

Las cooperativas de salud en Venezuela

RESUMEN: Las cooperativas de salud surgieron en años recientes en Venezuela, en el contexto de la crisis de los servicios de salud, y parecen constituir hoy día una vía prometedora hacia el mejoramiento de los servicios de salud y la democratización de las organizaciones del sector. Luego de presentar los principales rasgos del contexto en el que han venido surgiendo, se describen algunos casos que ilustran sobre las características de los procesos de emergencia y las modalidades organizativas que ellas adoptan. Se concluye que estas experiencias representan importantes innovaciones, en materia de financiamiento, control por los usuarios, y transformación de las relaciones entre profesionales y usuarios, y se identifican algunos retos presentes en el desarrollo futuro de las cooperativas de salud en Venezuela.

Palabras claves: cooperativas, cooperativas de salud, servicios de salud, Venezuela.

Madeleine Richer

Investigadora del Centro de Estudios de la
Empresa, Universidad del Zulia.
Correo electrónico: mricher@cantv.net

Introducción

Las cooperativas de salud suscitan actualmente un renovado interés. Se constata que esta fórmula es una opción eficaz para mejorar el acceso a servicios de salud de calidad, pare una utilización más eficaz y eficiente de los recursos, y la democratización de la gestión en el sector de la salud, ya que las cooperativas y otras empresas colectivas fomentan la participación de los usuarios junto con los proveedores de los servicios de salud en la definición de las prioridades, y en la asignación y utilización de los recursos.

Las cooperativas de salud juegan un rol importante en la estrategia establecida por la OMS de promoción de la salud, definida como “el proceso de capacitación de las personas para incrementar su control sobre el mejoramiento de sus condiciones de salud”. Entre las acciones consideradas fundamentales para el éxito de esta estrategia está la creación de entornos saludables, el fortalecimiento de los actores comunitarios, el desarrollo de habilidades personales. En Venezuela, en el contexto de la crisis de los servicios de salud, se está descubriendo el rico potencial de la fórmula cooperativa en este campo.

En este artículo se presentan algunos casos ilustrativos de las iniciativas asociativas que adoptaron la forma cooperativa en el campo de la salud en Venezuela; se analizan sus principales aportes, y los retos que enfrentan para su desarrollo. Como aún no se han publicado los resultados de investigaciones sobre estas organizaciones, el trabajo se basa en la información presentada por representantes de estas organizaciones en la Primera Jornada Venezolana de Organizaciones de Economía Social en el sector salud, realizada en Trujillo en octubre de 2002, y en entrevistas y visitas realizadas en algunas cooperativas de salud en el último trimestre de 2002.

La crisis de los servicios de salud en Venezuela

En Venezuela, no existe una cobertura universal e integral de la población en un sistema único de salud, sino una multiplicidad de instituciones y clientelas, sin vínculos entre ellas. Desde la década de 1930 se institucionalizó el rol del Estado en la atención a la salud de los venezolanos, creándose el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, llamado a partir de 1999 Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), con una red de hospitales y ambulatorios; luego, en la década de los sesenta, se creó el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), para atender a los trabajadores (del sector formal de la economía), en cuanto a pensiones y servicios de salud. El IVSS es financiado por contribuciones de empleadores y trabajadores y aportes del Estado. Provee servicios de curación y rehabilitación para la población con capacidad de afiliación, principalmente urbana, en 77 ambulatorios y 33 hospitales (Rondon Morales, 1999).

Por insuficiencia de esta institución, y por efecto de contratos colectivos que

previeron protección social y servicios de salud distintos para sus poblaciones particulares, se crearon, sobre todo a partir de la década 1970, durante el período de mayor crecimiento económico, numerosos servicios de atención médica en instituciones públicas nacionales y regionales. Así, existen institutos de previsión social particulares para diferentes categorías de empleados públicos: Instituto de Previsión y Asistencia Social del personal del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME), Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSA), etc. Existen pólizas colectivas y servicios de asistencia médica por contratación colectiva en instituciones, empresas y universidades del sector público, financiados por vía fiscal y contribuciones de los trabajadores. Estos seguros colectivos contratan los servicios ofrecidos por clínicas privadas comerciales, lo que ocasiona un encarecimiento de los servicios, al incluir beneficios para estas empresas de salud y elevados gastos administrativos. Hoy día, con la disminución de los ingresos fiscales estos sistemas enfrentan graves problemas de financiamiento.

En general, los servicios de salud en Venezuela están caracterizados por “una gran dispersión, desorganización e inequidad” (Rondón Morales, 1999). Pero durante varias décadas, la cuantiosa renta petrolera permitió un mejoramiento significativo en el estado físico de la población, y que los indicadores de disponibilidad de recursos en los servicios de salud se ubicaran en un nivel próximo a lo que los organismos internacionales definen como deseable, hasta la década de los ochenta (Galli y García, 1986: 455). Desde mediados de la década 1980 estas tendencias hacia el mejoramiento de los indicadores de salud se revierten y se empieza a hablar de una crisis de la salud. El conjunto de los servicios de salud de carácter público se ha deteriorado de manera importante en las últimas décadas, a consecuencia de la disminución en la capacidad distributiva del Estado por la reducción en la renta petrolera y la importante carga de la deuda externa¹, pero también por una extrema ineficiencia en la utilización de los recursos y una corrupción generalizada (Gamboa, 1996:270; D’Elia, 2002: 95). A mediados de 1996, los servicios de salud dependientes del MSAS y del IVSS prácticamente han colapsado (Gamboa, 1996: 270). Las carencias en equipos y materiales en los centros de salud se agravan con los bajos niveles de remuneración de los médicos, y el incumplimiento de los compromisos contractuales del Estado, lo que lleva a una elevada conflictividad laboral en el sector.

Por otra parte, mientras la cobertura de los trabajadores por seguros colectivos de asistencia médica tuvo su mayor auge en la década de los setenta, período en el cual pasó de 11% en 1968, a 35% a inicios de la década de los ochenta, a partir de los ochenta, y coincidiendo con una severa crisis económica en el país, el aumento de la cobertura del seguro médico descendió abruptamente, por la reducción significativa del mercado de trabajo formal (D’Elia, 2002: 97). En un estudio de 1993, se estimó que el 62% de la población ocupada se encontraba excluida de este sistema pues no se encontraba en categorías de trabajadores obligatoriamente cubiertos por la ley (Cartaya, 1993). Desde esta fecha, la tasa de informalidad de la fuerza de trabajo ha ido

umentando.

Otro factor de exclusión son las prácticas evasivas de las empresas, pues en ellas recae la responsabilidad de la afiliación de sus trabajadores, y no existe suficiente capacidad de control del IVSS y de otros organismos competentes del Estado para hacer cumplir esta obligación. Además, los instrumentos de afiliación y recaudación del IVSS presentan serias fallas en su funcionamiento, que hacen difícil cuantificar la evasión (D'Elia, 2002: 92). Las cotizaciones no canceladas de patronos y trabajadores representan una importante carga: para diciembre de 1999, el IVSS estimaba una deuda total de 717 millardos de bolívares, entre deudas del sector privado (65%) y del sector público (D'Elia, 2002: 110).

En la baja cobertura de los servicios incide además la concentración geográfica de la infraestructura de salud del IVSS: 61% de los establecimientos de los IVSS están ubicados en las localidades donde se concentran las empresas industriales grandes. En varios estados no existe ningún establecimiento del IVSS y en otros, sólo existen ambulatorios.

La crisis en la que entraron el Ministerio de Salud y el IVSS a partir de los ochenta “los condujo a prestaciones cada vez menores en cantidad y calidad lo que obligó, a mediados de esa década, a crear oficinas de recuperación de costos en los hospitales y ambulatorios, y fundaciones privadas intrahospitalarias, para la adquisición de equipos e insumos. (Rondon Morales, 1999).

También la “crisis de la salud” ha generado algunas iniciativas innovadoras en la gestión de los servicios de salud. En algunos casos estas iniciativas provienen del sector público, a raíz del proceso de descentralización hacia las Direcciones Regionales y Municipales de Salud², que ha dado lugar al desarrollo de nuevos modelos de gestión en algunas instituciones en manos de los gobiernos de los Estados (D'Elia, 2002:112). Pero también se ha producido “un rápido desplazamiento del gasto en salud hacia la provisión de atención médica en el sector privado” lo cual es una “evidencia de la pérdida de calidad de las redes de salud del IVSS y del MDSS” (D'Elia, 2002: 96).

La transformación de los servicios antes gratuitos en servicios pagados por el usuario, así como el considerable incremento del número de trabajadores no cubiertos por ningún sistema de seguridad social, abrieron el camino para la aparición de cooperativas y otras empresas colectivas en el campo sanitario, como iniciativas de usuarios y médicos para la implementación de servicios de salud más efectivos. En algunos casos son iniciativas privadas sin fines de lucro de fundaciones médicas, como ASCARDIO (Palumbo, 1991; Malavé, 1995); en otros casos estas iniciativas han adoptado la forma cooperativa o asociativa.

Las cooperativas de salud

En las dos últimas décadas, han surgido numerosas cooperativas de salud en Venezuela. Algunas son iniciativas de profesionales de la salud, en particular de

médicos jóvenes, quienes ante el elevado desempleo existente en la profesión, los bajos sueldos, y las difíciles condiciones de trabajo en las instituciones públicas, con las carencias de equipos y materiales, buscan mejorar estas condiciones mediante la creación de empresas colectivas. En otros casos, más numerosos, estas iniciativas provienen de grupos de usuarios, que aspiran a tener acceso a servicios médicos de mejor calidad y a precios más asequibles, mediante el establecimiento de sistemas mutuales y la construcción de consultorios o centros médicos propios.

Entre las cooperativas de consumidores, algunas fueron creadas por organizaciones cooperativas de segundo grado; otras por cooperativas de base, que suman los servicios de salud a otras actividades (ahorro y crédito, consumo); un tercer grupo, de creación más reciente, está formado por cooperativas que se crean como cooperativas de salud. En algunas de estas cooperativas existe una membresía mixta de usuarios y profesionales de la salud.

Servicios de salud creados por organizaciones cooperativas de segundo grado

Existe un importante antecedente de estas iniciativas, en el servicio funerario que se implementó en las cooperativas venezolanas a partir de finales de la década 1960. Para las familias pobres, la muerte de uno de sus miembros representa una carga financiera muy difícil de enfrentar, y en 1967 diez cooperativas en la ciudad de Barquisimeto, capital del estado Lara, decidieron unirse para prestar un servicio funerario “digno y económico” a sus socios. Para ello, crearon la Central Cooperativa de Servicios Sociales de Lara (CECOSESOLA). Este modelo de integración cooperativa, que rompía con el modelo tradicional de las federaciones sectoriales³, se extendió progresivamente a otras regiones del país, para ofrecer servicios funerarios. Hoy día existen 14 centrales de integración regional, todas creadas a partir del servicio funerario. Estas centrales conformaron en 1976 la Central Cooperativa Nacional de Venezuela, CECONAVE. Esta última creó una fábrica de urnas para abastecer a sus afiliadas en todo el país.

El servicio funerario funciona como una mutual: los socios de las cooperativas afiliadas pagan un monto fijo semanal que cubre los servicios funerarios para el socio, más ocho miembros de su familia. Para prestar este servicio, las centrales cooperativas regionales se equiparon de carros fúnebres y salas velatorias. Además de atender a los socios-afiliados, venden servicios funerarios al público en general, compitiendo con las empresas funerarias privadas.

En la década de los noventa, algunas centrales cooperativas, además de los servicios funerarios, iniciaron la prestación de servicios de salud. Es el caso de dos centrales cooperativas de la región centrooccidental del país, CECOBAR (Central Cooperativa del Estado Barinas), y CECOSOLA (Central Cooperativa de Servicios Sociales de Lara).

Sermecoop en Barinas⁴

El centro médico Sermecoop, inaugurado en 1999 como departamento de la Central Cooperativa del Estado Barinas (CECOBAR), es la primera clínica cooperativa creada en el país. Hacia mediados de la década de los noventa, ante el deterioro de los servicios públicos de salud, los socios de las cooperativas afiliadas a CECOBAR⁵ pensaron en aportar una solución cooperativa a este problema, implementando, además del servicio funerario, un servicio de salud. Se empezó por unos consultorios ubicados en la sede de CECOBAR, y luego se construyó la clínica Sermecoop, un edificio de dos pisos, equipado de consultorios, laboratorio, salas de Rayos X, odontología, laboratorio, quirófano, y habitaciones con un total de 11 camas.

La construcción de la clínica se financió con un crédito del Fondo de Cooperación y Financiamiento de Empresas Asociativas (FONCOFIN⁶) de Bs 360 millones (unos 700.000\$US), pagadero en 6 años. Para el pago de este crédito, se creó un fondo de capitalización alimentado por contribuciones semanales de los socios, aportadas como ahorro reintegrable. El elevado número de socios de las cooperativas afiliadas a CECOBAR ya afiliados a los servicios funerarios, alrededor de 4 mil, hizo posible la generación de estos cuantiosos recursos a partir de pequeños aportes de cada socio.

Los servicios de salud se organizaron siguiendo el modelo de los servicios funerarios: por un monto fijo semanal, el socio y 8 miembros de su familia tienen acceso a consultas de medicina general, pediatría y gineco-obstetricia. Las decisiones relativas a los servicios incluidos en el paquete y al monto de la prima a pagar son tomadas por los miembros-usuarios a través de procesos de deliberación en asambleas. Para los demás servicios (otras especialidades médicas, servicios de laboratorio, radiología, cirugía ambulatoria, citología), existen tarifas fijadas mediante convenios entre Sermecoop y los profesionales que prestan estos servicios. Algunos médicos son asalariados de la cooperativa, y otros son remunerados mediante las tarifas canceladas por los pacientes. La cooperativa ofrece a los profesionales consultorios y equipos médicos, y a cambio, Sermecoop retiene un cuarenta por ciento de la tarifa cancelada por el paciente, para cubrir los costos de funcionamiento de la clínica. En la clínica cooperativa trabajan 25 médicos especialistas, además del personal paramédico y administrativo.

La afiliación a los servicios de salud, para los miembros de las cooperativas miembros de CECOBAR, se hace mediante un pago mensual de Bs 12.500. (unos 8\$), monto que incluye tres servicios: la afiliación a los servicios funerarios, a los servicios básicos de salud, y un depósito mínimo en una cuenta de ahorros, que le permite al socio tener acceso a créditos a bajos intereses.

Recientemente, atendiendo la necesidad de solvencia económica de los servicios de salud cooperativos, y para protegerse de algunos comportamientos oportunistas de los socios, se establecieron algunas restricciones: sólo se pueden incluir en un contrato de salud a los padres de uno de los cónyuges, en el caso de una pareja, y existe una edad límite de 60 años para la firma de un contrato de salud. Las personas mayores de

60 años pueden sin embargo ser incluidas como beneficiarias en un contrato cuyo titular sea un hijo o una hija. Se estableció otra restricción en cuanto a una edad límite de los inscritos como hijos o hermanos del titular del contrato: esta edad no debe superar los 30 años.

Para cubrir los servicios que no se prestan en los locales de la clínica, existe una red de unos 70 médicos de diversas especialidades que son asociados a SERMECOOP. Estos médicos atienden a los afiliados en sus propios consultorios con descuentos que varían entre el 30 y el 50%.

Sermecoop tiene proyectos de crecimiento basados en las necesidades de sus miembros-usuarios, proyectos que incluyen la ampliación de las instalaciones, para la incorporación a la clínica de un mayor número de especialidades médicas y de consultorios, la creación de una unida móvil para atender las zonas rurales, y la oferta de servicios médicos a domicilio. Con el objetivo de lograr una mayor viabilidad financiera y capacidad de crecimiento del servicio cooperativo de salud, Sermecoop ha ido afiliando a planes de salud a grupos de trabajadores de varias empresas de la región, y tiene un programa de captación de nuevos afiliados, dirigido sobre todo hacia grupos de trabajadores de empresas privadas y organismos públicos.

En el 2001, una cooperativa afiliada a CECOBAR, la cooperativa de ahorro y crédito La Pregonera, abrió una farmacia cooperativa, como complemento de los servicios cooperativos de salud de CECOBAR. Como en el caso de la clínica Sermecoop, el financiamiento de este proyecto fue aportado por los socios, bajo la figura de certificados de ahorro reintegrables. Esta farmacia ofrece importantes descuentos a los socios de las cooperativas afiliadas a CECOBAR, complementando así la oferta cooperativa en materia de servicios de salud.

El Centro Cooperativo de Salud de Barquisimeto

El Centro Cooperativo de Salud surgió como proyecto de una cooperativa de base, la cooperativa de ahorro y crédito El Triunfo. Pero este proyecto ha beneficiado desde sus inicios del apoyo de una organización de segundo grado, la Central Cooperativa de Servicios Sociales del Estado Lara, CECOSOLA, ubicada en la capital del estado, Barquisimeto, una ciudad de alrededor de un millón de habitantes.

A diferencia de otras centrales cooperativas regionales que tienen como única actividad la prestación de los servicios funerarios, CECOSOLA, además de los servicios funerarios⁷, opera desde 1983 una importante actividad de comercialización de alimentos, la Feria de Consumo Familiar, basada en la intercooperación de cooperativas y asociaciones de productores rurales, y cooperativas y asociaciones de consumidores urbanos, que representa la mayor empresa comercializadora de víveres del Estado Lara, con unas ventas totales anuales de alrededor de 11 millones de dólares. Las Ferias en sus varios puntos de venta⁸ emplean unos 700 trabajadores (Gomez Calcaño, 2000: 20).

En 1994, frente al creciente deterioro e ineficiencia de los servicios públicos de salud, CECOSOLA empezó a crear “fondos de apoyo mutuo” para los trabajadores de las ferias, para cubrir necesidades en materia de salud; también varias cooperativas afiliadas a CECOSOLA crearon fondos de apoyo mutuo. Estos fondos, llamados luego fondos de salud, se alimentan de aportes semanales de los individuos que participan⁹, y en algunos casos con los beneficios de actividades comerciales realizadas con este propósito. Las decisiones relativas a las ayudas otorgadas (cobertura parcial del costo de tratamientos, etc.) se toman en asambleas general de miembros de los fondos.

Hoy existen 13 fondos de salud locales, creados entre los grupos de trabajadores de CECOSOLA y en algunas cooperativas de base. Estos fondos son diversos por el número de sus participantes y por lo tanto por el monto del que disponen, por las actividades especiales de financiamiento que desarrollan, y por la cobertura que ofrecen: algunos fondos sólo cubren sólo al afiliado, otros cubren también a la familia. Estos fondos locales a su vez contribuyen a un Fondo Integrado de Salud, instancia que forma parte de CECOSOLA, y que atiende problemas de salud que requieren de gastos más considerables. El Fondo Integrado de Salud se nutre de cuotas mensuales de los grupos y cooperativas afiliados a CECOSOLA – estas cuotas son fijadas por los mismos grupos según sus ingresos - y de los recursos generados por una rifa anual. Para finales de julio de 2002, el Fondo Integrado de Salud disponía de un monto de más de Bs. 62 millones (unos 48.000 \$). Las decisiones relativas a la afectación del fondo integrado se toman en reuniones quincenales abiertas a todos los miembros de los fondos que aportan al fondo integrado. No se aplican tablas predeterminadas de beneficios en función de los montos de los aportes como en un seguro, sino que se analiza cada solicitud, tomando en cuenta el costo del tratamiento, las capacidades financieras del socio y el aporte del fondo de salud al que pertenece. “La filosofía de estos fondos de salud es combatir la concepción tradicional del seguro, según la cual uno recibe un servicio en función de su aporte. Aquí se trata de darle un sentido de solidaridad” respondiendo a la necesidad real del solicitante y no a la suma de dinero que cotizó (del Pozo-Vergnes, 1999: 57).

Posteriormente, las deficiencias de los servicios prestados en los ambulatorios públicos, así como los altos precios de la medicina privada, llevaron a la decisión de crear centros de salud propios, que permitieran a los socios y a la comunidad contar con una atención médica rápida y de buena calidad. También existía el interés de varios socios por tener acceso a terapias alternativas (homeopatía, acupuntura, etc.) no disponibles en instituciones públicas de salud.

Dos organizaciones de base, miembros de CECOSOLA, una asociación civil y una cooperativa de ahorro y crédito, instalaron consultorios médicos. La Asociación civil El Carmen (ASOCICAR), una asociación vecinal fundada en 1989, que opera una biblioteca popular y realiza diversas actividades educativas, incorporó desde 1994 actividades de salud : educación para la promoción de la salud, así como

consultorios médicos. Recientemente, ASOCICAR inició la construcción de un centro comunitario de salud. Hoy este centro, aún no terminado, cuenta con un servicio de medicina general, ginecología y acupuntura, y están próximos a abrirse servicios de odontología, pediatría, cardiología y una sala de partos. En este centro se preparan también medicinas homeopáticas, bajo la dirección de un médico homeópata miembro de la cooperativa La Alianza, una cooperativa agrícola asociada a CECOSOLSA. El Centro Comunitario de Salud es administrado por el equipo de salud de ASOCICAR, formado por miembros-usuarios y médicos; las grandes decisiones se toman en una reunión semanal abierta a todos los que participan en las actividades del Centro.

La construcción y equipamiento de este centro se financiaron mediante un aporte del Fondo Integrado de Salud, y un crédito del Fondo de Financiamiento de CECOSOLSA. Este último fondo se creó en 1994 como un instrumento de desarrollo del sistema de ferias, para otorgar créditos a las organizaciones de productores y consumidores participantes en las ferias. Está formado por un porcentaje de los excedentes de las ferias, decidido en asamblea, y por otros aportes vinculados a la actividad de las ferias, el 1% del monto pagado a los productores agrícolas por la venta de sus productos en las ferias, el 0,5% de las ventas de las unidades de producción comunitaria (UPC)¹¹, 0,5 % de las ventas de los negocios ubicados en los locales de las ferias grandes¹², 0,25% de lo comprado en el centro de acopio de CECOSOLSA por las cooperativas y asociaciones de consumidores miembros del sistema de feria (Mackiewicz, 2002).

En otro barrio popular de Barquisimeto, una de las principales cooperativas de la ciudad, la cooperativa de ahorro y crédito El Triunfo, con unos cuatro mil miembros, amplió sus locales para la instalación de algunos consultorios médicos, respondiendo así a una importante necesidad de los socios de la cooperativa y en general de la comunidad del barrio Pueblo Nuevo, donde está ubicada la cooperativa. Luego, gracias a recursos del Fondo Integrado de Salud de CECOSOLSA, de algunos de los fondos locales de salud, y del Fondo de Financiamiento de CECOSOLSA, se construyó otro edificio, de dos pisos, ubicado a poca distancia de la sede de la cooperativa. Es el Centro Cooperativo de Salud, que empezó a funcionar en julio de 1999. Tiene consultorios de medicina general, pediatría, gineco-obstetricia, odontología, medicina interna, traumatología, foniatría, sicología, acupuntura, y un laboratorio.

Siguiendo el modelo de los servicios funerarios, el acceso a las consultas es por medio de contratos, que cubren al socio y a hasta 8 miembros de su familia. Estas primas, muy módicas, dan acceso a consultas de medicina general, pediatría, toma de tensión y aplicación de inyecciones, y a tres consultas de acupuntura anuales. Aquí, como en el caso de SERMECOOP, los servicios incluidos en el paquete básico, y los montos de las cotizaciones, son definidos por la asamblea general de los socios.

En el caso de las especialidades no cubiertas por el contrato, se cobra por servicio prestado, pero con tarifas inferiores a las del mercado de las consultas priva-

das, y fijadas en asambleas a partir de estudios sobre costos. En un principio, la afiliación a los servicios de salud era voluntaria. Pero en 1999, para mejorar la viabilidad financiera del sistema, la asamblea general de la cooperativa El Triunfo aprobó la afiliación obligatoria al centro de salud cooperativa de todos los socios afiliados al servicio funerario (unos 4.000). El CCS atiende también al público en general, bajo la modalidad del pago por servicio, al igual que en el caso de los servicios funerarios.

Los médicos son remunerados mediante un porcentaje (alrededor del 60%) del monto cancelado por el usuario. Los 40% restantes son para cubrir los costos de funcionamiento del CCS. Como en el caso de Sermecoop, para las especialidades que no se ofrecen en el Centro, existe una red de médicos asociados al Centro que atienden en sus consultorios a los afiliados al Centro Cooperativo de Salud, cobrándoles tarifas más bajas que las que se aplican al público en general.

El CCS tiene 42 trabajadores, incluyendo médicos, enfermeras, personal administrativo y obrero. En el año 2001, se atendieron 87.000 pacientes. El CCS realiza también actividades de prevención, mediante jornadas de salud dirigidas a la comunidad en general; también desarrolla actividades de formación para sus miembros y trabajadores.

La gestión tiene un carácter participativo: las decisiones se toman en reuniones semanales abiertas en las que participan los médicos y trabajadores del Centro Cooperativo de Salud así como delegados de los fondos de salud de las 3 ferias grandes de CECOSOLSA. Como en otras instancias de CECOSOLSA, se quiere romper con la gestión jerárquica tradicional mediante el aprendizaje colectivo.

Se impulsa el trabajo en equipo entre los médicos y otros miembros del personal. A pesar de las dificultades que existen para la participación de los médicos en las reuniones semanales de evaluación y planificación, varios médicos se han ido incorporando a estas actividades. Se busca transformar la relación médico-paciente, y abrir un espacio de diálogo entre ciudadanos y profesionales de la salud, en un sector de actividad donde tradicionalmente el médico ocupa una posición dominante.

Para ofrecer a los afiliados una gama más completa de servicios de salud, CECOSOLSA adquirió un terreno para construir un hospital cooperativo. Como el Centro Cooperativo de Salud, y el Centro Comunitario de Salud de ASOCICAR, este hospital cooperativo prestará servicios a los socios y trabajadores de CECOSOLSA, y a la comunidad en general.

Cooperativas de base prestadoras de servicios de salud

Existen cooperativas de base, que por el número elevado de miembros que tienen, han podido crear mutuales de salud con un modelo semejante a los creados por las dos centrales de integración CECOBAR y CECOSOLSA. Por ejemplo, la **cooperativa Bermúdez** en Carúpano, estado Sucre, es una cooperativa de ahorro y crédito que tiene más de 7.000 miembros. y que desde finales de la década 1990

representa una importante institución prestadora de servicios de salud en su municipio, donde de los 130.000 habitantes, 60.460 (el 46,73%) están afiliados a los servicios de salud de la cooperativa. Al igual que los centros cooperativos de salud de Barinas y Barquisimeto, la cooperativa Bermúdez, además de prestar servicios a los afiliados a los planes de salud, está abierta al público en general, con el cobro directo de los servicios a precios inferiores a los de otros centros médicos privados. La cooperativa ofrece consultas de Pediatría, Medicina General, Ginecología, medicina interna, odontología y Laboratorio. Atiende unas 14.000 personas anualmente (Placeres y Maldonado, 2002). Para las especialidades que no se ofrecen en la cooperativa, existe una red de médicos asociados que ofrecen descuentos a los socios.

La cooperativa Tucutunemo introduce otro modelo, con algunas diferencias con respecto a los casos anteriores. En primer lugar esta cooperativa creada en la década 1990 pertenece a otra generación de cooperativas¹³. Sus promotores y socios, habitantes de Villa de Cura, una pequeña ciudad de unos 140.000 habitantes, son en su mayoría profesionales jóvenes, afectados por el deterioro en el poder de compra de este sector social en la última década. La cooperativa se creó como cooperativa de servicios múltiples, con tres actividades: ahorro y crédito, consumo y salud. Las primeras actividades en implementarse fueron las de ahorro y crédito y consumo. La creación de un supermercado cooperativo, para desarrollar una oferta de alimentos de mejor calidad y a precios más bajos, en un contexto de deterioro del poder de compra de la clase media, parecía un proyecto viable y con buenas perspectivas de crecimiento, pero no fue así, el proyecto fracasó rápidamente, dejando considerables pérdidas. Entonces, el grupo decidió emprender otro proyecto que también respondía a una importante necesidad de los miembros y de la comunidad, la de servicios de salud de calidad a precios accesibles.

El financiamiento para la adquisición de mobiliario y equipos médicos¹⁴ lo aportaron los 80 socios, de los cuales 6 son médicos, mediante certificados de aportación. El número de socios, mucho menor que en las experiencias anteriores, obligó a aportes financieros más considerables, que fueron de unos Bs 650.000 Bolívares (unos 400\$) por socio.

Ubicada en Villa de Cura, en el estado Aragua, en una importante región industrial del centro del país, la cooperativa Tucutunemo opera un ambulatorio conforme a las normas del organismo rector de la salud en el estado Aragua, y ofrece planes de afiliación de varios tipos: familiares, empresariales, escolares. Tiene convenios con numerosas empresas de la zona para la prestación de servicios de salud a sus trabajadores¹⁵, y con el IPASME para la atención a los educadores del sector público¹⁶.

También ofrece atención al público en general, y un programa de créditos para el pago de los servicios. Existe también un fondo de exoneraciones, para los casos de pacientes sin recursos para cancelar el costo de la atención médica.

Conclusión

Entre las cooperativas de salud que se crearon en años recientes en Venezuela, existen cooperativas de usuarios, de proveedores y de membresía mixta. En este artículo nos limitamos a presentar algunos casos, entre los más importantes y representativos. Varios de ellos fueron creados por usuarios ya organizados en cooperativas o asociaciones, para satisfacer una necesidad no cubierta por el Estado ni por el sector privado: la de servicios de salud de calidad y a costos asequibles.

En Venezuela, la presencia de las cooperativas en la prestación de servicios de salud es aún incipiente, pero se observa un gran dinamismo en este sector, con la evolución rápida de las iniciativas hacia centros médicos dotados de instalaciones modernas y la prestación de servicios de calidad. La organización mutualista de los servicios funerarios por parte de las cooperativas, iniciada a finales de la década de los sesenta, constituyó un antecedente importante para la implementación de servicios de salud en años recientes, en respuesta a la crisis de los servicios públicos de salud. El considerable número de socios-afiliados a los servicios funerarios ha significado una importante base para la generación de los recursos necesarios para la creación de clínicas cooperativas autogestionarias, y de una masa importante de cotizantes, condición de viabilidad de formas mutuales de prestación de servicios. Esta modalidad mutualista permite que las contribuciones individuales sean más bajas que si sólo los enfermos debieran pagar sus gastos de salud. Al recolectar las contribuciones de sus miembros cuando están sanos y capaces de pagar, y financiar así, al menos en parte, los costos de sus servicios de salud cuando estén enfermos, la mutual permite el acceso a servicios de calidad a sectores de la población que antes no lo tenían. Así, las cooperativas de salud hacen una importante contribución a la equidad al permitir a sectores antes obligados a conformarse con servicios de calidad deficiente en ambulatorios y hospitales públicos, o a remitirse a los curanderos tradicionales, tener ahora acceso a servicios de salud de calidad en instituciones privadas de propiedad colectiva de sus usuarios y cuya gestión es democrática.

En el caso de CECOSOLA, se combina la prestación de servicios de salud con una ayuda en dinero para atender las necesidades no cubiertas por la cotización semanal del afiliado. En otras cooperativas, existe la posibilidad de un crédito para el usuario o afiliado, pues estas cooperativas combinan actividades financieras (ahorro y crédito) con la prestación de servicios de salud.

Las modalidades de financiamiento constituyen importantes innovaciones, especialmente en el caso de la Central de Integración Cooperativa del estado Lara, donde se han ido constituyendo diversos fondos: Fondos Locales de Salud, Fondo Integrado, Fondo de Financiamiento. Han permitido la creación de centros de salud bien equipados, que representan una alternativa a los servicios de salud públicos y privados lucrativos. En Sermecoop, el elevado número de socios hizo posible la generación de cuantiosos recursos mediante mediante certificados de ahorro reintegrables

cuyo monto era accesible aún para los socios con menores ingresos, al fraccionarse en pagos semanales.

En estas clínicas cooperativas, los miembros-usuarios ocupan un espacio importante en las instancias de toma de decisiones. Así los servicios se definen en función de las necesidades de los usuarios, y no de lo que las instituciones deciden ofrecer, cambiando así el modelo de gestión que coloca al médico en el centro de las organizaciones de salud. Este poder de decisión de los usuarios contrasta con la pasividad y la resignación que caracterizan generalmente a los usuarios de los servicios públicos de salud. En este sentido, se puede considerar que las cooperativas controladas por los usuarios tienen un impacto importante en la calidad y la eficiencia de los servicios, por la existencia de un poder de negociación independiente de la estructura sanitaria (Atim, 1999). Además, estas iniciativas no solo permiten mejorar el estado de salud de sus usuarios, y utilizar de manera más eficiente los recursos, sino que el carácter participativo de la gestión de estos centros de salud permite a sus miembros volverse ciudadanos activos y responsables en sus comunidades.

Algunas cooperativas tienen una membresía mixta de usuarios y médicos. Es el caso de la cooperativa Tucutunemo, y del Centro Cooperativo de Salud de Barquisimeto, donde existe un esfuerzo por incorporar al personal médico como socios de la cooperativa, y como participantes en las reuniones semanales que constituyen espacios de diálogo entre usuarios y profesionales.

En algunas cooperativas de salud (en Sermecoop, y sobre todo en la cooperativa Tucutunemo), existe una preocupación por incrementar la clientela, y los ingresos de la cooperativa, mediante la incorporación de afiliados no socios, en particular los trabajadores de empresas e instituciones. El incremento del número de usuarios no socios representa un reto para el mantenimiento de la identidad cooperativa, basada en la participación de los miembros-usuarios. Siendo la combinación de una asociación y una empresa, la cooperativa, para mantener su identidad, debe garantizar un equilibrio entre la dimensión empresarial (la rentabilidad de las actividades realizadas, que hace posible su permanencia en el tiempo, y su desarrollo), y la dimensión asociativa, según la cual la razón de ser de la cooperativa es la satisfacción de las necesidades comunes de sus miembros-usuarios.

Un segundo reto es el de la intercooperación, de la creación de redes de cooperativas de salud, en función del apoyo mutuo para el mejoramiento de los procesos y servicios, de su viabilidad económica, y para la representación de este nuevo actor social. Desde 1997 se viene conformando en Venezuela la Red de Salud Cooperativa, que reúne cooperativas y asociaciones civiles activas en el campo de la salud. Para 2002, esta red reúne más de 60 organizaciones (Barrios, 2002). Es una organización aún embrionaria, que deberá fortalecerse en los próximos años.

Un tercer reto es el de la vinculación de las cooperativas de salud con las políticas e instituciones del Estado. La constitución bolivariana de 1999 establece que la salud es un derecho social fundamental (art. 83), y que se establecerá un sistema

público nacional de salud regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad (art. 84). El artículo 85 establece que el Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. Estos objetivos son reafirmados en el anteproyecto de Ley de Salud actualmente en discusión. Entonces se plantea el reto de una coparticipación de las cooperativas de salud (como agentes del seguro de salud y prestadoras de los servicios de salud) con los organismos públicos descentralizados para la implementación de un sistema de salud regido por los grandes principios presentes en la Constitución y la Ley de Salud, y en el cual se superaría la dicotomía público-privado en una economía mixta de la salud.

Notas

- ¹ Con la crisis, el financiamiento de la salud, expresado en términos de gasto por habitante, ha ido bajando en forma drástica (US\$112. en 1983 , US\$50,6 en 1990) (Rondon Morales, 1996, cit. por Gamboa 1996)
- ² La descentralización es reciente. Se inicia con la Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público de 1989, que se aprueba en el contexto de la crisis del modelo rentista-populista de gestión pública, caracterizado por una gran ineficiencia en el funcionamiento del sector público, en particular en el de la salud y de la previsión social.
- ⁴ En Venezuela, un sector cooperativo comienza a existir sólo a partir de la década 1960, a partir de acciones de promoción de sectores de la Iglesia y del Estado, con el apoyo de organizaciones norteamericanas como CUNA (Credit Union National Organization) y los Cuerpos de Paz. Se crearon varias federaciones sectoriales para agrupar las cooperativas recién creadas (federaciones de transporte, ahorro y crédito, consumo, etc.). Pero estas federaciones sectoriales fueron sustituidas luego por las centrales regionales de integración, organizadas en torno al servicio funerario.
- ⁵ La información sobre este caso proviene de entrevistas con Zaira Monzón, administradora de SERMECOOP, y Gonzalo Gualdrón, administrador de CECOBAR.
- ⁶ Las cooperativa afiliadas a la Central CECOBAR eran 12 en esos momentos, y tenían en conjunto unos 4.000 socios. Hoy las cooperativas afiliadas a CECOBAR son 21, y tienen 9.346 socios.
- ⁷ Fondo público de financiamiento a las microempresas y a las cooperativas, creado en 1987 y adscrito al Ministerio de la Familia. Este organismo dejó de existir en el año 2000.
- ⁸ Para noviembre de 2002, el Departamento de Servicios Sociales, responsables de los servicios funerarios, tiene como afiliadas 36 cooperativas y 7 asociaciones civiles sin fines de lucro, lo que representa unos 18.000 contratos, con una cobertura promedio de 6 personas. En este departamento trabajan 17 personas, y se prestaron un promedio de 59 servicios funerarios mensuales durante el período julio 2001-junio 2002.
- ⁹ Existen tres ferias grandes, organizadas en galpones pertenecientes a CECOSOLA, y otras, en diferentes lugares de la ciudad, que son organizadas por cooperativas o asociaciones de consumidores.
- ¹⁰ El monto de estas cotizaciones es fijado por la asamblea de participantes en el fondo.

- ¹¹ Las UPC son pequeñas empresas asociativas-varias son formadas por mujeres campesinas - que venden sus productos (pan, pastas, brotes de lentejas, miel de abeja, mermeladas, salsa de tomate, etc.) en las ferias.
- ¹² En las instalaciones de las tres ferias grandes de CECOSOL, funcionan diversos comercios (carnicerías, charcuterías, pescaderías, etc.) operados de manera independiente por comerciantes que tienen un acuerdo especial con la central cooperativa.
- ¹³ Las cooperativas de la primera generación, creadas en la década 1960, eran en su mayoría formadas por miembros de los sectores populares, y habían sido promovidas por miembros de la Iglesia Católica.
- ¹⁴ La cooperativa no dispone aún de un inmueble propio, y funciona en locales alquilados. La construcción de un edificio propio es una de las metas actuales de la cooperativa.
- ¹⁵ Para finales del 2002, 23 empresas, en su mayoría empresas grandes de más de 1000 trabajadores, tienen a su personal afiliado a los servicios de salud de la cooperativa.
- ¹⁶ Los establecimientos del IVSS y del Instituto de Previsión social del Magisterio (IPASME) se concentran en Maracay, capital del estado, y Villa de Cura y la región adyacente están desprovistos de servicios de salud para los trabajadores afiliados a estas instituciones.

Bibliografía

- ATIM, C. (1999), “La emergencia de un movimiento mutualista en el Sur”, en DEFOURNY, J., DEVELTERE, P., FONTENEAU, B. (eds.) *La Economía Social en el Norte y en el Sur*. (trad. del francés por Mirta Vuotto), Ediciones Corregidor, Buenos Aires: 83-104.
- BARRIOS, M. (2002), “La red de salud cooperativa”, ponencia presentada en la Primera Jornada Venezolana de Organizaciones de Economía Social en el sector Salud, Universidad de los Andes, Núcleo Rafael Rangel, y CIRIEC-Venezuela, Trujillo, 24-26 de octubre.
- CARTAYA, V. (1993), *Modalidades de acceso a la seguridad social*. CORDIPLAN/PNUD, Proyecto VEN/92/016, Caracas.
- D’ELIA, Y. (2002), “El Fondo de Asistencia Médica (FAM) del IVSS: situación actual y opciones de reforma”, en GONZALEZ, M. (coord.) *Seguridad Social: aportes para el acuerdo*, volumen 3 (documentos del Proyecto Pobreza). Universidad Católica Andres Bello, Universidad Simon Bolivar, Asociación Civil para la Promoción de Estudios Sociales, Caracas (www.ucab.edu.ve)
- DEL POZO-VERGNES, E. (1999), *Cuando el campo y la ciudad se integran. Las Ferias de Consumo Familiar de Barquisimeto en Venezuela. Un sistema viable de desarrollo rural-urbano*. Huellas, La Paz (Bolivia).
- GALLI, A., GARCÍA, H. (1986), “El sector salud: radiografía de sus males y sus remedios” en NAIM, M., PIÑANGO, R. (dir.), *El caso Venezuela: una ilusión de armonía*. Ediciones IESA, Caracas: 452-471.
- GAMBOA, T. (1996), “Desafíos gerenciales de los sistemas de salud en Colombia y Venezuela”, *Revista Venezolana de Gerencia*, 1, 2, diciembre:251-284.
- GÓMEZ CALCAÑO, L. (2000), “Organización popular y construcción de ciudadanía: las Ferias de Consumo Familiar del estado Lara”, *Cuadernos del Cendes*, 17, 44, mayo-agosto: 1-47.
- GONZALEZ, M. (coord.) (2002) *Seguridad Social: aportes para el acuerdo*, volumen 3 (documentos del Proyecto Pobreza). Universidad Católica Andres Bello, Universidad Simon Bolivar, Asociación Civil para la Promoción de Estudios Sociales, Caracas.

- MACKIEWIZC, M. (2002), *Sistematización de los fondos de crédito de CECOSSEOLA*. Informe presentado a Intercoop, Barquisimeto.
- MALAVÉ, J. (1995) *Gerencia en Salud, un modelo innovador*. Fundación Antonio Cisneros Bermúdez/Ediciones IESA, Caracas.
- PALUMBO, G. (1991), *Gerencia participativa: un caso exitoso en el sector salud*. Fundación Antonio Cisneros Bermúdez, Caracas.
- PLACERES, L., MALDONADO, J. (2002), “La capacitación como estrategia para el mejoramiento de los servicios de salud de la cooperativa Bermúdez”, ponencia presentada en la Primera Jornada Venezolana de Organizaciones de Economía Social en el sector Salud, Universidad de los Andes, Núcleo Rafael Rangel, y CIRIEC-Venezuela, Trujillo, 24-26 de octubre.
- RONDON MORALES, R. (1999), “Subsistema de Salud de la Seguridad Social Integral”, *Revista Sic*, 612, marzo: 59-61.