



¿Son siempre los profesionales de la educación catalizadores de los sistemas de protección social solidaria?

Análisis del campo de la sanidad y la protección social a partir de una investigación exploratoria a distancia

Grupo de investigación:

Marc PONCELET (Pôle SuD, Universidad de Lieja - Bélgica)

Bernard THIRY (CIRIEC Internacional)

Barbara SAK (CIRIEC Internacional)

Oliver VÖGELI (CIRIEC – Sección belga)

Christelle PASQUIER (CIRIEC - Sección belga)

Marzo de 2009

1. Introducción

1.1. El acceso a la sanidad en el mundo: retos, perspectivas y oportunidades para las organizaciones solidarias de protección social

La protección social – El reto persistente

“El acceso a una adecuada seguridad social y a la protección de la salud son dos derechos humanos fundamentales. Sin embargo, estos derechos están lejos de haber sido alcanzados a escala mundial. Por ejemplo, hasta el 80 por ciento de la población del África subsahariana y de algunas partes de Asia vive sin esa protección. Este problema se ha acentuado debido a las necesidades desiguales: las condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores de la economía informal y de las poblaciones rurales expone a la mayoría de ellos a riesgos de la salud y de accidentes, sin embargo, éstos son los grupos más a menudo excluidos de la seguridad social” (Coheur, Jacquier, Schmitt-Diabaté y Schremmer, 2007, pág. 1).

“La exclusión de la seguridad social tiene un impacto devastador en el individuo y su familia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cada año 100 millones de personas entran en un círculo vicioso de enfermedad y pobreza debido a los costos de la asistencia médica. Lo que es más, también reduce las oportunidades para el crecimiento económico y el desarrollo social y hace a los países más vulnerables a los efectos de los impactos en el ámbito de la salud” (ibídem, pág. 1 y 2). Se calcula que todos los años unos 150 millones de personas tienen que hacer frente a gastos de sanidad desorbitados para ellos.

“En muchos países de bajos ingresos, los gastos de bolsillo actúan como el mecanismo fundamental de financiación de la asistencia médica – hasta el 80 por ciento del gasto total en salud en países como Guinea, Myanmar, la República Democrática del Congo y Tayikistán. El resto de los gastos son financiados, en general, mediante impuestos y sólo en pequeña medida por los regímenes de seguro de salud basados en la comunidad” (OIT, 2007, pág. 17).

Indicadores principales de la protección social y de los gastos de sanidad en los países de rentas bajas y medias:

- Una estrecha relación entre el nivel de renta del país, el acceso a la asistencia sanitaria y la mortalidad.
- El reducido porcentaje de los gastos de sanidad con carácter de protección social en relación con el PIB y con los gastos de sanidad totales.
- El reducido porcentaje de la financiación pública en relación con a los gastos totales de sanidad.
- La escasa solidaridad en el ámbito de la financiación y la excesivamente reducida cobertura común de los riesgos.
- El porcentaje importante de la financiación privada de la sanidad que recae en las familias.
- Una protección financiera reducida, de lo cual se deriva un alto grado de pagos directos y, por consiguiente, el mantenimiento de la pobreza a causa de los problemas de salud.

Conforme a diversas fuentes, los porcentajes de pobres carentes de acceso a asistencia sanitaria varían de un 5% (en el mundo árabe) a más del 33% en África y en Asia (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1997).

En los países de rentas bajas o medias, las prestaciones sanitarias corren en gran medida (más de la mitad) a cargo del usuario en forma de pagos directos. Este coste financiero implica la renuncia a la atención terapéutica o un acceso selectivo a ésta, o incluso un endeudamiento difícilmente soportable (OMS, 2008, pág. 26). En algunos países africanos, los desembolsos directos hechos por el paciente representan el 40% de los gastos en asistencia médica (Asociación Internacional de la Seguridad Social, 2008 b, pág. 2). En algunos países de rentas bajas, ese porcentaje puede llegar a alcanzar el 60%, mientras que es de sólo un 20% en los países de rentas altas (AISS, 2008 a) o un 10% según otras fuentes (OIT, 2007, pág. 17).

Composición de los gastos sanitarios en los países de rentas altas, medias y bajas (media ponderada en función de la población, año 2002)

	Gastos totales de sanidad (% del PIB)	Sanidad pública (% del total de gastos sanitarios)	Gastos de seguridad social (% del total de los gastos públicos de sanidad)	Sector privado (% del total de gastos sanitarios)	Pagos hechos por el paciente (% de los gastos privados de sanidad)
Asia del Este y Pacífico	5,21	35,29	39,35	64,71	91,86
Europa del Este y Asia Central	5,93	61,33	41,35	38,67	85,10
América Latina y Caribe	7,04	50,27	32,50	49,73	74,28
Oriente Medio y África del Norte	4,83	44,92	23,60	55,08	84,77
Asia del Sur	5,45	23,66	8,04	76,34	97,08
África subsahariana	5,32	39,58	1,92	60,42	79,17

Fuente: Banco Mundial, 2006, *Health Financing revisited, a practitioner's guide*, pág. 41.

La privatización, la recuperación de los costes y la contribución de los usuarios: tendencias predominantes y fórmulas variadas

En los países desarrollados y emergentes de pasado socialdemócrata o republicano, organismos no públicos y no mercantiles de reglamentación privada o asociativa han contribuido en gran medida a la creación de los sistemas nacionales de financiación y de gestión de la seguridad social y están reconocidos e integrados en esos sistemas nacionales, conservando al mismo tiempo un régimen reglamentario diferente al de las administraciones públicas. A menudo, están vinculados a organismos representativos de algunas categorías de trabajadores, de corrientes ideológicas o religiosas, y a veces ofrecen medios considerables para diversas prestaciones de asistencia médica.

En Europa, al igual que otros países (como, por ejemplo, Túnez, Marruecos y Argelia), los gobiernos han definido las actividades a llevar a cabo por las mutualidades. La legislación de estos países autoriza a esas organizaciones a poner en marcha mecanismos, reconocidos por las autoridades públicas, en el ámbito social y de la sanidad.

“Las dificultades que se encuentran en los países en los que el sector público gestiona en un cien por cien el seguro de enfermedad obligatorio, llevan a éstos a interrogarse sobre el nuevo papel que podrían desempeñar esas organizaciones, al situarlas entre el sector público y el privado comercial” (Coheur, 2008, pág. 12).

El desarrollo de organizaciones con ánimo de lucro en el sector de asistencia sanitaria, al igual que la liberalización del precio de las prestaciones (en algunos países europeos), ponen de relieve “una tendencia relativa hacia una mayor mercantilización de la asistencia sanitaria” (Hermesse, 2008, pág. 7). Es evidente que los organismos privados sin ánimo de lucro están sufriendo ya la competencia de los aseguradores privados, que se manifiesta de múltiples maneras.

La competencia generada por los organismos aseguradores, así como por las entidades proveedoras de asistencia sanitaria, tiene comúnmente la finalidad de mejorar la relación calidad/precio de la asistencia. El paciente está cada vez más frecuentemente considerado como un cliente que actúa en una lógica de mercado. En los Países Bajos, elige su organismo asegurador y el tipo de cobertura que desea. En el Reino Unido, puede elegir al proveedor de la asistencia médica en función de informaciones sobre la calidad de la atención prestada, la limpieza del establecimiento e incluso las disponibilidades de aparcamiento.

El principal riesgo de tales prácticas radica en el objetivo de resultados perseguido por los organismos aseguradores, cuya lógica puede llevarles probablemente a realizar una selección de los candidatos afiliados, dejando a los “clientes” o a la asistencia médica “de más riesgo” a cargo de organismos colectivos sin ánimo de lucro o, en última instancia, del sector público. No obstante, en algunos de esos países “se establecen mecanismos correctores a fin de paliar ese riesgo” (Hermesse, 2008, pág. 10). Por otra parte, y más por lo general en Europa, las instituciones públicas o privadas sin ánimo de lucro participantes en la seguridad social, la legislación, los convenios colectivos, etc., crean nuevos instrumentos que consiguen limitar o regular esta competencia del sector privado.

No cabe la menor duda de que los países emergentes y sus clases medias urbanas (al igual que, hasta cierto punto, las de los países en desarrollo) podrían abrir nuevas perspectivas a los organismos aseguradores privados. Entre una minoría de funcionarios todavía cubiertos por la seguridad social existente, pero que podría buscar prestaciones complementarias (ofrecidas por organismos privados, comunitarios o asociativos), y las comunidades pobres carentes de interés según la lógica de los aseguradores privados, se encuentra un grupo de población objetivo bastante importante, así como un abanico de prestaciones a cubrir relativamente grande. La postura del personal docente a este respecto es fundamental, tanto en su condición de público objetivo, como en cuanto a su capacidad de información y de formación de los jóvenes.

Ahora bien, para la gran mayoría de los habitantes de los países pobres, el argumento de la competencia es falaz, ya que su capacidad económica es demasiado reducida para poder generar una demanda solvente. Los Estados no pueden ofrecer una cobertura colectiva, ni siquiera limitada a la asistencia sanitaria básica. Así, es precisamente a los estratos superiores

de las clases medias de esos países, que cuentan ya con una organización intermedia (cooperativa, sindical o mutual) o que disfrutan de una oferta directa de seguridad social de los servicios públicos, a quienes los aseguradores privados proponen frecuentemente servicios complementarios.

En cualquier caso, la cobertura de los riesgos de la salud está todavía hoy en día en su conjunto muy lejos de ser la norma general en el mundo.

Composición de los gastos sanitarios en los países de rentas altas, medias y bajas (media ponderada en función de la población, año 2002)

	Gastos totales de sanidad (% del PIB)	Sanidad pública (% del total de gastos sanitarios)	Gastos de seguridad social (% del total de los gastos públicos de sanidad)	Sector privado (% del total de gastos sanitarios)	Pagos hechos por el paciente (% de los gastos privados de sanidad)
Países de rentas bajas	5,30	29,14	6,18	70,86	92,84
Países de rentas medias bajas	5,60	41,59	35,55	58,41	86,02
Países de rentas medias altas	6,18	56,27	53,43	43,73	82,93
Países de rentas altas	10,37	65,15	43,95	34,85	55,78

Fuente: Banco Mundial, 2006, *Health Financing revisited, a practitioner's guide*, pág. 41.

Estos hechos importantes siguen siendo válidos, independientemente de las divergencias de las cifras. Durante los últimos veinte años, el debate sobre la sanidad pública se ha centrado en la viabilidad a largo plazo de los organismos de asistencia sanitaria. La idea de “recuperación de los costes” a través de la participación de los usuarios (la llamada Iniciativa de Bamako del año 1987) ha desempeñado un papel fundamental. Desde hace poco tiempo, se han discutido públicamente los límites y los efectos perniciosos de las aplicaciones de esa idea, en especial en lo que atañe a las poblaciones más vulnerables.

Las lecciones aprendidas de algunas iniciativas recientes

Es importante ahora que nos concentremos en los mecanismos de protección basados en el pago por adelantado (en el origen de la renta o por medio de cuota) a través de una organización diferente al proveedor de la asistencia sanitaria y asociado a un mecanismo de capitalización y/o de reparto (la separación no es siempre evidente y pueden existir fórmulas mixtas que combinen el reparto para algunas asistencias médicas básicas y la capitalización para asistencias complementarias).

Son muchos los obstáculos al acceso a la atención de la salud, y su coste constituye uno de ellos. “Por ese motivo, la ampliación de la oferta de servicios debe correr pareja con la

protección social en salud, que se consigue estableciendo sistemas de mancomunación de fondos y de prepago en sustitución del pago directo de los honorarios por parte de los usuarios” (OMS, 2008, pág. 11).

Los países de rentas bajas carecen de recursos fiscales estables o éstos son muy escasos, lo cual hace casi imposible el establecimiento de un régimen de sanidad nacional financiado mediante los impuestos. Los sistemas que exigen una cotización personal, familiar o comunitaria siguen estando además, como veremos más adelante, sujetos a cuestiones cruciales y a limitaciones muy importantes.

Por otro lado, los regímenes de seguro de enfermedad que cubren al sector formal, como el compuesto de los funcionarios o los asalariados, sólo afectan a un porcentaje muy reducido de la población, ya que la mayor parte de la población está incluida en el sector informal.

Los sistemas de protección de la salud de base comunitaria creados a fin de cubrir al sector informal sólo llegan a un porcentaje muy reducido de ese estrato de la población. Además, muchas veces el número de sus afiliados es demasiado reducido (o crece demasiado lentamente) para poder garantizar la viabilidad de ese régimen (AISS, 2008 a, pág. 3). De ese modo, en el medio rural africano, por ejemplo, las iniciativas comunitarias de microseguros de salud sólo beneficiarían a alrededor del uno por ciento de la población de África Occidental (Waelkens y Criel, 2004). Los porcentajes de afiliación y de penetración siguen siendo muy bajos, de manera que pocas veces llegan a más del 10% de la población objetivo (De Allegri y otros autores, 2006).

Existen muchos otros factores que también ponen en peligro el establecimiento de pequeñas iniciativas comunitarias basadas en el prepago voluntario con objeto de crear un sistema de reparto (mutualidades) o de capitalización, a saber, la falta de medios económicos de las comunidades y la precariedad e irregularidad de sus ingresos, la falta y la no fiabilidad de los organismos proveedores de la atención sanitaria, la calidad insuficiente de la asistencia médica prestada, el desconocimiento y la mala gestión de los organismos y de los fondos, la carencia de recursos humanos cualificados, la falta de competencias y de motivación de los gestores locales [muchas veces, personal voluntario] (Fonteneau y Galland, 2006), el carácter limitado^a o inadecuado de los riesgos cubiertos con respecto a los recursos locales posibles o a la cultura médica local (Gbénahou, 2008; Nyssen, 2008), y la selección opuesta^b.

Todas esas iniciativas ponen de relieve que ningún modelo puede por sí solo contribuir de manera eficaz a la ampliación de la cobertura de salud.

La protección de la salud, objetivo de la agenda internacional

Durante los últimos años se han emprendido iniciativas muy localizadas y más específicas en países en transición y en desarrollo, en países a veces muy pobres y en Estados muy debilitados (por ejemplo, en la República Democrática del Congo). Esas iniciativas nacionales o exteriores, que de modo contractual se hacen cargo de la asistencia sanitaria de su personal,

^a Debido principalmente a las primas exigidas, que son enormemente reducidas a fin de llegar al mayor número posible de personas.

^b Para un resumen de los factores determinantes de la afiliación a los regímenes comunitarios de contribución voluntaria, véanse las obras de Failon y Defourny (2008), de Waelkens y Criel (2004) y de Fonteneau (2003).

se efectúan desde el año 2001 en virtud de una recomendación muy general de la OIT (Convenio 102-130 y Recomendación 134).

De modo más innovador, por iniciativa de pequeños colectivos médicos (centros de salud) o incluso de médicos individuales, se han establecido pequeños sistemas de seguro colectivo en estrecho diálogo con los usuarios. Iniciativas de este tipo, llevadas a cabo por profesionales de la salud (por ejemplo, la Asociación de Médicos de Campaña y los centros de salud comunitarios en Malí), no consiguen eliminar la totalidad de los factores negativos mencionados anteriormente con respecto a las mutualidades comunitarias, pero sí dan solución a dos de ellos: la cuestión de la confianza y la articulación entre la capacidad de pago y el acceso a asistencia médica de proximidad (espacial y social).

Sin embargo, es principalmente por “arriba”, a través de la multiplicación de iniciativas internacionales destinadas a apoyar los sistemas de sanidad de los países en desarrollo, como se está consiguiendo ahora relanzar, en el ámbito de las agencias internacionales de salud pública y de las políticas nacionales de algunos países, el objetivo de una cobertura colectiva de la asistencia sanitaria y la evolución hacia fórmulas de carácter universal. Podría decirse que la comunidad internacional (los “actores globales”, pero también las ONG y las organizaciones de la sociedad civil) ha adquirido una viva conciencia de la cuestión sanitaria en los países en desarrollo y en transición. El razonamiento utilizado podría resumirse del modo siguiente: la salud depende de los resultados y de la calidad de los sistemas sanitarios, la salud es indefinible a falta de un amplio acceso y este acceso sigue siendo parcial, desigual e ineficaz desde un punto de vista económico, ya que grandes mayorías o minorías de ciudadanos desfavorecidos están excluidos de él. Por consiguiente, es importante buscar los medios para socializar los costes que exigen esa eficacia y esa equidad, reduciendo el componente de pagos directos puntuales y distribuyendo el riesgo entre un colectivo de tamaño suficiente para que pueda incluir el riesgo de selección opuesta.

Entre los años 2002 y 2008, la ayuda internacional en el ámbito de la salud se ha multiplicado por dos^c, pero a pesar de ello alrededor de 1.300 millones de personas siguen desprovistas de acceso a la asistencia sanitaria. Toda la ayuda internacional brindada es prueba del creciente consenso entre los “actores globales” para la inclusión en sus programas de las capacidades de coordinación y de regulación públicas de los servicios básicos en los que la salud es claramente prioritaria. Esta renovación del objetivo de cobertura colectiva de la salud integra dos ideas de enorme relevancia: la ampliación del reparto de los riesgos y la solidaridad. Asimismo, surge de la combinación de varias revisiones de los paradigmas internacionales, a saber:

- La formulación de los Objetivos de Desarrollo del Proyecto Milenio de las Naciones Unidas en 2000, la revisión de las políticas de ayuda de la Declaración de París, el seguimiento de iniciativas nuevas en materia de ayuda presupuestaria y la experimentación de los enfoques sectoriales (*Sector Wide Approach* ó SWAP) en el campo de la salud pública.

^c Una tasa de crecimiento sin precedentes debida en parte a las grandes iniciativas de los fondos verticales y a las intervenciones de las fundaciones dedicadas a algunas afecciones y enfermedades, cuyos efectos positivos sobre los sistemas de sanidad más débiles son muy discutidos.

- El nuevo consenso en materia de seguridad social promovido por la OIT en 2001 y por su campaña de ampliación de la protección social llevada a cabo por el programa STEP (“Estrategias y Técnicas contra la Exclusión social y la Pobreza”) desde el año 2003.
- La Declaración de Abuja de los Ministros africanos de Sanidad del año 2001, con el compromiso de destinar el 15% de los fondos gubernamentales a la salud, de cancelar la deuda externa de los países y de conseguir una contribución de los países de la OCDE del 0,7% de su PIB en cuando a la ayuda oficial al desarrollo.
- Los hechos continuos que ponen de manifiesto el agravamiento de la situación sanitaria y médica de los estratos pobres de las poblaciones de los países en transición y en desarrollo, así como los nocivos efectos de la regulación de la demanda de asistencia sanitaria por medio de los pagos hechos por los usuarios.
- La multiplicación de foros e iniciativas multilaterales, plurinacionales o mixtas concebidas para apoyar el desarrollo de los sistemas de financiación continua de la salud y de sistemas universales de protección sanitaria, en particular a través de los sistemas de seguro social de enfermedad en los países en transición y en desarrollo, a saber, la OMS (2005), *Providing for Health* ó P4H (Francia, Alemania, Banco Mundial, OIT y OMS, 2007) y el G-8 (San Petersburgo, 2006; Heiligendamm, 2007; y Tokio, 2008).
- La Conferencia de Bruselas sobre la financiación de los sistemas sanitarios y la protección social de la salud (marzo de 2009) a fin de establecer una política europea de protección de la salud para los países en vías de desarrollo.

En virtud del compromiso contraído durante la reunión de San Petersburgo, el Presidente francés Chirac organizó los días 15 y 16 de marzo de 2007 en París una conferencia internacional titulada “La cobertura del riesgo de enfermedad en los países en desarrollo: romper el círculo vicioso de la enfermedad y la pobreza”.

Un año después, y con objeto de proseguir la movilización internacional al respecto, Francia organizó una segunda conferencia el 7 de mayo de 2008, a la que asistieron altos representantes de más de treinta países, de organizaciones internacionales y de asociaciones, en torno al tema “La cobertura del riesgo de enfermedad en los países en desarrollo: ¿quién debe pagar?”, y cuyas conclusiones principales fueron las siguientes:

- Un aumento de la movilización con respecto a la dinámica que relaciona la salud, el crecimiento y la lucha contra la pobreza.
- Un acuerdo entre fondos específicos (el Fondo Mundial de la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y el Paludismo [GFATM, según sus siglas en inglés] y la Alianza Mundial a favor de la Vacunación [GAVI, según sus siglas en inglés]) con el ánimo de contribuir a la financiación de los sistemas sanitarios de los países beneficiarios.
- Un reconocimiento de la variedad de los planteamientos y las iniciativas posibles con objeto de lograr una financiación innovadora de la cobertura del riesgo de enfermedad.
- La declaración de Jefes de Estado y de Gobierno del G-8 en Toyako en julio de 2008, que volvía a hacer hincapié en la necesidad de que los países asociados trabajen para lograr una financiación sostenible y equitativa de los sistemas sanitarios.

De la agenda internacional al establecimiento de mecanismos universales de protección de la salud adaptados a cada país

Algunos países en vías de desarrollo han establecido mecanismos de seguros sociales médicos para los trabajadores del sector formal que, además, en cierta medida sirven de apoyo a algunos seguros voluntarios para las personas pertenecientes al sector informal. Son muchas las iniciativas de tipo mutual que han recibido el apoyo de las agencias de cooperación en África Occidental entre los agentes del sector informal comercial. Por lo tanto, una minoría de personas está cubierta por un sistema de seguridad social directa que, en la mayor parte de los casos, está formada por trabajadores del sector público o del privado formal (AISS, 2008 b, pág. 2). Los sistemas rigurosamente públicos pueden complementarse por medio de modalidades profesionales de seguro o de mutualidad ofrecidas por organismos sin ánimo de lucro (mutuas, cooperativas, sindicatos, etc.). En muchos casos, esos mismos trabajadores de los sectores formales o, por lo menos, sus componentes más “acomodados” son también el objetivo de las ofertas hechas por el mercado asegurador.

Algunos países han llegado incluso más lejos al llevar a la práctica una política universal de protección de la salud. De ese modo, han asumido compromisos concretos a través de un importante aumento del presupuesto dedicado a la sanidad y del apoyo a los mecanismos de seguro y de protección social de la salud como elemento clave de su estrategia de sanidad pública (así, Ruanda: ampliación progresiva de la cobertura social a toda la población por medio de la multiplicación de mutualidades regionales y de la subvención para la afiliación de las personas más pobres; y Ghana: ampliación del sistema nacional de seguro social financiado por los impuestos a un porcentaje cada vez mayor de la población).

Hacia una combinación de los mecanismos de financiación de la sanidad

A pesar de que son varias las tesis a debate en cuanto a las nuevas modalidades de establecimiento de sistemas colectivos de cobertura de la asistencia sanitaria capaces de reducir el porcentaje de pagos directos por los usuarios, y en especial sobre la viabilidad de los regímenes generales de seguro social o sobre la pertinencia de una eliminación de los pagos a realizar por los usuarios, parece sin embargo que existe un consenso en cuanto a las bases siguientes en lo que incumbe a los países en desarrollo (*Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit*, 2005; Carrin, 2004): la ampliación de la cobertura colectiva de la asistencia médica no podría responder a esas exigencias por medio de un único modelo estándar (llave en mano), sino que debería combinar y articular las diferentes modalidades existentes en cuanto a la financiación de la asistencia sanitaria (impuestos y gravámenes, microseguro de salud, seguro social mediante desembolso, pagos individuales, seguro privado y ayuda internacional).

Esta articulación, así como la exigencia de una protección de las personas más pobres y de las categorías sociales vulnerables, o incluso el objetivo de disminuir los pagos por los usuarios o de adecuar la contribución a los ingresos (sin limitar la cobertura), a fin de poder evolucionar hacia un sistema de carácter universal, implican una intervención financiera pública (apoyada casi siempre por ayudas exteriores). Además, exige sobre todo la definición de las políticas de sanidad y de reglamentación, legítimamente dirigida por una autoridad pública. Ahora bien, aunque en muchos países la ayuda internacional participa en ello, no puede satisfacer esta

segunda exigencia, y se sabe además que una vez reducido a la categoría de cliente individual, el usuario tiene muy escasa capacidad participativa para hacer valer sus derechos. Si a esto añadimos que la confianza en las autoridades públicas está lejos de ser general en muchos países, se está estudiando cuál podría ser el papel de los sistemas mutualistas profesionales que fueran capaces de expandir su capital de confianza más allá de las estrictas fronteras propias de las categorías. De ese modo, tales sistemas tendrían la posibilidad de participar en la negociación de las políticas de sanidad en el ámbito nacional, tanto con las instituciones públicas y las organizaciones comunitarias, como con los operadores del mercado. Las organizaciones surgidas de los medios profesionales de la educación están, a ese respecto, perfectamente capacitadas para desempeñar ese papel característico de las organizaciones de la sociedad civil, de gestor de la confianza y de socio en la dirección de los sistemas sanitarios.

La rearticulación de la oferta de sanidad pública y los problemas derivados de la estructuración (mutualización) de la demanda de asistencia sanitaria

Recientemente se ha subrayado el renovado interés de los proveedores tradicionales de fondos en el desarrollo de los mecanismos comunitarios de prepago de la asistencia sanitaria, tal como lo ponen de manifiesto varios estudios de organizaciones de sanidad pública (por ejemplo, el Informe sobre la salud en el mundo 2008 de la OMS). Es por ello que el debate sobre la organización de los sistemas sanitarios se ha centrado seguidamente en el problema del acceso a los mismos.

“Numerosos datos científicos avalan las ventajas comparativas, en cuanto a eficacia y eficiencia, de la atención de la salud organizada como atención primaria centrada en las personas. Una atención con estas características requiere servicios de salud organizados en consecuencia, con equipos multidisciplinares cercanos a los usuarios que se ocupen de un grupo de población determinado, colaboren con los servicios sociales y otros sectores y coordinen las contribuciones de los hospitales, los especialistas y las organizaciones comunitarias” (ibídem, pág. 12).

A diferencia del sector de las instituciones de microfinanzas, que ha establecido estrategias inéditas en las que participan autoridades públicas, organismos financieros privados, organizaciones no gubernamentales u organizaciones de la sociedad civil y organismos transnacionales, el sector del seguro de salud y de la protección social sigue estando muy compartimentado y siendo muy local (Poncelet y Pirotte, 2008, pág. 9). Aparte del deseable intercambio de iniciativas, podría promoverse la idea de una articulación entre los mecanismos comunitarios y los mecanismos institucionalizados nacionales en el sector de los trabajadores formales como estrategia para la ampliación de la cobertura de sanidad (Coheur, Jacquier, Schmitt-Diabaté y Schremmer, 2007, pág. 2). Por otro lado, la información aportada directa o indirectamente por la Oficina Internacional del Trabajo/Programa de Estrategias y Técnicas contra la Exclusión social y la Pobreza puede en este caso servir para proporcionar una base de datos que permita reducir las distancias entre estos sectores demasiado a menudo compartimentados.

Llegados a este punto, y tras haber abordado sólo la demanda de asistencia médica, es preciso reconocer que no hemos tratado el otro lado de la cuestión, esto es, la oferta o la situación del sistema sanitario (la institución que presta los servicios propiamente dichos) existente en los países emergentes o en desarrollo. Dicho régimen depende de multitud de normas nacionales,

así como de recomendaciones más o menos vinculantes de los organismos transnacionales de salud pública. Aparte de eso, hoy en día también debemos tener en cuenta una “nueva” oferta proveniente de las fundaciones y de los fondos verticales internacionales que sorprendentemente, en muchos países, movilizan más recursos anuales que los propios Ministerios de Sanidad.

En cualquier caso, por lo general se admite que ninguna política dirigida hacia la estructuración colectiva de la demanda (pago por adelantado, seguro, mutualidad) tendrá sentido si no toma en consideración una política de sanidad pública que reglamente la oferta de asistencia médica. En cambio, es preciso señalar que las actividades convenidas a fin de establecer mecanismos colectivos de control participativo de la oferta de asistencia sanitaria han tenido muy escasamente en cuenta la cuestión de la mutualización y la continuidad de los recursos de los usuarios. No cabe la menor duda de que, frente a esta articulación ineficaz, las organizaciones mutualistas que todavía cuentan con importante arraigo en el sector público y con la iniciativa de sus miembros podrían ser especialmente apropiadas.

Los retos a medio plazo

El propósito de trabajar para el logro de una cobertura universal de la asistencia sanitaria es ya objeto de consenso creciente en algunas instancias internacionales, muchos proveedores de fondos y los países afectados. No obstante, cabría citar cinco retos a los que directamente se enfrentan las organizaciones de tipo mutualista en relación con las nuevas perspectivas que se abren a medio plazo en materia de cobertura del riesgo de enfermedad:

1. En un contexto caracterizado por la renovación de la exigencia de cobertura de la asistencia médica (Maccatory y Paul, 2008) y por el reconocimiento del acceso asequible a la atención sanitaria de calidad como un derecho fundamental, es posible desmentir a través de algunos ejemplos recientes la aparente escasa capacidad de muchos Estados para definir y poner en práctica una política de sanidad pública. La existencia de una política nacional de sanidad no es contraria, sino imprescindible, a la eficaz actuación de los organismos de solidaridad. En esa situación, los Estados podrían no obstante retomar la iniciativa sin preocuparse del escaso arraigo colectivo de sus políticas y sobrestimando la afiliación real de la población. Por otro lado, las entidades proveedoras de fondos, conscientemente o no, crean a menudo modalidades muy inadecuadas de “contrapoderes de usuario”. El hecho de asegurar una buena comunicación con la población y de articular los mecanismos de protección y los diferentes tipos de actores permitirá alcanzar, de manera progresiva pero continua, el objetivo de protección universal de la salud.

2. Entre una iniciativa pública revitalizada por medio de la recuperación del interés internacional, las iniciativas privadas y las intervenciones de los “actores globales” de la salud pública, las orientaciones fundamentales de los servicios de sanidad y los principios de su financiación están lejos de ser inmediatamente equitativos y solidarios, y ni siquiera de ser adecuados a las necesidades de la mayoría. Las organizaciones de carácter mutualista tienen por lo tanto un papel que desempeñar, que va mucho más allá de la estructuración técnica de la demanda de asistencia médica, esto es, el papel de socio de las políticas públicas. Para avanzar hacia el logro de una protección universal de la salud y conseguir la ampliación de la cobertura a toda la población, sobre todo en los países de rentas medias y bajas, deben ponerse en marcha y probarse en ámbitos crecientes formas originales de combinación de los diferentes mecanismos existentes y de las instituciones de protección.

3. Debido a que las organizaciones de tipo mutualista se administran de modo profesional para así lograr su viabilidad financiera, a que movilizan un capital de confianza a la medida de las cuotas percibidas y a que operan en un ámbito lo suficientemente grande, están perfectamente capacitadas para participar en la gestión asociativa (junto con organismos públicos y también con otros de carácter privado) de los sistemas de asistencia sanitaria. De esa forma, contribuirán a ampliar la cobertura de salud de modo significativo. Los enormes problemas a los que se enfrentan los establecimientos hospitalarios públicos centrales (de Sardan y Jaffré, 2003) podrían ampliarse mucho en el caso de una participación independiente de organismos de esa clase.
4. La cuestión de la identidad colectiva y de la afinidad de condiciones está asociada a la cuestión subyacente principal de todo sistema de previsión, esto es, la confianza. Se nos plantea aquí la duda de cómo organizaciones de base profesional pueden ampliar sus “cauces” y sus ámbitos de legitimidad más allá de las tradiciones corporativistas y jerárquicas. A este respecto, es importante integrarse de otro modo en las sociedades locales con objeto de garantizar el arraigo permanente de organizaciones de tipo mutualista.
5. Por último, en un contexto internacional favorable de nuevo a la cobertura social de la asistencia sanitaria, las organizaciones profesionales de la educación deberían hacer valer y reconocer como tal su posición fundamental en la transmisión a las jóvenes generaciones de los principios de solidaridad, así como su capacidad para movilizar a estas generaciones en la búsqueda de fórmulas adecuadas, cuya urgencia es proclamada en todo el mundo.

1.2. Las transformaciones del colectivo docente

La universalización de una escuela de carácter público

Las cuestiones relativas a la enseñanza y los problemas relacionados con el personal responsable de la educación han estado siempre en el centro de las políticas de construcción nacional de todo tipo de regímenes. Ahora bien, es preciso reconocer que la tradición moderna de la escuela pública es más de origen francés que inglés o estadounidense. La enseñanza privada ha estado mucho más presente y reconocida en los países que han heredado esos dos últimos modelos. La enseñanza de base asociativa (religiosa, lo más frecuentemente) ha desempeñado y sigue desempeñando un papel importante en los países de tradición cristiana o musulmana. Sin embargo, los procesos de nacionalización del ámbito público han contribuido en todas partes a situar la escuela en el núcleo de los retos colectivos y de los retos políticos. De ahí viene precisamente la ampliación continua del control público sobre los sistemas escolares, sus contenidos, sus métodos, sus reglamentaciones y su personal. De ese proceso han surgido muchas “guerras escolares”, y los equilibrios conseguidos entre la gestión directa por parte de una administración (Estado, provincia, departamento, región, municipio) y la gestión más o menos autónoma por parte de los agentes concertados siguen siendo múltiples y complejos. No obstante, a la inmensa mayoría del colectivo docente escolar, casi de modo generalizado, se la ha identificado, hasta hace muy poco tiempo, con el servicio colectivo (por no decir “público”) y, tal como se diría en la actualidad, con el mundo “no mercantil”.

Durante los siglos XIX y XX, la universalización de la escuela y de la condición del personal docente ha sido fulgurante, independientemente del régimen político. El control de la escuela ha tenido carácter prioritario en las nacientes políticas públicas de todos los países de nueva creación y, después, de los países en desarrollo. Durante mucho tiempo, esta profesión ha sido relativamente estable y se ha estructurado fundamentalmente en torno a un modelo público nacional que proporcionaba el marco de su actividad, de la carrera profesional y, también, de una protección social relativamente homogénea. A menudo, el personal docente ha ocupado puestos sindicales relativamente importantes en los “servicios públicos” y ha estado en el origen de procesos dinámicos de relevancia en el ámbito de la economía social (Mutualidad General francesa de la Educación Nacional, 2006). Las organizaciones representativas también se han organizado a escala internacional (véase la página web de la Internacional de la Educación en la dirección www.ei-ie.org).

En 1966, por iniciativa de la UNESCO y de la OIT, en una conferencia intergubernamental se adoptó una “Recomendación relativa a la Condición del Personal Docente”, en la cual se definen los derechos y las obligaciones de los docentes en todos los ámbitos de la enseñanza y en todos los tipos de centros (públicos y privados). De esa manera, se considera que al proteger la condición del personal docente se contribuye, por lo común, a reforzar la calidad de la enseñanza.

En 1997, los docentes representaban el 1,6% de la población mundial con edades comprendidas entre 15 y 64 años (Siniscalco, 2002, pág. 7). “En 2004, había más de 54 millones de docentes de enseñanza primaria y secundaria en el mundo, de los cuales más de la mitad se encontraba sólo en siete países, a saber, China (11,1 millones), la India (6,0 millones), Estados Unidos (3,3 millones), Indonesia (2,6 millones), Brasil (2,3 millones), la Federación de Rusia (1,7 millones) y México (1,1 millones)” (Instituto de Estadística de la UNESCO, 2006, pág. 21). El personal docente constituye probablemente una de las categorías

profesionales más importantes (en cuanto a su volumen) en el mundo de los “trabajadores no manuales”.

Un fin de siglo difícil

Por un lado, el derrumbamiento de los regímenes estatales (socialistas, comunistas, nacionalistas o “desarrollistas”, derivado de las descolonizaciones y las independencias), todos los cuales pretendían de manera distinta hacer que fuera de responsabilidad pública la educación y la sanidad, y por otro, el establecimiento de programas de ajuste estructural y de condicionamientos diversos emanados de los principios de “gobernanza”, han aunado sus efectos para imponer una nueva definición de las lógicas subyacentes a los servicios sociales, sanitarios y educativos. Por último, el paradigma internacional de la lucha contra la pobreza ha trasladado el centro de atención y las prioridades desde las clases medias (en las cuales, el personal docente constituye muchas veces un elemento fundamental y efectivo) hacia los grupos más vulnerables. Por esas razones, las señales de un cambio global en el mundo de la enseñanza eran ya evidentes al término del siglo precedente.

Durante la última década del siglo XX, los cambios estructurales, políticos, económicos y culturales a los que se suele calificar de “globalización” han respondido en gran medida a lógicas de liberalización y de transnacionalización de mercado, que incluyen un número cada vez mayor de servicios relacionados con la educación y la salud. Los Estados, así como las organizaciones de solidaridad y de autoayuda (mutualidades y cooperativas), han tenido que enfrentarse a contextos inéditos que les obligaban, en muchos casos, a actualizar sus acervos.

Aunque algunos países disponen de un sistema educativo funcional caracterizado por una escolarización primaria casi universal y por unos docentes quizá un poco mayores, pero dotados de las competencias requeridas, otros países, en la mayoría de los casos mucho menos favorecidos, van a tener que hacer frente a un crecimiento espectacular de su población en edad escolar (“Según las previsiones, las tasas de crecimiento deberían generar de aquí a 2015 un aumento de 24 millones de alumnos en el África subsahariana y de 5 millones de alumnos en los Estados Árabes en el ámbito de la enseñanza primaria” [Instituto de Estadística de la UNESCO, 2006, pág. 15]). Es más que evidente que las proyecciones concretas correspondientes a la “fuerza de trabajo” docente no están a la altura, cuantitativa ni cualitativa, de las previsiones mencionadas.

Los países en los que la edad de los profesores es elevada deben estudiar la cuestión de la renovación de su personal y la posible penuria que podrían sufrir, pese a que en algunas zonas del mundo ya muy escolarizadas, como es el caso de Asia del Este, Europa y América, la población docente debe disminuir globalmente a la vista de la evolución demográfica.

“En la mayoría de los países de la OCDE y de la Unión Europea, la mayor parte de los profesores tiene más de 40 años, mientras que en muchos de los países de renta media o en vías de desarrollo que participan en el programa sobre Indicadores de la Educación en el Mundo (IEM) de la OCDE/UNESCO, la edad media es mucho más baja. El porcentaje de docentes de menos de 30 años es muy elevado en algunos de los países menos desarrollados, en los que por lo general es difícil encontrar docentes experimentados” (Siniscalco, 2002, pág. 1). En Indonesia, el 51% del personal docente de enseñanza primaria tiene menos de 30 años y carece de mucha experiencia.

En todos esos países, el objetivo a perseguir es doble: por un lado, conservar (mejorar) a los docentes que actualmente están en activo y, por otro, atraer a los jóvenes a la profesión, formarlos y “retenerlos” frente al desarrollo del mercado de servicios. Este doble objetivo se hace aún más difícil de alcanzar debido a que las condiciones de la enseñanza y la consideración social dada a esta profesión se han deteriorado claramente. Surge entonces la cuestión de cómo atraer y “mantener” a esos profesores, teniendo en cuenta hechos como los siguientes:

- A veces las clases están sobrecargadas de estudiantes. El coeficiente entre alumnos y profesores varía desde 9 alumnos por docente hasta nada menos que 72.
- La carga de trabajo es variable. El tiempo de trabajo y el tiempo de enseñanza varían enormemente de un país a otro, pudiendo situarse el primero entre menos de 20 horas a la semana y más de 40 horas.
- Los salarios son poco atractivos. “Las perspectivas de remuneración del personal docente influyen en la decisión de incorporarse o de permanecer en la profesión docente” (IE, 2006, pag. 5). A tenor del estudio hecho por la Unión de Bancos Suizos (UBS, 2003) en setenta países de los cinco continentes, existen “muy pocas ciudades en las que los docentes estén mejor pagados que los cocineros, no pueden rivalizar en casi ningún lugar con los ingenieros ni con los empleados de banca, e incluso los conductores de autobús o los obreros industriales cualificados están mejor pagados en la mayor parte de los lugares estudiados” (IE, 2006, pág. 6). En muchos países “liberalizados”, el desarrollo de las profesiones vinculadas a los servicios ha ofrecido a los jóvenes candidatos a docentes una serie de ventajas inmediatas capaces de hacerles que se aparten del mundo escolar.

La enseñanza en el momento de traspasar el nuevo milenio: entre experimentaciones y liberalización

El peso de los organismos financieros (Fondo Monetario Internacional, Organización Mundial de Comercio) o de la “gobernanza” (Banco Mundial) en los nuevos condicionamientos requeridos en cuanto a los medios disponibles para las reformas fundamentales denominadas de ajuste (en los países en desarrollo) y de liberalización (en Europa Central, Europa Oriental, Asia y América Latina) ha tenido indudablemente una gran repercusión en los sistemas escolares nacionales y sobre todo en los más recientes y los menos completos, en otras palabras, en los más frágiles de todos. Durante la década de los 90, la condición de docente estuvo en el centro de atención de las reformas que afectaban a los sectores y monopolios públicos. Nadie podrá negar que esas reformas estaban desprovistas de toda justificación. Sin embargo, estableceremos aquí voluntariamente la hipótesis de que la escuela ha pagado por ello un precio todavía más alto que los otros sectores más propicios a la inversión extranjera o más “atractivos” para las agencias o los fondos de ayuda (el de la salud, por ejemplo).

Aparte de las reducciones de personal hechas a semejanza de la mayor parte de los sectores públicos y de las suspensiones más o menos largas de contrataciones de personal, muchas otras tendencias han socavado más gravemente (habiendo llegado incluso a poner en peligro) los modelos educativos de carácter público. No sólo las reducciones de gastos han afectado de forma duradera (al menos durante los años 90 en África) a los medios de funcionamiento de las escuelas, sino que las instituciones clave de la profesión han sido abandonadas, como por ejemplo las escuelas de formación de maestros (ENS en Benín), los concursos para la contratación de personal o los servicios de inspección. En efecto, la formación de los niños se ha mantenido como prioridad declarada por las grandes entidades proveedoras de fondos y por

las instituciones internacionales y nacionales especializadas, pero cuando se examina más de cerca la lógica de las intervenciones promovidas, se comprueba fácilmente que tales organizaciones no se oponen verdaderamente a la crisis de la escuela ni al menoscabo de la situación del personal docente local.

Así, por ejemplo, las intervenciones concretas de agencias de cooperación o de ONG en programas educativos específicos (de género, discapacidad, formación profesional temprana, grupos específicos de niños en peligro, etc.) han creado enclaves pedagógicos y reglamentarios particulares cuyos efectos sobre la institución escolar son insignificantes o incluso negativos; por ejemplo, cuando contribuyen a “distraer” al personal docente para la realización de actividades de proyecto, o bien a multiplicar las ocasiones de prestaciones complementarias. De esa manera, en los países más “ayudados”, las iniciativas localizadas se han intensificado y han introducido recursos nuevos, actores nuevos y lógicas finalmente poco provechosas para la mayor parte del cuerpo docente.

A medida que se pedía de mil maneras a los padres que financiasen una escuela cuyos resultados estaban ya poco acreditados anteriormente, se consideró que era justo organizar su participación y hacer que se convirtieran en “socios educativos”. Esta transformación del derecho, muchas veces pasivo, del usuario en un “derecho activo del cliente” no tiene nada de malo en sí misma, pero exige una reglamentación pública importante, cosa que no ha ocurrido en muchos países. Con frecuencia, la ayuda exterior concedida al “movimiento parental”, que se otorgó tanto al sector público como al privado, ha contribuido a incrementar las atribuciones de los directores, a acentuar las desigualdades entre las escuelas o los sectores, y a generar nuevos actores educativos que muy rápidamente han ocupado el ámbito abierto a la cogestión, esto es, los comités de padres, la unión de comités, las agrupaciones de padres de igual credo religioso o las federaciones nacionales⁴. Pese a que muchos de esos comités, en el ámbito local, han tenido numerosas dificultades para convertirse en algo distinto a un instrumento de cogestión (limitada) en manos de muchos directores, sus delegaciones han adquirido una cierta representatividad en el ámbito nacional o internacional. En muchos casos, esa representatividad se considera injustificada y antisindical por parte de los sindicatos de docentes.

El (re)despliegue de nuevas redes religiosas ha contribuido a incrementar el malestar en torno al modelo nacional, sobre todo en los casos en que éste se definía como laico. Por eso, no es de extrañar que durante los años 90 surgieran algunos fenómenos de desescolarización (en África Occidental) y que, en algunos países del Sáhel o de África Oriental, las fórmulas religiosas musulmanas tradicionales hayan avanzado notablemente frente a las dificultades escolares.

Desde hace diez años, las reacciones dispersas de los sindicatos del personal docente se han percibido como muy propias de su categoría profesional y enormemente polarizadas hacia las cuestiones relativas a la remuneración y las ventajas sociales. En cierta medida, frente a la convergencia de factores desfavorables, los docentes por sí mismos han alimentado el mercado informal de la enseñanza complementaria individualizada, e incluso la proliferación de escuelas privadas. La condición de docente se mostraba entonces claramente alejada de la imagen de instrumento central de formación de las sociedades nacionales que prevaleció hasta

⁴ En el caso de Benín, la ayuda a la estructuración de las asociaciones de padres y a la constitución de una representación nacional de éstos ha procedido en gran parte de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y de ONG subcontratistas (GRAP – OSC, 2008).

los años 80. Así, la disminución de su prestigio, el debilitamiento y la diversificación de su estatus y las divisiones en el seno del cuerpo docente eran características enormemente generalizadas en el momento en que la comunidad internacional preparaba el consenso sobre los Objetivos de Desarrollo del Proyecto Milenio de las Naciones Unidas e iniciaba una reflexión crítica en cuanto a las modalidades de ayuda pública al desarrollo (Declaración de París, 2005).

El horizonte 2015

El personal docente y el objetivo de educación primaria universal (EPU) en el año 2015

Zona del mundo	Número real de docentes, año 2004 (en miles)	Número previsto de docentes necesario para alcanzar el objetivo en 2015 (en miles)	Diferencia entre el número previsto y el número real de docentes para alcanzar el objetivo en 2015	Número de países	Países en los que es necesario un aumento (en miles)	Número de países
Estados Árabes	1.752,3	2.202,2	449,9	20	479,0	15
Europa Central y Oriental y Asia Central	1.566,9	1.369,1	-197,8	29	33,6	2
Asia del Este y Pacífico	9.413,7	7.359,1	-2.054,6	23	32,2	7
América Latina y Caribe	2.898,9	2.538,0	-360,9	30	21,1	4
América del Norte y Europa Occidental	3.605,0	3.506,3	-98,7	23	89,0	5
Asia del Sur y del Oeste	4.421,7	4.747,1	325,4	9	413,7	6
África subsahariana	2.395,5	4.028,9	1.633,4	44	1.643,9	37
Todo el mundo	26.054,0	25.750,7	-	178	2.712,6	76

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU), 2006, *Les enseignants et la qualité de l'éducation: suivi des besoins mondiaux d'ici 2015*, pág. 41.

Las cifras anteriores sólo hacen referencia a la enseñanza primaria; a pesar de que apenas se puede distinguir la renovación de docentes de los nuevos puestos y de que los criterios de asignación pueden variar (en cuanto a niños por clase, por maestro), puede verse claramente que los nuevos puestos requeridos corresponden en su inmensa mayoría a tres zonas del

mundo (África subsahariana, Estados Árabes y Asia del Sudoeste) y a algunos países concretos en las regiones en las que se confirma una disminución demográfica.

La tabla siguiente nos lleva a pensar que el crecimiento de la enseñanza secundaria ha tomado el relevo al decrecimiento de la enseñanza primaria y que aquél ya era acusado desde que se inició el nuevo siglo en las zonas del mundo en las que el número de docentes de enseñanza primaria se había incrementado mucho y también en aquellas regiones en las que seguirá creciendo hasta el año 2015. Asimismo, merece la pena destacar el hecho de que en el mundo árabe, al igual que en América Latina, se ha duplicado el número de docentes de enseñanza secundaria en tan sólo trece años.

La evolución del personal docente de enseñanza primaria y secundaria entre 1991 y 2004

Zona del mundo	Docentes de enseñanza primaria		Docentes de enseñanza secundaria	
	en miles		en miles	
	1991	2004	1991	2004
Estados Árabes	1.243	1.761	871	1.697
Europa Central y Oriental y Asia Central	1.736	1.539	3.127	4.058
Asia del Este y Pacífico	8.860	9.444	6.240	8.700
América Latina y Caribe	3.070	2.940	1.538	3.284
América del Norte y Europa Occidental	3.153	3.589	4.451	4.913
Asia del Sur y del Oeste	2.995	4.769	2.628	3.900
África subsahariana	1.713	2.377	634	1.060
Todo el mundo	22.771	26.420	19.490	27.613

Fuente: *Ibíd.*, IEU, 2006, pág. 22.

Los Estados Árabes aumentará su personal docente en un 26% (450.000 profesores adicionales), mientras que en Asia del Sur y del Oeste serán necesarios 325.000 nuevos docentes. En el África subsahariana, entre los años 2004 y 2015, deberán contratarse 1,6 millones de nuevos docentes para hacer frente al aumento de su población escolar, lo cual supone un incremento del 68% (*Ibíd.*, IEU, 2006, pág. 41).

A fin de responder a los objetivos del Proyecto Milenio, entre los que se incluyen la escolarización primaria universal y la igualdad de género, sería necesario “contratar a unos cuatro millones de docentes antes de 2015” (Senou, 2008, pág. 2).

Además de esas tendencias, la prioridad fijada por los organismos proveedores de fondos en cuanto a los Objetivos de Desarrollo del Proyecto Milenio (dos de los cuales afectan directamente a la educación básica, a saber, la universalidad y la igualdad de género en el año 2015) unida a las presiones demográficas, por una parte, y a los recursos movilizables, por

otra, permite comprender mucho mejor la enorme amplitud del reto educativo mundial y la metamorfosis anunciada de la función docente.

Más allá de esas cifras, merece la pena hacer hincapié en los factores estructurales que exponemos a continuación, que seguirán sirviendo de base a la “deconstrucción” de la profesión, más en especial allí donde las necesidades cuantitativas son más patentes y donde la situación de los ingresos y del acceso a una protección social mínima es más precaria, desigual o empeora:

- La ampliación de la lógica de mercado, y más en general de la lógica denominada de recuperación de los costes, y el impresionante desarrollo de la enseñanza privada (sobre todo en educación secundaria) o de formas mixtas (llamadas comunitarias). En opinión de Vinokur (2004), el declive y también la controversia frente al modelo nacional público en muchos países en transición dejan al descubierto un sector enormemente heterogéneo en cuanto a sus actores y a sus fundamentos. Por esa causa, los criterios habituales que distinguían entre público y privado, entre mercantil y no mercantil o entre iniciativa pública e iniciativa comunitaria han llegado a hacerse engañosos. El desarrollo de la enseñanza privada está, y estará, orientado principalmente hacia la educación secundaria. Así, en un país como Madagascar (UNESCO, 2006), la mitad de los alumnos de enseñanza secundaria está matriculada en centros privados, mientras que en primaria dicho porcentaje es inferior al veinte por ciento.

- A pesar de que la escuela nunca ha estado exenta de una función de reproducción de las desigualdades sociales, los sistemas escolares en su conjunto también han sido impresionantes factores de promoción social individual y colectiva. No obstante, parece que los factores de diferenciación cualitativa se han hecho muy potentes en la mayor parte de los países emergentes y en desarrollo, en los cuales existen centros de excelencia para unas minorías, al lado de una escuela de la miseria para grandes porcentajes de la población. Esta reivindicación de la excelencia pedagógica está muchas veces asociada a una forma de privatización y, en algunos casos, beneficia a asociaciones internacionales (Vinokur, 2004).

- Los perfiles profesionales. Cientos de miles de docentes auxiliares han sido recientemente contratados por medio de procedimientos de control más o menos formalizados por las autoridades públicas, las cuales no son en todos los casos sus empleadoras. Muy a menudo, estudiantes sin formación pedagógica o profesionales se han dedicado a dar clases, tanto en la enseñanza pública (concertada o no) como en la comunitaria o la estrictamente privada. Desde hace muy poco tiempo, algunas organizaciones de cooperación han comprendido la importancia de una integración progresiva en la función pública de los auxiliares contratados por las escuelas públicas desde hace a veces más de diez años⁵.

- El régimen jurídico. Muchos de esos nuevos docentes son contratados de modo temporal y siguen estando al margen de la función pública de su país. Algunas minorías significativas perciben salarios negociados con las direcciones de los centros de enseñanza, e incluso en algunos casos con asociaciones de padres y con “representantes” procedentes de organizaciones sindicales o propuestos por el cuerpo docente de la escuela. Todo ello nos lleva a pensar que, en muchos países, las modalidades de incorporación al cuerpo docente y de

⁵ Así, por ejemplo, en la República Democrática del Congo, y bajo dirección de la cooperación británica, está previsto apoyar el procedimiento denominado de “mecanización”, en virtud del cual el Estado podría extender el beneficio de un salario público a miles de profesores auxiliares; ahora bien, ese salario estatal sólo representa, en la función pública, un porcentaje muy variable de los ingresos de los docentes.

salida de éste serán cada vez más diversas, y que las trayectorias profesionales de los profesores (de una proporción cada vez mayor de éstos) serán muy flexibles y diferentes, incluso dentro de un mismo país o de un mismo establecimiento escolar.

Esos docentes “auxiliares” de un servicio público, asalariados del sector privado o “voluntarios”, no forman parte de la función pública. Así, esta nueva categoría de personal docente incluye también a los denominados “comunitarios”, cuya remuneración corre a cargo de la comunidad, de instituciones comunales bastante recientes, de ONG o de los padres.

Con el fin de satisfacer esa necesidad de educadores, en muchos países, como por ejemplo Benín o Senegal, se recurre a los denominados “nuevos docentes” (Senou, 2008, pág. 2).

Distribución del personal docente en la enseñanza primaria en función de su régimen jurídico en África Central y Occidental, año 2003 (en porcentaje)

	Guinea	Chad (1)	Camerún (1)	Togo (2)	Congo	Senegal
Funcionarios del Estado	31	33	35	35	42	44
Personal docente contratado	39	68	20	31	4	42
Padres	30	0	45	35	54	15

	Níger	Madagascar	Benín(1)	Burkina Faso (1)	Malí (3)	Costa de Marfil (2)
Funcionarios del Estado	46	46	55	64	71	87
Personal docente contratado	50	54	16	24	8	13
Padres	4	0	29	12	21	0

Fuente: Ibídem, IEU, 2006, pág. 86.

(1) Datos correspondientes a 2002.

(2) Datos correspondientes a 2001.

(3) Datos correspondientes a 2000.

Desde hace algunos años, las grandes entidades proveedoras de fondos de ayuda pública suelen volver a situar a la educación en el centro de atención por medio de sus programas de lucha contra la pobreza y sus “documentos estratégicos”. En muchos casos, esas políticas han contribuido a acentuar e institucionalizar los regímenes jurídicos particulares de los nuevos docentes. Es preciso aquí observar que aunque los salarios del personal docente forman a menudo parte fundamental de las negociaciones como consecuencia de las exigencias de buena gestión de los centros de enseñanza (véase el apartado sobre los comités de padres), esos programas no tienen en absoluto en cuenta el conjunto de la condición de docente (formación continua, seguridad social, jubilación, asistencia médica, etc.).

La salud y la protección social en un medio profesional desprotegido y fragmentado

Los diversos elementos que acabamos de mencionar nos permiten delimitar el contexto en el que las recientes iniciativas mutualistas del personal docente en el campo de la salud y la protección social deben analizarse y evaluarse. Las nuevas condiciones (fragmentación o diversificación del modelo de educación de carácter público) y la nueva composición del colectivo docente que están surgiendo a gran escala en el Sur y en el Este ponen el tela de juicio el “acervo” de la protección social profesional y exigen innovar cuando de lo que se trata es de concebir el acceso a la asistencia sanitaria⁶, en la cual el mercado privado se encuentra en fase de desarrollo, aunque de modo bastante desigual. No cabe duda de que el colectivo docente seguirá siendo un componente importante de las clases medias en la mayor parte de los países, pero las diferencias internas irán aumentando en cuanto a su régimen jurídico, al desarrollo profesional y a la formación. La relación con el Estado será menos directa o exclusiva y, para algunas categorías privilegiadas, las ofertas de mercado serán más “atractivas”, en especial en lo que atañe a los seguros (complementarios en el ámbito de la salud y también de la jubilación).

Pese a que la vía de la solidaridad, y en particular de la solidaridad frente a los riesgos personales y a los que está expuesta la familia, parece estar imponiéndose, creemos que sus fundamentos y sus modalidades deben ser objeto de una reflexión más exhaustiva en cuanto a las transformaciones de la condición actual de los docentes. Nuestra hipótesis general se basa en que las nuevas condiciones profesionales y sociales, diversificadas, menos protectoras e incluso “desclasadoras”, que serán precisamente las correspondientes a las nuevas cohortes de docentes, así como las fracturas del modelo público/nacional, ofrecen nuevas perspectivas a la solidaridad mutualista, siempre y cuando se evalúen adecuadamente las transformaciones en curso.

- Al tratarse de un segmento culto que cubre el espectro casi total de la clase media, el colectivo de docentes sigue siendo, a pesar de su creciente fragmentación, un elemento motriz de la expresión colectiva del derecho a la salud. En esta idea, son varias las razones que convergen, su formación académica le prepara para ello y su función de transmisión del saber y de educación ciudadana le requieren evidentemente, pero no podemos olvidar que su propia preocupación de transmisión intergeneracional a sus propios descendientes está centrada no en los bienes materiales, sino en el patrimonio fundamental de la salud y la educación.

El caso de Senegal es peculiar. En julio de 1995, este país puso en marcha la iniciativa denominada “Proyecto de voluntarios de la educación”, en virtud de la cual se recurre a personal voluntario a fin de suplir la falta de docentes, sobre todo en el ámbito rural. Su objeto es aumentar la tasa de escolarización y reducir las disparidades entre niños y niñas, así como entre el medio rural y el urbano. En un principio, este proyecto tenía una duración específica y después se creó un régimen jurídico más estable para los voluntarios, el de maestro auxiliar, de modo que al término de un período de cuatro años, un voluntario obtiene la categoría de maestro auxiliar.

⁶ Algunas de las tendencias negativas descritas anteriormente en cuanto a los sistemas de educación durante los últimos veinte años también han estado presentes en el sector de la sanidad.

Con el propósito de dotar a éstos de una cobertura en materia de asistencia médica, en 1995 se creó la Mutualidad de Voluntarios de la Educación (MVE), que se convertiría en la Mutualidad de Voluntarios de Auxiliares de la Educación tras la creación de la categoría de maestro auxiliar.

A pesar de que el 80% de los voluntarios ha superado el examen de selectividad para acceder a estudios superiores, sólo el 25% posee un título pedagógico⁷.

- El acceso a la salud por medio de una protección social solidaria podría constituir una ventaja social atractiva a favor de la enseñanza, más aún cuando los salarios siguen siendo bajos y las ventajas económicas y de otro tipo se reducen a medida que el componente de “funcionariado” disminuye. En algunos casos, esas “ventajas sociales” relativas a la salud (el acceso a unos servicios médicos de calidad) y la seguridad frente a los acontecimientos imprevisibles de la vida, pueden convertirse en elementos determinantes de la gratificación y más aún del mantenimiento en la profesión.

- Un planteamiento mutualista solidario podría contribuir a volver a dar algún germen de unidad y de identidad a una profesión a veces “desprotegida”, debido a la reducción de su condición pública, y “amenazada” por el mercado, dos peligros que muchas veces se identifican con los “actores globales”.

- En consideración a la enorme variedad de tradiciones de la seguridad social y a la diversificación creciente de las condiciones reservadas a los docentes y sus carreras profesionales en la mayoría de los países, no tiene ningún fundamento el hecho de creer en la existencia de un modelo “llave en mano”. Cada modelo solidario de protección social debería ser concebido de manera específica, tanto en lo que incumbe al modelo organizacional y a la afiliación, como a los productos ofrecidos (*Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit*, 2005).

- Entre una defensa absolutamente legítima de la profesión por parte de las organizaciones históricas y las tendencias actuales hacia el subcategorismo, podrían establecerse nuevas fórmulas en torno a organizaciones representativas reconstruidas o emergentes (a partir de bases sin duda diversas) en el propio medio educativo. Mientras que muchas organizaciones representativas luchan por mantener posiciones de categorías e incluso de subcategorías y que, además, asumen muy mal los efectos de conminaciones pedagógicas internacionales, los profesionales de la educación podrían, a través de su compromiso con fórmulas originales de economía social abiertas a otros grupos profesionales, renovar “su contrato” con las sociedades locales.

⁷ Véase la página web www.volontaires.sn para más información acerca de los criterios que deben cumplirse para poder ser contratados como voluntarios.

2. Evaluación de la participación de los docentes en los sistemas de protección social solidaria

2.1. Breve nota metodológica

Esta primera investigación exploratoria realizada a través de internet aporta una cantidad impresionante de información, en un tiempo récord y a un coste muy reducido. Con este estudio se pone en marcha un proceso de investigación, así como de comunicación y de trabajo en red. Las actividades paralelas de investigación llevadas a cabo por el Centro Internacional de Investigación e Información sobre la Economía Pública, Social y Cooperativa (CIRIEC) y la organización *Pôle-Sud* (Polo Sur) de la Universidad de Lieja (Bélgica), en colaboración con los socios de la red, ofrecen además sólidas bases para su interpretación. Sin embargo, es preciso ser prudentes y no hacer una lectura demasiado “estadística” de los resultados.

No existe ninguna lista que defina la población que estaría constituida por el conjunto de las iniciativas mutualistas de solidaridad propias del personal docente o de profesionales de la educación, o bien que históricamente hubieran sido iniciadas por éstos. Por lo tanto, no hemos podido utilizar ningún método sistemático de muestreo de carácter aleatorio o por grados. Tampoco hemos contado con ninguna información fiable acerca de una posible clasificación (hipotéticamente ponderada) de esas iniciativas en función de un criterio determinante (régimen reglamentario, tipo de miembros, peso financiero, ideología, etc.) que nos hubiera permitido elaborar una muestra por cuotas a partir de la cual podríamos identificar las unidades y elegir una población representativa a fin de hacer una encuesta. De hecho, en la actualidad el conjunto de esas iniciativas no está delimitado, ni clasificado, ni es objeto de ningún tipo de sistematización jurídica, organizacional o financiera. El espectro está sumamente diversificado; así, podemos encontrar desde las microiniciativas hasta las organizaciones que cuentan con cientos de miles de afiliados, o desde las asociaciones apenas reconocidas hasta las organizaciones plenamente integradas en sistemas de seguridad social que se encuentran entre los más sólidos del mundo, hasta el punto de que puede llegar a perderse su visibilidad como organización de la economía social.

Esas consideraciones y las que exponemos a continuación deben permitirnos comprender que la lista de mutualidades que podemos elaborar ahora es ilustrativa. Es perfectamente posible que iniciativas que correspondan al objetivo buscado no hayan sido abordadas. Otras sí lo han sido, pero no han respondido o bien no lo han hecho completamente. Vista la diversidad de conocimientos y de posición de los informadores participantes, una respuesta (positiva o negativa) no siempre es necesariamente fiable y una falta de respuesta no indica obligatoriamente una ausencia de organización en el país.

Las personas a las que nos hemos dirigido son miembros de sindicatos, de federaciones de mutualidades, de mutualidades y del mundo de la universidad, así como personas que no tienen una relación directa con los sistemas solidarios de protección de la salud, sino que se trata de expertos que nos ofrecen una primera fuente de información sobre el sector de sanidad en esos países y sobre organizaciones de la economía social implicadas en el campo de los seguros, la previsión y la asistencia médica. Por esos motivos, su grado de implicación en las organizaciones es muy variado.

Por todo ello, las informaciones recogidas son parciales (debido a las numerosas faltas de respuesta), y las que están disponibles deberían volver a confirmarse sistemáticamente con posterioridad. Ahora bien, esas dificultades son también prueba del fondo de la situación, esto es, que las organizaciones solidarias del mundo educativo y las realidades de las cuales forman parte son mucho más diversas de lo que preveíamos, y que lo mismo ocurre con sus “engarces” institucionales.

La continuación de este examen podría basarse en la utilización de los recursos siguientes:

- Un estudio documental exhaustivo de documentos internacionales y locales.
- Entrevistas a distancia o personales con reconocidos expertos nacionales en materia de seguridad social.
- Estudios sobre el terreno acerca de organizaciones características y significativas.

Presentación de los resultados de las encuestas

Preámbulo

La finalidad de esta encuesta es establecer un inventario de las iniciativas mutualistas de protección social solidaria puestas en marcha por o para el personal docente en el mundo.

El pasado otoño elaboramos un primer cuestionario en tres lenguas (español, francés e inglés) que remitimos a las diferentes redes asociadas (la Mutualidad General francesa de la Educación Nacional, la Asociación Internacional de la Mutualidad y la Internacional de la Educación), así como a la red del Centro Internacional de Investigación e Información sobre la Economía Pública, Social y Cooperativa. En este cuestionario se incluyen ocho preguntas, la primera de las cuales permite determinar si el encuestado conoce una iniciativa mutualista de interés para el estudio. En caso positivo, se cumplimenta el cuestionario.

Se enviaron alrededor de 650 cuestionarios, de los cuales el grupo de investigación recibió 90 cumplimentados. La baja tasa de respuesta, de alrededor de un 13,8%, se debe a las dificultades de lengua y de terminología, así como también a la dificultad de conocer perfectamente el campo de la investigación (véase también la sección 2.1). Por esos motivos, el grupo de investigación quiere prevenir al lector de la utilización que pudiera hacer de estos datos. Las tablas siguientes son objeto de comentarios, pero en ningún caso pueden tener un valor representativo. Permiten mostrar diversas iniciativas de tipo mutualista en todo el mundo. De los 90 cuestionarios contestados, sólo 49 son positivos. Como un encuestado puede cumplimentar el cuestionario para varias iniciativas mutualistas, los 49 cuestionarios positivos corresponden a 42 iniciativas mutualistas en 34 países diferentes.

Al finalizar este trabajo y en función de la metodología utilizada, debemos reconocer que no es posible elaborar un inventario exhaustivo. Se trata pues de un estudio exploratorio, que exige establecer posteriormente otro método para abordar este asunto de manera más pormenorizada e incluir un mayor número de países.

A continuación, en diciembre de 2008, se elaboró otro cuestionario que se envió a las 42 iniciativas mutualistas identificadas en el primer cuestionario. Este segundo cuestionario también se remitió después a otras iniciativas mutualistas descubiertas de distinta manera (búsquedas en internet, búsquedas bibliográficas y contactos del CIRIEC).

Por consiguiente, es preciso señalar que hemos contado con personas de contacto de las iniciativas mutualistas que han respondido a los dos cuestionarios, con otras que sólo han respondido al primer cuestionario y, por último, con algunas que solamente han contestado al segundo

questionario. Ése es el motivo por el que las cifras y las tablas presentadas para el primer y el segundo cuestionario no pueden ser comparadas en ningún caso, sino que es preciso analizarlas y comentarlas de manera independiente.

En total, a partir de los dos grupos de cuestionarios enviados para la realización del presente estudio, se han descubierto 92 iniciativas mutualistas en 36 países diferentes (véase la lista en anexo).



- Grupo de investigación:
- Marc Poncelet (Pôle-Sud, Universidad de Lieja).
 - Barbara Sak (CIRIEC Internacional).
 - Olivier Vögeli (CIRIEC – Sección belga).
 - Christelle Pasquier (CIRIEC - Sección belga).

Evaluación de las iniciativas mutualistas de protección social solidaria puestas en marcha por o para el personal docente en el mundo



CUESTIONARIO N° 1

CUESTIONARIO N° 1

La recogida de información se ha realizado en varias etapas. Después de elaborar el primer cuestionario, se distribuyó a través de las redes de los socios. En total, se enviaron unos 650 cuestionarios del primer tipo, de los cuales se recibieron 90 respuestas, lo que da una tasa de respuesta del 13,8%. De esas noventa respuestas, 49 son positivas y por lo tanto aprovechables; el 38% de las respuestas declara la inexistencia de la clase de iniciativa buscada.

Las mutualidades de sanidad puestas en marcha por o para el personal docente se encuentran localizadas principalmente en las siguientes tres regiones geográficas: América del Norte y Europa Occidental, África y América Latina. Asimismo, es preciso señalar la ausencia total de respuestas positivas en Asia del Sur y del Oeste y en Asia Central.

❖ Número de respuestas al cuestionario número 1 por regiones geográficas

Regiones geográficas	Número de respuestas	Respuestas positivas	Respuestas negativas	Abstenciones
América del Norte y Europa Occidental	23	10	12	1
Europa Central y Oriental	5	2	3	0
África del Norte	4	3	1	0
África subsahariana	21	14	6	1
América Latina y Caribe	22	12	7	3
Asia Central	2	0	2	0
Asia del Sur y del Oeste	3	0	2	1
Asia del Este y Pacífico	10	8	2	0
Total	90	49	35	6

❖ **Detalle de las respuestas al cuestionario número 1 por países*****América del Norte y Europa Occidental***

<i>País/respuestas</i>	<i>Total</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No sabe</i>
Alemania	3		3	
Austria	3		2	1
Dinamarca	2	2		
Estados Unidos	1		1	
Finlandia	1	1		
Francia	2	2		
Grecia	1		1	
Irlanda	2		2	
Países Bajos	2		2	
Portugal	2	2		
Reino Unido	2	1	1	
República de Chipre	2	2		
Total	23	10	12	1

África del Norte

<i>País/respuesta</i>	<i>Total</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No sabe</i>
Argelia	1	1		
Marruecos	2	2		
Mauritania	1		1	
Total	4	3	1	

Europa Central y Oriental

<i>País/respuestas</i>	<i>Total</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No sabe</i>
Eslovaquia	1		1	
Polonia	1	1		
República Checa	1		1	
Rusia	1	1		
Turquía	1		1	
Total	5	2	3	0

África subsahariana

<i>País/respuestas</i>	<i>Total</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No sabe</i>
Benín	1		1	
Burkina Faso	3		3	
Burundi	1	1		
Camerún	1	1		
Congo	1	1		
Costa de Marfil	1	1		
Gabón	1		1	
Ghana	1	1		
Madagascar	1		1	
Malí	1	1		
Níger	1			1
República Democrática del Congo	3	3		
Senegal	4	4		
Togo	1	1		
Total	21	14	6	1

América Latina y Caribe

<i>País/respuestas</i>	<i>Total</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No sabe</i>
Argentina	4	2		2
Bahamas	1	1		
Brasil	4	1	3	
Chile	2	2		
Colombia	2	1	1	
Commonwealth de Dominica	1	1		
Costa Rica	1		1	
México	1		1	
Perú	1	1		
Puerto Rico	1	1		
República Dominicana	2	2		
Uruguay	1		1	
Venezuela	1		1	
Total	22	12	8	2

Asia Central

<i>País/respuestas</i>	<i>Total</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No sabe</i>
Azerbaiyán	1		1	
Mongolia	1		1	
Total	2		2	

Asia del Sur y del Oeste

<i>País/respuestas</i>	<i>Total</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No sabe</i>
Bangladesh	1		1	
India	1			1
Pakistán	1		1	
Total	3		2	1

Asia del Este y Pacífico

<i>País/respuestas</i>	<i>Total</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No sabe</i>
Australia	3	2	1	
Corea del Sur	2	2		
Japón	1	1		
Malasia	1	1		
Nueva Zelanda	1	1		
Samoa	1		1	
Taiwán	1	1		
Total	10	8	2	

ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS AL CUESTIONARIO NÚM. 1

En las tablas siguientes se clasifican las respuestas dadas a cada pregunta.

Pregunta núm. 1 - ¿Sabe si en su país existe alguna mutualidad de salud que esté (particularmente) dirigida a docentes o que haya sido puesta en marcha por docentes?

Regiones geográficas	Una	Varias	No	No sabe	Total
América del Norte y Europa Occidental	6	4	12	1	23
Europa Central y Oriental	0	2	3	0	5
África del Norte	0	3	1	0	4
África subsahariana	8	6	6	1	21
América Latina y Caribe	7	5	8	2	22
Asia Central	0	0	2	0	2
Asia del Sur y del Oeste	0	0	2	1	3
Asia del Este y Pacífico	4	4	2	0	10

Una primera dificultad derivada del modo de administración del cuestionario (dirigido a varias personas de contacto por país) proviene del desconocimiento en el ámbito general de un país de la existencia (o no) de una iniciativa mutualista puesta en marcha por o para docentes. Ello se debe a que este tipo de iniciativas se gestiona local o regionalmente. Así, comprobamos que en América del Norte y en Europa Occidental hay 12 respuestas negativas y 10 respuestas positivas para la misma “zona”. Lo mismo ocurre en el caso de África, donde comprobamos que las iniciativas identificadas pueden ser locales y constituir pequeñas organizaciones. Las microiniciativas, desde una perspectiva mundial, son difícilmente identificables en su totalidad.

Pregunta núm. 2 - Estas iniciativas mutualistas tienen la siguiente forma:

Regiones geográficas	Mutualidad	Seguro	Mutualidad y seguro	Microseguro de “salud y bienestar”	Cooperativa de “salud y bienestar”	Convenio entre sindicato (s) y empresa (s) de seguros o mutualidad (es)	Otra	No responde
América del Norte y Europa Occidental	5	3	1	0	0	3	1	1
Europa Central y Oriental	1	1	1	0	1	1	1	1
África del Norte	1	0	2	0	0	0	0	0
África subsahariana	10	1	6	3	1	1	1	1
América Latina y Caribe	2	3	3	3	5	3	2	0
Asia Central	0	0	0	0	0	0	0	0
Asia del Sur y del Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0
Asia del Este y Pacífico	3	3	2	2	0	1	0	0

Las iniciativas identificadas adoptan formas diversas, pero en lo esencial son mutualidades. Conviene indicar que en América Latina se las denomina cooperativas. Otra de las formas manifestadas es un convenio formalizado entre un sindicato y una compañía de seguros o una mutualidad. Esta pregunta número dos, que a primera vista puede parecer simple, oculta no obstante dos dificultades importantes, a saber, la terminología y la lengua. Así, la definición del término “mutualidad” tiene un sentido distinto según los países. La otra dificultad es la lengua. Este cuestionario se remitió en tres lenguas distintas (español, francés e inglés). También se pone de relieve que el término “mutualidad” no se comprende o no se conoce en algunos países y, además, la palabra francesa *mutuelle* no se traduce del mismo modo en España y en Hispanoamérica

Pregunta núm. 3 - Cobertura del riesgo:

Regiones geográficas	Enfermedad/invalidez	Jubilación	Hospitalización	Fallecimiento	Otro	No responde
América del Norte y Europa Occidental	6	3	6	5	1	1
Europa Central y Oriental	2	2	2	1	0	0
África del Norte	3	1	3	1	2	0
África subsahariana	11	4	12	6	3	0
América Latina y Caribe	8	5	7	6	0	1
Asia Central	0	0	0	0	0	0
Asia del Sur y del Oeste	0	0	0	0	0	0
Asia del Este y Pacífico	6	5	7	5	4	0

Las mutualidades de sanidad identificadas cubren principalmente los riesgos de enfermedad/invalidez y de hospitalización. El riesgo menos cubierto es el de fallecimiento.

Pregunta núm. 4 - Estas iniciativas “mutualistas” están destinadas:

Regiones geográficas	Exclusivamente a los docentes	Exclusivamente a los profesionales de un sector (privado o público) de la educación	A los funcionarios en general	A toda persona empleada	A un público variable según las organizaciones	No responde
América del Norte y Europa Occidental	3	3	1	2	1	0
Europa Central y Oriental	0	1	0	1	0	0
África del Norte	1	1	2	1	0	0
África subsahariana	8	2	6	4	4	0
América Latina y Caribe	6	3	2	0	0	2
Asia Central	0	0	0	0	0	0
Asia del Sur y del Oeste	0	0	0	0	0	0
Asia del Este y Pacífico	4	4	1	2	1	0

De las 42 iniciativas mutualistas observadas, 22 están reservadas exclusivamente a los docentes y 14 a los profesionales de la educación. Solamente 10 están abiertas a todas las personas empleadas. Estas cifras ponen de manifiesto la existencia real de organizaciones destinadas a los docentes o creadas por ellos, lo cual era claramente el objetivo de la encuesta llevada a cabo. Ello significa además que los docentes solicitan este tipo de iniciativas y que esas mutualidades permiten agrupar al personal docente.

Pregunta núm. 5 - Estas iniciativas “mutualistas” creadas por o para los docentes son generalmente:

Regiones geográficas	Voluntarias	Obligatorias	Depende de las organizaciones	No responde
América del Norte y Europa Occidental	8	3	1	0
Europa Central y Oriental	2	1	0	0
África del Norte	1	2	0	0
África subsahariana	10	2	3	0
América Latina y Caribe	9	2	2	0
Asia Central	0	0	0	0
Asia del Sur y Asia del Oeste	0	0	0	0
Asia del Este y Pacífico	5	1	2	0

El carácter voluntario de estas iniciativas es evidente. En el 64,8% de los casos observados, la afiliación a esas mutualidades es voluntaria. De esas cifras, el grupo de investigación deduce que los docentes parecen ser solicitantes de este tipo de servicios y que existe un potencial real en cuanto a las mutualidades de salud. Por lo tanto, el hecho de considerar que los docentes pueden ser un catalizador real de la protección social solidaria constituye una base válida para la constitución de la Red Educación y Solidaridad.

Pregunta núm. 6 - Estas iniciativas “mutualistas” creadas por o para los docentes:

Regiones geográficas	Están integradas en el sistema de seguridad social o en el sistema nacional de salud pública	Simplemente están reconocidas por los poderes públicos	Reciben el apoyo de una asociación internacional	Son autónomas o de base comunitaria	Depende de las organizaciones	No responde
América del Norte y Europa Occidental	1	6	0	1	2	1
Europa Central y Oriental	1	1	1	1	0	0
África del Norte	3	0	0	0	0	0
África subsahariana	1	14	4	6	2	0
América Latina y Caribe	2	4	0	1	5	1
Asia Central	0	0	0	0	0	0
Asia del Sur y del Oeste	0	0	0	0	0	0
Asia del Este y Pacífico	5	0	0	1	4	0

Por lo común, estas iniciativas mutualistas están reconocidas por las autoridades públicas, pero pocas de ellas están integradas en el régimen de la seguridad social del país. Este reconocimiento valida el concepto de utilidad social de esas mutualidades, lo cual es especialmente significativo en África. En algunos casos, pueden recibir ayuda de asociaciones internacionales e incluso ser autónomas o tener una base comunitaria.

Pregunta núm. 7 - ¿Qué cobertura geográfica tienen estas iniciativas mutualistas creadas por o para los docentes?

	Local	Regional	Nacional	Depende de las organizaciones	No responde
América del Norte y Europa Occidental	1	0	10	0	0
Europa Central y Oriental	1	0	0	1	0
África del Norte	0	0	3	0	1
África subsahariana	4	4	11	1	0
América Latina y Caribe	2	4	7	1	0
Asia Central	0	0	0	0	0
Asia del Sur y del Oeste	0	0	0	0	0
Asia del Este y Pacífico	0	1	5	2	0

A tenor de los datos de la tabla anterior, se comprueba que la cobertura geográfica es mayoritariamente nacional, incluso en los países del África subsahariana y de la zona de Latinoamérica y el Caribe. No obstante, es preciso señalar que, teóricamente, la cobertura es nacional. Así, esas entidades están habilitadas para aceptar afiliados procedentes de todas las regiones del país, pero en la práctica los afiliados provienen fundamentalmente de la misma región.



- Grupo de investigación:
- Marc Poncelet (Pôle-Sud, Universidad de Lieja).
 - Barbara Sak (CIRIEC Internacional).
 - Olivier Vögeli (CIRIEC – Sección belga).
 - Christelle Pasquier (CIRIEC - Sección belga).

Evaluación de las iniciativas mutualistas de protección social solidaria puestas en marcha por o para el personal docente en el mundo



CUESTIONARIO N° 2

CUESTIONARIO N° 2

Las respuestas positivas recibidas con respecto al primer cuestionario pueden subdividirse del modo siguiente:

- Las respuestas relativas a una iniciativa o a varias iniciativas mutualistas claramente identificadas por el encuestado (nombre de la organización y nombre de una persona de contacto en dicha organización).
- Las respuestas en las que se afirma que existen una o varias iniciativas mutualistas en uno u otro país, pero sin ofrecer más precisiones. Para designar a este tipo de respuestas, hablaremos de “organización/iniciativa tipo”.

Este primer análisis de la situación nos ha permitido por lo tanto descubrir un cierto número de iniciativas mutualistas que hemos podido identificar con claridad. No obstante, hay otras no identificadas que constituyen iniciativas tipo existentes en diversos países. Por último, a las organizaciones así identificadas, es preciso añadir otras adicionales descubiertas después de esta primera fase por medio de canales de información distintos al cuestionario. Por consiguiente, al finalizar esta primera fase disponíamos de una lista de iniciativas mutualistas para las cuales contábamos con informaciones indicativas, pero en ningún caso representativas.

Debido a las distintas categorías de respuestas dadas al primer cuestionario que señalamos anteriormente, elaboramos un segundo cuestionario con características diferenciadas. Así, existen tres versiones distintas del segundo cuestionario, cada una de las cuales se adecua a una de las tres grandes categorías de respuestas.

Este segundo cuestionario tiene el doble objetivo siguiente:

- 1) En primer lugar, asegurarnos a través de los diferentes puntos de contacto de la exactitud de las informaciones que poseemos sobre las iniciativas mutualistas o iniciativas tipo que determinamos por medio del primer cuestionario o sobre las iniciativas mutualistas descubiertas por otras vías de información.
- 2) En segundo lugar, con este cuestionario pretendemos conseguir más información sobre el funcionamiento y el modo de financiación de esas iniciativas mutualistas o esas iniciativas tipo.

Por lo tanto, este segundo cuestionario se distribuyó a las 42 iniciativas mutualistas identificadas por medio del primer cuestionario en 34 países. Además, este segundo cuestionario se envió a otras instituciones cuya existencia y sus correspondientes datos se obtuvieron a través de búsquedas adicionales.

En total, se enviaron alrededor de cien cuestionarios de esta segunda clase, que consta de nueve preguntas. Ahora bien, resulta imposible comparar las respuestas del primer cuestionario con las del segundo. Ello se debe a que no todas las 42 mutualidades resultantes del primer cuestionario respondieron al segundo y a que a ellas se añadieron otras mutualidades nuevas. En resumen, algunas mutualidades sólo han

respondido al primer cuestionario, otras solamente al segundo y varias a los dos cuestionarios. Ése es el motivo por el cual hemos elaborado una lista de todas las iniciativas mutualistas identificadas en este estudio (véase en anexo la lista por países). Además, para cada pregunta, hemos indicado las respuestas obtenidas para cada mutualidad identificada. Las dos iniciales que figuran entre paréntesis después del nombre o acrónimo de la mutualidad corresponden al código ISO de cada país.

Número de respuestas al cuestionario núm. 2 por regiones geográficas

Europa Occidental	4
África del Norte	7
África subsahariana	14
América Latina y Caribe	12
Asia del Este y Pacífico	5
Total	42

Observación: De las 42 respuestas recibidas, la información procede en parte de las 42 iniciativas mutualistas identificadas a través del primer cuestionario y, de otra parte, de las iniciativas mutualistas descubiertas por otras vías.

❖ **Detalle del número de respuestas al cuestionario núm. 2 por países***América del Norte y Europa Occidental*

Alemania	1
Chipre	2
Canadá (Columbia Británica)	1

África del Norte

Marruecos	4
Túnez	2
Argelia	1

Asia del Este y Pacífico

Australia	2
Japón	1
Nueva Zelanda	1
Filipinas	1

África subsahariana

Costa de Marfil	1
Malí	1
República del Congo	1
República Democrática del Congo	3

América Latina y Caribe

Argentina	8
Chile	1
Commonwealth de Dominica	1
Perú	1
Puerto Rico	1

Senegal	7
Togo	1

De las 42 respuestas aquí mencionadas, hemos podido extraer 40 iniciativas mutualistas.

ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS AL CUESTIONARIO NÚM. 2

En las siguientes tablas se distribuye el número de respuestas recibidas para cada pregunta.

INFORMACIÓN GENERAL**Fecha de creación**

	África del Norte	África subsahariana	América Latina y Caribe	Asia del Sur y Pacífico	América del Norte y Europa
1915 – 1950	3		1		
1951 – 1975	4	1	3	3	1
1976 – 1999		6	4	1	3
2000 - ...		6	1		

	África del Norte	África subsahariana	América Latina y Caribe	Asia del Sur y Pacífico	Europa
1915 – 1950	- MGPAP (MA) (1946) - OMFAM (MA) (1929) - MNET (TN) (1950)		- AMD Córdoba (AR) (1919)		
1951 – 1975	- MGEN (MA) (1963) (2x) - <i>Mutuelle STT</i> – <i>SNTRI</i> (TN)(1967) - MUNATEC (DZ) (1965)	- MUGEF (CI) (1973)	- Derrama Magisterial (PE) (1965) - Colegio de Profesores CL (1974) - Asociación Hospital de Maestros (PR) (1950)	- <i>Teachers Federation Health Fund</i> (AU) (1954) - <i>Teachers Union Health</i> (AU) (1972) - <i>Private School Mutual Aid</i> (JP)	- OELMEK (CY) (1953)

				(1954)	
1976 – 1999		<ul style="list-style-type: none"> - MUTEK (ML) (1987) - <i>Mutuelle du Sud Kivu</i> (CD) (1997) - MVCE (SN) (1995) - <i>Multi Assistance de l'Education</i> (SN) (1988) - MUGEF (1988) (CG) - MUSA CSTT (TG) (1997) 	<ul style="list-style-type: none"> - AMPF (AR) (1994) - A. M. de Docentes de la Provincia Del Chaco (AR) (1982) - AMSAFE (AR) (1991) - AMDEC (AR) (1979) 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Alliance of Concerned Teachers</i> (PH) (1982) 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Hannoversche Kassen</i> (DE) (1985) - OLTEK (CY) (1983)
2000 - ...		<ul style="list-style-type: none"> - MUSECKIN (CD) (2000) - <i>Mutuelle du SUDES</i> (SN) (2000) (2x) - MSEPFA (SN) (2005) - MSE (CD)(2003) - MUSU (CD) (2007) 	<ul style="list-style-type: none"> - AMUDOSAL (AR) (2005) 		

Es preciso señalar que no hemos recibido respuesta en lo que respecta a las mutualidades siguientes: Asociación Mutual de Capacitadores y Emprendedores Cordobeses (AR), Mutual Maestra del Magisterio de la Provincia de Santa Fe (AR), *Dominica Association of Teachers* (DM), *Mutuelle de l'Education de l'UDEN* (SN), *NZ Post Primarz Teachers' Association* (NZ) y *British Columbia Teachers' Federation* (BCTF) (CA).

Las iniciativas mutualistas de las que hemos recibido respuesta por medio del segundo cuestionario se crearon fundamentalmente durante la segunda mitad del pasado siglo.

En virtud de los datos reflejados en la tabla anterior, podemos comprobar que las iniciativas mutualistas existen desde hace muchos años. Cuatro de ellas se crearon entre 1915 y 1950, siendo las más antiguas la AMD Córdoba en Argentina (1919) y la OMFAM en Marruecos (1929). El movimiento mutualista fue desarrollándose poco a poco con el paso del tiempo, tendencia que se mantiene hasta nuestros días, ya que en el siglo XXI se han constituido seis nuevas entidades de este tipo.

Número de afiliados

	África del Norte	África subsahariana	América Latina y Caribe	Asia del Este y Pacífico	América del Norte y Europa
50 - 250			1		1
250 – 1.000		4	1		
1.000 – 5.000		3	2		1
5.000 – 9.999		1			
10.000 – 50.000	2	2	3	2	1
50.000 – 100.000			1	1	
100.000 – 250.000	1	2	1		
> 250.000	3			1	

Las respuestas recibidas a través del segundo cuestionario en cuanto al tamaño de las iniciativas mutualistas identificadas no permiten determinar una pauta por regiones geográficas.

	África del Norte	África subsahariana	América Latina y Caribe	Asia del Este y Pacífico	América del Norte y Europa
50 - 250			- AMDEC (AR) (198)		- OLTEK (CY) (98)
250 – 1.000		- MUSU (CD) (279) - MUSECKIN (CD) (700) - MSE (CD) (950) - MUSA-CSTT (TG) (406)	- <i>Dominican Association Teachers</i> (DM) (610)		
1.000 – 5.000		- <i>Mutuelle du SUDES</i> (SN) (1.331)	- AM Capacitadores y Emprendedores		- OELMEK (CY) (3.010)

		- <i>Multi Assistance de l'Education</i> (SN) (1.500) -MSPFA (SN) (1.200 beneficiarios)	Cordobeses (AR) (1.000 – 5.000) - Mutual Maestra del Magisterio de Santa Fe (AR) (> 5.000)		
5.000 – 9.999		- MUTEK (ML) (7.650)			
10.000 – 50.000	- <i>Mutuelle STT-SNTRI</i> (TN) (12.000) - MNET (TN) (10.000)	- MUGEF (18.730) (CG) - <i>Mutuelle du Sud Kivu</i> (CD) (38.243)	- AM del Chaco (AR) (+ de 10.000) - AMSAFE (AR) (12.000) - AMD Córdoba (AR) (21.000)	- <i>Alliance of Concerned Teachers</i> (PH) (14.000) - <i>Teachers Union Health</i> (AU) (21.000)	- BCTF (CA)
50.000 – 100.000			- AMPF (AR) (73.000)	- <i>Teachers Federation Health Fund</i> (AU) (92.000)	
100.000 – 250.000	- OMFAM (MA) (210.800)	- MVCE (SN) (135.000) - MUGEF (CI) (221.229)	- Derrama Magisterial (PE) (+/- 280.000)		
> 250.000	- MUNATEC (DZ) (277.453) - MGPAP (MA) (386.467) - MGEN (MA) (351.334)			- <i>Private School Mutual Aid</i> (JP) (478.856)	

Es preciso indicar que no hemos recibido información sobre las mutualidades siguientes: *Mutuelle de l'Education de l'UDEN* (SN), Colegio de Profesores de Chile (CL), Asociación Hospital de Maestros (PE), *Hannoversche Kassen* (DE), AMUDOSAL (AR) y *NZ Post Primary Teachers' Association* (NZ).

El tamaño de las organizaciones (en función del número de afiliados) varía mucho de un caso a otro. La mayoría de ellas cuenta con entre diez mil y cincuenta mil afiliados. Existen también pequeñas agrupaciones (de 250 a 1.000 afiliados), así como algunas muy grandes (más de 250.000 afiliados) como, por ejemplo, la MGEN y la MGPAP en Marruecos.

Público destinatario

	África del Norte	África subsahariana	América Latina y Caribe	Asia del Este y Pacífico	América del Norte y Europa
Los docentes	1	7	6	3	3
Los profesionales de un sector (público o privado) de la educación	3		3	1	
Los funcionarios en general	2	2			
Cualquier persona empleada		5	2		1

En un principio, parece normal que, debido a la orientación del cuestionario, la mayor parte de las respuestas recibidas esté relacionada con los colectivos del personal docente o de los profesionales de la educación.

Observemos también que no hemos recibido información sobre *NZ Post Primary Teachers' Association* (NZ) ni sobre AMUDOSAL (AR).

La mitad de las iniciativas mutualistas que aparecen en la tabla anterior está reservada exclusivamente a los docentes. Como se trata de una profesión esencialmente aglutinadora permite desarrollar este tipo de organizaciones en todas las zonas del mundo.

Pregunta núm. 1 - ¿Quién fue el promotor de esta experiencia de “salud y previsión”?

	África del Norte	África subsahariana	América Latina y Caribe	Asia del Este y Pacífico	América del Norte y Europa
Los docentes	- MNET (TN)	- <i>Mutuelle de l'Education de l'UDEN</i> (SN) - MVCE (SN) - <i>Mutuelle du SUDES</i> (SN) (miembros del sindicato) - <i>Multi Assistance de l'Education</i> (SN) - MSEPFA (SN) - MSE (CD) - MUGEF (CG)	- Mutual Maestra del Magisterio de Santa Fe (AR) - AM Docentes del Chaco (AR) - Colegio de Profesores de Chile (CL) - AMSAFE (AR) - AMD Córdoba (AR) - AMDEC (AR)	- <i>Alliance of Concerned Teachers</i> (PH) - <i>Teachers Federation Health Fund</i> (AU) (para los afiliados al sindicato) - <i>Teachers Union Health</i> (AU) (ídem)	- OELMEK (CY) - OLTEK (CY) - BCTF (CA)
Los profesionales de un sector (público o privado) de la educación	- MGEN (MA) - <i>Mutuelle STT-SNTRI</i> (TN) - MUNATEC (DZ)		- A. M. de Capacitadores y Emprendedores Cordobeses (AR) - Derrama Magisterial (PE) - <i>Dominican Association Teachers</i> (DM)	- <i>Private School Mutual Aid</i> (JP)	
Los funcionarios	- MGPAP (MA) - OMFAM (MA)	- MUGEF (CI) - MUGEF (CG)			
Todas las personas empleadas		- MUTEK (ML) - MUSECKIN (CD) - <i>Mutuelle santé du Sud Kivu</i> (CD) - MUSA-CSTT (TG) - MUSU (CD)	- AMPF (AR) - Asociación Hospital de Maestros (PR)		- <i>Hannoversche Kassen</i> (DE)

	África del Norte	África subsahariana	América Latina y Caribe	Asia del Este y Pacífico	América del Norte y Europa
Un grupo de docentes	2	4	9	1	1
Un sindicato	1	7		3	3
Una organización religiosa o filosófica		1			
Un partenariado internacional (cooperación al desarrollo, ONG, ...)					
Los poderes públicos		2		1	
Otro	3		1		

Al igual que en la pregunta anterior, la orientación del cuestionario, al considerar que los docentes son iniciadores de iniciativas mutualistas, nos lleva a una mayoría de respuestas en esa categoría. Los sindicatos también desempeñan un papel importante en cuanto al establecimiento de una organización que proporcione un régimen de protección social solidaria.

	África del Norte	África subsahariana	América Latina y Caribe	Asia del Este y Pacífico	América del Norte y Europa
Entidad constituida por un grupo de docentes	- MNET (TN) - MUNATEC (DZ)	- MUSECKIN (CD) - <i>Multi Assistance de l'Education</i> (SN) - MSEPFA (SN) - MUSA – CSTT (TG)	- Asociación Mutual de Protección Familiar (AMPF) (AR) - Mutual Maestra del Magisterio de la Provincia de Santa Fe (AR) - Asociación Mutual de Docentes de la Provincia del Chaco (AR) - Derrama Magisterial (PE) - Colegio de Profesores de Chile (CL) - Asociación Hospital de Maestros (PR) - AMSAFE (AR) - AMD Córdoba (AR) - AMEDEC (AR)	- <i>Teachers Federation Health Fund</i> (AU)	- <i>Hannoversche Kassen</i> (DE)
Entidad constituida por un sindicato	- MGEN (MA)	- MUTEC (ML) - <i>Mutuelle du Sudes</i> (SN) (2x) - <i>Mutuelle de l'Education de l'UDEN</i> (SN) - MSE (CD) - MUSU (CD) - MUGEF (CG)		- <i>Alliance of Concerned Teachers</i> (PH) - <i>Teachers Union Health</i> (AU) - <i>NZ Post Primary Teachers' Association</i> (NZ)	- OELMEK (CY) - OLTEK (CY) - BCTF (CA)

Por una organización religiosa o filosófica		- <i>Mutuelle santé du Sud Kivu</i> (conforme al régimen jurídico de la Iglesia de Bukavu) (CD)			
Por un partenariado internacional					
Por los poderes públicos		- MVCE (SN) - MUGEF (CI)		- <i>Private School Mutual Aid</i> (JP)	
Otras modalidades	- <i>Mutuelle STT-SNTRI</i> (TN) - MGPAP (MA) - OMFAM (MA)		- AMPF (AR)		

Cabe aquí señalar que no hemos recibido información relativa a AMUDOSAL (AR).

El 43,6% de las iniciativas de “salud y previsión” se ha constituido por un grupo de docentes. En el 35,9% de los casos, fueron creadas por un sindicato. Estas cifras confirman la hipótesis de la voluntad de movilización y de la capacidad del personal docente para establecer este tipo de organizaciones.

Pregunta núm. 2 - ¿Qué estructura organizativa tiene esta experiencia?

	Mutua- lidad	Seguro	Mutualidad & seguro	Microseguro	Cooperativa	Convenio entre sindicato (s) y compañía (s) de seguros o mutualidad (es)	Otra	No responde
América del Norte y Europa Occidental	1	1	1	0	0	0	1	0
África del Norte	6	0	0	0	0	0	1	0
África subsahariana	8	0	0	0	0	0	6	0
América Latina y Caribe	7	1	2	0	0	0	1	0
Asia del Este y Pacífico	3	0	2	0	0	0	0	0

Otras formas: OELMEK (CY): solidaridad.

Derrama magisterial (PE): asociación sin ánimo de lucro.

MGEN (MA): entidad de derecho privado.

MUSECKIN (CD), MUSU (CD), MSE (CD) y MUSA-CSTT (TG): asociación.

Sindicato (*Mutuelle du SUDES*) (SN).

Iglesia (*Mutuelle de santé du Sud Kivu*) (CD).

Cabe aquí señalar que no hemos recibido información relativa a AMUDOSAL (AR).

Las iniciativas aquí identificadas son en su mayoría mutualidades. Como ya dijimos anteriormente, nuestra encuesta no podía ser exhaustiva. Por lo tanto, agradeceremos cualquier información que nos ayude a completar esta tabla.

Al estar basado en la solidaridad, el modelo mutualista parece adecuarse perfectamente al régimen de sanidad y previsión de los docentes. Por ese motivo, el personal docente puede ser un catalizador de la solidaridad en el sistema de protección social y solidaria.

Pregunta núm. 3 - ¿Cobertura del riesgo de esta organización de “salud y previsión”?

(varias elecciones posibles)

Queremos aquí recordar al lector que las tendencias que se expresan a continuación no son en ningún caso representativas de la situación en el mundo. Nuestro conocimiento se limita a las respuestas recibidas y depende de la calidad de la información obtenida, que tampoco hemos podido verificar.

Es importante destacar que no disponemos de respuestas a esta pregunta en lo que concierne a las siguientes organizaciones: OELMEK (CY), AMD Córdoba (AR), AMUDOSAL (AR), Mutual Maestra del Magisterio de Santa Fe (AR) y *Private School Mutual Aid System* (JP).

Cobertura del riesgo de enfermedad/invalidez

	África del Norte	África subsahariana	América Latina y Caribe	Asia del Este y Pacífico	América del Norte y Europa
Cobertura de base de enfermedad/invalidez	2	9	4	1	1
Cobertura complementaria de enfermedad/invalidez	1	1			1
Cobertura de base y complementaria de enfermedad/invalidez	4	2	1	1	
No se ofrece cobertura de este riesgo		2	4	2	1

La cobertura exclusivamente básica se ofrece fundamentalmente en el África subsahariana.

	África del Norte	África subsahariana	América Latina y Caribe	Asia del Este y Pacífico	América del Norte y Europa
Cobertura de base de enfermedad/invalidez	- <i>Mutuelle STT-SNTRI</i> (TN) - MGEN (MA)*	- <i>Mutuelle de santé sud Kivuv</i> (CD) - <i>Mutuelle du SUDES</i> (SN) (2X) - <i>Mutuelle de l'Education de l'UDEN</i> (SN) - MVCE (SN) - <i>Multi Assistance de l'Education</i> (SN) - MSEPFA (SN) - MUSA-CSTT (TG) - MUGEF (CG)	- <i>Dominican Association Teachers</i> (DM) - Derrama Magisterial (PE) - Asociación Hospital de Maestros (PR) - AMSAFE (AR)	- <i>NZ Post Primary Teachers' Association</i> (NZ)	- BCTF (CA)
Cobertura complementaria de enfermedad/invalidez	- MUNATEC (DZ)	- MUGEF-CI (CI)			- <i>Hannoversche Kassen</i> (DE)
Cobertura de base y complementaria de enfermedad/invalidez	- MGPAP (MA) - OMFAM (MA) - MNET (TN) - MGEN (MA)*	- MUTEK (ML) - MUSU (CD)	- AMPF (AR)	- <i>Teachers Federation Health Fund</i> (AU)	
No se ofrece cobertura de este riesgo		- MUSECKIN (CD) - MSE (CD)	- AM de Capacitadores y Emprendedores Cordobeses (AR) - AM Docentes de la Provincia del Chaco (AR) - Colegio de Profesores de	- <i>Teachers Union Health</i> (AU) - <i>Alliance of Concerned Teachers</i> (PH)	- OLTEK (CY)

			Chile (CL) - AMDEC (AR)		
--	--	--	----------------------------	--	--

* Hemos recibido dos cuestionarios diferentes dando respuestas variables para la misma iniciativa.

Cobertura del riesgo de hospitalización

	África del Norte	África subsahariana	América Latina y Caribe	Asia del Este y Pacífico	América del Norte y Europa
Cobertura de base de hospitalización	3	9	4		
Cobertura complementaria de hospitalización	1	1		1	
Cobertura de base y complementaria de hospitalización	3	2		2	
No se ofrece cobertura de este riesgo		1	5	1	2

Al igual que en el caso de enfermedad/invalidéz, la cobertura exclusivamente básica de hospitalización se da fundamentalmente en el África subsahariana.

	África del Norte	África subsahariana	América Latina y Caribe	Asia del Este y Pacífico	América del Norte y Europa
Cobertura de base de hospitalización	- STT-SNTRI (TN) - MNET (TN) - MGEN (MA)*	- MUSECKIN (CD) - <i>Mutuelle de santé sud Kivu</i> (CD) - <i>Mutuelle du SUDES</i> (SN) (X2) - <i>Mutuelle de l'Education de l'UDEN</i> (SN) - MVCE (SN) - <i>Multi Assistance de l'Education</i> (SN) - MSEPFA (SN)	- Colegio de Profesores de Chile (CL) - <i>Dominican Association Teachers</i> (DM) - Asociación Hospital de Maestros (Puerto Rico) - AMSAFE (AR)		

		- MSE (CD)			
Cobertura complementaria de hospitalización	- MUNATEC (DZ)	- MUGEF-CI (CI)		- <i>NZ Post Primary Teachers' Association</i> (NZ)	
Cobertura de base y complementaria de hospitalización	- MGPAP (MA) - OMFAM (MA) - MGEN (MA) *	- MUTEK (ML) - MUSU (CD)		- <i>Teachers Federation Health Fund</i> (AU) - <i>Teachers Union Health</i> (AU)	
No se ofrece cobertura de este riesgo		- MUSA-CSTT (TG)	- AMPF (AR) - AM Capacitadores y Emprendedores Cordobeses (AR) - AM Docentes de la Provincia del Chaco (AR) - Derrama Magisterial (PE) - AMDEC (AR)	- ACT (PH)	- OLTEK (CY) - <i>Hannoversche Kassen</i> (DE) - BCTF (CA)

* Hemos recibido dos cuestionarios diferentes dando respuestas variables para la misma iniciativa..

Cobertura del riesgo de jubilación

	África del Norte	África subsahariana	América Latina y Caribe	Asia del Este y Pacífico	América del Norte y Europa
Cobertura de base del riesgo de jubilación	1	1	1		
Cobertura complementaria del riesgo de jubilación	5				
Cobertura de base y complementaria del riesgo de jubilación		1	1		1
No se ofrece cobertura de este riesgo	1	12	7	4	2

Al revés de lo que ocurre en los casos de enfermedad/invalidez y de hospitalización, el riesgo de jubilación está poco cubierto en las iniciativas y mutualidades que han respondido al segundo cuestionario.

	África del Norte	África subsahariana	América Latina y Caribe	Asia del Este y Pacífico	América del Norte y Europa
Cobertura de base del riesgo de jubilación	- <i>Mutuelle STT-SNTRI</i> (TN)	- MUGEF (CG)	- AM Docentes de la Provincia del Chaco (AR)		
Cobertura complementaria del riesgo de jubilación	- MGPAP (MA) - MGEN (MA) (2X) - OMFAM (MA) - MUNATEC (DZ)				
Cobertura de base y complementaria del riesgo de jubilación		- MUTEK (ML)	- <i>Dominican Association Teachers</i> (DM)		- <i>Hannoversche Kassen</i> (DE)
No se ofrece cobertura de este riesgo	- MNET (TN)	- MUSECKIN (CD) - <i>Mutuelle de santé sud Kivu</i> (CD) - <i>Mutuelle du SUDES</i> (SN) (2X) - <i>Mutuelle de l'Education de l'UDEN</i> (SN) - MVCE (SN) - <i>Multi Assistance de l'Education</i> (SN) - MSEPFA (SN) - MSE (CD) - MUSA-CSTT (TG) - MUGEF-CI (CI)	- AMPF (AR) - AM de Capacitadores y Emprendedores Cordobeses (AR) - Mutual Maestra del Magisterio de la Provincia de Santa Fe (AR) - Colegio de Profesores de Chile (CL) - Derrama Magisterial (PE) - AMDEC (AR) - Hospital de Maestros	- <i>Teachers Federation Health Fund</i> (AU) - <i>Teachers Union Health</i> (AU) - <i>NZ Post Primary Teachers' Association</i> (NZ) - <i>Alliance of Concerned Teachers</i> (PH)	- OLTEK (CY) - BCTF (CA)

		- MUSU (CD)	(PR)		
--	--	-------------	------	--	--

Cobertura del riesgo de defunción

	África del Norte	África subsahariana	América Latina y Caribe	Asia del Este y Pacífico	América del Norte y Europa
Cobertura de base del riesgo de defunción	2	5	5	2	1
Cobertura complementaria del riesgo de defunción	5	1			1
Cobertura de base y complementaria del riesgo de defunción		1			
No se ofrece cobertura de este riesgo		7	4	2	1

En los casos en que está cubierto el riesgo de defunción, tiene casi siempre un carácter básico en todas las regiones geográficas.

	África del Norte	África subsahariana	América Latina y Caribe	Asia del Este y Pacífico	América del Norte y Europa
Cobertura de base del riesgo de defunción	- <i>Mutuelle STT-SNTRI</i> (TN) - MNET (TN)	- <i>Mutuelle du SUDES</i> (SN) (2X) - MVCE (SN) - MUGEF (CG) - <i>Mutuelle de l'éducation</i> (SN)	- AM Docentes de la Provincia del Chaco (AR) - <i>Dominican Association Teachers</i> (DM) - Derrama Magisterial (PE) - AMSAFE (AR) - AMDEC (AR)	- <i>NZ Post Primary Teachers' Association</i> (NZ) - <i>Alliance of Concerned Teachers</i> (PH)	- OLTEK (CY)
Cobertura complementaria del riesgo de	- MGPAP (MA) - MGEN (MA) (2X)	- MUGEF-CI (CI)			- <i>Hannoversche Kassen</i> (DE)

defunción	- OMFAM (MA) - MUNATEC (DZ)				
Cobertura de base y complementaria del riesgo de defunción		- MUTEK (ML)			
No se ofrece cobertura de este riesgo		- MUSECKIN (CD) - <i>Mutuelle de santé sud Kivu</i> (CD) - <i>Mutuelle de l'Education de l'UDEN</i> (SN) - <i>Multi Assistance de l'Education</i> (SN) - MSEPFA (SN) - MSE (CD) - MUSA – CSTT (TG)	- AMPF (AR) - AM de Capacitadores y Emprendedores Cordobeses (AR) - Colegio de Profesores de Chile (CL) - Hospital de Maestros (PR)	- <i>Teachers Union Health</i> (AU) - <i>Teachers Federation Health</i> (AU)	- BCTF (CA)

De manera general, las iniciativas tipo de “salud y previsión” ofrecen fundamentalmente una cobertura básica del riesgo, tanto en el caso de enfermedad/invalidez como en el de hospitalización. Los riesgos de jubilación y de defunción están menos cubiertos en los casos analizados.

Pregunta núm. 4 – Esta organización de “salud y previsión” está:
(varias elecciones posibles)

	Integrada dentro del sistema de seguridad social o del sistema nacional de salud pública	Simplemente reconocida por los poderes públicos	Apoyada por un partenariado internacional	Autónoma o de base comunitaria	Es variable según las entidades	No responde
América del Norte y Europa Occidental	0	3	0	1	0	0
África del Norte	4	2	0	2	0	0
África subsahariana	2	13	2	7	0	0
América Latina y Caribe	0	6	1	6	0	1
Asia del Este y Pacífico	1	3	0	2	0	0

De manera general, estas iniciativas mutualistas están reconocidas por las autoridades públicas. Ahora bien, pocas de ellas están integradas en el régimen de la seguridad social del país. Dicho reconocimiento refrenda la idea de utilidad social de estas mutualidades, lo cual es significativo en África. En otros casos, reciben ayuda de partenariados internacionales o incluso son autónomas o tienen una base comunitaria.

Pregunta núm. 5 – En su contexto nacional particular, en el caso de la cobertura de base, la afiliación a una organización de este tipo es:

	Voluntaria	Obligatoria	No responde
América del Norte y Europa Occidental	3	1	0
África del Norte	3	4	0
África subsahariana	14	0	0
América Latina y Caribe	11	0	1
Asia del Este y Pacífico	4	1	0

El carácter voluntario de estas iniciativas es evidente. De estas cifras, el grupo de investigación deduce que los docentes parecen ser solicitantes de esta clase de servicios y que existe un potencial real en cuanto a las mutualidades de sanidad. Debido a esa voluntad, así como a esa necesidad, a tenor de las respuestas recibidas podemos considerar que el personal docente puede ser un catalizador real de la protección social solidaria, sobre todo en el África subsahariana, en América Latina y el Caribe.

Pregunta núm. 6 – El importe de la cotización para la cobertura de base es:

	Fijo (mismo importe para todos)	Proporcional al salario	Proporcional al salario, pero tope máximo	Variable según otros criterios (por ejemplo, el número de afiliados en la familia)	No responde
América del Norte y Europa Occidental	2	1	0	0	1
África del Norte	0	3	4	0	0
África subsahariana	10	0	1	5	0
América Latina y Caribe	7	2	0	3	1
Asia del Este y Pacífico	2	2	0	1	0

En el África subsahariana y en América Latina y el Caribe, la cuota es mayoritariamente fija, aunque también puede variar en función del número de afiliados por familia.

En las demás zonas, las respuestas son demasiado variables para poder extraer una pauta común.

Pregunta núm. 7 – Para la cobertura de base, las cotizaciones son:

	Retenidas en origen sobre el salario	Pagadas por el afiliado en efectivo	Pagadas por el afiliado en especie (por ejemplo, productos agrícolas)	No responde
América del Norte y Europa Occidental	3	1	0	0
África del Norte	7	2	0	0
África subsahariana	11	10	0	0
América Latina y Caribe	9	4	0	1
Asia del Este y Pacífico	4	1	0	1

En la mayoría de los casos, las cuotas correspondientes a la cobertura básica se retienen en el origen (en el salario), pero en el África subsahariana también pueden pagarse en efectivo.

Nuestra encuesta no ha descubierto ninguna mutualidad o iniciativa mutualista en la que el pago se haga en especie.

Pregunta núm. 8 – Para la cobertura de base, las prestaciones que recibe el asegurado consiste(n) en:
(varias elecciones posibles)

	Cuidados gratuitos (sin adelanto de dinero) por un proveedor de servicios impuesto	Cuidados gratuitos (sin adelanto de dinero) por un proveedor de servicios de su elección de una lista de proveedores autorizados / vinculados por convenio	Un reembolso parcial de los gastos facturados por un proveedor de servicios impuesto	Un reembolso parcial de los gastos facturados por un proveedor de servicios de su elección de una lista de proveedores autorizados / vinculados por convenio	Un reembolso total de los gastos facturados por un proveedor de servicios impuesto	Un reembolso total de los gastos facturados por un proveedor de servicios de su elección de una lista de proveedores autorizados / vinculados por convenio	Un número determinado de servicios gratuitos pagados a tanto alzado	No responde
América del Norte y Europa Occidental	0	0	1	1	0	0	0	2
África del Norte	0	0	0	6	0	4	0	1
África subsahariana	1	0	0	11	0	0	3	0
América Latina y Caribe	2	2	4	8	2	0	1	2
Asia del Este y Pacífico	0	1	1	3	0	1	0	1

En la mayor parte de los casos, se ofrece al asegurado el reembolso parcial de los gastos facturados por un proveedor a elegir, pero vinculado por convenio. Hemos encontrado varios casos en América Latina en los que la asistencia médica es totalmente gratuita.

Pregunta núm. 9 - La cobertura cubre:

	Únicamente al asegurado	Al asegurado y a su familia	Al asegurado y a un número de miembros determinado de su familia (por ejemplo 6 u 8 miembros)	No responde
América del Norte y Europa Occidental	1	3	0	0
África del Norte	0	6	1	0
África subsahariana	2	9	4	0*
América Latina y Caribe	4	6	1	1
Asia del Este y Pacífico	0	2	2	1

* Uno de los encuestados declaró que la cobertura era ilimitada.

Por lo común, la cobertura es a favor del asegurado y de su familia, lo cual puede considerarse que refuerza el carácter solidario de estas iniciativas mutualistas.

En el 33% de los casos en América Latina y el Caribe la cobertura beneficia exclusivamente al asegurado.

Conclusiones

De todas las respuestas obtenidas se desprende fundamentalmente la gran variedad de situaciones existentes. Como nuestra encuesta no es representativa, no es posible detectar pautas evidentes; no obstante, en todas las regiones del mundo, se han creado y se crean todavía en la actualidad mutualidades e iniciativas mutualistas. Los docentes han desempeñado un papel importante en su constitución y en su desarrollo posterior. Parece cierto que los profesionales de la educación pueden tener un papel efectivo a la hora de proseguir y ampliar estas iniciativas mutualistas. En muchos casos, existe un potencial importante de desarrollo, tanto para aumentar el número de afiliados y ampliarse geográficamente, como para expandir los tipos de riesgos y de necesidades a cubrir.

Por otro lado, parece útil completar el estudio iniciado a fin de mejorar nuestro conocimiento y de reflejar mejor la realidad y el valor de las iniciativas existentes en el mundo.

Si poseen informaciones que puedan ayudarnos a completar o enriquecer la base de datos, les rogamos las comuniquen a la coordinadora de la Red Educación y Solidaridad a la dirección de correo electrónico sgrasso@educationsolidarity.org

2.3. Diversidad de planteamientos - Presentación de varios casos prácticos de participación de los profesionales de la educación en los sistemas de protección social solidaria

El estudio exploratorio que hemos llevado a cabo para delimitar el terreno y contar con una primera perspectiva general no permite establecer una tipología de las iniciativas existentes a escala mundial.

Además, las características institucionales y socioeconómicas de los países en los que se hallan tales iniciativas son tan variadas que no permiten realizar comparaciones. Por último, las realidades y las transformaciones recientes del “mundo de la educación” son tan diversas en los distintos países como las iniciativas que podrían emprender los docentes, los educadores y los profesionales de la educación en un sentido amplio del término para responder (mejor) a las necesidades de protección.

No obstante, a partir de algunos estudios de casos prácticos hechos por medio de entrevistas telefónicas, de recogida de información a través de las páginas web de algunas organizaciones y de intercambios de correos electrónicos con corresponsales locales, vamos a intentar presentar varias iniciativas de tipo “mutualista” descubiertas durante nuestras investigaciones en función de su origen o modo de creación.

Las fechas de creación de las iniciativas mutualistas identificadas y todavía existentes en la actualidad se extienden durante alrededor de un siglo. Sin embargo, en nuestro trabajo de investigación pudimos comprobar que algunas mutualidades de profesionales de la educación fueron creadas a mitad del siglo XIX; así, por ejemplo, en Alemania, en 1840 se creó una caja mutual de seguro de enfermedad para los profesores de Sajonia y en 1842 se constituyó otra en Hamburgo para los profesionales de la educación y los responsables de su formación, las cuales existieron hasta 1940. Asimismo, en América Latina, se creó una sociedad de asistencia mutua entre profesores y profesoras de enseñanza primaria en Valparaíso (Chile).

Las iniciativas observadas pueden ser consecuencia de un grupo más o menos estructurado (principalmente de base sindical) de personal de la educación, de una organización religiosa o bien originarse como resultado de las recomendaciones hechas por las autoridades públicas. A menudo, estos últimos casos se dan en países que poseen una estructura estatal escasamente desarrollada con un sistema vigente de seguridad social y con la posibilidad de organizar una fórmula colectiva de prepago y/o de funcionar mediante una retención en origen en el salario a fin de organizar la recogida de fondos destinados a la entidad mutualista.

El origen o el acontecimiento que condujo a la creación, por o para el personal de la educación, de una iniciativa de tipo mutualista que responda a las necesidades de protección social solidaria parecen tener una importancia fundamental en el desarrollo posterior de la iniciativa. La voluntad y la dinámica de movilización de un grupo de personas o de actores para establecer la iniciativa, así como para asegurar su desarrollo y su continuidad una vez que desaparecen los fundadores, parecen tener un efecto no desdeñable en la capacidad de supervivencia de una iniciativa de tipo mutualista objeto del presente estudio.

Sin embargo, también se observa que el grado de desarrollo económico de un país o de una región y de su sistema de seguridad social (tanto desde una perspectiva institucional como desde la perspectiva de la oferta de asistencia sanitaria y de servicios para responder a las necesidades existentes) influye notablemente en el alcance de una iniciativa y sobre todo en su continuidad.

Así, parece necesario que se den los siguientes requisitos previos para poder consolidar sosteniblemente una iniciativa de tipo mutualista:

- Un sistema de seguridad social más o menos institucional o, como mínimo, que esté reconocido (y promovido) por las autoridades públicas.
- Una estructura organizada que permita federar a un grupo de personas en torno a un proyecto mutualista de protección social solidaria.
- Una capacidad de retención en origen (en el salario) para canalizar los pagos a una caja mutual.
- Una estructura de un determinado tamaño (umbral mínimo de rentabilidad) y estable desde un punto de vista financiero (necesidad de cobro regular de cuotas y mantenimiento o crecimiento del número de afiliados o miembros).
- Una capacidad suficiente en cuanto a recursos humanos para organizar, gestionar y desarrollar el funcionamiento de la iniciativa mutualista.

Las iniciativas sobre las que hemos podido recopilar suficiente información a fin de presentarlas en forma de casos ilustrativos son muy escasas y no reflejan la posible diversidad de regímenes jurídicos, de contextos socioeconómicos e institucionales, de fechas y motivos de su creación, etc. Además, en algunos casos, las primeras informaciones recogidas son parciales y las solicitudes de información complementaria no han dado fruto. Por lo tanto, queda un potencial bastante importante de casos de los que puede sacarse más partido.

Con el ánimo de solventar las dificultades encontradas⁸ en la recogida de información, la Red Educación y Solidaridad constituye sin lugar a dudas un medio muy valioso para identificar y clasificar otras estructuras e iniciativas. Ahora bien, para continuar el estudio y tener una mejor visión analítica, parece imprescindible llevar a cabo un auténtico examen sobre el terreno con el apoyo de una persona de contacto específica, que tenga buenos conocimientos no sólo de la realidad “mutualista”, sino también de las circunstancias sociales, económicas e institucionales en las cuales se desarrolla una iniciativa objeto del presente estudio.

Las iniciativas que presentamos seguidamente en forma de recuadros ilustrativos podrían también ser objeto de una investigación posterior más exhaustiva, en función de los objetivos de la Red Educación y Solidaridad, ya que ofrecen particularidades que merecerían ser analizadas más detenidamente. Pero para ello es preciso contar con tiempo y con recursos, de los que carecíamos en el presente estudio.

Los casos ilustrativos que se presentan a continuación podrían tener los propósitos siguientes:

- Crear (a partir de cero) un sistema de cobertura social o una iniciativa mutualista (como fue el caso del grupo de ex alumnos en la India).
- Ampliar a otros beneficiarios (no cubiertos de otra manera) la prestación de asistencia sanitaria o de servicios (véase el caso de la mutualidad creada en Japón para los docentes

⁸ Véase la sección sobre los aspectos metodológicos.

del sector privado, así como las mutualidades o iniciativas comunitarias establecidas en África).

- Asegurar una mejor cobertura de la asistencia sanitaria (oferta complementaria o adicional) (por ejemplo, la iniciativa de la Federación de Docentes de Columbia Británica en Canadá, o el caso de la Asociación Mutual de Docentes de la Provincia del Chaco en Argentina).
- Volver a establecer un sistema tras un período de crisis o para responder a nuevas dificultades sociales, o incluso para reemplazar una oferta decreciente o fallida de las autoridades públicas, pero con la necesidad de poner en marcha junto a una oferta de asistencia sanitaria y de servicios un sistema de capacidad contributiva para poder recurrir a éste (véanse sobre todo los casos de África).
- Coordinar y ampliar a favor del mayor número posible de personas los servicios prestados por diversas organizaciones locales o basadas en profesionales (véase el desarrollo de la Mutual General de la Educación Nacional en Francia).

En último lugar, todos estos casos también ponen de relieve la diversidad observada de asociaciones y cooperaciones de actores cuyo objeto es poner en marcha una iniciativa de protección social solidaria.

Iniciativas en torno a un grupo de profesionales de la educación

LA INDIA – La Asociación de ex alumnos del Instituto San Estanislao

Cuando en febrero de 2007 se difundió entre la comunidad de ex alumnos del Instituto San Estanislao la noticia de que Joe Maumkel, un hombre que había impartido clases en dicho centro durante sesenta años, se estaba muriendo en un hospital, se puso en marcha un movimiento de solidaridad en esa comunidad que permitió reunir una cantidad importante de dinero para ayudar a su “viejo” profesor.

Como consecuencia de este hecho, esos ex alumnos, ya distribuidos por todo el mundo, emprendieron la “Iniciativa de Asistencia Médica San Estanislao”, que ha permitido ofrecer a unos cien profesores, en activo o no, un seguro de salud que garantiza la gratuidad de las hospitalizaciones y una cobertura de enfermedad. Asimismo, se contrató un seguro completo en caso de accidente para el personal no docente. Los ex alumnos que se habían convertido en médicos también organizaron en el propio centro escolar “campamentos de salud” dirigidos al personal docente en los cuales podían realizar un reconocimiento médico anual completo y gratuito.

Por medio de un fácil protocolo se determina el procedimiento a seguir por un ex alumno que desea incorporarse a esta iniciativa y hacer su propia contribución.

Las prestaciones ofrecidas por esta iniciativa se efectúan a través de un convenio formalizado con la compañía de seguros Bajaj Allianz Gururaksha y con varios centros sanitarios (*Tata Aig Hospital Care* y *Tata Aig Maharaksha*).

El Instituto San Estanislao está situado en Bandra (Mumbai), tiene una antigüedad de 143 años y en él han estudiado y se han diplomado numerosas personalidades del país.

Cabe también señalar que los ex alumnos pusieron en marcha el proyecto a través de internet.

ARGENTINA - Asociación Mutual de Docentes de la Provincia del Chaco (MUDOC)

La Asociación Mutual de Docentes de la Provincia del Chaco es una mutualidad constituida en 1982 por un grupo de docentes que en la actualidad cuenta con más de 12.000 socios, en su mayoría mujeres, debido a la composición del cuerpo docente de esta provincia. La cobertura del socio es idéntica a la de su cónyuge e hijos.

En Argentina, la seguridad social está organizada por el Estado, es obligatoria para el sector formal del mercado laboral (público y privado) y se financia por medio de una retención en origen de la aportación de los trabajadores y de una contribución de los empresarios en lo que atañe al sector formal privado. De ese modo, los docentes disfrutaban de un régimen público que cubre las prestaciones básicas y, además, gracias a la MUDOC se benefician de prestaciones complementarias a cambio del pago de una cuota fija.

Sus socios son docentes, directores e inspectores del sector público de la provincia del Chaco, zona en la que la MUDOC no compete con ninguna otra organización en cuanto a este segmento profesional.

Los socios perciben una devolución parcial de los gastos médicos por enfermedad, y el resto (40%) corre a cargo del propio afiliado. El 60% de la mayor parte de los gastos sanitarios se cubre por lo tanto por la mutualidad y por el Estado. La hospitalización, las medicinas, los reconocimientos médicos y los tratamientos específicos se financian de modo análogo.

La mutualidad ofrece también un pago complementario en el momento de la jubilación del socio. En caso de fallecimiento del socio o de un miembro directo de su familia (cónyuge o hijo menor de 21 años), el socio o su familia directa percibe un determinado importe para los gastos de entierro o incineración.

La afiliación a esta organización profesional “autónoma” y de “base comunitaria” es voluntaria. Las cuotas son fijas y se retienen en origen, en el salario.

La MUDOC se vio obligada a reducir su personal y sus servicios debido a la gran crisis del año 2001, principalmente a la hiperinflación y la reducción de los ingresos, pero después ha conseguido superar esa situación “gracias a la solidaridad y sin perder socios”. Sin embargo, durante esa misma época desaparecieron otras asociaciones mutuales de personal administrativo y también de docentes.

Esta mutualidad está reconocida por el Estado en el ámbito provincial y, en el nacional, a través de una federación. No recibe ningún tipo de subvención ni de apoyo técnico. Después de la crisis, la asociación amplió su cobertura a la asistencia ortopédica, así como las prestaciones relacionadas con la jubilación. Tampoco es miembro de ninguna asociación internacional.

Iniciativas de un grupo de profesionales de la educación en cooperación con una organización religiosa

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO – Mutualidad de Docentes de las Escuelas Católicas de Kinshasa (MUSECKIN)⁹

En la República Democrática del Congo, la MUSECKIN (Mutualidad de Docentes de las Escuelas Católicas de Kinshasa), creada en 1998 y reorganizada en 2000, constituye una mutualidad de salud del personal docente que cuenta con unos 600 afiliados y 2.000 beneficiarios.

El contexto

Los docentes, como el conjunto de los funcionarios públicos, han sufrido en sus salarios las consecuencias de los Planes de Ajuste Estructural y de la degradación socioeconómica del país durante los años 80 y 90. La reducción de sus remuneraciones ha sido tal que, en 1994, la Conferencia Nacional Episcopal del Congo pidió a los padres de los alumnos de la red concertada católica que pagasen una prima de motivación a los profesores como complemento al salario pagado por el Estado. Así, desde 1994, esta prima no ha cesado de aumentar, de manera que, en la actualidad, constituye la parte fundamental de la retribución de los docentes. La quiebra del Estado también ha puesto en peligro el sistema de tarjetas de los derechohabientes que permitía a los funcionarios acceder a los servicios de asistencia médica.

Al mismo tiempo, la decadencia económica había afectado a los servicios de la salud. Debido a que la moneda nacional se devaluó en un 500% y a la inflación galopante, las revisiones al alza de las tarifas de la asistencia sanitaria se hicieron cada vez más frecuentes. A consecuencia de ello, la población iba menos a los centros de salud. La asistencia médica básica siguió siendo relativamente accesible pero, sin embargo, las hospitalizaciones están ahora fuera del alcance de la mayoría de la población.

En ese contexto, un grupo de docentes del Colegio San José (Gombé, Kinshasa) decidió organizarse en forma de mutualidad a fin de prestarse ayuda y facilitar el acceso de sus familias a la asistencia médica. La coordinación católica de Kinshasa quiso después extender la iniciativa al conjunto de escuelas católicas de la ciudad.

En 1999, la Oficina Internacional del Trabajo se puso en contacto con la mutualidad en el marco de un proyecto piloto sobre mutualidades de salud en la República Democrática del Congo (el estudio de viabilidad de las mutualidades de salud del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) y se reestructuró en el ámbito de la asistencia sanitaria únicamente (el proyecto inicial preveía hacerse cargo de los fallecimientos por una cantidad a tanto

⁹ Esta presentación de caso práctico se basa en un estudio hecho por Gael Comhaire (Grupo de Investigación de Apoyo Político [GRAP-OSC] de la Universidad de Lieja), bajo la coordinación del profesor Marc Poncelet. En concreto, la mutualidad MUSECKIN de la República Democrática del Congo ha sido objeto de un estudio exhaustivo sobre el terreno, lo cual permite disponer de más información específica y delimitar mejor las posibles dificultades encontradas en el funcionamiento de la organización.

alzado), con una cobertura individual y no familiar y la formalización de un contrato entre un proveedor de servicios y la mutualidad.

El socio: la Oficina Diocesana de Obras Médicas

La mutualidad ha firmado un convenio para la cobertura de la asistencia médica a favor de sus afiliados con la red de la Oficina Diocesana de Obras Médicas (BDOM, según sus siglas en francés) de Kinshasa, asociación sin ánimo de lucro de la Iglesia Católica de la Archidiócesis de Kinshasa que también colabora con la red de asistencia médica de la Iglesia del Ejército de Salvación. La entidad asegura la cobertura sanitaria a 1.100.000 habitantes y opera en 24 de las 35 zonas de salud de la ciudad de Kinshasa, de modo que cubre del 20 al 25% de las necesidades de asistencia médica primaria de la capital. La BDOM dispone de 48 centros de salud, 8 centros hospitalarios, 22 maternidades y un hospital general de referencia. Como esta organización está considerada uno de los mejores proveedores de servicios en cuanto a la relación calidad/precio y a la cobertura territorial, la MUSECKIN la eligió para formalizar el convenio de cobertura de asistencia sanitaria.

El funcionamiento y las dificultades de gestión y de financiación

La afiliación a la mutualidad es voluntaria y cada socio puede inscribir el número de personas a su cargo que desee. El conjunto de las prestaciones a favor de los beneficiarios de la MUSECKIN se gestiona y paga a través de la Oficina Diocesana de Obras Médicas.

El nuevo afiliado está sujeto a un período de transición de tres meses antes de tener derecho a la cobertura de la asistencia médica, lo cual permite constituir una reserva financiera con sus cuotas. Cada beneficiario tiene que haber pagado la totalidad de su cuota mensual para tener derecho a la cobertura de la asistencia de salud durante el mes siguiente al pago.

Todos los meses, la mutualidad elabora la lista de los beneficiarios que han satisfecho sus cuotas y la envía a la BDOM indicando el importe correspondiente al número de personas inscritas como derechohabientes para el mes en curso.

La gestión inicial de la mutualidad fue ineficaz debido a que estuvo administrada directamente por los docentes, que carecían de adecuada formación en la materia, y la falta de un sistema de seguimiento y de control de las prestaciones tuvo consecuencias negativas.

Desde 2004 la mutualidad recibe el apoyo técnico del Programa de Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza (STEP) de la OIT. A principios de 2006, este programa había contribuido a la creación de las herramientas de seguimiento, entre las que se encuentran los formularios de asistencia médica.

La organización de la cobertura de los costes de hospitalización es especialmente difícil debido a la insolvencia general de las personas. En paralelo, los costes (a la tarifa para la población) del nivel primario siguen siendo por lo común asequibles para las personas o menos proclives a tener unas consecuencias financieras desastrosas en los presupuestos de las familias.

Ahora bien, en el marco de la mutualización de los riesgos, sí lo son por el contrario los costes de la asistencia médica.

Salvo en lo que incumbe a la cobertura de la atención hospitalaria, las familias pagan por una persona y dan asistencia a dos o más a cuenta de esa persona. De esa manera, se recuperan financieramente a costa de la mutualidad y del proveedor de la asistencia médica.

La MUSECKIN ha sufrido una importante disminución del número de beneficiarios cotizantes (de varios miles al principio a tan sólo 1.300 en octubre de 2007) debido a las elevadas nuevas cuotas exigidas para cubrir los gastos asociados a la asistencia sanitaria. El reto actual más relevante al que se enfrenta la mutualidad es incrementar el número de afiliados para así ampliar la cobertura entre los 45.000 beneficiarios previstos (el conjunto de las redes públicas de docencia, esto es unos 10.000 profesores con unas cuatro personas por familia).

En la práctica, esta falta de fondos no permite ya cubrir los gastos básicos de funcionamiento de la mutualidad.

Iniciativas provenientes de un sindicato

CANADÁ – Federación de Docentes de Columbia Británica (BCTF)

Este estudio de caso práctico sobre una federación de docentes es un ejemplo ilustrativo de una de las quince asociaciones mutualistas de docentes existentes en Canadá que prestan servicios de protección social solidaria. Este ejemplo destaca de los demás debido a la gran implicación de sus miembros en el movimiento laborista y sindical canadiense, así como a su radicalización tras años de crisis y tensiones, que provocaron relaciones muy conflictivas con el gobierno provincial de Columbia Británica, responsable no sólo de fijar los salarios, sino también el tamaño de las clases, por lo cual su influencia es muy importante en las condiciones de trabajo.

La Federación de Docentes de Columbia Británica se creó en 1917 por un grupo de profesores de Vancouver y de Victoria. En seguida, la federación se dedicó a tratar los problemas específicos de esta provincia de Canadá, en especial los que afectaban a los docentes en el medio rural. De ese modo, se implicó en la lucha por mejorar los salarios y las condiciones laborales. En la actualidad cuenta con alrededor de 41.000 afiliados (fundamentalmente profesores de preescolar y de enseñanza primaria) y tiene una plantilla de 150 empleados.

Su implicación en el logro de ventajas sociales y de prestaciones de asistencia médica y protección social se desarrolló sobre todo a partir de los primeros años 80, cuando la federación sindical tuvo la posibilidad de negociar con el gobierno provincial complementos de jubilación e indemnizaciones por despido. Tras ello, la BCTF empezó poco a poco a crear una estructura que englobara una organización mutualista y una compañía de seguros con el fin de proporcionar asistencia sanitaria y prestaciones de protección social a sus afiliados, a los que principalmente ofrecía una cobertura básica en caso de enfermedad e invalidez. Esta iniciativa cuenta con el reconocimiento de las autoridades públicas.

Desde entonces, la Federación ha puesto también claramente de relieve su función directriz e impulsora en cuanto a la mejora de las condiciones de vida y de trabajo de los docentes, para

lo cual se basa en “las experiencias compartidas, los valores comunes y los objetivos colectivos en lo que respecta al tipo de sociedad que comparten los docentes”¹⁰.

En cuanto a las prestaciones de asistencia médica, los afiliados a la BCTF y las personas a su cargo pueden elegir entre diversos proveedores, acreditados o directamente contratados por la federación. Las cuotas a pagar para tener derecho a esta cobertura de asistencia se deducen en origen del salario de los docentes y el importe de las prestaciones de los proveedores de la asistencia sanitaria se devuelve parcialmente a los afiliados.

También existe lo que se denomina un “plan de ayudas salariales”, por medio del cual se conceden ayudas específicas en caso de enfermedad, de accidente o de invalidez de corta o larga duración.

De los 41.000 afiliados, actualmente 1.700 docentes disfrutan de esas ayudas de corta o larga duración.

La estructura de las cuotas para acceder a este plan se determina todos los años por la Asamblea General de la Federación. Así, para el año escolar 2008/2009, cada docente aporta el 1,5% del salario percibido; de ese porcentaje, el 0,5% se destina a financiar las ayudas para los períodos de enfermedad/invalidez de corta duración¹¹ y el 1% las correspondientes a los períodos de incapacidad de larga duración¹², así como el programa especial de rehabilitación establecido para luchar contra el estrés específico de la profesión de docente y permitir que las personas que lo sufren puedan reincorporarse a su trabajo, al menos a tiempo parcial. En caso de imposibilidad de “retorno”, se buscan otras vías de reconversión para ayudar al docente.

En opinión de sus promotores, la estructura de seguro mutualista puesta en marcha a principios de los años 80 está ya plenamente consolidada.

FILIPINAS – Asociación de Docentes de Escuelas Públicas de Ciudad Quezon (QCPSTA)

Esta Asociación constituye la organización oficial y reconocida de los docentes de escuelas públicas y del personal no docente de los colegios de Ciudad Quezon y es miembro de la Alianza de Docentes Comprometidos (*Alliance of Concerned Teachers*), la cual está afiliada a la Internacional de la Educación. En total, agrupa a 9.500 profesores y a 1.000 miembros del personal no docente.

En enero de 2007, la Asociación puso en marcha un programa denominado “Sistema de contribuciones para ayudas por fallecimiento”, a tenor del cual la familia de una persona afiliada a él percibe, en caso de fallecimiento, una ayuda por valor de 68.000 pesos filipinos.

Dicho programa tiene un carácter de prestación mutualista, de modo que cada vez que un miembro fallece, los demás afiliados pagan una cantidad idéntica de 10.000 pesos, importe que se percibe directamente a través del salario. A esta contribución por fallecimiento se

¹⁰ Véase la página web <http://www.bctf.ca/AboutUs.aspx?id=3016>.

¹¹ El pago de las ayudas para períodos de incapacidad de corta duración se inicia el primer día de la incapacidad.

¹² En caso de incapacidad de larga duración, el pago de las ayudas se efectúa durante un período de un año. A continuación, es necesaria una declaración oficial de discapacidad o de invalidez física o mental para poder seguir beneficiándose de esas ayudas.

añade la retención automática en el salario de la cantidad de cinco pesos en concepto de cuota mensual.

La ayuda asignada por fallecimiento se paga unos días después de haber recaudado la cantidad prevista.

La Asociación organiza reconocimientos médicos anuales para sus afiliados. En el caso de las docentes, tienen derecho a un reconocimiento gratuito (ginecológico y de mama) durante la semana de celebración de la mujer.

Asimismo, la QCPSTA ha conseguido fondos para financiar un programa de servicios médicos dirigido a los docentes jubilados que requieren una asistencia inmediata.

En Filipinas existe un régimen de seguro social y los empleados del gobierno y los militares disfrutan de un régimen especial.

El régimen general cubre a los trabajadores del sector privado menores de 60 años y que ganen al menos 1.000 pesos mensuales, a los empleados domésticos y a todos los trabajadores autónomos menores de 60 años y que ganen al menos 1.000 pesos.

El sistema de la seguridad social¹³ recauda las contribuciones y paga las prestaciones bajo la dirección y el control de la Comisión de la Seguridad Social.

En este país, el acceso a la asistencia sanitaria parece estar asociado a la investigación de los recursos de la persona.

El programa nacional de seguro de salud cubre al 79% de la población y principalmente a los trabajadores del sector formal. Ahora bien, el sector informal está compuesto de unos 15,5 millones de personas. En 2003, se inició un proyecto piloto a fin de cubrir a los trabajadores de la economía informal por medio de la creación de cooperativas de microcrédito (OIT-PhilHealth).

FRANCIA – Mutualidad General de la Educación Nacional (MGEN)

Desde mediados del siglo XIX, el personal docente, y en primer lugar los profesores de enseñanza primaria, empezaron a tejer una amplia red de sociedades de asistencia mutua con objeto de hacer frente a los riesgos de la existencia.

Las primeras sociedades de asistencia mutua de profesores de enseñanza primaria, creadas fundamentalmente a partir del II Imperio, son casi siempre sociedades locales, de alcance provincial. Entre 1886 y 1944, se establecieron cerca de 110 agrupaciones de esta clase en Francia.

A comienzos del siglo XX, a las sociedades de asistencia mutua provinciales se añadieron agrupaciones de ámbito nacional, especializadas en la cobertura de un riesgo, como es el caso de la Unión Nacional de Sociedades de Asistencia Mutua de profesores y profesoras de

¹³ Véase la página web www.sss.gov.ph.

enseñanza primaria de Francia y sus colonias (a la que se denominó “Unión de sanatorios”), creada en 1901 con objeto de construir y administrar sanatorios exclusivos para los docentes. Cabe aquí también citar el Orfanato de la Enseñanza Primaria (1885) y el Apoyo Mutuo, entidad creada en 1921 para prestar ayuda en los casos de enfermedad de larga duración.

En los años 30, los profesores mutualistas de enseñanza primaria intentaron reagrupar todas esas sociedades dispersas, de modo que en 1933 se creó la Federación de Obras Mutualistas de la Enseñanza Pública, a la que se rebautizó como Federación Nacional de la Enseñanza Pública en 1938. En algunas regiones también comenzaron a crearse reagrupaciones, en concreto en el departamento de Bocas del Ródano en 1936, en el departamento de Eure o en Marruecos, donde en 1938 se constituyó la Unión Marroquí de Obras de Mutualidad de los Funcionarios de la Enseñanza Pública y Laica.

A causa de la II Guerra Mundial y de la Ocupación, se interrumpió el proceso de unificación del movimiento mutualista de docentes, que renacería tras la Liberación por iniciativa de mutualistas y sindicalistas docentes, en paralelo con la creación de la seguridad social.

La primera mutualidad francesa de salud, la Mutualidad General de la Educación Nacional (MGEN) da cobertura a más de 3,3 millones de personas, profesionales de la Educación Nacional, la Investigación, la Cultura, la Juventud y el Deporte.

Para este colectivo, la Mutualidad asegura la gestión de la seguridad social, en el marco de una delegación de atribuciones de servicio público, así como de las prestaciones complementarias.

En el complemento de salud de la MGEN se incluyen numerosas garantías sin opciones por una cuota única. Ahora bien, tiene un ámbito mucho más amplio que la salud, prestando servicios específicos de asistencia a los afiliados en su vida diaria como, por ejemplo, ayuda económica extraordinaria, ayuda a domicilio, complemento de ingresos en casos de paro prolongado o ayuda para mudanza y vivienda.

Como agente de la sanidad pública, la MGEN administra 33 establecimientos sanitarios y médicosociales y apoya activamente la investigación sobre la salud pública gracias a su Fundación de Empresa y a un acuerdo de colaboración con el Instituto Nacional de la Salud y de la Investigación Médica (INSERM). Además, establece numerosos programas de prevención y de educación en materia sanitaria.

Iniciativas provenientes de un sindicato, pero dirigidas por las autoridades públicas**TOGO – Mutualidad General de Docentes de Togo (MUGET)**

Menos del 20% de la población de Togo está cubierto por un sistema de la seguridad social que, en muchos casos, es incompleto¹⁴.

Las prestaciones en materia de seguridad social en el sector asalariado son dos: la prevención de riesgos profesionales y la asistencia médica.

En lo que atañe a este último aspecto, todas las empresas o establecimientos están obligados a garantizar un servicio médico a sus trabajadores y sus familias. Los trabajadores autónomos y los del sector informal no están cubiertos por la seguridad social.

A principios de 2006, se celebraron varias reuniones del diálogo social en las que los interlocutores sociales y el Gobierno togolés llegaron a un acuerdo en cuanto a la necesidad de una política nacional en materia de sanidad para todos. Con ese fin, se decidió promover las asociaciones mutualistas y crear un sistema nacional de seguridad social que cubriera a toda la población. Esta nueva orientación permitió el establecimiento de las mutualidades de salud, de modo que se crearon unas diez, cuya financiación se realiza a través de las cuotas mensuales de sus afiliados (de 125 a 1.500 francos CFA).

En 1973 se había ya creado la Mutualidad General de Docentes de Togo (MUGET), dirigida a los profesionales de un sector de la educación. La entidad está reconocida por las autoridades públicas y los profesionales de la enseñanza pública de todo el país pueden afiliarse a ella libremente.

Esta mutualidad ofrece cobertura del riesgo de jubilación y de fallecimiento (no así en el caso de enfermedad o de hospitalización) y está asociada a la Federación de Sindicatos de la Educación Nacional (FESEN), cuya cobertura geográfica es nacional.

COSTA DE MARFIL – Mutualidad General de Funcionarios y Agentes del Estado (MUGEF-CI)

En 1973, el Gobierno de Costa de Marfil, a solicitud de los sindicatos de funcionarios, creó la Mutualidad General de Funcionarios y Agentes del Estado a fin de compensar la gratuidad de la asistencia médica que les había sido retirada. Por consiguiente, la iniciativa de esta mutualidad es de origen sociopolítico.

En 1989, la gestión de la mutualidad se transfirió del Estado a los sindicatos y, en la actualidad, la organización se encuentra en una fase de regularización de su gestión técnica y económica, más aún cuando el número de afiliados supera el umbral de equilibrio financiero.

¹⁴ Reunión regional de grupos de expertos en protección social sobre el tema “Invertir en protección social en África” celebrada en Dakar (Senegal) del 9 al 11 de junio de 2008. Comunicación presentada por Assoumatine Kounon, Dogoumangue Danangue y Denyo Komi.

La mutualidad ofrece a escala nacional cobertura básica y complementaria de enfermedad/invalidez, cobertura complementaria de hospitalización y cobertura complementaria en caso de fallecimiento.

Asimismo, ofrece, según un régimen de afiliación voluntaria, un sistema de solidaridad importante en forma de ayuda intergeneracional a través de una modalidad de cuotas proporcionales a los ingresos de los miembros. Las cuotas (en las que existe un límite máximo) se retienen en origen en los salarios.

La organización no tiene ánimo de lucro y se rige de manera democrática por sus miembros; tiene algo más de 220.000 afiliados y emplea a 229 personas.

Hasta ahora, la mutualidad ha formalizado convenios con varias asociaciones médicas para la prestación de asistencia sanitaria. La prestación ofrecida al asegurado (y a su familia) consiste en la devolución parcial de los gastos facturados por el proveedor, al que el asegurado ha elegido de una lista de entidades acreditadas o concertadas. Ahora bien, en breve la mutualidad contará con su propio centro de asistencia médica.

La mutualidad participa actualmente en organizaciones internacionales con la Asociación Internacional de la Mutualidad (AIM), la Unión Africana de la Mutualidad (UAM) y la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS).

Uno de los retos futuros a solventar es la integración de esta mutualidad en un sistema estatal más amplio de seguridad social, algo todavía inexistente en Costa de Marfil.

Iniciativas promovidas por las autoridades públicas

JAPÓN - Asociación de Asistencia Mutua del Personal de las Escuelas Privadas (docentes y empleados)

En Japón existen los dos sistemas de seguro de salud siguientes:

- Un sistema de seguro nacional de salud para todas las personas residentes en Japón que no estén cubiertas por el programa de seguro de salud para los trabajadores. Se trata de un régimen de seguro de salud gestionado regionalmente.
- Un sistema de seguro de salud basado en la ocupación (la profesión) que cubre a los trabajadores y las personas a su cargo. Los empleados de una empresa de un tamaño importante y sus empleadores constituyen una asociación de seguro de salud. En cuanto a las personas que trabajan en empresas más pequeñas, el gobierno organiza un seguro de salud colectivo financiado con las aportaciones de los trabajadores y los empresarios. En el caso de las demás profesiones, así como de los funcionarios, se han creado asociaciones nacionales. Por último, el gobierno también ha constituido un seguro de salud colectivo para los trabajadores de temporada, los temporales y otros similares.

En lo que concierne al personal de la educación, existen en Japón sistemas de asistencia mutua destinados a los docentes de las escuelas privadas, de las escuelas estatales y de las escuelas públicas locales, los cuales prestan las mismas clases de servicios.

Así, son tres las asociaciones a este respecto:

- La Asociación de Asistencia Mutua de las Escuelas Públicas Locales, a la cual están afiliados todos los docentes de este tipo de centros de enseñanza. Esta asociación concede complementos de jubilación, de invalidez y de viudedad, así como ayudas para personas enfermas, heridas y víctimas de catástrofes naturales.
- La Asociación de Asistencia Mutua de Servicios Públicos Nacionales o la Asociación Japonesa de Asistencia Mutua de Docentes de las Escuelas Públicas, que ofrecen los mismos servicios y prestaciones a las escuelas nacionales (escuelas estatales) y a sus docentes.
- La Asociación de Asistencia Mutua del Personal de las Escuelas Privadas (docentes y empleados).

Esta última es una sociedad mutualista, constituida en 1954 por las autoridades públicas, que cuenta con casi 480.000 afiliados y emplea a 1.500 personas.

Esta mutualidad forma parte del sistema de seguridad social del país, pero sólo cubre a los profesionales de la educación del sector privado, de modo que todos los docentes de los centros de enseñanza privados deben estar afiliados a ella, aunque algunas universidades privadas (por ejemplo, la Universidad Keio) están exentas de esa obligación.

Las cuotas se retienen en el salario y son proporcionales a éste. Este régimen garantiza al afiliado y a su familia la devolución parcial de los gastos incurridos en un centro médico concertado.

Los tres sistemas expuestos han sido creados por las autoridades públicas y están integrados en el régimen nacional de salud pública. La afiliación es obligatoria.

Los gastos asociados a las prestaciones médicas se devuelven parcialmente al usuario.

Un paciente japonés puede buscar asistencia sanitaria tanto en un hospital privado como en uno público, ya que no existe ningún tipo de restricciones a ese respecto, ni siquiera de carácter geográfico.

Iniciativas comunitarias

Aparte de las anteriores, existen muchas otras iniciativas de carácter comunitario, por ejemplo, en forma de microseguros de asistencia médica. Este tipo de iniciativas ha sido objeto de análisis pormenorizado en otros estudios, en especial en el África subsahariana. Estos casos de microseguros han contado fundamentalmente con el apoyo del programa STEP (Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza) del Departamento de la Seguridad Social de la Organización Internacional del Trabajo. Aquí nos permitimos citar algunas conclusiones de una síntesis extraída de un estudio realizado bajo la coordinación del profesor Marc Poncelet¹⁵, ya que consideramos que estas iniciativas pueden ser muy instructivas.

¹⁵ “Mutualidades comunitarias de salud en el África subsahariana: síntesis”, Julie Failon, Centro de Investigación de la Enseñanza PôLE SuD de la Universidad de Lieja y Grupo de Investigación de Apoyo Político (GRAP-OSC) de la Universidad de Lieja.

Como consecuencia del abandono del sector público de la financiación de la sanidad, desde hace quince o veinte años se han creado en el África subsahariana sistemas de microseguros de salud a fin de mejorar el acceso de las poblaciones desfavorecidas a la asistencia médica básica. Dichos sistemas no son siempre viables (algunas veces esas iniciativas no pasan de una fase experimental) ni funcionales (su índice de eficacia está en torno al 50%), aunque no dejan de extenderse en algunas zonas, sobre todo en el África Occidental¹⁶.

La concienciación y el consenso existentes en la actualidad en las grandes organizaciones internacionales para establecer sistemas de protección social a gran escala permitirán solventar una parte de las dificultades que acabamos de exponer y contribuirán a crear un vínculo entre estas iniciativas de tipo comunitario y otras estructuras más sólidas a desarrollar a mayor escala y que permitan cubrir a un conjunto más amplio de la población.

No sólo existen necesidades importantes que satisfacer, sino también oportunidades para el conjunto de los socios de la Red Educación y Solidaridad de poner en marcha nuevas iniciativas en países donde hay un auténtico deseo y demanda de ayuda y de cooperación para establecer estructuras permanentes, cuyo objetivo sea crear un sistema de protección social solidaria para los profesionales de la educación.

* * * * *

A pesar de estos ejemplos mundiales de participación de los profesionales de la educación en los sistemas de protección social solidaria, el resultado final sigue siendo impreciso y, sobre todo, incompleto; ahora bien, esta iniciativa no pretende ser más que el principio.

Aunque este estudio se ha hecho con medios reducidos, nos ha permitido poner de relieve los hechos siguientes:

- El gran interés del asunto analizado, ya que existe muy poca información sobre él.
- Las dificultades conceptuales asociadas al término “mutualismo”.
- Los requisitos previos estructurales necesarios para el establecimiento de organizaciones mutualistas, tanto en el ámbito institucional como en cuanto a la movilización de las partes interesadas.
- Las fortalezas de los socios de la red (mutualistas, sindicatos del personal de la educación y representantes de la organización marco internacional de la mutualidad y del programa mundial STEP, cuyo objeto es la ampliación de la seguridad social en el campo de la salud) frente al ambicioso fin del proyecto, ya que pueden reforzarse mutuamente en sus actuaciones.
- La necesidad de proseguir la investigación para enriquecer la base de datos de iniciativas mutualistas y describir otras iniciativas reales para, de ese modo, delimitar mejor todas las modalidades existentes, así como sus aportaciones y puntos fuertes respectivos.

Ni que decir tiene que los retos financieros asociados a la asistencia sanitaria y a los sistemas de seguridad social son enormes. No obstante, en los diversos casos observados, existe realmente un gran potencial de proyectos para los miembros de la Red Educación y Solidaridad.

¹⁶ Véase la perspectiva general ofrecida en la sección 1.1.

Gracias a su formación profesional, a su experiencia y a sus propias redes, los miembros de la Red Educación y Solidaridad dispondrán de todas las ventajas necesarias para ayudar a la creación y al desarrollo de iniciativas de tipo mutualista a fin de asentar de manera sostenible sistemas de protección social solidaria.

En cuanto a los socios de la Red, tienen claramente un importante papel que desempeñar, debido a su capacidad de movilizar a las partes y los recursos, a su aportación de conocimientos expertos sobre el terreno para desarrollar un proyecto y a su presencia a medio y largo plazo junto a los actores locales.

No sólo pueden estar en el origen de la creación de nuevas estructuras mutualistas de protección social solidaria, sino también reforzar y hacer sostenibles a organizaciones ya existentes (posiblemente en declive). Además, pueden influir en mecanismos de acción institucionales a fin de reforzar el grado de desarrollo institucional de la seguridad social, la movilización de los docentes como actores y catalizadores del desarrollo social solidario o incluso la promoción de los conceptos y los ideales mutualistas.

Por último, también pueden coordinar de modo eficaz a los socios internacionales en torno a proyectos concretos y fomentar el desarrollo de las ideas mutualistas en todo el mundo.

3. Conclusión: los profesionales de la educación como catalizadores de la solidaridad mutualista

3.1. Raíces y valores del compromiso mutualista

Las raíces de la mutualidad se remontan a la Antigüedad, época en la que ya existían sociedades de artesanos, como en Egipto en el año 1400 antes de Jesucristo, donde los canteros contribuían a un fondo destinado a ayudarlos en caso de accidente. Podemos citar también la Roma clásica, en la que se crearon colegios funerarios cuya finalidad era garantizar a sus miembros una especie de seguro de funeral. Del mismo modo, en la Edad Media, las fraternidades, los gremios y las sociedades de artesanos cubrían las enfermedades, las incapacidades, la vejez, la pérdida de trabajo y el incendio para sus afiliados, los cuales estaban unidos por juramento y pagaban una cuota al fondo de ayuda mutua que les proporcionaba la asistencia mutua (Bennet, 1981, pág. 19, 27-28, 42 y 67-68).

En Europa Occidental, con los procesos de industrialización y las malas condiciones de trabajo y de vida de la clase trabajadora, muchas mutualidades hallaron su origen en las sociedades de asistencia mutua creadas durante la primera mitad del siglo XIX. Este tipo de sociedades organiza la previsión para grupos socioprofesionales bien delimitados por su pertenencia a una empresa, un oficio, un sector de actividad económica, una región, una procedencia nacional, etc. La mayoría de esas primeras mutualidades, al igual que numerosas organizaciones mutualistas de hoy en día, comparte dos lógicas complementarias: la eficacia del servicio prestado a los afiliados y la acción colectiva que, para muchos de ellos, implica la militancia o incluso la contestación del orden establecido.

De ese modo, algunas de esas primeras mutualidades modernas organizaron la solidaridad y la acción colectiva en lugar de las organizaciones sindicales prohibidas, desarrollándose en paralelo y, a menudo, en sinergia con otras iniciativas de acción colectiva de carácter cooperativo. Esos estrechos vínculos en cuanto a la acción y a los valores entre las mutualidades, los sindicatos y las cooperativas se han mantenido en muchos países, a pesar de los sobresaltos de la historia social, económica y política. ¿Y qué podemos esperar como señal más evidente de esta proximidad de acción y de valores que la creación de esta nueva Red Educación y Solidaridad por iniciativa de las mutualidades y los sindicatos del personal de la educación?

El surgimiento del compromiso mutualista en el siglo XIX se consideraba muchas veces como el establecimiento de una forma de organización alternativa que, procedente de los medios populares, se opone a las fuerzas políticas, sociales y económicas dominantes. Por ello, esas organizaciones serían algunas veces prohibidas y otras puestas bajo la tutela pública. Además de la previsión, la educación, al permitir reducir las diferencias entre las clases sociales, es también a menudo una preocupación importante, como fue el caso explícito de las primeras sociedades mutualistas chilenas (Grez Toso, 1992, pág. 158), así como de muchas otras mutualidades de otras latitudes.

El modelo de organización mutualista moderno que los inmigrantes europeos introdujeron en numerosos países de América Latina y de África en particular se integra inicialmente en un contexto caracterizado por la ausencia de protección social estatal. A fin de prevenirse contra

los riesgos de la vida (desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, muerte) y de luchar contra la pobreza, muchas veces las personas debían recurrir a la caridad privada y a la filantropía en una relación de dependencia con respecto a las clases sociales más acomodadas o a las instituciones religiosas. En algunos países, las autoridades públicas, en especial las locales, ofrecían una protección mínima de asistencia pública.

El compromiso mutualista de ayer y de hoy se fundamenta en valores que se oponen a los excesos de la caridad y de la filantropía (tal como escribía Jean François Draperi [2007, pág. 33]: “el desarrollo de la filantropía exige desigualdades importantes”) y a la dependencia con respecto a una red mínima de seguridad estatal. Este compromiso mutualista aúna la responsabilización de las propias personas, la libertad de compromiso, esto es el voluntariado, la democracia y la solidaridad con un fin de protección, de previsión y, más en general, de mejora del bienestar físico, económico y social de los seres humanos.

La solidaridad mutualista combina el altruismo y el interés personal, la reciprocidad y el interés común. Como escribía J. D. Reynaud (1999): “la solidaridad es inseparable del cálculo”. Esto es claramente así en el campo de acción prioritaria de las mutualidades. El interés asegurador de la protección solidaria por medio de la mutualización de los riesgos coincide con las normas de un cálculo económico racional. La finalidad no lucrativa y la no selección de los riesgos añaden evidentemente ventajas innegables a la solución mutualista de los problemas de la salud. El propio Léon Walras se ha convertido en defensor de la legitimidad económica (y moral) de la mutualidad (Lacan, 2006). La mutualidad combina por lo tanto un compromiso altruista, incluso militante y contestatario, con un cálculo de la eficacia económica y social al servicio de sus afiliados.

La mutualidad es fuente de innovación. Ha sido predecesora de la seguridad social estatal allí donde existe, de modo que contribuye a ella y la completa. En algunos casos, la gestiona o la cogestiona. ¿Cuántas veces un servicio inicialmente propuesto por las mutualidades no se ha convertido después en un servicio de interés general integrado por el Estado en la seguridad social? Preocupada por la prevención y a la escucha de las necesidades de sus afiliados, la organización mutualista es catalizadora de la innovación, por lo cual constituye un complemento fundamental de la gestión administrativa de la seguridad social estatal.

Debemos subrayar aquí la ambigüedad y la pluralidad de las relaciones entre las mutualidades y las autoridades públicas. En algunos países, el Estado ha demostrado una gran desconfianza frente a una escuela de la democracia, a una estructura intermedia que pueda representar y defender los intereses de los ciudadanos por una vía distinta a los canales establecidos de la representación política. Por lo general, los Estados totalitarios han prohibido o instrumentalizado las organizaciones mutualistas. Por el contrario, otros Estados más democráticos y abiertos a las organizaciones de la sociedad civil han ayudado, promovido y subvencionado a las mutualidades a fin de aprovechar mejor la complementariedad de las acciones estatales y mutualistas.

El lugar que ocupa la mutualidad entre la sociedad civil y el mercado depende claramente de las relaciones de confianza mantenidas entre esa misma sociedad civil y el Estado, y por consiguiente de la calidad y la capacidad de la acción pública. Por ello, es lógico encontrar una similitud entre la situación de las sociedades de asistencia mutualista en Europa Occidental en el siglo XIX, en un contexto de Estado asocial, y las iniciativas comunitarias en algunos países africanos en los que los Estados carecen ya de los medios para financiar la más mínima acción social. Cuando el Estado no tiene ya recursos para asegurar la protección

social, las iniciativas colectivas y comunitarias vuelven a surgir como únicas respuestas a las necesidades elementales de la población. El recelo hacia un Estado “instrumentalizador” refuerza aún más esta tendencia hacia la “autoayuda” mutualista.

3.2. Los profesionales de la educación en la solidaridad mutualista

Con frecuencia, la iniciativa y el éxito de un proyecto mutualista se basan en una persona o un pequeño grupo de personas que cuentan con una formación y una capacidad de acción, de comunicación y de convicción superiores a la media. Con frecuencia, el propio proyecto afecta a una población que posee una gran coherencia asociada a la profesión ejercida. Por consiguiente, no es de extrañar que muchas veces el personal de la educación haya participado en iniciativas mutualistas dirigidas al cuerpo docente, a los funcionarios en general (cuando los docentes son funcionarios, cosa que no siempre ocurre), e incluso a categorías más variadas de la población. No es de extrañar que desde el siglo XIX se creen mutualidades para los docentes o gracias a la acción de los docentes. Mencionemos, por ejemplo, la creación en Chile en 1873 de una sociedad de asistencia mutualista entre profesores y profesoras de enseñanza primaria de Valparaíso (Grez Toso, 1992, pág. 163). Subrayemos también la convicción mutualista del personal republicano, y muy en especial de los profesores de enseñanza primaria, en Francia durante la III República (Gueslin, 1998, pág. 228). Recordemos por último las mutualidades escolares y preescolares de finales del siglo XIX y principios del XX (Gueslin, 1998).

Actualmente nos enfrentamos a un grave problema de cobertura de las necesidades de salud y de protección social en general. En muchos países, no existe protección social universal. En otros, esa protección universal es insuficiente o se ha puesto en tela de juicio. Es preciso reformar, consolidar, construir o reconstruir los sistemas de protección social. La situación económica actual debilita aún más a los sistemas de protección, pero quizá también constituya una gran oportunidad que debemos aprovechar. En la actualidad existe una concienciación mundial y un consenso en cuanto al establecimiento a gran escala de sistemas sostenibles de protección social. Las grandes entidades mundiales proveedoras de fondos y las organizaciones multilaterales se han dado cuenta de que el apoyo a múltiples pequeñas iniciativas locales no permitía obtener resultados satisfactorios y de que esas iniciativas no se extendían geográficamente. El desarrollo de sistemas de seguros de salud (y de protección social más en general) es claramente uno de los objetivos de la lucha contra la pobreza. Es preciso superar la fase de pequeñas organizaciones insolventes, demasiado pequeñas para sobrevivir y participar en una ampliación de la protección social lo más universal posible. En ese contexto, las mutualidades tienen evidentemente un papel que desempeñar para desarrollar sistemas de seguridad social sostenibles y solidarios, lo cual es especialmente cierto en África y en muchos países atrasados en cuanto al desarrollo.

Quizá el mutualismo no sea la solución a todos los problemas. El Estado, las compañías de seguros y los mecanismos de mercado son otras palancas de acción que individualmente pueden contribuir al logro de una solución sostenible. Así, los dirigentes deben ser aún más conscientes de las ventajas de la economía social y del mutualismo. En esa perspectiva, los docentes (universitarios, principalmente) deben explicar mejor y promover las ventajas de la acción solidaria y mutualista, en especial en el ámbito de la salud.

Los docentes constituyen una categoría socioprofesional “homogénea”, organizada y abierta al compromiso y a la promoción del interés común. Son un componente esencial de la sociedad civil, en la periferia o en el núcleo del servicio público. Estén o no integrados en la función pública, comparten valores de promoción, de emancipación y de elevación de la persona, de bienestar social. Todos esos elementos hacen que estén naturalmente abiertos a la solidaridad mutualista. Son capaces de evaluar plenamente las ventajas de la organización

mutualista como complemento a la acción social estatal o como sustituto a las autoridades públicas ineficaces. Pueden “encarnar” la solidaridad y reconstruir los lazos sociales.

En efecto, hoy en día en muchos países la profesión de docente está desvalorizada. Al estar sometidos a la crítica de los padres y de los alumnos, ser víctimas de la falta de inversiones en la educación y estar preocupados por sus condiciones de trabajo (salario y estrés), los docentes están quizá menos predispuestos a participar en un proyecto de acción solidaria.

Los valores del mutualismo (responsabilidad, voluntariado, solidaridad, igualdad y democracia) son, sin embargo, compartidos por muchos docentes, y la promoción de la mutualidad puede constituir un proyecto movilizador que vuelva a dar prestigio a una profesión esencial para el futuro de nuestra civilización y para la transmisión de valores a las nuevas generaciones. Para ellos mismos, pero también para una población más amplia, podemos contar con su compromiso de trasladar y concretizar esos valores en el campo de la protección social y de la previsión. Ya sea en el caso de estructuras realmente mutualistas o de organizaciones más capitalistas, pero basadas en valores semejantes, o bien en el caso de una acción solidaria con el Estado, contra el Estado o a falta del Estado, el personal de la educación puede desempeñar un papel fundamental. En esta época de incertidumbre, de crisis financiera, económica y social globalizada, la puesta en marcha de la Red Educación y Solidaridad, destinada a movilizar las energías individuales y colectivas, constituye una auténtica esperanza.

El personal de la educación como catalizador de la solidaridad mutualista

El reconocimiento del objetivo de protección universal de la salud en los países de rentas bajas y medias se ha trasladado a la agenda internacional y es compartido por muchos de esos países como medio en la lucha contra la pobreza y en el desarrollo socioeconómico. El acceso asequible a la asistencia sanitaria de calidad constituye un derecho fundamental.

Para alcanzar ese objetivo, la ampliación de la protección de la salud sólo puede hacerse por medio de una combinación y una articulación de los mecanismos de cobertura sanitaria.

La mutualidad es un componente importante para dar solución a este reto. Las condiciones de su participación en una auténtica ampliación de la protección de la salud exigen una cobertura a una población mayor y una gestión profesional. Asimismo, se trata de llevar a la práctica un gran desafío de solidaridad, uno de los valores constituyentes de la economía social.

En ese contexto, el personal de la educación tiene un papel fundamental que desempeñar en cuanto a la promoción y al desarrollo del mutualismo y a la participación en la ampliación de la cobertura de salud. Por ello, es un catalizador primordial de la solidaridad mutualista

Bibliografía

Asociación Internacional de la Mutualidad (AIM), alocuciones del X aniversario de la AIM, París, 2000, 94 pág.

BAEZA, C. y PACKARD, T., *Étendre la mutualisation des risques en matière de santé dans les pays en développement: les défis d'une évolution vers un financement par le budget de l'État*, en la Revista Internacional de la Seguridad Social, núm. 60 (2-3), 2007, pág. 91-109.

BENNET, J., *La Mutualité Française - Des origines à la Révolution de 1789*, editado por *Coopération d'Information et d'Édition Mutualiste*, colección *Patrimoines*, 1981, 916 pág.

BONED, O., *Est-il légitime de parler d'identité mutualiste en Europe? Une réponse fondée sur quelques mutuelles santé*, en la Revista Internacional de Economía Social (RECMA), núm. 299, febrero de 2006, 85º año, pág. 9-23.

BOURDON, J. y NKENGNE-NKENGNE, A.-P., *Les enseignants contractuels: avatars et fatalités de l'éducation pour tous*, publicado en *La professionnalisation des enseignants de l'éducation de base: les recrutements sans formation initiale*, Seminario Internacional del Centro Internacional de Estudios Pedagógicos (CIEP), Sèvres, 11-15 de junio de 2007.

CARRIN, G., *Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period*, documento técnico sobre la financiación de la salud, OMS, Ginebra, 2004.

CIRIEC (bajo la dirección de R. CHAVES y J.L. MONZÓN), "La Economía Social en la Unión Europea", 2006-07, 131 pág. (disponible en tres lenguas y con resumen en 21 lenguas - http://eesc.europa.eu/groups/3/index_en.asp?id=1405GR03EN).

CLOSSE, E., *Les politiques mutualistes. Étude de la dimension politique du militantisme mutualiste*, París, Ciencias Políticas, 2004, 146 pág.

COHEUR, A., "Estado del desarrollo de las organizaciones privadas sin fines de lucro de protección social", AISS, 2008, 19 páginas.

COHEUR, A., JACQUIER, J., SCHMITT-DIABATE, V. y SCHREMMER, J., "Articulaciones entre los regímenes obligatorios de seguridad social y los mecanismos de protección social basados en la comunidad: un nuevo enfoque promisorio", Foro Mundial de la Seguridad Social, XXIX Asamblea General de la AISS, Moscú, 10-15 de septiembre de 2007.

DE ALLEGRI, M. y otros autores, *Understanding enrolment in community health insurance in sub-Saharan Africa: a population-based case-control study in rural Burkina Faso*, en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud, volumen 84 (11), 2006, pág. 852-858.

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), *Social Health Insurance, a contribution to the international development policy debate on universal systems of social protection*, documento de reflexión, Bonn, 2005.

DRAPERI, J.-F., *Comprendre l'économie sociale. Fondements et enjeux*, París, Dunod, 2007, 262 pág.

FONTENEAU, B., *Les défis des systèmes de micro-assurance santé en Afrique de l'Ouest. Cadre politique, environnement institutionnel, fonctionnement et viabilité*, Hoger Instituut voor de Arbeid, Lovaina, 2003.

FONTENEAU, B. y GALLAND, B., *The community-based model: mutual health organizations in Africa*, publicado en *Protecting the poor. A microinsurance compendium*, OIT, Munich, 2006.

GBENAHOU, H., *Socio-anthropologie de la pluralité des logiques de prévoyance face aux aléas sanitaires en milieu «fon» au Bénin. Cas des populations du département du Zou*, Tesis (máster complementario), UCL, FUCaM, FSGAx, ULg, 2008.

GOTTELMANN-DURET, G., *Le recrutement des enseignants sans formation initiale: Quelles alternatives? Quels risques? Quelles stratégies de formation?*, en *La professionnalisation des enseignants de l'éducation de base: les recrutements sans formation initiale*, Seminario Internacional del Centro Internacional de Estudios Pedagógicos (CIEP), Sèvres, 11-15 de junio de 2007.

GREZ TOSO, S., *La mutualité aux origines du mouvement ouvrier chilien (1853-1890)*, número especial sobre la mutualidad en Europa, en el Este y en América Latina de la Revista de Economía Social, XXVI, Montreuil, 1992, pág. 155-183.

GUESLIN, A., *L'invention de l'économie sociale. Idées, pratiques et imaginaires coopératifs et mutualistes dans la France du XIXe siècle*, 2ª edición, Colección economías y sociedades contemporáneas, París, Económica, 1998, 430 pág.

HERMESSE J., *Protection santé aujourd'hui – structures et tendances dans 13 pays*, Dresden, Asociación Internacional de la Mutualidad (AIM), 2008.

OIT, *Philippines: Extension of social health insurance coverage to workers in the informal economy through organized groups*, Iniciativa PhilHealth.

Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU), *Les enseignants et la qualité de l'éducation: suivi des besoins mondiaux d'ici 2015*, Montreal, 2006.

Internacional de la Educación (IE), *Rapport de l'Internationale de l'Education au Comité des experts sur l'application de La recommandation OIT/UNESCO de 1966 concernant la condition du personnel enseignant et de La recommandation UNESCO de 1997 sur la condition du personnel enseignant de l'enseignement supérieur*, Bruselas, 2006.

Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), *Social Policy Highlight 06*, Ginebra, 2008a.

Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), *Social Policy Highlight 07*, Ginebra, 2008b.

JAFFRE, Y. y OLIVIER DE SARDAN, J.P., *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, París, APAD, Karthala (*Hommes et sociétés*), 2003, 449 pág.

LACAN, A., *Léon Walras et les sociétés d'assurance mutuelles*, en la Revista Internacional de Economía Social (RECMA), núm. 299, febrero de 2006, 85º año, pág. 68-82.

MACCATORY, B. y PAUL, E., *Quelle participation pour quelles OSC à l'approche sectorielle santé au Mali? Analyse du rôle des Organisations de la Société Civile (OSC) dans l'Approche sectorielle Santé (AS) au Mali*, GRAP OSC, GRAP SWAP, 2008.

Organización Internacional del Trabajo (OIT), “Protección Social de la Salud: Una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica”, Documento de discusión 19, Ginebra, 2007.

Organización Mundial de la Salud (OMS), “Informe sobre la salud en el mundo 2008 – La atención primaria de salud – Más necesaria que nunca”, Ginebra, 2008.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), *Rapport mondial de suivi de l'EPT, Un bon départ, Education et protection de la petite enfance*, París, 2007.

PONCELET, M. y PIROTTE, G., *L'invention africaine des sociétés civiles: déni théorique, figure imposée, prolifération empirique*, publicado en *Mondes en développement*, Bruselas, Universidad de Boeck, 2007, 35:3, núm. 139, pág. 9-23.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), "Informe sobre Desarrollo Humano", Económica, París, 1997.

RALAMBOMANANA, S., Primera reunión de coordinadores nacionales de la iniciativa de la UNESCO para la formación de docentes en el África subsahariana, BREDA, Dakar, 7-9 de marzo de 2006: Madagascar, UNESCO, 2006.

REYNAUD, J. D., prefacio, *Les règles du jeu*, París, A. Colin, 1999, pág. III.

SAUVAGEOT, C. y STOEFFLER-KERN, F., *Les Objectifs de l'Education pour tous, contexte démographique et scolarisation*, en *Mondes en développement*, 2005, 33:4, núm. 132.

SENOU B., *Contractualisation of teachers function and comportment of teachers: Benin's case*, Universidad de SOA, Camerún, Munich Personal RePEc Archive (MPRA), documento núm. 11.528, 2008.

SINISCALCO, M.-T., *Un profil statistique de la profession d'enseignant*, OIT/UNESCO, París, 2002.

TEULADE, R., *Des idéaux et des principes*, en R. Teulade, *La mutualité française. Un idéal pour 25 millions d'hommes et de femmes*, París, Ediciones Ramsay, 1984, pág. 59-83.

Unión de Bancos Suizos (UBS), *Prices and Earnings*, Estudio comparativo sobre el poder adquisitivo en todo el mundo, Edición 2003, Zurich, UBS AG, 2003.

VINOKUR, A., *Public, privé... ou hybride? L'effacement des frontières dans l'éducation*, publicado en *Écoles publiques, écoles privées au "Sud": usages pluriels, frontières incertaines, Cahiers de la recherche sur l'éducation et les savoirs*, ARES, París, 2004, 3, pág. 13-33.

WAELEKENS, M.-P. y CRIEL, B., *Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne. Etat des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*, documento de reflexión HNP, Banco Mundial, Washington DC., 2004.

Banco Mundial, *Health Financing revisited, a practitioner's guide*, Banco Mundial, Washington DC, 2006.