

# Administración descentralizada de los servicios públicos de salud por parte de cooperativas

Fernando Marín Rojas\*

- El caso de Costa Rica -

---

EN EL PRESENTE ARTICULO SE RESUME LA PRIMERA EXPERIENCIA EXISTENTE EN EL AMBITO CENTROAMERICANO, DE TRASLADO DE LA ADMINISTRACION DE UN SISTEMA LOCAL DE SALUD, DE CARACTER PUBLICO, A UNA EMPRESA COOPERATIVA DE TRABAJADORES. SE TRATA DEL "PLAN PILOTO DE LA CLINICA DE PAVAS", EN SAN JOSE SE PRESENTAN LOS ANTECEDENTES MAS IMPORTANTES, UNA DESCRIPCION DEL PROYECTO, SUS PRIMEROS RESULTADOS Y ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL FUTURO DE ESTE MODELO.

## Introducción

A pesar de la crisis económica, Costa Rica ha alcanzado en los últimos años un importante desarrollo sanitario evidenciado, entre otras cosas, por el control y erradicación de las principales enfermedades infectocontagiosas; por la dotación de agua potable a una mayoría de la población; por la disminución de las tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna, a cifras inferiores a las encontradas en la mayoría de países latinoamericanos; todo lo cual se ha logrado principalmente con el desarrollo de exitosos programas de atención primaria, incluyendo el componente de extensión

de cobertura, y por la universalización del Seguro Social.

Sin embargo, factores como la limitación de recursos que ha provocado dicha crisis y la inercia del aparato burocrático hipertrofiado y centralizado que administra el sistema, el aumento en los costos de la atención médica, la disminución de la eficiencia y de la calidad de los servicios hospitalarios y ambulatorios, y la aparición de un nuevo perfil epidemiológico nacional, donde comienzan a predominar las enfermedades crónicas, ponen en peligro los indicadores alcanzados y reducen, aún más, la posibilidad de extender y ampliar los servicios de salud a todas las zonas del país, en forma más equitativa.

Lo anterior obliga a una modernización administrativa de las instituciones públicas de salud, a la

---

\* Médico - Cirujano. Consultor en Administración de Salud, ICAP-PROASA. Gerente y Asociado Fundador de COOPESALUD, R.L.

concepción y aplicación de nuevas estrategias en el desarrollo de los programas de atención hospitalaria y ambulatoria, con el propósito de brindar los servicios en forma más personal, eficiente y eficaz; y de incorporar a la comunidad organizada, para que conjuntamente con el personal sanitario, participe en el proceso de diagnóstico, de programación, control y evaluación de las acciones de salud.

Dentro de este contexto, la administración de los servicios públicos de salud por parte de cooperativas autogestionarias,<sup>1</sup> de usuarios o de cogestión (usuarios-trabajadores, trabajadores-estado), que impulsen un nuevo modelo de atención de la salud, se presenta como una importante alternativa para el fortalecimiento y mejoramiento de los servicios públicos de salud en Costa Rica y los demás países de Centroamérica.

Lo anterior siempre y cuando se tomen en cuenta los siguientes principios y requerimientos generales:

- Los servicios de salud de los países centroamericanos deben ampliarse a toda la población, bajo los principios fundamentales de la seguridad social: la solidaridad, la igualdad y la universalidad.
- La seguridad social, en su concepto más amplio, es un sistema que difícilmente podría darse en forma plena, en ausencia de paz, justicia social y democracia.

- El éxito pleno del cooperativismo será alcanzado en la medida en que se logre, el desarrollo de nuestros países, basado en los tres pilares arriba mencionados.
- El cooperativismo es un sistema que debe estar inmerso en el más amplio y profundo concepto de seguridad social.
- El cooperativismo no debe ser un hecho aislado, debe formar parte de un proyecto político dirigido a la conquista de una sociedad más justa y democrática; sin dogmatismos ni modelos preconcebidos y con apertura al cambio, basado en la generación y aplicación del conocimiento científico.
- Las asociaciones cooperativas que administran servicios públicos de salud, deben formar parte del Sistema Nacional de Salud, y seguir directrices de su ente rector.

Es dentro de este marco de principios que concebimos el "cooperativismo sanitario", como una opción para la gestión de los sistemas locales en Costa Rica.

### Marco de referencia

Costa Rica, país centroamericano localizado entre Nicaragua al norte y Panamá al sureste, posee una población de 3 millones de habitantes y una extensión territorial de 51.100 Km<sup>2</sup>.

Se caracteriza, entre otras cosas, por su sistema democrático, por no

enero-junio/1990

1. El término "autogestionaria" se emplea dentro del contexto que le da el marco legal costarricense.

poseer ejército y por un alto índice de alfabetismo, aproximadamente de un 90% de la población.

La mortalidad infantil es de 13.5 por mil nacidos vivos, la tasa bruta de mortalidad es del 3.6% y la esperanza de vida al nacer es de 74 años.<sup>2</sup> Las tres primeras causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, las tumorales y las originadas en el período perinatal.

El sector público de salud está constituido por cinco instituciones principales

### **El Ministerio de Salud**

Es el ente directriz del sector y realiza, principalmente, acciones sanitarias y servicios de promoción y fomento, prevención y atención del ambiente a las dos primeras, sobre todo en las zonas rurales y algunas áreas urbano-marginales. El Ministerio cubre, en promedio, un 50% de la población.

### **La Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.)**

Es la institución más grande y fuerte económicamente del sector. Administra todos los centros hospitalarios y la mayor parte de clínicas de atención ambulatoria, de carácter público.

En su régimen de enfermedad y maternidad cubre el 90% de la población, mediante un sistema muy amplio y abierto. Se financia principal-

mente, por sistema tripartito, sobre el monto de los salarios

	<b>Enfermedad y Maternidad</b>	<b>I.V.M.</b>
Patrono	9.25	4.75
Trabajador	5.50	2.50
Estado	1.25	0.25
<b>TOTAL</b>	<b>16.00%</b>	<b>7.50%</b>

### **El Instituto Nacional de Seguros**

Maneja los seguros de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. También, vende otro tipo de seguros. Tiene alguna infraestructura para la atención ambulatoria y de rehabilitación. Compra de servicios al sector privado y al Seguro Social.

### **El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (I.C.A.A.)**

Administra o coordina buena parte de los servicios en este campo.

### **La Universidad de Costa Rica**

Se incluye en este sector, en lo que respecta a la formación de pregrado, grado y posgrado de personal sanitario de nivel técnico y profesional; y a los institutos de investigación en el campo sanitario. No posee hospitales propios.

### **Antecedentes**

A pesar de los éxitos alcanzados, los servicios de salud, especialmente los

2. Datos estimados para 1990, con base en los datos de 1988 y 1989.

servicios ambulatorios de la C.C.S.S., enfrentan una serie de problemas y críticas.

Entre las críticas a nivel popular se pueden mencionar:

- Los prolongados tiempos de espera, tanto durante el proceso que conlleva la consulta externa, como para obtener las citas con especialistas.
- Mal trato de los funcionarios administrativos.
- Malas relaciones médico-paciente;
- Mala calidad de los medicamentos

A nivel de los profesionales existen las quejas tradicionales sobre salarios, cantidad de trabajo, disponibilidad de materiales y equipo para la atención de los pacientes.

Una revisión de los planteamientos y estudios sobre el tema, nos ha llevado a concluir que muchas de estas críticas no están fundamentadas en hechos objetivos. Un análisis integral, mediante un enfoque sistémico de las debilidades de los citados servicios, nos ha permitido obtener un panorama más completo, el cual se resume en el siguiente esquema:

**Problemas del Sistema Nacional de Salud  
Con énfasis en el subsistema de atención de las personas**

*Area de demanda*

- Desconocimiento de los problemas y necesidades locales

de salud, de la población a la cual están dirigidos los servicios.

- Atención basada en la libre demanda.

*Area de oferta*

- Inadecuada distribución de los recursos.
- Escasez de cierto tipo de recurso humano (por ejemplo enfermeras).
- Dificultad en el acceso de los servicios.
- Predominio del trabajo individual vrs. trabajo en equipo.
- Oferta dirigida y condicionada por la libre demanda.
- Definición poco clara de los niveles de atención.
- Ausencia de un sistema de control integrado de la gestión (sistema integrado de información, normas y control de calidad).
- Poco recurso gerencial capacitado.
- Alta concentración de funciones administrativas.
- Modelo de atención basado en un enfoque biologista.

*Area del proceso*

- Inadecuadas relaciones funcionarios-paciente.

- Falta de continuidad en la atención médica.
- Prolongados tiempos de espera.
- Poca participación de la comunidad.
- Subutilización de los recursos humanos, físicos y tecnológicos.
- Alta concentración de los servicios.
- Bajo rendimiento.
- Altos costos de funcionamiento.
- "Inadecuado clima laboral".
- Deficiente coordinación intra e interinstitucional.
- Burocratización de la atención médica.
- La programación con base en el recurso y cantidad de actividades, y no de las necesidades locales de salud.
- La publicidad y coordinación en los programas y acciones sanitarias.
- La alta centralización y concentración de la gerencia de los servicios.
- La burocratización de la atención médica; y
- La subutilización de los recursos humanos, físicos y tecnológicos (desperdicio o mala aplicación de los recursos).

Para enfrentar los problemas mencionados de una manera integral se propuso, en 1986, el desarrollo de un plan piloto en la Clínica de Pavas, en el área metropolitana de la capital costarricense.

Después de casi tres años de trabajo -donde se dieron arduas negociaciones, se hicieron los estudios de factibilidad y se constituyó la empresa COOPESALUD R.L.-, el 30 de agosto de 1988, se inició el proyecto con los servicios del Seguro Social; y el 16 de febrero de 1989, el Ministerio de Salud también traspasó a la Cooperativa sus programas, logrando constituir un Sistema Local de Salud "totalmente integrado".

### **Descripción general del proyecto**

El proyecto contiene dos componentes principales:

#### *Area de impacto*

- No se mide el impacto ni calidad de los servicios.
- Insatisfacción de los usuarios.

De las citadas deficiencias, es conveniente destacar aquellas que a nuestro juicio son fundamentales, ya que sobre ellas giran muchas de las otras debilidades y estrategias equivocadas del sistema actual; nos referimos a:

- El enfoque principalmente de tipo biologista del proceso salud - enfermedad, el cual implica, entre otras cosas, que nuestras acciones en salud no pasen de ser, la mayoría de las veces, respuestas de tipo farmacológico.

- El desarrollo de un nuevo modelo de atención; y
- La administración autogestionaria de un sistema local de salud.
- Incorporación de la comunidad y del personal sanitario, en el proceso de diagnóstico, programación, control y evaluación de los servicios de salud.

### *Nuevo modelo de atención*

Se considera un elemento clave en el nuevo proceso y se caracteriza entre otras cosas por:

- Un enfoque biosicosocial del proceso salud-enfermedad.
- Cobertura total e igualdad de la población.
- Financiamiento solidario por medio de un sistema de seguridad social, manejado por una institución pública de cobertura nacional.
- Atención continua de la población por parte de equipos multidisciplinarios de salud.
- Prioridad a la atención programada vs. la atención de la libre demanda, con base en un diagnóstico de necesidades y la definición de prioridades.
- Predominio del trabajo en equipo vs. el trabajo individual.
- Control y autocontrol de la calidad, eficiencia y eficacia de los servicios de salud.
- Asignación igualitaria del recurso humano que presta los servicios

La base estructural de este modelo se fundamenta en la creación de "Áreas de Salud" (especie de subregiones o distritos de salud), con un promedio de 15 a 30 mil habitantes en las zonas rurales y de 15 a 45 mil personas en áreas urbanas, constituidas por uno o más distritos administrativos.<sup>3</sup>

Las áreas de salud se subdividen en sectores de 500 a 100 viviendas (3.000 a 4.000 personas), como promedio. Hasta donde sea posible se debe respetar la identidad de las comunidades ya constituidas.

A cada sector de 800 a 1.000 familias se le asigna un "Equipo Básico de Atención Integral" (EBAI), el cual está integrado por un médico general y un técnico de atención primaria.

Los EBAI cuentan a su vez con el apoyo del resto del personal de salud del área (equipo de apoyo).

Dichas áreas se conciben como Sistemas Locales de Salud (SILOS) o "Unidades Básicas Administrativas", bajo una sola autoridad local.

Esta división permite un conocimiento de las necesidades de salud de la población, la asignación de responsabilidades y el control y evaluación integrales de los servicios de salud.

Los SILOS pueden ser administrados por el mismo Ministerio de Salud o la C.C.S.S., mediante un proceso radical de desconcentración de su gerencia.

3. La división territorial de Costa Rica consiste en 7 provincias, 81 cantones (municipales) y cerca de 490 distritos.

También podrían ser administrados por cooperativas de autogestión, de usuarios, de cogestión, por una municipalidad o una asociación de desarrollo comunal.

En estos últimos casos mediante convenio y vigilancia de las instituciones sanitarias del país.

### **Administración autogestionaria de los servicios de salud**

COOPESALUD, R.L. es una cooperativa de autogestión. Según la ley costarricense es una categoría especial de asociación, claramente diferenciada de las cooperativas "tradicionales" y de las de "cogestión".

La Ley de Asociaciones Cooperativas de Costa Rica las define como "aquellas empresas organizadas para la producción de bienes y servicios, en las cuales los trabajadores que las integran dirigen todas las actividades de las mismas y aportan directamente su fuerza de trabajo, con el fin primordial de realizar actividades productivas y recibir, en proporción a su trabajo, beneficios de tipo económico y social".

Los órganos superiores de la cooperativa son la Asamblea General, constituida por todos los asociados, el Consejo de Administración y una serie de comités de trabajo, nombrados por la Asamblea.

El Consejo de Administración es el depositario de la autoridad de la Asamblea General y tiene, entre otras potestades, la de nombrar y sustituir al gerente de la Cooperativa (gráfico No. 1).

Actualmente la cooperativa tiene asociados en igualdad de condiciones, el 90% de los 175 trabajadores de la clínica que administra.

### *El área de salud de Pavas*

El área está constituida por el distrito noveno, del cantón No. 1 de la provincia de San José. Tiene una extensión territorial de 9.33 km<sup>2</sup>, y a julio de 1990, contaba con una población de 50 mil habitantes, para una densidad de 5.359 personas por Km<sup>2</sup>.

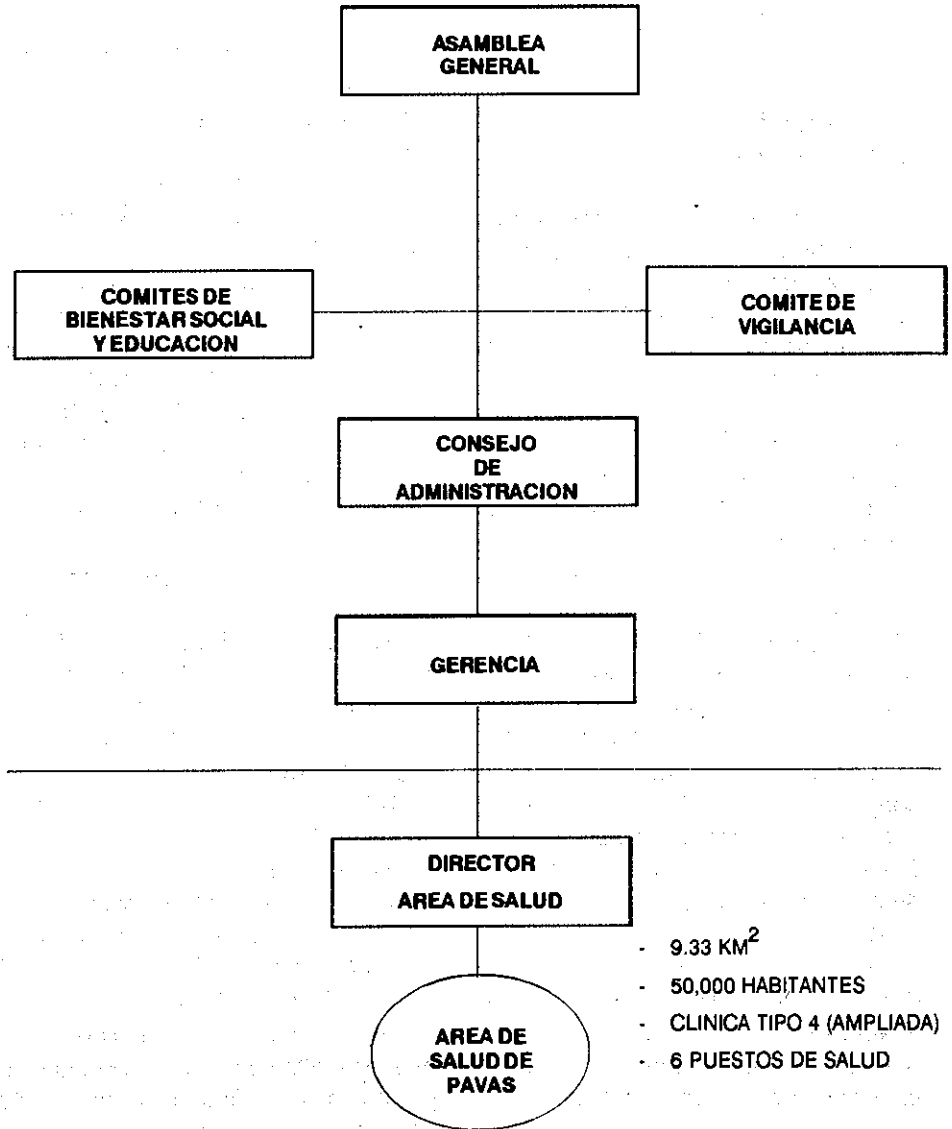
La zona se caracteriza por ser un centro industrial importante, y por ser residencia de una población urbano-marginal y de clase media muy numerosa (aprox. 80-90% del total de las familias). También se da el hecho de que en este distrito están situados dos de los barrios residenciales de la "clase alta" del país.

El distrito posee o tiene acceso fácil a la mayoría de servicios públicos: transporte, electricidad, agua potable a nivel domiciliario, centros educativos, recolección de basuras, comunicación telefónica y recolección de aguas negras; aunque en algunos barrios marginados son deficientes o la población no tiene acceso.

Por convenio con el Ministerio de Salud y la C.C.S.S., COOPESALUD, R.L., se hizo cargo de la atención ambulatoria de la población del distrito, un 90% de la cual está asegurada.

Para la atención hospitalaria o ambulatoria altamente especializada, los pacientes son referidos a los distintos hospitales nacionales.

**GRAFICO No. 1**  
**ADMINISTRACION AUTOGESTIONARIA**  
**ORGANOS DIRECTIVOS DE COOPESALUD R.L.**  
**SISTEMA LOCAL DE SALUD DE PAVAS**  
**-1990-**





La Oficina de Saneamiento Ambiental y la administración de 4 centros de nutrición (CEN-CINAI), continua por ley en manos del Ministerio de Salud.

La responsabilidad del Area de Salud, está a cargo de un "Director Médico" nombrado por COOPESALUD R.L., el cual coordina o acata disposiciones generales, según sea el caso de las autoridades nacionales y regionales del Ministerio de Salud y de la C.C.S.S. (gráfico No. 2)

### *Servicios que brinda la Cooperativa*

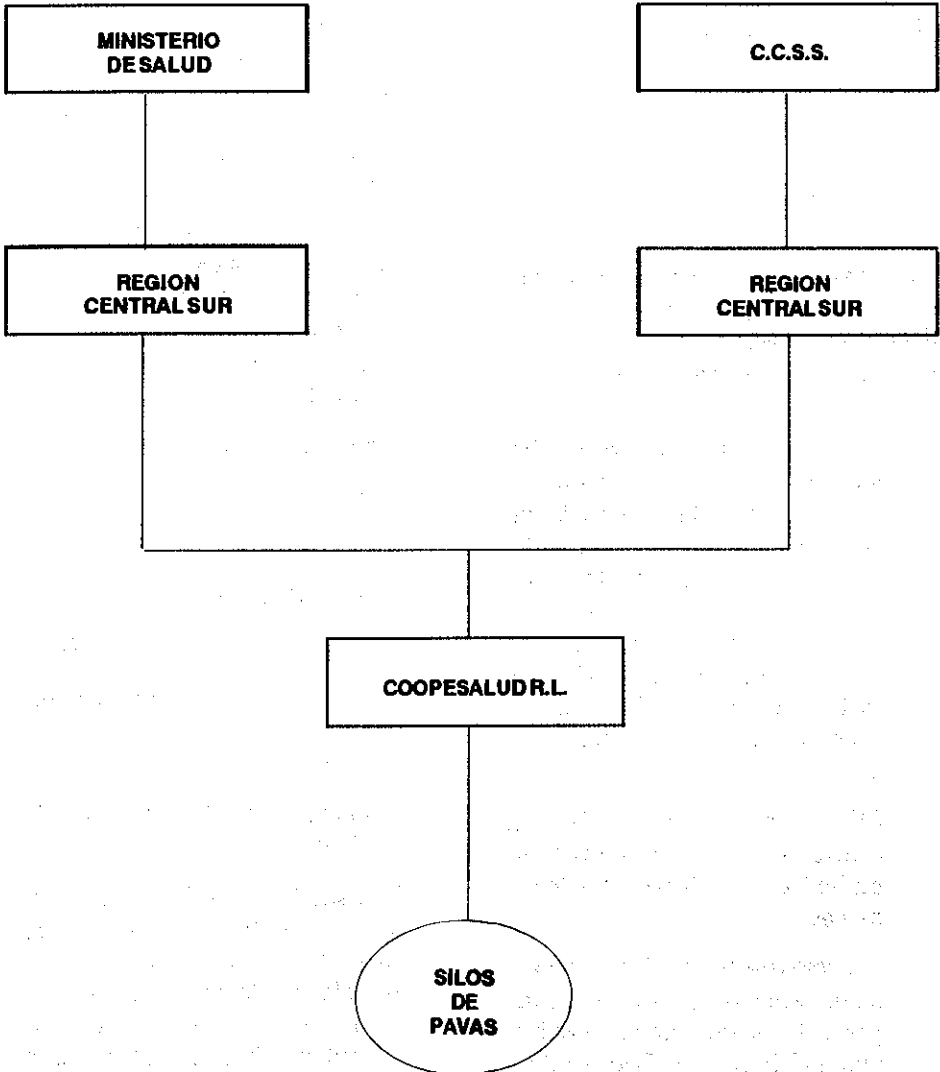
COOPESALUD, R.L. brinda en las instalaciones de la Clínica de Pavas y en los puestos de salud creados con la participación comunitaria, los siguientes servicios:

- Atención médica: consulta médica general preventiva y curativa, consulta especializada en medicina interna, pediatría, O.R.L., ginecología y obstetricia y cirugía en lo referente a cirugía menor y valoración de casos, consulta por teléfono y visita al hogar. También se cuenta con un servicio de urgencias y observación.
- Clínicas de atención colectiva: clínicas de hipertensos, diabéticos, ancianos y adolescentes.
- Servicios de promoción y prevención: además de las consultas preventivas que deben realizar sus médicos, la Cooperativa desarrolla programas especiales de fomento y prevención en los

centros educativos, de nutrición y trabajo, así como para la comunidad en general. Estos servicios incluyen todas las actividades que presta el Ministerio en sus centros y puestos de salud, por ejemplo: consulta del niño sano; consulta pre y posnatal, visitas a hogares, escuelas y centros de trabajo; vacunación, desparasitación, planificación familiar; y acciones en atención del medio ejecutadas por personal del nivel local.

- Atención odontológica: acciones preventivas y curativas. Este servicio se brinda en la clínica, en un consultorio escolar y mediante una unidad móvil que recorre los barrios marginados.
- Trabajo social y nutrición
- Servicios de farmacia
- Servicios de laboratorio
- Servicio de rayos X
- Tomas de biopsias y citologías
- Servicios administrativos de verificación de derechos y afiliación al Seguro Social.
- Referencia y contra referencia de pacientes
- Transporte entre la clínica y el hogar o entre la clínica y los hospitales del área metropolitana, de las personas cuya condición de salud así lo ameriten, libre de costo para éstas. Lo anterior de conformidad con las normas de

**GRAFICO No. 2**  
**AREA DE SALUD**



transporte de pacientes que tiene la C.C.S.S.

- Docencia e Investigación: de conformidad con los programas del Ministerio, la C.C.S.S. y la Cooperativa.
- Valoración médica para la distribución de la leche que el Ministerio proporciona a madres embarazadas y niños desnutridos. Esta entrega la realiza la Cooperativa según la legislación vigente, las políticas y disposiciones administrativas promulgadas por el Ministerio de Salud.
- También se desarrolla un proyecto de rehabilitación "con base comunitaria" y otro de terapia respiratoria.

### *Financiamiento de los servicios*

Por la administración de la Clínica de Pavas, la C.C.S.S. paga, actualmente, un monto anual de ₡2.600 (aproximadamente US\$30)<sup>4</sup> por cada asegurado residente en el área de salud.

Dicha suma se negocia anualmente y es cancelada en cuotas mensuales.

Por su parte, el Ministerio de Salud fijó un aporte mensual permanente de ₡1.375.000 (aproximadamente US\$15.300), el cual sólo ha honrado, hasta la fecha, en forma parcial.

4. Como referencia el cambio oficial, a junio de 1990, alcanzó los 90 colones por dólar. Actualmente se está negociando un reajuste de esta tarifa que será retroactiva a enero de 1990.

Desde el punto de vista financiero, no existe ninguna relación directa entre los usuarios y la Cooperativa, manteniéndose la igualdad en el acceso a todos los servicios de la clínica.

Es la única clínica del Seguro Social donde no se le cobra al paciente no asegurado, sino que se le educa para que se acoja a una de las tantas y cómodas formas de aseguramiento.

También se eliminaron las cuotas voluntarias que se recojen en los centros de salud del Ministerio de Salud.

Lo anterior nos descubre una de las bases más sólidas de este sistema: a la Cooperativa se le paga por el cuidado de la salud y no por acto médico, lográndose un equilibrio entre el interés económico de la empresa y el fin social del servicio público que presta.

Si la Cooperativa no presta servicios eficientes y eficaces, y no desarrolla un modelo de atención integral, que realmente tenga impacto en los niveles de salud, perdería el favor de los usuarios y comprometería los recursos futuros, al tener que enfrentar una mayor demanda por morbilidad.

Lógicamente, este es un planteamiento hipotético que no se prueba en la práctica, pues puede alterarse por muchos factores, algunos de los cuales ya se tienen detectados.

### *Instalaciones físicas y equipo*

Para iniciar el proyecto, la Caja Costarricense de Seguro Social proporcionó una clínica nueva, con 4.750 m<sup>2</sup> de construcción y 9.000 m<sup>2</sup> de áreas verdes y parqueos, la cual estaba equi-

pada en un 80%, aproximadamente. Todo con un costo cercano al millón y medio de dólares.

La Cooperativa pagó, por una sola vez, un alquiler simbólico de \$2.000 (US\$30).

COOPESALUD, R.L. ha introducido importantes mejoras en dichas instalaciones y en conjunto con la comunidad ha puesto a funcionar varios puestos de salud y una unidad móvil odontológica.

El mantenimiento de la planta física es responsabilidad de la Cooperativa; y el del equipo y mobiliario del Seguro Social, es una responsabilidad teóricamente compartida; en la práctica COOPESALUD, R.L. ha tenido que asumirla. Para este último fin, ha contratado el mantenimiento preventivo y correctivo con una empresa particular.

#### *Adquisición de insumos*

El proyecto firmado entre las partes permite adquirir "al precio de costo", más de un 15% de gastos administrativos, los medicamentos y demás productos que distribuyen la C.C.S.S. y el Ministerio de Salud.

Por agilidad administrativa y por los frecuentes faltantes que ocurren en esas instituciones públicas, la Cooperativa se ve obligada a comprar buena parte de los insumos en el mercado privado.

En este sentido, cuando se logran desarrollar otras cooperativas similares, se podrán establecer importantes economías de escala.

## **Resultados**

Durante su primer año de labores, COOPESALUD, R.L. ha logrado importantes avances, entre ellos:

- Ha demostrado que la alternativa de la administración local de los Sistemas Locales de Salud, por parte de empresas cooperativas, es viable y factible.
- Ha encontrado una fórmula donde se funden los intereses sociales y económicos de la empresa y el servicio público.
- Ha iniciado el desarrollo de un nuevo modelo de atención basado en el enfoque integral de la salud familiar y comunitaria.
- Ha logrado la incorporación de la comunidad en la gestión de los servicios de salud.
- Ha bajado los costos de operación, en beneficio de todas las partes.
- Ha ampliado y mejorado los servicios que daban las instituciones públicas en el área a su cargo.
- Ha instaurado un servicio único y de cobertura universal, en una área de salud bajo su responsabilidad, en cuanto a la atención ambulatoria se refiere.
- Se ha reducido los tiempos de espera y se ha mejorado las relaciones entre los integrantes del equipo de salud y los usuarios, aumentando su nivel de satisfacción.

- Se ha mejorado las condiciones laborales para los trabajadores de la salud, y se les ha demostrado que las cooperativas les pueden brindar una serie de posibilidades para el logro de un mayor bienestar individual, familiar y colectivo.
- Por último, ha logrado introducir sistemas administrativos más eficientes y novedosos, en la gestión de los servicios locales de salud.

### El futuro de este sistema

A pesar de la corta experiencia, los resultados obtenidos han impulsado a otros grupos de trabajadores y usuarios, a plantear proyectos similares.

En los primeros meses de 1990, otra cooperativa autogestionaria (COOPESAIN, R.L.) inició funciones en el "Centro Integrado de Tibás", donde prestará servicios a 55 mil habitantes.

Además, a corto plazo, es factible que otras cooperativas tradicionales, de gestión y de autogestión, puedan

participar en la venta o administración de servicios médicos y de apoyo, a las instituciones públicas, aportando su capacidad administrativa y su infraestructura.

Por último, es conveniente señalar algunos de los requisitos que deben cumplir aquellos proyectos en el campo de la cooperativización de los servicios públicos de salud, al menos en el caso de Costa Rica:

- Que den prioridad al cambio en el enfoque de la atención.
- Que mantengan y fortalezcan los principios de la seguridad social.
- Que mantengan la gratuidad de los servicios.
- Que amplíen la cobertura y mejoren el acceso a los servicios.
- Que paguen a los agentes independientes por el cuidado de la salud y no por acto médico (excepto, eventualmente, en subespecialidades y servicios de apoyo).
- Que parte del excedente se reinvierta en mejorar y ampliar los servicios de salud ◊