

**MUTUALES DE SALUD
Y ASOCIACIONES
DE MICROEMPRESARIOS**

GUIA

Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2004

Primera edición 2004

Las publicaciones de la Oficina Internacional del Trabajo gozan de la protección de los derechos de propiedad intelectual en virtud del protocolo 2 anexo a la Convención Universal sobre Derecho de Autor. No obstante, ciertos extractos breves de estas publicaciones pueden reproducirse sin autorización, con la condición de que se mencione la fuente. Para obtener los derechos de reproducción o de traducción, deben formularse las correspondientes solicitudes a la Oficina de Publicaciones (Derechos de autor y licencias), Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza, solicitudes que serán bien acogidas.

Los capítulos 3, 4 y 5 de esta guía son reproducidos del *Manuel de formateurs. Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place* (ISBN 92-2-112080-5) publicado por el Programa STEP en mayo de 2000.

OIT

Mutuales de salud y asociaciones de microempresarios. Guía.

Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, Programa Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza (STEP), Programa InFocus Intensificación del Empleo mediante el Desarrollo de Pequeñas Empresas (SEED), 2004

Guía, mutualidad, seguro de enfermedad, microempresa. 02.03.2

ISBN 92-2-312398-4

Publicado también en francés: *Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs. Guide* (ISBN 92-2-212398-0), Ginebra, 2001, y en inglés: *Mutual health organizations and micro-entrepreneurs' associations. Guide* (ISBN 92-2-112398-7), Ginebra, 2001

Datos de catalogación de la OIT

Las denominaciones empleadas, en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos en las publicaciones de la OIT no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las sancione.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Las publicaciones de la OIT pueden obtenerse en las principales librerías o en oficinas locales de la OIT en muchos países o pidiéndolas a: Publicaciones de la OIT, Oficina Internacional del Trabajo, CH-1211 Ginebra 22, Suiza. También pueden solicitarse catálogos o listas de nuevas publicaciones a la dirección antes mencionada o por correo electrónico a: pubvente@ilo.org

Vea nuestro sitio en la red: www.ilo.org/publns

Impreso en Italia

**MUTUALES DE SALUD
Y ASOCIACIONES
DE MICROEMPRESARIOS**

GUIA

El programa global Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza (STEP) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) interviene en dos áreas temáticas interdependientes: la extensión de la protección social a los excluidos y los enfoques integrados de inclusión social.

STEP apoya la concepción y la difusión de sistemas innovadores destinados a extender la protección social a las poblaciones excluidas, en especial, las de la economía informal. Se ocupa, particularmente, de sistemas basados en la participación y organización de los excluidos. STEP también contribuye a reforzar los lazos entre estos sistemas y los demás mecanismos de protección social. De esta forma, STEP apoya el establecimiento de sistemas nacionales de protección social coherentes, basados en los valores de eficacia, equidad y solidaridad.

STEP sitúa su acción en el área de la protección social en el más amplio marco de la lucha contra la pobreza y la exclusión social. Pone especial empeño en una mejor comprensión de los fenómenos de exclusión social y en el refuerzo, en el plano metodológico, de enfoques integrados que intentan reducir el problema. STEP pone un énfasis particular en las articulaciones entre el nivel local y el nivel nacional, contribuyendo igualmente a trabajos y agendas internacionales.

STEP combina diferentes tipos de actividades: producción de estudios e investigaciones, producción de herramientas metodológicas y obras de referencia, formación, ejecución de proyectos de terreno, apoyo técnico a la definición y a la puesta en marcha de políticas y fomento del trabajo en red de los actores.

La acción del programa se inscribe en la intervención del Servicio de Políticas y Desarrollo de la Seguridad Social de la OIT y, en particular, de su Campaña mundial en materia de seguridad social y cobertura para todos.

Programa STEP
Servicio de Políticas y Desarrollo de la Seguridad Social
Oficina Internacional del Trabajo
4, route des Morillons
CH – 1211 Ginebra 22, Suiza
Tel. : (41 22) 799 65 44 – Fax : (41 22) 799 66 44
e-mail : step@ilo.org • INTERNET : www.ilo.org/step

El Programa InFocus «Intensificación del Empleo mediante el Desarrollo de Pequeñas Empresas» (SEED) de la OIT afronta la necesidad global de creación y mejora del empleo en pequeñas empresas. Mujeres y hombres que trabajan en pequeñas empresas carecen muchas veces de la calidad de trabajo, del trabajo decente, que la OIT defiende y promueve.

Mediante su acción, SEED tiene por objetivo poner de relieve las mejores prácticas y desarrollar una base de conocimientos sólida sobre el empleo en la pequeña empresa. Esto incluye el marco normativo y legal, servicios de desarrollo empresarial, mejora de las oportunidades de mercado, calidad de empleo, apoyo a asociaciones empresariales y buenas prácticas en cuestiones de género. En estas áreas, SEED contribuye a través de asesoría técnica, guías prácticas, documentos de trabajo, capacitación, seminarios y proyectos de cooperación técnica.

SEED colabora con los gobiernos, los actores sociales de los países en desarrollo, organizaciones de base comunitaria, asociaciones de pequeños empresarios y otras agencias e instituciones de apoyo a la micro y pequeña empresa para generar mejores puestos de trabajo en pequeñas empresas más viables.

Programa InFocus SEED
Departamento de Creación de Empleo y Empresas
Oficina Internacional del Trabajo
4, route des Morillons
CH – 1211 Ginebra 22, Suiza
Tel.: (41 22) 799 68 62 – Fax: (41 22) 799 79 78
e-mail: ifp-seed@ilo.org • INTERNET: www.ilo.org/seed

Prefacio

El objetivo fundamental de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) es contribuir a que cada mujer y cada hombre tenga la posibilidad de acceder a un trabajo decente y productivo, en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad. El concepto de trabajo decente abarca la mayoría de las dimensiones relativas a la mejora del mundo del trabajo: la obtención de un empleo e ingreso adecuados, el acceso a la protección social, el beneficio de los derechos fundamentales en el trabajo y la participación en decisiones a través del diálogo social.

Un enfoque que combine la creación de empleos y el acceso a la protección social es decisivo para la promoción del trabajo decente. No es una combinación sencilla cuando se trata de trabajadores de la economía informal. En realidad, aunque existen estrategias de promoción del empleo a través del desarrollo de las micro y pequeñas empresas, cuando se aplican, difícilmente se logra integrar las cuestiones de protección social.

En muchos países en desarrollo la mayoría de las microempresas se encuentra en la economía informal, donde el déficit de protección social es mayor. Este déficit alcanza proporciones considerables en ciertas regiones del mundo. Se estima, por ejemplo, que alrededor del 80 por ciento de la población del África subsahariana no cuenta con un acceso adecuado a la asistencia médica básica.

La necesidad de combinar la creación de empleo y el acceso a la protección social ha motivado la colaboración entre los programas SEED y STEP de la OIT¹. La presente guía constituye uno de los resultados de este trabajo conjunto. La misma está destinada a aquellos interesados en la creación de una mutual de salud por una asociación de microempresarios.

La protección social es un derecho legítimo de cada individuo. Es además una condición para el progreso económico y social. La ausencia de protección social puede tener consecuencias graves no sólo en la salud de los trabajadores de las microempresas sino también en el funcionamiento de las mismas. Por ejemplo, para hacer frente a los gastos médicos, un microempresario podría verse obligado a vender parte de sus bienes de producción. La enfermedad podría traducirse en ausencias prolongadas en el trabajo y en una pérdida de productividad. Habida cuenta de que los microempresarios constituyen, a menudo, la

¹ El Programa SEED opera en el Sector de Empleo, mientras que el Programa STEP opera en el Sector de la Protección Social de la OIT.

principal fuente de ingresos de familias enteras, esta situación tiene efectos directos en el bienestar de muchas personas.

Si bien la extensión de la protección social a todos los microempresarios es legítima desde el punto de vista de la equidad y de la eficiencia, se plantean aún ciertas interrogantes en torno a la modalidad para ponerla en práctica. La experiencia existente es escasa. En este ámbito, más que en otros, es necesario hacer prueba de pragmatismo y de capacidad de innovación a la hora de determinar los mecanismos más apropiados para brindar protección social a todos.

La OIT, a través de su Sector de la Protección Social, ha identificado tres niveles con respecto a estos mecanismos de extensión:

- extensión basada en los sistemas de seguridad social, sistemas de salud pública y programas de asistencia social impulsados y creados por el Estado;
- desarrollo de sistemas de protección descentralizados como resultado de iniciativas locales;
- articulación de los sistemas descentralizados con otros sistemas de protección social.

Las mutuales de salud son el producto de iniciativas locales que combinan los principios fundamentales del seguro, la participación y la solidaridad. Se basan en un mecanismo de seguro, ya que mediante el pago de una cuota periódica, el miembro de la mutual es indemnizado por el conjunto de miembros cuando acaece un riesgo. Las mutuales funcionan gracias a la solidaridad, todos los miembros contribuyen, pero sólo aquellos afectados por un evento determinado se benefician de un apoyo financiero. Las mutuales promueven la participación, la afiliación es voluntaria y todos los miembros tienen derecho a participar, directa o indirectamente, en diversas instancias de decisión y en el control del funcionamiento de la mutual.

Las mutuales de salud creadas por asociaciones de microempresarios son aún escasas. Sin embargo, son objeto de interés creciente por parte de asociaciones y promotores de microempresas. Esta guía brinda información básica y necesaria para apreciar tanto las ventajas como las dificultades que plantea la creación de una mutual de salud. Estas dificultades no deben subestimarse debido a la relativa novedad en la materia.

En muchos casos, los microempresarios, en particular aquellos que actúan en la economía informal, son personas de escasos recursos. Es legítimo, desde una perspectiva de equidad, que los mecanismos de protección social para estas personas reciban un apoyo que permita poner en práctica la solidaridad nacional. A pesar de que en muchos países las posibilidades de apoyo financiero son muy limitadas o casi inexistentes, esta preocupación por la equidad es fundamental para el desarrollo futuro de los sistemas mutualistas destinados a personas pobres.

Índice

Introducción	1
1. La situación de las microempresas	3
1.1 Dimensión, composición e importancia	3
1.2 Las microempresas: problemas y limitaciones	5
a) Dificultades internas	5
b) Contexto institucional	5
c) Acceso a los servicios financieros y de desarrollo	6
1.3 Las asociaciones de microempresarios	7
a) Creación de asociaciones de microempresarios	7
b) Asociaciones sectoriales, locales y federales	7
c) Servicios brindados por las asociaciones a sus miembros	8
2. Condiciones de trabajo y protección de la salud en las microempresas	11
2.1 Introducción	11
2.2 Condiciones de trabajo desfavorables	12
2.3 Protección social de los trabajadores de la economía informal	13
3. Papel de las asociaciones de microempresarios en la protección de la salud	15
3.1 Previsión en el campo de los gastos en salud	15
3.2 Dos mecanismos de previsión: el prepago y el seguro	16
a) El prepago sin distribución de riesgo	16
b) El seguro	21

3.3	La función de las asociaciones de microempresarios: responder a las necesidades de sus miembros	18
3.4	Definición de una mutual de salud	21
4.	Servicios brindados por las mutuales de salud	23
4.1	Principios básicos de una mutual de salud	23
	a) Solidaridad entre los miembros	23
	b) Funcionamiento democrático y participación	23
	c) Autonomía y libertad	23
	d) Desarrollo de la persona	24
	e) Un objetivo sin fines de lucro	24
	f) Responsabilidad	24
	g) Dinámica de un movimiento social	24
4.2	Naturaleza de los servicios ofrecidos por una mutual de salud	25
4.3	Tipo de atención médica que una mutual de salud puede cubrir	26
	a) Atención médica básica o «riesgos menores»	27
	b) Atención hospitalaria	27
	c) Atención especializada	27
	d) Medicamentos	27
	e) Otros	27
4.4	Cobertura parcial de los gastos en salud	27
	a) Copago	27
	b) Franquicia	28
	c) Cobertura máxima	28
4.5	Modalidades para otorgar las prestaciones a los miembros	28
	a) Pago del tratamiento a cargo del miembro	28
	b) Pago directo por la mutual	29

5.	Organización y funcionamiento de las mutuales de salud	31
5.1	Organización de una mutual de salud	31
	a) Organización interna de una mutual de salud	31
	b) Estructura de una mutual de salud	33
5.2	Afiliación a una mutual de salud	33
	a) El afiliado o titular	33
	b) Los beneficiarios	34
	c) Categorías de personas cuya afiliación podría causar dificultades	36
	d) Modalidades de afiliación a una mutual de salud	37
5.3	Riesgos mayores relacionados con el seguro de salud	37
	a) Riesgo de selección adversa	38
	b) Riesgo moral	38
	c) Riesgo de prescripción excesiva	38
	d) Fraudes y abusos	39
	e) Riesgos catastróficos	39
5.4	Gestión de una mutual de salud	39
	a) Gestión de recursos humanos	40
	b) Gestión de recursos materiales	41
	c) Gestión de recursos financieros	41
5.5	Perspectivas de sostenibilidad y de viabilidad de una mutual de salud	43
6.	Creación de una mutual de salud por una asociación de microempresarios	45
6.1	Las distintas etapas	45
6.2	Sensibilización y animación	46
6.3	Verificación de las condiciones previas	47
	a) Deben existir lazos de solidaridad entre los futuros miembros	47

	b) Los miembros potenciales deben experimentar dificultades financieras para acceder a la atención médica	47
	c) La población destinataria debe confiar en los iniciadores del proyecto	47
	d) Deben estar disponibles servicios de salud de calidad	48
	e) Una dinámica de desarrollo socioeconómico	48
6.4	Estudio de factibilidad y elección de la fórmula mutualista más adecuada	49
	a) Elección de la atención médica que cubrirá la mutual	50
	b) Cálculo de las cotizaciones	53
7.	Conclusiones	57
	Bibliografía	61

Introducción

¿A quién está destinada esta guía?

La presente guía está destinada a todas aquellas personas interesadas en la protección social de los microempresarios y de los trabajadores de las microempresas. Esto incluye a responsables de asociaciones de microempresarios, promotores de dichas asociaciones (ONG, proyectos, federaciones, etc.), así como a responsables y expertos de organizaciones o administraciones que trabajan en el área del empleo, de la protección social o de la salud.

¿Cuál es el objetivo de esta guía?

El objetivo de esta guía es permitir a los lectores que conozcan las ventajas y las dificultades que implica para los microempresarios la creación de mutuales de salud. La guía proporciona la información básica indispensable para lograr este objetivo. No aborda, en cambio, todas las técnicas necesarias para crear una mutual de salud en un contexto específico. Para ello se requieren herramientas adicionales.

Contenido de la guía

El capítulo 1, titulado **La situación de las microempresas**, presenta las características esenciales de las microempresas y sus principales limitaciones. Asimismo, describe el proceso de creación de asociaciones de microempresarios y los servicios que estas ofrecen.

El capítulo 2, titulado **Condiciones de trabajo y protección de la salud en las microempresas**, destaca la importancia de los riesgos de salud a los cuales están expuestas las personas que trabajan en las microempresas. En este capítulo se analiza la falta de protección a la que está sometida la mayoría de los trabajadores de las microempresas de la economía informal. Por último, se describen brevemente las dificultades de la extensión de la protección social a la economía informal y se presentan algunas iniciativas.

El capítulo 3, titulado **Papel de las asociaciones de microempresarios en la protección de la salud**, está dedicado al riesgo financiero vinculado a la enfermedad y a la forma de enfrentarlo. Se describen dos mecanismos de previsión: el prepago sin distribución de riesgo y el seguro. Finalmente, enfatiza el potencial de las asociaciones de microempresarios para llevar a cabo actividades relacionadas con la protección de la salud.

El capítulo 4, titulado **Servicios brindados por las mutuales de salud**, en su primera parte versa sobre los principios básicos de la mutualidad. Luego presenta las características de los servicios que una mutual de salud puede ofrecer a sus miembros, las condiciones para acceder a estos servicios y la forma de otorgar las prestaciones.

El capítulo 5, titulado **Organización y funcionamiento de las mutuales de salud**, presenta una estructura tipo de una mutual de salud: las funciones y las relaciones entre sus principales órganos directivos. Analiza las modalidades de afiliación de un miembro y las condiciones para que ciertas personas a su cargo puedan también beneficiarse de los servicios de la mutual de salud. Asimismo, destaca los riesgos mayores de un seguro de salud. Por último, proporciona una descripción breve de la gestión administrativa y financiera de una mutual.

El capítulo 6, **Creación de una mutual de salud por una asociación de microempresarios**, aborda las condiciones y el proceso de creación de una mutual de salud. Describe las distintas etapas de la creación de una mutual, las condiciones y acciones previas a su lanzamiento. Finalmente, presenta algunos criterios que han de tenerse en cuenta en la definición de la fórmula mutualista más apropiada.

1. La situación de las microempresas

1.1 Dimensión, composición e importancia

Las microempresas se definen como entidades económicas (microempresas o empresas asociativas) compuestas por una a diez personas que trabajan con un interés lucrativo en todos los sectores económicos salvo en la agricultura (Haan *et al.*, 1996)². En la mayoría de los países africanos, los trabajadores de las microempresas representan más de la mitad de la población activa urbana. La gran mayoría de los nuevos empleos son creados por las microempresas. En Asia, las microempresas de la economía informal representan entre un 40 y un 50 por ciento del empleo urbano. En Africa y en América Latina, el empleo en las microempresas está creciendo cuatro veces más rápido que el empleo formal en medianas y grandes empresas (OIT, 1998).

En muchos países, donde el acceso de la mujer al mercado laboral formal es difícil, el trabajo independiente o la creación de empresas es con frecuencia el único camino hacia el empleo y para obtener ingresos. En la actualidad, las mujeres constituyen, en varios países, la mayoría de los microempresarios en la economía informal. Por ejemplo, en Zambia e Indonesia representan, respectivamente, el 72 y el 65 por ciento de los efectivos (OIT, 2000).

Desde la privatización de empresas estatales y la reducción del gasto público, las microempresas están desempeñando un papel decisivo en la disminución del desempleo al absorber a un porcentaje de las personas que ingresan al mercado laboral. Las mismas han servido para paliar la repercusión de las crisis económicas y los programas de ajuste estructural. Teniendo en cuenta su importancia social y su función económica, las microempresas han de considerarse como mucho más que simples y últimos recursos para las personas analfabetas o con mínima educación.

Si bien las oportunidades de empleo formal son raras, la mayoría de los microempresarios mantienen la esperanza de obtener un empleo mejor. Adoptan estrategias a corto plazo que no siempre maximizan los beneficios ni la expansión de la empresa a largo plazo. Esto dificulta las relaciones duraderas entre el microempresario y su ambiente social y

² Esta guía se refiere principalmente a las microempresas de la economía informal y no a las correspondientes a las profesiones liberales tales como los abogados, los médicos, etc.

económico, y constituye un obstáculo serio para el establecimiento de sistemas de seguro de salud.

Numerosas microempresas pasaron a ser actores importantes del crecimiento económico suministrando productos y servicios necesarios a un vasto sector de la población. Estas microempresas mantienen, con frecuencia, relaciones con grandes empresas, ya sea como proveedores de productos y servicios, o compradores y/o agentes comerciales.

Una consecuencia de la globalización para los países en desarrollo es el aumento en las importaciones de productos manufacturados que compiten con aquellos producidos por industrias tradicionales o autóctonas.

Esta situación ha generado problemas para algunas microempresas, especialmente en el sector textil, el de la metalurgia y el de la alfarería. No obstante, surgen oportunidades en el sector comercial y en los servicios tales como negocios de fotocopiado, kioscos de telefonía, servicios de contabilidad y gestión, y de formación profesional.

Las microempresas y sus asociaciones se están convirtiendo en compañeros de gestión en el ámbito de los servicios públicos – recolección de residuos, mantenimiento de infraestructura – sobre una base comercial. En la India y Túnez, por ejemplo, las franquicias de los servicios de telefonía pública crearon oportunidades para cientos de establecimientos, en su mayoría microempresas.

En su conjunto, la característica más notable de las microempresas radica en su gran diversidad, la cual debe considerarse a la hora de diseñar una mutual de salud destinada a dicho grupo:

- se encuentran en casi todos los sectores económicos, si bien predominan en el sector de servicios;
- están dispersas en todo el país, sobre todo en zonas urbanas;
- son dirigidas tanto por mujeres como por hombres, aunque hay mayoría de mujeres en ciertos sectores tales como la industria agroalimentaria;
- la mayoría son unidades estáticas con una perspectiva de crecimiento pobre, a pesar de que algunas logran desarrollar sus actividades;
- el grado de integración económica y de formalización es muy variable.

I.2 Las microempresas: problemas y limitaciones

a) Dificultades internas

Numerosos propietarios de microempresas reciben sólo educación elemental, la mayoría no llega a completarla (OIT, 1998). Los trabajadores y asistentes de las microempresas poseen conocimientos técnicos muy rudimentarios. Las escuelas de formación profesional no capacitan para el empleo en microempresas. En Dodoma (República de Tanzania), por ejemplo, sólo el 8 por ciento de los propietarios de microempresas de manufacturación y el 14,2 por ciento de sus empleados recibieron educación formal (Mwinuka, J. B., 1996). El aprendizaje es, en consecuencia, la principal alternativa para el desarrollo de sus capacidades.

La falta de educación formal constituye un obstáculo para el desarrollo de las microempresas y conduce a una actitud conservadora y defensiva en diversas áreas. En general, la cobertura de los riesgos, la búsqueda de nuevos mercados, la innovación o la incorporación de personal capacitado no figuran en la agenda de las microempresas.

Otro obstáculo específico para su desarrollo es que las microempresas constituyen con frecuencia la única fuente de ingresos para toda la familia del empresario. Debido a la falta de un simple sistema de gestión y al escaso conocimiento de contabilidad, el dinero ganado se utiliza directamente en los gastos del hogar. Esto se manifiesta principalmente en empresas dirigidas por mujeres, donde éstas se van haciendo cargo progresivamente de los gastos del grupo familiar. Asimismo, las mujeres combinan las tareas del hogar con la gestión de la empresa, particularmente cuando trabajan en su domicilio o en un lugar próximo al mismo.

b) Contexto institucional

Las condiciones para el éxito de las microempresas son diversas. Sin embargo, las microempresas dependen en gran parte de la actitud de las autoridades públicas, del acceso a los servicios de financiamiento y a los servicios de mediación y consultoría.

Cada vez más los gobiernos promueven al sector privado. Estas políticas macroeconómicas y financieras no suelen ser necesariamente favorables para el desarrollo de las microempresas. Las políticas de liberalización de los mercados benefician a grandes empresas y los regímenes fiscales suelen discriminar a las microempresas³.

En el ámbito local, las políticas de urbanización ignoran la necesidad de establecer lugares adecuados para las microempresas. Al servicio irregular de recolección de residuos, se suman otros inconvenientes de

³ Las grandes empresas se benefician con exenciones fiscales mientras que las unidades más pequeñas están sujetas a fuertes impuestos por intermedio de impuestos indirectos. La OIT ha realizado diversos estudios que muestran que aunque los trabajadores de la economía informal no paguen impuestos directos, están sometidos a un gran número de impuestos indirectos.

infraestructura tales como el deterioro de los caminos, la falta de electricidad, de agua potable y de servicios sanitarios. Otros obstáculos para el desarrollo de las microempresas son las trabas para obtener permisos y habilitaciones y las políticas impositivas locales que hacen de estas empresas un blanco de las autoridades descentralizadas, obligadas cada vez más a movilizar recursos a escala local.

Las iniciativas gubernamentales, tales como la creación de parques industriales, los fondos especiales de crédito o los sistemas de seguridad social no alcanzan fácilmente a los microempresarios, en parte debido a que muchos de ellos no se inscriben y prefieren permanecer «ocultos». La falta de comunicación y la ausencia de campañas de información también contribuyen al aislamiento de los microempresarios.

**c) Acceso
a los servicios
financieros
y de desarrollo**

La falta de capital es uno de los principales problemas de las microempresas. La mayoría comienza sus actividades gracias a ahorros personales y a préstamos familiares informales. A la insuficiencia de conocimientos sobre gestión empresarial se suma la casi constante falta de fondos. En consecuencia, la capacidad de inversión en nuevo equipamiento, en la búsqueda de nuevos productos o mercados y en la mejora de las condiciones laborales se encuentran con muchas limitaciones.

Con frecuencia los servicios adecuados de financiamiento para microempresarios no se encuentran disponibles. En general, existen sistemas informales de ahorro y crédito eficaces, pero pocos bancos muestran interés en las microempresas. Las ONG, conjuntamente con programas de desarrollo, crearon servicios bancarios especializados, haciendo que los créditos a corto plazo sean más accesibles. Sin embargo, los recursos financieros a largo plazo, especialmente los destinados a inversiones, resultan difícilmente accesibles.

Los sistemas de microfinanza están cobrando importancia. Para los microempresarios, la posibilidad de depositar su dinero en un lugar seguro, protegido de los pedidos de préstamos y donaciones por parte de otros miembros de la familia, ha contribuido al éxito de este servicio. La posibilidad de establecer mutuales de salud teniendo como base esta capacidad de ahorro debe ser considerada.

Las microempresas requieren muchos servicios de tipo no financiero, entre otros la formación técnica, la formación en gestión, la información sobre los mercados, la innovación tecnológica, las técnicas de comercialización, la creación de redes industriales y el apoyo organizativo.

I.3 Las asociaciones de microempresarios

a) Creación de asociaciones de microempresarios ⁴

Los microempresarios forman asociaciones por razones prácticas, en particular relacionadas con su contexto inmediato de trabajo. Como grupo, los microempresarios pueden generar economías de escala lo cual les permite ofrecer precios más bajos, acceso a grandes mercados o compartir equipos e instrumentos demasiado costosos para un sólo individuo o microempresa. En algunos casos, esta situación conduce a la creación de una infraestructura común, donde los miembros pueden adquirir servicios específicos a menor costo.

Otra de las causas de la asociación de microempresarios es el temor a la expulsión y a las acciones represivas por parte de las autoridades locales. En muchas localidades, el clima hostil y la actitud imprevisible de los funcionarios han llevado a los microempresarios a agruparse en asociaciones.

Los siguientes factores contribuyen a la fortaleza y perennidad de las asociaciones de microempresarios y, en consecuencia, deberán ser contemplados al promover las mutuales de salud:

- un líder carismático;
- una gestión profesional y democrática;
- un buen sistema de mediación interna;
- una representación interna adecuada;
- un marco legal adecuado;
- servicios selectivos (necesarios y a un costo moderado) para sus miembros;
- fuentes de ingresos diversificadas y estables;
- buenas relaciones externas;
- un determinado grado de legitimación pública.

A estos factores, propios de la asociación, se suma la necesidad de evaluar el entorno político, legislativo y reglamentario en los cuales actúan estas asociaciones.

b) Asociaciones sectoriales, locales y federales

Algunas asociaciones, cuyos miembros desarrollan la misma actividad económica, ofrecen servicios tales como licencias de importación, o locales de venta; tienen además, acceso a servicios del Estado o a la negociación de tarifas preferenciales. Otras asociaciones, formadas con arreglo a una división territorial, comparten servicios comunes, como el suministro de agua, servicios sanitarios, recolección de residuos y contribuyen así a un mejor ambiente de trabajo.

⁴ La expresión «asociación de microempresarios» se usa para describir una organización que agrupa a microempresarios para proteger los intereses de sus miembros y brindar servicios comunes. Los términos «cooperativa» o «grupo» se reservan para organizaciones con actividades económicas compartidas por sus miembros.

En algunos países, las asociaciones basadas en la misma actividad económica se agrupan en federaciones nacionales. En Malí, por ejemplo, la asociación de artesanos de Malí agrupa más de cincuenta asociaciones nacionales, con más de 20 000 miembros, y ha ejercido una influencia decisiva sobre la política de desarrollo de las microempresas del país.

**c) Servicios
brindados por las
asociaciones a
sus miembros**

La formulación tanto de una política como de reglas idóneas, basadas en la representación y la defensa de sus miembros, es esencial para el diálogo social entre empresarios y trabajadores.

Los servicios brindados por las asociaciones incluyen visitas de intercambio, la búsqueda de nuevos productos, etc. En el área de la gestión y la transferencia de competencias, ciertas asociaciones organizan sesiones de capacitación para sus miembros.

Otras asociaciones facilitan a sus miembros el acceso a créditos en la mayoría de los casos en colaboración con bancos y ONG. Los clubes y las cooperativas de ahorro y crédito, así como las asociaciones de socorro mutuo, los fondos para gastos de sepelio, etc., son mecanismos, en general, basados en redes sociales existentes, que transforman de esta forma la solidaridad vecinal en estructuras de ayuda mutua. Estos mecanismos tienen un alcance financiero restringido y su viabilidad no está siempre garantizada. Es necesario desarrollar sistemas más sólidos para responder a las necesidades de los microempresarios.

Uganda: La Asociación de Mujeres de Villa Ntulume (NVIDOMA)

La Asociación Mujeres de la Villa Ntulume, inscrita como ONG desde 1987, está formada por 72 miembros mujeres que dirigen sus propias pequeñas empresas. Muchas de ellas tienen un puesto en el mercado y venden productos que van desde tomates hasta ropa usada. Algunas crían pollos, hacen pan, cultivan hongos o confeccionan ropa. Uno de los miembros fundadores es el pilar y guía de NVIDOMA. La sede fue construida en su tierra por los propios miembros.

Los miembros elegidos del comité son mujeres empresarias con experiencia. Ellas actúan como consejeras financieras y comerciales de los otros miembros. La asociación administra sus propias finanzas que ascienden a un total de 3500 dólares estadounidenses, y se firmaron acuerdos con varias organizaciones microfinancieras para garantizar el acceso de sus miembros al crédito. La asociación imparte una parte de la formación en gestión financiera y empresarial, a cambio de una pequeña contribución financiera.

Los principales objetivos de NVIDOMA son la creación de empleos y la generación de ingresos para las mujeres. Con el apoyo de organizaciones tales como Mama Cash y Global Fund, los miembros se beneficiaron con importantes servicios financieros para sus empresas.

2. Condiciones de trabajo y protección de la salud en las microempresas

2.1 Introducción

El aspecto negativo de las microempresas se encuentra en sus condiciones de trabajo. La mayoría de los microempresarios trabaja largas horas, en puestos de trabajo monótonos y a cambio de una remuneración irrisoria. Cuando contratan empleados, con frecuencia la remuneración está por debajo de los salarios mínimos sociales y no existe un convenio colectivo de trabajo.

Muchas microempresas trabajan con material poco seguro, en condiciones precarias y sin acceso a la protección social por enfermedad, accidente o vejez. La marginación económica de las microempresas no les permite realizar las inversiones necesarias para un buen funcionamiento y un desarrollo eficiente. El elevado nivel de analfabetismo entre los microempresarios no les permite darse cuenta de los riesgos a los que están expuestos.

Cuando el dueño de una microempresa se accidenta o se enferma, el bienestar de la familia entera se ve amenazado de inmediato. Asimismo, los elevados costos de la atención médica y la pérdida del sustento llevan a la persona a abstenerse de recurrir a asistencia en forma rápida. Cuando finalmente decide recurrir a los servicios médicos, los costos son más elevados debido al grado de deterioro físico.

Como resultado de la introducción de la política de la participación de los beneficiarios en los gastos de salud y del deterioro generalizado de los servicios públicos en los países en desarrollo, la población se ve cada vez más en la necesidad de asegurar su propia protección social. Las asociaciones – vecinales y profesionales – pueden contribuir a la mejora del acceso a servicios tales como el cuidado de los niños, la educación y la atención médica.

La creación de una mutual de salud requiere asociaciones de microempresas con un grado suficiente de confianza entre los miembros potenciales y una experiencia idónea en términos de colaboración y gestión. Además, requiere la existencia de una estructura simple de gestión colectiva, la cual sentará las bases para la administración confiable y transparente de una mutual de salud.

2.2 Condiciones de trabajo desfavorables

En general, las condiciones de trabajo en las microempresas son precarias: polvo y ruido, falta de luz, talleres desordenados, máquinas y herramientas peligrosas.

Un informe llevado a cabo en once ramas de la economía informal en Dodoma (Forastieri *et al.*, 1996), que abarcó un amplio rango de actividades, puso de manifiesto los siguientes problemas: exposición al polvo, trabajo extenuante, mala postura física, largas horas de trabajo bajo presión física y mental, transporte inadecuado, cargas pesadas, locales húmedos y carencia de calzado apto para trabajar en pisos húmedos. Muchos accidentes se producen debido al mal estado del equipo y a la falta de elementos de protección personal. El estado de las herramientas, la falta de espacio en los lugares de trabajo y la falta de organización agravan la situación.

La encuesta señaló que la mayoría de las empresas no cuentan con agua potable ni servicios sanitarios ni con servicios de recolección de residuos. Ningún inspector de trabajo visitó sus establecimientos para promover medidas preventivas y sólo algunas empresas cuentan con un botiquín de primeros auxilios.

Los problemas de salud que se presentan habitualmente entre los microempresarios y sus trabajadores son dolor de espalda, hernia, dolores musculares y de articulaciones, y dolores de cabeza.

De hecho, la inseguridad en los lugares de trabajo de las microempresas es consecuencia de la falta de concienciación, la escasa capacidad de gestión y la ausencia de medios financieros para permitir la introducción de medidas de protección. Las políticas gubernamentales ignoraron durante mucho tiempo las dificultades específicas de las microempresas y tampoco se han preocupado por mejorar las condiciones de trabajo, a pesar de exigir a esas empresas el cumplimiento de normas y leyes nacionales.

Numerosos ejemplos muestran cómo las condiciones de trabajo pueden mejorarse sin grandes costos (Kogi *et al.*, 1989). El material de formación de la OIT, como la Guía de Formación I-WEB «Mejorar el ambiente profesional y la actividad de las microempresas» y PATRIS «Guía para la participación de los trabajadores en el sector informal», abordan las necesidades específicas y la capacidad de absorción de las microempresas. Utilizan métodos audiovisuales y están basadas en prácticas locales. Los proveedores de equipo podrían, asimismo, desempeñar un papel más activo, combinando sus actividades de comercialización con el asesoramiento sobre la correcta instalación y el uso apropiado de las maquinarias.

Sin embargo, a pesar de los avances obtenidos en la concienciación y en la facilidad de acceso a herramientas y técnicas preventivas, muchos microempresarios y trabajadores no las adoptan. Para remediar esta situación, los empresarios deberían estar concientes tanto de los elevados costos ocultos de los accidentes como del impacto positivo de la prevención de accidentes y enfermedades en los beneficios y la productividad.

2.3 Protección social de los trabajadores de la economía informal

En el área de la salud se estima que la exclusión de la protección social afecta al 80 por ciento de la población en la mayoría de los países de África subsahariana y del sur de Asia, y cerca de la mitad de la población en muchos países de América Latina y en otras partes de Asia. En Europa del este, a pesar de los contrastes según los países, la exclusión es muy importante. Estos datos, que deben considerarse con prudencia, indican un fenómeno de gran amplitud. La exclusión de la protección social continúa aumentando en muchos países como consecuencia del efecto combinado del crecimiento de la economía informal y del aumento de la precariedad del empleo en la economía formal.

Los factores de exclusión son múltiples: naturaleza del empleo, capacidad contributiva, legislación, calidad y volumen de la oferta de servicios de salud, distribución geográfica de los servicios, discriminación por sexo o raza, tabúes, etc. Las personas excluidas son, por lo general, víctimas de varios de estos factores.

En la economía informal, el déficit en protección social es mayor⁵ y, en términos generales, la calidad del empleo es inferior. Este sector se ha tenido pocas veces en cuenta en la concepción de sistemas de seguridad social, los cuales, en su gran mayoría, apuntan principalmente a empleados de la economía formal. En efecto, hace veinte años, algunos pensaban que la economía informal desaparecería progresivamente y que todos los trabajadores y microempresarios pasarían a formar parte de la economía formal y a beneficiarse así de sus sistemas de seguridad social. La realidad es distinta. La tendencia en la mayoría de los países en desarrollo apunta hacia un aumento en la distribución de la actividad informal en el empleo total. Cada país interesado en mejorar la protección social de su población se ve obligado a desarrollar sistemas

⁵ A modo de ejemplo, un informe de la OIT sobre la economía informal en la zona metropolitana de Manila (1995) mostró que sólo el 15,5 por ciento de las microempresas estaban registradas por el sistema de seguridad social; el 9,6 por ciento cuenta con un sistema de seguro privado, el 1 por ciento de los cuales una compañía de seguros comercial. Las razones dadas fueron: el bajo nivel de las actividades (36 por ciento), pero también el hecho de no se requería inscripción (8,9 por ciento), estaba cubierto por otro empleo (8,1 por ciento), o los trabajadores no veían la necesidad de inscribirse (8,3 por ciento).

que puedan alcanzar a las personas que trabajan en la economía informal y a sus familias.

Algunos países de ingresos medios llevaron a cabo reformas sustanciales en sus sistemas de seguridad social en los últimos años. Esto les permitió realizar progresos significativos en términos de cobertura de la economía informal. Las condiciones que hicieron posible llevar a cabo estas reformas y los valores que actuaron como incentivos no son compartidos por todos los países. La experiencia muestra que la extensión de la cobertura de los sistemas de seguridad social ya existentes en la economía informal es muy difícil. No es sencillo conciliar las características de la economía informal (precariedad del empleo y movilidad, irregularidad y bajos ingresos, dispersión, etc.) con aquellas de los sistemas de seguridad social que no fueron originalmente diseñados para este sector específico.

En muchos países se adoptaron medidas para cubrir el déficit de la protección social a través de otros «actores» en lugar de los Estados, tales como: organizaciones de empleadores y de trabajadores, ONG, asociaciones, comunidades, cooperativas y asociaciones de microempresarios.

Los sistemas creados sobre la base de estas iniciativas son muy diversos⁶ y por lo general no se formalizan. Con frecuencia están dirigidos a personas con recursos limitados. Por razones de equidad deberían ponerse en práctica mecanismos de redistribución a favor de sistemas destinados a personas con escasos ingresos (por ejemplo, subsidios a la oferta de servicios o a los seguros). Esta redistribución permitiría aplicar la solidaridad en un contexto más amplio que el grupo de miembros. Sin mecanismos de redistribución, tales sistemas deberían considerarse como formas de protección temporal.

La tendencia emergente es que, dentro del mismo país, la protección social se brinde mediante varios sistemas complementarios. Es probable que estos distintos sistemas reflejen las iniciativas del Estado y de los actores sociales, como también de la sociedad civil y del sector comercial privado. Esta multiplicidad de sistemas requiere una coordinación eficaz de los esfuerzos en materia de política social y económica, de manera tal que los regímenes actuales y futuros respondan a un criterio de coherencia y eficiencia. Asimismo, dicha coordinación es necesaria para distribuir los recursos disponibles en forma óptima, mantener el atractivo de las medidas contempladas y reducir el abuso y el fraude. La misma requiere la cooperación estrecha entre las instituciones públicas (por ejemplo, los Ministerios de Finanzas y de Salud) y otros actores con competencia en los distintos mecanismos de protección social como también el fortalecimiento de la función reguladora del Estado.

⁶ Los sistemas de microseguros se encuentran dentro de esta categoría.

3. Papel de las asociaciones de microempresarios en la protección de la salud

3.1 Previsión en el campo de los gastos en salud

Los propietarios de microempresas, sus familias y sus trabajadores o aprendices no están al margen de las enfermedades o accidentes, los cuales ocurren en momentos inesperados ocasionando gastos imprevisibles. Tanto los individuos como las empresas pueden sufrir consecuencias desastrosas:

- la enfermedad puede acarrear una incapacidad de trabajo momentánea, duradera o permanente, y en consecuencia, la pérdida de los ingresos familiares;
- los gastos en atención médica y medicamentos se suman a otros gastos de la familia.

La enfermedad constituye un riesgo con consecuencias no sólo en la salud sino que también puede tener repercusiones financieras. Asimismo, en muchos casos la enfermedad es el comienzo de un ciclo de pobreza duradera para el microempresario, sobre todo, cuando:

- el pago de los gastos en salud con los fondos de la empresa arriesga la capacidad de producción (por ejemplo, la compra de medicamentos en lugar de la compra de materia prima);
- el microempresario se ve obligado a vender parte de sus herramientas de producción o a endeudarse seriamente para cubrir gastos más importantes, tales como el ingreso en el hospital;
- un crédito para la empresa es utilizado para cubrir los gastos de atención médica, lo cual originará problemas de reembolso.

Ante la contingencia de enfermedad, las familias intentan hacer frente al riesgo de pérdida de ingresos ya sea de forma individual o colectiva. Dos actitudes son posibles:

- esperar a que la enfermedad aparezca para buscar sólo en ese momento los recursos necesarios para su tratamiento;
- tomar las disposiciones necesarias para cubrir este tipo de gastos antes de que la enfermedad se presente.

En el primer caso no se trata de protección contra el riesgo, sino de hacer frente a las consecuencias financieras. La incertidumbre para

hacer frente a estos problemas es muy elevada. Una familia con un caso de enfermedad y sin el dinero necesario para pagar el tratamiento puede adoptar diversas alternativas: vender la propiedad, recurrir a usureros, extraer fondos del negocio familiar, recurrir a la solidaridad de los amigos, de la familia o de una asociación.

En el segundo caso, la anticipación a las consecuencias financieras de la enfermedad permite superarlas con mayor facilidad. Es un mecanismo de previsión para protegerse del riesgo financiero vinculado a la enfermedad.

3.2 Dos mecanismos de previsión: el prepago y el seguro

En todas las sociedades, la mayoría de las personas sienten una aversión por los riesgos. Por ello, hombres y mujeres han desarrollado mecanismos de previsión para protegerse contra ellos. Estos mecanismos se han ido perfeccionando notablemente a lo largo de la historia y entre ellos le cabe un importante papel al desarrollo del seguro, el cual constituye la herramienta más eficaz de protección ante las consecuencias financieras que implica el acaecimiento de dichos riesgos.

a) El prepago sin distribución de riesgo

El prepago sin distribución de riesgo agrupa un conjunto de mecanismos simples que permiten que la persona pague la atención médica que recibirá en el futuro en el momento en que dispone de ingresos suficientes. Se trata principalmente de un ahorro que puede resultar útil para aquellos que disponen de un ingreso irregular y que podrían enfrentarse con gastos médicos en momentos en los que no cuentan con recursos. En caso de enfermedad, sin embargo, estas personas no podrán consumir atención médica más que por un valor equivalente al monto «prepagado». La previsión se individualiza y no hay mancomunidad de recursos para afrontar los riesgos.

Los sistemas de prepago sin distribución de riesgo los ofrecen por lo general proveedores de asistencia médica para los cuales estos seguros son ventajosos y simples de establecer. Los mismos constituyen mecanismos de protección adaptados a los gastos en salud considerados patentes, tales como consultas frecuentes, y son de un costo relativamente bajo («riesgos menores»). El prepago permite al microempresario distribuir los gastos médicos a lo largo del año.

La limitación de la cobertura al monto del prepago (a veces ligeramente elevado por los intereses) no permite cubrir los riesgos mayores que requieren un esfuerzo financiero fuera del alcance de un solo individuo. Esta limitación reduce el atractivo de dichos sistemas.

b) El seguro

El seguro es un instrumento que permite a varias personas compartir los riesgos. Los recursos de los asegurados pasan a formar parte de un fondo común que servirá para cubrir los gastos de las personas afectadas por un riesgo determinado. Los asegurados, a cambio del pago de cotizaciones (o primas), obtienen del asegurador la garantía de que se hará cargo de la cobertura de los gastos. Los riesgos cubiertos son preestablecidos. Los asegurados renuncian a la propiedad de las cotizaciones pagadas y sólo pueden reclamar los beneficios cuando son víctimas de una contingencia.

En otros términos, el seguro permite que aquellos que no son afectados por un riesgo determinado, por ejemplo una enfermedad, participen en la cobertura de los gastos de los afectados. Los asegurados aceptan estos términos ya que son concientes de su propia exposición a los riesgos cubiertos por el seguro, sumado a la aversión al riesgo y al hecho de que no están en condiciones de hacerle frente individualmente.

El seguro es sobre todo adecuado para la atención médica de segundo nivel y especializada, las cuales están vinculadas con enfermedades imprevisibles cuya probabilidad de que ocurran es baja, pero cuyo tratamiento es costoso y constituye una amenaza para la empresa y el bienestar de la familia. Este es un típico caso de riesgo que puede ser compartido por un gran número de personas. En el caso de que un riesgo se materialice, la cotización o prima será reducida para la persona afectada, comparada con los gastos que tendría que efectuar si no estuviese asegurada.

Además de la ventaja que representa la distribución de gastos a lo largo de un período determinado (ver prepago), el seguro – gracias al principio de solidaridad – protege al microempresario de gastos mayores relacionados con problemas de salud y accidentes del trabajo.

El seguro se diferencia de las formas tradicionales de ayuda mutua, basadas en cotizaciones modestas y cuyo monto se determina de forma aleatoria y sin relación con las consecuencias financieras de los riesgos cubiertos. El mismo se presenta bajo distintas formas:

- el seguro obligatorio de salud, introducido por los poderes públicos, pero relativamente inaccesible para los microempresarios de muchos países;
- las compañías de seguro con fines de lucro, las cuales imponen requisitos restrictivos de afiliación para evitar incluir a personas con alto riesgo de enfermedad. Incluso si los microempresarios pueden afiliarse, las cotizaciones requeridas son muy elevadas;
- los microseguros de salud, este término abarca una gran diversidad de sistemas dirigidos a poblaciones pobres no cubiertas por seguros de salud obligatorios y que no tienen acceso a seguros comerciales. El seguro brindado por proveedores de asistencia médica, otras formas de seguro sin fines de lucro, así como las mutuales de salud son ejemplos de este tipo de sistemas.

3.3 La función de las asociaciones de microempresarios: responder a las necesidades de sus miembros

La necesidad de encontrar sistemas de previsión en el ámbito de la salud que satisfagan las necesidades y capacidades específicas de los microempresarios se pone cada vez más de manifiesto en los diversos estudios y encuestas realizados en torno a este grupo. Las mujeres microempresarias, quienes representan la mayoría en este sector de actividad, se muestran muy interesadas en estos sistemas, los cuales les permiten, a ellas y a sus hijos, acceder a la atención médica. Las asociaciones profesionales que tratan de satisfacer las necesidades de sus miembros desempeñan un papel fundamental en esta área.

Las asociaciones de microempresarios que poseen las siguientes características están preparadas para la puesta en funcionamiento de sistemas de microseguros:

- cuentan con líderes y responsables dinámicos;
- gozan de la confianza de sus miembros;
- tienen experiencia en la gestión administrativa y contable de las operaciones financieras (por ejemplo: cotizaciones, pequeños créditos);
- mantienen contacto con autoridades locales y nacionales;
- mantienen contacto con donantes de fondos o con el gobierno para financiar actividades de desarrollo;
- realizan reuniones periódicas entre sus miembros, las cuales crean un sentimiento de pertenencia a un movimiento social; el resultado es un control social capaz de limitar o eliminar los abusos o el fraude.

El contacto directo y periódico con los miembros permite a la asociación de microempresarios desarrollar un sistema de microseguro en función de las necesidades de sus miembros. El control social y los bajos costos de transacción permiten el desarrollo de un sistema eficiente con un mínimo de abuso.

Nicaragua: Asociación Mutua del Campo

El seguro de salud de la Asociación Mutua del Campo se origina en 1995 por iniciativa de la Asociación de Trabajadores del Campo (ATEC), organización sindical que agrupa a trabajadores agrícolas de cuatro municipios rurales de Nicaragua (Matagalpa, Jinotega, Tuma La Dalia y San Ramón). El financiamiento del sistema proviene de aportes de una organización de ayuda belga, de las cotizaciones asociadas a cada trabajador (financiadas en partes iguales por los trabajadores y por los patrones), y de la venta de medicamentos y prestaciones de salud, las cuales consisten básicamente en atenciones de nivel primario. El número de beneficiarios alcanza a 6 750, considerando trabajadores afiliados y sus familias.

India: SEWA

La organización «Self-Employed Women's Association» (SEWA, 1972) es un sindicato de mujeres que trabajan en la economía informal. En sus comienzos, la organización concentró sus actividades en el área del empleo y del apoyo a actividades generadoras de ingresos. Se establecieron guarderías y organizaciones de formación profesional. SEWA-Bank otorga microcréditos a mujeres desde 1974.

En 1992 SEWA creó un sistema de protección para sus miembros. Los miembros de SEWA solicitaban apoyo para cubrir diversas contingencias (fallecimiento, pérdidas de bienes de producción, etc.) que los conducían a la pobreza. Además, el banco comprobó que, entre las causas del no reembolso de los créditos, los problemas de salud de las mujeres microempresarias o de un miembro de la familia eran muy frecuentes.

El sistema de protección social de SEWA incluye un seguro de enfermedad, un seguro de vida y un seguro contra la pérdida del hogar o de un bien de producción esencial. El sistema tiene hoy en día más de 100.000 miembros.

Una asociación de microempresarios que desee intervenir en el área de la salud tiene varias opciones:

Función de «intermediación o negociación»

- La asociación puede entablar negociaciones con proveedores de asistencia médica para el acceso prioritario de sus miembros a la atención médica con condiciones ventajosas. También puede desempeñar un papel de intermediario con las compañías de seguro locales.

Función de «oferta de servicios»

- Las asociaciones pueden crear y administrar un centro de ventas de medicamentos o un centro de atención médica.

Función de «previsión»

- La asociación puede, en colaboración con los proveedores de asistencia médica, establecer un sistema de prepago para los servicios de salud básicos. Los microempresarios que se afilian al sistema no pagan la atención médica, pero firman un recibo contra el cual el proveedor de servicios se hace rembolsar por la asociación profesional, las cotizaciones financieras.
- Si el o los proveedores de asistencia médica han desarrollado su propio sistema de prepago, la asociación puede negociar condiciones de pago más favorables para sus miembros.

Función de «seguro»

- Las asociaciones pueden establecer su propio sistema de seguro al servicio de sus miembros.
- Las asociaciones de microempresarios pueden colaborar con otras asociaciones para crear juntos una mutual de salud para sus miembros.

Función de «prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales»

- Las asociaciones pueden organizar sesiones de información y de formación para microempresarios sobre el mejoramiento de las condiciones de trabajo.
- Las asociaciones pueden desarrollar un sistema de incentivos para empresarios que asumen un papel activo en esta área, por ejemplo, una reducción de la prima para obreros aprendices.

3.4 Definición de una mutual de salud

Una mutual de salud es una asociación voluntaria de personas sin fines de lucro, cuya base de funcionamiento es la solidaridad entre todos sus miembros. Mediante las cotizaciones de sus miembros, y de acuerdo a las decisiones de estos, la mutual de salud organiza acciones de previsión, de ayuda mutua y de solidaridad a fin de garantizar la prevención de riesgos relativos a la enfermedad, del pago o reembolso de los gastos de servicios médicos, y la promoción de la salud.

Una mutual de salud combina los principios fundamentales del seguro y de la solidaridad. Por medio de la solidaridad, los miembros de una mutual de salud expresan su voluntad de controlar ellos mismos sus problemas, apoyándose mutuamente. La cotización concreta el principio de ayuda mutua y solidaridad en el seno de la mutual. Los afiliados con buena salud aceptan que sus cotizaciones sean empleadas para cubrir los gastos de los afiliados enfermos. Se trata de la distribución de riesgo entre los miembros microempresarios. De esta forma, un individuo no se puede beneficiar de las prestaciones de la mutual de salud si no está al día con el pago de sus cotizaciones.

4. Servicios brindados por las mutuales de salud

4.1 Principios básicos de una mutual de salud

Los principios que sustentan el funcionamiento de una mutual de salud se asemejan a aquellos de muchas organizaciones creadas para resolver los problemas comunes de un grupo de personas que viven en la misma zona y que ejercen la misma profesión.

a) Solidaridad entre los miembros

El principio de solidaridad es realmente el fundamento de una mutual, la cual rechaza la discriminación financiera y la selección de riesgos. El modo de cálculo de las cotizaciones – igual cotización para todos ⁷ o proporcional a los medios financieros de los afiliados (por ejemplo, un porcentaje del ingreso) – no depende del riesgo al que está expuesto el miembro.

Asimismo, la solidaridad es un concepto dinámico: su puesta en práctica, los medios y mecanismos para llevarla a cabo, han de evolucionar junto con la sociedad en la cual la mutual se desarrolla. La solidaridad se refleja tanto en el plan financiero como en el trabajo benévolo a favor de las personas más necesitadas, ancianos, discapacitados, etc.

b) Funcionamiento democrático y participación

La mutual, como la mayoría de las asociaciones de microempresarios, es el fruto de la libertad de asociación. Cada persona es libre de afiliarse a una mutual de salud sin discriminación racial, étnica, sexual, religiosa, social o política. Todos los miembros tienen los mismos derechos y obligaciones. Estos tienen, entre otros, derecho a la participación, directa o indirectamente en las diferentes instancias de decisión.

Esta democracia participativa se expresa a través de estructuras que garantizan a los afiliados la participación en la adopción de decisiones y la posibilidad de controlar el funcionamiento de la mutual.

c) Autonomía y libertad

Una mutual es una organización libre y, en consecuencia, debe estar capacitada para adoptar decisiones sin el aval de las autoridades públicas. Esta flexibilidad permite que los servicios brindados se adapten a las necesidades cambiantes. Este derecho a la iniciativa permite la creatividad al definir los objetivos y la eficiencia en el uso de los recursos. Este derecho no puede ejercerse sin la asignación de responsabilidades a los afiliados de la mutual.

⁷ Por un mismo nivel de cobertura.

La independencia y la autonomía significan que no debe haber interferencia en la gestión de una mutual y en el proceso interno de adopción de decisiones, si bien la misma debe cumplir con las leyes y reglamentos que rigen la inscripción, la contabilidad, la auditoría, el control, etc. En algunos países existe un código relativo a la mutualidad. En otros países, las mutuales se registran como asociaciones o grupos de cooperativas como consecuencia de la falta de legislación específica. Para llenar ese vacío, se vienen elaborando proyectos de ley en varios países.

No solamente una mutual debe ser autónoma con respecto al Estado, sino que también debe serlo con respecto a partidos políticos u otros grupos de presión.

d) Desarrollo de la persona

El respeto por la dignidad humana en toda su dimensión es otro de los principios básicos de la mutualidad. Reconociendo las características de cada individuo, la búsqueda del desarrollo personal debe conducir a una mayor autonomía y responsabilidad con respecto a uno mismo y hacia los demás.

e) Un objetivo sin fines de lucro

Mientras que las asociaciones de microempresarios desarrollan actividades económicas a favor de sus miembros o para su autofinanciamiento, una mutual no puede tener un objetivo lucrativo. Cualquier búsqueda de ganancias es incompatible con su naturaleza y su vocación de consagrar su acción al servicio de sus afiliados. Sin embargo, esto no significa que la cobertura de los gastos de funcionamiento no sea un imperativo absoluto. Las consideraciones económicas y los principios de una buena gestión no pueden ignorarse por cuanto éstos contribuyen al bienestar colectivo.

Un excedente en los ingresos en relación con los gastos permite, una vez que se ha constituido una reserva razonable, la mejora de los servicios existentes, la satisfacción de otras necesidades de los miembros, o la reducción de los niveles de contribución. Tales excedentes no deben ser redistribuidos a sus miembros.

f) Responsabilidad

La solidaridad, la democracia participativa, la autonomía e incluso el desarrollo personal suponen que tanto una mutual como sus miembros se comportan de manera responsable. En definitiva, todos los demás principios de la mutualidad carecerían de valor si la mutual no se administra de modo riguroso, si los miembros no se comportan de forma responsable con su propia salud y con la de los demás, y en la utilización de los recursos de la mutual o en las decisiones que adoptan.

g) Dinámica de un movimiento social

Los miembros de una mutual no son consumidores pasivos sino personas comprometidas con el desarrollo individual y colectivo. Son miembros de un movimiento social, lo que significa un grupo de personas que lucha por la defensa del bien común y por los intereses colectivos.

Una mutual se fundamenta en la dinámica local de ayuda mutua y de solidaridad así como de desarrollo. Es por eso que las mutuales de salud presentan una gran variedad en su organización y funcionamiento. Todas ellas, sin embargo, tratan de alcanzar objetivos similares y pueden asociarse por regiones, en el ámbito nacional, etc., a fin de garantizar la defensa de los intereses de sus miembros.

4.2 Naturaleza de los servicios ofrecidos por una mutual de salud

La función de una mutual es brindar ciertos servicios de previsión, asistencia mutua y solidaridad a sus miembros microempresarios. El éxito o el fracaso de la mutual dependerá, en parte, del interés de los miembros por estos servicios. Al respecto, la afiliación de nuevos miembros o, por el contrario, la renuncia de los miembros, será un indicador significativo del funcionamiento de la mutual.

Una mutual que comienza sus actividades debería ofrecer sólo un número limitado de servicios. Sólo con la experiencia y un sistema de gestión apropiado, la mutual podría eventualmente aumentar el número de los servicios ofrecidos. Cada nuevo servicio brindado por una mutual de salud implica un beneficio adicional para sus miembros pero también un aumento de la cotización. En el entorno de las microempresas, donde los ingresos son bajos y/o irregulares, una mutual de salud debe garantizar que las cotizaciones estén en consonancia con la capacidad contributiva de sus miembros.

Para las mutuales creadas por asociaciones de microempresarios, la formación y la información de sus miembros sobre el mejoramiento de las condiciones de trabajo y la prevención de accidentes, constituye una tarea importante. La sensibilización de los microempresarios respecto de los costos «ocultos» de las enfermedades (disminución de la productividad, pérdida de la capacidad productiva) debería incluirse en los programas de actividades de las mutuales.

Ejemplos de servicios que puede ofrecer una mutual de salud	
<p>Seguro e intervención financiera en el campo de riesgos sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reembolso de gastos médicos ✓ Pago de indemnización en caso de discapacidad ✓ Pago de primas <p>Defensa de los intereses de los miembros</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Negociación de la política de salud ✓ Negociación de los acuerdos relativos a los precios con proveedores de atención médica ✓ Defensa de los derechos individuales de sus miembros <p>Educación para la salud e información de los miembros</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Campañas de prevención ✓ Información sobre la salud y la atención médica ✓ Información sobre los derechos y obligaciones de los miembros ✓ Información sobre seguridad y salud en el trabajo 	<p>Servicio de asistencia mutua y solidaridad</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayuda a jóvenes, ancianos, enfermos o discapacitados ✓ Ayuda a familias ✓ Préstamo de material médico ✓ Cuidado de niños enfermos <p>Organización de la atención médica</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atención a domicilio ✓ Centros de salud ✓ Policlínicas ✓ Consultorios de odontología ✓ Hospitales ✓ Farmacias cooperativas

4.3 Tipo de atención médica que una mutual de salud puede cubrir

Una mutual a la que se afilian los microempresarios debe encontrar una fórmula que considere las necesidades específicas de los mismos, por ejemplo, la cobertura de accidentes del trabajo. Esta puede constituir el único sistema de cobertura de gastos en salud de sus beneficiarios o complementar la cobertura brindada por otros sistemas. Puede también cubrir una o más categorías de servicios.

- a) **Atención médica básica o «riesgos menores»** La atención médica básica es la atención más corriente. En general, la misma es brindada en centros de salud, primer punto de contacto con el sistema de salud. Dicha atención consiste en:
- la atención médica preventiva y la educación para la salud: vacunación y cuidado de los recién nacidos, planificación familiar, etcétera;
 - los tratamientos curativos: consultas, servicios de enfermería y partos asistidos.
- b) **Atención hospitalaria** Esta atención incluye tanto la hospitalización como los servicios médicos, cirugía, otros exámenes y los medicamentos consumidos. Dado su costo elevado, las prestaciones vinculadas con la hospitalización forman parte de la rúbrica «riesgos mayores».
- c) **Atención especializada** El tratamiento especializado incluye consultas con médicos especialistas (ginecólogos, pediatras, cirujanos, dentistas, etc.) así como intervenciones médicas técnicas como, por ejemplo, radiología y bioquímica, las cuales se llevan a cabo durante la hospitalización o en consultas externas (visita del paciente).
- d) **Medicamentos** Con respecto a los medicamentos, es importante definir una lista de aquellos que serán reembolsados por la mutual de salud. Dada la diferencia de precios entre los medicamentos de marca (especialidades) y los medicamentos genéricos, resulta aconsejable reembolsar estos últimos, cuando se encuentren disponibles, o las correspondientes especialidades basadas en el precio del genérico correspondiente.
- e) **Otros** Varias asociaciones mutuales cubren además otros gastos como, por ejemplo, el costo de transporte del enfermo. Una mutual de salud de una asociación de microempresarios puede eventualmente considerar el pago de un ingreso básico para compensar la pérdida de los ingresos del jefe de familia hospitalizado, este servicio requiere una contribución importante por parte del asegurado.

4.4 Cobertura parcial de los gastos en salud

Una mutual puede responsabilizarse por el pago, total o parcial, de los gastos incurridos por sus miembros. Los principales mecanismos utilizados para atribuir a sus afiliados una parte de los gastos en salud son los siguientes:

- a) **Copago** El copago representa la parte de los gastos en salud que no es cubierta por la mutual y que queda a cargo del miembro. Se expresa como un porcentaje. Su propósito principal es limitar la tendencia al consumo excesivo de servicios de salud.

Ejemplo: La mutual cubre el 80 por ciento de los costos de consulta, así el copago es del 20 por ciento. En el caso de una consulta de 2.000 pesos, la mutual reembolsa el 80 por ciento de 2.000 pesos, esto es 1.600 pesos, mientras que el afiliado debe pagar 400 pesos como copago.

b) Franquicia

Cuando una mutual sólo cubre los gastos superiores a un monto anteriormente determinado esta suma se denomina franquicia, la cual se fija en relación con los servicios cubiertos.

Ejemplo: La mutual determinó una franquicia de 5.000 pesos para hospitalizaciones. Por una factura de 12.000 pesos, el afiliado recibirá un reembolso de 7.000 pesos. Si la factura hubiera sido de 4.000 pesos, el afiliado no habría sido cubierto por la mutual.

c) Cobertura máxima

La mutual puede limitar su responsabilidad a un monto máximo por una intervención específica. El afiliado es responsable de la parte que supere el monto máximo fijado. La cobertura máxima permite a la mutual de salud limitar sus gastos y protegerse de casos extremadamente costosos que podrían conducirla a la insolvencia.

Ejemplo: La mutual fijó la cobertura máxima de 30.000 pesos para las hospitalizaciones. Por una factura de 40.000 pesos, el afiliado recibirá un reembolso de 30.000 pesos y tendrá que pagar los restantes 10.000 pesos.

4.5 Modalidades para otorgar las prestaciones a los miembros

Generalmente, los costos de los servicios de salud se comparten entre el paciente y la mutual de salud. Esto establece una relación tripartita entre los afiliados, la mutual y los proveedores de servicios de salud. Las principales modalidades para el otorgamiento de las prestaciones se describen a continuación.

a) Pago del tratamiento a cargo del miembro

La mutual puede solicitar a sus miembros el pago de los servicios, el cual les será reembolsado posteriormente. En este caso, el afiliado paga de acuerdo a la modalidad adoptada por el proveedor de asistencia médica (pago por tratamiento, enfermedad o consulta) y con arreglo a las tarifas convenidas con la mutual.

Para los microempresarios, los inconvenientes de esta forma de pago son, por una parte, la obligación de disponer de la totalidad de la suma necesaria para el pago del tratamiento y, por otra parte, la necesidad de realizar trámites suplementarios para obtener el reembolso.

Para la mutual de salud la ventaja que representa este sistema es en el control del consumo excesivo y de la tendencia al abuso o a la

facturación fraudulenta. La desventaja radica en el aumento de las tareas administrativas y el alza de los costos de gestión.

b) Pago directo por la mutual

En muchos casos, el afiliado sólo paga la parte que le corresponde de los servicios brindados. La mutual paga el complemento directamente al proveedor en el momento de la presentación de una factura.

El sistema se denomina pago a cargo de terceros ya que no es el afiliado el que paga, sino la mutual que es considerada como la tercera parte. Este sistema se utiliza a menudo para «riesgos mayores», los cuales implican costos elevados a los que los miembros no pueden hacer frente (hospitalización, cirugía, etc.)

El sistema de pago a cargo de terceros es, evidentemente, el más beneficioso para los microempresarios: evita los problemas de disponibilidad financiera, reduce los trámites y las demoras en el reembolso de los gastos. El empresario no necesita contar con recursos disponibles para gastos mayores y puede continuar con sus actividades económicas.

Este sistema puede ser administrativamente menos costoso (reagrupación de los pagos por prestación y no por paciente), pero los controles son más difíciles para garantizar que el tratamiento haya sido realmente brindado. Además, los riesgos de escalada de los costos son más elevados.

5. Organización y funcionamiento de las mutuales de salud

5.1 Organización de una mutual de salud

La mutual de salud es el fruto de la libertad de asociación y de afiliación. Todos los miembros tienen los mismos derechos y obligaciones. Esto incluye el derecho de participar, directa o indirectamente, en los distintos órganos de adopción de decisiones. Esta vida democrática de la mutual sólo puede realizarse si sus miembros ejercen sus derechos y asumen sus responsabilidades conscientes de lo que ello implica. La mutual de salud debe impartir una formación adecuada así como brindar información confiable, completa y de fácil comprensión para todos.

a) Organización interna de una mutual de salud

El organigrama clásico de una mutual de salud comprende las siguientes estructuras:

- una asamblea general;
- un consejo de administración;
- un comité ejecutivo;
- un comité de supervisión.

Sin embargo, cada mutual debe velar por que su organigrama se adecúe a su situación particular:

- una pequeña mutual de salud puede, por ejemplo, combinar el consejo de administración con el comité ejecutivo en un solo órgano;
- en una mutual de salud de gran dimensión deben establecerse mecanismos simples para la representación de los diferentes grupos (geográfico, profesional, etc.), permitiendo así la participación efectiva de sus miembros en el proceso de decisiones, sin que ello represente gastos excesivos o la paralización de la actividad.

La asamblea general

La asamblea general (AG) es el órgano de decisiones más importante de la mutual. La misma determina su política general. Sus decisiones comprometen a todos sus miembros y órganos. La asamblea debe convocarse por lo menos una vez al año para la aprobación de las cuentas anuales y el presupuesto.

En lo que se refiere al ajuste de las cotizaciones, la asamblea general puede delegar sus poderes al consejo de administración por un período determinado. Esto permite una adopción de decisiones rápida si la situación financiera así lo requiere (cambio de precios de medicamentos, inflación, etc.).

El consejo de administración

El consejo de administración (CA) es responsable de la gestión de la mutual de salud. Este órgano asume todas las responsabilidades que no hayan sido explícitamente asignadas por ley o por los estatutos a la asamblea general o al comité de supervisión. Concretamente, el consejo de administración debe asegurar constantemente la gestión de la mutual de salud y resolver los problemas que pueden surgir. Puede delegar parte de sus responsabilidades al presidente o a uno o más administradores. El consejo de administración propone a la asamblea general la admisión y la exclusión de miembros. Una vez adoptadas, estas propuestas serán implementadas por el consejo de administración.

Los miembros del consejo de administración son todos voluntarios que aceptan brindar sus competencias y dedicar parte de su tiempo al servicio de la organización.

Con respecto al funcionamiento diario y a la ejecución concreta de las decisiones de la asamblea general y a sus propias decisiones, el consejo de administración puede delegar ciertas responsabilidades al comité ejecutivo.

El comité ejecutivo

El comité ejecutivo (CE), establecido por el consejo de administración, es el responsable de poner en práctica las decisiones de la asamblea general y del consejo de administración.

Dependiendo de la dimensión de una mutual de salud, pueden presentarse dos situaciones:

- en mutuales pequeñas, el comité ejecutivo puede ser designado dentro del consejo de administración. Se trata entonces de un CA restringido que permite un funcionamiento flexible y decisiones rápidas. El mismo estará constituido al menos por un presidente, un secretario general y un tesorero;
- en mutuales más grandes, el comité ejecutivo está formado por personal asalariado al cual el consejo de administración le confía el manejo diario de la mutual de salud. Uno de sus miembros, el director o el gerente, participa al consejo de administración para rendir cuentas sobre su gestión. En la mayoría de los casos, estos intervienen a título consultivo y no participan en las votaciones.

El comité de supervisión

El mandato del comité de supervisión (CS), elegido y controlado por la asamblea general, es vigilar el cumplimiento de las decisiones tomadas por la misma, proponer mejoras y garantizar el funcionamiento eficaz de los otros órganos de la mutual.

b) Estructura de una mutual de salud

La estructura de una mutual será el reflejo de la estructura de la asociación profesional que la creó. Según su dimensión y el tipo de actividad que desarrolla, una mutual puede estar estructurada en distintos niveles (o divisiones). Por ejemplo, si la asociación profesional comprende divisiones por distritos, la representación de miembros de la mutual puede ser organizada también por distritos.

Una mutual situada en un pueblo o en un distrito tendrá su asamblea, en la cual todos sus miembros podrán participar a fin de formar parte efectivamente en la vida asociativa de la mutual. Esta asamblea, gracias a su proximidad geográfica de las viviendas de los miembros, se podrá reunir más regularmente para hacer un seguimiento del desarrollo de la mutual.

Si una mutual se extiende a toda o parte de una región, abarcando ciudades, pueblos o distritos, la misma puede organizarse en secciones locales que representan diferentes entidades según convenga: regiones, pueblos, barrios, etc. Cada una de estas secciones deberá estar representada en los niveles más altos de la mutual para participar así en la adopción de decisiones.

Con respecto a la colaboración entre distintas asociaciones de microempresarios para la creación de una mutual, debe destacarse que una gran dimensión (en términos de número de miembros) representa ventajas para una mutual: distribución del riesgo entre un gran número de personas, economía de escala en el ámbito administrativo, etc. Sin embargo, puede conllevar peligro de cara al funcionamiento democrático interno si los miembros de las secciones locales son excluidos de los órganos de adopción de decisiones.

Una mutual puede mantener lazos con otras mutuales en un contexto de unión regional para los servicios de asesoría y consulta, y para la creación de un fondo de garantía común. La mutual puede formar parte de una confederación de mutuales que abarque varios países.

5.2 Afiliación a una mutual de salud

a) El afiliado o titular

En el contexto del seguro, una relación contractual vincula a cada afiliado con su mutual. La cobertura de los gastos vinculados a la enfermedad constituye el principal derecho de los afiliados, garantizado

por la mutual. Para beneficiar de este derecho, los miembros deben cumplir con sus obligaciones hacia la mutual:

- se comprometen a respetar los principios en los que se sustenta el trabajo de la mutual de salud así como sus reglas de funcionamiento tal y como se definen en los estatutos y en el reglamento interno;
- pagan el derecho de afiliación o la tarjeta de miembro;
- pagan regularmente sus cotizaciones según la periodicidad determinada por la mutual (diaria, semanal, anual, etc.), incluso cuando no hayan percibido prestaciones de la mutual.

En principio, toda persona que tenga la edad mínima requerida, según los usos y costumbres del país o región, sin ninguna discriminación por motivos de salud, sexo, raza, etnia, religión, concepción filosófica o política, puede afiliarse a una mutual de salud. En las mutuales de microempresarios, los afiliados deben cumplir los requisitos establecidos por la asociación correspondiente.

b) Los beneficiarios

Los miembros microempresarios pueden extender el derecho a la mutual de salud a un cierto número de personas que dependan directamente de ellos, son las «personas a cargo». Se trata de:

- el cónyuge;
- los hijos hasta cierta edad (si están estudiando el límite de edad es, por lo general, más elevado);
- los huérfanos acogidos oficialmente (niños bajo tutela);
- los trabajadores y aprendices;
- otros miembros de la familia.

Generalmente, los miembros de la familia son considerados como personas a cargo si dependen financieramente del titular. Cuando el cónyuge o un hijo/a trabajan en forma independiente o si se convierten en empleados asalariados, esas personas dejan de estar a cargo del miembro titular y deben inscribirse como titulares.

La responsabilidad del empresario hacia sus empleados y aprendices depende del contexto cultural en el cual trabajan y de la disponibilidad de mano de obra calificada. Con respecto a los gastos médicos, en muchos casos el empresario comparte la cobertura de los riesgos mayores y accidentes del trabajo, mientras que los gastos en salud ocasionados por los riesgos menores quedan a cargo del trabajador.

Con frecuencia surge el delicado problema de los padres. La afiliación de estos, como parte de la familia del titular, debe examinarse con prudencia, por cuanto estas son personas ancianas cuyas necesidades en el ámbito de la salud son, con bastante frecuencia, más elevadas que en el promedio de la población. Por lo general, son considerados como una familia aparte y deben pagar las cotizaciones por separado.

En todos los casos, el tipo de cobertura debe discutirse teniendo en consideración el contexto local. Es necesario examinar detenidamente

el impacto de cada opción con respecto a la viabilidad de la mutual de salud. El riesgo de abuso se reduce mediante los controles sociales ejercidos por los miembros que, en el contexto de las asociaciones profesionales, se conocen suficientemente bien. No obstante, este control se debilita a medida que la mutual se expande.

En lo posible, las relaciones familiares que determinan la condición de las personas a cargo deben estar certificadas mediante documentos oficiales.

Los beneficiarios de las prestaciones de una mutual de salud

1. *Mutual de San Javier*

En la Mutual de San Javier las personas a cargo son los descendientes del afiliado y su cónyuge. La cotización está compuesta por las partes que corresponden:

- ✓ al miembro titular;
- ✓ a su cónyuge;
- ✓ a cada hijo hasta un máximo de tres (los otros hijos son cubiertos gratuitamente).

2. *Mutual de Casautitlán*

La Mutual de Casautitlán cubre, además del titular:

- ✓ a su cónyuge;
- ✓ a todos sus hijos y a aquéllos oficialmente bajo su tutela;
- ✓ a sus padres.

Sin embargo, en cada consulta, todas estas personas deben contribuir con un copago de 300 pesos, excepto los niños menores de 10 años.

3. *Mutual de Belloangel*

La afiliación es familiar. Una sola persona paga la cotización por todo el grupo familiar.

La Mutual de Belloangel cubre, además del titular:

- ✓ a su cónyuge;
- ✓ a sus hijos hasta que alcanzan el nivel de educación superior;
- ✓ a los padres del afiliado titular;
- ✓ a los padres del cónyuge.

c) Categorías de personas cuya afiliación podría causar dificultades

La afiliación, en principio, no se encuentra condicionada por el estado de salud de los individuos. No obstante, la afiliación de determinadas personas puede provocar dificultades financieras a la mutual. Se trata de los «casos onerosos» que aumentan los gastos vinculados con la cobertura de estos beneficiarios: los ancianos o los enfermos crónicos (diabéticos, hipertensos, personas con deficiencia cardíaca, portadores del virus del sida, etc.)

Cobertura de personas de edad avanzada

La decisión de fijar una edad límite para la afiliación inicial a la mutual de salud es una cuestión delicada. En virtud del principio de solidaridad, la cotización nunca debe basarse en la edad del afiliado o en su estado de salud. Sin embargo, algunas mutuales exigen una cotización más elevada a miembros de determinada edad que se asocian por primera vez. Las mutuales justifican esta acción por el hecho que la persona no demostró solidaridad al no haberse afiliado antes, cuando gozaba de buena salud y tenía menos necesidad de recurrir a la mutual.

Cobertura de enfermos crónicos

Las enfermedades que requieren varios meses o años de tratamiento (por ejemplo, lepra o tuberculosis) o infecciones que requieren tratamientos repetitivos, largos y costosos (anemia, diabetes, sida, etc.) constituyen el mayor riesgo para las mutuales.

En algunos países, el tratamiento de enfermedades como la tuberculosis o la lepra está a cargo del Estado en el marco de programas especiales o de donantes externos (organizaciones internacionales) y no representan mayores problemas para las mutuales de salud.

En los países en los cuales no existe una cobertura para estas enfermedades, las mutuales de salud pueden intervenir en la medida en que se lo permitan sus recursos. Habida cuenta del costo elevado de la cobertura de estas enfermedades crónicas e incurables, la mutual debe establecer un equilibrio entre su deseo de ayudar a los miembros más necesitados y el imperativo de viabilidad financiera, para garantizar la supervivencia de la organización.

Pueden contemplarse varios tipos de cobertura:

- sólo el pago de medicamentos;
- prestación máxima por beneficiario (mensual o anual);
- cobertura de la hospitalización sólo para la fase aguda de la enfermedad;
- cobertura fija anual por tipo de enfermedad;
- creación de fondos especiales distintos del fondo principal (ejemplo: fondos de solidaridad para el sida), en los que las intervenciones se limitan con arreglo a la cuantía disponible en el fondo principal.

d) Modalidades de afiliación a una mutual de salud

La afiliación de un nuevo miembro a una mutual de salud implica, generalmente, varias etapas:

1. *Solicitud de afiliación*

La solicitud de una afiliación debe presentarse por escrito, por lo general, mediante el llenado de un formulario, el cual contiene la información básica sobre el titular y las personas a cargo. El nuevo afiliado asume el compromiso de respetar los estatutos y las reglas de la mutual de salud.

2. *Pago del derecho de admisión y de la cotización*

Cuando la afiliación es aceptada, el miembro paga un derecho de admisión y la cotización por el período correspondiente. El derecho de admisión puede sustituirse por la venta de la tarjeta de afiliado.

3. *Inscripción en el registro de afiliados*

El nuevo titular ingresa en un registro de afiliados y recibe una credencial que indica el período a partir del cual tiene derecho a las prestaciones.

4. *Información del afiliado sobre los estatutos y reglamento interno*

La inscripción es un momento adecuado para familiarizarse con la información sobre las reglas y el funcionamiento de la mutual, y sobre los derechos y obligaciones de sus miembros. Algunas mutuales de salud distribuyen a sus miembros una copia, eventualmente un resumen, de los estatutos y del reglamento interno.

5. *Período de espera*

El nuevo afiliado debe respetar el período de espera estipulado por la mutual antes de poder beneficiarse de las prestaciones. Durante este período los nuevos afiliados pagan sus cotizaciones, pero no tienen derecho a las prestaciones de la mutual. Los objetivos son evitar que la persona se afilie a la mutual sólo porque está enferma y acumular un fondo de reserva financiera para cubrir los costos de las prestaciones de los beneficiarios.

5.3 Riesgos mayores relacionados con el seguro de salud

Una mutual que ofrece servicios a toda la población, sin ningún tipo de discriminación, está expuesta a importantes riesgos tal y como se indica a continuación y ante los cuales se han de tener en cuenta ciertas medidas preventivas.

a) Riesgo de selección adversa

La selección adversa ocurre cuando personas con un riesgo de salud por encima del promedio se afilian a un sistema de seguro en una proporción superior a la que representan respecto del total de la población. Esta situación compromete la viabilidad financiera del sistema debido al nivel excesivo de gastos por miembro.

b) Riesgo moral

El riesgo moral es la situación, observada con frecuencia, en la que un afiliado o las personas a su cargo, una vez asegurados, tienden a abusar del uso de los servicios o a utilizarlos más de lo normal. El hecho de que la cotización sea independiente del monto de gastos cubierto insta a los beneficiarios a consumir el máximo de servicios a fin de «aprovechar» sus cotizaciones.

Para reducir este riesgo, pueden adoptarse las siguientes medidas:

- establecimiento de una participación en los gastos a través de copagos, a cargo del miembro;
- establecimiento de un sistema de referencia obligatorio antes de acceder a un nivel superior de servicios, por lo general más costoso. Se puede exigir, por ejemplo, que los beneficiarios se presenten al hospital solamente por recomendación de un médico generalista de un centro de asistencia local.

c) Riesgo de prescripción excesiva

Los proveedores de asistencia médica pueden generar un aumento en los costos al prescribir tratamientos innecesarios sin oposición por parte del paciente que sabe que los gastos serán asumidos por la mutual.

Las siguientes medidas pueden ayudar a minimizar este riesgo:

- un pago de cuantía fija por persona o por enfermedad;
- la estandarización de modelos de tratamiento y el control de su cumplimiento por parte del médico supervisor de la mutual;
- la exigencia a los proveedores de prescribir medicamentos esenciales y genéricos o las restricciones impuestas respecto del reembolso de ciertos medicamentos que figuran en las listas establecidas por la mutual;
- el establecimiento de topes máximos para la cobertura de salud (así la mutual de salud puede decidir cubrir sólo un número determinado de días de hospitalización, el tiempo restante sería pagado por el miembro);
- la introducción de un período de observación o franquicia en caso de hospitalización (por ejemplo, el primer día de hospitalización queda a cargo del afiliado para evitar las hospitalizaciones innecesarias);
- la obligación de los afiliados y de las personas a cargo de respetar los calendarios de vacunación disponibles a fin de evitar el riesgo de epidemias.

d) Fraudes y abusos

Una mutual de salud está expuesta a los riesgos de fraude y abuso por parte de sus afiliados, especialmente si se trata de una mutual de gran dimensión. Los fraudes y abusos generalmente son consecuencia de las presiones ejercidas por la familia, amigos o vecinos sobre el afiliado.

Puede ocurrir, por ejemplo, que un afiliado decida cotizar sólo por algunos de sus hijos. Si se enfermara un hijo que no cuenta con cobertura, estaría sujeto a la gran tentación de hacerlo pasar por uno de sus hijos a cargo inscrito en la tarjeta de afiliado.

Para contrarrestar este riesgo se pueden aplicar las siguientes medidas:

- asegurar un control previo al tratamiento: antes de acceder al tratamiento el paciente se presenta ante los responsables de su mutual de salud y se le emite una carta de garantía;
- asegurar un control después del tratamiento: los responsables de la mutual verifican que las personas a quienes se prescribió el tratamiento estuvieron realmente enfermas durante el período indicado. No se evita el fraude pero puede ser detectado y sancionado;
- controlar la identidad por medio de fotos del afiliado y las personas a su cargo en la tarjeta de afiliado. Esta solución, sin embargo, es onerosa y puede frenar las afiliaciones.

e) Riesgos catastróficos

El riesgo concierne a las mutuales de salud que cubren riesgos mayores sin límite de cobertura. Esto sucede esencialmente cuando una mutual de salud se encuentra en sus comienzos o en caso de catástrofes. Si en ese momento se debe hacer frente a gastos médicos excepcionalmente elevados, la mutual podría encontrarse rápidamente en crisis financiera.

Una forma de enfrentar estos inconvenientes es la constitución de reservas financieras.

El acceso a los fondos de garantía o la posibilidad de reasegurarse constituyen una protección eficaz. La colaboración entre diferentes mutuales presenta sus ventajas, especialmente para cubrir gastos médicos que exceden la capacidad financiera de cada mutual individual. Se puede también solicitar a agencias donantes la participación en la constitución de un fondo de garantía.

5.4 Gestión de una mutual de salud

El «objetivo social» de una mutual de salud de ninguna manera suprime las exigencias de eficiencia requeridas a toda organización que administra una oferta de servicios. Además, debe destacarse que el seguro de salud es un instrumento financiero complejo de gestión delicada. Una gestión rigurosa y eficiente es importante por dos motivos:

- **La confianza**

Una buena gestión favorece la confianza de los afiliados. Este aspecto es particularmente importante para las mutuales donde se exige a los miembros el pago regular de la cotización sin obtener un beneficio inmediato. En efecto, los miembros sólo se benefician de las prestaciones de la mutual de salud cuando un riesgo acaece, en general varios meses después del pago de la primera cotización. Los afiliados deben confiar en que la mutual podrá responder a sus necesidades en el momento oportuno.

Una gestión eficaz favorece además la confianza de los proveedores de asistencia médica en la mutual. Estos deben tener la seguridad de que la mutual de salud está capacitada en todo momento para pagar las facturas correspondientes a los servicios brindados a los beneficiarios.

- **La viabilidad del sistema**

Una mutual de salud gestiona un seguro contra el riesgo financiero o de pérdida de ingresos vinculado a la enfermedad. Se trata de un instrumento financiero relativamente complejo de manejar: el concepto de riesgo implica por definición cierto grado de incertidumbre, agréguese a ello que la cobertura de los riesgos provoca a menudo un cambio en el comportamiento de los miembros y de los proveedores de asistencia médica (selección adversa, riesgo moral, consumo excesivo, etc.). Así, una mutual de salud debe dotarse de mecanismos de previsión y de control, de herramientas de contabilidad y de gestión financiera y de un seguimiento riguroso y eficaz para atender cualquier eventualidad y poder cumplir con las obligaciones que tiene ante los miembros y los proveedores de asistencia médica.

La gestión de una mutual debe ser adecuadamente preparada antes del inicio de sus actividades. La experiencia de las mutuales existentes muestra que, cuando los mecanismos de gestión no han sido objeto de una preparación idónea, la mutual es propensa a sufrir serios inconvenientes que la obligarán, durante sus primeros años a revisar sus formas de organización y funcionamiento. El resultado es con frecuencia una pérdida irreversible de credibilidad en relación con los miembros potenciales y los proveedores de asistencia médica.

a) Gestión de recursos humanos

En el contexto de una mutual de salud, los recursos humanos necesarios varían en función de la dimensión de la organización y del monto de las cotizaciones solicitadas a sus miembros.

El funcionamiento de una mutual de salud con pocos miembros contará principalmente con voluntarios, incluso si las funciones administrativas y de gestión son exigentes y restrictivas. La mutual debe incentivar a los voluntarios, distribuir tareas y responsabilidades y poner en práctica procedimientos administrativos y financieros simples.

En una mutual de gran dimensión, una parte sustancial de las actividades es confiada a personal asalariado o al comité ejecutivo. Deben aplicarse procedimientos estrictos para el reclutamiento, contratación y evaluación del personal.

b) Gestión de recursos materiales

Contrariamente a las empresas de producción, que deben equiparse con maquinarias y herramientas, una mutual de salud precisa un mínimo de equipo para funcionar.

Al ser una empresa de servicios, una mutual gestiona esencialmente flujos financieros y flujos de información y necesita los medios adecuados para poder hacerlo.

Dependiendo de las actividades de la mutual de salud, su dimensión y sus recursos financieros, estos medios van a consistir esencialmente en:

- la ubicación de su sede y de la secretaría;
- el equipamiento informático;
- el equipo para oficinas (escritorio, sillas, cajas de seguridad, etc.);
- el material para las oficinas (archivos, papel, lápices, etc.);
- eventualmente el transporte (autos, motocicletas, bicicletas, etc.).

c) Gestión de recursos financieros

Para garantizar el funcionamiento y la viabilidad financiera, una mutual de salud debe dotarse de herramientas de gestión y asignarlas a sus diversas instancias.

Gestión de las afiliaciones y de las prestaciones

La gestión de las afiliaciones y de los beneficios abarca las tareas relativas a la inscripción y al seguimiento de las afiliaciones, la recaudación y registro de las cotizaciones, la supervisión y pago de las prestaciones. Estas tareas son particularmente importantes debido a que las cotizaciones y las prestaciones, respectivamente, representan en esencia los ingresos y los gastos de la mutual, la cual puede, por ejemplo, perder parte de sus ingresos si no cuenta con mecanismos eficaces de recaudación de las cotizaciones.

Las herramientas de gestión de las afiliaciones y de las prestaciones brindan además toda la información necesaria para la supervisión y el análisis del funcionamiento de una mutual de salud. Dicho análisis sería imposible si no se conociera el número exacto de afiliados, el número de prestaciones otorgadas y su distribución entre los distintos tipos de servicios de salud cubiertos y los distintos proveedores de los servicios.

Herramientas de gestión de las afiliaciones y de las prestaciones:

- ✓ tarjeta de afiliado;
- ✓ registro de afiliados y de beneficiarios;
- ✓ carta de garantía;
- ✓ certificado de tratamiento;
- ✓ factura del proveedor de asistencia médica;
- ✓ ficha de control del proveedor de asistencia médica.

Gestión contable

La gestión contable tiene como objetivo registrar las distintas operaciones de la mutual de salud en ingresos y gastos de recursos, clasificarlas y procesarlas. Sigue las distintas etapas de las actividades de la mutual durante un período determinado (en general, un año), conocido como ejercicio.

La gestión contable cuenta con métodos y documentos comunes a todas las organizaciones reglamentadas por la legislación. El sistema contable debe, asimismo, adaptarse a la dimensión, a las actividades y a otras particularidades de cada mutual de salud.

Herramientas de gestión contable:

- ✓ libro de caja;
- ✓ libro de cuentas bancarias;
- ✓ libro diario y libro mayor;
- ✓ comprobantes de las operaciones;
- ✓ cuenta de ingresos y gastos;
- ✓ balance.

Gestión financiera

El objetivo de la gestión financiera es garantizar la viabilidad financiera de la mutual a largo plazo. Esto implica la previsión y el control de los ingresos y de los gastos de la mutual, el análisis de su situación financiera, la gestión de las inversiones, etc.

La gestión de los recursos financieros disponibles es un elemento importante para la viabilidad de la mutual. La mutual puede establecer

un acuerdo con una institución financiera para el depósito de fondos a plazo fijo.

Herramientas de gestión financiera:

- ✓ cuenta de ingresos y gastos y balance;
- ✓ presupuesto;
- ✓ flujo de caja;
- ✓ ratios de solvencia financiera.

Seguimiento

El establecimiento del sistema de seguimiento es sumamente importante. El sistema debe permitir el control de las afiliaciones, de los proveedores de asistencia médica, de los reembolsos (por ejemplo, el flujo durante el año), el costo medio de las prestaciones, el ratio de solvencia financiera etc. El seguimiento debe permitir la detección rápida de problemas, permitiendo así que el consejo de administración pueda adoptar las decisiones y medidas necesarias a su debido tiempo.

5.5 Perspectivas de sostenibilidad y de viabilidad de una mutual de salud

Una mutual de salud debe contar con una buena gestión. Asimismo, debe mantener sus costos administrativos en un mínimo, garantizar la recaudación de cotizaciones y llevar un buen control de las prestaciones. La mutual debe adaptar lo mejor posible la cobertura ofrecida a la disposición para pagar de sus miembros. La misma debe beneficiar del trabajo de personas honestas y competentes, y sus instancias de decisión deben supervisar muy de cerca su funcionamiento.

6. Creación de una mutual de salud por una asociación de microempresarios

6.1 Las distintas etapas

La creación de una mutual de salud es a menudo un proceso lento que atraviesa distintas fases y tropieza con numerosas dificultades, en particular con la insuficiencia de información disponible sobre cuestiones financieras y de salud.

La fase de arranque de una mutual de salud es muy importante. Un error en la elección de las actividades, el diseño de la organización o el cálculo de las cotizaciones podría afectar la viabilidad de la mutual.

La creación de una mutual de salud será seguida de una fase de crecimiento, la cual continuará hasta alcanzar el punto de equilibrio, por lo general entre dos y tres años. Las hipótesis adoptadas en la primera fase serán afinadas en esta etapa, basándose en la experiencia adquirida durante el primer año de funcionamiento.

La fase de crecimiento de la mutual resultará más rápida y armoniosa, si la puesta en funcionamiento de la mutual es realizada con el rigor y el cuidado necesarios.

El proceso de creación de una mutual se desarrolla habitualmente en distintas etapas:

- **Etapas 1.** Sensibilización de los microempresarios – es decir, los miembros potenciales – a las diversas dificultades y necesidades en cuestión de salud y a la decisión de establecer una solución común: la mutual de salud. Esta etapa comprende distintas fases:
 - ▶ verificación del cumplimiento de las condiciones previas al establecimiento de la mutual;
 - ▶ sensibilización y animación de la población destinataria;
 - ▶ constitución de un grupo de trabajo.
- **Etapas 2.** Estudio de factibilidad para verificar la pertinencia de crear la mutual y para la definición de la fórmula mutualista más adecuada (en términos de servicios ofrecidos, organización y funcionamiento de la mutual). Este es el momento de proceder a:
 - ▶ la elección de los riesgos cubiertos y los servicios ofrecidos;

- ▶ la elección de los proveedores de asistencia médica y la negociación de las condiciones de acceso a los servicios;
 - ▶ la definición de la organización interna;
 - ▶ la definición de las modalidades de funcionamiento;
 - ▶ la elaboración de un presupuesto.
- **Etapas 3.** Constitución de la mutual de salud y comienzo de las actividades:
- ▶ preparación y organización de la asamblea general constitutiva;
 - ▶ comienzo de las actividades.

La asociación profesional que desea crear una mutual de salud puede organizar una encuesta dirigida a sus miembros para evaluar los gastos en salud, su opinión sobre los distintos proveedores de asistencia médica y la disponibilidad para el pago de la cotización para el seguro de salud. Para grandes asociaciones profesionales es importante la movilización de distintas divisiones y secciones antes de lanzar la iniciativa.

La fórmula mutualista que se adopte, y en particular su organización interna, estará influenciada por las capacidades y debilidades de la asociación profesional, de su experiencia en materia de gestión y de sus recursos humanos y financieros. La elección de los proveedores de asistencia médica estará influenciada por la experiencia de los miembros en el ámbito de la salud y su tipo de actividades económicas. Asimismo, debe analizarse el atractivo que representará la creación de la mutual para los microempresarios que todavía no sean miembros de la asociación profesional.

6.2 Sensibilización y animación

La primera etapa en el proceso de creación de una mutual de salud consiste en la organización de reuniones de sensibilización y animación, especialmente con:

- asociaciones locales: los grupos de ayuda mutua merecen especial atención (asociaciones femeninas, asociaciones de ahorro y grupos con fondos de ayuda mutua);
- autoridades locales: tradicionales, administrativas y religiosas.

El objetivo es introducir a la población destinataria en un proceso de reflexión basado en la observación y el análisis de las necesidades en salud, tal y como las expresen los propios interesados.

La sensibilización y la animación son continuas y están presentes durante todas las etapas de la creación de la mutual. Las mismas desempeñan una función importante en la tercera etapa, en la que la población destinataria debe participar activamente por cuanto se trata de la elección de las prestaciones y de las cotizaciones correspondientes.

6.3 Verificación de las condiciones previas

Una mutual de salud no siempre es el mecanismo de previsión más apropiado en un contexto dado. Una actividad inicial consiste en verificar la existencia de determinadas condiciones necesarias para la creación de una mutual.

a) Deben existir lazos de solidaridad entre los futuros miembros

La solidaridad es un factor indispensable en todo grupo de ayuda mutua. Es la base fundamental de la mutualidad. Los lazos de solidaridad necesarios para el establecimiento de una mutual de salud provienen de diversas situaciones: habitantes de un mismo pueblo o región, microempresas del mismo tamaño o que trabajan en un mismo sector, empleados de una misma empresa, miembros de un movimiento social, etcétera.

b) Los miembros potenciales deben experimentar dificultades financieras para acceder a la atención médica

La futura mutual de salud constituirá sobre todo una respuesta a las dificultades financieras que implica el acceso a la atención médica. Esta dificultad constituye el primer elemento en el que se sustenta la creación de una mutual de salud.

Para que la población destinataria sienta un verdadero interés por la mutual de salud es necesario, no sólo que la misma responda a una necesidad real, sino también que dicha necesidad sea considerada como prioritaria o al menos fundamental. Debido a que no siempre esta condición se cumple al comienzo del proyecto, es necesario ayudar a la población a aclarar y expresar sus necesidades sin crear falsas expectativas.

c) La población destinataria debe confiar en los iniciadores del proyecto

Los microempresarios susceptibles de afiliarse a la futura mutual de salud deben tener confianza en su asociación profesional, iniciadora del proyecto. En efecto, los microempresarios van a confiar sus cotizaciones a esta organización. Así, los antecedentes relativos a las relaciones entre los microempresarios y su asociación se convertirán en elementos clave a la hora de evaluar las posibilidades de creación de una mutual.

La confianza de los miembros estará también condicionada por los éxitos o fracasos de la asociación profesional en la misma área o en áreas similares (cooperativas de servicios, sistemas de ahorro y crédito, etc.). Estos últimos deben analizarse para valorar la posibilidad de crear una mutual y para definir los pasos a seguir.

La actitud de las autoridades locales (oficiales, tradicionales, etc.) hacia la iniciativa será igualmente importante. En consecuencia, la asociación profesional deberá establecer contacto con ellas. No obstante, una actitud positiva por parte de las autoridades no constituye una condición indispensable para el inicio y desarrollo de las actividades de la mutual de salud.

d) Deben estar disponibles servicios de salud de calidad

La mutual debe contar con una oferta de servicios de salud que permita satisfacer las necesidades principales de sus beneficiarios. Estos servicios pueden ser brindados por centros de salud, hospitales públicos o privados o profesionales de la salud que trabajan a título individual o como empresa privada (médicos, parteras, enfermeras, psicoterapeutas, etc.). Dichos establecimientos no deben estar muy alejados del lugar de residencia y de trabajo de los microempresarios y es necesario que sean de buena calidad y de precio razonable.

Puede ocurrir que ciertos proveedores de asistencia médica no sean apreciados por las comunidades debido a que, por ejemplo, éstas se encuentran a menudo con escasez de medicamentos o porque la atención al cliente no es suficientemente satisfactoria (en general, en relación con el nivel de ingresos del personal, el estado del equipo, etc.). Si éste fuera el caso, la mutual debería considerar una respuesta a estas deficiencias (mejora de la disponibilidad financiera para mantener medicamentos en existencia, aumento en las remuneraciones a fin de motivar al personal médico, etc.).

La mutual de salud puede crear sus propios centros de salud y sus propios hospitales solamente en el caso en que no hubiera prestadores locales de adecuado nivel de servicio. Si dichos servicios existen pero su costo es excesivamente elevado, podría considerarse la creación de centros de asistencia médica dependientes de la mutual. En este caso, es necesario analizar los motivos por los que los costos de los centros de salud existentes son elevados y asegurarse de que la mutual pueda reducirlos sin que ello incida en la calidad de la atención médica.

Los centros de atención médica creados por la iniciativa de la mutual y establecidos por una asociación de microempresarios deben tener una personería jurídica propia.

e) Una dinámica de desarrollo socioeconómico

Un desarrollo económico con dinámica propia, especialmente en áreas rurales, facilita la introducción de una financiación mutualista de los servicios de salud. Las actividades económicas rentables brindan a las comunidades recursos financieros que facilitarán el pago de las cotizaciones.

6.4 Estudio de factibilidad ⁸ y elección de la fórmula mutualista más adecuada

Es importante que las organizaciones que deseen crear una mutual de salud conozcan bien el contexto en el cual va a funcionar, mediante la información sobre los aspectos demográficos, socioeconómicos, sanitarios, financieros y jurídicos. Esta información es necesaria para evaluar la factibilidad global del proyecto y, especialmente, para determinar las necesidades concretas de la población, realizar proyecciones financieras y definir los servicios por cubrir.

Durante el estudio de factibilidad se compila la información necesaria para definir las actividades, la organización y el funcionamiento de la mutual de salud. La etapa siguiente estará constituida por el análisis de la información a fin de identificar la fórmula mutualista más adecuada a las necesidades locales, así como al contexto y a las costumbres locales.

Para llevar a cabo este análisis puede crearse un grupo de trabajo dentro de la asociación profesional con eventual apoyo externo. Este análisis debe ser compartido con los microempresarios, por medio de reuniones de promoción, a fin de:

- recabar las opiniones del grupo de beneficiarios potenciales;
- obtener más informaciones sobre la percepción que los microempresarios tienen de su situación sanitaria, sus dificultades, etcétera;
- implicar directamente a los futuros miembros en la preparación de las diferentes opciones que se presentarán como consecuencia del proceso actual. Esta implicación facilitará la adopción de decisiones en la asamblea general constituyente;
- obtener información sobre los éxitos y fracasos de otras mutuales de la región.

Las elecciones que han de realizarse antes de que la mutual inicie sus actividades son las siguientes:

- la cobertura geográfica: barrio, pueblo o región;
- el grupo destinatario: sólo microempresarios (hombres y mujeres) miembros de asociaciones de microempresarios o una población más extensa;
- los riesgos por cubrir, las prestaciones y las cotizaciones correspondientes;
- los proveedores de atención médica con los cuales la mutual establecerá un convenio;
- la organización interna de la mutual de salud;
- las modalidades prácticas de funcionamiento de la mutual.

⁸ Referirse al «Guide d'étude de faisabilité», producido por OIT/STEP.

Durante esta etapa de formulación, se elaborará además un programa de acción y un presupuesto que refleje, en términos financieros, el conjunto de elecciones realizadas.

La elección de los servicios de salud por cubrir y el cálculo de las cotizaciones son dos puntos importantes en esta etapa y merecen una atención particular.

a) Elección de la atención médica que cubrirá la mutual

Una mutual de salud no asume el costo de la atención médica en sí mismo, su función es más bien financiarlo gracias a un sistema de previsión y de participación mutua para protegerse ante los riesgos.

La cotización solicitada a los afiliados debe corresponder con el costo de los servicios de salud que serán cubiertos por la mutual. En consecuencia, una cobertura de todos los tipos de atención médica no sería realista, ya que esto supondría cotizaciones demasiado elevadas, lo cual sería inaccesible para aquellos miembros con bajos ingresos. Es necesario elegir de común acuerdo con los miembros potenciales, la atención médica que la mutual cubrirá. Esta elección determinará la viabilidad de la mutual.

A fin de comprender mejor la repercusión de esta elección, es necesario, además, reflexionar sobre las razones que motivan al microempresario, hombre o mujer, a afiliarse a una mutual de salud. Varios son los motivos que pueden servir de incentivo para el pago de una cotización:

- protegerse y proteger a los miembros de su familia contra ciertos riesgos (motivación individual);
- cumplir con las obligaciones hacia los trabajadores y aprendices en caso de accidentes del trabajo o enfermedades graves;
- proteger a la empresa de pérdidas por enfermedades;
- participar en un movimiento de ayuda mutua y de solidaridad que brinde protección colectiva (motivación colectiva).

Estos distintos motivos se encuentran estrechamente vinculados. ¿Un individuo está preparado para ser solidario y afiliarse a los valores mutualistas sin considerar la obtención de algún beneficio para satisfacer sus propias necesidades de salud? En efecto, la solidaridad resultará más duradera en la medida en que todos los interesados perciban, de una manera o de otra, los medios para satisfacer sus propias necesidades.

La elección de la atención médica por cubrir debe reunir un cierto número de criterios a fin de que se garantice la viabilidad de la fórmula mutualista que se promueve.

La cobertura de salud debe ser pertinente

La atención médica debe corresponder con las situaciones de riesgo que enfrentan los microempresarios. Estos riesgos se dividen por lo general en dos categorías: los riesgos menores (atención de salud primaria) y los riesgos mayores (atención de salud de segundo y tercer

nivel). Los promotores de una mutual de salud se encuentran con frecuencia divididos en cuanto a la pertinencia de la cobertura de una u otra de las dos categorías de riesgo.

La atención primaria de salud constituye la primera puerta de entrada en el sistema de salud. Su costo es relativamente bajo. Mediante la cobertura de riesgos menores se favorece el acceso rápido al tratamiento a fin de evitar el deterioro de la salud del paciente. Sin embargo, la cobertura de la atención primaria por un sistema de seguro, tiene dos inconvenientes:

- como consecuencia de la frecuencia con que estos riesgos ocurren, se requiere un elevado nivel de cotizaciones. El acceso a las mutuales de salud resultará difícil para las familias más desfavorecidas;
- la cobertura de riesgos menores es particularmente propensa a la selección adversa y al riesgo moral. La viabilidad financiera de la mutual resultaría debilitada.

Por el contrario, la cobertura de riesgos mayores permite protegerse de los servicios más costosos, es decir, de aquellos que causan las mayores dificultades financieras a las familias, especialmente en el caso de enfermedades graves e intervenciones médicas de urgencia.

La cobertura exclusiva de riesgos mayores permite fijar cotizaciones a un nivel menos elevado, a pesar de los costos de los tratamientos, ya que la frecuencia de utilización es baja. Sin embargo, la cobertura de riesgos mayores está sujeta a los siguientes inconvenientes:

- la frecuencia de hospitalización y de operaciones quirúrgicas es baja. Dependiendo del contexto, se puede estimar que entre el 4 y el 8 por ciento de las personas lesionadas puede requerir atención de salud secundaria durante el año. La mutual de salud pasará desapercibida y como consecuencia sufrirá una pérdida de motivación de sus miembros;
- si las familias tienen dificultad para el pago de la atención médica primaria, la mutual no resolverá el problema de la búsqueda tardía de tratamiento, lo que contribuirá a la agravación de la enfermedad;
- una mutual de salud pequeña o una mutual que comienza sus actividades puede pasar a ser insolvente debido a hospitalizaciones sucesivas costosas.

El copago y la franquicia (ver sección 4.4) permiten limitar los riesgos de consumo excesivo y de selección adversa.

Una mutual de salud eficaz puede diversificar los servicios brindados a sus miembros y, por ejemplo, desarrollar una combinación de cobertura para riesgos menores y riesgos mayores que responda a las necesidades de los microempresarios.

La protección que brinda la mutual debe ser visible

Aun cuando los miembros hayan comprendido los principios de ayuda mutua y previsión, ellos mismos deben comprobar que el sistema funciona por cuanto:

- el pago de una cotización regular impone cierta disciplina: es necesario «acudir al propio bolsillo» con frecuencia o pagar una suma de dinero importante cada año;
- la cotización se deposita en un fondo común, sin embargo, muchos grupos experimentaron en el pasado problemas derivados de la mala gestión, voluntaria o involuntaria. Se puede generar desconfianza rápidamente si sólo se cubren unos pocos riesgos;
- uno de los principios básicos de la mutual de salud es su gestión democrática. Su aplicación requiere que sus miembros se reúnan periódicamente. No obstante, los miembros no estarán muy motivados para participar en dichas reuniones, si la mutual no es muy activa o visible.

En consecuencia, la mutual de salud que decide cubrir riesgos que pocas veces se materializan (hospitalizaciones mayores, cirugías) corre el peligro de mostrarse poco dinámica y poco atractiva. Por el contrario, una mutual de salud que cubre riesgos menores resultará más dinámica y por ende más visible, pero será menos accesible para las familias de bajos ingresos y su gestión será más delicada.

A fin de garantizar cierta visibilidad, una mutual debe procurar que un número suficientemente importante de familias se beneficie al menos de una prestación anual. La cobertura de los gastos de hospitalizaciones menores y nacimientos responde a este criterio satisfactoriamente.

La cotización debe ser accesible

La protección que una mutual de salud puede ofrecer a sus miembros depende en gran parte de los ingresos de estos últimos, especialmente de su capacidad contributiva y, más generalmente, de su poder adquisitivo en materia de salud.

Una cotización demasiado elevada resultará prohibitiva para una gran mayoría de miembros. Por el contrario, una mutual que brindara todos los servicios de salud, primarios y secundarios, «gratuitos» para los beneficiarios, sería atractiva, pero poco viable financiera o económicamente.

Como toda empresa, una mutual de salud se encuentra ante el clásico fenómeno de elasticidad de la demanda de un producto o servicio: a precio más elevado se suscita menos interés en los compradores potenciales. La elasticidad de la demanda se verá influenciada igualmente por la percepción que tiene la población del riesgo financiero de la mutual.

A la hora de elegir los servicios de salud por cubrir, los miembros deben evaluar las consecuencias de una elección particular en el monto de la cotización y verificar que la misma sea accesible a todos. Por otra parte, el nivel de las cotizaciones también depende del porcentaje de los gastos médicos por cubrir, habida cuenta de que los sistemas de seguros sólo cubren en general parte de los gastos (ver copago).

b) Cálculo de las cotizaciones

El cálculo de las cotizaciones constituye el punto más difícil en la creación de una mutual de salud. Es además fundamental, debido a que la suma de las cotizaciones determina directamente la viabilidad futura de la organización:

- si la cotización es demasiado baja en relación al costo de los beneficios, la mutual tendrá un déficit con riesgo de insolvencia si no logra movilizar recursos adicionales (subsidios, cotizaciones excepcionales, fondos de garantía, etc.);
- si la cotización es muy elevada en relación al costo de los beneficios, la mutual será poco atractiva para los miembros potenciales.

El cálculo de las cotizaciones se basa en una estimación de la frecuencia con que se materializan los riesgos de enfermedad y de los costos de la atención médica. Desafortunadamente, en la mayoría de los casos se dispone de escasos informes confiables que sirvan para realizar estimaciones precisas. La cuantía de las cotizaciones calculadas no será exacta. Es esencial, especialmente en los primeros años de funcionamiento de la mutual, que se realice un seguimiento riguroso del monto de las cotizaciones y del costo de las prestaciones a fin de proceder a los ajustes necesarios.

Numerosos métodos de cálculo de cotizaciones son aplicados por las mutuales de salud. El método que se presenta a continuación es el más utilizado. Para facilitar la comprensión, es importante recordar que estas cotizaciones se utilizan para lo siguiente:

- la cobertura de los gastos en salud (a excepción del copago) correspondientes a la atención médica cubierta por la mutual;
- la constitución de reservas para que permita garantizar la solidez financiera de la mutual, en cada ejercicio;
- la financiación de los gastos administrativos de la mutual.

El primer método desglosa el cálculo de las cotizaciones en tres elementos:

$$\begin{aligned} \text{Cotización individual por servicios de salud cubiertos} = \\ \text{Prima pura} + \\ \text{Margen de seguridad} + \\ \text{Costo administrativo unitario} \end{aligned}$$

Prima pura =	Tasa de frecuentación esperada x (costo promedio de servicio – copago a cuenta del paciente) ⁹ .
Margen de seguridad =	A menudo estimado en un 10% de la prima pura. Se refiere a la incertidumbre relativa al cálculo de la prima pura.
Costo administrativo unitario =	Estimación de los costos de funcionamiento divididos entre el número de beneficiarios esperado. Puede fijarse como una aproximación inicial del +/-15% de la suma de la prima pura más el margen de seguridad. Esta alternativa es, sin embargo, menos precisa.

A estos tres elementos se agrega el factor *E* que define el monto unitario de excedentes que se han de obtener para constituir las reservas financieras.

Si se cubren diversos servicios médicos, la cotización individual total es igual a la suma de las cotizaciones calculadas por cada servicio. En la mayoría de las mutuales, la cotización familiar es igual a la cotización individual multiplicada por el número promedio de integrantes de la familia.

Estos cálculos dan como resultado una estimación de la cotización anual. A continuación podrá ser fraccionada en días, meses, etc., dependiendo de la periodicidad del pago de la cotización más adecuada al ingreso de los microempresarios. En general, a más bajo ingreso, más alta es la preferencia de la gente para efectuar pagos periódicos de pequeña cuantía en lugar de pagos periódicos elevados.

⁹ Fórmula de aplicación más general: Prima pura (por un acto) = Probabilidad de «consumir» el acto × la Cantidad media consumida × el Costo promedio unitario del acto.

6. CREACION DE UNA MUTUAL DE SALUD POR UNA ASOCIACION DE MICROEMPRESARIOS

Los procesos que conducen a la elección final de la cotización solicitada a los miembros implican generalmente tres etapas:

1. Se estima la disposición para pagar de la población destinataria, es decir, se determina la cuantía media que cada individuo o familia estará dispuesto a cotizar. Debe resaltarse que esta disposición para pagar depende en gran medida del valor que asignen los microempresarios a los gastos en salud. La sensibilización de la población y la utilidad de los servicios ofrecidos tienen igualmente un impacto en su voluntad de pago de una cotización.
2. Se calcula la cotización correspondiente a cada tipo de servicio por cubrir. Se elaboran varios escenarios de cobertura de servicios de salud, combinando la cobertura de distintos tipos de servicios. La suma total de las cotizaciones para cada escenario debe ser compatible con la disposición para pagar de la población destinataria.
3. Se presentan los diferentes escenarios a la población destinataria, la cual participa en la elección final de las actividades y servicios que brindará la futura mutual de salud. Se adoptará un escenario simple a partir del cual los promotores de la mutual podrán establecer los mecanismos y las herramientas para cubrir los costos y establecer un presupuesto para la mutual de salud.

7. Conclusiones

Es importante terminar esta guía haciendo especial hincapié en la adecuación entre las necesidades de los microempresarios y las características de las mutuales de salud.

Las distintas partes de esta guía ponen de relieve, en primer lugar, que las principales condiciones previas a la creación de una mutual de salud son de fácil cumplimiento por parte de los microempresarios.

- Los microempresarios tienen una necesidad real de protección ante el riesgo financiero vinculado a la enfermedad, el cual repercute en:
 - ▶ el estado de salud de los individuos: el bajo nivel y la irregularidad en los ingresos de los microempresarios, como también de sus aprendices y trabajadores, constituyen un límite económico y financiero para el acceso a la atención médica adecuada;
 - ▶ la fuente de ingresos de la familia: la enfermedad puede tener como consecuencia una interrupción temporal o permanente del trabajo y por tanto una pérdida del ingreso, pero también una reducción de los recursos de la empresa cuando éstos son utilizados para satisfacer un gasto elevado y urgente en salud.
- Las microempresas están bien arraigadas en la sociedad tradicional en la cual reproducen mecanismos de ayuda mutua y de solidaridad. Numerosos son los ejemplos de cajas colectivas, asociaciones de ahorro y otros mecanismos de ayuda mutua establecidos en sus áreas de trabajo, entre los comerciantes de un mercado, etc. Por tanto existen ya lazos de solidaridad que pueden servir de base para la creación de las mutuales.
- Las asociaciones de microempresarios demuestran una dinámica significativa de desarrollo socioeconómico. Estas asociaciones representan un potencial importante para la consecución de objetivos sociales, como el establecimiento de sistemas de protección social. Además, las mismas permiten la distribución del riesgo financiero vinculado a la enfermedad entre un gran número de individuos.

Al mismo tiempo, la mutual de salud ofrece una flexibilidad de organización y de funcionamiento que la distingue de otros sistemas de seguro. Esto le permite adaptarse a una diversidad de situaciones que se presentan en el área de las microempresas. La mutual de salud es creada y administrada por sus miembros. Son los propios miembros quienes definen la modalidad de afiliación, de cotización, de organización y los servicios brindados por la mutual.

El establecimiento de una mutual de salud con el objetivo de organizar un sistema de protección social para microempresarios presenta

numerosas ventajas. Sin embargo, tanto la creación como el funcionamiento de una mutual de salud, deben hacer frente a diversos obstáculos:

- El establecimiento de una mutual de salud es un proceso largo, a veces poco comprendido o aceptado por los miembros potenciales, quienes están acostumbrados a resultados concretos rápidos.
- Una mutual de salud pasa por una etapa de crecimiento, que se prolonga por varios años durante los cuales es necesario revisar las hipótesis originales a la luz de la experiencia. Estas modificaciones pueden ser percibidas por los miembros como el resultado de errores de gestión.
- La mutual es una organización autogestionada que requiere de sus administradores y directivos un trabajo considerable y voluntario, el cual se suma a sus propias actividades. Una carga excesiva de trabajo conduce a la desmotivación, lo cual implica un cierto número de consecuencias para el funcionamiento de la mutual. Es decisivo para la misma establecer un volumen de operación que permita la incorporación del personal que se encargue del funcionamiento cotidiano.
- Por último, las experiencias actuales muestran que las mutuales tienen, con frecuencia, un nivel relativamente bajo de aceptación en la población destinataria y que, además, hacen frente al problema que implica continuar la recaudación de las cotizaciones de sus miembros. Estas dificultades, dependiendo de la situación, son el resultado de una falta de motivación entre los miembros potenciales, de problemas de organización dentro de la mutual, de prestaciones no adaptadas a las necesidades de las familias, o de cotizaciones demasiado elevadas.

Habida cuenta de la importancia de estas dificultades, es importante recordar algunos de los factores principales que pueden contribuir al éxito de una mutual adaptada a la naturaleza específica de las microempresas y a dar respuesta a las necesidades de los microempresarios:

- El compromiso constante de los miembros en la vida de la mutual mediante la promoción de una gestión democrática y participativa. Este factor es también decisivo en las asociaciones de microempresarios. Además de sus afiliados, todas las personas implicadas en torno a una mutual deben tener una participación activa. Esto incluye sobre todo a los proveedores de asistencia médica, cuyas actitudes y acciones relativas a los costos de servicios condicionarán la viabilidad de la mutual.
- Para garantizar una verdadera participación de sus miembros, debe ponerse un acento especial en la sensibilización e información continuas, de manera tal que los miembros comprendan las decisiones que serán adoptadas durante el establecimiento y funcionamiento de la mutual.
- Las necesidades en materia de salud son importantes, pero la creación de un sistema de protección está limitada por la capacidad contributiva de los afiliados. En tales condiciones, una mutual de salud

debe poner especial atención en la elección de los servicios; debe buscar establecer un equilibrio entre la mejor atención médica posible y la cotización que los miembros pueden permitirse en términos financieros. La elaboración del binomio prestación/cotización es un área en el cual la necesidad de asesoramiento es importante.

- Para que el seguro pueda desempeñar un papel eficaz en la distribución de riesgos entre sus miembros, el número de afiliados no debe ser muy reducido. Una mutual con un número reducido de miembros será demasiado frágil o se verá obligada a solicitar cotizaciones más elevadas. El aumento en el número de personas protegidas permite a su vez realizar economías de escala en materia de funcionamiento y disponer de más recursos para la negociación con los prestadores de salud.
- El establecimiento de un sistema de gestión riguroso es un elemento esencial en la viabilidad de una mutual. Diversas herramientas y técnicas utilizadas deberán adaptarse a las competencias de sus administradores.

La gestión de un sistema de seguro es técnicamente difícil, más aún cuando se lleva a cabo en un área donde las estadísticas son escasas y poco fiables. Esta guía facilita a aquellos interesados en el establecimiento de una mutual de salud la información que permitirá confirmar dicho interés. La presente guía no está destinada para ser utilizada en el proceso de creación de la mutual. Para establecer una mutual, es indispensable que las personas interesadas dispongan de un apoyo fiable y de calidad.

Bibliografía

- Forastieri, V.; Riwa, P.G.; Swai, D. 1996. *Dar es-Salaam. Occupational safety and health in the informal sector*, Interdepartmental Project on the Urban Informal Sector, Working Paper n° 6, IDP INF/WP-6 (Ginebra, OIT).
- Ginneken, Wouter van. 1999. «Seguridad social para el sector informal: un nuevo desafío se presenta a los países en desarrollo», en *Revista Internacional de Seguridad Social* (Ginebra, AISS), vol. 52, n° 1.
- Haan, H.C.; Coad, A.; Lardinois, I. 1996: *Municipal solid waste management involving micro- and small enterprises: Guidelines for municipal managers* (Saint-Gall, Suiza, SDC, WASTE, GTZ, ILO, SKA).
- Joshi, G. 1997. *Urban informal sector in Metro Manila: A problem or a solution?* (Ginebra, OIT).
- Kogi, K., Phoon W.O., Thurman, J.E. 1989. *Low-cost ways of improving working conditions: 100 examples from Asia* (Ginebra, OIT).
- Maldonado, C. 1995. «Entre l'illusion de la normalisation et le laissez-faire: vers la légalisation du secteur informel?», *Revue internationale du travail* (Ginebra, OIT), vol. 134, n° 6.
- Mwinuka, J. B. 1996. *Improvement of the apprenticeship system in the informal sector in Tanzania*. Interdepartmental Project on the Urban Informal Sector, Working Paper n° 6, IDP INF./WP-3 (Ginebra, OIT).
- OIT. 2000. *Informe sobre el trabajo en el mundo 2000: Seguridad de los ingresos y la protección social en un mundo en plena transformación* (Ginebra).
- . 1999. *I-WEB (Improve your work environment and business for micro manufacturers) Trainer's Guide* (Ginebra).
- . 1999. *I-WEB (Improve your work environment and business for micro manufacturers) Action Manual* (Ginebra).
- . 1999. «Job quality and small enterprise development», SEED Series on Job Quality in Micro and Small Enterprise Development, Working Paper n° 4 (Ginebra).
- . 1999. *PATRIS (Participatory action training for the informal sector) Operator's Manual* (Ginebra).
- . 1998. *Informe sobre el empleo en el mundo 1998-99 : empleabilidad y mundialización – papel fundamental de la formación* (Ginebra).

- OIT-STEP. 2003. *Guide de gestion de mutuelles de santé en Afrique* (Ginebra).
- . 1998. *Plate-forme d'Abidjan: Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique* (Ginebra).
- . *Guide d'étude de faisabilité* (será publicado próximamente)
- OIT-STEP, ANMC, WSM. 2000. *Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs* (Ginebra).
- OIT-STEP, OPS. 1999. *Síntesis de estudios de caso de microseguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y el Caribe* (Ginebra).
- OIT-STEP, USAID-PHR, ANMC, WSM. 2000. *Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé: synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre* (Washington).