

### ***La empresa cooperativa en los sectores de la salud y de los servicios sociales: una encuesta global.***

United Nations, New York,  
1997, 175 p.

El potencial de las cooperativas en el campo de la salud y los servicios sociales es reconocido mundialmente en su contribución al desarrollo económico y social. En esta perspectiva, el Departamento de Coordinación de Políticas y Desarrollo Sustentable de la Organización de las Naciones Unidas preparó este estudio que ofrece un conocimiento actualizado del estado de las cooperativas de salud y servicios sociales en el mundo, y que constituye el primer estudio comprensivo sobre este tema, a partir de una información muy dispersa y no accesible para la mayoría de los lectores.

La gran diversidad de las experiencias cooperativas existentes a nivel mundial obliga a una clasificación para su presentación. A partir del carácter de sus actividades, se distinguen las cooperativas de salud, de servicios sociales, las farmacias cooperativas, los seguros de salud cooperativos, y las cooperativas que desarrollan actividades diversas pero cuyos objetivos inclu-

yen la salud y/o los servicios sociales. Otro criterio de clasificación es el carácter de la membresía: se distinguen así cooperativas de usuarios, de proveedores, y de membresía mixta usuarios-proveedores. Las cooperativas de salud y servicios sociales se distinguen también por su tamaño y por formar o no parte de organizaciones de segundo o tercer grado. El estudio presenta también consideraciones sobre los factores determinantes del desarrollo de las cooperativas en el campo de la salud y los servicios sociales, distinguiendo tipos de contextos societales (economías de mercado desarrolladas, países latinoamericanos, otros países en desarrollo, economías en transición). Analiza los principales beneficios que aportan las cooperativas en la salud y los servicios sociales para sus usuarios y para la sociedad en general, las tendencias de su desarrollo así como los principales componentes de una estrategia para un mayor desarrollo del movimiento cooperativo en el sector de la salud y los servicios sociales.

Las cooperativas de salud se han creado por diversas razones, en función de necesidades específicas. A veces surgieron para crear una oferta de servicios de salud en regiones remotas, donde no existían médicos y los habitantes tenían que recorrer largas distancias para recibir atención médica o depender de visitas ocasionales de clínicas móviles. En otros casos, se crean para ofrecer servicios médicos a determinados sectores sociales, que no tienen acceso a la medicina privada demasiado costosa. Otras cooperativas se crean para ofrecer seguros de salud a precios más accesibles. También una razón puede ser la creación de empleos bien remunerados y condiciones de trabajo satisfactorias para los médicos y otros profesionales de la salud. En otros casos, como el japonés, el objetivo es mejorar la salud de la población permitiendo a los usuarios participar en actividades de promoción de la salud y medicina preventiva.

Si bien existe un importante desarrollo de las cooperativas de salud en el mundo (existen cooperativas de salud y servicios sociales en más de 50 países, y estas cooperativas sirven a más de 100 millones de usuarios en el mundo), su distribución es muy desigual entre los países. El estudio de la ONU dedica un capítulo al examen de los factores que favorecen el desarrollo cooperativo en el sector de la salud y los servicios sociales: presencia de cooperativas en otros sectores de actividad, y de un movimiento cooperativo institucionalizado, percepciones y conocimientos de los ciudadanos de las ventajas de las cooperativas en la prestación de servicios sociales y de salud, existencia de confianza mutua entre individuos, percepción de que el Estado no es el único responsable de la provisión de servicios de salud y servicios sociales.

En algunos países hoy industrializados la aparición de cooperativas de salud se produjo mucho antes del desarrollo de un sistema público de salud, en el marco del Estado de Bienestar. Antes de la segunda guerra mundial, ya existían focos significativos de actividades cooperativas de salud y servicios sociales en numerosos países de Europa, Asia y Norteamérica, siendo la mayoría de ellas cooperativas de usuarios.

Con el desarrollo de sistemas públicos de salud, varias de estas cooperativas desaparecieron, pero otras se mantuvieron, en particular en el caso del Japón y de los Estados Unidos, de las farmacias cooperativas de Bélgica, de la mutuales en Francia,

que empezaron a funcionar de manera complementaria con el sistema de salud público. Luego, desde finales de los años ochenta, la crisis en las estructuras públicas de prestación de servicios de salud (incremento de los costos, ineficiencia de las estructuras públicas, inadecuación de la oferta de servicios frente a nuevas necesidades), y la retracción del Estado en muchos países, constituyeron oportunidades para el desarrollo cooperativo en este sector. En América Latina, desde finales de los años sesenta se ha producido un importante desarrollo de las cooperativas de salud, como respuesta a la crisis de los sistemas públicos de prestación de servicios de salud, y la disminución del gasto público en la salud.

Del gran número de casos descritos en este informe, seleccionamos algunos que ilustran sobre las diversas modalidades que adoptan estas iniciativas a nivel internacional.

### **El caso japonés: la importancia de la promoción de la salud**

Es en el Japón donde las cooperativas de salud controladas por los usuarios han conocido el mayor desarrollo; para 1999 tienen 2.1 millones de miembros. Fueron creadas en el seno de dos grandes federaciones cooperativas, la federación de cooperativas agrícolas, y la federación de cooperativas de consumo, en la primera parte del siglo XX, como respuesta a la inexistencia de servicios de salud en el campo, y en las ciudades para darles acceso a servicios de salud a los sectores obreros cuyos ingresos no les permitían costear la medicina privada. Con el establecimiento de un sistema público de financiamiento de la salud en 1961, las cooperativas de salud se mantuvieron en la prestación de servicios de salud financiados por el Estado, y en las actividades de prevención, adaptando sus servicios a la evolución de los problemas de salud, como por ejemplo el incremento de las enfermedades geriátricas y crónicas, y la creciente importancia de los problemas de salud ligados al stress y a la vida en las grandes ciudades.

Una importante particularidad de las cooperativas de salud japonesas, es la promoción activa de la salud; otorgan una gran importancia a la educación para la salud, la promoción de estilos de vida saludables, el énfasis en la prevención. Se aconseja a los miembros hacerse exámenes periódicos y monitorear su estado nutricional, sus condiciones de vida y otros aspectos de su entorno inmediato. Esta dimensión de las actividades es realizada en gran parte a través de pequeños grupos de vecinos, siguiendo el modelo de las cooperativas de consumo japonesas. Estos grupos, llamados grupos *Han*, promueven la auto-educación en materia de salud, particularmente en estilos de vida sanos y prevención; realizan exámenes de rutina y difunden la información contenida en las publicaciones del movimiento cooperativo de salud (*JCCU Médical Co-op Committee*); se prestan asistencia mutua y compran en conjunto los equipos y materiales requeridos por los miembros. Profesionales de la salud empleados por el movimiento cooperativo de salud participan a menudo en las

actividades de estos grupos.

A pesar de que sean clasificadas como cooperativas de consumidores en el estudio de la ONU, las cooperativas de salud japonesas incluyen tanto usuarios como profesionales de la salud. Como los usuarios, los profesionales tienen acceso a una formación continua para el desarrollo de sus conocimientos profesionales y gerenciales, y su comprensión de los valores cooperativos.

Otra innovación importante de las cooperativas de salud japonesas es la adopción en 1991 de una Carta de los Derechos de los Pacientes. Uno de los puntos centrales de esta Carta consiste en el reconocimiento del derecho de los miembros de las cooperativas y de la población en general a aprender y saber sobre la salud y los tratamientos médicos.

El enfoque preventivo y la extensión de las cooperativas de salud en el Japón no son ajenos al hecho de que este país ocupe el primer lugar en el mundo en materia de esperanza de vida en condiciones de buena salud (76 años para los hombres y 82,2 años para las mujeres en 1992). Y estos resultados se obtienen con un nivel de costos relativamente bajo de los servicios de salud: estos representan *per capita* menos de la mitad de lo que representan en los Estados Unidos (Iglehart, J. K., 1988).

### **En los Estados Unidos, cooperativas de usuarios que combinan funciones de seguro y de prestación de servicios de salud**

En los Estados Unidos, como en Japón, las cooperativas de salud aparecieron primero en el sector rural, en los años 1920, y si bien no se beneficiaron del apoyo de una poderosa federación de cooperativas agrícolas como en el Japón, el importante desarrollo que tenían las cooperativas agrícolas en la región de las grandes praderas norteamericanas constituyó ciertamente un factor favorable en la aparición de iniciativas cooperativas en las provisión de servicios de salud. Se construyeron hospitales rurales con los recursos aportados por miles de familias de agricultores, en forma de certificados de aportación y de ahorro, y en cuotas anuales que les permitían recibir atención médica gratuita por médicos empleados por la cooperativa. Las primeras iniciativas de cooperativas de salud de carácter comunitario fueron impulsadas en el Estado de Oklahoma por un médico, el Dr Michael Shadid, que veía las cooperativas como una alternativa preferible a la expansión de las instituciones públicas en el sector de la salud, y una forma de combatir la creciente comercialización de la medicina. Las ideas del Dr Shadid tuvieron influencia también en los sectores urbanos, y en 1945 se fundó en Seattle la *Group Health Cooperative (GHC)* de Puget Sound, que iba a convertirse en la mayor cooperativa de salud de los Estados Unidos, con medio millón de miembros. Esta cooperativa adoptó el modelo HMO (*Health Maintenance Organization*), en el cual mediante el pago de una prima de seguro fija, el afiliado tiene derecho a un determinado conjunto de servicios, que comprenden servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos. Así el HMO realiza ambas funciones de

seguro y prestación de servicios. En 1993 la GHC de Puget Sound poseía dos hospitales, cinco centros médicos especializados, 30 centros de atención primaria o de medicina familiar, y contratos con otras instituciones para los servicios que no se ofrecían en las instalaciones de la cooperativa. Empleaba 9.814 médicos.

A partir de los años ochenta se fue desarrollando una fuerte competencia de HMOs privados con fines de lucro. Para enfrentar esta competencia, la cooperativa ha ido introduciendo constantes innovaciones en los servicios que ofrece a sus miembros y afiliados, con diversas actividades preventivas y dirigidas a clientelas específicas, como por ejemplo un programa de tratamiento de problemas de alcohol y drogas, servicios de salud para adolescentes, incluyendo una clínica para embarazadas adolescentes.

Luego del éxito de la GHC de Puget Sound, y de otras iniciativas similares, el concepto de cooperativas de salud controladas por sus usuarios se ha difundido a otras ciudades de los Estados Unidos, en particular a regiones donde ya existían cooperativas bien establecidos y una buena comprensión de las formas cooperativas de organización, como en el mediooeste (estados de Wisconsin, Minnesota, Indiana). Pero también se han desarrollado en otras localidades, por ejemplo en la ciudad de Nueva York, donde la cooperativa de usuarios *Health Insurance Plan* (HIP), creada hace más de 50 años combina también funciones de seguro de salud y provisión de servicios de salud. La gran mayoría de sus 914.000 afiliados son cubiertos por planes de salud de empresas privadas y de organismos del gobierno municipal. Su consejo de administración incluye delegados de los principales sindicatos de la región. El HIP ofrece una variedad de programas educativos y de promoción, algunos de autoayuda, como educación sobre diabetes, reducción de colesterol, cuidado del asma, etc.

### **En América latina, cooperativas de proveedores y cooperativas de usuarios**

En América Latina, donde la retracción del Estado ha generado problemas de desempleo entre médicos y otros profesionales de la salud, varias clínicas cooperativas han sido creadas por grupos de profesionales. El estudio de la ONU cita el caso de la Cooperativa de Residentes y Especialistas, fundada en 1993 en San Miguel de Tucumán, en Argentina, que provee servicios de salud prepagados a unos 10.000 afiliados (cifras de 1996) en dos pequeñas clínicas y en los consultorios de los profesionales socios de la cooperativa.

Pero la mayor cooperativa de médicos se encuentra en Brasil, donde el complejo cooperativo UNIMED representa la mayor cooperativa de médicos del mundo. Esta iniciativa se generó en el contexto del establecimiento de un sistema nacional de seguridad social en 1966, que proclamaba el derecho de todos los ciudadanos a la atención médica. Pero la insuficiencia de la oferta de servicios de salud públicos llevó al Estado a encargar a las empresas la provisión de servicios médicos a sus trabajadores, utilizando para ello una contribución del Estado de un 5%

del salario mínimo para cada trabajador. Esta medida estimuló la aparición de empresas privadas comerciales en la prestación de servicios de salud, con efectos de degradación en la calidad de los servicios y en las condiciones de trabajo de los médicos.

En este contexto, el doctor Edmundo Castilho, presidente del sindicato médico de la ciudad de Santos, tomó la iniciativa de fundar una cooperativa, la Unión de Médicos (UNIMED), con el objetivo de crear puestos de trabajo mejor remunerados para los médicos socios, combatiendo al mismo tiempo los intermediarios y la explotación mercantilista de la medicina, en el espíritu de los principios cooperativos y según las reglas éticas de la profesión médica. Luego de crear una primera cooperativas en Santos, con un grupo de 21 médicos, el Dr Castilho hizo la promoción de la fórmula en los congresos de la Asociación Médica Brasileña en varias regiones del país, y en poco tiempo el número de estas cooperativas se incrementó a 40 en 1975, y a más de 305 en 1995, con 75.000 médicos miembros, es decir más del 30% del total nacional, lo que demostraba la viabilidad del concepto y la apertura de los médicos a este tipo de proyecto. Se crearon organizaciones de segundo grado en cada estado y en 1978 se creó UNIMED de Brasil, una organización cooperativas de tercer grado. Para 1995 el sistema atendía a más de 9.000.000 de usuarios, mediante planes de afiliación individuales y colectivos, y unas 30.000 empresas y otras organizaciones tenían un contrato con UNIMED. Como UNIMED ha conformado un sistema nacional integrado, los afiliados a cualquier UNIMED local pueden tener acceso a servicios médicos en otras UNIMED miembros de la red nacional en cualquier región del país. Y mediante convenios con asociaciones de médicos de los países vecinos – Argentina, Uruguay, Paraguay - los turistas o visitantes brasileños afiliados a UNIMED pueden obtener servicios médicos en estos países.

Durante los primeros años de funcionamiento del sistema UNIMED, se referían los usuarios afiliados a consultorios privados de médicos miembros o a hospitales sobre la base de arreglos contractuales. Pero en a partir de los años ochenta, la organización UNIMED reforzó su política de autosuficiencia en materia de servicios de salud, ante el deterioro de los establecimientos públicos de salud y los limitados recursos de las organizaciones filantrópicas. El referir los pacientes a otras instituciones de salud significaba muchas veces un deterioro en la calidad de la atención y una insatisfacción de los usuarios. Entonces UNIMED empezó a operar sus propios hospitales. El primero fue el de Brasilia en 1983. En 1992, ocho UNIMED locales operaban sus propios hospitales, y para 1995 eran 19, y otros 14 estaban en construcción. El sistema cooperativo UNIMED posee también laboratorios, centros de diagnóstico y unidades móviles.

Se diseñaron modelos estandarizados de hospitales UNIMED en todas las regiones. El financiamiento de este ambicioso proyecto fue posible por la existencia de UNICRED, una confederación nacional de 60 cooperativas de ahorro y crédito locales afiliadas al sistema UNIMED, que reciben depósitos de médicos y establecimientos de salud, y financian las inversiones de los médicos y cooperativas locales, y del

sistema UNIMED. El desarrollo de UNICRED se inspiró en parte de la experiencia de la Caja Laboral del Complejo Cooperativo Mondragón: al retener los flujos financieros que circulan en las cooperativas de médicos las UNICRED constituyen una importante fuente de capital para el desarrollo del sistema. A su vez, este desarrollo genera confianza en los médicos-miembros, quienes invierten sus ahorros en su cooperativa, al percibir su potencial y viabilidad como sistema nacional con una importante acumulación de recursos financieros, institucionales y humanos. En consecuencia, los mismos miembros han constituido una importante fuente de capital para el desarrollo del sistema.

A partir de las 304 cooperativas de base y de las 17 federaciones regionales, la confederación nacional *UNIMED do Brasil* pudo crear un conjunto importante de organizaciones especializadas, conocido como el Complejo Empresarial Multicooperativo UNIMED, cuya función es apoyar la operación efectiva y la expansión de las cooperativas primarias miembros del sistema. El Complejo está formado por filiales propiedad de UNIMED, que cubren la casi totalidad de las necesidades financieras, gerenciales y operacionales de las cooperativas miembros. Por razones legales y para facilitar las operaciones en los mercados financieros, UNIMED creó en 1990 UNIMED Participaciones, un holding que agrupa las actividades no cooperativas de la organización, y cuyos accionistas son las cooperativas de base UNIMED y las federaciones regionales.

La Aseguradora UNIMED S.A. fue organizada en 1990 como sociedad anónima debido a que la ley brasileña no permite la existencia de cooperativas de seguros. Ha sido creada para la cobertura de las necesidades de las cooperativas y de los socios. Gracias a esta empresa, propiedad de UNIMED, se puede competir en el mercado de los seguros con diversos productos: seguros de salud, seguro por pérdida de ingresos al sufrir un accidente o una enfermedad, seguros de vida, seguros para viajeros, para vehículos, hogares, clínicas etc. La Aseguradora UNIMED fue organizada como compañía de seguros, autorizada a trabajar en todo el territorio nacional en el ramo de seguros personales y en el campo de la Seguridad Social Complementaria.

Forman parte también del complejo UNIMED una central de compras para los suministros a hospitales, clínicas y consultorios asociados, UNIMED Productos y Servicios para Hospitales, y una empresa especializada en la investigación y desarrollo de productos y servicios en el área de la tecnología de la información, Sistemas UNIMED. Esta empresa ha desarrollado importantes productos para la gestión de la información sobre los usuarios del sistema, que permite el funcionamiento de la red de cooperativas primarias como sistema integrado, así como software para la gestión de seguros, utilizado por Seguros UNIMED.

El Centro de Estudios UNIMED, creado en 1995, es la institución más reciente del complejo. Su principal objetivo es ofrecer formación, en particular en el campo de la gestión y administración cooperativa, pero también en el campo de la administración en general, para directores, gerentes y personal técnico del Complejo

## Documentación

---

Multicooperativo UNIMED; difundir información sobre los servicios cooperativos de salud; realizar investigación científica y tecnológica. Es una fundación de carácter educativo, sin fines de lucro, dedicada al cooperativismo en general y al complejo UNIMED en particular. Sirve de apoyo a los Comités de Educación de las cooperativas, asume funciones de formación del personal y de los dirigentes, y de investigación. Ofrece a los miembros y a los profesionales cursos, seminarios y documentación para su formación permanente. Cuenta con una sede propia en Belo Horizonte.

Los usuarios se integran al complejo intercooperativo mediante las cooperativas de usuarios USIMED, formadas a iniciativa de UNIMED con el objetivo de ampliar la población que tiene acceso a servicios médicos de buena calidad, educar a los usuarios en materia de cooperativismo y preservar sus intereses, en particular en la obtención de servicios médicos a precios más bajos gracias a contratos colectivos entre cooperativas de usuarios y cooperativas de médicos miembros del sistema, así como la compra conjunta de medicinas y otros productos relacionados con la salud mediante una cadena de farmacias operadas por las USIMED. Las USIMED, que tienen en 1995 unos 67.000 miembros, desarrollan también otras actividades como el transporte de pacientes, actividades educativas y recreativas, etc.

En **Colombia**, en 1991, una nueva constitución preveía una importante reforma de la seguridad social, con el establecimiento de una cobertura universal. La Ley 100 de 1993, sobre el sistema nacional de salud, establece dos modalidades de cobertura: el plan contributivo, para los que pueden cancelar cuotas mensuales para su cobertura y la de los miembros de su familia, y el plan subsidiado, mediante el cual las personas cuyos ingresos no les permiten cotizar al plan contributivo, pueden tener acceso a servicios de salud mediante aportes del Estado. La Ley establece la delegación de las funciones de administración del sistema de salud, y de prestación de los servicios, a dos instituciones nuevas: las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Las EPS son responsables de la afiliación de las personas, de la recolección de las contribuciones y de garantizar la prestación de los servicios a través de sus propias IPS o de otras IPS contratadas. Las EPS se convierten así en intermediarias entre los médicos que prestan los servicios y los pacientes.

La creación por los médicos de sus propias EPS permitía suprimir los intermediarios entre los profesionales y sus pacientes. Existía la referencia de UNIMED, con 25 años de experiencia, y el presidente de la Federación Médica Colombiana, el Dr Mario Rueda Gómez, viajó al Brasil para conocer más de cerca este modelo. Luego, con la asesoría de UNIMED, un grupo de 60 médicos colombianos creó en 1993 **la cooperativa FEMEC**, con el objetivo de constituir una EPS. Para ello, FEMEC adquirió una empresa de medicina prepagada, Salud Antioquia, y luego se asoció con otras organizaciones: UNICAJAS, que maneja varios fondos de compensación, y Seguros Bolívar, una importante empresa de seguros. A partir de estas alianzas se constituyó UNIMEC EPS S.A., una sociedad por acciones en la que

el 59% de las acciones pertenecen a dos cooperativas: FEMEC (28,14%) y UNIMED (30,86%). Forman también parte de UNIMEC varias federaciones y fundaciones médicas, y cerca de doscientas instituciones prestadoras de servicios de salud. Los usuarios afiliados a UNIMEC EPS son más de un millón. La asesoría de UNIMED y luego su alianza estratégica con FEMEC en la creación de UNIMEC, es un buen ejemplo del principio de cooperación entre cooperativas.

Además de UNIMEC, producto de una alianza entre UNIMED de Brasil y FEMEC, existen otras cooperativas que son EPS. Una de las más importantes es COOMEVA, Cooperativa Médica del Valle y de los Profesionales de Colombia, cooperativa fundada en 1964 por 27 médicos de la región de Cali, para satisfacer su necesidad de seguridad social. El término “médica” en el nombre de la cooperativa se refiere al hecho de que los miembros originales de la cooperativa fueron profesionales de la salud, pero crearon la cooperativa no con el objetivo de ofrecer sus servicios profesionales, sino de proveerse de un conjunto de servicios de seguridad social. La cooperativa se inició con un servicio de ahorro y crédito, luego empezó a ofrecer a sus asociados un seguro de vida, y un seguro para vehículos. En 1969, la cooperativa se abrió a todos los profesionales y técnicos de la región de Cali. En 1973, se empezaron a ofrecer servicios de salud a los miembros, constituyéndose COOMEVA en el primer servicio de medicina prepagada en Colombia. En 1977 se añadieron servicios de vivienda y turismo educativo. A partir de finales de la década 1970, COOMEVA empezó su expansión a otras regiones del país hasta alcanzar una cobertura nacional, con sedes en la mayor parte de las regiones de Colombia.

Para 1995, la cooperativa podía ser caracterizada como una cooperativa multifuncional propiedad de profesionales y diseñada para satisfacer sus necesidades socioeconómicas y culturales, incluyendo la seguridad social y el desarrollo profesional y empresarial. Sus 144.000 miembros son profesionales de nivel universitario o técnico, la membresía es abierta también a los empleados de la cooperativa, y a las personas jurídicas del sector público, cooperativo y sin fines de lucro.

COOMEVA es una cooperativa controlada por sus usuarios, pero los servicios de salud prepagados, que forman parte de los beneficios ofrecidos por la cooperativa, son prestados por profesionales de la salud que son también miembros de la cooperativa. Al convertirse en Entidad Promotora de Salud (EPS), en 1995 la cooperativa se consideraba también como una manera de enfrentar su desarrollo profesional en el contexto de un nuevo sistema público de seguridad social. En 1994, formaban parte de COOMEVA 2319 especialistas y 934 generalistas, 126 laboratorios radiológicos, 340 laboratorios clínicos, 267 clínicas, hospitales y centros médicos. Tenía 237.000 usuarios, de los cuales 144.000 eran miembros.

En **Costa Rica**, donde el sistema público de salud es uno de los más desarrollados en América Latina, gracias a una legislación avanzada en materia de seguridad social

y a importantes inversiones públicas, un 90% de la población es cubierta por la seguridad social y de salud, financiada en base a un sistema tripartita al que contribuyen los empleadores, los trabajadores y el Estado, y la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) es propietaria de la mayor parte de los centros hospitalarios y clínicas ambulatorias del país.

A pesar de que el sistema de salud Costarricense haya permitido lograr altos niveles de salud para la población, a partir de los años 80, la crisis económica que afectó el Costa Rica ha frenado el desarrollo de los servicios de salud, y se acentuaron los problemas ligados a una gestión ineficiente, al deterioro de la calidad de los servicios, y a la brecha entre los equipos utilizados y las tecnologías disponibles en el campo de la salud. Se hizo necesario buscar nuevos modelos de prestación de servicios, y la Ley de 1973 sobre el Sistema de Salud fue modificada para permitir la participación de organizaciones privadas en la prestación de servicios de salud cubiertos por la CCSS; la ley otorgó una preferencia a las asociaciones cooperativas en la oferta de servicios privados en el campo de la salud.

Desde la adopción de esta legislación, cuatro cooperativas de salud se han creado: *Coopesalud* en 1988, *Coopesain* en 1989, *Medicoop* en 1992 y *Coopesana* en 1993. Las tres primeras son cooperativas de proveedores de servicios de salud, llamadas cooperativas de autogestión en la Ley de Asociaciones Cooperativas de 1982, y la última es una cooperativa mixta, llamada cooperativa de cogestión en la Ley de 1982. Está formada por 13 organizaciones comunitarias de usuarios y 50 trabajadores-socios.

Las cuatro cooperativas tienen convenios con la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) mediante los cuales la CCSS cede a las cooperativas las instalaciones y equipos, y cancela a la cooperativa un monto por usuario de los servicios (capitación). Así, los servicios de salud prestados por las cooperativas son gratuitos para los usuarios.

La CCSS paga a la cooperativa para asegurar la salud de la población, y no para la realización de determinadas intervenciones médicas, contribuyendo así al mantenimiento de un equilibrio entre el interés económico de la cooperativa y el objetivo social del servicio público que la cooperativa ofrece. A la vez que contribuye a la satisfacción de las necesidades de salud y a la integración social en las comunidades, las cooperativas han permitido reducir los costos de los servicios médicos, al promover las actividades de prevención y la utilización de servicios primarios. Así, se ha reducido la tasa de utilización de los servicios hospitalarios.

### **Las cooperativas de servicios sociales**

Varias cooperativas de salud extienden los servicios preventivos y rehabilitativos a áreas de la medicina social, como los cuidados enfermeros geriátricos a domicilio. Por ejemplo, la cooperativa de Puget Sound provee tratamiento del alcoholismo y drogadicción, y programas dirigidos a adolescentes embarazadas

Otras cooperativas tienen como objeto la prestación de servicios sociales. Estas cooperativas existen en numerosos países, y desarrollan diversas actividades, entre las cuales el cuidado de niños (guarderías), y los servicios a las personas mayores. En Canadá, existe un desarrollo importante de las guarderías cooperativas: en 1991-92, se han reseñado más de 900 guarderías cooperativas controladas por los padres. En Suecia este tipo de cooperativas ha conocido también un importante desarrollo. En 1994, el 12% de todos los niños atendidos en guarderías estaban en guarderías cooperativas, que existían en el 80% de las municipalidades. A pesar de las exigencias de estas guarderías cooperativas en materia de participación, muchos padres las prefieren a las guarderías públicas o privadas porque sienten que en ellas tienen una mayor influencia sobre el tipo de atención que reciben sus hijos. En ambos países, estas guarderías reciben importantes subsidios del Estado, de modo que las mensualidades canceladas por los padres sólo representan un porcentaje del costo del servicio.

Otro importante sector de actividad de las cooperativas de servicios sociales es el sector de los servicios a las personas mayores o discapacitadas. Un ejemplo es la cooperativa *Stockholm Association for Independent Living (STIL)*, fundada en 1987 por personas con graves minusvalías y que necesitan la ayuda de un asistente de manera regular. Mediante la cooperativa, los miembros pueden emplear las personas de su escogencia, en vez de depender de un servicio estatal poco flexible. Los asistentes son reclutados sobre una base temporaria, generalmente por algunas horas al mes. Los miembros quieren evitar la dependencia hacia una sola persona y cada uno dirige el trabajo de sus asistentes, lo que le confiere el estatus de patrono y no de beneficiario. STIL tiene actualmente un centenar de miembros en el Stockholm metropolitano, y emplea unos 400 asistentes a tiempo convencional.

Existen también cooperativas de personas mayores que combinan servicios de salud y otros servicios de bienestar. Un ejemplo es la *United Seniors Health Cooperative (USHC)* creada en 1986 en Washington. Sus miembros son personas mayores que trabajan con un personal profesional para desarrollar soluciones prácticas a los problemas de las personas mayores (problemas de salud, pero también problemas financieros, legales, etc.), y desarrollan programas creativos que motivan y capacitan a las personas para que tengan una actitud positiva hacia el envejecimiento, y desarrollen su autonomía y su capacidad de ayuda mutua. Editan cinco veces al año un boletín, enviado a los miembros, que ofrece información sobre prácticas de buena salud, desarrollos en servicios de salud y sistemas de seguros. Los miembros también pueden recibir asesorías individuales sobre los diversos problemas que se les presentan. Además de los servicios prestados a sus miembros, la USHC es activa en la educación e información hacia la comunidad, y participa con otros grupos en la formulación de propuestas para la reforma del sector de la salud.

En América Latina, existen pocos casos conocidos de cooperativas en el sector de los servicios sociales. El estudio de la ONU cita un caso en El Salvador donde, en

1980, un grupo de jóvenes discapacitados crearon el Grupo Independientes por la Rehabilitación Integral, registrado en 1981 como cooperativa bajo el nombre de ACOGIPRI. Su principal fuente de ingresos es la producción de cerámica fina que es exportada. A partir de 1990, la cooperativa opera un servicio de transporte para las personas con discapacidades motoras, y edita un boletín destinado a todos los discapacitados del país. La cooperativa participa de manera activa en la promoción de una política nacional dirigida a las personas discapacitadas.

### **Beneficios a los usuarios, proveedores y sociedad en general de las cooperativas de salud, y potencial de desarrollo**

En los dos últimos capítulos, se analizan los beneficios que aportan las cooperativas de salud a sus miembros (proveedores y usuarios) así como a la sociedad en general, y los elementos de una estrategia para un desarrollo más comprensivo del movimiento cooperativo en la salud y los servicios sociales.

A pesar de las importantes contribuciones de las cooperativas de proveedores de servicios de salud, los autores del estudio consideran que las cooperativas de usuarios son las que tienen el mayor impacto en la provisión de servicios de salud de calidad, pues el hecho de que los usuarios sean los propietarios de las estructuras y los que deciden tanto de la política general como de las prácticas operacionales, ofrece garantías de que los servicios sean adaptados a las necesidades, y que puedan ser ajustados de manera continua para satisfacer las necesidades de los miembros en condiciones societales cambiantes. Además, en organizaciones controladas por los usuarios de los servicios, existe un mayor incentivo hacia la prevención, que en organizaciones que responden a los intereses de profesionales proveedores de servicios de salud.

Estudios realizados en algunos países demuestran los costos más bajos de las cooperativas en relación con otros tipos de estructuras de prestación de servicios de salud. En las cooperativas de usuarios, la participación de éstos en la gestión los hace concientes de los factores que incrementan los costos. El énfasis en equipos multidisciplinarios optimiza el uso de los profesionales de la salud, incluyendo enfermeras, nutricionistas, parteras, etc. Estos profesionales, ayudados por personal paraprofesional debidamente formado, pueden llevar a cabo una gran parte del trabajo de prevención y promoción. Se reduce la tasa de utilización de las instalaciones hospitalarias, lo que significa costos más bajos de los servicios de salud a nivel general para la sociedad.

Muchas cooperativas de salud incluyen en sus actividades programas de educación y prevención. Se genera así un proceso circular: una vez que los miembros-usuarios se han hecho más concientes de los beneficios de un estilo de vida saludable, esperan que su cooperativa los ayude a comprender los factores involucrados y a adoptar medidas apropiadas. El caso japonés es muy ilustrativo de esta tendencia, pero existen ejemplos en otros países, donde se ha observado un interés creciente

por las cooperativas de salud en sectores de clase media, pues estas organizaciones son percibidas como promotoras más activas de estilos de vida saludables que otros tipos de organizaciones prestadoras de servicios de salud.

Además de llenar la brecha que existe entre los servicios públicos de salud que no satisfacen todas las necesidades de la población y los servicios de salud comerciales, las cooperativas contribuyen a la participación de las personas en la planificación, diseño y operación de los servicios de salud, participación que es según la OMS un prerequisite para el logro de servicios primarios de salud viables y sustentables. Mientras varios programas y servicios pueden ser ofrecidos por diversos tipos de organizaciones sin fines de lucro, la forma cooperativa de organización asegura un mayor nivel de compromiso de la comunidad, condición para que estas instituciones funcionen efectivamente.

En los países latinoamericanos, existen actualmente importantes oportunidades para el desarrollo de las cooperativas, en el contexto de las reformas operadas en el sector de la salud y los servicios sociales. La tendencia es hacia la implantación de sistemas integrales de salud y seguridad social. Pero el déficit en la oferta de servicios para los sectores de ingresos medios y bajos representa un potencial de desarrollo importante para las organizaciones cooperativas en el sector de la salud y los servicios sociales. En varios países (Brasil, Colombia, Costa Rica...) las cooperativas son acreditadas como proveedoras de servicios en el marco de los sistemas públicos de salud, lo que les asegura una clientela importante. Existe también un importante potencial de desarrollo en el sector de los servicios sociales, sector en el que las cooperativas son poco presentes en la región.

Como elementos centrales de una estrategia de desarrollo de las cooperativas de salud, el estudio de la ONU señala la importancia de las alianzas, primero entre las cooperativas de salud mediante la creación de organizaciones de segundo y tercer nivel, y también con otras organizaciones, organismos públicos de nivel local, regional y nacional, asociaciones profesionales, de empresas, sindicatos, organizaciones de productores rurales, organizaciones de mujeres, de personas mayores, etc. Para el desarrollo de estas alianzas, es importante que las cooperativas cuenten con organizaciones de integración, que pueden desarrollar estrategias globales para la salud y los servicios sociales.

Madeleine Richer