

Dos de las experiencias cooperativas en el mundo según opinión de sus propios documentos

Se analizarán a continuación dos experiencias cooperativas relacionadas con el tema de la salud. Se eligen estas dos porque de alguna manera señalan dos experiencias distintas y que tiene éxito en su aplicación. Estas dos experiencias son:

Cooperativismo Sanitario (España)

El cooperativismo sanitario en España tiene dos características fundamentales:

- a) Por naturaleza ha de ser multitudinario
- b) Crea inmensas posibilidades de colaboración con el sector público y de coexistencia con el sector privado.

Principios básicos de cooperativismo sanitario tomados de trabajos del Dr. Espriú y sintetizados por Santos Hernández:

- 1) Libre elección del médico
- 2) Pago por acto médico
- 3) Habitación privada en la asistencia hospitalaria
- 4) Acompañante en la asistencia hospitalaria
- 5) Fundamento en la ayuda mutua solidaria
- 6) Carencia de ánimo de lucro económico
- 7) Estructura participativa, autogestionaria

Anteriores a la implantación del seguro obligatorio de enfermedad existían los “igualatorios” (mutualidades, compañías de seguro médico, etc.) que prestaban atención de la que los médicos y los pacientes tenían pésima opinión. Tampoco lo que luego comenzó a ofrecer el sector público tuvo condiciones de dignidad aceptable. Entonces un grupo de médicos de Bilbao constituyó el primer igualatorio para colegial, que tenía la aceptación explícita del Colegio de Médicos. Las normas de salud eran cooperativistas.

El cooperativismo sanitario en España nació en 1957 bajo la forma de una sociedad anónima: Asistencia Sanitaria Colegial, S.A., fundada y tutelada por el Colegio Médico de Barcelona. Había entonces una ley que no permitía que una cooperativa ofreciese servicios de seguros.

La Asistencia Sanitaria Colegial S.A. tuvo características parecidas a la de Bilbao. Además la intervención y la tutela del Colegio de Médicos eran reales. (En el Consejo de Administración, 3 representantes deber ser del Colegio de Barcelona).

La empresa comenzó a funcionar en el año 1960, con mentalidad y normas cooperativas. Jurídicamente, sin embargo, era una sociedad anónima cuyas acciones podían pertenecer exclusivamente a licenciados en medicina, cirugía y odontología.

En 1978 la Asamblea de la ASC tomó la decisión de que todos los accionistas constituirían una Cooperativa. Así nace Autogestión Sanitaria, cooperativa de trabajo asociada en la que todos son médicos que trabajan cada cual en su consultorio y que, entre todos, poseen la totalidad de las acciones de una compañía anónima de seguros. Por estatuto si una acción tiene que ser transferida (por fallecimiento, necesidad o voluntad del accionista) primero debe ser ofrecida a Autogestión Sanitaria. Hoy (1990) un 70% de las acciones de ASC pertenecen a Autogestión Sanitaria y el resto a títulos individuales a 4.000 accionistas, todos ellos médicos, socios de la misma cooperativa.

ASC proporciona actualmente servicios de asistencia sanitaria a unos 200.000 abonados (que no son ni socios ni accionistas) en el ámbito único de la provincia de Barcelona con una recaudación anual, en recibos, de casi 45 millones de dólares, 1990, y se remarca además que la totalidad de los médicos que trabajan en esta entidad son accionistas de ella y socios de Autogestión Sanitaria. Tiempo después y dentro del grupo han sido creadas una mutualidad de jubilación y defunción para los médicos de grupo y una segunda anónima, de servicios in-formativos, todas cuyas acciones, menos dos, pertenecen a ASC.

Desde el año 1957 hasta 1976, ASC se esforzó para lograr la extensión a todo el estado español de un servicio similar al suyo. La Agrupación de Igualatorios Médicos Colegiales y Paracolegiales de España, de la que ASC llevaba una buena parte de organización, y que entonces contaba con veinte igualatorios en funcionamiento en diversas provincias, expresaba cada año a través de su junta general, que mientras no se llegara a la implantación en la totalidad del estado sería imposible conseguir un mínimo peso en el mundo de la sanidad.

ASC hizo muchos esfuerzos (gestiones, compra de empresas preexistentes, etc.) Chocaron con la organización médica estatal.

El grupo de Barcelona había comprado todas las acciones de una pequeña clínica en una población cercana. Se les ocurrió la idea de cambiarle el nombre, llamarla Asistencia Sanitaria Inteprovincial S.A. y ofrecerla a la agrupación de igualatorios a manera de instrumento jurídico núcleo del organismo estatal que todos deseaban. La oferta fue aceptada y el Dr. Espriú recibió el encargo de conseguir la apertura de las entidades que aún faltaban en las diversas provincias para poner en marcha el proyecto, y para tal fin recorrió España, con gran éxito.

Entonces a partir de 1976 todo el estado español está cubierto por una red de entidades que, regidas por médicos y sin propósito de lucro, ofrecen servicios asistenciales sanitarios de una calidad coherente con las aspiraciones de los sectores más exigentes y más progresistas de la profesión. Esta red es ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial S.A., con centro en Madrid y con ámbito en casi toda España. Espriú es su primer presidente y todas las acciones de la entidad pertenecían a ASC, de Barcelona.

Prácticamente todos los abonados tienen doble cobertura. Todos pagan cada mes el recibo de ASC o de ASISA y casi todos pagan cada mes el importe que por ley hace que se le descuenta de su sueldo, por descuento obligatorio de la Seguridad Social Pública. En 1976 la Administración Pública decide que los funcionarios civiles del Estado, que así lo prefieran pueden transferir la cotización oficial a entidades privadas, utilizando los servicios de éstas. Poco después esta medida se hace extensiva a los funcionarios militares y a los de la administración de justicia. En consecuencia desde 1976 estos sectores pueden elegir el sistema público o privado. Un 93% elige el privado, entre los cuales están los cooperativos. El resto de los abonados realiza doble aporte.

El 31 de diciembre de 1976 los médicos de ASISA constituye la cooperativa LAVINIA. Y ASC, el núcleo del grupo catalán, cede a LAVINIA la totalidad de las acciones de ASISA, que hasta aquel momento eran propiedad suya.

En consecuencia después de esto tenemos en funcionamiento dos estructuras paralelas:

* En Barcelona ASC sociedad anónima poseída totalmente por la cooperativa Auto-gestión Sanitaria, con 200.000 abonados.

* En la totalidad del resto del Estado, ASISA, otra anónima, poseída íntegramente por la cooperativa LAVINIA. Los socios trabajadores de LAVINIA son 18.000 médicos repartidos por toda España y los abonados a ASISA 1.100.000. Las cuotas que mueve ASISA bordean los 109 millones de dólares anuales, 1990.

EN 1974 se crea SCIAS (Sociedad Cooperativa de Instalaciones Asistenciales Sanitarias): cooperativa de usuarios dedicada a la construcción y gestión de hospitales.

SCIAS surge por dos tipos de cuestiones:

- a) El trabajo médico cooperativo debía caer inevitablemente para internación en las instituciones de la medicina lucrativa.
- b) Se debía buscar alguna manera de participación a los abonados, que no tenían cabida en la estructura de sociedad anónima.

Cómo se estimuló el crecimiento de SCIAS:

- a) Los nuevos abonados de ASC, debían ser necesariamente socios de SCIAS (los 50.000 abonados que ASC tenía en 1973 no estaban afectados, pero se les envió una carta comunicándoles la novedad).
- b) A los abonados de ASC se les ofreció un sistema especial para inscribirse en la cooperativa mediante el pago de unos recibos mensuales en los que, juntamente con la cuota periódica, iban pagando, en cinco años, el ingreso y la aportación del capital social. Luego ante la emergencia de la compra del hospital se les adjudicaron los recibos a todos los abonados de ASC mientras no se negaran expresamente (medida no ortodoxa que sin embargo fue útil). (Admite que si ni se hubiere forzado la entrada a SCIAS no se hubiera podido avanzar).

En SCIAS hay exclusivamente socios de consumo. En los estatutos está previsto la participación de socios de trabajo, con representación en el consejo.

En SCIAS hay tres tipos de colectivos:

- a) Trabajadores antiguos de la entidad, que podrán elegir entre hacerse socios de trabajo o continuar en ella sencillamente como trabajadores. La entidad les paga las cuotas de SCIAS y de ASC.
- b) Trabajadores de reciente entrada, con un contrato que les informa que tendrán que hacerse socios de la entidad en cuando sea aprobado su período de prueba de tres años.
- c) Socios de consumo. Son 167.000 que no viven en absoluto la problemática de la entidad. Sin embargo comenzaron a formarse comités de asociados.

SCIAS ha construido, totalmente pagado con las pequeñas aportaciones mensuales de sus ciento sesenta y siete mil socios, el primer hospital hecho en cooperativa del mundo... Es un importantísimo paso en la posible constitución de un sistema hospitalario cooperativo que puede modificar radicalmente la estructura sanitaria del país, del mismo modo que otras organizaciones cooperativas no han hecho con otras estructuras.

SINERA, S. COOP. La cooperativa para la medicina familiar. Fue creada por las tendencias mundiales en este sentido y porque hacen falta tres cooperativas para formar la de 2° grado.

Cooperativas de Segundo Grado

El cooperativismo sanitario es, por definición, cooperativismo de segundo grado. Hay diferencias claras con los otros cooperativismos masivos. Por ejemplo en el cooperativismo de consumo, en las cooperativas de 2° grado las funciones son las mismas que las de primero aunque casi siempre agregan algo más. Cada cooperativa primaria por sí misma podría seguir funcionando sola, de manera autónoma.

Este no es el caso de las cooperativas sanitarias. En el caso catalán hay tres cooperativas que necesitan funcionar juntas. Una de médicos, una de consumo, y una tercera con médicos de cabecera y usuarios. En el cooperativismo sanitario las cooperativas de base son absolutamente diferentes entre sí: son complementarias, y mutuamente imprescindibles. “En consecuencia, el cooperativismo sanitario es, por naturaleza, cooperativismo de segundo grado. Lo es incluso si sus componentes no son conscientes de ello, incluso si no llegan a constituir jurídicamente ninguna cooperativa de segundo grado. Y si no adaptan su política, con toda lucidez, a esta verdad inevitable, continuarán de haciendo cooperativismo de segundo grado. Lo único que sucederá es que lo harán mal: no el cooperativismo de segundo grado, sino las respectivas funciones de los tres colectivos, que seguirán haciéndose en segundo grado porque eso les es consubstancial, pero que, eso sí, tal como digo, estarán mal hechas” (Santos Hernández).

Al analizar el cooperativismo de segundo grado es necesario tener en cuenta que, para que estas funciones, deben funcionar correctamente las cooperativas de base. Los organismos superiores pueden mejorar extraordinariamente el funcionamiento de las instituciones base, y, en algunos casos, pueden resultar imprescindibles, cuando el volumen y la complejidad de las operaciones posibles en las diversas cooperativas- miembro exigen una acción organizada en equipo.

Los objetivos que la cooperativa de 2° grado ha de buscar son antes que nada, la coordinación de grupo: “la cooperativa de segundo grado mantendrá su papel de estado mayor, de control en el que las únicas decisiones que se toman son las que afectan a la política general del grupo. Por este motivo su contenido económico material tiene que ser mínimo: la cooperativa de segundo grado no necesita más aportaciones de socios, más capital ni más patrimonio que los mínimos, prácticamente simbólicos, que exija la ley. Todos los servicios deben ser realizados por trabajadores de alguna de las cooperativas de base”. No debe tener personal (pues podrían pedir su admisión como socios de trabajo, que dificultaría sus objetivos).

Santos Hernández analiza también el funcionamiento de las cooperativas de base y la interrelación de los distintos colectivos que puede haber dentro de ella. (Por ejemplo los trabajadores que pudieran ser socios de ella). Concluye “En teoría, esta ponderación de la

importancia relativa de los colectivos debería asegurar la respectiva presencia equilibrada en todos los organismos, incluido el Consejo Rector. No obstante, los estatutos han de prever que la falta de interés, o de organización social, de los unos o de los otros pudiera producir la falta de la debida representación de todos los intereses en juego. En consecuencia, toda cooperativa en la que hay colectivos diferenciados debería preverse la obligatoriedad de una mínima representación de cada uno de ellos en el Consejo Rector”.

El Hospital de Barcelona es un complemento del funcionamiento de ASC. Es un hospital general para enfermos agudos, que presta asistencia sanitaria en régimen de hospitalización para diagnóstico y tratamiento de todo tipo de enfermedad médica o quirúrgica. El régimen es abierto. Cada paciente escoge su médico y ambos utilizan al hospital para resolver aquellos aspectos asistenciales que no puedan solucionarse de forma ambulatoria. Además el hospital tiene plantel propio en: Radio- diagnóstico, Laboratorio, Farmacia, Terapia Intensiva, Neonatología, Urgencias y Urgencias Domiciliarias, Anatomía Patológica, Anestesiología y Exploraciones complementarias. La mayoría de los ingresos se producen en forma programada. El médico y el paciente establecen una relación previa, utilizan el Hospital para un acto asistencial concreto y prolongan su relación hasta el alta definitiva. Hay ingresos por el Servicio de Urgencias, cuyas vías de acceso son el médico de cabecera o en su defecto el médico de Urgencias.

En la síntesis que realiza Soto define “el modelo de asistencia sanitaria del cooperativismo sanitario”. Citando a Espriú que “sostiene” que la concepción plantea el desarrollo de la supresión de cualquier intermediario, hecho que permite mantener íntegra la dignidad profesional del médico y del propio enfermo, la eliminación de los vicios del mercantilismo ya que sus estructuras son estrictamente de servicios”.

La medicina privada que tiene ánimo de lucro no se ajusta al modelo. Y otro tanto sucede con la sanidad pública oficializada, que no reconoce suficiente participación y se limita a imponer un sistema. Sólo las fórmulas mutuales y comunitarias nuevas junto con las cooperativas son las que pueden suscribir estas características propias del cooperativismo sanitario. Lo cual no supone en modo alguno la descalificación de los otros modelos, porque el Cooperativismo Sanitario pretende la alternativa por suma de aportaciones.

Según Espriú:

A) Ideas o principios básicos

1) Unir los conceptos de medicina social, modelo de asistencia sanitaria y cooperativismo sanitario (esencialmente eliminar el intermediario).

2) Situar al Cooperativismo Sanitario en una línea progresista y de alternativa social.

3) Afirmer no sólo el carácter alternativo, sino también intermedio del Cooperativismo Sanitario entre la Sanidad Pública y la Sanidad Privada.

4) Autoorganización popular: clave para el buen entendimiento y valoración del sistema.

B) Ideas sobre estructuras

5) El cooperativismo de usuarios es protagonista del sistema sanitario cooperativo. Porque es el destinatario de la asistencia que ha elegido, que está gestionando y controlando. Por eso han de ir ganando protagonismo.

6) El cooperativismo sanitario de médicos, o de profesionales de la sanidad, será siempre el espíritu, el motor, el impulsor de todo el Cooperativismo Sanitario porque conoce y ha elaborado el modelo, ha sido el pionero en la promoción de la fórmula, tienen las técnicas y cultura necesaria para asesorar al conjunto de cooperativas de sanidad, y en definitiva, son los médicos coprotagonistas en la asistencia sanitaria.

7) El cooperativismo sanitario sabía y correctamente entendido no debe ser ni el de usuarios, ni el de médicos, sino la integración de todas las cooperativas en una entidad superior de segundo grado.

(Group Health Cooperative of Puget Sound). Seattle. Washington (GHC)

Group Health es:

* Una HMO (Health Maintenance Organization), o sea un plan que provee atención médica integral y coordinada por una cuota fija prepaga, con coseguros mínimos (si los hay) GHC es la HMO más grande en el Noroeste, la 12^o en el país y la cuarta HMO no lucrativa.

* Una cooperativa – una organización no lucrativa gobernada por consumidores que provee servicio a sus afiliados, GHC es la más atención organización de atención de la salud, de la nación, gobernada por consumidores.

Organización:

* Los *abonados* son consumidores que atienden su salud en la GHC. Las cuotas de cerca del 84% de todos los abonados con pagados por lo menos en parte por sus empleadores.

* Los *miembros* de la cooperativa eligen el consejo de dirección. Los miembros son abonados que han pagado \$ 25 de cuota por única vez. Casi 1 de cada 7 abonados es socio de la cooperativa.

* Como cooperativa, GHC es gobernada por un Consejo de Administración de 11 miembros, electo voluntariamente. Hay 3 consejos regionales, un Consejo de Asamblea del Centro Médico, y 23 consejos locales o de centros médicos, que monitorean y aconsejan a la GHC. Grupos especiales de consumidores son creados de acuerdo a tópicos de interés: salud mental, 3^o edad, mujeres, etc.

* El presidente/jefe ejecutivo, gerencia la GHC, supervisa las subsidiarias, implementa las políticas de consejo y decisiones del consejo en su relación con el staff médico.

* El Director Médico, es simultáneamente funcionario jefe del staff médico y jefe médico del GHC. El consejo contrata directamente con el staff médico autogerenciado para dar servicios a los enrolados.

*Cada GHC regional en el Oeste de Washington tiene un vicepresidente regional, un jefe médico del staff, un administrador de enfermería y un consejo regional electo por los consumidores.

*El Group Health Northwest (GHNW) es una afiliada controlada que atiende el Centro y Este de Washington y el Norte de Idaho. Nueve de los once miembros del Consejo son consumidores, hay tres comités asesores.

Información General

GHC /GHNW y las subsidiarias tienen 473.000 enrolados.

Comenzó en 1947. Ingresos anuales (1990) 656.3 millones de dólares. El plantel son 8.900 personas (Incluyendo full time y parttime) incluyendo 905 médicos y otros miembros del cuerpo médico y 1440 enfermeras de plante. Es el octavo más grande empleador del Estado.

GHC también contrata con más de 1.200 médicos que no son de plantel para proveer servicios en localidades donde no hay staff apropiado del Group Health.

* Lugares para internación gerenciados por GHC:

GHC Central Hospital, Seattle- 346 camas acreditadas

GHC Eastside Hospital, Redmond- 179 camas acreditadas

GHC Impatient Unit, Tacoma – 36 camas acreditadas

1 de cada 11 residentes del Estado pertenecen al GHC y 1 de cada 8 residentes en el área del condado de Puget Sound.

La Universidad de Washington y GHC cooperan en enseñanza, investigación y programas de atención de pacientes.

El Eastside Adolescent Center es un programa conjunto con el Hospital Infantil.

GHC y GHNW tienen 29 centros de atención médico, 2 hospitales y centros de internación y 6 centros médicos especializados en Washington y North Idaho. Contratan además con otras 31 grandes instituciones médicas para servicios especializados selectos, no disponibles en GHC y también en localidades donde no hay hospitales.

Como una organización gobernada por los consumidores, los beneficiarios de los servicios de GHC son los que fijan la política y la conducción de la Cooperativa a través del electo Consejo de Administración. Los principios cooperativos se enfocan en educación, comunicación y valores democráticos.

Hay varios caminos para participar en la Cooperativa:

Miembros de GHC

Uno de los más significativos es convertirse en miembro votante para elegir la conducción de la cooperativa (intervenir en la asamblea anual). Los miembros no votantes no pueden integrar el Consejo de Administración, elegir consejeros, etc. Ser miembro votante está abierto a aquellos que deseen adherir a los propósitos cooperativos sean personas adultas que paguen su cuota, como también aquellos cuya cuota es pagada por el empleador, pueden ser miembros votantes. Los empleados de la GHC pueden ser miembros votantes. Hay una cuota de ingreso no retornable de \$ 25.

Consumidores son cualquiera de las personas que paguen sus cuotas médicos, que tengan más de 18 años y estén autorizados a recibir servicios médicos u hospitalarios de

la Cooperativa, tanto individualmente o como miembro de una familia de la cooperativa o como parte de un grupo que contrata con la cooperativa.

Para los propósitos de gobierno GHC distingue entre consumidores que son miembros votantes y los que no lo son. Miembros no votantes se refiere a consumidores que no han optado por el derecho a votar. Todos los consumidores (votantes y no votantes) pueden integrar y votar para los consejos regionales y locales.

El Consejo de Administración (Board of Trustees) tiene once miembros que son electos por los miembros votantes. Cinco consejeros son miembros representan el cuerpo central de GHC y seis consejeros como consejeros regionales, dos por cada uno de las tres regiones GHC.

Entre otras tareas el Consejo:

- * Establece los alcances de la atención médica, los términos del contrato y los valores de los servicios de la Cooperativa.

- * Contrata con las agencias gubernamentales, sindicatos, fondos de bienestar, empleadores y otras organizaciones o personas que desean servicios de atención de la salud sobre la base de grupos.

- * Contrata ejecutivos para el gerenciamiento

- * Designa y nombra comités estatales.

- * Diseña las publicaciones oficiales de la cooperativa

- * Establece políticas y reglas.

- * Ejercita todo el poder de la cooperativa no especificado de otra manera en el reglamento.

Los miembros votantes de GHC pueden ser consejeros. Los empleados de la Cooperativa o gente que provee servicios profesionales a la Cooperativa y que pueden ser miembros votantes de GHC pueden votar pero no pueden ser consejeros.

Comités estables. Diversas tareas del Consejo son delegadas en los comités (objetivos comerciales, formulación o revisión de políticas de la Cooperativa, asegurarse que la calidad de los servicios provistos permanece alta, monitorear la viabilidad financiera de la GHC, y desarrollar y supervisar los programas cooperativos).

La estructura de los comités permite que un amplio rango de consumidores participe en los procesos de toma de decisiones.

Los comités estables para 1990- 91 son: Comité de Auditoría (no médica), Comité de Finanzas, Comité de Gobierno, Comité de Recursos Humanos, Comité de Articulación (de unión) (promueve un trabajo colaborativo entre el Consejo y el Staff Médico por medio de adjudicar temas corrientes y futuros y servir como cuerpo para resolver problemas. Cuatro consejeros y cuatro médicos participan en este comité). Comité de asuntos legislativos, Comité de planeamiento y marketing, Comité sobre calidad de servicios.

Hay Consejos regionales que asisten al Consejo en el manejo y gobierno de hospitales, centros de especialidades, y centros médicos en sus respectivas regiones.

Consejos de los Centros Médicos: Cada centro médico de atención primaria tiene un cuerpo de gobierno de consumidores llamado Consejo de Centro Médico. Son nueve consumidores electos y el gerente, el médico jefe de Staff, y el director de enfermería del centro. Este consejo reporta al consejo regional vigilando el funcionamiento tanto financiero como la calidad de atención. Provee oportunidades para que los consumidores participen en el proceso democrático de la cooperativa.

Asamblea de los Consejos Médicos; está compuesta por todos los consejeros de todos los consejos de centro médico, que se reúnen por lo menos una vez por año.

Consejos locales. En una localidad se creó en 1989 un consejo para proveer oportunidad para los consumidores para participar en el gobierno de las actividades.

Grupos especiales de interés. Son grupos de consumidores de GHC organizados para influir en la política y dirección de la GHC, no son una parte formal de la estructura de gobierno. Pero son oficialmente reconocidos y se le otorgan ciertos privilegios por el Consejo de Administración para defender propósitos específicamente determinados. Los tres reconocidos son:

- Comité de Salud Mental
- Comité de Tercera Edad
- Comité Femenino

Oficinas de Gobierno. Su misión es asistir a todos los grupos de gobierno de consumidores para cumplir sus funciones, coordinando sus actividades con la estructura de gobierno y con los miembros de la gerencia y el staff médico de la GHC.

Esta oficina provee el soporte profesional, técnico y administrativo para los grupos de gobierno de la cooperativa.

Resumen del Artículo aparecido en The New York Times, el 2/5/91.

“Por una simple mensualidad muchos miembros del GHC tienen acceso a una casi ilimitada atención médica. Si ellos viven bien, sin fumar, sin beber demasiado, o sin ser obesos, pueden pagar aún menos. Si no les agrada como marcha su clínica bcal pueden cambiarla votando contra la dirección”.

Atrae la atención de toda la nación. “Con los pacientes directamente en el cuerpo de dirección monitoreando los médicos acometen la más alta calidad de atención. No hay incentivos para hacer más estudios que los indicados, porque todo incentiva a hacer lo que está indicado”. “La GHC baja los costos por eliminar la cirugía y procedimientos innecesarios y reforzando la atención preventiva “. El Dr. Nudelman presidente y jefe ejecutivo de GHC dice: Hemos intentado hacer abandonar la idea que cuanto más cirugía se haga más dinero se hace. Cerca del 30% de la cirugía en los EEUU no es necesaria. En promedio la cooperativa tiene un 40% menos de cirugía cardiaca que en otros sistemas de salud. Los miembros de GHC tienen el doble de pacientes vacunados contra la gripe que el promedio nacional. Tiene un agresivo programa para detectar cáncer de colon, piel y mama en etapa temprana. El programa de la cooperativa para fumadores

que quiere dejar, tuvo el doble de éxito que el programa nacional. Hay enfermeras para consultar telefónicamente que responden preguntas las 24 horas del día. Los médicos insistían que ellos no le darían de menos a sus pacientes. El Dr. Nudelman dice que cualquier procedimiento disponible, incluido operaciones costosas como trasplantes de médula ósea y de órgano, pueden hacerse en Group Health que tienen 29 centros médicos y 2 hospitales en el Noroeste. La cirugía cosmética está excluida.

Las quejas tienen que ver con los períodos de espera para ciertos médicos y para ciertos procedimientos. Group Health tiene más de 700 médicos en el staff. Los abonados eligen su propio médico, pero con los más populares es difícil obtener turno.

Casi todo el ingreso de la cooperativa que totaliza 577 millones de dólares en el 90, proviene de los premios pagados por los consumidores. En los primeros años muchos de los miembros eran cuentapropistas, desocupados o personas que o podían pagar un seguro médico. Ahora el 85 de los miembros está en las nóminas de empresas, incluso grandes corporaciones como la Boering, con premios pagados por los empleadores.

Los precios crecientes de la tecnología médica y los servicios, amenazan la capacidad de proveer atención de primera a bajo costo. Hay admiración por como la cooperativa, siempre pudo ofrecer lo mejor y lo más novedoso.

Durante muchos años el sistema de salud americano funcionó bien. Era pluralístico y por lo tanto existían varios modelos diferentes de prestadores de salud que apelaban al ansia nacional por la posibilidad de la elección individual. Aunque la gente de bajos ingresos tenía acceso limitado al sistema de salud y aunque había pocos servicios -un estudio de la década del 60, encontró que las familias pobres usaban la emergencia hospitalaria 4 veces más que los ricos los médicos de familia-, la red de ayuda gubernamental, los hospitales públicos y otros programas de salud tenían estabilidad.

Aún hoy, muchos americanos están conformes con el sistema. Sin embargo a mediados de la década del 70 un nuevo clima se estaba desarrollando. Se caracterizaba por los costos incontrolados y barreras crecientes para la atención médica.

Los problemas sobresalientes son:

- 1 de cada 8 americanos no tiene seguro de salud. Otro de cada 8 tiene seguro incompleto (le faltan prestaciones).
- En el estado de Washington, 785.000 personas por debajo de los 65 años (casi 1 de cada 6 residentes), no tenían seguro de salud en 1988.
- Se comenzaron a notar con mayor claridad las diferencias entre los distintos grupos sociales en cuanto a enfermedades y salud (los pobres tienen indicadores con los datos más agravados).

Los seguros de salud y las estructuras de atención son crecientemente inefectivos. El sistema actual, que es muy estructurado, trabaja en contra de las soluciones que se intentan por otros caminos. Muchos componentes del sistema de atención médica ofrecen incentivos perversos para estipular la escalada de costos. Lo que es correcto en términos de marketing. Es fácil vender curas milagrosas a través de la alta tecnología y difícil y lento vender los cambios en las conductas individuales para prevenir enfermedades. Además los honorarios facturados cada vez que se presta un servicio, la presión de la comunidad para definir la mala práctica y la creencia de que más atención médica es

mejor atención médica, se combinan para que se use el servicio de salud liberalmente y frecuentemente inadecuadamente.

El viejo modelo de pago por servicio o pague cuando lo use ha fracasado para mucha gente.

Las organizaciones de salud que sobrevivan los problemas actuales deberán aceptar un nuevo paradigma. Nosotros creemos que ese paradigma estará centrado en la *atención controlada*. El primer gran estudio sobre el costo efectividad de las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (H.M.O.) (un tipo de sistema de atención controlada) publicada en el New England Journal of Medicine en 1984. El estudio comparó GHC con modelos tradicionales de pago por servicio. El estudio encontró que los pacientes de GHC fueron internados 40% menos, y el gasto total de la Cooperativa fue 25% menos, aún cuando se tomaran en consideración características demográficas. Significativamente la calidad de la atención para la mayoría de los pacientes de GHC “había sido mejor”.

Tratando de imitar estos resultados en los EEUU aparecieron muchos sistemas de atención controlada, parecidos al sistema tradicional y que eran incapaces de parar la olla de costos en alza. ¿Qué sucedió? Muchos precios crecieron porque los sistemas HMO sirven sólo al 14% de la población y difícilmente pueden pesar decisivamente en el conjunto del mercado de salud. Además algunos precios crecen con cualquier sistema. Y porque algunos sistemas que se autollamaban de atención controlada, eran solamente de control de precios. Es decir utilizaban solamente metodologías de control de precios.

Sin embargo, no toda atención controlada tiene el mismo significado. Hay dos caminos para controlar costos: bajar los precios por unidad de medicina o tratamiento – que es donde muchos precios y costos controlados han fallado- o indicar solamente las unidades que son apropiadas- una tarea difícil cuando uno está intentando hacer todo lo posible para sus pacientes.

La verdadera atención controlada, controla los costos pero poniendo primero al paciente.

Nosotros creemos que la atención controlada crea calidad de atención. Calidad de atención, por definición es atención apropiada. La atención apropiada lleva inevitablemente a control de costos.

¿Qué comprende la atención controlada?

-Control de la atención. El foco está puesto en las necesidades de los pacientes. Es comprensiva, proveyendo desde la atención preventiva hasta la atención terciaria. Es coordinada. Es integrada.

-Comparte los riesgos. Tanto el seguro como la atención médica son provistas por la misma entidad. Esto crea incentivos para un tratamiento apropiado, porque requiere a todas las partes compartir los riesgos financieros.

-Control de la calidad y de la utilización del sistema. Solamente cuando la atención es controlada puede los costos ser controlados y la calidad ser asegurada.

GHC está orgullosa por se un sistema de atención controlada operada por una cooperativa, una organización sin fines de lucro gobernada por consumidores. El Consejo de

Administración está compuesto por 11 miembros electos por otros cooperativistas. GHC cree que el compromiso de una gran escala de consumidores con la conducción y con el plantel médico, será un punto clave para la sobrevivencia y crecimiento de organizaciones de salud en el siglo XXI.

El compromiso de los consumidores significa que cuanto más comprometidos estén en las decisiones políticas amplias, más fácilmente serán descubiertas las decisiones defectuosas y se tomarán mejores resoluciones.