

las cooperativas de salud de américa realidad del presente, necesidad del futuro

Ricardo López¹

Introducción

Voy a dirigirme a ustedes para referirme a las perspectivas actuales y desarrollo futuro del cooperativismo de salud en América. Hablaremos en principio de los desafíos sociales de América Latina. La pobreza persiste en nuestra América. Desde 1980 a 2003, no hemos podido superar en América latina una pobreza del 40% y una indigencia del 20%. Este sigue siendo uno de los problemas que más traban nuestro desarrollo. Tenemos que señalar que entre el 2000 y el 2005 estamos viendo nuevas formas de conducción y de dirigencia política en nuestros países, sin embargo los porcentajes de la pobreza y de la indigencia, siguen siendo prácticamente los mismos.

Este es uno de los desafíos y una de las grandes trabas: no solamente tenemos que retomar el camino de la democracia y el desarrollo de nuestros pueblos, también tenemos que superar esto, o de lo contrario quedaremos estancados.

Debemos señalar los extremos que conviven en nuestra América: desde una mortalidad materna de ocho mujeres en Canadá cada cien mil nacidos vivos hasta países como Bolivia, que tiene 230 muertes por cada cien mil nacidos vivos.

Tenemos que señalar que esta gran diferencia se muestra también en el tema de la esperanza de vida. Países como Canadá ya superan los 80 años de expectativa de vida al nacer. Pero esta expectativa de vida no llega a 65 años en países como Bolivia.

(1) Presidente de FAESS. Secretario de la Confederación Cooperativa de la República Argentina (Cooperar).

En Argentina existió un descenso de la expectativa de vida que ha costado cinco años recuperar, como reconociera recientemente el Ministro de Salud. En síntesis: tenemos desafíos que no son de un país sino de varios.

La pobreza bloquea los avances en la educación. Es notable la diferencia que existe en la región entre el 20% más pobre en la matriculación, y el 20% más rico. Por ejemplo Paraguay, que sólo tiene matriculado en educación al 60% del 20% más pobre. Salud y educación deberían estar en primer lugar en las agendas, y tengo que hacer una observación: hemos tenido durante mucho tiempo contadores y abogados manejando estos temas; muchos funcionarios que creyeron que desde la política y la economía se transforman las cosas. La política y la economía son herramientas para modificar, indudablemente son tremendamente indispensables, pero no son los únicos instrumentos de modificación. Tenemos que promover educación y salud. Si no hacemos un shock sanitario y un shock educativo en nuestros pueblos nos encontraremos en un futuro con problemas mayores que los que tenemos actualmente.

También tenemos que señalar que es difícil ser joven en América Latina. Entre 1990 y el 2002 el número de jóvenes pobres subió en 17 millones: tenemos 58 millones de jóvenes pobres hoy. Hay que señalar que el desempleo juvenil multiplica 2,5 veces el elevado desempleo general. Si no introducimos a los jóvenes en la vida productiva de nuestros países, vamos a ver el aumento de la drogadicción, de la delincuencia y la violencia. Este es un deber, no podemos excluir a la gente joven. Curiosamente estamos excluyendo a los extremos, porque también lo hacemos con los ancianos.

¿Qué significa vivir en la región más desigual? Y la nuestra no es la peor, porque está el continente africano, que está abandonado entre otras cosas por el problema del SIDA y las dificultades étnicas. Los países con mejor equidad (Suecia, Dinamarca, los Países Bajos), tienen un coeficiente GINI (que es una relación matemática) entre 0,25 a 0,50. El promedio de desarrollo es 0,30 en los países de mayor nivel. El promedio universal es de 0,40. Y América Latina tiene 0,57. Es el continente con mayor desigualdad de los extremos: el 10% más rico detenta el 48% del PBI, y el 10% más pobre sólo el 1,6% del PBI; creo que esto es muy parecido desde otro ángulo a la esclavitud antigua y tenemos que superarlo, porque si no las ciudades deberán amurallarse para defenderse de aquellos que han quedado excluidos y marginados sin que exista ningún derecho a ello.

El desmantelamiento del sector

En la Constitución de la mayoría de los países de América Latina se reconoce el derecho de los ciudadanos a la salud. Aprovechando el crecimiento de la economía que siguió a la Segunda Guerra Mundial se incrementaron en mayor o menor cuantía la financiación de la cobertura de la atención médica, aunque nunca fue suficiente para cubrir una gran parte de la población.

Este crecimiento se redujo a partir de los años 80. Para entonces, los gobiernos de la región habían acumulado una enorme deuda pública y se enfrentaban con una recesión económica que dificultaba el pago de la misma.

Aparece en escena el Banco Mundial y el FMI, que atribuyeron la recesión al modelo de la economía mixta, es decir, a la participación del sector público en actividades económicas y su incapacidad de gestionarlas eficientemente. Siguiendo esta lógica, el banco Mundial promovió a financiar reformas de los servicios de salud, uno de cuyos pilares fue la privatización.

Esto fue el caballito de batalla de la década de los 90: “Cuando privatizamos los servicios de salud mejoraremos la eficiencia del sistema” (ése fue el discurso, la letra oficial). Muchos millones de dólares se pusieron para eso.

En nuestro país, el intento de privatizar el sistema de salud devino en un gran fracaso.

En la mayoría de los países de la región los servicios médicos se han provisto a través de seguros sociales con financiación tripartita: los trabajadores, empresarios y gobierno para el sector formal, y para el resto a través de los Ministerios de Salud Pública. Hoy el sector público no da abasto para poder satisfacer la demanda. En nuestro país, el 50% de los trabajadores son no formales, no tienen un reconocimiento y no pueden tener seguros, y sólo un sector pequeño puede acceder a los planes empresariales de cobertura de salud.

Muchos de los ciudadanos, incluso los beneficiarios de seguros sociales, acaban comprando servicios y medicamentos en el sector privado. Este es un país tan democrático que la cobertura de salud es pública, pero no porque teóricamente la “cubre” el sector público, sino también porque los ciudadanos ponen plata de su bolsillo varias veces y pagan medicamentos y servicios. El 50% del gasto en salud en nuestro país -se ha calculado (éstas son estadísticas vinculadas a un estudio de la CTA (Central de Trabajadores Argentinos)- recae en los ciudadanos.

El modelo de privatización avanzado por el Banco Mundial tiene un claro sello neoliberal: reducir el gasto y las funciones del sector público y promover las privatizaciones del sector.

Se establecieron los seguros privados, las organizaciones de mantenimiento de la salud al estilo de los EE.UU., donde cada día están más desprestigiadas por corruptas, ineficientes y de calidad deficiente. La oferta pública solamente da presupuestos básicos y la implementación del modelo encontró serias resistencias.

Este modelo no ha resuelto el principal problema. En todos los países de la región que están vinculados a la OPS el sector privado contribuye a financiar los gastos de salud que corresponderían, por lo menos por derecho constitucional, a los habitantes a través de la conducción pública. Esto no ha sido resuelto (estamos hablando del año 2000).

Tenemos que señalar que había un fin no confesado en la privatización de los servicios de salud. En una tapa de una revista argentina del '95 observa la clásica enfermera que pide silencio, sólo que en sus ojos brilla el signo pesos.

La reforma en el sector salud en Argentina comenzó en 1994; en 2000 prácticamente colapsó, aunque muchas de sus medidas continúen. ¿Cuál fue la consecuencia? (y esto hasta el año 2000, no es actual): Más de 90 obras sociales de trabajadores fueron cerradas. La obra social achicó su padrón en un 12%: dos millones de personas perdieron su obra social y el resultado fue una sobrecarga del hospital público. El gasto en salud descendió a pesar de esta sobrecarga. Cerraron 100 empresas del sector privado, se perdió el 15% de la población. En ese momento 5 empresas concentraban el 65% del sector (tres de ellas extranjeras); hoy las empresas extranjeras se han retirado en su gran mayoría de la Argentina con una argumentación: vinimos por negocios, esto no da dinero, nos retiramos. Y la pregunta es ¿y los servicios para cuándo?. La situación sanitaria en esa década mantuvo una mortalidad infantil superior al 15 por mil (hoy recién estamos remontando con algunos planes del Ministerio de Salud).

En ese momento, el 50% de la población (hoy cerca del 35% al 40%) no tiene cobertura efectiva de salud como resultado en nuestro país de esta política.

Este modelo ha fracasado y no lo decimos sólo nosotros, también lo dice la Organización Panamericana de la Salud.

Hoy tenemos que cambiar el enfoque de los servicios de salud porque el mundo y la sociedad son diferentes. Tenemos alto desempleo; las obras sociales

funcionaban cuando existía el pleno empleo, pero hoy no lo hay (el 50% de la economía está en trabajadores informales y que no tienen empleo en relación de dependencia). Los cuentapropistas se han incrementado; la gente trabaja sin ningún tipo de cobertura o jubilación. Hay un gran incremento de la desigualdad: la distribución del ingreso no mejora. Tenemos que prepararnos para estos escenarios, y no podemos hacerlo con el ofrecimiento tradicional.

No solamente es una cuestión de dinero, y fíjense ustedes que esto corresponde a otra cosa. Gran Bretaña tiene 1.600 dólares *per cápita* de inversión en salud anual, y tiene una mortalidad infantil de 6 por mil, mientras Estados Unidos gasta 4.400 dólares y posee una mortalidad infantil del 8 x mil. En consecuencia, no es sólo una cuestión de dinero: 43 millones de ciudadanos americanos no tienen cobertura en salud en EE.UU. y los países con más nivel de desarrollo no siempre prestan los servicios de salud necesarios.

¿Qué tenemos que decir de los médicos? Cuando estábamos en la secundaria veíamos en series americanas que eran personas famosas, que tenían dinero, grandes casas, contactos sociales, roces. Hoy por hoy los médicos somos en gran medida las víctimas, juntos con los ciudadanos, de estos sistemas, aunque hemos cometido errores y tenemos deformaciones.

Tenemos que señalar que hoy necesitamos de la educación de la gente, porque algunas epidemias como la del SIDA no las vamos a resolver con medicinas solamente.

Situación del cooperativismo en el sector de salud

Las cooperativas existen en los países y prestan servicios eficientes. Tenemos a la Cooperativa Unimed, en Brasil, con 13 millones de usuarios, la más grande del mundo probablemente. En Colombia, más de 2 millones de personas están cubiertas por la Cooperativa SALUDCOOP, que está en 750 ciudades. Tenemos dos millones y medio de personas cubiertas por cooperativas de salud en Japón. Tenemos cooperativas en Malasia, en la región del sudeste asiático, que han soportado el duro golpe del tsunami que destruyó más de 200.000 vidas y están reconstruyendo todo (han perdido hasta los hospitales).

En Argentina tenemos cooperativas; también en Colombia, Brasil, Canadá, Costa Rica, EE.UU., Uruguay, Paraguay. Muy pocas personas conocen la cooperativa de usuarios de Seattle, en los EE.UU., en la costa oeste, que

lamentablemente no han podido concurrir. Le presta servicios a los empleados de Microsoft. Sabemos que hay experiencias con el resto de los países. En síntesis, es muy probable que de esos cien millones que hablábamos antes, 20 millones sean del continente americano.

Dijo el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan: “El movimiento cooperativo es uno de los más grandes segmentos organizados de la sociedad civil y juega un rol social a lo largo de una amplia gama de necesidades humanas. Las cooperativas promueven salud vital, vivienda, servicios bancarios, protegen el medio ambiente y los derechos de los trabajadores. A través de éstas, y de una gama de otras actividades, ayudan a que personas de más de 100 países mejoren sus vidas y las de aquellos en sus comunidades”. Creo que éste es un reconocimiento a un movimiento que, según la Alianza Cooperativa Internacional, reúne más de 700 millones de personas en el mundo que tienen derecho a voto y a participar en sus organizaciones. Y con una diferencia con el resto: que pueden ser elegidos todos los años. Almir Gentil decía: 98 mil médicos en Brasil y cualquiera de ellos puede ser postulado para ser presidente de UNIMED². También en nuestras organizaciones las rotaciones son frecuentes.

Argentina estuvo en emergencia sanitaria declarada entre 2002 y 2004. Luego salimos un poco del pozo y hemos mejorado. Hubo aumento de la mortalidad infantil durante la crisis que se generó a partir de 1999 / 2000. Hoy en día estamos remontando la cuesta; parecería que levemente empieza a mejorar, pero no hemos bajado del 10 por mil, que es la cifra que algunos países tienen. Y hay países, como Irlanda, que tienen entre el 3 y 4 por mil. Hemos tenido aumento en las principales enfermedades; hemos tenido dificultad para atender las patologías de alta complejidad. Más de 1.100 personas esperaban para cirugía cardiovascular en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en mayo de 2004. En ese momento, el 50% de la población carecía de cobertura (o la que tenía no le servía). Hoy estamos un poco mejor. Se produjo una crisis simultánea del servicio público, de las obras sociales, del PAMI (que cubre a los jubilados) y de las llamadas prepagas. También hubo una crisis del modelo: la salud como mercancía y como negocio. Tenemos que decir que el presupuesto de salud de la Nación, al haber ingresado en el *default*, se redujo, porque antes un peso era un dólar y ahora son tres pesos por dólar.

Ante esta crisis quisimos hacer algo y planteamos que era el tiempo de unirnos en el sector cooperativo. En Argentina tenemos 620 cooperativas de

(2) Intervención de Almir Gentil en esas mismas jornadas y que se reproduce en este número de la Revista (p. 25).

electricidad, 580 de agua potable, 320 de telefonía, tres mil localidades cubiertas, siete millones de habitantes tienen servicio a través de cooperativas. El Dr. Espriú nos enseñaba que tenían que participar los usuarios en las cooperativas de salud, en consecuencia, en Argentina tomamos a las cooperativas de servicios públicos como los usuarios del sistema en una experiencia que probablemente sea original y que queremos compartir con ustedes a lo largo de estas dos jornadas. Así nació FAESS: Federación Argentina de Entidades Solidarias de Salud.

Modelo lucrativo y modelo cooperativo

Por eso, el modelo solidario FAESS UNISOL tiene el 50% del Consejo de Administración vinculado a los usuarios y a los prestadores, entre los cuales están cooperativas médicas, mutuales, algunas gremiales y otros emprendimientos solidarios. El modelo de los usuarios y prestadores que postulaba Espriú en Argentina, hemos podido decirlo, ha demostrado que también es posible y ustedes lo van a poder ver en el relato de las experiencias.

Tenemos 54 entidades asociadas a FAESS en 6 provincias y es una entidad de reciente creación, en el año 2000; tenemos una corta existencia.

Hay diferencias con el modelo de lucro y el cooperativo, pero tenemos que decir que el de lucro se plantea fundamentalmente la cobertura de la enfermedad, y nosotros estamos por la promoción de la salud y la prevención, porque nuestras entidades son básicamente comunitarias. Y aquí no hay utilidad económica que no sea reinvertida, porque también nos tenemos que dar cuenta: no sólo hay un balance social sino económico.

Hemos concretado 4 emprendimientos primarios en Mariano Acosta, San Gregorio, María Juana y Dos de Mayo. Estamos tras otros. Los emprendimientos primarios fueron en lugares que prácticamente no tenían cobertura, tratamos de poder avanzar para poder brindar servicios mínimos a un costo accesible (\$20 por grupo familiar, aproximadamente). Estos centros cubren a más de quince mil personas y presentan una experiencia de desarrollo. Es la primera vez que las cooperativas de servicios públicos desarrollan sistemas de salud propios, porque también estamos de acuerdo con la atención primaria de la salud y es uno de nuestros objetivos.

Quiero compartir una experiencia con ustedes. Es la del Hospital de San Gregorio, que fue reconstruido y hoy es gestionado en conjunto con la cooperativa local eléctrica y telefónica. Tiene gestión triple; es un acuerdo

al que llegamos con el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe: este hospital, que recibía 15 pacientes por día, hoy recibe 150 y tienen todos los servicios, en una población de 5.000 personas.

Esto es una opción de trabajo en conjunto con el sector público que debería ser una experiencia para nuestro sector público, que a veces cree que los hospitales son propiedad de los políticos, ministros, de los estados o comunas. Los hospitales son propiedad de la gente y no pueden ser coto de los sectores políticos.

También hemos desarrollado campañas preventivas en municipios como Dos de Mayo, donde encuestamos a casi el 10% de la población para saber, junto con la Universidad Maimónides, con la Intendencia y la Cooperativa locales, cómo estaban los indicadores sanitarios, ya que éstos son los que hay que mirar y no la cantidad de hospitales que hay para saber cómo es la situación. Hemos detectado que en esta población de nuestro norte el 65% de los chicos del medio rural están parasitados, el 30% de la población es hipertensa, el 27% tiene colesterol elevado. Y algo que nos da vergüenza: el 50% de los 500 chicos que entrevistamos come una sola vez al día (esto se relacionaba con los chicos que se desmayaban en las escuelas). Como contraste, como la alimentación es mala, 20% de la población tiene sobrepeso. Pero lo más grave es que el 40% desconoce que son factores de riesgo cardiovascular; debemos avanzar sobre esa ignorancia.

Estas son las metas del milenio en salud. En una reunión en el 2005, la Organización Panamericana de la Salud se planteó metas al 2015; quiero destacar la similitud con muchas de las cosas que nos proponemos nosotros:

Objetivo 1: Erradicar la pobreza y el hambre. Nosotros no somos políticos, pero podemos contribuir a través de muchas cooperativas a que esto mejore.

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal. No somos educadores, pero en muchos casos favorecemos y contribuimos a que los chicos vayan a las escuelas.

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. Estamos haciendo una campaña importante para lograr la participación activa de las mujeres en las cooperativas.

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil en los niños menores de cinco años. Creo que no va a haber ningún tipo de discusión acerca de esto.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna.

Objetivo 6: Combatir el SIDA y otras enfermedades (nosotros diríamos, el chagas).

Objetivo 7: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo en cooperación con otras empresas farmacéuticas (y con los Estados, agregaría yo). Proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable.

Las cifras con respecto a la pobreza extrema y el hambre contemplan por ejemplo: que la mortalidad sigue estando arriba del 20 por mil, que la mortalidad materna sigue siendo muy alta, y que el SIDA ha ido creciendo exponencialmente.

En el año 1978, en una reunión en ALMA ATA, ex Unión Soviética, se planteó la consigna “Salud para todos”. Cuando uno ve las cifras actuales, diría que nunca hubo una profecía menos cumplida que ésta. Hoy se cumplen 25 años de esto, cuando se lanzó el tema de la atención primaria y conquistar este objetivo. Paradójicamente, en cifras globales, es probable que hoy estemos peor que nunca. Este desafío en consecuencia sigue siendo plenamente vigente y, si no lo cumplen los Estados, tendremos que cumplirlos en gran parte los ciudadanos.

Diez veces el séptimo principio

Todos ustedes conocen los principios cooperativos, pero como lo señalaron Raúl Guelman y el diputado Lucio Godoy³, el séptimo principio es “preocupación por la comunidad”. Nosotros tenemos un interés genuino, porque las cooperativas están afincadas y son los vecinos los que participan de las asambleas y los que pueden conducirlas. Me he tomado la libertad y el trabajo de proponer lo que llamo “diez veces el séptimo principio”. Aquellas cosas que significan la posibilidad de lograrlo se darán a través de la contribución de las cooperativas: disminuir la mortalidad infantil, la materna, la provisión de servicios a los sectores más desprotegidos de la población, la atención primaria de la salud (somos partidarios de construir municipios más saludables), disminuir las enfermedades infecto contagiosas (en particular del SIDA), contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida (particularmente agua potable y nutrición), mejorar los factores de riesgo cardiovascular, que en la Argentina es la principal causa de muerte (35 de cada 100 fallecidos

(3) En referencia a las presentaciones que hicieron en el presente seminario.

son por esa causa), contribuir a la educación en salud para toda la población, contribuir al desarrollo y elaboración de medicamentos económicos para toda la población en colaboración con otros sectores, contribuir a disminuir el hambre y la pobreza extrema. Todos ellos podrían considerarse metas.

Finalizando, esta frase pertenece a un pediatra amigo, el Dr. Emilio Boggiano y demuestran un sentimiento del por qué estamos en esto: “Todas las cosas que parecían sólidas se han fragmentado y desaparecieron en el espacio y en el tiempo. Este sistema que padecemos, injusto para todos, sabemos o intuimos que no podrá mantenerse. Este es un tiempo de resistencia, no es el momento de la nada. No aceptemos en nosotros mismos un determinismo irreversible, ni miremos para atrás a un mundo que ya pasó. Es otra vez el momento de la imaginación. Éste es un momento donde la ética, palabra tan perdida últimamente en nuestro continente, es nuestra herramienta fundamental. Estamos en condiciones de pensar que las cosas no son inevitables; lo inevitable pertenece al orden del destino, y la propuesta que tenga una respuesta para todos se incluye en el orden de la imaginación para el presente y el futuro. Sigamos siendo médicos”. Muchas gracias.