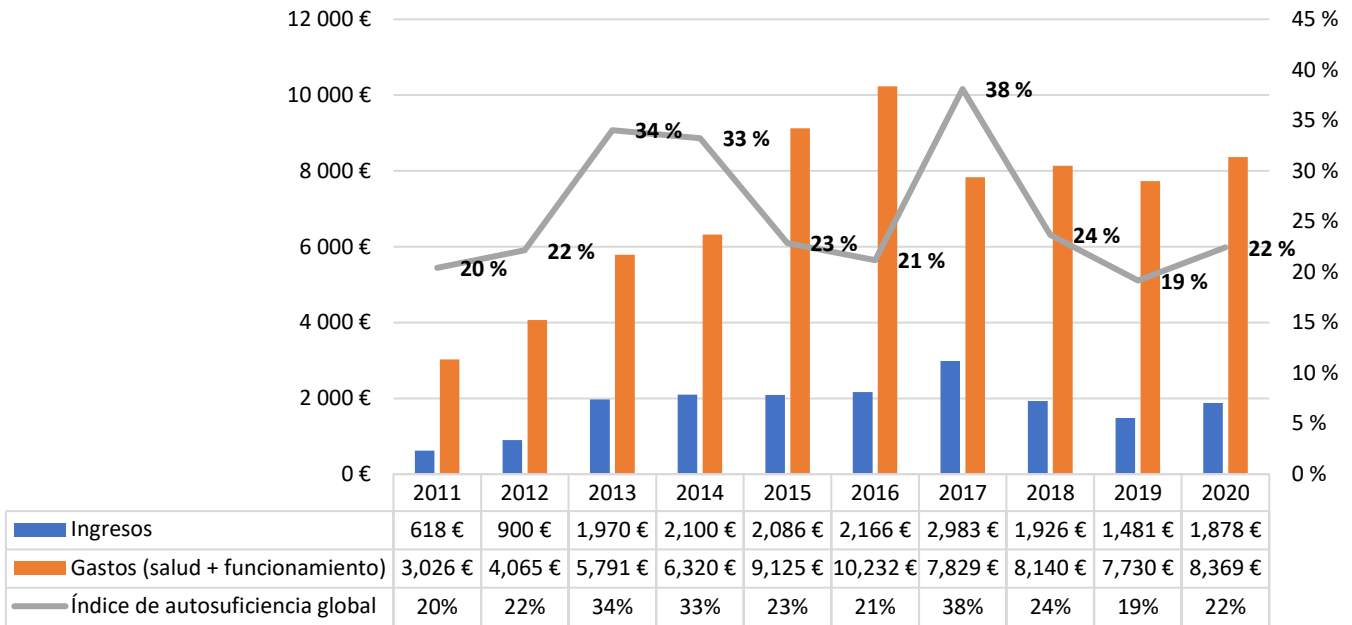
**Evolución del índice de autosuficiencia global en la mutua de Tara entre 2010 y 2020**



En general, en un año «normal», los gastos totales se sitúan entre los 27 000 y los 35 000 euros, frente a unos ingresos que varían entre 7000 y 8500 euros. Es decir, existe una autosuficiencia de un 30% aproximadamente.

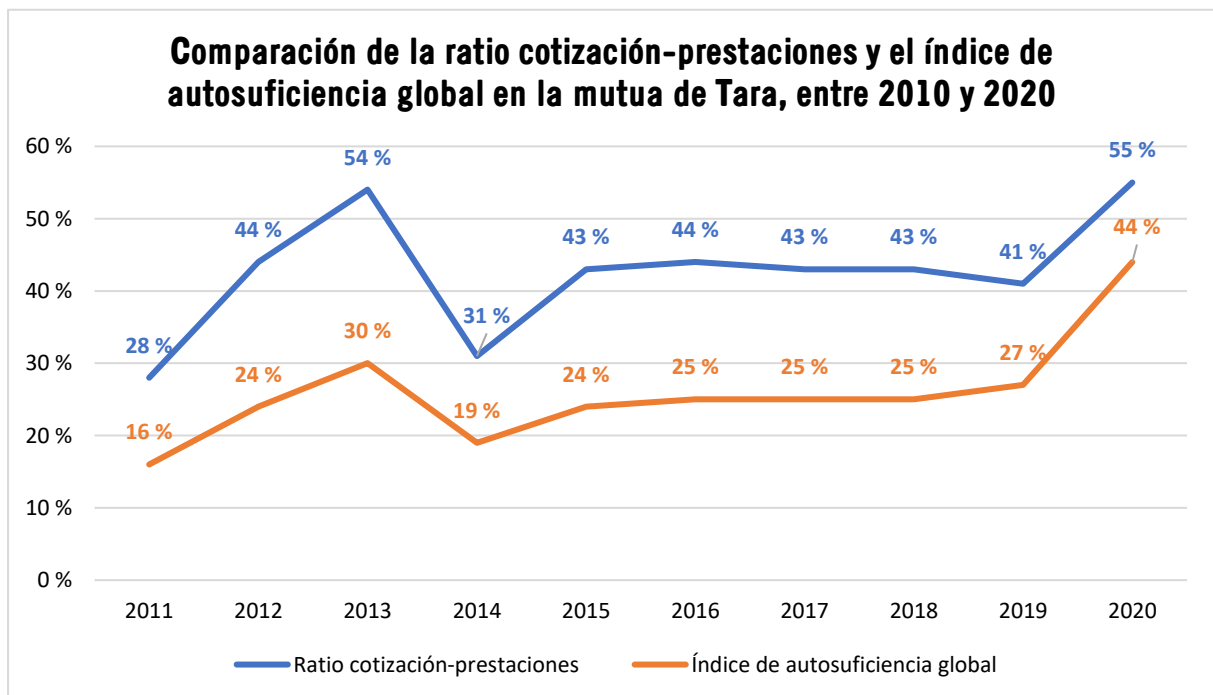
Cabe matizar que el fondo concedido por Emaús Internacional es el mismo desde el inicio, 15 000 euros al año. El resto lo financia Tara cada año, lo cual es prueba de la verdadera implicación del grupo para mantener la mutua en funcionamiento.

### Evolución del índice de autosuficiencia global en la mutua de Thanapara entre 2010 y 2020



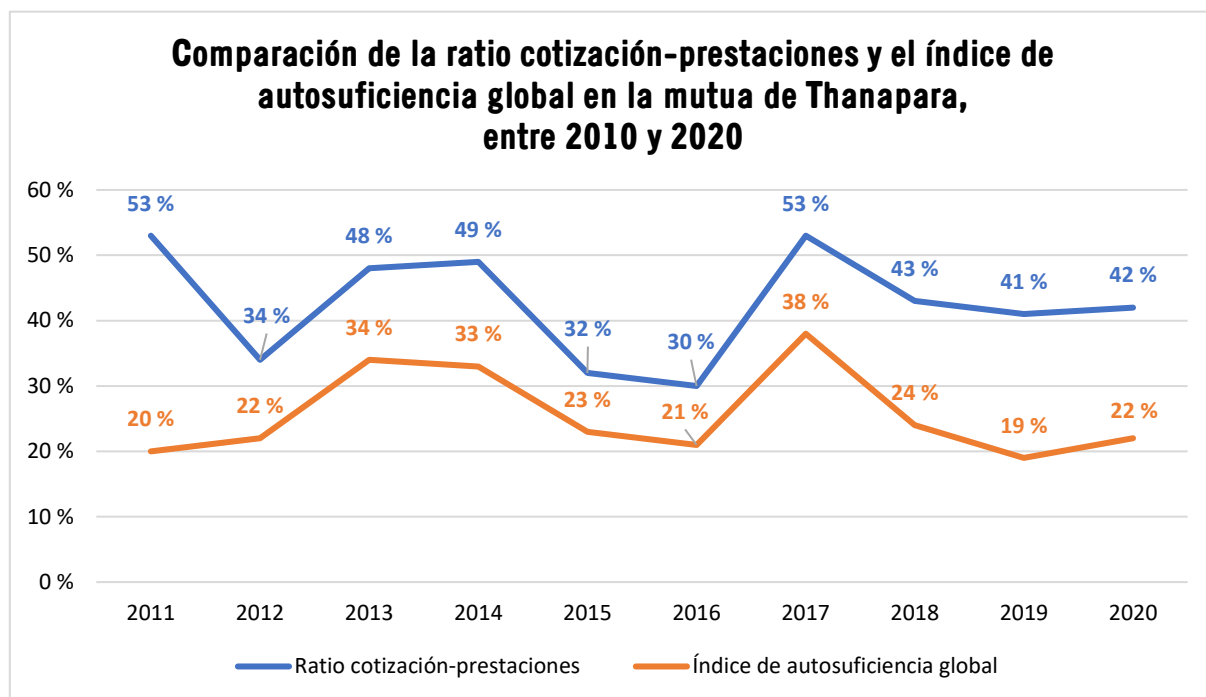
Observamos de nuevo la irregularidad de los índices de autosuficiencia. Por otra parte, debe analizarse aún el creciente aumento de ciertos costos de funcionamiento.

### Comparación de la evolución de las ratios cotización-prestaciones y de los índices de autosuficiencia global



Aunque no tenga una forma de gobierno participativa propiamente dicha, la mutua de Tara se caracteriza por su gran dinamismo en la acción. Cada mes se celebran decenas de actividades de

sensibilización o de reflexión, lo cual genera unos costos de funcionamiento considerables. La masa salarial dedicada al funcionamiento representa entre el 30% y el 35%, según el año.



En la mutua de Thanapara, la diferencia entre años la marca la masa salarial del funcionamiento — contable, conductor y coordinador—: representa un 10%-20% entre 2013 y 2017 y un 35%-45% en 2018, 2019 y 2020.

## e. El trabajo en red

Este es un eje importante en el desarrollo de una mutua. Hoy día, solo la mutua de Burkina Faso ha emprendido una labor en este sentido, que orienta en torno a los tres aspectos siguientes.

### Acercarse a organizaciones similares

En 2017 y 2018, la Junta Directiva dio pasos concretos para conocer otras mutuas de Burkina Faso y participar en diálogos de intercambio de experiencias —destinados a comprender el funcionamiento de cada mutua y poner en común ciertas prácticas—. Gracias a estos contactos, la Junta accede a nuevas ideas que pueden dar lugar a la aplicación de ciertas prácticas o aspectos técnicos del funcionamiento.

### Participar en una dinámica colectiva nacional

Desde la década de 2010, la mutua de Burkina Faso participa en la CAMUS<sup>8</sup>, una coordinación entre diferentes entidades mutualistas del país. En ella existe una junta —de la que forma parte la mutua de Emaús— compuesta por cinco miembros y asociada a un representante de las ONG AMSMADE y RAMS, que presta apoyo a la CAMUS y sus miembros para fortalecer las mutuas de salud de Burkina

<sup>8</sup> CAMUS-BF, Concertation des Acteurs de la Mutualité Sociale du Burkina Faso (Concertación de los Actores de la Mutualidad Social de Burkina Faso).

Faso en su estructura y su formación, teniendo por objetivos crear un movimiento mutualista a escala nacional y ejercer incidencia política en favor de un seguro de salud universal.

Por desgracia, la situación del país en materia de seguridad no ha permitido avanzar realmente en este punto. No obstante, en 2019 se creó una federación de mutuas sociales, que incluye a mutuas de diferentes formatos. Actualmente se está realizando una encuesta para mapear con mayor precisión estas mutuas (de tipo social, comunitario...).

### **Trabajar junto con las autoridades públicas**

Salvo en el marco de la CAMUS, la mutua de Burkina Faso no tiene relación directa con las autoridades públicas.

En cambio, se ha puesto en contacto con ella una oficina de estudios encargada por el Ministerio de Trabajo y Promoción Social, pues ha agendado entrevistas con personas clave de las organizaciones mutualistas para determinar las necesidades y expectativas en materia de indicadores de seguimiento de la ejecución de la política nacional de protección social.

Así, se ha celebrado una entrevista con la mutua, para saber quiénes son sus beneficiarios, en qué localidades interviene, qué perspectivas de ampliación tiene o qué nivel de satisfacción y qué reivindicaciones tienen sus miembros.

Hoy día, ya se han iniciado algunas experiencias piloto en el territorio nacional con miras a instaurar el seguro médico universal.



Presentación de las acciones de la mutua en los locales de Tara durante la época de covid-19 (India) ©Digital Rangrez (2021)

## IV. Visión de conjunto y evaluación de los programas mutualistas de acceso a la sanidad en 2020

Esta parte ofrece una fotografía de la situación de las mutuas a finales de 2020 y un análisis de las repercusiones de la pandemia de COVID-19 en su funcionamiento, para realizar a continuación un balance de los puntos fuertes y débiles de los programas y de sus participantes, con objeto de identificar algunas decisiones estratégicas que plantear y posibles líneas de trabajo.

### a. Una fotografía de las mutuas a finales de 2020

	Mutua de salud de Benín	Mutua de salud de Burkina Faso	Mutua de salud de Tara (India)	Mutua de salud de Thanapara (Bangladesh)
<b>Creación de la mutua</b>	2002	2002	2011	2011
<b>Territorios y sus contextos en 2020</b>	Mutua nacional (atañe a tres grupos: Pahou, AFA y Tohouè)  Tres zonas alejadas geográficamente, rurales y urbanas	Mutua nacional (atañe a cinco grupos, uno de ellos a prueba: ESO, SEMUS, Pag-la-Yiri, Benebnooma y Wend Yaam)  Cuatro zonas alejadas geográficamente, rurales y urbanas	Experiencia piloto de Asia  Zona urbana, Tajpur Pahadi, en el sector de Badarpur (periferia sur de Delhi)	Experiencia piloto de Asia  Zona rural, comunidad de Thanapara, aldea de Sardah
<b>Población destinataria</b>	Compañeras/os, empleadas/os y beneficiaras/os de las asociaciones  A medio plazo, se intentaría ampliar poco a poco el alcance a personas beneficiaras de microcréditos de asociaciones miembros de Emaús	Compañeras/os, empleadas/os y beneficiaras/os de las asociaciones  A medio plazo, se intentaría ampliar poco a poco el alcance a personas beneficiaras de microcréditos de asociaciones miembros de Emaús	Habitantes del barrio vinculados a Tara  Otros habitantes del barrio	Miembros del grupo de Emaús (tres categorías): miembros de las familias del personal empleado de la asociación (255); miembros de las familias de los/las productores/as artesanos/as (575); miembros de las familias de los/las niños/as escolarizados/as en Tara (450)  A medio plazo se busca ampliarla a las familias (3500) ya beneficiaras de microcréditos (invertidos

				con fines productivos en el sector agrícola)
--	--	--	--	--

<i>Número de afiliados a 31/12/2020 (total: 4892 afiliados)</i>	937 afiliados	1002 afiliados	2368 afiliados	585 afiliados
<b>Prestaciones sanitarias</b>	<p>Convenios con establecimientos sanitarios (hospitales, clínicas, centros de salud y laboratorios de análisis), para obtener tarifas preferentes, identificación de los mutualistas y atención automática y aplicación del sistema de pago por terceros</p> <p>Sesiones de salud preventiva o de educación para la salud para todos los miembros una vez por trimestre</p>	<p>Convenios con establecimientos sanitarios (hospitales, clínicas, centros de salud y laboratorios de análisis), para obtener tarifas preferentes, identificación de los mutualistas y atención automática y aplicación del sistema de pago por terceros</p> <p>Sesiones de salud preventiva o de educación para la salud para todos los miembros una vez por trimestre</p>	<p>Un centro de salud construido por Tara Projects en el barrio, que da acceso, por un precio módico, a medicamentos genéricos y básicos, consultas médicas de calidad con el doctor del centro, hospitalizaciones de día en el centro, mediciones de la tensión arterial y de la glucemia y servicios de fisioterapia</p> <p>Acceso gratuito a los «campamentos de salud» organizados por Tara (atención de oftalmología y otros)</p> <p>Sesiones regulares de salud preventiva y educación para la salud sobre temas corrientes</p> <p>Tarifas preferentes en varios laboratorios de análisis médicos (-50%)</p> <p>Derivación a otros hospitales (públicos o privados) para obtener atención de calidad y asequible</p> <p>Operación de cataratas gratuita para los miembros en la clínica</p>	<p>Un centro médico adaptado, traído a las instalaciones del grupo, que da acceso, por un precio módico, a medicamentos genéricos y básicos, consultas con un enfermero, hospitalizaciones de día, mediciones de la tensión arterial y de la glucemia y servicios de fisioterapia</p> <p>Acceso gratuito a los «campamentos de salud» organizados por Thanapara (atención de oftalmología, ginecología, etc.)</p> <p>Derivación al hospital público local para servicios más específicos</p> <p>Servicio de ambulancia para traslados al hospital de Rajshahi</p> <p>Una colaboración, aún en trámites, con la universidad de medicina para obtener más servicios médicos específicos</p>

				Shroff	
<b>Cotización</b>	<b>Tramos de ingresos</b>	<b>Cuota familiar</b>	<b>Cuota individual</b>	Individual y anual, variando según el número de miembros de la familia  Una sola persona: 250 rupias (INR)/persona/año (2,88 €)  Familia de hasta 3 miembros: 250 INR/persona/año (2,88 €)  Familia de 4 miembros o más: 200 INR/persona/año (2,3 €)	Individual y mensual: 15 takas (0,15 €)/persona/mes, es decir, 180 takas/persona/año (1,78 €)  Además, cada afiliado paga una cuota de entrada anual de 50 takas/persona (0,50 €)
	Ingresos inferiores a 30 000 francos CFA al mes	2000 FCFA / mes	400 FCFA / mes		
	Ingresos de entre 30 000 y 90 000 FCFA al mes	2500 FCFA / mes	480 FCFA / mes		
	Ingresos superiores a 90 000 FCFA al mes	3000 FCFA / mes	560 FCFA / mes		
<b>Funcionamiento de los órganos de gobierno</b>	Asociación constituida (pero no funcional)	Asociación con cargos (miembros del Comité Ejecutivo y del Consejo de Administración) electos en la Asamblea General		No hay órganos con cargos electos	No hay órganos con cargos electos
<b>Coordinación y dinamización</b>	Referentes locales (3) + secretaria de Emaús Benín + médico asesor	Asociación (4 miembros) + referentes locales (5) + secretaria de Emaús Burkina Faso + puntos focales de apoyo y		Jefe de proyecto (1) + trabajadores sociales de Tara (4) + Médico (1) + representantes comunitarias/os (8) + jóvenes voluntarios/os («health workers») (8)	Empleados de Thanapara (2) + enfermero (1) + representantes electas/os (6)



		asesoramiento (5)		
<b>Fondo anual aportado por Emaús Internacional</b>	20 000 €	20 000 €	15 000 €	10 000 €
<b>Última visita de terreno</b>	2017	2017	2015	2016
<b>Última reunión de coordinación internacional</b>	2014	2014	2014	2014
<b>Ingresos propios de 2019</b>	6914 €	9326 €	7195 €	1481 €
<b>Gastos de 2019</b> (sanitarios + de funcionamiento)	18 835 €	13 521 €	26 725 €	7730 €
<b>Autosuficiencia económica en 2019*</b>	37 %	69 %	27 %	19 %

\*La autosuficiencia económica está calculada en base a los costos ligados al reembolso de los gastos sanitarios más los costos de funcionamiento, en relación a los ingresos procedentes de las cuotas. Hemos preferido indicar el índice de autosuficiencia de 2019 en vez del de 2020, pues, si bien este último es más elevado, es menos representativo, debido a la crisis.

## **b. El papel de las mutuas de salud durante la pandemia de COVID-19 (en 2020)**

En 2020, el contexto sanitario mundial ha detenido bruscamente la persecución de los objetivos fijados para cada mutua. Aunque se han mantenido las actividades mutualistas, los equipos locales de Emaús que las acompañan se han centrado en la acción urgente.

Para ayudar a sus beneficiarios durante la crisis, las mutuas se han nutrido del fondo de emergencia de Emaús Internacional. Gracias a él se ha podido financiar la aplicación de las **medidas barrera individuales y colectivas** mediante lo siguiente:

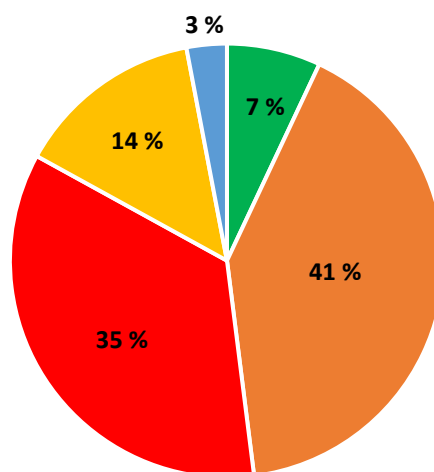
- > la compra y distribución de mascarillas, gel hidroalcohólico y kits de higiene;
- > la disposición de puntos de lavado de manos en los grupos y en los lugares de reunión de los mutualistas —con agua limpia, incluso potable, y jabón—;
- > la desinfección de los lugares y objetos potencialmente contaminados en los grupos y en los lugares de reunión de los mutualistas;
- > la compra de termómetros láser para medir con regularidad la temperatura de los miembros de los grupos y de las mutuas.

Las mutuas también se han esforzado por **paliar, en la medida de lo posible, las consecuencias socioeconómicas** de la pandemia para los mutualistas. Sobre todo:

- > han organizado repartos de alimentos básicos —para favorecer el refuerzo del sistema inmunitario—;
- > han dispuesto puntos —gratuitos de manera temporal— de acceso al agua potable;
- > han autorizado a los mutualistas y sus familias a seguir recurriendo a los servicios y los centros sanitarios, asumiendo el costo de las cuotas de los afiliados —correspondiente a entre tres y seis meses—.

Los fondos de emergencia para la COVID-19 destinados a las mutuas se han repartido del siguiente modo:

### Empleo de los fondos de emergencia para la COVID-19 destinados a las mutuas



- Sensibilización para el cambio de hábitos
- Acceso a alimentos básicos
- Acceso seguro a agua potable
- Aplicación de medidas barrera individuales y colectivas
- Acceso a servicios y establecimientos sanitarios

El fondo de emergencia creado por Emaús Internacional también ha servido para que los mutualistas y sus familias interioricen los gestos barrera, por medio de actividades de sensibilización sobre buenas prácticas adaptadas a los diferentes contextos locales: sesiones en pequeños grupos sobre el hábitat de los mutualistas en Badarpur, mensajes en las emisoras de radio locales en Burkina Faso, difusión mediante pregoneros en las aldeas de Bangladesh o diversos mensajes a través de los grupos de Whatsapp en Benín.

### **c. Los puntos fuertes y débiles del enfoque de Emaús Internacional**

Emaús Internacional sostiene la idea de que, con decisiones políticas firmes y medios económicos adecuados —y a pesar de los numerosos obstáculos—, es posible situar a las personas excluidas en el centro del diseño, la construcción, la puesta en marcha y la gestión de los programas de acceso a los derechos fundamentales.

#### **LOS PUNTOS FUERTES**

##### **Mirar al largo plazo**

El tiempo es una condición esencial para trabajar en el cambio y obtener algo duradero. Es un parámetro fundamental en los ámbitos donde existen múltiples dificultades (extrema pobreza, una población que sobrevive gracias a la economía informal, altos índices de analfabetismo, privatización de los servicios públicos básicos...). Convencer a las personas que viven en estos contextos de que se puede pasar de una situación sufrida a otra donde se tiene un papel activo no es algo que pueda hacerse en unos años.

##### **Las maneras de construir**

Para que las iniciativas sean duraderas, también es fundamental que las personas interesadas no perciban lo construido como un mecanismo impuesto. Por eso es imprescindible organizar espacios de participación que permitan que todo el mundo se sienta implicado y contribuya a la elaboración de los proyectos.

##### **Adaptarse al contexto**

El enfoque del movimiento Emaús para los programas de las mutuas requiere un cuestionamiento y una adaptación permanentes. Podemos inspirarnos en algunos modelos, pero no reproducirlos de manera idéntica. Los sistemas mutualistas deben ajustarse a los diferentes contextos locales en el plano sanitario, el económico, el cultural...

##### **El deseo de hacer que evolucionen los códigos sociales y las mentalidades**

El día a día de las personas con las que trabaja el movimiento Emaús y de su entorno viene dictado por la urgencia de sobrevivir. La solidaridad pasa a un segundo plano. Es una decisión importante sensibilizar a estas personas sobre lo útil que puede resultar tener un objetivo común y hacerles entender el beneficio que pueden obtener si ponen en común los recursos individuales para acceder a un derecho.

Se trata también de fortalecer la organización colectiva y el sentimiento de pertenencia a una comunidad.

En paralelo, el enfoque del movimiento fomenta la asunción de responsabilidades por parte de los miembros de las mutuas. Es el caso de los referentes locales en África o de las mujeres en la India y Bangladesh —estas suelen tomar la iniciativa y, en algunos casos, se convierten en líderes dentro de su comunidad—.

## LOS PUNTOS DÉBILES

### Mantener la implicación a largo plazo

Paradójicamente, mantener la implicación con una mirada a largo plazo —punto fuerte del programa— no es fácil y se puede tropezar con varios obstáculos:

- > Dentro de los grupos que sostienen los programas mutualistas pueden surgir otras prioridades que releguen el programa a un segundo plano. Por otra parte, si la consecución de los resultados que se esperan requiere demasiado tiempo, es probable que baje el involucramiento y cunda el desánimo.
- > Para los cargos electos del movimiento también resulta difícil brindar acompañamiento y dinamización durante un largo periodo. Son tan fuertes las limitaciones de los contextos en los que se construyen las mutuas que aplicar las distintas medidas y operar cambios concretos suele resultar muy lento. Una vez más, pueden surgir otras prioridades que obliguen a los cargos electos a tomar ciertas decisiones. Además, este tema no incumbe directamente a los grupos de buena parte de los cargos electos (los europeos viven en otra realidad con respecto al acceso a la sanidad; a los americanos, que no tienen proyecto piloto en el ámbito de la salud, les cuesta más ver los factores que rodean a los programas).
- > Por último, adentrarse en un programa mutualista requiere una inversión económica y presupuestos consecuentes y constantes.

### La dimensión «micro» de la iniciativa

El movimiento decidió desarrollar sus mutuas en contextos de pobreza —extrema en algunos casos—, lo cual inevitablemente confiere al proyecto un perímetro limitado. La débil y frágil capacidad contributiva de los afiliados —que necesita de un apoyo constante (por parte del grupo local, de las reservas constituidas o de la solidaridad internacional)— o la escasa predisposición de los mutualistas a ejercer una labor de incidencia política en el plano local o el nacional limitan la amplitud del proyecto.

## d. Los puntos fuertes y débiles de los modelos mutualistas

Una vez presentada una fotografía de la situación de las cuatro mutuas, conviene examinar sus bazas y sus flaquezas. Procederemos a hacerlo por tipo de mutua, ya que, claramente, estas responden a dos modelos: uno, el desarrollado en África, que sirve de seguridad social básica, y otro, en Asia, que se basa en unos centros de salud en torno a los cuales se organiza el acceso la atención sanitaria.

## LOS PUNTOS FUERTES DE LAS MUTUAS DE EMAÚS

### EN ÁFRICA

### **En lo que respecta al acceso a la atención sanitaria**

- > El sistema de afiliación por familias funciona bien. En los últimos diez años ha favorecido un aumento constante del número de mutualistas, ha brindado cobertura a todos los miembros de una misma familia y ha permitido compartir mejor los costes de la atención sanitaria.
- > La cotización progresa de manera regular desde hace diez años. Los miembros mutualistas comprenden mejor la mutua como sistema de solidaridad, sobre todo con la cotización adaptada según tramos de ingresos, lo cual parece más justo desde un punto de vista social.
- > Gracias al vínculo económico que existe entre los grupos y la mayoría de los mutualistas se ha podido instaurar un sistema de cotización mediante retención en el salario —de los empleados afiliados—, generalizado tanto en Benín como en Burkina Faso. Esto facilita y asegura la cobranza de las cuotas.
- > La oferta de prestaciones permite cubrir las necesidades más frecuentes de los mutualistas y tiene reglas claras sobre la cobertura de los gastos o las prestaciones que se excluyen. Se celebran con frecuencia sesiones de educación para la salud; en ellas se puede responder a las preguntas de los mutualistas y se refuerza la apropiación por su parte de esa herramienta colectiva que es la mutua.
- > Cabe añadir que en África las mutuas han establecido convenios con establecimientos sanitarios, tejiendo una red que crece en los distintos territorios. La adopción del pago por terceros es un avance considerable y los lazos con los establecimientos colaboradores se van consolidando con el tiempo.

### **En lo que respecta al funcionamiento**

- > Los marcos jurídicos de cada una de las dos asociaciones están definidos por medio de unos estatutos y un reglamento interno. Los textos detallan las reglas, el papel de los cargos electos y los procesos democráticos. No obstante, las instancias solo funcionan en Burkina Faso, donde los cargos electos actuales desempeñan completamente su papel, en una asociación dinámica donde palpita el involucramiento voluntario y que asume sus responsabilidades ante los problemas a los que se enfrenta.
- > Hay muchas personas implicadas en la dinamización de las mutuas, lo cual se traduce en la participación, a veces muy activa, de un gran número de mutualistas. Estos están también muy bien informados sobre el avance del trabajo de la mutua.
- > Los instrumentos de gestión y de informe permiten seguir la evolución y gestionar el marco del acceso a la atención médica. Cada mes, los referentes locales y el Comité Nacional de Gestión de cada mutua realizan un seguimiento —serio y regular, por lo general—. En Burkina Faso se realiza un informe cualitativo sobre cada reunión o espacio de trabajo que tiene lugar, ya sea a escala local o nacional. Por otra parte, en este país se está dando un nuevo intento de organización del trabajo en el plano local, para compensar el déficit de implicación de los responsables de grupo y apoyar a los referentes locales en su actividad en el territorio.
- > Las cuentas gozan de buena salud y la llevanza de la contabilidad es adecuada, tanto en Benín como en Burkina Faso. Los fondos de Emaús Internacional se emplean con transparencia. La ratio cotización-prestaciones y el índice de autosuficiencia global progresan en las dos mutuas gracias a las medidas introducidas con la reforma. Los miembros de las mutuas se esfuerzan por buscar soluciones —como los contenedores o las contribuciones anuales de los grupos— para aumentar la capacidad económica de estas.

## EN ASIA

### En lo que respecta al acceso a la atención sanitaria

- > Tanto en la India como en Bangladesh, las mutuas cuentan con las fuerzas locales de un único grupo. La determinación de estos grupos y de sus responsables es sólida y los recursos humanos y/o económicos que se dedican a los programas, notables.
- > El potencial de afiliación es muy fuerte en las dos mutuas asiáticas. En Tara se está logrando el paso de la afiliación individual a la cotización familiar.
- > La creación de las mutuas ha incrementado considerablemente el sentimiento de seguridad sanitaria, ya que estas poblaciones no tienen más alternativas para recibir atención de calidad.
- > También han aumentado la solidaridad y la cohesión en el barrio y en el grupo. El centro de salud que Tara construyó en medio de la zona este de Badarpur se ha convertido en un lugar de encuentro y de vinculación social; en Thanapara, el centro de salud cumple la función de un establecimiento sanitario rural básico que puede derivar a los pacientes hacia los establecimientos más cercanos y mejor equipados.
- > El importe de la cuota anual es asequible para todos los mutualistas, incluso para los más pobres. En Tara, gracias al sistema de cotización anual, la mutua puede cobrar casi todas las cuotas en un mismo periodo; en Thanapara, la estrecha relación económica que hay entre la mutua y sus miembros —con el personal empleado, las/los artesanas/os productoras/es y las/los beneficiarias/os de microcréditos— y los lazos de proximidad —con los miembros de la escuela— facilitan la cobranza.
- > El crecimiento de la red de colaboradores y el aumento de la oferta de servicios dispensados en el centro de Badarpur se traducen hoy día en una gama más amplia de prestaciones para los mutualistas a un precio módico. Dicho de otra forma: el costo total de las prestaciones no es un gran peso para el sistema.
- > Por último, en general, la creación de las mutuas tiene unas repercusiones que van mucho más allá del acceso a la atención sanitaria. Hace que emerjan líderes y que las mujeres asuman papeles de responsabilidad, de manera que estas pueden superar ciertas barreras sociales ligadas a los sistemas patriarcales.

### En lo que respecta al funcionamiento

- > Existen espacios colectivos, gracias a los cuales se dan una participación comunitaria (sobre todo de las mujeres) y un funcionamiento democrático. También hay representantes comunitarias/os electas/os.
- > En términos de dinamización, los grupos de Tara y Thanapara se organizaron rápidamente para crear equipos y/o disponer lugares de encuentro. En Tara, la dinamización es una de las grandes bazas de la mutua, con actividades de salud, un sistema y unos procedimientos bien asentados. Hay espacios que refuerzan los conocimientos de los mutualistas sobre los hábitos de salud básicos o sobre el funcionamiento de la mutua. También hay algunas personas implicadas del barrio —las/los representantes comunitarias/os y jóvenes voluntarias/os— que reciben formación sobre el seguimiento y las pruebas médicas básicas.
- > Los instrumentos de gestión y de informe son digitales. En general, son detallados y están bien mantenidos, lo cual facilita la supervisión de la evolución de la mutua —las afiliaciones, la cotización, las prestaciones...—, así como el análisis y el cruce de los datos.

- > La relación entre los gastos y los ingresos relacionados con la actividad sanitaria se encuentra en niveles aceptables para tratarse del primer decenio, y ello a pesar de las dificultades económicas, sanitarias y estructurales, tanto en la India como en Bangladesh. Las dos mutuas buscan nuevas fuentes de ingreso desde hace diez años. Cabe mencionar que el índice de autosuficiencia se ha estabilizado en los últimos años —con la excepción de 2020— y que se han identificado medidas con las que este podría mejorar.

## LOS PUNTOS DÉBILES DE LAS MUTUAS DE EMAÚS

### EN ÁFRICA

#### En lo que respecta al acceso a la atención sanitaria

- > No se dispone de un panorama a escala nacional (sería deseable que fuese informatizado) sobre los miembros afiliados de cada familia, la composición de las familias, su historial de cotización o el del acceso a la atención sanitaria.
- > Tanto en Benín como en Burkina Faso debe realizarse un trabajo en cada territorio, con la coordinación de los responsables de grupo, para proponer posibles líneas para extender las mutuas a públicos cercanos a los grupos o a colaboradores de la zona. Es importante reflexionar en colectivo sobre esta apertura y construirla de la misma manera, ya que los intentos de ampliación que se han dado hasta el momento —de manera puntual y no concertada— han ocasionado problemas.
- > El pago de las cuotas por parte de los grupos mediante retención en las nóminas de sus empleados sigue siendo demasiado irregular —especialmente en Burkina Faso— y se observa que persisten problemas en la cobranza de las cuotas de los miembros mutualistas ajenos a los grupos. Además, habría que revisar los tramos de cotización, ya que fueron determinados hace más de diez años y no se ajustan a los ingresos de las familias, por la falta de transparencia que hay en las declaraciones de ingresos.
- > Otro punto débil es la persistencia de un comportamiento «de consumidor» entre los mutualistas, quienes solicitan con frecuencia que se amplíe la gama de prestaciones de salud sin ser realmente conscientes de que eso requiere encontrar la manera de financiarlo.
- > La prescripción y el uso de medicamentos genéricos sigue siendo inferior a los de los medicamentos de marca, a pesar de que estos son bastante más caros.
- > La frecuente rotación del personal en los establecimientos sanitarios complica el que este conozca los convenios. Por ello es imprescindible refrescar la información con frecuencia en estos establecimientos. Además, en Benín resultaría útil ampliar el número de convenios con estas entidades para así facilitar la generalización del sistema de pago por terceros.

#### En lo que respecta al funcionamiento

- > Si bien los órganos de gobierno de la asociación funcionan bien en Burkina Faso, el de Benín es el caso opuesto, pues no hay equipo electo desde 2016. En otras palabras, no hay impulso, ni seguimiento ni control, lo cual genera una falta de implicación en los propios mutualistas.
- > Hay aspectos de los estatutos que deben adecuarse a las realidades locales, especialmente por lo difícil que resulta encontrar personas dispuestas a involucrarse voluntariamente. Hoy día, los estatutos estipulan que se celebre una Asamblea General Electiva cada año, lo cual puede que no sea lo más adecuado, dado el tiempo que necesita un cargo electo para asumir sus funciones.

- > Algunas personas no cumplen con sus funciones por falta de voluntad o de tiempo, lo cual impide que las mutuas se desarrollen debidamente:
  - Los referentes reciben escaso acompañamiento y apoyo — mínimo en algunos casos—, a pesar de que ocupan un lugar central en la dinamización de la mutua. Su trabajo debe ser dirigido y seguido por los responsables de grupo, los cargos electos de la mutua, la organización nacional de Emaús y, desde una mayor distancia, por Emaús Internacional y Emaús África.
  - La insuficiente implicación de los responsables de grupo en los programas mutualistas frena claramente el avance de las mutuas. Algunos referentes están desanimados por falta de asesoramiento o apoyo adecuados. Por otra parte, son frecuentes los impagos o retrasos en la cotización a través de los grupos y los pagos irregulares e incluso la omisión en la contribución anual, lo cual fragiliza el equilibrio económico de las mutuas.
- > La relación entre las mutuas y los responsables de grupo es muy infrecuente en el mejor de los casos e inexistente en la mayoría de ellos, igual que la relación entre las mutuas y las organizaciones nacionales de Emaús. Sin embargo, estos vínculos podrían facilitar los intercambios de prácticas, la coordinación y el fortalecimiento a nivel nacional y mejorar la capacidad de negociación con las entidades sanitarias colaboradoras, así como las posibilidades de ejercer incidencia en las políticas públicas de este ámbito.
- > Es necesario informatizar los instrumentos de gestión y de informe, tanto para mejorar el seguimiento y el análisis de la evolución como para almacenar la información de manera segura, que a día de hoy está escrita a mano.
- > Los instrumentos de seguimiento económico son deficientes, lo cual no ayuda a anticipar los cambios, sobre todo en los gastos de funcionamiento.
- > Hay algunos gastos sanitarios —en principio excluidos de las prestaciones de las mutuas pero que, aun así, se han aceptado excepcionalmente para casos de enfermedades crónicas u operaciones quirúrgicas imprevistas— que pesan mucho en las cuentas y el «consumo» de ciertos servicios sanitarios o ciertos medicamentos sigue siendo elevado.
- > Tanto en Benín como en Burkina Faso, aunque estaban previstas en el funcionamiento, no se celebran reuniones del Comité de Control.

## **EN ASIA**

### **En lo que respecta al acceso a la atención sanitaria**

- > Las fórmulas de afiliación no están suficientemente orientadas hacia la afiliación familiar, por la débil capacidad contributiva de los afiliados. El pago anual de las cuotas también genera dudas.
- > El bajísimo nivel socioeconómico de los mutualistas complica la práctica del principio de solidaridad. En este contexto de economía informal muy precaria, parece difícil que Tara y Thanapara puedan conocer los ingresos reales de los afiliados. Por lo tanto, las cuotas son muy bajas en relación a los costos de funcionamiento.
- > En Tara no hay un vínculo sistemático entre los mutualistas y las actividades del grupo. En su gran mayoría, los mutualistas viven en el barrio donde trabaja el grupo, pero no están necesariamente ligados a él en lo económico o por sus actividades. Por esta razón, hay menor garantía en la cobranza de las cuotas. En Thanapara, el coeficiente de cobro de la cotización es bajo.



- > Los afiliados de estas dos mutuas tienen unas necesidades tan fuertes en materia de salud que siguen siendo principalmente «consumidores» de prestaciones, relegando a un segundo plano su papel como miembros activos de las mutuas. Además, la poca frecuente relación que los miembros tienen con estas no facilita que comprendan el sistema o que se impliquen.
- > La amplia gama de prestaciones que ofrecen ambas mutuas, a precios módicos, incita a los mutualistas a percibir las como algo exigible. Además, solicitan frecuentemente prestaciones adicionales. Sin embargo, la decisión de construir un centro de salud equipado, con un médico o un enfermero, conlleva un elevado costo de funcionamiento que se añade al de la inversión inicial, algo que supone una diferencia con respecto al modelo de África. Por otra parte, el reembolso de las hospitalizaciones es muy bajo —por prudencia presupuestaria—, mientras que precisamente esta es una de las principales razones de ser del sistema mutualista —compartir en colectivo los costos de la atención sanitaria—.
- > Por último, cabe señalar que, aunque existen otras experiencias mutualistas o comunitarias en estos territorios, no se ha dado ningún paso para ir a su encuentro y poner en común las prácticas y experiencias.

#### **En lo que respecta al funcionamiento**

- > Se observa falta de experiencia en el personal empleado de Tara y Thanapara en lo que respecta a la construcción de un sistema mutualista que implique a sus beneficiarios —en el acompañamiento brindado a los mutualistas para el ejercicio del gobierno de la mutua—. En paralelo, resulta difícil identificar posibles candidatos para renovar los puestos de referentes, ya que los mutualistas proceden de un medio particularmente desfavorecido. Añádase que el papel de los mutualistas está poco definido en la gestión de los programas.
- > Como de la dinamización de las mutuas se encarga principalmente el personal empleado de los grupos, esta labor está más centrada en los aspectos relacionados con la salud y no en la asunción de responsabilidades por parte de los miembros de la mutua.
- > Si bien en general los instrumentos de gestión y seguimiento se llevan al día adecuadamente, algunos de ellos no incluyen detalles que ayudarían a tener una mejor perspectiva y a realizar análisis y proyecciones. El seguimiento a nivel local y el envío de documentos de informe no son suficientemente regulares, los datos cualitativos son escasos y las memorias anuales de actividades no son lo bastante exhaustivas.
- > Hoy día sigue pareciendo evidente que las mutuas no podrían sobrevivir sin la solidaridad del movimiento. Los grupos tienen muchas dificultades: unos costos sanitarios prohibitivos en la India, unos costos de funcionamiento elevados —la masa salarial total de las mutuas asiáticas (gastos de funcionamiento más gastos de acceso a la sanidad) representaba en 2019 el 65% del presupuesto total anual en Thanapara y el 60% en Tara—, etc.
- > Debe mejorarse el seguimiento de las cuentas para ganar perspectiva: mantenerlas al día y con seguimiento a los presupuestos, distribuir los gastos, detallar los ingresos por prestaciones de salud...

### **e. Los puntos fuertes y débiles del acompañamiento que ofrece el movimiento**

#### **LOS PUNTOS FUERTES DEL ACOMPAÑAMIENTO DEL MOVIMIENTO**

## **Un acompañamiento colectivo**

Tanto en África como en Asia, el arranque de las mutuas llevó al movimiento a emprender una labor de acompañamiento coordinado, mediante un seguimiento riguroso por parte de los delegados en las reuniones del Comité Ejecutivo y del Consejo de Administración o la creación de espacios colectivos —el Comité de Coordinación Internacional y su homónimo regional— para reunir a las partes implicadas en los programas.

## **Espacios movilizados**

Para involucrar al máximo posible de personas en los programas se han dispuesto espacios comunes de trabajo y reflexión: talleres en las Asambleas Mundiales, encuentros anuales de las personas implicadas en los programas, campos de trabajo... Estas actividades han tenido un fuerte poder de movilización y la implicación de las distintas personas se ha incrementado claramente tras estos momentos compartidos.

## **Una fuerte movilización por parte del movimiento**

La dinámica que se generó con la creación de las mutuas despertó interés e involucró ampliamente a los diferentes escalafones del movimiento. En el plano internacional, muchos grupos dieron su apoyo; las instancias regionales hicieron de enlace y dinamizaron el trabajo; en la esfera local, la notoriedad y el conocimiento del territorio que poseen los responsables de grupo facilitó la construcción de estos sistemas y su desarrollo concreto.

## **La capacidad de adaptarse y cuestionarse**

A partir de 2008, ya desarrolladas las primeras experiencias piloto en África, el movimiento quiso someterlas a la mirada de personas expertas externas y/o del ámbito internacional. Estas señalaron las disfunciones de los sistemas construidos en un principio y nutrieron la reflexión sobre las decisiones necesarias para poner remedio.

Por otra parte, a partir de 2009-2010, algunos de los grupos que apoyaban a las mutuas africanas desde hacía ocho años empezaron a desanimarse. Entonces, el movimiento se esforzó por transmitir más información sobre la evolución de los programas de la siguiente forma:

- > entre 2010 y 2013, el tema aparecía con frecuencia en los instrumentos de comunicación de Emaús Internacional (véase el n.º 52 del *Tam-Tam*);
- > en Francia se celebraron reuniones anuales con los grupos involucrados para realizar balances de etapa, participar en la elaboración de los planes de acción siguientes y escuchar los testimonios de las personas implicadas en el terreno;
- > en 2013 se organizó en Tara y en Thanapara un campo de trabajo internacional dedicado a la salud en Asia, que permitió a los representantes de los grupos que apoyan los programas palpar el contexto real y participar de manera concreta en actividades del ámbito local.

Esta movilización incitó a nuevos grupos —principalmente comunidades de Francia e Italia y colectivos de comunidades (los grupos del oeste de Francia, por ejemplo)— a asociarse para plantear acciones de apoyo y a participar en las actividades del terreno.

## **Una solidaridad económica**

Esta ha sido clave y sigue siendo necesaria, aunque los índices de autofinanciación hayan progresado.

## LOS PUNTOS DÉBILES DEL ACOMPAÑAMIENTO DEL MOVIMIENTO

Desde 2016 se ha observado un manifiesto estancamiento en el acompañamiento del movimiento. Este se puede atribuir a varios factores.

### **Un acompañamiento político en retroceso por parte de las instancias regionales e internacionales**

En efecto, durante este periodo han sido raras las reuniones del Consejo de Administración y del Comité Ejecutivo que han tratado la cuestión de las mutuas de salud —en 2017 en el caso del Comité—.

En 2016, en 2017 y a comienzos de 2018, la Secretaría Internacional de Emaús alertó en varias ocasiones sobre la preocupante situación de las mutuas de Benín y Burkina Faso en materia de funcionamiento de los órganos, dinamización local e implicación de los grupos del lugar. Se han realizado cuatro visitas de terreno —dos a Benín y dos a Burkina Faso— que han servido para dinamizar de nuevo a las partes implicadas locales, pero hay que reconocer que apenas ha habido seguimiento, cuestionamiento o búsqueda de mejoras.

No se trata de una decisión deliberada por parte de los cargos electos, sino más bien de las consecuencias indirectas de la Asamblea Mundial de Jesolo (2016). Esta abrió un periodo especialmente cargado de trabajo, por unas exigentes orientaciones destinadas a reactivar la solidaridad internacional, estructurar el discurso político de Emaús y dar vida a la herencia del Abbé Pierre y de los fundadores del movimiento —en 2018 se celebró el Foro Mundial de las Alternativas, en 2019 se cambió de método de trabajo en los proyectos de solidaridad (se elaboraron la guía de la solidaridad y un nuevo proceso para las solicitudes de ayuda), se han organizado campos de trabajo internacionales, se ha celebrado el cincuentenario del Manifiesto Universal...—. El programa también ha recibido de lleno el impacto de la crisis sanitaria de 2020. Por si fuera poco, los contextos políticos no han facilitado la organización de visitas de terreno, sobre todo en Burkina Faso (por la crisis en materia de seguridad) y en Bangladesh (crisis política y de seguridad).

Por otra parte, la Secretaría Internacional de Emaús, por estar muy solicitada para la aplicación de las nuevas orientaciones y por no disponer de medios humanos consecuentes con las necesidades, no ha podido acompañar con regularidad a las personas implicadas en las mutuas a nivel local en la consecución de los objetivos. Hasta la fecha, la Secretaría Internacional no dispone aún de personas dedicadas exclusivamente a este asunto ni de apoyo técnico externo —salvo para algunos momentos puntuales—.

Todo eso dibuja una dinamización casi inexistente por parte del movimiento y los grupos. Con la excepción de las memorias de actividades anuales presentadas en el Consejo de Administración, en este periodo no se ha realizado ninguna pieza de comunicación sobre el tema dirigida a los grupos y las intervenciones destinadas a movilizarlos e informarlos se han vuelto escasas.

Al mismo tiempo, hace años que no se reúnen ni el Comité de Coordinación Internacional ni el Comité de Coordinación Regional para organizar el trabajo (la última reunión en el plano internacional fue en 2014). Como consecuencia, las personas implicadas en los programas no pueden encontrarse para hacer un balance regular sobre la situación, compartir sus prácticas, plantear en colectivo la manera de superar las dificultades y, en general, reflexionar sobre el impacto de su trabajo en la lucha contra la pobreza y sobre el discurso político que convendría armar para promover el acceso a los derechos fundamentales.

Por último, debe señalarse que han dejado de celebrarse las reuniones anuales en las que se congregaban todos los grupos implicados y que servían para reforzar la información, la participación y la movilización (la última data de 2015).

### **Unas organizaciones nacionales inexistentes de cara a los programas de salud de Emaús Internacional**

Las organizaciones nacionales, tanto en Benín como en Burkina Faso, a pesar de las dificultades que atraviesan, tienen un papel importante que desempeñar a la hora de impulsar el proceso colectivo, estimular la dinamización en el plano nacional apoyando a los cargos electos de la mutua, fomentar la movilización y la reflexión... Sin embargo, nunca han estado realmente involucradas.

### **Un compromiso muy débil de las organizaciones regionales**

Parece que los escalafones regionales correspondientes del movimiento (Emaús África y Emaús Asia) no han encontrado la manera adecuada de participar en el seguimiento y el desarrollo de los programas de salud que se llevan a cabo en sus territorios. A veces se agendan pequeñas sesiones de información, pero suelen ser muy breves.

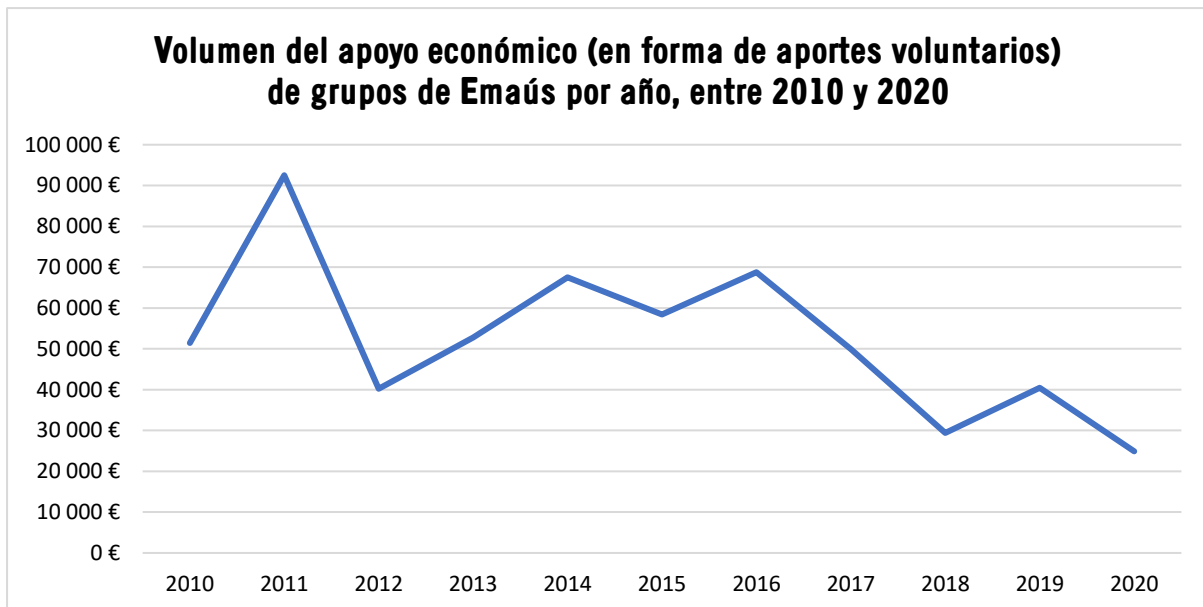
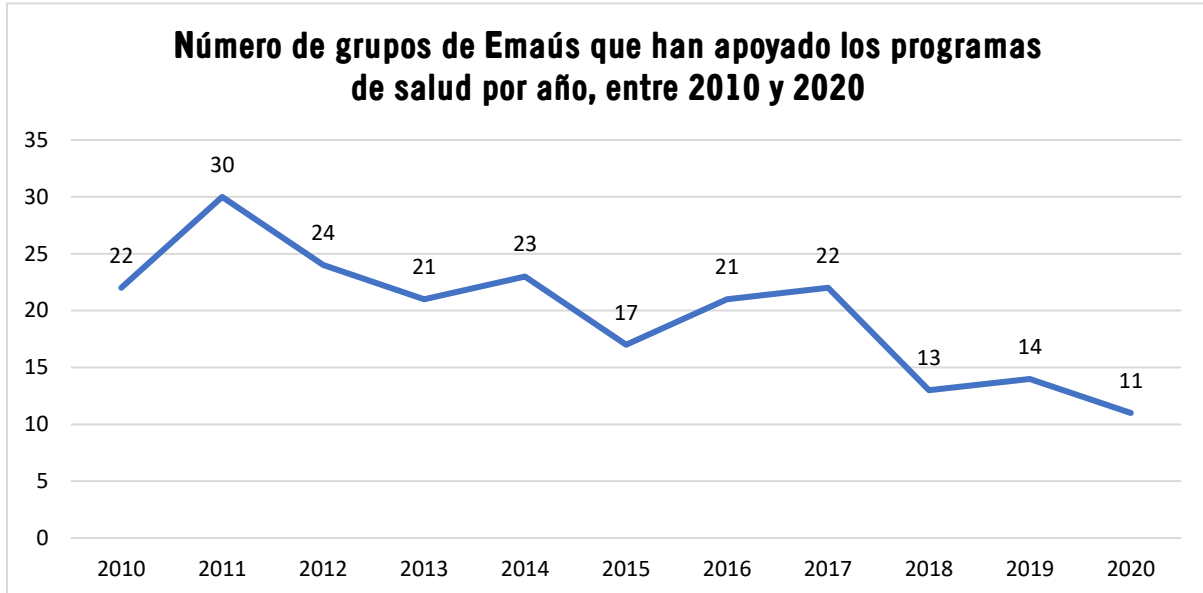
No se propone ninguna reflexión colectiva sobre los programas mutualistas, ya sea porque los cargos electos de la región no se sienten políticamente responsables de este proceso o porque no tienen vinculación directa con las mutuas —porque no haya ninguna en sus grupos o dentro de sus países—. No obstante, incluso en este último caso, sería interesante que participaran. Estos programas tienen mucho que ganar con los aportes, las sugerencias y las reflexiones de cada persona.

En cuanto a las secretarías regionales, si bien a veces pueden servir de enlace, hoy día no parecen estar en condiciones de acompañar estos programas.

### **Una movilización de los miembros del movimiento a la baja**

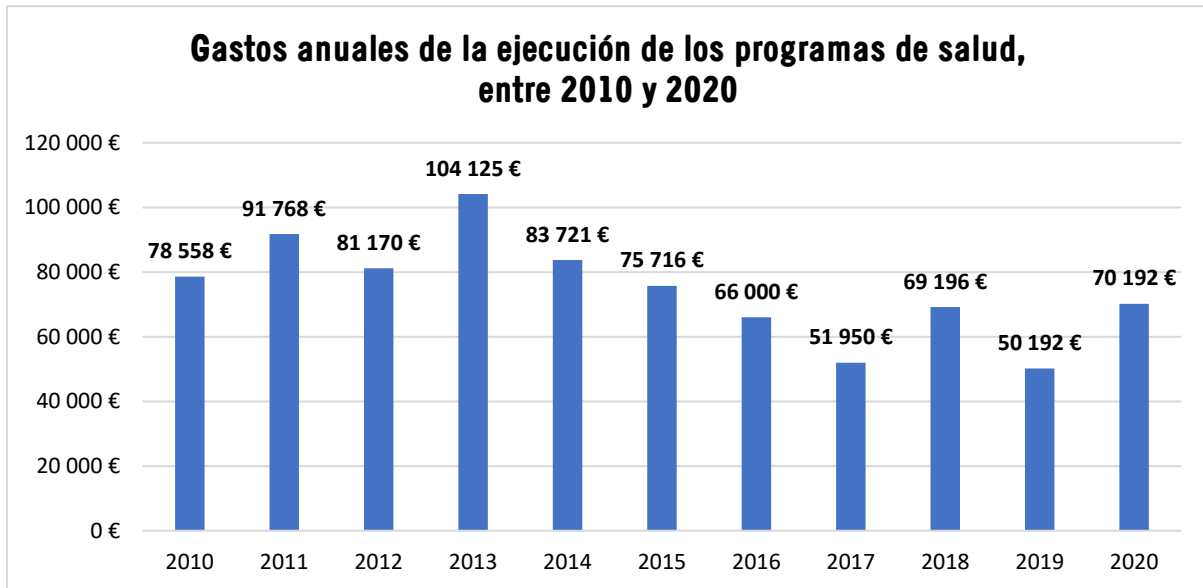
Actualmente escasea la información sobre la evolución de los programas mutualistas. Ya no se alimentan los diferentes canales de comunicación que se usan habitualmente. Los espacios de participación que solían celebrarse —como las reuniones anuales de las partes implicadas, los campos de trabajo...— ya no existen.

En general, desde hace unos años se observan claramente menos dinámica de acompañamiento, menos encuentros, menos visitas de terreno... Esta ralentización se palpa en todos los participantes, tanto en quienes trabajan *in situ* como en los otros grupos del movimiento que apoyan este proyecto colectivo. Por la falta de información —que les impide seguir la evolución de los programas—, unos pierden la motivación, otros dejan de prestar su apoyo...



Los gráficos anteriores ofrecen una visión de la disminución del número de grupos que prestan su apoyo a los programas de salud y del volumen de los aportes económicos entre 2010 y 2020. A día de hoy, estos aportes voluntarios no bastan para cubrir los gastos anuales de los programas; la diferencia se cubre mediante una porción de los beneficios obtenidos en las ventas solidarias y, a veces, en algunos salones regionales de Francia.

Se pueden observar igualmente algunas alzas puntuales, que corresponden a la celebración de encuentros y reuniones: en 2011, la Asamblea Mundial de Anglet; en 2013 y 2014, la celebración de reuniones anuales, de sesiones del Comité de Coordinación Internacional y del campo de trabajo de Asia, en torno a las mutuas; y, en 2016, la Asamblea Mundial de Jesolo.



Recuérdese que los gastos anuales de los programas mutualistas varían cada año. La media de este periodo se sitúa en 74 781 euros por año. Los gastos anuales comprenden:

- > el reembolso de la atención dispensada a los mutualistas —20 000 euros en Benín; 20 000 euros en Burkina Faso; 15 000 euros en Tara; 10 000 euros en Thanapara—;
- > los gastos de asesoramiento externo —de los expertos y los médicos asesores—;
- > los gastos relacionados con la dinamización de las mutuas en el plano local —en Asia— o nacional —en África—;
- > los gastos relacionados con la dinamización de los programas en el plano internacional —las reuniones del Comité de Coordinación Internacional, las misiones de terreno y los campos de trabajo—.

#### Interpretación del gráfico

- > En 2010 y 2011 —antes incluso de que arrancasen los programas asiáticos— los costos de desplazamiento, de ejecución y de asesoramiento experto son elevados —el asesoramiento para las mutuas asiáticas, el de la Mutualité Française para las africanas, el médico asesor de Burkina Faso y el de Benín—. Además, las mutuas asiáticas solo funcionan durante seis meses en 2011.
- > En 2012, al margen del apoyo para los gastos sanitarios, tienen lugar dos misiones de terreno en África —para preparar las Asambleas Generales Constituyentes— y una en Asia. El presupuesto del asesoramiento externo se mantiene estable.
- > En 2013 tienen lugar dos grandes acontecimientos: las Asambleas Generales Constituyentes de las mutuas de Benín y Burkina Faso —en las que participan representantes del Comité de Coordinación Internacional— y un campo de trabajo internacional de Emaús Asia —en Tara y Thanapara—, en el que colaboran representantes de grupos de Europa.
- > En 2014 se realiza una misión de terreno en Asia y otra en África.
- > A partir de 2015 no se recurre más al asesoramiento experto externo, con la salvedad de los médicos asesores de Benín y de Burkina Faso —este último trabaja con la mutua hasta 2015—.

- > 2016, año de la Asamblea Mundial de Jesolo, no deja lugar para preparar otros momentos de trabajo y reflexión. Se lleva a cabo una misión de terreno —con un miembro de la Secretaría Internacional y un cargo electo— en Burkina Faso y luego en Benín para acompañar a los participantes de las mutuas ante las crisis en materia de funcionamiento orgánico y/o de dinamización.
- > Los cuatro últimos son años de funcionamiento con un presupuesto mínimo: apoyo para los gastos sanitarios e intervenciones del médico asesor en Benín. Cabe señalar que en 2017 y 2019 el importe de los fondos transferidos a las mutuas de África asciende a la mitad, dados los avances de estas en autosuficiencia y gestión. En 2017 se realiza en África una visita de terreno complementaria de la de 2016.



Reunión de mutualistas de la Mutua de Salud de Thanapara (Bangladesh) ©Emaús Internacional (2017)



## V. Perspectivas para el futuro

Hoy día, gracias a las cuatro mutuas que ha construido, el movimiento posee un verdadero conocimiento experto de terreno. Es importante destacarlo y sacarle partido.

Si bien sigue siendo interesante la decisión original de orientar esta iniciativa piloto como un proceso y una dinámica —para no caer en el modelo de la gestión de proyectos—, conviene plantear un nuevo equilibrio para que pueda darse un acompañamiento duradero.

### a. Mejorar el acceso a la atención sanitaria y el funcionamiento de las mutuas

Gracias a estos programas mutualistas, el movimiento ha hecho posible que más de cinco mil personas tengan acceso a una atención sanitaria de calidad, al tiempo que ha involucrado a la población beneficiaria en el proceso de construcción de su propio sistema y ha congregado las competencias y la energía de una amplia paleta de personas y entidades participantes.

No obstante, se ha identificado una serie de líneas de mejora para los modelos construidos en África y en Asia, que deben aplicarse ahora para que pueda progresar la autosuficiencia de estas mutuas.

## PARA LOS MODELOS DE ÁFRICA

### SOBRE EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

Hay varios aspectos que podrían modificarse.

Por lo que respecta a las **afiliaciones**, en el marco de la gestión nacional resulta hoy imprescindible crear instrumentos más completos para poder introducir y actualizar con regularidad los datos y también para poder seguir mejor la evolución y así pulir la política de afiliación. En un primer momento, esto también permitiría comprobar con más precisión el estado de las afiliaciones antes de una posible apertura a afiliados externos.

Además, hay que reactivar el trabajo colectivo en cada territorio, bajo la coordinación de los responsables de grupo, para replantear la estrategia y las condiciones de la ampliación de la mutua y su apertura al exterior.

En términos de **cotización**, las mutuas tienen una tarea por delante: actualizar los tramos, que se establecieron hace más de diez años. Se trata de redefinir los tramos de ingresos en los que se basan las diferentes cuotas, para que el sistema sea más justo y más solidario. En el plano técnico, urge instaurar un sistema de débito automático, de las cuentas de los grupos hacia las de las mutuas, para transferir la cotización de los afiliados.

En lo tocante al acceso a la **atención sanitaria**, es necesario hacer balance de estos más de diez años de colaboración con los establecimientos sanitarios socios, incrementar el número de convenios en Benín, renegociar los convenios y crear una línea de trabajo sostenida para la dinamización en el plano local y la formación brindada a los establecimientos concertados y a los mutualistas.

De forma paralela y en vista de los puntos débiles y los deseos detectados, hace falta **revisar las prestaciones de salud**: poner techo a los medicamentos de marca y ciertos actos sanitarios —limitar su recurrencia o el volumen económico por cada afiliado— e incluir nuevas prestaciones, crear un fondo de solidaridad para poder asumir ciertas prestaciones no cubiertas, caras o excepcionales —habría que estudiar el funcionamiento, los criterios y los medios disponibles—.

Por último, sería útil comparar la cobertura sanitaria que ofrecen las mutuas con aquella a la que tiene derecho el personal empleado de los grupos en virtud de las cargas sociales que paga su empleador.

## **SOBRE EL FUNCIONAMIENTO**

A continuación, mencionamos algunas situaciones que deben tratarse con urgencia.

Acercas del **funcionamiento orgánico de las mutuas**, hay que planificar rápidamente Asambleas Generales Ordinarias y Extraordinarias (para fines de 2021 o inicios de 2022), con todo el trabajo previo que eso conlleva sobre los estatutos y sobre el acceso a la sanidad. Estas asambleas deberán ir seguidas de sesiones de formación para los cargos electos y los equipos operativos. Después, habrá que organizar y planificar el trabajo junto con los nuevos miembros de los Consejos de Administración y las Juntas Directivas.

En cuanto a la **dinamización**, Emaús Internacional debe organizar un encuentro con los responsables de grupo de Benín y Burkina Faso para abordar cuestiones como la implicación de los grupos y sus responsables, el compromiso de las organizaciones nacionales, las posiciones de estas y los recursos e instrumentos de trabajo de las secretarías nacionales.

También hay que realizar un trabajo colectivo junto con las distintas partes interesadas para pensar cómo organizar y desarrollar la dinamización en la esfera local y cómo compartir las prácticas que funcionan.

Esto requiere proporcionar un **acompañamiento** a los diferentes miembros de la mutua —los cargos electos y quienes trabajan en el terreno— acerca de sus misiones y tareas —en la dinamización y la gestión— y reforzar sus capacidades —mediante formación sobre la gestión, el uso de los instrumentos...—.

Además, efectuar una reflexión común entre las mutuas africanas podría servir para rediseñar, mejorar o crear los instrumentos de gestión y de seguimiento económico que lo requieran, los procedimientos y espacios de trabajo indispensables...

## **PARA LOS MODELOS DE ASIA**

### **SOBRE EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA**

En Asia, la prioridad de las mutuas es revisar las **políticas de afiliación**: decidir sobre la individual y la familiar, las tarifas y la frecuencia de la cotización y de las recaudaciones; observar y analizar el índice de renovación de las afiliaciones —en Tara—; hacer un seguimiento del coeficiente de cobro de la cotización —pensando una organización y un método (en el caso de Thanapara)—. Para ello, tras diez años de existencia parece adecuado efectuar un estudio social —sobre la composición de las familias—.

En Thanapara también habría que plantear la adopción de una estrategia de integración progresiva de los mutualistas beneficiarios de microcréditos, en función de las capacidades del programa para la dinamización.

Por otra parte, aunque parece complicado, dado el contexto socioeconómico de los mutualistas, sería muy interesante estudiar la posibilidad de **establecer cuotas diferentes** en función de los ingresos de la familia —en Tara— o de las categorías del personal empleado —en Thanapara—.

En lo que atañe al **acceso a la atención sanitaria**, deben revisarse varios aspectos: las tarifas que se practican en los centros de salud de las mutuas —sobre todo, la diferencia entre los precios para miembros y para no miembros— o la matriz de reembolso de las hospitalizaciones —especialmente en Thanapara—.

Al mismo tiempo, sigue siendo un desafío constante sensibilizar a los mutualistas ante el frágil equilibrio de la mutua y el peligro del consumo excesivo.

Por último, en Thanapara hay que revisar sin dilación la distribución de los costos ligados a la ambulancia entre los diferentes programas y proyectos del grupo.

## **SOBRE EL FUNCIONAMIENTO**

Hoy es primordial acompañar a las mutuas de Asia en la instauración de un **funcionamiento orgánico** similar al de una asociación, informal en el plano jurídico pero con papeles, misiones y espacios de reflexión, de propuesta y de decisión que gocen de un marco claro y definido.

En este sentido, el grupo de Thanapara necesita en particular un apoyo para establecer un sistema de **dinamización** del programa mutualista (y hay que redefinir el papel de los miembros asalariados).

En Asia también deben modificarse y adaptarse los instrumentos actuales de gestión y de seguimiento económico —o crear los que sean necesarios—.

Asimismo, parece importante que Emaús Internacional se posicione con respecto a la masa salarial de estas dos mutuas.

### **b. Mejorar el acompañamiento que ofrece el movimiento**

Para poner en práctica las mejoras planteadas, los distintos participantes de las mutuas necesitan sin lugar a dudas que el movimiento reactive su acompañamiento.

A la vista de las necesidades detectadas, es primordial decidir sobre la forma de **implicación de los cargos electos del movimiento**:

- > en el plano internacional: crear un nuevo grupo de coordinación internacional, integrado por cargos electos de Emaús Internacional, de cada una de las regiones donde hay mutuas y de los grupos que sostienen los programas;
- > en el plano regional: crear un grupo de trabajo y de seguimiento de las mutuas, con los responsables de los grupos, la secretaría regional y representantes de los mutualistas, para dar vida y hacer que progresen los programas de cada región, así como para compartir análisis y propuestas que se puedan elevar al plano internacional.

De igual modo, conviene dedicar a la cuestión algunos **recursos humanos específicos**:

- > En la Secretaría Internacional de Emaús se encarga de seguir los cuatro programas un solo empleado, pero les dedica un tiempo restringido, entre otras actividades que sigue, ya que el suyo no es un puesto dedicado exclusivamente a estas iniciativas. Las decisiones del movimiento sobre las perspectivas para el futuro deberán tener en cuenta la necesidad de identificar las fuerzas que la Secretaría Internacional dedicará a la ejecución de las nuevas orientaciones.
- > En el plano externo se requeriría un asesoramiento experto.

Además, es necesario pensar una **nueva dinámica de comunicación**, interna, por supuesto, pero también externa, en función de las decisiones que se tomen, sobre todo en lo tocante a la incidencia política.

Para terminar, interesaría definir el **apoyo económico** que el movimiento desea brindar a estos programas. En base a los presupuestos vigentes y en la perspectiva de que exista una coordinación internacional, el presupuesto anual para los cuatro programas actuales podría ascender a entre 90 000 y 100 000 euros como mínimo:

- > 15 000 € por programa —para acceso a la sanidad y funcionamiento a nivel local—;
- > 5000 € para acompañar cada programa —visitas de terreno, encuentros regionales de los participantes...—;
- > 20 000 € para la coordinación internacional —para el grupo de coordinación y los encuentros internacionales de las distintas partes interesadas—.

### c. Empezar nuevas experiencias

Si bien hoy día ya gozan de una atención de calidad unas cinco mil personas, estas no representan más que una minoría con respecto a todo el movimiento. La desigualdad en materia de acceso a la sanidad sigue siendo una realidad.

Por una parte, están los miembros del movimiento que viven en territorios —en Europa occidental, sobre todo en Francia— donde el Estado cumple con su función, mediante mecanismos de solidaridad y una protección social y sanitaria que funcionan, al menos mínimamente. También están los miembros del movimiento que, por formar parte de los grupos involucrados en el experimento de las mutuas de salud de Emaús, pueden acceder más fácilmente a una atención sanitaria de calidad.

Y luego... están los demás. Es cierto que algunos grupos emprenden iniciativas individuales con las que ayudan a personas o familias asumiendo costes de atención sanitaria más o menos importantes. Pero estas ayudas puntuales no pueden sustituir a un verdadero acceso a una atención de calidad.

Es más, desde hace años, muchos son los grupos que desean beneficiarse también de un programa mutualista.

Para avanzar, parece que el movimiento debe optar por una de las dos vías siguientes: construir sistemas mutualistas en nuevos territorios o elaborar un instrumento de Emaús a escala mundial para el acceso a la sanidad.

**Para elegir la mejor opción**, es fundamental hacerse las preguntas adecuadas y apoyarse en la experiencia de los últimos años, a la que hay que sacarle provecho.

## INICIAR NUEVAS EXPERIENCIAS MUTUALISTAS DE EMAÚS

Para construir una experiencia piloto hay que considerar una serie de aspectos importantes.

### Elegir el grupo (o los grupos)

Es decisivo que se den ciertas condiciones:

- > un contexto comunitario o semicomunitario que facilite la gestión y la dinamización;
- > vínculos económicos fuertes entre el grupo que lleve a cabo el programa de Emaús Internacional y los futuros mutualistas;
- > un muy buen conocimiento de los futuros mutualistas, para poder activar palancas si hay necesidad;
- > la posibilidad de hacer obligatorias inmediatamente las afiliaciones familiares para los miembros del grupo (o de los grupos);
- > la voluntad y la disponibilidad por parte de los responsables de grupo para seguir y supervisar la evolución del programa en cada fase e involucrarse en su dinamización en la esfera local;
- > la posibilidad de que el grupo ponga una/o o dos empleadas/os al servicio de la gestión local de la mutua —el seguimiento de los mutualistas, la dinamización a nivel local, la relación con los establecimientos sanitarios y sociales...—;
- > conciencia por parte del grupo de que es necesario que contribuya económicamente de manera permanente —sin que por ello el programa le pertenezca— y de que algunos gastos de funcionamiento anejos vinculados al programa no los asume Emaús Internacional;
- > capacidad para trabajar en colectivo, con objeto de acompañar a los mutualistas para que ellos mismos gestionen con el tiempo este instrumento común —una mutua no es propiedad del grupo que la acompaña ni de Emaús Internacional, sino de los mutualistas—;
- > aptitud para trabajar en estrecha relación con el movimiento o con otros apoyos externos a él.

### La necesidad de mantener el trabajo en el largo plazo y de realizar una inversión humana y económica

El tiempo de estudio previo al arranque de un sistema mutualista se estima en uno o dos años. Antes del inicio, hay algunas etapas imprescindibles:

- > Un tiempo para estudios y comprobaciones *in situ*, para analizar el contexto sanitario y social, explorar las capacidades del grupo o de los grupos, etc.
- > La preparación del grupo y de la población correspondiente para que se comprendan bien cómo funciona un sistema mutualista, sus principios, sus valores, las responsabilidades que conlleva... Esto requiere un largo trabajo de concientización que Emaús Internacional debe acompañar—y, hoy día, quizá junto con algunos miembros del movimiento con experiencia— y que puede durar seis meses.

Del mismo modo, hay que tener presente la inversión capital (humana y económica) y de largo plazo que deben hacer el grupo o los grupos correspondientes para iniciar, desarrollar, dar seguimiento y llevar a buen puerto un programa mutualista.

En resumen, se considera que hacen falta unos diez años para sentar las bases del sistema, hacer que funcione correctamente y tejer colaboraciones con establecimientos sanitarios locales o nacionales; y unos quince años para observar una evolución significativa —más autosuficiencia—.

### **Los medios humanos, económicos y de coordinación que necesitaría el movimiento**

Basándonos en las experiencias actuales, se podrían prever las siguientes necesidades económicas :

- > 15 000 € por programa y año —para los servicios sanitarios y el funcionamiento en el plano local—;
- > 5000 € por año para acompañar cada programa (visitas de terreno y acompañamiento inicial);
- > entre 2000 y 3000 € para los estudios sanitarios y sociales iniciales;
- > 5000 € si se elige recibir asesoramiento técnico externo durante la preparación y el arranque.

En función de la decisión que se tome sobre el modo de seguimiento y coordinación de los programas que ya existen, deberá ajustarse también la cuestión de los medios humanos. En los comienzos, acompañar a la mutua requiere mucha atención, ya sea por parte de la Secretaría Internacional o de un asesoramiento técnico externo.

## **CREAR UN INSTRUMENTO DE EMAÚS PARA EL ACCESO A LA SANIDAD DE LOS MIEMBROS DEL MOVIMIENTO**

Las necesidades de acceso a una atención sanitaria de calidad siguen siendo acuciantes en muchos de los países donde se encuentran los grupos miembros de Emaús. Por lo tanto, puede ser interesante pensar en un instrumento propio de Emaús a escala mundial para el acceso a la sanidad —una suerte de «mutua interna» del movimiento (para sus miembros y las poblaciones con las que estos trabajan)— mejor que en una multitud de mutuas.

En este sentido, en un primer momento se trataría de proveerse de una herramienta accesible a los miembros de los grupos de Emaús Internacional. Por supuesto, habría que efectuar una reflexión de envergadura para esbozar el perfil de esta herramienta, identificar las diferentes opciones posibles e iniciar estudios sobre su viabilidad.

Esta herramienta mundial, que se inscribiría dentro de un objetivo internacional, permitiría al movimiento llevar a cabo una iniciativa de una amplitud jamás alcanzada, ser más visible y tener mayor impacto.

Aquí se pueden explorar varios formatos posibles:

- > Una mutua internacional de Emaús:
  - ¿Para quién(es)?
  - ¿Qué cobertura ofrecería?
  - ¿Un acceso mínimo a la atención sanitaria para todo el mundo?
- > Una caja mutualista mundial de Emaús:
  - ¿Para ofrecer atención sanitaria a quienes no tienen ningún tipo de acceso a ella?
  - ¿Qué cobertura ofrecería?

El movimiento también debería preguntarse por la financiación, la gestión y el seguimiento.

- > ¿Podemos crear una herramienta así con los fondos actuales? ¿Deberíamos solicitar a los grupos apoyo específico para estos programas? ¿Deberíamos crear un sistema de solidaridad global entre los miembros del movimiento para el acceso a la atención sanitaria? (Por ejemplo, establecer un tipo de apoyo específico por parte de los grupos europeos o de los mismos miembros europeos, o bien aumentar las cuotas de los miembros de las mutuas...).
- > ¿Qué formas podría tomar el seguimiento por parte del movimiento? ¿Cómo organizar el sistema y con qué medios humanos? ¿Qué forma de gestión puede plantearse?

#### **d. Emplear la experiencia de las mutuas para la labor de incidencia política en favor de un derecho efectivo a la atención sanitaria**

Los programas piloto que lleva a cabo Emaús Internacional tenían tres objetivos principales:

- > mostrar mediante el ejemplo que las personas excluidas pueden ser agentes de cambio social;
- > construir proyectos piloto —con una dinámica colectiva e internacional— que puedan servir de ejemplo y reproducirse en otros territorios;
- > basarse en iniciativas de peso para construir campañas de incidencia política y cambiar las políticas de acceso a los derechos —en este sentido, las iniciativas piloto dan legitimidad al discurso político del movimiento—.

### **LAS MUTUAS DE EMAÚS: LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS EXCLUIDAS COMO MOTOR DE CAMBIO SOCIAL**

#### **La implicación de las personas más vulnerables**

En sus territorios, los grupos de Emaús trabajan con personas que, desde un punto de vista socioeconómico, se encuentran todas o casi todas en situación de pobreza —a veces extrema— y, por tanto, de exclusión.

Desde el inicio, el movimiento puso énfasis en la implicación de los miembros mutualistas, ya que uno de sus objetivos era que estas personas excluidas pudieran pensar, organizarse y construir ellas mismas en colectivo un sistema con el que recuperar y hacer suyo el derecho a la sanidad.

En gran medida, lo que importa no es tanto el concepto de la mutua en sí como el método de trabajo que adopta Emaús Internacional en este marco: el que cada persona, sea cual sea su condición social, pueda participar en un sistema mutualista es una regla ineludible del programa.

No obstante, esta afirmación por sí sola no basta: hay que fomentar esta participación, transmitir algunas claves para comprender el sistema, mantener una labor de comunicación, etc.

Así, a finales de 2000 se organizaron sesiones de información, sensibilización y preparación con los miembros —los futuros mutualistas— de los grupos de Benín y Burkina Faso. La idea era informarlos sobre el principio de la mutua y el sistema de solidaridad que conlleva, así como propiciar que reflexionaran previamente y en colectivo sobre algunos aspectos de este proyecto. En Asia, de igual

manera, se dispusieron algunos espacios colectivos desde el comienzo, con objeto de generar una participación comunitaria —especialmente de las mujeres—. La dificultad que algunas mutuas han encontrado es la de mantener esta colaboración en el largo plazo.

Involucrar a las personas beneficiarias desde el inicio en trabajos, programas o proyectos es **un método de trabajo, pero también un principio de acción**. La decisión política de fomentar la participación de las poblaciones correspondientes en el marco de un sistema mutualista —para que puedan acceder a sus derechos y actuar en pro de su propio futuro— tiene sus repercusiones; representa una importante carga de trabajo en materia de acompañamiento, dinamización, capacitación y solidaridad internacional.

En *Las voces de Emaús: I informe mundial sobre nuestras luchas contra la pobreza*, Emaús Internacional enuncia tres requisitos para salir de la pobreza. Uno de ellos es **involucrar a las personas vulnerables para que ocupen un lugar de pleno derecho en la sociedad**. Algunos sectores de la población están más expuestos que otros a la pobreza. Es sobre todo el caso de las mujeres, de las personas enfermas o con discapacidades, de las exiliadas, etc. Desde el comienzo y bajo el impulso del Abbé Pierre, el movimiento Emaús se construyó acompañando, integrando e implicando a las personas que este acogía. En su gobernanza y su gestión, el movimiento ha sabido crear espacios de formación, de debate y de decisión en todos los niveles. Es esta implicación lo que permite a las personas excluidas reconstruirse y volver a dar sentido a su vida al convertirse en agentes de cambio solidarios.

### La inclusión de las mujeres en la ejecución de los programas mutualistas

En los países donde se han construido mutuas de salud (Benín, Burkina Faso, Bangladesh y la India), la mayoría de las mujeres sufre una doble exclusión: por su situación económica, de extrema pobreza, y también por su condición social, la de ser mujer en una sociedad arraigada en tradiciones patriarcales. Esta exclusión las frena y afecta gravemente a su libertad, su capacidad de inversión, su participación en la sociedad o el ejercicio de su ciudadanía.

Sin embargo, como explica Elinor Ostrom, galardonada con el Premio Nobel de Economía, «las personas afectadas y confrontadas a la necesidad de garantizar y preservar un bien común crucial para su supervivencia tienen mucha más imaginación y creatividad que las que puedan tener las instituciones desde una mirada no empírica y lejos del terreno»<sup>9</sup>. Las políticas públicas, cuya misión es defender el interés general, deben luchar eficazmente contra la violencia de género y las desigualdades que golpean a las mujeres. Y esto requiere, entre otras cosas, que las mujeres participen en las decisiones que les incumben.

El programa mutualista de Emaús intenta obrar en esa dirección, aunque los esfuerzos en lo relativo a la implicación de las mujeres dependen de cada mutua.

Tomemos el ejemplo de la India y de la mutua de Tara. En este país, los cambios relativos a la situación socioeconómica de las mujeres aún tropiezan fuertemente con bloqueos de tipo jurídico y con el peso de las tradiciones religiosas. La mutua de Tara ha permitido que las mujeres salgan de su falta de acceso a la atención sanitaria y, al mismo tiempo, ha llevado a un refuerzo de las capacidades y un cambio de comportamiento en dichas mujeres. Al estar incluidas en la elaboración, la ejecución y el seguimiento del programa, algunas de ellas han desarrollado verdaderas habilidades para la toma de decisiones, el liderazgo, etc. En la mutua de Tara son muchas las mujeres que se involucran, hacen propuestas y toman la iniciativa. Y sus capacidades van más allá del mero marco de la mutua de salud.

<sup>9</sup> <https://laviedesidees.fr/Elinor-Ostrom-par-dela-la-tragedie-des-communs.html>.



Hay que reconocer que, cuando se brindan a las personas la libertad y la posibilidad de actuar, aparecen verdaderos cambios en su comportamiento. Además, esta dinámica supone una ruptura con el modelo patriarcal, dominante.

Una de las reivindicaciones del informe *Las voces de Emaús* es garantizar el acceso de las mujeres a la vida política y económica y luchar contra las desigualdades de las que son víctimas.

### **El rechazo a toda dinámica de privatización para garantizar que todo el mundo pueda acceder a la atención sanitaria**

La asistencia sanitaria es un derecho fundamental reconocido por numerosos tratados internacionales: la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o las convenciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Sin embargo, son innegables la disparidad entre los sistemas sanitarios de los diferentes países y las desigualdades que estos encierran. En la mayoría de los países con producto interior bruto bajo o muy bajo, las necesidades en materia de salud y medicamentos no están cubiertas. Los bajos ingresos, las grandes proporciones de la economía informal y la escasez de recursos públicos restringen la cobertura sanitaria y el acceso de la población a una atención de calidad. La situación de estos países se ha agravado en estos últimos veinte años por la reducción del gasto social público y por cómo se ha ido transformando el sector sanitario en una mercancía, de manera cada vez más acentuada. Así, crecen cada día las desigualdades entre las poblaciones más empobrecidas y las más acomodadas.

Al contrario, los países llamados «desarrollados», con abundancia de equipamientos y productos, participan implícitamente en un reparto no equitativo de los bienes necesarios para la salud de la población.

A esta disparidad a nivel mundial se añade la carrera desenfrenada hacia la privatización y la mercantilización de la sanidad. En Badarpur, en el sudeste de Delhi, la población se enfrenta a unos precios prohibitivos en la sanidad privada —desgraciadamente, la mayor parte del sector sanitario—. Por lo tanto, no puede acceder a la sanidad. Para recibir atención, le quedan dos opciones: un servicio hospitalario público deficiente, con medios muy limitados y unas plataformas técnicas precarias, o los «*quakes*» —falsos médicos que se lucran vendiendo medicamentos falsificados o caducados—, muy frecuentes en los asentamientos informales.

Las mutuas de salud que desarrolla Emaús Internacional buscan preservar el carácter no lucrativo de la sanidad. Representan una alternativa a un modelo económico y financiero «ultraliberal». Contrariamente a la lógica del sector privado, aquí se trata de poner en común las fuerzas y los recursos para compartirlos. Si bien el importe de las cuotas se adapta a los ingresos de las familias afiliadas, cada familia goza de las mismas prestaciones, lo cual genera una forma de solidaridad y de reparto de las riquezas entre los miembros. De esta forma se contribuye a reducir las desigualdades al tiempo que se responde a un objetivo de interés general.

Hace muchos años que Emaús Internacional viene denunciando la privatización de los bienes comunes. El informe *Las voces de Emaús* nos lo recuerda: la sanidad no está en venta. Es un derecho, un bien común que beneficia a la vez a los individuos y a la sociedad en su conjunto. En su segundo requisito para salir de la pobreza, el movimiento recuerda que es urgente **resituar el interés general en el centro de las políticas públicas**. Para ello, apela a la protección de los derechos fundamentales, entre los que se encuentra el derecho a la salud, favoreciendo la gestión colectiva de los bienes comunes. El acceso al bien común es una práctica social, una forma de «estar y actuar

juntos» para gestionar y garantizar la sostenibilidad de un recurso en aras del interés general. El bien común no lo constituye solamente el recurso, sino que incluye también a la comunidad que lo gestiona y las reglas para gestionarlo que esta se fija. Estamos aquí ante un aspecto eminentemente político.

La experiencia de las mutuas de salud de Emaús demuestra que se puede garantizar el acceso a la atención sanitaria a las personas excluidas de los sistemas privados existentes, demasiado caros. Es una prueba de que pueden construirse modelos diferentes a los que suele ofrecer o imponer el sistema económico dominante, de orientación neoliberal. Esta experiencia da legitimidad al discurso político del movimiento.

Nuestros programas mutualistas transmiten el siguiente mensaje: es responsabilidad de las políticas públicas integrar a las personas excluidas en la construcción colectiva de las actuaciones públicas que atañen a su territorio y no ceder al canto de sirenas del neoliberalismo, destruyendo toda dinámica de bien común, especialmente en materia de atención sanitaria, que es un derecho fundamental universal.

En vez de esperar a que por fin se produzca ese cambio tan deseado, el movimiento y sus miembros se han fijado la misión de hacer que se conozcan y se reconozcan sus iniciativas y su método mutualista en todos los niveles y todos los territorios posibles.

Esta idea está desarrollada al final de *Las voces de Emaús*. La sexta reivindicación trata de la necesidad de reconocer y dar prioridad a los agentes de la economía ética y solidaria frente a una economía de mercado que solo beneficia a unos pocos. La economía ética y solidaria promueve una visión social del buen vivir y no la búsqueda del lucro. Quienes la impulsan se esfuerzan por poner el trabajo al servicio de la dignidad y la emancipación, promover la participación de las partes interesadas, compartir los recursos y los saberes o inventar una forma de gestión incluyente y democrática. Ese es también el desafío que asumen cada día los programas mutualistas de salud que desarrolla Emaús.

## **CONSOLIDAR EL DISCURSO POLÍTICO SOBRE EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA**

La incidencia política puede parecer secundaria con respecto a las líneas concretas presentadas para la evolución y mejora de los programas mutualistas. No obstante, el movimiento siempre ha tenido como objetivo luchar contra las causas estructurales de la pobreza y la miseria.

Es cierto que los programas mutualistas han hecho efectivo el derecho a la sanidad para algunos miles de personas. Sin embargo, sin un trabajo de incidencia política no cambiarán las mentalidades, los comportamientos ni las políticas públicas. Para responder a este objetivo de transformación social es esencial que el programa mutualista vaya acompañado de un trabajo de reflexión política colectiva y de incidencia, en diferentes niveles.

En el plano local, en primer lugar es importante asegurarse de que todas las personas involucradas en los programas mutualistas comprendan lo que conlleva en lo político su participación en estos proyectos. Desde ese punto de vista, el presente documento de capitalización podría ser una oportunidad para organizar un momento de información y/o de formación política en los grupos que han desarrollado las mutuas y para todas las personas que participan en ellas. Esto ayudaría a traducir a lo político los avances que las mutuas de salud han aportado a las poblaciones excluidas, para luego compartirlos con las personas correspondientes.

Por otra parte, las mutuas existentes podrían iniciar —o continuar— el trabajo en red en su entorno:

- > En la India, Bangladesh y Benín existen otras experiencias mutualistas o comunitarias, pero no se ha dado ningún paso para establecer contacto, dialogar, compartir prácticas y crear o entrar a formar parte de una red. Este acercamiento entre agentes que obran por el derecho a la sanidad serviría para evaluar las fuerzas con las que se cuentan, para agruparse de manera formal o informal y así ejercer un mayor peso en los poderes públicos, y también para hacer más visibles los avances que han producido estas experiencias mutualistas o comunitarias.
- > En Burkina Faso hace años que se inició este proceso de tejer una red. Actualmente existen encuentros e intercambios de prácticas con otros agentes de la sociedad civil, un trabajo en red dentro de la CAMUS y un seguimiento de las dos experiencias territoriales piloto que viene desarrollando la AMU<sup>10</sup> —hoy día suspendidas por el difícil contexto sanitario y de seguridad—.

Otro punto importante es que los miembros de Emaús Internacional, que tienen la responsabilidad de informar y transmitir en su territorio lo que se hace en otros lugares, son imprescindibles para sensibilizar y ejercer incidencia en la ciudadanía y las autoridades públicas locales en base a los logros del movimiento. Por lo tanto, es esencial debatir sobre la estrategia y los procesos de acompañamiento que habrá que establecer: sensibilización, formación, dinamización e intervenciones en los grupos; creación de instrumentos de comunicación; etc.

Además, como señala este documento de capitalización, hay un verdadero déficit de acompañamiento político por parte de las instancias nacionales, regionales e internacionales del movimiento. Aunque las mutuas son un interesante ejemplo de reapropiación de los derechos fundamentales por parte de las personas excluidas, sus programas y aspectos políticos apenas se tratan en dichas instancias.

Por consiguiente, podría proponerse una reflexión política sobre los proyectos mutualistas con objeto de involucrar de otra forma a las personas correspondientes y propiciar la participación de algunos agentes que hasta ahora no han sentido que dichos proyectos sean de su incumbencia —los cargos electos internacionales, las organizaciones regionales y nacionales...—. Reforzar el acompañamiento político en los diferentes escalafones ayudaría a definir una posición clara y a defenderla en las instancias gubernamentales.

Independientemente de esto, acercarse a otros agentes de la sociedad civil que defienden el derecho a la sanidad es fundamental para construir una determinada correlación de fuerzas. Sean cuales sean las acciones que emplee el movimiento, su legitimidad se basa en experiencias prácticas que funcionan y sería pertinente que este cree o se integre en alianzas con otros agentes que tengan una orientación y reivindicaciones similares a las suyas.

En junio de 2021, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos humanos y la extrema pobreza, Olivier De Schutter, propuso la creación de un fondo mundial para la protección social, destinado a ayudar a los países de bajos ingresos a establecer y extender sistemas de protección social en forma de derechos legales. La eficacia de este fondo dependerá del proceso de diseño y de aplicación de las estrategias nacionales, que deberán estar guiadas por los principios de dignidad, igualdad de trato, inclusión, solidaridad y participación. En ese sentido, se podría abrir un diálogo con las instancias de la ONU sobre el programa mutualista de salud de Emaús.

---

<sup>10</sup> Assurance Maladie Universelle (Seguro Médico Universal).

En la esfera internacional sería también importante fortalecer la movilización de los grupos y del público general en torno a ciertos temas, a través de campañas de sensibilización y de incidencia llevadas a cabo de manera colectiva, entre varias organizaciones. Cítese como ejemplo el caso de la iniciativa ciudadana europea titulada «Derecho a una cura», que defiende el acceso a las vacunas y tratamientos contra la pandemia para todo el mundo y que Emaús Internacional apoya desde 2020.

Por último, el desarrollo de nuevos sistemas de mutuas o incluso de un instrumento de escala mundial para el acceso a la sanidad —como se presentaba en el apartado anterior— también podría ir acompañado de una faceta de incidencia política. Mediante un instrumento de esta naturaleza, el movimiento podría llevar a cabo una acción de gran envergadura, ser más visible y ejercer una mayor influencia en los responsables políticos.

En vista de lo que ha representado para el movimiento comprometerse e invertir en esta aventura de construir las cuatro mutuas y dado lo necesarias que resultan —que ha quedado demostrado durante la reciente pandemia, puesto que las mutuas han sido la única red de seguridad que han tenido las poblaciones más vulnerables en lo sanitario—, ha llegado la hora de decidir sobre el futuro. La clave es saber si podemos o no ir más lejos.



Beneficiaria de la Mutua de Salud de Asia (India) ©Digital Rangrez (2021)

## SIGLAS EMPLEADAS

AGC: Asamblea General Constituyente

AM: Asamblea Mundial

AMU: Assurance Maladie Universelle (Seguro de Enfermedad Universal)

CA: Consejo de Administración

CAMUS-BF : Concertation des Acteurs de la Mutualité Sociale du Burkina Faso (Concertación de los Actores de la Mutualidad Social de Burkina Faso)

CE: Comité Ejecutivo (de Emaús Internacional)

CMA: centro médico de distrito (*centre médical d'arrondissement* en francés)

CNAE: Comité National d'Amis d'Emmaüs (Comité Nacional de Amigos de Emaús de Francia)

CNG: Comité Nacional de Gestión

CSPS: centro de salud y promoción social

EI: Emaús Internacional

FAMA: Fonds d'Assurance-Maladie Afrique (Fondo de Seguro de Enfermedad de África)

FGD: grupo focal de discusión (*focus group discussion* en inglés)

IEC: información, educación y comunicación (tipo de material)

MOU: memorando de entendimiento (*memorandum of understanding* en inglés)

MSA: Mutuelle Santé Afrique (Mutua de Salud de África)

PFAC: punto focal de apoyo y asesoramiento (*point focal d'appui conseil* en francés)

RC: representante comunitario

RI: reglamento interno

SIE: Secretaría Internacional de Emaús

## ANEXO

### Propuestas de líneas de trabajo para los programas mutualistas

#### 1. Las mutuas de África

#### PROPUESTAS DE TRABAJO DETALLADAS PARA MEJORAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

##### En lo referente a la afiliación

1. Adquirir una herramienta de bases de datos o crear una herramienta de gestión de los afiliados en formato digital —por ejemplo, en Excel— en las que se indiquen todas las características y datos necesarios sobre todos los afiliados —la composición de la familia, su historial en la mutua, el itinerario asistencial correspondiente, las prestaciones utilizadas, el estado de la cotización...—.

Los objetivos de este instrumento serían:

- obtener una mejor visión de conjunto sobre el perfil de los mutualistas;
  - poder iniciar y facilitar la gestión a nivel nacional;
  - llevar un mejor seguimiento general de los afiliados;
  - afinar la política de afiliación y la estrategia de ampliación —¿afiliación individual o familiar?—.
2. Introducir con precisión los datos en este instrumento y comprobar de manera minuciosa y regular —cada trimestre o cada semestre— las diferentes características de todos los mutualistas: la composición de la familia, el tramo de cotización que corresponde a los ingresos del hogar, su historial en la mutua, el itinerario asistencial correspondiente, las prestaciones utilizadas, etc.
  3. Pensar una estrategia de ampliación y apertura al exterior, y definirla antes de poner nada en marcha.
    - trabajar en torno a modos de afiliación y cotización claros y definidos según la población destinataria externa;
    - revisar las prestaciones antes de realizar cualquier apertura al exterior —la oferta, los límites máximos...—;
    - elaborar una estrategia de información y sensibilización para los potenciales afiliados externos —acerca de la mutua, sus objetivos, su funcionamiento, sus reglas, sus prestaciones, la fijación de las condiciones de pago de las cuotas...—;
    - pedir sin falta a cada grupo previamente que proponga una estrategia para los diferentes tipos de población destinataria.
  4. Efectuar un estudio social en el terreno —el anterior tiene ya doce años— para poder ajustar la política de afiliación y cotización.

## En lo referente a la cotización

1. Sobre la cotización mediante retención en nómina:
  - asegurarse de que se generaliza completamente en los grupos y se automatiza;
  - estudiar las posibilidades de hacer transferencias automáticas de banco a banco para el pago de las cuotas del personal empleado de los grupos a la mutua —cuotas mensuales en Benín y trimestrales en Burkina Faso— para poner en marcha rápidamente este sistema.
2. Replantear los tramos de cotización para hacer que el sistema sea más justo. Elaborar una nueva matriz de cotización en base a tramos de ingresos —la matriz actual data de 2012— que tome más en cuenta las diferencias salariales.
  - Proponer tramos de cotización y actualizarlos. Para ello:
    - tener en cuenta la evolución de los medios económicos de las familias —¿hacer un estudio social?; ¿un trabajo en colaboración estrecha con la dirección de cada grupo?; ¿pedir las nóminas? —;
    - incluir nuevos tramos de cotización para los salarios más altos, aumentar el importe de la cotización individual y estudiar cuotas específicas para los miembros ajenos a los grupos.
  - Pasar de tres tramos de cotización a cuatro, cinco o seis.
3. Realizar una labor de sensibilización para explicar los logros de la modificación de 2012 en términos de cotización y hacer que se entiendan los cambios venideros antes de la próxima Asamblea General, que podrá aprobar este trabajo.

## En lo referente a las prestaciones y los convenios con establecimientos sanitarios

1. Retomar un trabajo intenso de dinamización en el plano local, planificarlo, identificar a sus agentes —los referentes locales, los responsables de grupo o los puntos focales, en el caso de Burkina Faso— y sus destinatarios —los establecimientos sanitarios y los mutualistas—.
  - Continuar o retomar las labores de sensibilización y comunicación dirigidas a los mutualistas acerca de los medicamentos genéricos, de la importancia de frecuentar los centros de salud y del sistema mutualista en general;
  - proseguir esa labor de sensibilización, información y comunicación en torno a las prestaciones que cubre la mutua y las que excluye —y reembolsar solo las cubiertas— ;
  - estrechar lazos con los establecimientos sanitarios concertados —actualizando la lista de afiliados, llevando al día el pago de las facturas, realizando informes regulares...—.
2. Institucionalizar los encuentros trimestrales con los mutualistas en cada grupo.
  - Organizar diálogos sobre las dificultades que encuentran los mutualistas, la participación de estos en las reflexiones y las decisiones y, si se ve necesario, momentos de información y sensibilización. Asociar estas actividades a las sesiones de educación para la salud.



- Decidir quién participa en nombre de la mutua. Por ejemplo: ¿un referente + un cargo electo de la mutua + el médico asesor (en Benín) o un punto focal (en Burkina Faso)?
3. En cuanto a los convenios con los establecimientos sanitarios:
    - Evaluar todos los convenios vigentes desde hace varios años y estudiar si es oportuno proponer otros nuevos, con unos documentos comunes de coordinación más adecuados, en función de los problemas detectados.
    - Instaurar un balance anual con cada establecimiento sanitario.
    - Reactivar el trabajo de los convenios en Benín para ampliar la red de establecimientos concertados en el territorio. Estudiar el caso particular de Zabré, en Burkina Faso.
    - Celebrar en Benín —en Cotonú o en Porto Novo— una(s) sesión(es) de formación a nivel nacional sobre la mutua de salud, dirigida(s) a los referentes de cada establecimiento sanitario concertado —los puntos focales—.
    - Volver a celebrar en Uagadugú una(s) sesión(es) de formación a nivel nacional sobre la mutua de salud, dirigida(s) a los referentes de cada establecimiento concertado, como se hizo en 2016.
  4. Analizar el uso de las distintas prestaciones de salud en los informes mensuales y anuales de las mutuas.
  5. De cara a las próximas Asambleas Generales de Benín y de Burkina Faso —y teniendo en cuenta las nuevas condiciones y reglas de afiliación y de cotización que haya que introducir—, redefinir la gama de prestaciones de salud —estableciendo límites máximos y excluyendo o limitando ciertos medicamentos y prestaciones—. Por ejemplo:
    - modificar la proporción (fijar un 50%, un 60%...) que paga el paciente por ciertas prestaciones: los medicamentos de marca, las radiografías, las tomografías axiales computarizadas...;
    - instaurar un límite máximo de cobertura para los análisis realizados en laboratorios: limitar el número de análisis por año y persona y el importe de los mismos;
    - limitar el importe de la cobertura de las consultas de especialidad (a 3000 francos CFA por consulta), dejando un 50% a cargo del paciente;
    - cubrir solamente las intervenciones quirúrgicas por urgencias y no las programadas — para cubrir estas se podría recurrir al fondo de solidaridad—;
    - estudiar la posibilidad de acordar con ciertos establecimientos concertados paquetes de cobertura por patologías.

Examinar si es posible extender estas nuevas reglas a otras prestaciones de salud que se vienen reclamando desde hace tiempo —por ejemplo, las consultas médicas generalistas—.

6. Comparar la cobertura que ofrecen las mutuas con aquella de la que goza el personal empleado de los grupos por su condición laboral.
7. Reflexionar sobre la posibilidad de crear un fondo de solidaridad para cubrir la atención de ciertas enfermedades crónicas y de ciertas operaciones quirúrgicas programadas —tras haber estudiado cada caso concreto— y sobre la manera de alimentar y gestionar dicho fondo.

### En lo referente al modo de reembolso

1. Proseguir la labor de información y sensibilización —como parte de la dinamización local— sobre el sistema de pago por terceros:
  - en los establecimientos sanitarios, en el marco de sus convenios con la mutua;
  - entre los mutualistas, para que puedan hacer valer sus derechos.
2. Reembolsar a los establecimientos concertados únicamente las prestaciones cubiertas por la mutua, explicando con claridad las razones.

### En lo referente a las reglas y el control

1. Volver a crear un comité de control, tanto en Benín como en Burkina Faso, con miembros electos o voluntarios designados en las próximas Asambleas Generales, y capacitar a dichos miembros para la tarea.

## PROPUESTAS DE TRABAJO DETALLADAS PARA MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO

### En lo referente al funcionamiento orgánico

Preparar y celebrar en Benín y en Burkina Faso Asambleas Generales a finales de 2021 o principios de 2022, con algunos objetivos comunes y otros específicos.

1. La preparación de las Asambleas.

Ello implica:

- Elaborar propuestas sobre los diferentes temas que han de someterse a la Asamblea General Ordinaria y la Asamblea General Extraordinaria.
- Planificar cuanto antes un trabajo de preparación para las Asambleas con el fin de formular propuestas, sensibilizar y organizar un debate en los grupos, con los mutualistas, sobre los cambios que podrían introducirse en los siguientes ámbitos:
  - los estatutos y el reglamento interno —trabajar en base al documento existente titulado «*Rôles et responsabilités des acteurs des MSA*»<sup>11</sup>—;
  - nuevas matrices de cotización, para la revisión de la gama de prestaciones de salud...;
  - la elección de los nuevos miembros de las asociaciones mutualistas.
- Informar y sensibilizar sobre el papel de los cargos electos dentro de las mutuas antes de la Asamblea General. Identificar en las dos mutuas algunos voluntarios que puedan presentarse para miembros electos de la Junta Directiva o del Consejo de Administración y del comité de control que se cree. Pensar en cómo crear un contrapoder y espacios que impliquen a los mutualistas —sobre todo en Benín—.
- Preparar la organización logística de las Asambleas.

2. La celebración de las Asambleas.

---

<sup>11</sup> (Funciones y responsabilidades de los actores de las mutuas de salud de África).

Objetivos comunes:

- debatir sobre los cambios propuestos para cada mutua, trabajados previamente por los distintos participantes —los mutualistas, los grupos, la organización nacional y Emaús Internacional— con objeto de aprobarlos o de sugerir líneas de reflexión y de trabajo —sobre la gama de prestaciones, la cobertura máxima de ciertos servicios, la política de ampliación y apertura hacia el exterior, la nueva matriz de cotización según ingresos...—;
- organizar Asambleas Generales Extraordinarias al margen de las Ordinarias, para ratificar el trabajo previo destinado a proponer cambios en los estatutos —sobre la duración de los mandatos, la frecuencia de la Asamblea General, los detalles de las funciones de los cargos electos...— y en el reglamento interno —integrar un funcionamiento detallado de la mutua, incluir un documento sobre las funciones y responsabilidades de los miembros, detallar aspectos de la gama de prestaciones...—.

Objetivos específicos:

- en Benín, se trata de restaurar el funcionamiento democrático de la mutua y sus órganos de gobierno, con cargos electos que asuman sus responsabilidades y contribuyan a dinamizar la mutua, a darle vida y a implicar a los demás miembros;
- en Burkina Faso conviene renovar parte de sus cargos electos para que puedan proseguir el trabajo y la formación continua, ofrecida por los antiguos cargos a los nuevos, en lo que respecta a las funciones y responsabilidades propias de los mandatos.

3. Tras la celebración de las Asambleas.

- En cuanto termine la Asamblea General en Benín se podrá emprender un primer bloque de formación, de dos o tres días, destinado a los nuevos cargos electos. De impartirla se podría encargar un grupo formado por uno o dos miembros históricos de la mutua beninesa, uno o dos miembros de la directiva actual de la mutua de Burkina Faso y un miembro de la Secretaría Internacional de Emaús o un cargo electo de Emaús Internacional. Las partes interesadas deberán pensar si es posible y conveniente repetir una vez estas sesiones de formación durante el mandato.
- En cuanto termine la Asamblea General en Burkina Faso deberá celebrarse una sesión de formación de media jornada, a cargo de los antiguos cargos electos y dirigida a los nuevos, y planificarse otra sesión si se estima necesario. Se podrá solicitar la presencia de un miembro de la Secretaría Internacional de Emaús o de un cargo electo de Emaús Internacional.
- En cada mutua deberán organizarse una reunión del Consejo de Administración y otra de la Junta Directiva con el fin de establecer las prioridades y repartir y planificar el trabajo.

### **En lo referente a la dinamización**

Mantener viva una mutua va más allá de las meras funciones de los cargos electos que participan en su dinamización. Deben intervenir otros agentes: los referentes locales, los responsables de grupo y la organización nacional de Emaús. Y Emaús Internacional debe acompañar a cada uno de ellos desde el papel que le corresponde.

Ya hemos observado que la dinamización de las mutuas africanas no ha sabido adaptarse a los cambios y al paso de estas de la escala local a la escala nacional.

Para que los miembros de las mutuas puedan desempeñar su papel es urgente que Emaús Internacional actúe y asuma sus responsabilidades en términos de acompañamiento, por una parte, e interviniendo ante los grupos y las organizaciones nacionales, por otra parte, de manera que los responsables hagan suyos plenamente sus papeles y que las/los referentes puedan llevar a cabo sus actividades con serenidad bajo la supervisión de dichos responsables.

1. Medidas urgentes que aplicar:

- celebrar un encuentro entre Emaús Internacional y los responsables de grupo solamente, tanto en Benín como en Burkina Faso;
- organizar un trabajo colectivo —entre Emaús Internacional, la organización nacional correspondiente, los responsables de grupo, las/los referentes y los cargos electos de las mutuas— sobre la manera de estructurar, revitalizar, amplificar y poner en marcha la dinamización en la esfera local;
- revitalizar la actividad en la esfera nacional de Emaús Benín y Emaús Burkina Faso — que deben ser espacios para la movilización, la reflexión, la transmisión de información, el análisis...— y pensar posibles medidas por parte de Emaús Internacional y Emaús África a este respecto;
- estudiar con cada grupo si conviene formalizar más la dedicación de las/los referentes locales a la mutua;
- volver a crear un comité de coordinación internacional y establecer otro a nivel regional;
- poner en común las prácticas de cada mutua en materia de dinamización.

2. Medidas a medio plazo:

- asegurarse de que las distintas partes correspondientes —Emaús Internacional, los grupos locales, las organizaciones nacionales y los mutualistas— ofrecen acompañamiento a las/los referentes y a los cargos electos de las mutuas;
- reforzar las capacidades de las/los referentes y de otras partes sobre ciertos aspectos de la gestión y del uso de las herramientas;
- instaurar en el nivel nacional sesiones de formación o de recordatorio, dirigidas a los distintos participantes, sobre la mutua, su funcionamiento y los distintos papeles y misiones de cada parte;
- establecer cada mes una retroalimentación exhaustiva y cualitativa sobre las actividades realizadas en el plano local de cada territorio;
- institucionalizar los encuentros trimestrales con los mutualistas en cada grupo;
- formalizar e institucionalizar los encuentros regulares con los establecimientos sanitarios concertados.

3. Medidas que aplicar en Burkina Faso:

- explorar, acompañar y dirigir los trabajos y la firma de contratos con los puntos focales de apoyo y asesoramiento;

- revisar el proceso de trabajo con el grupo Pag-la-Yiri, ya que la singularidad de su territorio —muy extenso, de carácter rural, con familias a menudo aisladas...— complica la gestión y la dinamización de la actividad de la mutua por parte del referente encargado;
  - conseguir un lugar de trabajo digno para la secretaria nacional de Emaús Burkina Faso.
4. Medidas que aplicar en Benín:
- renovar el contrato del médico asesor cada año, una vez se haya evaluado su trabajo;
  - formalizar la relación con los enlaces identificados dentro de los establecimientos concertados —añadir lo que corresponda a los documentos del convenio y ¿discutirlo previamente con la dirección?—.

## **En lo referente a la gestión**

### Sobre los instrumentos de gestión

1. ¡Informatizar los datos! (En las dos mutuas). Hace años que este trabajo está marcado como objetivo, pero aún no ha comenzado, ni siquiera en Benín, donde se han proporcionado ordenadores a los cuatro referentes locales. Es urgente iniciarlo en las dos mutuas, por medio de hojas de cálculo tipo Excel, a la vez que se reflexiona sobre la construcción de estos instrumentos para mejorar su uso.
2. Revisar los convenios firmados con los establecimientos concertados e insistir en los balances una vez que haya concluido la revisión de las prestaciones.

### Sobre los instrumentos de informe

1. Trabajar en colectivo para rehacer o mejorar los instrumentos de informe.
  - Revisar los informes mensuales —las síntesis mensuales—. Rediseñar y uniformizar las síntesis —incluir apartados sobre los avances en las diferentes tareas y objetivos de la mutua de Benín, sobre el uso y el análisis de las distintas prestaciones en Burkina Faso, sobre los indicadores de consumo de medicamentos genéricos y de marca...—.
  - Proponer una estructura para la memoria de actividades y la memoria económica de la mutua de Benín —en base a las memorias de la mutua de Burkina Faso—.
  - Asegurarse de que se dispone de un instrumento de seguimiento de la contabilidad y crear uno nuevo para enviar informes más frecuentes —mensuales o trimestrales— sobre los ingresos y gastos de las mutuas.
  - Rediseñar un instrumento de seguimiento o una base de datos de los afiliados o plantear la adquisición de un programa para la gestión de los afiliados (véase el punto sobre la afiliación).

### Sobre el trabajo y los instrumentos del médico asesor

1. Medidas que aplicar en Benín:

- continuar con las funciones actuales y modificar el contrato para que estipule como tareas un mayor apoyo en el análisis de los datos del Comité Nacional de Gestión y de los indicadores de salud, y la realización de balances anuales de la colaboración con los establecimientos concertados;
- realizar sesiones de informe más regulares junto con el médico asesor;
- modificar el periodo de contratación —pasar del 1 de enero al 31 de diciembre—.

## 2. Medidas que aplicar en Burkina Faso:

- evaluar el trabajo de los puntos focales de apoyo y asesoramiento.

### **En lo referente al seguimiento presupuestario, económico y de la autosuficiencia**

#### Sobre la llevanza de las cuentas y la visibilidad en lo económico

- Definir e instaurar procedimientos, tiempos e instrumentos de seguimiento más adecuados y más regulares —las cuentas anuales, los libros mayores de gastos, los instrumentos de seguimiento contable...— para obtener una mayor perspectiva en lo económico y poder realizar análisis más profundos, facilitando así un mejor acompañamiento por parte del movimiento en la búsqueda de la autosuficiencia económica.

#### Sobre los gastos sanitarios

- Crear un fondo de solidaridad para cubrir prestaciones excepcionales. Pensar en colectivo qué forma tomaría, cómo se gestionaría, cómo se alimentaría, con qué criterios se podría acceder a él, qué límites tendría...

#### Sobre los gastos de funcionamiento y los propios de la vida de la mutua (la dinamización y el funcionamiento orgánico)

- Adaptar los instrumentos para ganar en perspectiva y llevar un seguimiento de los gastos de funcionamiento corriente y los relativos a la vida de las mutuas. Dividir los presupuestos anuales —las estimaciones, el seguimiento presupuestario y las cuentas finales— en cuatro capítulos: a) ingresos, b) acceso a la sanidad, c) funcionamiento y d) vida de la mutua (dinamización y funcionamiento orgánico).
- Instaurar una contribución de los grupos a los «pequeños» gastos de funcionamiento mensuales.

#### Sobre los ingresos

- Realizar balances económicos e informes sobre el impacto de la recepción de los dos tipos de contenedores —de artículos para la venta y de material médico— para elaborar una estrategia que aporte mayor eficacia.
- Hacer que se refuerce el cumplimiento por parte de los grupos de su compromiso de aportar una contribución económica anual a la mutua, e incluso ir más allá. La contribución —que los mismos grupos establecieron— es de 200 000 francos CFA al año, es decir, 16 600 FCFA al mes —unos 25 €—. Esta contribución podría aumentarse, pasando de 200 000 FCFA a 300 000 FCFA al año, es decir, 25 000 FCFA mensuales —38 €—.

- El movimiento debe asumir sus responsabilidades en caso de que los grupos no cumplan con su compromiso.

## 2. Las mutuas de Asia

### PROPUESTAS DE TRABAJO DETALLADAS PARA MEJORAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

#### EN TARA

##### En lo referente a la afiliación

- Conocer con más precisión la tasa de renovación de afiliaciones, introducir herramientas y un periodo de afiliación que vaya de enero a diciembre y revisar los instrumentos de seguimiento y de informe.
- Revisar la frecuencia de la afiliación —¿anual?; ¿semestral?; ¿mensual?—. Esto conlleva el riesgo de que algunos afiliados abandonen, pero refuerza el compromiso y la vinculación. Buscar soluciones para recaudar fondos; por ejemplo, una captación de ahorro.
- Puesto que se ha alcanzado un número significativo, trabajar en la afiliación familiar y en requisitos más estrictos para la afiliación y para el acceso a la atención sanitaria —no limitar el acceso, sino hacer que los mutualistas asuman más responsabilidades—.

##### En lo referente a la cotización

1. Aunque parezca muy difícil, dado el contexto socioeconómico de la población mutualista, estudiar la posibilidad de establecer cuotas diferentes en función de los ingresos de las familias.
2. Estudiar la posibilidad de modificar la frecuencia del pago de las cuotas.

##### En lo referente a las prestaciones y las entidades colaboradoras

1. Revisar y rediseñar las tarifas de la oferta de prestaciones para los miembros y los no miembros.
2. Proseguir la labor de sensibilización de los mutualistas —sobre todo los nuevos— acerca del frágil equilibrio de la mutua y del peligro que entraña el consumo excesivo de prestaciones.

##### En lo referente a la ratio ingresos-gastos

1. Introducir una regla para limitar los aumentos salariales en el centro de salud de Badarpur.
2. Revisar las tarifas que se practican en el centro, consolidarlas y velar por que se apliquen correctamente.

#### EN THANAPARA

##### En lo referente a la afiliación

1. Reactivar el programa en general. Insistir en los objetivos y organizar sesiones de concientización entre los mutualistas.
2. Llevar a cabo un estudio social —sobre la composición de las familias— y, a partir de sus resultados, replantear la política de afiliación —para pasar a la afiliación familiar—.

### **En lo referente a la cotización**

1. Trabajar sobre los modos de cobro de las cuotas para cada categoría de mutualistas, con una organización y un método definidos previamente.
2. Proseguir la integración paulatina de los mutualistas beneficiarios de microcréditos. Proponer una estrategia por etapas.
3. Revisar la política de cotización en función de las categorías y los tipos de afiliación:
  - ajustar el importe de las cuotas a las categorías y los ingresos;
  - proponer una tarifa preferente para las afiliaciones familiares (¿50 takas por mes y familia?).
4. Idear una dinámica para exponer y proponer a los mutualistas los diferentes escenarios posibles según los cambios que se puedan introducir.

### **En lo referente a las prestaciones y las colaboraciones**

1. Rediseñar la tarificación de los servicios y prestaciones que se ofrecen en el centro de salud para los miembros y los no miembros, transmitir las nuevas tarifas y aplicarlas.
2. Revisar la matriz de reembolso de las hospitalizaciones, persiguiendo el objetivo de cubrir hasta un 80% del importe de las hospitalizaciones más costosas.

### **En lo referente a la ratio ingresos-gastos**

1. Utilizar cada año el mismo esquema para los presupuestos. Revisar y rediseñar los presupuestos y acompañar al grupo en esta tarea.
2. Introducir una regla para limitar los aumentos de salario en el centro de salud.
3. Estudiar y revisar la distribución de los costos ligados a la ambulancia entre los diferentes programas que la utilizan.
4. En una primera etapa, ¿requerir aprobación sobre el uso de los fondos antes de realizar gastos?

Existen medidas que pueden aplicarse para mejorar la ratio ingresos-gastos, pero su aplicación debe ser acompañada por el movimiento.

## **PROPUESTAS DE TRABAJO DETALLADAS PARA MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO**

### **EN TARA Y THANAPARA**

#### **En lo referente al funcionamiento orgánico**



1. Acompañar la elaboración de una estrategia para instaurar un funcionamiento de los órganos de gobierno similar al de una asociación. Este funcionamiento no estaría formalizado, dado el contexto jurídico, pero supondría la existencia de cargos electos, de papeles y funciones definidos, de espacios para la reflexión y las propuestas..., todo ello en un marco claro.
2. Acompañar la capacitación de las personas involucradas.

### **En lo referente a la dinamización**

1. Involucrar más a los mutualistas en la gestión de la mutua y reforzar sus capacidades para estas tareas.
2. En Thanapara, apoyar al grupo en la reflexión previa y en la elaboración y aplicación de un sistema de dinamización de la mutua, redefiniendo el papel del personal empleado participante. ¿El coordinador del programa cuenta con la legitimidad y la disponibilidad necesaria? ¿Podría el enfermero implicarse más en la dinamización de la mutua, mediante una capacitación previa?

### **En lo referente a la gestión**

1. Construir un instrumento para el seguimiento presupuestario que permita seguir mejor la actividad de cada mes. Estructurar e identificar con precisión los asientos contables y disponer de los extractos de cuenta bancaria, con un desglose de los ingresos y los gastos.
2. Informatizar los instrumentos de seguimiento que tengan formato analógico.
3. Solicitar a Thanapara que elabore y redacte un documento sobre su política general.

### **En lo referente a los instrumentos de informe**

1. Mejorar o reconstruir algunos instrumentos para adaptarlos a los cambios y para facilitar un seguimiento más estrecho y un análisis más profundo.
2. Informatizar todos los documentos, aunque esto lleve tiempo al principio. Disponer un acompañamiento por parte del movimiento para crear los instrumentos y los procedimientos de trabajo.
3. Estudiar la posibilidad de adquirir un programa en red para gestionar las afiliaciones de estas dos mutuas, o incluso de las cuatro.
4. Introducir instrumentos de seguimiento con una orientación más cualitativa.
5. Elaborar una estructura común para la memoria de actividades y la memoria económica anuales, incluyendo en ellas la información que Emaús Internacional necesite, y acompañar a las mutuas en esta tarea.
6. Disponer momentos de trabajo entre las dos mutuas asiáticas —y luego entre las cuatro mutuas— para poner en común sus prácticas y para uniformizar, si es posible, los instrumentos de gestión y de informe.

## En lo referente al seguimiento presupuestario, económico y de la autosuficiencia

1. Revisar los presupuestos y la distribución de los costos de funcionamiento, y desglosar los diferentes ingresos y gastos.
2. Llevar a cabo una reflexión —junto con Emaús Internacional— e introducir reglas a propósito de la masa salarial. ¿Conviene limitar los salarios —relativos al funcionamiento y/o al acceso a la atención sanitaria— o la subida constante de los salarios, cada año? ¿Hay que pedirle a cada grupo que asuma la parte de los salarios que no financia Emaús Internacional? (De ahí la necesidad de reforzar las capacidades de los mutualistas para participar activamente en la dinamización y en los órganos de gobierno).
3. Llevar a cabo una reflexión —junto con Emaús Internacional— e introducir reglas sobre el uso de las reservas derivadas de la acumulación de cotizaciones y/o de los fondos anuales de Emaús Internacional no utilizados.

NOTA: Con respecto a Tara, existe un grupo de acompañamiento de Emaús, el cual debe viajar a Thanapara para estudiar las dificultades que encuentra el grupo, que también repercuten en el programa mutualista de acceso a la atención sanitaria.

En estas dos mutuas de Asia, a pesar de la voluntad de sus miembros de construir una alternativa, el contexto social y las limitaciones estructurales fragilizan el progreso de los sistemas mutualistas.

Cabe hacerse la siguiente pregunta: tal como está organizado el sistema, ¿es viable a largo plazo? Sin un vínculo económico sistemático entre los afiliados y los grupos, sin la obligatoriedad de la afiliación familiar, con unas poblaciones mucho más pobres —y unos costos de funcionamiento mucho más altos, puesto que hay que asumir los gastos de funcionamiento del centro de salud—, ¿se puede alcanzar la autosuficiencia?

El índice de autosuficiencia, que hoy día se encuentra estabilizado, puede progresar seguramente si se accionan ciertas palancas ya identificadas. No obstante, si el movimiento desea ir más allá, es necesario que dé un mayor y mejor acompañamiento a las distintas partes involucradas y que se comprometa a prolongar la solidaridad económica internacional.

Una pregunta para el movimiento: igual que se hizo en África tras diez años de existencia de las mutuas, ¿sería conveniente recurrir a un asesoramiento experto externo para realizar un balance detallado de la situación y un estudio sociosanitario?

# Personas de contacto en la Secretaría Internacional de Emaús

## **Thomas Bodelet**

Encargado de misión del departamento de Solidaridad Internacional e Incidencia Política

 [t.bodelet@emmaus-international.org](mailto:t.bodelet@emmaus-international.org)

## **Anaïs Gournay**

Encargada de la incidencia política

 [a.gournay@emmaus-international.org](mailto:a.gournay@emmaus-international.org)

## CONTACTAR

### **Emaús Internacional**

47 avenue de la résistance  
93104 Montreuil Cedex-France  
Tel. +33 (0)1 41 58 25 50  
Fax +33 (0)1 48 18 79 88  
contact@emmaus-international.org  
www.emmaus-international.org

### **Capitalización y producción:**

Thomas Bodelet

### **Comité de redacción:**

Anaïs Gournay, Stéphane Melchiorri,  
Pascale Naquet y Nathalie Péré-Marzano

### **Traducción:**

Miguel Guardado Albarreal

### **Créditos fotográficos:**

Didier Gentilhomme, Digital Rangrez,  
y Emaús Internacional



emaús

INTERNACIONAL

PROVOCADORES DEL CAMBIO



Emmaüs International



emmausinternational



EmmausInter\_fr



Emmaüs International



emmausinternational