



AHORA MÁS QUE NUNCA,
¡LUCHEMOS PARA CAMBIAR EL MUNDO!

SALUD : ACCIONES Y REIVINDICACIONES FUTURAS



I. ¿POR QUÉ Y CÓMO SE HA ELABORADO ESTE DOCUMENTO?

A comienzos de los años 2000, observando indignantes desigualdades en materia de acceso a la atención sanitaria incluso dentro del movimiento, Emaús se puso manos a la obra para crear mutuas de salud. Así nacieron dos programas mutualistas en 2002, en Benín y Burkina Faso, y otros dos en 2011, en la India y Bangladesh. La construcción progresiva de estos sistemas comunitarios de protección social gestionados por las propias personas excluidas les permite recuperar un derecho fundamental del que estaban privadas en su mayoría: el derecho a la atención sanitaria.

Para poder realizar una verdadera evaluación del trabajo colectivo efectuado por el movimiento desde comienzos de los años 2000, en 2021 se elaboró un informe de capitalización. Este documento, que es una síntesis de la capitalización y del trabajo ulterior del Consejo de Administración de Emaús Internacional, restituye las ideas principales y presenta propuestas para dar un nuevo impulso al trabajo común y defender colectivamente las reivindicaciones del movimiento por el acceso a la salud.

I. ¿A QUÉ DEBATE DE LA AM SE REFIERE?

Este documento les ayudará a preparar el siguiente debate, tal y como se propone en el Informe de Orientación para 2021-2025 que han recibido:

Temática n.º 4

¿Por qué y cómo actuar e interpelar colectivamente?

¿Cómo nos han permitido nuestras acciones colectivas luchar contra las causas de la pobreza?

¿Cómo podemos profundizar y utilizar nuestras reivindicaciones para interpelar?

¿En qué luchas debería implicarse el movimiento en el futuro, ante los desafíos democráticos y ecológicos actuales, ante la agravación de las desigualdades y ante las formas de racismo que se expresan sobre todo hacia las personas migrantes?

I. PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO

Análisis





A pesar de los avances de los diez últimos años, sigue habiendo cinco mil millones de personas sin acceso a una atención médica de calidad y a precio asequible, y más de la mitad de la población mundial no goza de ningún tipo de cobertura social¹. La mala salud y la pobreza están íntimamente relacionadas: la pobreza produce problemas de salud y la mala salud perpetúa la pobreza. Para romper esa relación causa-efecto, el movimiento Emaús entabla sus primeras reflexiones sobre el acceso a la sanidad a principios de los años 2000. Observa que existen desigualdades escandalosas dentro mismo del movimiento, lo cual resulta intolerable. En la mayoría de países no europeos donde está presente, 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 de calidad.

La creciente liberalización de las economías, en marcha desde hace decenios, ha convertido el sector de la salud en una mercancía y ha acentuado las desigualdades ya existentes en materia de acceso a la sanidad entre las poblaciones más pobres y las acomodadas. Pero esta dinámica no es propia de los países llamados «pobres»: también va en aumento hoy día, por las mismas razones, en los países más ricos.

En este contexto, algunos miembros de Emaús, junto a su fundador, decidieron emprender una iniciativa colectiva y solidaria. Este proyecto adoptó varias formas (grupo de trabajo, Fondo de Seguro de Enfermedad de África...) antes de convertirse rápidamente en la primera mutua de salud de África. Para ponerla en pie, algunos representantes de Emaús África movilizaron a los miembros de sus asociaciones y promovieron encuentros regulares para explicar, generar sensibilización y sentar las bases del funcionamiento de esta mutua. Tras varios meses de conversaciones se fundan las primeras mutuas locales en los grupos de Benín y Burkina Faso. Estas mutuas se parecen a una seguridad social básica.

En 2007, el movimiento, en su Asamblea General, adopta el derecho y el acceso a la sanidad como uno de los ejes de trabajo prioritarios de Emaús Internacional. Entonces se inicia un proceso de trabajo orientado a la estructuración nacional de las mutuas africanas y a la construcción de nuevas experiencias en la región de Asia.

Hoy día, el movimiento Emaús cuenta con cuatro mutuas de salud que reúnen a más de cinco mil personas afiliadas: una mutua nacional en Benín, otra mutua nacional en Burkina Faso, una mutua comunitaria en un asentamiento informal del sureste de Nueva Delhi y otra mutua comunitaria en el distrito de Rajshahi, en el noroeste de Bangladesh. Estas cuatro mutuas se desarrollan en contextos geográficos y socioeconómicos diferentes y, por lo tanto, no funcionan todas de la misma forma. Difieren los sistemas de afiliación y de cotización, la oferta de servicios o incluso la tipología de los convenios² con otros establecimientos sanitarios del lugar, pero hay algunas características similares que marcan la singularidad de las mutuas de Emaús: unos mecanismos económicos solidarios, la implicación de las personas excluidas en la coordinación de las mutuas —lo cual requiere un refuerzo constante de las capacidades— o la atención especial que se presta a la dinamización participativa.

El funcionamiento de las mutuas

Todas nuestras mutuas se han construido con independencia de todo poder (económico, sindical o político) y con un funcionamiento democrático vigente o en proceso de construcción. Se basan en

¹ *Plan d'orientation stratégique 2018-2022* de la AFD (Agencia Francesa de Desarrollo).

² Acuerdos que firman las mutuas con otras entidades sanitarias relativos a ciertos servicios y sus tarifas.



principios de solidaridad entre los mutualistas —que comparten los costes sanitarios—, por una parte, y también a escala del movimiento internacional, puesto que hay grupos de Emaús que contribuyen a sostener este programa.

Las mutuas de Africa

En África, las dos mutuas son de alcance nacional y cada una reúne a los grupos de Emaús de su país, que trabajan en zonas diferentes (rurales o urbanas). La población beneficiaria de las mutuas la forman las compañeras y compañeros, el personal empleado y las personas beneficiarias de la asociación. La mutua beninesa tiene alrededor de 940 afiliadas/os y la mutua burkinesa, más de 1000.

Las mutuas africanas han establecido convenios con establecimientos sanitarios (hospitales, laboratorios de análisis, etc.) para obtener tarifas preferentes, admisión automática para los mutualistas en dichos establecimientos y la aplicación del pago por terceros. Organizan con regularidad sesiones de educación para la salud, en las que se puede responder a las preguntas de los miembros mutualistas y propiciar que estos hagan suyo este instrumento colectivo.

Se basan en un sistema de afiliación por familias, que ha permitido incrementar constantemente el número de mutualistas desde hace diez años, dar cobertura a todas las personas de una misma familia y compartir mejor los gastos de salud.

Su sistema de gobierno es el de una asociación, con cargos electos, un consejo de administración y una directiva. La dinamización corre a cargo de referentes locales, de las secretarías de las organizaciones nacionales de Benín y Burkina Faso y de los miembros de la asociación mutualista.

La autosuficiencia económica de las mutuas es del 37% en el caso de la mutua beninesa y del 69% en el de la burkinesa.³

Las mutuas de Asia

En Asia, las mutuas no tienen carácter nacional sino local, ya que están vinculadas a un solo grupo de Emaús. La mutua de la India está ligada al grupo de Tara Projects y la de Bangladesh, al grupo de Thanapara Swallows. La primera está ubicada en una zona urbana y la segunda, en zona rural. La cotización es individual, pero varía según el número de miembros de cada familia. Las dos mutuas funcionan con personal empleado (jefes de proyectos, trabajadores sociales, médicos, etc.). La relación entre ingresos y gastos se sitúa en ambos casos en niveles aceptables, a pesar de las dificultades económicas, sanitarias y estructurales que existen. La autosuficiencia económica de la mutua de Tara Projects es del 27%, mientras que en Thanapara Swallows es del 19%.

La mutua de Tara Projects emprendió la construcción de un centro de salud en el mismo asentamiento informal de Badarpur, donde está ubicada. Para sus habitantes, que tienen pocas o ninguna posibilidad de recibir atención médica, este centro de salud se ha convertido en un lugar muy importante para la socialización, la educación y el acceso a la sanidad. Todos los habitantes del barrio pueden beneficiarse de la mutua y del centro de salud. La mutua tiene hoy día 2368 personas afiliadas⁴, a las que les brinda acceso a consultas médicas, a medicamentos, a hospitalizaciones de día, a ingresos en hospitales de la red de entidades colaboradoras (cuando se requiere más

³ Cifras de 2019.

⁴ Cifra de 2020.





equipamiento), a sesiones de fisioterapia, a diversos tipos de pruebas médicas básicas y a consultas con especialistas una o dos veces al mes (oftalmología, ginecología, etc.).

La dinamización y la participación están ampliamente desarrolladas en la mutua india, donde se han creado espacios colectivos para fomentar la participación comunitaria, sobre todo de las mujeres, y fortalecer la gestión democrática. El personal empleado dinamiza los espacios destinados a reforzar los conocimientos de los miembros mutualistas sobre los hábitos y prácticas básicas de salud y sobre el funcionamiento operativo de la mutua.

En cuanto a la mutua de Thanapara Swallows, esta cuenta con casi 600 personas afiliadas y también ha creado un centro médico equipado. Está trabajando en el establecimiento de colaboraciones, en particular con la Universidad de Medicina de Rasjhahi, para poder disfrutar de más servicios médicos específicos. Esta mutua ofrece prestaciones similares: acceso a medicamentos, consultas con un enfermero, hospitalización de día, sesiones de fisioterapia, pruebas médicas básicas y consultas con especialistas una o dos veces al mes (oftalmología, ginecología, etc.).

Principales aprendizajes que nos dejan las mutuas

Las mutuas de Emaús representan una verdadera alternativa. Demuestran que, contando con un acompañamiento solidario y la implicación y unión de personas que desean actuar juntas, una población excluida y vulnerable puede recuperar su derecho a la asistencia sanitaria y ser agente de cambio social.

Desde el inicio de la pandemia, las mutuas han desempeñado un papel vital para que se respeten las medidas barrera individuales y colectivas y para reducir las consecuencias socioeconómicas. Hoy día, cumplen la función de una seguridad social básica y de cierta protección social para las personas desfavorecidas, en unos países desprovistos de estructuras y/o políticas públicas sanitarias.

Los principales aprendizajes que podemos obtener hoy de estas experiencias son múltiples:

- **La implicación en el largo plazo.** El tiempo es una condición esencial para trabajar en pro de un cambio duradero, más aún en contextos de pobreza, analfabetismo, acceso limitado a los servicios públicos, etc. Esto supone un verdadero desafío para el movimiento, ya que debe promover durante mucho tiempo la movilización e implicación de los grupos.
- **La construcción de espacios de participación y la implicación de las personas interesadas.** Cada participante debe sentirse implicado y poder contribuir. Es una condición para la perpetuación de las iniciativas. Además, la construcción de sistemas de protección social comunitarios y controlados por las propias personas beneficiarias es un poderoso medio para liberarse de la pobreza de manera duradera.
- **La adaptación de los programas mutualistas** a los diferentes contextos locales, tanto en lo sanitario como en lo económico o lo cultural.
- **La importancia de la organización colectiva,** a escala de las mutuas y del movimiento. Tanto en África como en Asia, el arranque de las mutuas empujó al movimiento a emprender un trabajo de acompañamiento coordinado con los cargos electos y a crear espacios colectivos de trabajo (talleres en las Asambleas Mundiales, encuentros anuales, etc.). Estos momentos





compartidos fortalecen la implicación. Sin embargo, desde 2016, observamos un claro estancamiento en el acompañamiento que presta el movimiento, ya sea en los cargos electos, en las organizaciones nacionales de los países donde se encuentran las mutuas o en los grupos de Emaús que sostienen estos programas.

Propuesta

Hoy día, el movimiento tiene ante sí diferentes perspectivas y propuestas.

Mejorar los programas mutualistas existentes

Gracias a sus programas mutualistas, el movimiento ha posibilitado que más de cinco mil personas tengan acceso a una atención sanitaria de calidad, al tiempo que ha involucrado a las poblaciones interesadas en la construcción de sus mutuas. No obstante, el informe de capitalización destaca numerosas líneas posibles para mejorar las cuatro mutuas y el acompañamiento de largo plazo que estas reciben. Elegir mejorar lo que ya existe servirá sobre todo para incrementar la autosuficiencia de las mutuas, tanto en Asia como en África.

La revitalización del acompañamiento que reciben estos programas puede darse de diferentes maneras: acompañamiento político por parte de los cargos electos del movimiento, acompañamiento por parte de las organizaciones regionales y nacionales correspondientes, acompañamiento por parte de los grupos locales (por ejemplo: programar nuevos encuentros con los responsables de los grupos locales y las organizaciones nacionales, crear herramientas para fomentar la participación, reforzar nuestro apoyo económico...).

Emprender nuevas experiencias

La situación de los sistemas sanitarios es desastrosa en numerosos países y la pandemia no ha hecho más que agravar las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria. Por lo tanto, el movimiento puede plantearse también iniciar nuevas experiencias mutualistas. En ese sentido, caben dos posibilidades:

1. Crear programas mutualistas en nuevos territorios

Varios grupos de Emaús han manifestado estar interesados en iniciar un programa mutualista.

Antes de crear nuevas experiencias piloto conviene considerar muchos aspectos:

- ¿Dónde desarrollar una nueva experiencia?
- ¿Conviene dar prioridad a un territorio donde existan varios grupos de Emaús, para poner en común las capacidades humanas y económicas?
- ¿Qué capacidad de trabajo colectivo y de compromiso humano y económico tienen el grupo o los grupos en cuestión?

Hay que ser conscientes también del tiempo que se necesita para que un programa funcione adecuadamente: tiempo para la encuesta preliminar y el análisis del contexto, tiempo para sensibilizar y dar formación, tiempo para que los grupos se preparen... Todo ello supone entre uno y dos años de preparación antes de inaugurar la mutua.





Aquí, una vez más, es crucial la implicación del movimiento, de los cargos electos y de los responsables de los grupos correspondientes.

O BIEN

2. Crear un instrumento de Emaús de alcance mundial para el acceso a la sanidad

Dadas la amplitud y lo extendido de las desigualdades en materia de acceso a la sanidad, podría resultar conveniente plantear la creación de un instrumento de alcance mundial que sirviese para garantizar el acceso a la sanidad dentro del movimiento. Sería una especie de «mutua interna de Emaús». Para ello, habría que realizar una reflexión profunda para esbozar sus contornos y su viabilidad. Con este instrumento mundial, que tendría una orientación internacional, el movimiento estaría llevando a cabo un proyecto de una envergadura inédita hasta ahora.

Si se plantea esta opción, el movimiento deberá preguntarse por su modo de financiación, gestión y seguimiento.

Nótese que la Mutualité Française parece estar dispuesta a acompañar al movimiento en este proceso.

Poner la experiencia de las mutuas al servicio de la incidencia política en favor de un derecho efectivo a la sanidad

El programa mutualista de Emaús no puede llevarse a cabo sin una labor de incidencia política en paralelo, para intentar hacer que evolucionen las políticas sanitarias públicas y para que se reconozca y se dé prioridad a las personas involucradas en las mutuas, que dan vida a los valores de la solidaridad y la ética económica al incluir a las personas más vulnerables.

La pandemia ha recordado a la humanidad lo frágil que es cada persona y lo vulnerables que somos como colectivo. Todas/os tenemos derecho a la atención sanitaria y es nuestro deber colectivo exigir a los Estados que se comprometan a garantizarlo.

Las mutuas de Emaús, en su funcionamiento y en su finalidad, responden a las tres exigencias que expresamos en nuestro Informe Mundial: implicar a las personas vulnerables para que puedan ocupar plenamente su lugar en la sociedad, situar el interés general en el centro de las políticas públicas y construir una economía que esté realmente al servicio del ser humano y de su entorno.

Hay que recordar que es responsabilidad de las políticas públicas integrar a las personas excluidas en la construcción colectiva de la actividad pública que atañe a su territorio y garantizar el derecho a la atención sanitaria, fundamental, que debe preservarse de toda lógica privatizadora.

En la escala local, en primer lugar, puede ser interesante que las mutuas desarrollen en sus territorios el trabajo en red. Un acercamiento mutuo de los diferentes agentes involucrados en la misma lucha ayudaría a poner en común las fuerzas y las experiencias y quizá a ejercer un mayor peso sobre los poderes públicos.





Reforzar el acompañamiento político (en una forma que habría que definir) en los diferentes escalafones ayudaría a los miembros de las mutuas a defender mejor y hacer más visible su trabajo y el impacto que este tiene.

Sería fundamental acercarnos a otros agentes de la sociedad civil implicados en la defensa del derecho a la atención sanitaria para construir una relación de fuerzas conveniente.

En la escala internacional, podríamos unirnos a una campaña de sensibilización o de incidencia política sobre el derecho atención sanitaria o iniciar una campaña junto con otras entidades, que los miembros mutualistas podrían utilizar para defender su programa.