

## Primeras Jornadas de salud y Cooperativismo (\*)

Buenos Aires, 4 y 5 de noviembre de 1993

**Dr. Jacobo Laks (\*\*):** Señoras y señores, asumo la gratísima responsabilidad como Presidente del **Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos** de darles a ustedes la bienvenida a este encuentro, que tiene, para nosotros, un significado muy particular, como es el tema de la salud y la organización de la salud, en este momento particular de la vida de nuestro país.

Ustedes saben que estamos viviendo en un período de la vida económica, y por qué no decir también política y social de nuestro país, signada por la vigencia de un modelo de ajuste estructural que genera características y particularidades que son muy difíciles y en algunos casos diríamos inéditas para resolver. Nos ubicaba claramente frente al tema de la salud como un problema de responsabilidad del aparato estatal. Es una función donde se fueron desarrollando y sin embargo a la par, en parte por la gran capacidad creadora de la población, de la gente, y en parte por las deficiencias del aparato estatal en el manejo del tema de la salud, se fueron generando iniciativas privadas, cooperativas y capitalistas, como refuerzo del papel del Estado.

Hoy nos encontramos en un momento de la vida de nuestro país en que una cantidad de categorías, de conceptos, están sometidas a la necesidad de revaloración; el modelo económico no lo hemos dictado nosotros, se nos ha impuesto, como un dato de la realidad. Y en esa preocupación tenemos la cabeza puesta, allí podemos los cooperativistas, el Movimiento Cooperativo nucleado

Y la vida nos ha puesto frente a una situación muy particular, la necesidad de que a través de Idelcoop se constituya este Gabinete, que va a **estudiar la promoción del cooperativismo de salud en nuestro país**, como así también la idea de buscar formas organizativas que permitan ir movilizando la capacidad creadora de nuestra población. Uno de los atributos, uno de los valores básicos que nosotros obtenemos del Movimiento Cooperativo, es la autenticidad, y creo que **la reivindicación de la salud** no es una reivindicación que surge de la cabeza de alguna gente, sino que nace concretamente de la **necesidad viva de la población**.

Otra de las preocupaciones de nuestro Instituto, como un valor básico, es la responsabilidad social que nuestro Instituto ha mostrado a lo largo de sus 35 años de vida. **Esta iniciativa encaja perfectamente en ese modelo de responsabilidad social que con el IMFC hemos asumido a lo largo de toda la vida de nuestra Institución.**

También consideramos como un atributo invencible la eficiencia, la eficacia, la solidez económica, el cumplimiento de la función para la cual nos organizamos. Es decir todo lo contrario a concretar iniciativas porque sí, o creaciones producto del subjetivismo o

---

(\*) Organizadas por el Gabinete de Estudio y Promoción del Cooperativismo Sanitario de Idelcoop. Desgrabaciones corregidas.

(\*\*) Presidente del Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos.

del voluntarismo. Creemos que juntando todos estos elementos, cualquier iniciativa que sea auténtica, que nazca de la cabeza y de la necesidad de la gente” ayudando a movilizarla con responsabilidad, como en nuestro caso, el éxito está virtualmente asegurado.

Hace años, cuando muchos de nosotros empezábamos a militar en el Movimiento Cooperativo, el modelo de organización más espectacular y más cercano a nuestro lenguaje, fue siempre el que nosotros llamábamos el modelo Mondragón, que nos venía de España. Y mucho tiempo estuvimos estudiando, analizando y absorbiendo experiencias del modelo Mondragón. Hoy, cuando estamos abocados al tema de la salud, nuevamente de España nos llega el modelo para estudiar y analizar, el modelo de organización sanitaria del cual es fundador, promotor e Inspirador el Dr. Espriú que está con nosotros, compartiendo estas Jornadas. Yo por una inmerecida actitud del Dr. Kurtzbart, quiero dejar inaugurada esta reunión agradeciendo al Dr. Espriú, quien ha hecho un gran esfuerzo para estar con nosotros.

Por último, quiero comentarles que he sido testigo de la demanda producida desde el seno de la Alianza Cooperativa Internacional, desde los movimientos cooperativos de algunos países de América, de Rusia, de Japón, de otros lugares, ávidos por analizar la experiencia del modelo catalán de organización del Cooperativismo de Salud. Y nosotros también estamos en este momento abocados a ese análisis, con la suerte y el privilegio de contar con el Dr. Espriú, colaborando en este esfuerzo colectivo de elaboración de un modelo de organización sanitaria, promocionado por el Movimiento Cooperativo nucleado en el Instituto. el que luego, por supuesto, será patrimonio de toda la comunidad argentina, o de las localidades en donde específicamente se forme.

Para nosotros es gratificante estar en este mes de nuestro 35° aniversario en esta reunión, como parte de todos estos actos. Yo les deseo suerte, que tengan éxito en el análisis de los problemas. El éxito de ustedes va a ser el éxito del país, de la comunidad, el éxito que estamos necesitando todos los argentinos, para de algún modo contrarrestar las postergadas, frustradas posibilidades que sufrimos, por esta difícilísima situación económica y social que deviene de este **modelo excluyente**, de este **modelo de concentración**, vigente en nuestro país, que nosotros tenemos que esforzarnos por modificar. Muchas gracias, mucha suerte, bienvenido Dr. Espriú.

**Dr. Alberto Rezzónico** (\*): Ustedes saben, aunque no todos los que nos visitan tienen la obligación de saberlo, que el Instituto de la Cooperación Fundación de Educación, Investigación y Asistencia Técnica es una estructura institucional nacida en el seno del Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos, actualmente presidido por el Dr. Laks. Dentro de nuestro Instituto de la Cooperación, vale decir dentro de esta Fundación de carácter educacional, ha surgido esta idea de la conformación de un **Gabinete para el Estudio y la Promoción del Cooperativismo Sanitario**. Mi intención entonces, es un poco explicar el por qué, de acuerdo a cómo lo vemos nosotros.

Tendríamos que decir que toda esta realidad que nos preocupa, que a veces nos agobia, pero que no nos arredra, no termina de hacernos bajar la guardia en forma definitiva, no es única, no es exclusiva, y responde a ciertas tendencias culturales muy generales, de las que no vamos hacer acá el análisis, por supuesto, pero de ninguna manera podemos olvidar que estamos asistiendo a un período de la vida del mundo en el cual pa-

---

(\*) *Presidente del Instituto de la Cooperación (IDELCOOP), Fundación de Educación, Investigación y Asistencia Técnica.*

reciera que la razón, como centro de la organización de todas las actividades sociales, económicas, ha entrado en crisis. Este es el fenómeno llamado de la posmodernidad. Y en buena hora que así sea, porque el hombre, en definitiva, no es solo razón, pero junto con este tema de la poca confianza o la desconfianza que se tiene a todo lo exclusivamente racional, aparecen modas, una cosa es la posmodernidad y otra cosa es el posmodernismo. Aparecen tics, formas de comportamiento donde lo sensual, por reacción a lo racional, donde lo mágico, precisamente por irracional, se adoptan como postura, y la sociedad empieza entonces a manejarse con un voluntarismo que es frágil, es una especie de voluntad sujeta a cambios, más que una voluntad educada por el esfuerzo, más que una voluntad sujeta a valores que quiere realizar luego en la práctica. Pero estas actitudes generalizadas que vemos en todo el mundo, y que a veces se destacan con valores positivos, no se dan en el vacío, se dan en un momento en que, como señalaba el Dr. Laks a grandes rasgos, **estamos asistiendo a un proceso de concentración económica acelerado**, no sólo en la República Argentina sino en todo el mundo. Donde los países subdesarrollados vemos que nuestros escasos, pobres, insuficientes centros de acumulación nacionales, se nos han trasladado fuera de nuestras fronteras. Donde estos grandes emporios no solamente pueden resolver muchas cosas, y resolverlas porque tienen la posibilidad de aplicar a ese efecto desarrollos tecnológicos impresionantes, sino que tienen una capacidad insólita de manipulación de grandes masas que con ese hedonismo, con ese egocentrismo, terminan encerrándose en sí mismos, resultando consumidores de todo lo que se les vende y generando políticas de corte, posibilistas, utilitaristas, como a ustedes se les ocurra llamar, pero que en el fondo tienen el sello de desmerecer grandemente la dignidad del ser humano, que es el primer valor que, como tales, debíamos destacar. Y por supuesto entonces que ese tipo de situaciones, no tienen **nada que ver con la solidaridad que está en la base de toda experiencia comunitaria y cooperativa**. Lo que nos hace pensar que, si bien lo cooperativo puede estar laqueado por esa situación general, al mismo tiempo se nos presenta como una solución a los extremismos en que se suele caer a veces en el desarrollo de estas concepciones nuevas.

¿Por qué digo como una garantía? Porque el cooperativismo se centra en el individuo, pero no para dejarlo solo, sino para desarrollar sus más elementales aptitudes y derechos y, precisamente por eso, sabe que no puede realizarlos sino en sociedad. Y tampoco puede realizarlos cuando esa sociedad genera mecanismos de coerción, que eliminan la posibilidad genuina de expresión de todos y cada uno de los individuos que la forman.

El cooperativismo es democrático por excelencia, porque no es promotor de dictaduras ni de hegemonismos. Las dictaduras o los hegemonismos tropiezan con la Idea misma de la solidaridad cooperativa. Y esta **solidaridad cooperativa se aprende**, porque deriva de valores, es obvio, **pero también se ejercita**.

De allí que un Instituto dedicado a la promoción de los Valores Cooperativos no deba dedicarse sólo a hacer cursos, donde transmita contenidos de valor cooperativos, o formas de organización práctica, sino que debe ponerse a la tarea de generar conductas solidarias, y esas conductas solidarias empiezan por la discusión de los proyectos. No por la ejecución de proyectos decididos por otros, sino por la discusión del proyecto que después quisiéramos ejecutar. Por eso es que Idelcoop se abre a la formación de núcleos de discusión. se abre con este Gabinete de Estudio y Promoción del Cooperativismo Sanitario a la discusión en su seno de los problemas, de los proyectos, de las dificultades que puedan generarse a partir de estas necesidades nuevas, de este decaimiento de funciones cumplidas por el Estado que revierten ahora sobre la comunidad y que suelen dar lugar, en las más de las veces, a la generación de nuevos mecanismos de explotación.

En el caso de la salud, en el caso de explotación de unos médicos por otros, de inversores hacia los profesionales, de mala relación de los profesionales con los usuarios y re-  
cesitados del sistema de salud, etc.

Pero también nosotros observamos que un proyecto sería parcial si lo sujetáramos a uno solo de los factores que están en juego, y que únicamente expresando todos los intereses, legítimos, pero también intereses que están encarnados en sus portadores, vale decir que los intereses no son abstractos sino que están encarnados en profesionales médicos, en una comunidad que necesita un **servicio de salud bueno, ágil, a costos correctos**, etc., es lo que va a permitir realmente discutir cómo puede organizarse esta actividad. Y verdaderamente nosotros creemos que esto es dinámico, porque lo único que crece, lo único que se desarrolla sobre una base cierta, es aquello que se da en la solución de estas tensiones dialécticas, cuando los intereses contrapuestos buscan no la forma de imponerse unos a otros transitoria o definitivamente, sino de coordinarse, de vincularse, sobre la base de algunos parámetros que todos consideremos útiles, en este caso, como decíamos, la dignidad del ser humano, sus derechos fundamentales, aquellas cosas que hoy por hoy, en este siglo XX y a esta altura, ya no se le puede negar.

No hay experiencias, comentábamos recién, fácilmente repetibles siempre tenemos que partir de lo nuestro, y lo nuestro tiene que ser un producto de una investigación, de una discusión franca y sincera. Pero sí podemos aprovechar lo que ya está bien hecho. Por eso es que, además de nuestras además de la experiencia propia que cada uno trae ad, hoy tenemos la visita del Dr. Espriú, que nos enorgullece tenerlo aquí y que además, nos favorece porque quienes hemos asistido a algunas de sus explicaciones y experiencias, sabemos que es mucho todavía lo que podemos recibir ciencias.

Para Idelcoop es un gran gusto adherir a la celebración del Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos en sus 35 años, celebrar también los 20 años del Instituto de la Cooperación y, al mismo tiempo, abrir esta experiencia. Que no es solamente una experiencia de búsqueda de resolución, o de solución a los problemas del cooperativismo sanitario, sino que con esta experiencia que ustedes están haciendo, nosotros también, desde Idelcoop estamos haciendo la experiencia de apertura a la cual me refería recién y que es probable que pueda, además, extenderse a otras de distinto signo, pero de igual objetivo.

Deseo entonces de todo corazón que estas deliberaciones e estrechemos nuestras relaciones vincularas, de afectos, de amistad, y podamos irnos de acá un poco más ricos humanamente, no económicamente, más ricos de lo que hemos venido. Muchas gracias.

**Dr. Rafael Kurtzbart** (\*): Hemos recibido una carta de adhesión de APYME- Asamblea de Pequeños y Medianos Empresario, que dice lo siguiente: “Deseamos hacer llegar a Ud. nuestra citación por la iniciativa de realizar estas Primeras Jornadas de Salud y Cooperativismo para profesionales y usuarios de servicios de salud. Indiscutiblemente, este verdadero ejemplo de cogestión, abre las puertas a una nueva y activa forma de participación del usuario, lo que redundará en beneficio, de la comunidad. Los pequeños y medianos empresarios creemos que la cooperación debe ser desarrollada más ampliamente, como una de las formas para combatir el Individualismo extremo a lo que

---

(\*) *Presidente de COMI (Cooperativa de Servicios en el Area de la Salud). Director del Gabinete de Estudio y Promoción del Cooperativismo Sanitario. Depto. de Idelcoop.*

nos quiere reducir el actual modelo del liberalismo salvaje. Por eso compartimos y adherimos a esta noble iniciativa que ubica en una relación más estrecha y justa al profesional y al usuario con el objetivo, en este caso, de lograr uno de los bienes supremos del hombre que es la salud. Somos conscientes que esta iniciativa es un ejemplo para el país y que seguramente va a encontrar sus émulos en otros sectores y estamentos sociales. La oportunidad es propicia también para saludar a todas las organizaciones y entidades cooperativas que han contribuido a su estructuración. Deseándole el mayor de los éxitos a esas Primeras Jornadas, saludamos a ustedes muy atentamente. Francisco Dos Reis Secretario Nacional, Ing. Jaime Gódelman Presidente Nacional, Alberto Sad Presidente de la Regional Buenos Aires.

Y quiero, a continuación de esta carta de salutación, que toma los elementos esenciales de nuestra propuesta de convocatoria, como Director del Gabinete de Estudio y Promoción del Cooperativismo Sanitario, decirles que los que hemos estado trabajando en la organización de estas Jornadas, nos sentimos sumamente satisfechos de la presencia de ustedes, que en definitiva es lo que justifica nuestro trabajo. De la posibilidad de haber creado, de haber generado un espacio, para pensar juntos lo que significa buscar una alternativa al modo de solucionar el problema de la salud y la enfermedad en nuestro país.

Tenemos una ventaja muy grande, que es el nivel organizativo que tiene una porción importante de nuestra población, a través de un sinfín de entidades sociales en donde el cooperativismo ocupa un lugar significativo; realmente se podría hacer un barrido desde la Quiaca hasta Ushuaia, encontrando ejemplos en donde la gente se reúne para resolver sus problemas y en donde

la salud tiene que ocupar un lugar, sin duda un objetivo fundamental en este unirse alrededor de un proyecto, que sobre todo es un proyecto ético, que tiene que ver con los valores de considerar a la salud no como un medio sino como un fin. Creo que esta es una de las grandes diferencias con respecto al resto del sector privado de la salud, donde, evidentemente, el problema de la enfermedad es el negocio, y la salud es simplemente un medio a alcanzar para reincorporar a ese hombre a la sociedad, a su trabajo, pero que en definitiva no es la salud en sí misma lo que interesa.

Tenemos que decir que esto se da en el marco de una realidad en donde, como lo señalaba el Dr. Laks, acerca del liberalismo salvaje y sus distintas expresiones en nuestro país, y en particular en el terreno de la salud, llevan a desarrollar un modelo en el cual una porción importantísima de la sociedad quede totalmente excluida de la posibilidad de acceder a cualquier tipo de atención de su problema de salud.

La medicina podemos decir que muchas veces es ineficaz, es costosa, tiene un enfoque fragmentado del hombre, está basada en una estructura de asimetría entre el profesional y el paciente, donde hay una relación de subordinación, de imposibilidad de debate acerca de lo que significa para cada uno la salud, hay una imposición de una concepción de salud y enfermedad. Evidentemente, el modelo del Cooperativismo Sanitario no es solamente una forma organizativa de los usuarios de la salud y de los prestadores de los servicios de salud, en donde puedan llegar a coordinar acciones. **Este planteo de integración entre usuarios y profesionales conlleva, inevitablemente, un replanteo ético acerca de lo que podríamos llamar la democratización de la relación médico paciente.** Esta democratización, que se da en el ámbito del consultorio, se lleva al ámbito de la relación entre instituciones y viceversa. Evidentemente, el proceso no va a ser lineal y, seguramente, el desafío mayor de esta alternativa va a ser el plantearse la posibilidad de

modificar una cultura milenaria, donde el saber está exclusivamente depositado en el profesional y el único rol del que llega enfermo a la consulta, sea el someterse. Este quizá sea el desafío más importante que tengamos planteado tanto los profesionales como los usuarios, porque en esto hay un pacto silencio, en donde los pacientes aceptan que ésta es la moda que deben ser tratados. De manera que no es solo cambio en la concepción del profesional, el cual tiene que entregar una cierta cuota de poder para poder democratizar esta relación. sino que es también el posicionamiento del usuario de este servicio, como llama el Dr. Espriú, el acreedor de que tiene un derecho a reclamar y a cobrar en el marco modelo de atención de su problemática de salud y enfermedad.

La expresión concreta de este cambio en el planteo redundante evidentemente en una gestión que tiene, como uno de sus valores, la solidaridad, la democracia, la posibilidad del diálogo para solucionar las contradicciones que puedan en la relación entre los profesionales y los usuarios servicios. Estas son contradicciones que tienen vías de en función de que, tanto para el profesional como para usuario, el problema es la salud; y, evidentemente, **la fórmula permite que económicamente haya posibilidad para tenga coherencia**, y que lo económico no se enfrente a la posibilidad de que el médico se plantee la salud de quien tiene delante como un fin; esto es lo que permitirá marchar una perspectiva que no tiene límites.

Quisiera ahora darle la palabra a quienes han participado por los usuarios en la conformación de este Gabinete, a la gente de la Cooperativa de Martín Coronado de Servicios y Obras Públicas, que ha permitido que esta sea la primer experiencia de cogestión entre profesionales y usuarios.

**Lic. Olga Tripodoro** (\*): Quisiera sobre todo agradecer a cada uno de ustedes, que vinieron de distintos puntos de justamente buscando propuestas en los temas de sal vez expresarles mi deseo de representarlos, de alguna en esta mesa.

En los últimos años, se han producido modificaciones en el modelo cultural dominante, y las crisis económicas, los cambios políticos, han cuestionado los ideales vigentes. Por otro lado, tenemos el individualismo, el sálvese quien pueda, tenemos el dinero, como el último fin, que han pasado a ser valores importantes para nuestra cultura; entonces ¿qué sensación nos queda a nosotros, que tenemos que permanecer dentro del sistema para sostenernos con muchos esfuerzos? Sin duda, nos queda la sensación de impotencia, de angustia y el temor de quedarse afuera; históricamente siempre hubo un grupo que se quedó afuera, pero hoy, por eso también es importante el debate, hoy el índice de desocupación, la cantidad de gente subocupada, gente que de alguna manera antes era asistida por los hospitales o las obras sociales, comienzan a hacer agua.

A su vez, nosotros somos continuamente bombardeados por los medios de comunicación; hay ofertas frente a las cuales nos resulta muy difícil discernir y poder elegir. También **nos ofrecen salud como una mercancía**, y de esta manera funciona la ilusión en el imaginario social acerca de la salud, **como si fuera un objeto que se compra, se transforma a la salud en un fin de lucro**, en una mercancía mediatizada. Algo así como que a mayor dinero mayor salud, mayores prestaciones, mejor va a ser la salud, cuántos más medicamentos haya, mejor va a ser la salud. De alguna manera se sabe que esto no es así, y genera paradojas falsas.

---

(\* ) *Cooperativa de Obras y Servicios Públicos de Martín Coronado*

En cuanto a **los profesionales**, también **reciben ingresos muy bajos y el usuario se queda con el padecimiento; entremedio de esto estaría el lucro del intermediario.** Es el Cooperativismo Sanitario quien posibilita **evitar esta mediación**, partiendo de la base de la mejor prestación al precio justo.

Para superar la crisis es necesario, fundamentalmente, pensar en innovación social. Así, **el Cooperativismo Sanitario podría ser**, o se plantea como **una alternativa posible**, y será posible si se presenta dentro de un marco donde se privilegian los lazos sociales, la solidaridad, y la capacidad de acción en la realidad para poder transformarla.

Esta concepción de salud, dentro de este modelo sanitario llevaría implícita toda una visión de vida, ética, filosófica, lógica, que pondría al hombre en primer lugar y haciéndolo protagonista de los grandes temas de la salud.

Aquí habría otra cuestión importante, que sería cuestionar el autoritarismo, y un poco como el quiebre de la legalidad, que se hace porque hay que hacerlo, porque siempre se hizo así, porque siempre se ocupó el Estado, porque, bueno, tanta excusas, tantos motivos. Nos proponemos quebrar el autoritarismo y, por otro lado, la conciencia de los derechos, saber q salud es el derecho del hombre y por consiguiente, comen ejercerlo, poder ejercerlo a través de la participación, implicarse y transformar la realidad. Esto sería algo así como pasar d lugar pasivo a un lugar activo, protagonista.

Por otro lado, otra cuestión que me parece importante revalorización de la palabra. Es la palabra que se dice, que se siente, que se expresa acaloradamente, con ganas, con intención y creo que en este momento también esto es muy importante porque **tenemos muchos funcionarios que hacen muchos cursos, pero que luego vemos que ello se contradice acción**, por eso es tan importante revalorizar la palabra. Como también pienso que al hombre la palabra le va a dar otra inmediatez, otro lugar, algo así como que si muchos hombres se reúne principios cooperativistas, solidarios. en un proyecto, en meta a lograr, vemos que esto, que se presenta en el presente de alguna manera le otorga otra temporalidad, que es te hacia el futuro y el hombre en ese lugar se hace temporalidad hace futuro. Y también de alguna manera el hombre unido a otros hombres, se extiende, trasciende, se hace vecino, se asociado, se hace comunidad, se hace pueblo, se hace humanidad.

Quisiera desde luego agradecer estar aquí, agradecer Dr. Kurtzbart en particular, y agregar que la visita de Espíritu nos hace pensar como que las grandes utopías puede ser realidad y serán. Gracias.

**Dr. Salvador Presavento** (\*): Nuestra cooperativa es una modesta, una humilde cooperativa de 5.800 socios que presta el servicio de saneamiento en la localidad de Martín Coronado a alrededor de 20.000 habitantes, agua corriente y cloacas, es una experiencia que nació hace 25 años. O sea, hace 25 años empezábamos a balbucear, tal cual lo estamos haciendo hoy aquí, con el tema de Cooperativismo Sanitario. Quizá uno recuerda muchas veces aquello que **cooperativismo es acción**; tenemos que refrescar un poco los principios del cooperativismo, no podemos olvidarlo, a través de esos 25 años, quizá el mérito que hemos tenido fue insistir en hacer educación a nivel de la comunidad. Es decir que el vecino sabe perfectamente bien, en su gran mayoría, que el esfuerzo

---

(\* ) *Cooperativa de Obras y Servicios Públicos de Martín Coronado*

lo hicieron ellos, no es mérito exclusivo o excluyente de algunas personas que fueran iluminados. Cuando comenzó, esto era muy parecido a lo que vemos ahora, con esta nueva experiencia que vamos a iniciar. Porque hay que decirlo, recién va a empezar el partido, todavía no empezó, la tarea es de aquí en más y yo creo que este es un poco el mensaje que quisiéramos dejar esta noche. Porque si uno se pregunta hoy Martín Coronado tiene agua corriente y cloacas, la pregunta que uno se hace es ¿fue fácil? En absoluto. Tocábamos intereses económicos que jugaron y apostaron a que nosotros no éramos capaces, la comunidad no iba a ser capaz. Empezó con muy poca gente, sobaban los dedos de la mano, la primera asamblea significó un grupo de 80 personas, escasamente, y hoy hablamos de 5.800 socios. La lucha fue ardua, fue difícil, como es la historia del cooperativismo. Entonces, lo que yo quisiera dejar hoy un poco en el espíritu de los que estamos aquí, es que no nos olvidemos que de acá en adelante vamos a tener que enfrentar muchas dificultades, pero no tenemos que bajar los brazos. Acá hay una gran responsabilidad y creo que es un poco de aquellos que entendimos el mensaje, de aquellos que hemos absorbido el veneno, como dice el m Espriú, del cooperativismo. Este cooperativismo sanitario nos ha entrado como una nueva enfermedad, y yo digo, un paradójicamente, para tener nuestra salud tenemos que enfermarnos, enfermarnos de "cooperativitis", una enfermedad inicialmente es aguda y después se hace crónica, y de la cual uno no se puede despojar jamás.

Hemos hecho reuniones con grupos de vecinos, hemos pasado la experiencia de Barcelona que a nosotros nos conmueve y que, por supuesto, cada vez que lo vemos es como si la q ramos ver nuevamente. En este momento nosotros lo te grabado, y algunos de los que participan de estas reuniones llevan el video, y luego, con grupos de vecinos, se reúnen en una casa y pasan el video nuevamente. O sea que esto y que es lo que tenemos que recoger de esta jornada. El partido va a empezar a partir de la semana próxima, cuando empecemos a incorporar adherentes, que además de adherentes tendrán que ser protagonistas. Tendremos que hacer propuestas con la gente tendrá que decir qué es lo que necesita y, en función de eso, canalizarlo a través de aquellos que podemos tener formación técnica, profesional, que podamos orientar, pero serán los protagonistas los propios usuarios. Esa cooperativa segundo grado, con la cual insiste siempre el maestro yo creo que tenemos que tenerla siempre presente, pacientes profesionales juntos, para evitar parcialidades. Que podamos de alguna manera, tener el servicio más eficiente, más h y más justo en cuanto a su precio.

**Dr. Josep Espriú** (\*): Todos ustedes sabrán qué es qué es medicina, qué es un enfermo, qué es un médico: yo, que quizá podría alardear de todo esto, y al cabo no sabiendo es nada de todo esto. de lo complejo que es. Entre otras porque la medicina, como se ha dicho y como sigue siendo, no sólo es una ciencia, sino que también es un arte, si ustedes quieren, afortunadamente cada día menos arte. Porque cada día la vertiente científica progresa, y entonces cada día es más aplicable a la medicina. Y el hecho de que siga siendo un arte, aunque sea poquísimos, mientras sea un arte yo creo que de aquí depende, y esta es la explicación que yo quisiera que sea válida, que se aceptara para mis compañeros, porque explica muchas de sus fallas, de sus defectos, esa vertiente es la que hace que la relación laboral del médico no pueda ser nunca la habitual. Es decir aquellas entidades, aquellas instituciones, y lo digo corriendo el riesgo de la plancha más grande que pueda tirarse un español en Buenos Aires, que pagan a sus médicos igual cada mes, hayan trabajado más o menos, esto yo por lo menos no he conocido nin-

---

(\* ) *Presidente de la Fundación Espriú de Cooperativismo Sanitario. Barcelona – España.*



gún médico que lo comprendiera. Es evidente que en el médico y en el ejercicio de una profesión angustiante como es la nuestra, vale o se aplica en la intimidad, sin decirlo ni siquiera a tu mujer, la ley del mínimo esfuerzo.

Se han complicado las cosas de tal manera que, entre otras cosas, con esto se justifica una barbaridad biológica que son las especializaciones, gracias a las cuales, los médicos dejamos de ver al hombre enfermo como un conjunto enfermo, y sólo está enfermo del ojo derecho.

El tema es tan apasionante como complejo. Como es apasionante el cooperativismo, el cooperativismo auténtico, el que envenena; porque es muy complejo también el cooperativismo, no es poner una tienda donde se vende una peseta más barato el litro, como creen muchos colegas míos, en Barcelona; y les hablas de cooperativismo y te dicen: Pues hombre!! Casi me ofendes, una cooperativa es una cooperativas En mi tierra fue antes lo que se viene llamando el sector privado el que practico una medicina social o colectiva que el sector público, la historia del sector público en mi tierra es relativamente reciente. Antes eran instituciones, algunas de las cuales siguen existiendo. pero por ejemplo, por una cosa tan sencilla que la tendrán que discutir ustedes, y que tendríamos que estar de acuerdo en todo el mundo, el médico a sueldo, y perdón que uno generalice, el médico a sueldo da una medicina de baja calidad. Y es así, hay excepciones que demuestran la verdad de la regla, y porque además, hay médicos que son auténticamente santos y médicos que se van a un desierto a no cobrar ni con arena. Pero lo normal y lo corriente y lo que viven seguramente aquí, en Argentina. y vivimos en mi tierra, es que el médico también tiene que comer, y después resulta ser que no se cansa solo comiendo, sino que también tiene que tener un coche y también tiene que tener un fin de semana.

Yo me moriré defendiendo que **el interés del médico no es un interés opuesto al interés del enfermo**, o del posible enfermo. Un gran amigo me dijo un buen día: Espriú usted se equivoca, lo de usted no puede prosperar, porque usted está intentando cooperativizar la armonía de dos intereses opuestos. Yo he sido médico de cabecera muchos años, nunca, al contrario siempre he visto la traducción económica del cariño de mi enfermos, incluso en la seguridad social, si no, te dabas cuenta después, cuando se había ido te encontrabas que te había dejado un billete de 5 duros y cuando le volvías a ver le decías mire, le devuelvo esto que se lo dejó usted el otro día; te decían no, no, es que yo sé que les pagan muy mal a ustedes; 5 duros Quizá si le pedías 50 duros y no quiero hacer demagógica, a u señor que tenía un Cadillac, te daba recuerdos a la familia y te enseñaba puramente la cartilla del seguro. Y yo les aseguro que soy la otra parte contratante, como dirían los hermanos Mar yo les aseguro que jamás he visto en mis enfermos un interés opuesto al mío, sino todo lo contrario. Yo he procurado n tener, y perdón que haga un auto elogio, pero he procurado n tener nunca clientes, sino que he procurado tener siempre amigos. Y ya me enredaría en que, tradicionalmente los médico ante cualquier forma de medicina colectiva o social, llámenle como quieran, han sido explotados, han sido mal pagados; ¿por qué?, porque no hay dinero, o porque en las organizaciones hay que pagar la electricidad al precio que dice la compañía, y pan al precio que dice el panadero, y todo hay que pagarlo precio de mercado, pero el médico, como que no se sabe cuál su precio de mercado, pues si cobra poco ni se enteran, y parte de la base de que si te haces médico de la entidad tal no te atreves a hablar más porque después a lo mejor te echan.

Pero, cómo se armoniza esto, puede cooperativizarse un esfuerzo común. La fórmula es muy sencilla, a mi modo de ver y robada de Mondragón. Donde cuanto tú hablabas con Don Joseph María Arizmendi Arrieta, él te decía: no, esto Espriú depende del compromiso. Y yo le decía: yo no entiendo eso, perdone Padre, pero esto del compromiso

¿qué es?. Y decía: dinero. Porque es la verdad, porque hay que tocar de pies al suelo, no se hace cooperativismo escribiendo, ni se hace sólo con palabras. Hay que contar con la realidad, y la realidad, en último término, tiene su expresión “ económica, porque sino no existe eso, sencillamente no existe eso.

Bien, qué hemos hecho en Barcelona, cuál es el esquema de lo que llaman Cooperativismo Sanitario Integral Espriuano, pues todas las cooperativas que lo formen, que como mínimo por la Ley catalana, en España para hacer una cooperativa de segundo grado, se necesitan como mínimo tres cooperativas. El cooperativismo de segundo grado entendido como la vinculación por el dinero, tiene que sustituir a los sistemas representativos. ¿Por qué? Porque es el único camino que se me ha ocurrido hasta ahora de una cosa que está pendiente en nuestro país y en cualquier país desde hace mucho tiempo, que es nada más y nada menos que la democracia económica. Hay democracia política, indudable, más o menos buena, hay democracia social más o menos buena, pero no hay, señores, democracia económica, que es muy difícil de entender y es larga de discutir, sobre todo por los caminos que vamos.

Bien, ya tenemos tres cooperativas, una la de los médicos, como la tenéis aquí, COMI. Si la salud es un derecho que tenemos, y todo derecho supone un deber, si nosotros tenemos derecho a la salud es que la acreditamos; hay alguien que tiene que satisfacer este deseo, se llame Estado, se llame cooperativa, se llame mutualidad, se llame lo que se llame, tiene que satisfacer este derecho, mientras te dura este derecho, que es hasta que te mueres, eres acreedor de algo.

La tercera, es lo que en política se llama un partido bisagra. Es el papel más bonito y más divertido, es el papel de decirle unas veces a las cooperativas de médicos: tú tienes razón; y otras veces, decirle a la cooperativa de usuarios, de acreedores de salud: el que tiene razón eres tú; y si votamos, casi seguro sale dos a uno siempre, no sé si me explico. Digo casi siempre porque una de las cosas fundamentales, yo diría con todo respeto a quien nos preside, que han de coger el vicio del voto secreto, nosotros vivimos con miedo, algunos de ustedes le tienen miedo a este señor porque a este señor le ven un hombre con poder, un señor que a lo mejor puede decir usted no vuelva más por aquí, etc., etc., puede pegarle una bronca a un compañero, yo lo he vivido, y después, cuando ya no lo vives porque ya eres viejo, te enteraste que fulano de tal te tenía miedo, y parece ser que incluso, cuando entraba en el despacho, las empleadas decían: No, hoy a entrado con una cara, Oh!.

Esto no puede ser, los estatutos han de marcar que tenga el mismo número de componentes el Consejo de Administración de cada una de las cooperativas; en mi tierra son 15, 15, 15, en mi tierra, no sé si también en la Argentina, suman 45. Y esta es la Asamblea, estos 45 que ya son gente seleccionada, estos 45 son la Asamblea de la Cooperativa de Segundo Grado; Cooperativa de Segundo Grado en la que hacemos lo imposible, y esto no niego que es difícil, para no valorar el peso del dinero, porque afortunadamente muchos sentimos una cierta indiferencia, para no decir una palabra más gorda, por el dinero. Una absoluta indiferencia de si tú tienes 170 mil socios, y yo tengo 5 mil, y usted tiene 180 mil, por lo tanto, tantos votos por tantos... no, no, no, no, y el voto absolutamente secreto. Porque la ilusión nuestra, aparte de lo que pueda llegar a funcionar, la educación y la formación cooperativa de la gente, es que lo que sí tiene que tener peso específico **en todo este sistema, par que funcione, es la inteligencia, es el amor al trabajo, es la facilidad en compartir**, es una serie de virtudes que ustedes s pueden imaginar. Y entonces el sistema, sobre todo si hay u árbitro en cuestión, un señor que

diga no, no, no, hoy tiene razón el médico, no, no, no, hoy tiene razón el otro, y esa es una persona como Dios manda, y esa es una persona que viene seleccionada por una escuela. Nosotros dejamos ser de los órganos rectores a todo el mundo, pero lo que sí, no creemos que vamos en contra de la organización normativa del cooperativismo, si exigimos las mejores virtudes posibles a la gente, gracias a cursos prolongados en los que tengas tiempo de sobra de saber que este es un soberbio, que este señor es un gandul, que el otro es esto y tal y cual, para que a la hora de elegir que vayan haciendo su currículum y con el visto bueno de la escuela, que dice ojo con este, están tranquilos, Dios está por todas partes, ojo al Cristo que es de plata y por lo menos lo advierte.

Y ya estoy cortando, no sé si con esto tienen idea que es el germen de un esfuerzo, y de un día a día, muy complejo, porque mueve mucha gente, y porque mueve mucho dinero, y porque mueve mucho compromiso, y todo lo que ustedes quieran, pero este es el sistema Espriano, que se enseña por ahora en la Fundación Espriú, pero que siempre ha dicho con la puerta absolutamente abierta, porque esto no es ningún dogma, es mi manera de pensar, que me confieso autodidacta. Y sentido común he procurado tener.

Hemos hablado esta tarde aquí de una cosa muy seria y de una cosa que no se puede matar pin, pam, pum, y vamos a votar. Gracias y perdonen de lo que me he extendido.

Le vamos a pedir al Dr. Escudero nos dé su interpretación de la situación sanitaria de la Argentina hoy, que de alguna manera, va a servir de base para la discusión, como marco, acerca del lugar donde tendrá que insertarse el modelo del cooperativismo sanitario.

**Dr. José Carlos Escudero** (\*): Buenas noches. Agradezco mucho la invitación de Idelcoop de esta noche. En la Argentina pasa una cosa que pareciera curiosa y que es la siguiente: **el Estado se retira cada vez más de la sociedad civil**, abandona la sociedad, abdica responsabilidades. Un indicador cotidiano del abandono por parte del Estado de la civilidad es la imagen de Buenos Aires de estos días, una ciudad con las calles y las veredas destruidas, con el transporte público desquiciado. Todo esto es un indicador del fracaso de un Estado tan clientelista y corrupto como el que tenemos. "Si buscas monumentos, mira a tu alrededor". Buenos Aires es ahora un monumento a cómo funciona el Estado en la Argentina.

Por otro lado, la sociedad civil argentina es bastante vigorosa, llena espacios que el Estado abandona, y el hecho que exista Idelcoop es una indicación del vigor de la sociedad, que toma temas y lleva adelante proyectos ante un Estado prescindente, corrupto y defensor de los poderosos.

El tema para hablar hoy es "Situación Sanitaria Argentina". Es un buen título que no elegí yo, y pienso que es útil cuando uno habla de salud, hablar del nivel de salud de la gente. En este sentido hay una trampa, el sistema nos quiere obligar a que discutamos **medios** para dar la salud y no el **fin** que es el nivel de la salud de la población. En cierto modo, el sistema nos entrapa en discusiones falsas o en falsas dicotomías: por ejemplo se habla del cirujano estrella, se habla del procedimiento completísimo, se habla de la resonancia nuclear magnética, se habla de estas dicotomías falsas que plantean muchos Organismos Internacionales como centralización o descentralización, hospital de autogestión

---

(\*) *Médico, sanitarista, diplomado en Estadísticas de Salud, "Mas6ter" en Sociología. Ex funcionario del Gobierno Argentino y de la Organización Mundial de la Salud. Profesor titular en México y en varias universidades argentinas. Investigador del CONICET.*

u hospital vertical, es decir se habla muchísimo sobre presuntos medios, pero no sobre el fin, que es qué salud tiene la gente, cómo se enferma y se muere. Es como si los militares hablaran del calibre de los proyectiles, o de la organización logística del ejército, o de alguna cosa que tiene que ver con el blindaje de los tanques, que son medios, y no hablen de que tienen que ganar la guerra. Yo pienso que este hecho, que en la Argentina se hable de los medios y no se hable de los fines, es absolutamente deliberado, porque la salud argentina es notablemente mala como nivel de salud, y sobre esto voy a hablar.

El nivel de salud argentino, medido por todos los indicadores, es malo en términos absolutos, comparado por ejemplo con el conjunto de los países de América, tiene tendencia a deteriorarse con respecto a los países más adelantados de América y es una tremenda contradicción con la enorme cantidad de recursos que se vuelcan para la salud en la Argentina. Es decir, un nivel muy malo objetivamente, que no se condice con este gasto enorme de recursos. Seguramente habrá acá economistas que me querrán corregir, como ustedes vieron que se ha recalculado el PBI, lo cual ha pateado el tablero a muchos cálculos sobre salud, se decía que en la Argentina se gastaba el 8% del PBI en salud, seguramente es menos, porque se ha blanqueado un PBI que estaba tapado, pero menos del 8% debe ser, supongo, por lo menos 12 mil millones de dólares por año de gasto en salud, con resultados lamentables en comparación con este gasto.

Hablando rápidamente de los indicadores más elementales: esperanza de vida al nacer, longevidad, mortalidad. En los "60 Argentina estaba más o menos en el ranking 5to. o 6to. de más alta esperanza de vida del continente americano, superado por supuesto por Canadá, EE.UU., Puerto Rico, Uruguay. Ahora está más o menos en el ranking 15. No es que la mortalidad en la Argentina haya aumentado, **la mortalidad en Argentina sigue disminuyendo como en todos lados, pero en casi todos los países de América bajó más que en la Argentina.** Y el récord en el descenso de la mortalidad lo sigue teniendo Cuba. Así que Argentina está perdiendo lugares relativos con respecto a este fenómeno, que ustedes pueden llamar reduccionista, pero muy fácil de medir que es la mortalidad. Nuestra esperanza de vida al nacer está en el orden de los 70 años y algo; no llega a 71 años, donde hay países de América que la tienen en 77 años y hay países en el mundo que están llegando a 80 años de esperanza de vida al nacer. También tenemos en la Argentina **25 por mil de mortalidad infantil.**

Tenemos un fenómeno de enfermedades muchas de las cuales son fácilmente prevenibles por inmunización por ejemplo, fácilmente prevenibles o corregibles a través de campañas de nutrición por ejemplo; tenemos **más de 300 mil abortos por año**, todos ilegales, que están generando cerca de **una muerte por aborto complicado por día.** Tenemos el paquete de desnutrición e infección, desnutrición, diarrea, tenemos cólera que es una enfermedad metáfora del ajuste y de la desaprensión de las políticas sociales. Así que tenemos un perfil de morbilidad, de enfermedad, que por un lado tiene que ver de una clase rica cada vez más rica y cada vez más demandante de lujos por un lado, y por otro lado, de gente absolutamente marginada por la sociedad que tiene fenómenos absolutamente tercermundistas de morbilidad. Con respecto a salud mental tenemos un problema: Argentina está pasando de tener seguridad en el empleo a tener Inseguridad en el empleo, de altos niveles de empleo a altos niveles de desempleo estructural, de precariedad en todas las relaciones de trabajo, se está generando, asociado con esto, un fenómeno de inseguridad en salud mental. No es lo mismo trabajar sabiendo que uno, si pierde el trabajo, consigue trabajo en otro lado, que ser echado en un país donde no hay seguro de desempleo, y quizá saber que uno lleva a, sí mismo y a s familia a la miseria. Yo argumento y otra gente argumenta que esta precarización del trabajo en la Argenti-

na, independientemente de que el trabajo se paga cada vez menos, porque sigue siendo la variable fundamental del Plan Cavallo, esta precarización del trabajo, genera inseguridad en salud mental y genera todo el paquete de patologías psicosomáticas que conocemos, hipertensión, eczemas, asma, colon irritable, problemas en la sexualidad, violencia. Violencia que en un estudio reciente de “años de vida de potenciales perdidos”, es una gran cantidad de años no vividos por la población argentina. Violencia familiar, violencia doméstica, violencia asociada al alcoholismo en los hombres que no tienen trabajo y el fin de semana golpean a las mujeres que trabajan y mantienen a la familia, violencia horizontal entre pobres. Es decir la violencia como nuevo fenómeno del nuevo perfil epidemiológico del ajuste en la Argentina.

Después tenemos los problemas asociados a la nutrición, ese es mi campo específico de trabajo, y es vergonzoso que en la Argentina, cuya capacidad comparativa de producción de cereales es la mayor del mundo debido a una serie de razones de la naturaleza; que un país que produce tanto cereal, produzca o tiempo tanta desnutrición infantil, y por otro lado la mal, cuando es tan fácil medir la desnutrición. Lo que quiero plantear es que, en un momento en el cual el dominio de la naturaleza por parte del ser humano en salud ha llegado a ser máximo, en la Argentina tenemos un nivel objetivo de **salud** comparativamente malo, en deterioro relativo y que es una acción con la enorme cantidad de **recursos que se gastan en la Argentina**, que están en este momento en el orden de por lo menos **12 mil millones de dólares por año**.

En Argentina se puede gastar mucho dinero en recursos que parezca paradojas, generan enfermedad y no generan salud.

Así que resumiendo esto: el nivel de salud nacional comparativamente malo, relativamente en deterioro con respecto a otros americanos, y un gasto de recursos enorme.

Quiero plantear, con respecto al uso de recursos en salud entina, una analogía con respecto al sistema de salud norteamericano. Pasó una cosa buena en estos últimos años en los norteamericanos, que de una manera muy provinciana que tenían un sistema de salud excelente y un nivel muy bueno, se dieron cuenta en muy pocos años que el sistema de salud que es una porquería, comparativamente. Entonces, quiero plantear un análisis del sistema de salud norteamericano y que en un sentido, en el mal nos parecemos a los norteamericanos.

Estados Unidos tiene el mayor gasto relativo en salud del entre el 13 y 14% del Producto Bruto Interno, este es de 3 mil y tantos dólares por norteamericano/año, un gasto. Cuando comparamos ese gasto con el nivel de norteamericano, vemos que EE.UU. con respecto al mundo es un poco como Argentina con respecto a América en su La mortalidad Infantil de Estados Unidos está en el es decir que hay 21 países que tienen menos mortalidad que EE.UU., todos los cuales gastan menos, y algunos menos, por habitante que EE.UU.. La esperanza de vida al nacer norteamericana está también a nivel 21 ó 22; está el hecho anecdótico, pero real, que la mortalidad masculina en ciertos barrios de ciudades norteamericanas, es comparable a un país pobre del Tercer Mundo. El slogan que se usa es que en South Bronx, que queda a 10 km. de Wall Street, la mortalidad masculina es igual que en Bangladesh. Y tenemos un país donde la inseguridad, con respecto a recibir prestaciones sanitarias, es enorme: 40 millones de norteamericanos sin ninguna cobertura de seguro contra la enfermedad, una cobertura que es variable, porque tiende a disminuir los fines de mes, porque la gente se queda sin plata a fin de mes, y que tiende a disminuir en los fines de año, porque la gente también no tiene plata a fin de año para pagar las primas del seguro. Y un sistema tremendamente iatrogénico, o sea

que genera enfermedad, sobreuso de tecnología, sobreuso de intervenciones agresivas (cesárea, por ejemplo), sobreuso de medicamentos, realmente un panorama lamentable. Me detengo en EE. UU. porque Argentina tiene alguna de esas características.

Con respecto a Argentina y sobre el gasto en salud argentino, más o menos un tercio de ese gasto es en medicamentos. De los cuales está absolutamente demostrado, entre otros por un compatriota de nuestro visitante, el Dr. Joan Ramón Laporte, de la Universidad Autónoma de Barcelona, del grupo que evalúa medicamentos a nivel Organización Mundial de la Salud, que **el grueso de los medicamentos que se venden en la Argentina no sirven**. Es decir, utilizando la más elemental metodología de valoración biológica, de estudio doble ciego, de caso control, de inferencia estadística, estos medicamentos no son mejores modificadores de pronóstico clínico que el agua bendita, independientemente de que el agua bendita pueda servir en algunas circunstancias psicosomáticas. Así que este altísimo gasto en medicamentos de la Argentina no dice bien sobre la ciencia sanitaria argentina, pero sí dice bien sobre los "lobbies" que hacen presión sobre el Gobierno. Este no es inocente. Menem o el Ministro de Salud, saben esto sobre los medicamentos que no sirven tan bien como lo sé yo. Lo que pasa es que el eje de las decisiones de ellos, no se basa en la racionalidad sanitaria, o en el ahorro de un gasto Innecesario, o en evitar iatrogenia por medicamentos, sino en la capacidad de ser sensibles a los "lobbies" hegemónicos.

Tenemos un gasto tremendo en tecnología innecesaria, que hace que las densidades de tomógrafo por población, en la Argentina, sean ahora más altas que las de cualquier país europeo central; gasto excesivo e innecesario, que quita dinero a lo que sirve mucho, que es la atención primaria, la medicina preventiva. Y tenemos como agregado interesante de estos tiempos posmodernos de ajuste, un desarrollo explosivo de los pre-pagos médicos, que en este momento, según información reciente, están facturando en el orden de los 2.000 millones de dólares por año y atienden a menos del 10% de la población argentina, sin dar medicina preventiva y sin atención de enfermedades crónicas, un sistema tremendamente costoso e ineficiente. Así que estos factores que inciden en el gasto global de un país al cual no le sobra la plata, Impiden dialécticamente que se gaste la plata en lo que sirve. Y lo que yo quiero postular es que en estos momentos sabemos lo que hay que hacer para que la gente viva, para que tenga salud, somática y mental, para que tenga buena nutrición, para que maximice su potencial genético de crecimiento, para que los niños cumplan las etapas de crecimiento y desarrollo igual que las hijas del Dr. Piaget en Suiza,

Esto se sabe ya, no hay inocencia. Cuando yo empecé a ser yo empecé a ser sanitarista, hace muchos años, había un grado tremendo de Inseguridad o de ambigüedad sobre qué era lo que habla que hacer para darle salud a la población humana. En este momento ya no hay ninguna ambigüedad, lo cual es bueno, porque como dije, ya no hay más inocentes, y queda claro que **la salud es un fenómeno político**. Porque es un fenómeno de aplicación de conocimientos que ya se tiene y que no se requiere ninguna cosa tecnológica rarísima para que un argentino viva 78 años al nacer y no 70 años como en este momento. Lo que quiero señalar es que el control de la naturaleza por el ser humano, en salud ha llegado a límites que hace 30 años se hubieran pensado imposibles, que han sorprendido a los demógrafos, por ejemplo. Ciertos países capitalistas centrales tienen esperanzas de vida que se acercan a los 80 años al nacer; ni el más optimista demógrafo podía haber pronosticado esto hace 30 años. Mortalidades infantiles del 5 por mil, la mortalidad infantil que del 5 por mil, la mortalidad infantil que acompaña al hombre desde que existe como ser humano, está casi erradicada en muchos países, la mortalidad preescolar está más reducida todavía. Es decir se ha llegado a un control sobre la naturaleza increíble, lo cual abre esta brecha entre lo posible y lo que realmente se hace todos los días en la Argentina.

¿Cómo se ha llegado a este control sobre la naturaleza en el área de la enfermedad? Con medidas que a veces parecen curiosas, por ejemplo en los países centrales cuando la esperanza de vida había llegado a los 78 años se pensaba que ya no iba a poder dar grandes avances ulteriores, que la curva se horizontalizaba, porque realmente la gente en algún momento se tiene que morir de algo. Y he aquí que se observó que la atención masiva de la hipertensión, que es una cosa tecnológicamente elemental, porque supone tomar la presión y jugar con pocos medicamentos baratos, ese hecho, masivamente aumentaba la esperanza de vida casi un año más, lo cual fue una especie de regalo adicional. Yo de esto voy a sacar una conclusión política.

Es decir no necesitamos continuamente tantos "break throughs" tecnológicos modernos, sino la aplicación masiva de conocimientos que ya están inventados, y que siguen aumentando la esperanza de vida. Así que en este sentido esto aumentaría nuestro voluntarismo sobre la naturaleza y sobre los hechos que nos rodean.

Volviendo al ejemplo norteamericano. Queda claro cómo la mano invisible del mercado- en EE. UU, moviliza bien los capitales, de eso no cabe duda, y moviliza bien la fabricación de objetos de consumo, pero no moviliza bien los recursos para asegurar longevidad a la gente. Si nuestro objetivo es la vida, tenemos que maximizar el uso de los recursos para aumentarla, esta demanda potencial es infinita, - no hay límite a la demanda que puede haber para tener salud física o mental, hay gente que se psicoanaliza todos los días, hay gente que se haría trasplante de pelo 3 veces por semana ~, esta demanda potencial de insumos sanitarios no tiene límite y está alimentada por estas ofertas complejísimas que dan las industrias. Comparado con esto las medidas masivas que aseguran salud y longevidad a la población son relativamente de tecnología simple y utilizando comparativamente poco capital. Los dos ejemplos que yo cito de países del socialismo real, ojo que el socialismo o tremendamente heterogéneo en términos de salud, os ejemplos a citar en socialismo real son China, que tiene un récord mundial de aumento de esperanza de vida de países del mundo, cuya longevidad hoy es igual a la de Argentina para "vergüenza" de Argentina; y Cuba, ustedes bien como yo que tienen en Cuba el mismo nivel de que EE.UU. gastando poquísimos dinero: un veintavo por habitante por año que los norteamericanos.

Entonces, lo que yo planteo es que la salud masiva, la salud colectiva, la epidemiología a nivel de política nacional deja problema técnico y se convierte en un problema político, donde se trata de luchar contra los poderosos intereses creados, apoyados por los medios de comunicación, por las revistas de difusión masiva, que venden algo que quisiera parecerse a la salud, cuyo modelo paradigmático es el "cirujano estrella" que en términos epidemiológicos no existe, porque su perfil epidemiológico de la población es tan pequeño que es inmedible. Estas gentes del "lobby" de la tecnología, de los medicamentos, de los prepagos, venden la imagen del "cirujano estrella" y tenemos que contraponer a esa imagen la imagen longevidad masiva posible para los 33 y tantos millones de argentinos. ¿Se dan cuenta? Por un lado el cirujano por el otro lado el hecho de que los argentinos viven en este momento dos años menos que los chilenos, 6 años menos cubanos, que un chico argentino tiene casi el triple de probabilidad de morir que un chico cubano, lo cual parecería absurdo en función de la "pobreza cubana" y la "riqueza argentina".

Quiero cerrar esto haciendo una reflexión, planteando cuáles son los ejes de acción política y cuáles son los ejes de cara al futuro como lo veo yo. En la Argentina se habla que hay demasiados médicos. Ustedes conocen la cifra: 1 médico cada 400 habitantes que es una de las cifras más altas del mundo y por eso hay una muy fuerte línea de redu-

cir el número de médicos, ya sea que se gradúen menos médicos en las Universidades o que los médicos que ejerzan tengan que vencer criterios de acreditación o especialización de manera que haya una estratificación horizontal entre diferentes niveles de médicos que pueden ejercer en diferentes lugares. En completo desacuerdo con esta visión malthusiana de solución del problema sanitario argentino, lo que yo postulo es que en la Argentina todavía faltan médicos, debería haber más médicos **si se controlara el uso de capital** por parte de los médicos que hay. No sé si queda claro el comentario.

Cuando el reverendo Malthus inventó el malthusianismo dijo: hay demasiados pobres, y hay solamente dos caminos para que su número se reduzca: o la abstención sexual para que los pobres no se reproduzcan, (él era un clérigo protestante, por eso decía eso) o si no lamentablemente los pobres se tienen que morir de hambre. El malthusianismo médico llevaría a que en la Argentina haya menos médicos. Mi alternativa es que tiene que haber quizá más médicos que ahora, siempre que los médicos prescriban menos tecnología, prescriban menos medicamentos innecesarios, y hagan las actividades, básicamente mano de obra intensiva donde se pueda asociar el trabajo médico con la mejoría en la longevidad de la población: medicina preventiva, control del niño sano, toda la pediatría, toda la medicina general, toda la medicina de familia, control de la hipertensión, control de los hábitos de vida cuando se sabe que los hábitos de vida son dañinos, control de dietas. Un médico usador de mano de obra y poco usador de capital, un médico que sepa manejar el componente psicológico que está asociado a toda la patología lo cual lleva horas de tiempo, pero no lleva capital, podría dar una muchísima mejor atención a la población argentina, gastando menos capital. Así que lo que quiero plantear es la contradicción hacia una futura racionalidad del sistema sanitario argentino, que es tan irracional hoy, yo diría que es irracional pero lógicamente capitalista que es otra cosa, o sea que es irracional para los fines de asegurar longevidad a la población pero es racionalmente capitalista si uno quiere ganar plata. El sistema está diseñado para que los capitalistas en la Argentina ganen plata.

El futuro sistema tiene que contemplar las necesidades de los médicos, entre ellos la de ganarse la vida decorosamente, con aquellas actividades que son fundamentalmente mano de obra intensiva asociada con la semiología, con el criterio clínico, con el diagnóstico, con la sutileza, con lo psicosomático, con dar contención, con "poner oreja" y que no demanden capital. Y entonces podemos plantear no solamente un nuevo currículum en las Facultades de Medicina sino aumentar la densidad de médicos, por ejemplo los médicos de familia, que visiten y sean adecuadamente retribuidos por esas visitas domiciliarias, para las cuales sobra la plata en un país que gasta 12 mil millones de dólares por año en salud, siempre que no se gaste plata en cosas tan absurdas como el medicamento innecesario, o la tecnología duplicada, o el pre-pago que se lleva en gastos administrativos el 30% de lo recaudado. Para quienes defienden el mercado yo cito las estadísticas norteamericanas que son lamentables epidemiológicamente, y por ejemplo las estadísticas de las ISAPRES, que es el seguro privado chileno donde se atiende el 25% más rico de los asalariados chilenos, las ISAPRES tienen el 50% de cesáreas porque **un sistema basado en el lucro no genera buena medicina, genera lucro**, que es otra cosa. Así que lo que yo quiero replantear para cualquier trabajo del futuro es un nuevo bloque histórico, como se decía y espero que se siga diciendo, que incluya las legítimas necesidades médicas con la atención de lo que objetivamente sabemos que aumenta la longevidad, baja la mortalidad y mejora la calidad de vida de la población. Esto tenemos que trabajarlo como una especie de planteo alternativo al "planteo Favalaro" que es tan fuerte en los medios de comunicación de masas.



Quiero redondear esto, yo estuve 10 años en el extranjero, en Suiza y en México del “75 al “85. Cuando volví a la Argentina hablaba siempre de Cuba como ejemplo de un país que hace las cosas bien mientras que Argentina hacía y hace las cosas mal. Ahora veo que lamentablemente me puedo dar el lujo de hablar de otros países además de Cuba, cuando yo quiero incomodar a un funcionario del gobierno argentino hablo de Cuba que sigue haciendo las cosas tan bien como siempre, pero también hablo de Chile y de Uruguay, cuyos sistemas privados son tan ineficientes como el Argentino pero cuya atención pública de medicina preventiva es mucho mejor, y hemos llegado al momento vergonzoso para Argentina de que tanto Chile como Uruguay tienen más alta esperanza de vida y más baja mortalidad infantil que Argentina. Para alguien que sea porteño: Buenos Aires tiene más alta mortalidad Infantil que Santiago de Chile o Montevideo. Entonces, planteemos para adelante un modelo diferente al modelo del sistema, que es un modelo consumista, cholulo, iatrogénico, ineficiente, anti-vida y metamos ese modelo en todos los lugares posibles de los cuales estos trabajos cooperativos son tan importantes, la alternativa. Como la salud es política, hacer pronósticos políticos es siempre difícil, “la vida te da sorpresas”. En Estados Unidos es bueno haber notado que un país que era tan arrogantemente provinciano en muy pocos años se dio cuenta de que su salud era una porquería, y esto ayudó a la derrota de Bush por Clinton, al nuevo programa de Clinton y a Ross Perot que anda por ahí dando vuelta esperando meterse. Es decir en EE.UU. el tema de la salud - que era tan poco objeto de discusión política, como es hoy la salud en la Argentina-, hace pocos años se daba por descontado que el país tenía una buena salud, pasó de golpe al centro de la escena política, ojalá pase lo mismo en la Argentina y tenemos que hacer un esfuerzo para conseguir esto y tenemos que trabajar políticamente para conseguir un modelo de salud diferente a este modelo tan inhumano y tan anti-vida del sistema.

La salud depende de cosas que se hacen en el sector salud y de cosas que se hacen afuera. Argentina tiene casi 10% de desempleo hoy, que es la cifra más alta desde que hay registros. Si Argentina tuviera mucho menos desempleo el pueblo argentino tendría mucha más salud, si el alimento no fuera una mercancía en la Argentina. el pueblo automáticamente tendría mejor salud. Pero la salud depende también de cosas que se hacen en el Interior del sector salud, eso depende de en qué espacio de poder se mueve uno. Si uno quiere rivalizar con Cavallo, trabaja los problemas macroeconómicos, que generarían en la Argentina mejor salud a través de mejor distribución del ingreso. Cuando dije que el trabajo es la variable fundamental de ajuste del Cavallo la segunda variable de ajuste es el sistema impositivo, que es cada vez más regresivo. Es decir que si Argentina tuviera empleo, tuviera un sistema impositivo progresivo y no regresivo, si tuviera oferta de bienes sociales de otro tipo como por ejemplo una escuela medianamente como la gente, Argentina tendría mejor salud, pero eso es si usted se pelea con Cavallo. Si usted aja dentro del sector salud, acota el espacio de moverse, su interlocutor o su enemigo es el Ministro de Salud al cual tiene que proponerle medicina preventiva, atención primaria, inmunizaciones, cuidado de la embarazada - un tercio de las embarazadas argentinas llegan al parto sin ningún control prenatal lo cual es monstruoso, pero no monstruoso ideológicamente, es monstruoso a la luz de las ciencias positivas. Entonces si usted acota al espacio de salud, tiene que pelearse utilizando estos argumentos, todo ayuda porque salud depende de lo que se hace en el sector salud y de lo que pase en el conjunto de la sociedad. Si las medias lunas fueran gratis en la Argentina, la nutrición argentina mejoraría notablemente. Un ejemplo extremo e acción extrasectorial que aseguraría mejores calorías a la población argentina desnutrida. Dentro del sector uno puede hacer muchísimas cosas diferentes.

Toda la salud es política. Argentina gasta en medicamentos 3.000 millones de dólares por año, podría gastar 300 pero la correlación real de poder político en la Argentina lleva a este gasto de 3.000 y no de 300. El sistema de salud cuba no, - yo no e que pasa con el sistema cooperativo cubano- como el inglés, recauda sus fondos de las rentas generales del Estado, en un sistema impositivo que es progresivo. Y el sistema cubano como el inglés es gratuito en el nivel donde se atiende la gente, se regula desde la oferta. Son dos sistemas- muy eficientes, Cuba gasta 80 dólares por habitante año, Gran-,Bretaña, gasta 500 dólares por habitante año, mientras que Europa continental –gasta el doble cerca de 1.000 ó 1. 100 dólares por habitante año así que yo puedo argumentar el sistema inglés es eficientísimo en el gasto de recursos comparado con los sistemas de Europa continental o del sueco que también es bueno pero caro, EE.UU. es caro pero malo, Suecia caro pero bueno, Gran Bretaña barato comparativamente y bueno. El otro día estuve en una mesa redonda y una persona que era de FIEL dijo: el sistema de salud inglés es malo porque la gente que requiere cirugía en Inglaterra - que es gratuita- se mete en una lista de espera y tardan meses en atenderla. Entonces mi respuesta a eso es la siguiente: en la Argentina si los desnutridos argentinos se anotarían en una lista de espera en busca de calorías, habría una enorme lista de espera, en la Argentina hay 10.000 muertes por desnutrición por año más o menos, lo que pasa es que no existe esa lista de espera.

## Algunos datos sobre la gestación de la experiencia de los usuarios en Barcelona

**Dr. Espriú:** El origen de este hospital tan bonito y que gracias a Dios funciona muy bien es que nuestra empresa aseguradora fue creciendo, era el éxito de la **libre elección de medico retribuido por acto profesional**. Aquí está el secreto cuestión digamos, y cada vez fuimos más y más y el crecimiento fue en progresión geométrica. El número de camas de Barcelona, yo lo digo con mucho respeto, aunque es mucho son más las camas privadas que las de la seguridad del Estado, son más todavía tanto es así que el Estado tiene en alquiler alguna de estas clínicas. Este crecimiento en proporción geométrico del número de os asegurados me hacía ver que cada vez era más imprescindible que tuviésemos nuestras camas. Los pobres médicos de guardia cuando ya no sabían qué hacer con un enfermo que dentro de una ambulancia, que iban de un lado para otro y no había camas, que sabían tenía un infarto, que no había unidad coronarla, que no había cuidados intensivos, que no había nada, y entonces me llamaban: mire Dr. Espriú tengo aquí un infartado y no sé como hacer. Bueno vaya al Sagrado Corazón, no. no hay o ya he ido y no hay camas, pues vaya al otro sanatorio, no, no, ya he ido y no hay camas. Entonces le decía si no lo arregla usted vuélvame a llamar dentro de un cuarto de hora, que supongo, lo habré arreglado. Pero así no se podía vivir, entonces estaba muy claro que podía hacer sólo dos cosas: o poner un letrero, “no se admiten más asegurados”, o cada asegurado que se hacía –que hacíamos más de 1.000 cada mes, entre 1.000 y 2.000 según las épocas del año -, era un incremento a mi responsabilidad sabiendo que no había camas suficientes para admitir más Posibles clientes. Y entonces dije pues de aquí no salgo, y vamos a hacer camas de nuestra propiedad, de aquí nació S.C.I.A.S. Es decir, así como nosotros, nacéis de una filosofía, que esto es lo bueno y lo bonito de un compartir problemas, lo nuestro era hacer camas. Porque claro venía un asegurado y te decía en la póliza usted pone que tengo derecho a una cama, digo sí pero lo que no se puede poner en la póliza es que tiene usted derecho a una cama si la hay. Ahora son camas que yo alquilo y si no las hay, ¿qué tengo que hacer? Hágase de la cooperativa y ya verá como lo arreglamos enseguida esto. Y así empezó, haciendo camas.

Un amigo mío me dijo un día: “Espriú tengo una cosa, pero me parece que me dirás que no, porque es de muchos bigotes, pero hay un edificio en la diagonal que está en venta”. Ese edificio iba a ser el hotel Hilton de Barcelona, hecho por una sociedad. La propietaria era Cataluña Hoteles. Hilton, por lo que me enteré entonces, es una empresa que en todo el mundo tiene muchos hoteles “Hilton” pero de propiedad sólo hay 2 6 3 no más. En los demás da su nombre y pone unas condiciones casi draconianas. El propietario se hartó de pagar, yo les puedo decir que compré el edificio con todas las instalaciones de aire acondicionado, agua sanitaria, etc., etc., y entre otras cosas los pomos de abrir las puertas. Y si no recuerdo mal sólo los pomos de las puertas vallan 24 millones de pesetas. Y pagamos sí, pagamos, compramos a unos plazos determinados al Banco Industrial de Cataluña y entre tanto iba naciendo la Cooperativa S.C.I.A.S., esta que han visto que es su propietaria, qué pagábamos entonces ya no lo recuerdo, porque lo bueno es no pedir mucho dinero al principio, pero una vez que tienes la clientela hecha. Es decir visto el costo de la vida y de todo esto 50 pesetas más, es decir estoy metido en este lío por 50 pesetas no pasará nada y así vamos actualizando el valor adquisitivo de la peseta. Y ahora actualmente por ejemplo esto supone unos 80 millones de pesetas cada mes. Que mire como somos nosotros y no lo digo para que no lo hagan ustedes, que ahora que ya está construido y funciona siguen pagándolos, yo tengo miedo que un día

me digan ¿pero usted no pedía este dinero para hacer el Hospital?, ¿pero si ya hace no sé cuantos anos que funciona?. No dicen nada, cogen el vicio de pagar, que es uno de tantos vicios que tenemos, sí pagan y van pagando generalmente a través del Banco, sería distinto si fuera a través de cobrador pero si es a través del Banco, el Banco le manda un papel que dice abonamos, cargaremos, supliremos y le mandaremos recuerdos, no entiendes el papel y dices por tantas pesetas no vale la pena y van pagando.

Y esta es la historia, y entonces empezaron los arquitectos, y dos por dos cuatro, y empezas a aprender cosas que casi son de astronomía hasta que un buen día vino Jordi Puyol, Presidente de la regionalidad, y lo declaró inaugurado.

Recaudamos, un poco menos de 1 millón de dólares mensuales. Cuando empezamos a funcionar las cooperativas y ténganlo metido en la cabeza, aunque hagan lo que quieran como es natural. La fuente de financiación gracias a la cual se hizo esto en forma cooperativa es porque entre otras, una cooperativa se puede nutrir de una cantidad que dije pequeñita para que no se asusten: a fondo perdido, que se llama cuota de entrada, de una aportación obligatoria al capital social, como cualquier cooperativa sino no existe (nosotros seguimos en 5 mil pesetas, la han intentado subir porque 5 mil pesetas de hace 20 años ahora en España con la inflación ahora sería, ni quiero saberlo, pero entonces no se apunta una familia de un matrimonio con dos hijos), pero después el secreto de la cuestión, por un error del Abogado Técnico en Cooperativas que me asesoró me dice pero después hay una cuota periódica, en realidad por las Leyes Españolas la cuota periódica es para pagar los gastos de funcionamiento de la cooperativa. Pero haciendo la vista gorda, estas pesetas sirven todavía para que funcione la cooperativa que son 7 empleados u 8 no más y para aumentar el capital social. Si usted multiplica 500 pesetas que es lo que pago yo ahora, por 200 mil socios, si fuesen así serían 100 millones de pesetas que son 160 o cada mes. Como que no son 200 mil socios sino que son 160 o 170, tú lo sabes mejor que yo 167 mil, en lugar de multiplicar por mil multiplicas por la mitad de mil que es 500 y saldrán unos 80 millones y pico y esto lo van pagando. Ya de esto hace algunos años hice una palabra célebre casi de las que merecen un aplauso, no es que lo pida, cuando dije “el arte de enfermar es personal e intransferible”. por lo tanto a pagar todos igual, y suprimir las pólizas familiares porque era un timo, por un sistema que habíamos heredado de uno de los timos que éramos víctimas todos en que si eras soltero pagabas, me inventaré las cifras, 1.000. si estabas casado pagabas 1.900 y así es bueno tu mujer vale 100 pesetas menos, ella te decía no el que vale 100 pesetas eres tú. Entonces salía tres personas si tenías un hijo, salía un poco más baratillo, hasta llegar a 4, 5 personas si no recuerdo mal a partir de allí sí el legislador se permitía el lujo y más de 5 tantas pesetas por barba. Esto es una barbaridad, fíjese usted yo no tengo hijos, pero si yo me lo hubiese creído que tener muchos hijos iba a tener menos morbilidad y pagar menos dinero, no sé dónde los hubiese ido a buscar pero les aseguro que hijos hubiese tenido muchos, puestos en la póliza familiar, ¿me explico?.

# Conclusiones de las comisiones

## Comisión N° 1

*Coordinadora: Lic. Graciela Goremborg\**

*Interacción entre la cooperativa de usuarios de los servicios de salud y la de los prestadores de los mismos*

El trabajo de la Comisión, el informe que trajimos, tomaba tres puntos:

- 1) el **marco social** en que iniciamos el debate sobre cooperativismo sanitario, cooperativa de usuarios como alternativa en el campo de salud;
- 2) **perfil del usuario** desde una formulación teórica desde el campo de la salud y como agente de salud;
- 3) intercambio de ideas para pensar diseños posibles de utilizaciones de usuarios.

## A modo de introducción

Si bien el trabajo sugerido para esta Comisión era de la **interacción** en una cooperativa sanitaria de las **cooperativas de profesionales y las de usuarios**, en el transcurso de la tarea el debate y la formulación de Ideas se fue enhebrando el polo constituido por los usuarios. Aún es difícil explicar por qué esto fue así, quizá porque ya tenemos un camino y una praxis recorrida en el campo profesional, donde COMI es un ejemplo, pero aún el campo de los usuarios resulta inexplorado en nuestro medio. Tal vez haya tenido que ver con la composición mixta de la Comisión, formada por profesionales de COMI e integrantes de COMACO, importante núcleo cooperativa prestador de servicios de Martín Coronado y potenciales usuarios en el modelo. Quisiera señalar por último que este carácter mixto de la Comisión permitió y generó debates e intercambios de experiencias muy ricos.

## Síntesis de la comisión

Las prácticas en salud han sido atravesadas históricamente por las distintas políticas y realidades de la sociedad argentina. Los modelos fueron diversos y contradictorios, pero el resultado de este proceso es similar, crisis, caos, marginalidad para el sector más carenciado y gastos sin racionalidad ni efectividad. Las prácticas oscilan en dos polos: pública y privada. Actualmente al Estado le resulta prácticamente imposible dar una respuesta social frente a la crisis financiera, así es que se repliega dañando el sistema que asistía a los sectores sociales profundamente afectados por la crisis económica. Todavía se hace difícil medir los efectos que esto traerá a mediano plazo en todos los sectores. Al mismo tiempo el sector privado crece conforme a las leyes de mercado tomando a la salud, mejor dicho a la enfermedad como un valor mercancía.

Un gran equívoco es pensar lo público o lo estatal y lo privado como opuestos. Hablamos de lo privado y nos referimos al acceso y al financiamiento pues ningún problema de salud es privado, sino tema para pensar en colectivo. El modelo actual habla de crisis y política social de solidaridad, ausencia de intereses sociales.

---

(\*) *Psicóloga. Vicepresidente Primera del Consejo de Administración de COMI*

**Conceptualización de salud y enfermedad:** Concebimos la salud como un fin en sí mismo, que implica favorecer la potenciación del hombre, permitiéndose actuar en libertad, vivir con esperanza y con plena realización de su dignidad personal. Implica en general el contexto que eleve la calidad de vida, no entendemos la salud como el momento que se alcanza por la cura de la enfermedad.

La salud siendo una noción individual y personalizado es necesario pensarla en colectivo como práctica social. No es un tema exclusivamente para profesionales expertos, sino que el cooperativismo sanitario lo concibe como una empresa común que compromete tanto a profesionales como usuarios ligados para cumplir solidariamente sus objetivos en un **modelo participativo**.

### **1) Cooperativismo sanitario. Un modelo alternativo**

Las posibilidades de la superación de la crisis, radican fundamentalmente en la innovación social. El cooperativismo es una filosofía en la que la persona adquiere singular relieve ya que sobre ella se funda toda teoría. Se presenta como alternativa, pues- es una asociación de tipo comunitario que tiende a elevar el nivel de vida de sus asociados, mediante el esfuerzo y la acción en una obra colectiva de gestión directa que evita al intermediario.

El cooperativismo sanitario propone la autogestión y la cogestión sanitaria cuyo objetivo ha de ser común para la satisfacción de las necesidades de los protagonistas de salud, profesionales y usuarios.

### **2) Perfil de usuario. Una formulación teórica, campo de salud y agente de salud**

Pensamos al cooperativismo sanitario como una alternativa importante en el campo de salud, quizás acerque un modelo en la organización social actual más saludable, tal vez no el único.

El Cooperativismo sanitario presupone una fuerte articulación social entre dos grupos humanos mancomunados en intereses en cuanto a la preservación y profundización del logro de la salud. Dos grupos hoy fracturados y padecientes por la política social vigente. Los profesionales prestadores de salud se ven fuertemente afectados por la pauperización de sus ingresos, y van siendo forzados cada vez más a formas perversas del ejercicio profesional. Sobrecargan horas de trabajo, cantidad de pacientes, lo cual puede ir vinculado al detrimento en la calidad de la atención. Esta suele producirse en forma deshumanizada, debe soportar además el dolor por la caída en social del lugar del profesional. La población es afectada por el deterioro de los servicios de salud.

Aunque hay gran cantidad de ofertas, sobre todo en cuanto a pre-pagas, podrá en el mejor de los casos, abrazar de cuanto más paga mejor será la calidad de servicios que recibirá. Y esto es, al menos a largo plazo, erróneo primer lugar transforma a la salud, mejor dicho a en un fin de lucro, en una mercancía mediatizada. Genera paradojas falsas: buena atención = mayor tecnología atención, mayor cantidad de consultas más salud, a más medicación más curación, cuantos más especialistas dad de prevenir y curar. La mediación en salud para el usuario el seguro de salud y las prestaciones sean sumamente costosas y para los profesionales que reciban ingresos menores. El cooperativismo sanitario posibilitaría la liquidación de esta contradicción partiendo de la base de precios y honorarios justos.

Padecemos entonces, profesionales y usuarios, de una profunda alienación en cuánto a qué es salud cotidianamente factores patógenos de vida.

Ciertamente, el cooperativismo sanitario acerca un modelo más humano, su sola conceptualización marca este continuo social sometido ferozmente a las leyes del mercado. La cooperativa de usuarios coloca al acreedor de salud en un lugar activo, al transformarse en generador salud plantea un quiebre: **no deposita su salud** y la de su familia en manos de “X” sociedad anónima **sino que se incluye** en una organización que se ocupa de la salud que discute sus necesidades en esa área, sus deseos y se organiza para conseguirlos. Esto ya y de por sí, es mancomunar voluntades para estudiar qué necesitamos y hacemos en esta área se constituye en un valioso aporte de ese colectivo, pues reubica a la persona como actor de su proceso vital, redimensiona el aporte del profesional y ayuda a reubicar la relación médico paciente. De algún modo transforma todo: usuarios y prestadores en agentes de salud.

Este modelo implica un desafío para romper la inercia social.

### 3) Algunas ideas para pensar en posibles diseños de organización de usuarios

Fue una preocupación de la Comisión el cómo, las formas concretas de ir diseñando este modelo. Se podrían ir pensando diversas alternativas:

- a) Asociación de organizaciones de usuarios para ir resolviendo ciertas necesidades concretas de esa organización.
- b) Asociación de organizaciones de usuarios para ir resolviendo un plan escalonado de atención en diversas etapas.
- e) Asociación para que organizaciones de usuarios tomen prestaciones que no se reciben en los distintos sistemas de salud, que se puedan ir resolviendo por contratación de módulos.
- d) Como en la experiencia de Barcelona, formación de la organización de usuarios con meta a largo plazo, el hospital propio.

Quizás el punto de partida pueda ser la constitución de **microemprendimientos mixtos de usuarios y profesionales**, donde se haga un relevamiento de necesidades y se constituya la cooperativa de salud desde objetivos a mediano plazo, pero y al mismo tiempo se satisfagan necesidades en salud más urgentes.

Desde estos microemprendimientos se realizarían estudios de necesidades, aspectos a cubrir a corto plazo, costos, diseño de la estructura asistencias, y objetivos a largo plazo. Desde esta primera estructura matriz **podrían surgir luego las dos cooperativas de usuarios y profesionales**.

### Algunos otros temas

- ¿Cómo captar usuarios? Fue surgiendo en el Comisión una diferenciación entre lo que sucede Federal y las zonas del suburbano y como esto también marca necesidades diferentes.

- Otro tema, resistencias a este planteo de un colectivo, “porque yo ya tengo cobertura”. La posibilidad de que plantee un no a otro gasto. Como que voy a vender algo, como promover el cooperativismo, cómo promover la idea de la solidaridad, la idea de la salud como problema colectivo. Hubo una idea muy interesante, que se terminó planteando dibujo de promoción del cooperativismo de usuarios, que era algo así como un

planteo de que la promoción se bueno, aportamos, tenemos intención de trabajar para la educación alimentaria, para lograr mayor longevidad, contra el estrés, haciendo actividades comunitarias, invitando a p poniendo el acento en la tecnología, es decir no acento en resonancia magnética, sino como pro aspectos ligados a la salud.

- Otro tema tenía que ver con el cumplimiento de la palabra dada, con el honor de la palabra.

- Tener acceso a crear mecanismos para tomar de cómo mejorar la calidad de vida, la única por otro lado. Esfuerzo colectivo por transformar la realidad.

- Un tema que surgió como debatiéndose sin cerrado en la Comisión, fue una pregunta en torno a si “usuarios”, para la “cooperativa de usuarios” era la m Había gente que no le gustaba esta idea de “u bueno, quedó como pregunta.

- No ir a pedir algo, sino a ofrecer algo, trata la necesidad. Como la Comisión estuvo integrada por gente de Martín Coronado, Necochea, Córdoba, una imagen que quedó de alguna manera como metáfora para pensar cómo sería esto llevado al tema de salud, se decía en base a la experiencia de Martín Coronado que la mejor promoción pasaba por el caño que pasaba por la puerta de la casa, en relación a la cooperativa de provisión de agua. Es decir esta idea de casa por casa era muy planteada por la gente que está en la provincia, entonces lo que se decía lo que se pensaba era cómo encontrar una promoción similar que contemple esto metafóricamente, de lo que se va resolviendo y se va aportando casa por casa.

- En cuanto a Capital se pensó al Movimiento Cooperativo como apoyatura al modelo. Y uno de los caballitos de batalla de la Comisión fue el tema de la prevención como educación para la salud, modo cooperativo de abordaje de salud.

- Otra cuestión fue que de golpe nos dimos cuenta que en la Comisión nuestra había representantes, aunque estuvieran como representantes o no pero digamos había por lo menos 5 organizaciones representadas en la Comisión por gente de distintos lugares y que por ahí en el proyecto de cooperativa de usuarios se podía empezar a pensar en interrelacionar organizaciones.

- Trabajar sobre el sentido solidario y no sobre el temor.

- Se volvió a insistir en el tema de prevención. Insisto, esto fue planteado como que la cooperativa de usuarios tenía que tener la cuestión de **prevención** entendida como **educación para la salud** y no sólo como detección precoz si bien a esto también se le dio importancia. Que las organizaciones de usuarios prioricen este aspecto y no la atención de la enfermedad, la prevención y la detección precoz. Algunos de los ejemplos que se dieron fueron que se está haciendo el trabajo en muchos lugares sobre el niño sano, la alimentación materna y la incidencia que tiene en la baja de la mortalidad infantil, alguna de las cosas que planteaba el Dr. Escudero ayer. Y también en la prevención secundaria.

- El último tema fue la necesidad del usuario de conocer sus derechos, y tomar la responsabilidad de ejercerlo. En este sentido la posibilidad de que los usuarios estén organizados, formen parte de una red, puede ayudar desde lo educativo para sostener y fortalecer este derecho.



**Dr. Kurtzbart:** Quiero rescatar una idea. Cuando estuvimos en Barcelona y en las conversaciones que tuvimos sobre todo con el Dr. Mussons analizamos las condiciones argentinas no únicamente en Capital y en Buenos Aires, sino en las posibilidades de la extensión de esto a distintos lugares. No siempre el Ideal que se había planteado era, constituida la cooperativa de usuarios con una cooperativa de prestadores, generar el mecanismo de una cooperativa de segundo grado. En las condiciones de determinados lugares donde se inician experiencias, y no descontábamos tampoco la posibilidad de que fuera en la Capital Federal la posibilidad de integrar a los usuarios a las cooperativas de prestadores a través de las modificaciones de los Estatutos para que puedan gozar de determinados derechos en la gestión. Es decir son hipótesis insisto que, yo no pido que en estos momentos se agreguen, porque si la Comisión no lo ha discutido sería inoportuno, pero quiero que se tenga en cuenta la posibilidad o la factibilidad de este camino también.

Yo le haría una pregunta al Dr. Espriú, sobre el aspecto del asumir los temas de prevención, cómo ha sido la experiencia de Barcelona en tomar los temas de prevención por parte de la cooperativa de usuarios.

**Dr. Espriú:** Yo diría que hasta cierto punto todavía para nuestro sistema cooperativo es y quisiera expresarme bien, es hasta cierto punto preventivo. Porque nosotros hemos partido de la base, y aquí afortunadamente hay médicos que me pueden criticar muy bien, que la mejor medicina preventiva y esto lo ha dicho algún “mandamás” de la sanidad española, empieza con una buena asistencia. Es decir pensar en medicina preventiva sin haber resuelto antes una buena asistencia es una equivocación. En lo demás hacemos todo lo que podemos y más de lo que podemos, porque si ustedes leyesen nuestra póliza, nuestro contrato, verían que esta no cuenta por razones de tipo económico y de control de la administración del Estado la medicina preventiva, pero nos gastamos fortunas cada mes en medicina preventiva. Porque ¿dónde están los límites entre la medicina preventiva y la curativa?, son muy difíciles. La gente ve por la televisión, y perdón aquí predominan las mujeres y por lo tanto tomen por un machista, pero la revisión de las mujeres la todos los ginecólogos de Barcelona a petición de nuestras aseguradas. No porque vayan allí y cuando pregunta el médico y a usted que le pasa le digan algo patológico, no ya de una manera normal le dicen vengo a que me revise porque sé que hay mucho miedo o mucha peligrosidad, o he leído o he visto en la televisión que a partir de tantos años hay que revisarse cada y en esto pasa lo mismo con los críos porque son temas de unos límites muy imprecisos. Creo que lo que no debería hacerse es que toda la ambición en torno a la sanidad, que tenemos todos, sanidad con mayúscula, es empezar por el tejado. No se si me explico. Yo les diría y no soy quien, pero me parece que con las horas o días tan agradables que llevo con ustedes ya tengo suficiente autoridad moral para decir: hagan los esfuerzos para una buena medicina curativa, olvídense el SIDA, de los drogadictos, de todo esto que dispersa económicamente y todos los adverbios y acabas no haciendo una medicina curativa. Está muy bien filosóficamente y yo lo firmaría ahora mismo si quiere saliendo se lo firmo yo y seguramente le añadiría alguna cosa más que usted se habría olvidado. Pero cuidado quien mucho abarca poco aprieta. Y están ustedes naciendo y a un crío que ustedes vean nacer no le pregunten antes de darles el primer beso: ¿cómo jugarás al jockey sobre hielo?.

Lo que es esencial a mi modo de ver es la medicina asistencial, podría servir todo lo demás que ha dicho usted para hacer una cooperativa que aparte de cumplir la medicina preventiva lo que ustedes quieran sirviera de cooperativa bisagra, no se atasquen con dos cooperativas que es posible que se peleen, tengan en cuenta que estatutariamente cada X años se renueva, y hoy usted es un hombre muy simpático, muy empollado, muy comprensivo, pero tras usted voy yo y yo soy un animal y es se acabó el diálogo. La ter-

cer cooperativa que la Ley Catalana obliga háganla ustedes, quizá sugiero, como medio gracias a **la medicina preventiva**, que además **hay que cobrarla** y hay que cobrarla aparte, y todas sus preocupaciones encárguensela a la tercera cooperativa que es la que votará a favor o en contra en sus discusiones difíciles.

## **Comisión N° 2**

**Coordinadora: Sra. Irma Martínez \***

### *Modelo prestador para un complejo asistencial cooperativo*

Tal cual quien me ha precedido en la Comisión No. 1, también en nuestra Comisión ha habido participación de profesionales prestadores y de usuarios. Debo decir que ha significado muy poco el tiempo para debatir un tema tan importante y tan complejo, lamentablemente hay que cumplir horarios y ajustarse a lo que está pactado.

Debo decir también que yo soy representante de una cooperativa de usuarios, y como este trabajo ha sido realizado por técnicos y prestadores, han creído conveniente darle la posibilidad a la otra parte que no ha intervenido y por lo cual yo estoy aquí para leer este proyecto y las conclusiones, por eso es que agradezco este acto de Integración y buena voluntad de la gente que trabajó.

Me gustaría ponerlos al tanto leyéndoles el proyecto de despacho elaborado para después interpretar las cosas que nosotros hemos resaltado.

### **Modelo prestador para un complejo asistencial cooperativo**

Ante todo debíamos fijar el tipo de medicina que debíamos presentar. Debía de ser más **personalizado** y **humanizada**. Tenue tener el más **bajo costo** posible y debería estar inserta y responder a los intereses del medio social en que se desarrollase.

Una vez definido el encuadre aparecía la pregunta: ¿cómo ser el modelo prestador? Aparecen entonces las distintas es:

- 1) Sistema por prestación.
- 2) Sistema de cartera fija o cápita.
- 3) Sistema mixto.

Pasamos entonces a analizar las ventajas y desventajas de no de ellos y veíamos así que:

- en el **sistema por prestación** el riesgo más detectado es sobre- prestación, generada por el profesional como una forma de obtener mayores ingresos personales lo cual trae consecuencias económicas negativas para la cooperativa ya que aumentaría los costos.

La conclusión a la que arribaron los participantes de esta Comisión, fue que en este aspecto es controlable por medio de una correcta auditoría.

- En cuanto al sistema de cartera fija que generalmente baja los costos y permite así competir en el mercado con mejores precios, si bien trae los beneficios económicos pre-

---

(\*) Representante de la Cooperativa Usina Popular "Sebastián de María", de Necochea, Pcia. de Bs. As.

vistos trae aparejado muchas veces la subprestación y por este mecanismo la baja de la calidad asistencias y la posibilidad del descontento del usuario ante esta situación.

- Respecto a la posibilidad de **sistemas mixtos** se interpretó que eran viables y que debían discutirse en cada caso en particular.

La decisión final fue proponer el modelo por prestación pero con la salvedad de que ante la necesidad de bajar costos en algún rubro poco competitivo, el tema se discutiría con el sector de especialistas involucrados ya que la realidad se expresaba de diversas maneras en los distintos sectores de la medicina.

Como vemos las definiciones no fueron tajantes en algunos aspectos, pese a ello lo que sí establecimos con total acuerdo fue la idea de que utilizando cualquiera de los modelos prestacionales, había dos aspectos que no podían faltar:

1) La necesidad de tender al desarrollo de la estructura del **médico de cabecera**.

2) Propender a la prevención tomando a la prevención no como un fin sino como **un medio** para mejorar la calidad de vida y la salud de los usuarios.

Pensamos que estos dos componentes básicos del modelo sanitario cooperativo deben ser un distintivo de este y constituyen un valor tanto en la clásica relación médico-paciente como en el beneficio económico que traen aparejado.

Dicho beneficio sería consecuencia del mejor conocimiento del profesional de los grupos familiares que atiende, y de la disminución del uso innecesario de la tecnología. Un beneficio secundario importante sería el que trae aparejado la educación tendiente a mejorar la calidad de vida a través de la prevención.

### **Auditoria de las acciones de salud, tendiente a priorizar la calidad y eficiencia de un complejo asistencias cooperativa**

En este punto comenzamos la discusión priorizando cuáles debían ser los elementos esenciales de la atención del médico que contribuyeran a la excelencia de la calidad. En primer lugar debería contar con los conocimientos científicos y la tecnología adecuada. En segundo término debería garantizar la aplicación de estos conocimientos científicos y de dicha tecnología. Estos dos elementos vinculados a los objetivos enunciados en el modelo prestador traerían aparejados la eficacia y la eficiencia logrando un incremento de la calidad. Pero con esto sólo no basta, por ello debería existir la auditoría que velara por el cumplimiento de estos requisitos permitiendo la posibilidad de corregir errores y de elaborar a través de sus conclusiones mejores programas de atención. La evaluación desde la auditoría tomaría los distintos aspectos que forman la atención médica:

1) **Estructura**, recursos materiales, instalaciones y equipamientos, recursos humanos, número, variedad y calificación del personal profesional interviniente, características de la organización, características de los equipos profesionales, importancia de la formación de equipos interdisciplinarios, tipo de supervisión de los equipos etc.

2) **Proceso**, valoración del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y o educación del equipo profesional hacia el paciente y familia.

3) **Resultado.** Cambios producidos que podrían ser atribuidos a la atención médica, ejemplo, exámen bucodental periódico, valoración a largo plazo.

Se considera así a la auditoría un factor esencial para el desarrollo y mantenimiento de la calidad asistencias. Pensamos también que es necesario que la cooperativa de usuarios cuente con una auditoría propia que controlara no sólo si el servicio contratado ha sido correctamente realizado, sino que también pudiera realizar propuestas de acuerdo a su visión y las necesidades del sector que representan. Ambas auditorías podrían realizar un trabajo conjunto para armonizar intereses, sin dejar de perder su independencia de criterio y de elaboración de planes propios.

Podemos decir que este tema debe ser tratado con más profundidad, lo que no pudimos hacer por falta de tiempo y que nos dejó por ello múltiples interrogantes abiertos: ¿qué es la calidad en cada rubro?, ¿cómo se mide dicha calidad?, ¿cuáles son los parámetros? ¿cuáles son los objetivos del control? Ver si se realiza correctamente la prestación, o comprobar la existencia de sub o sobre prestación. La conclusión más importante es que la auditoría debe garantizar la calidad involucrando eficiencia y eficacia, y que esto debe ser un rasgo distintivo del modelo prestacional.

### **Jerarquización del personal profesional, estímulos a la capacitación, estímulos al uso científico y racional de los recursos de la cooperativa**

Consideramos a la jerarquización como un pre-requisito necesario de la calidad asistencias que propugnamos con este modelo. Esta jerarquización debe ser una herramienta de la eficacia, un valor impregnado de contenido técnico, pero además, de contenido moral que otorgue un sentido ético. La jerarquización debe dar capacidad científica pero debe tener un sentido social que logre que su aplicación práctica esté caracterizada por la solidaridad cooperativa donde la finalidad sea el desarrollo de la salud.

El sistema cooperativo estimulará el perfeccionamiento profesional y lo hará a través de distintos caminos: incentivo **moral**, incentivo **honorífico** y también incentivo **económico**. Este último podría vehicularizarse a través de **becas** por lucro cesante, quizá también en un futuro por **pago diferencial**, escalonamiento honorario. Se requiere la creación de reglamentos para la aplicación de estos estímulos económicos. En el transcurso de del desarrollo de las discusiones de esta Comisión, surge el proyecto del Gobierno acerca de la inclusión de los sistemas pre-pagos de salud dentro del sistema de seguros, y de la normalización futura de la categorización de estos sistemas y sus prestadores. Las opiniones previas eran que dichas categorizaciones debían ser realizadas por los colegios profesionales, pero de acuerdo al proyecto estatal será realizado por una comisión especial. De acuerdo a la propuesta del Gobierno estos serían requisitos necesarios para seguir perteneciendo a las s de salud, y serían medidas empresas que brindan servicios de salud, y serían medidas implementadas con plazos a cumplir en períodos determinados. La opinión de la Comisión agregaba que a la reglamentación Gubernamental debía sumarse un reglamento propio que incluyera valoraciones **específicas** y **diferenciales** del sistema cooperativo.

Como se desprende de la lectura de este material quedan numerosos interrogantes por responder, y muchos otros que surgirán cuando se concreten en la realidad los emprendimientos primarios con los que iniciaremos este complejo pero hermoso camino que hoy se abre con estas jornadas. Sobre este modelo presentado por la Comisión al que hemos aprobado en general y decimos en particular lo siguiente:

- 1) El carácter **personalizado** y **humanista** como así también la libre elección profesional.
- 2) En cuanto al sistema de remuneración si bien existen otras variantes recomendamos el **pago por prestación**.
- 3) Proponemos tender al desarrollo de una **medicina preventiva** y **atención primaria** de la salud.
- 4) Tender a un modelo sanitario de óptima calidad donde lo humano se equilibre con lo científico- técnico basado en la **relación médico paciente**.
- 5) Lo antedicho debe ser garantizado por sistemas de **auditoría compartida** entre prestadores y usuarios.
- 6) En cuanto a la **jerarquización** y **categorización** debe contemplar los **aspectos técnicos** pero además el **moral y ético** le den al sistema un sentido social compatible con la solidaridad cooperativa.

**Dr. Jorge Herrou \***: Yo quisiera hacer un pequeño aporte. Al hablar de calidad, el tema de la protocolización de pautas y normas de diagnóstico y tratamiento; sistemas de esta naturaleza cooperativa tendrían que incorporar pautas escritas, renovables, evaluadas periódicamente, no sólo como una manera de mantener la calidad prestacional sino también vinculado al problema de los juicios por mala praxis. Es decir, si los sistemas se ajustan a pautas científicamente reconocidas y protocolarizadas y homologadas por las entidades deontológicas es muy poco probable que pueda haber lugar a juicios de mala praxis. y eliminaríamos la industria del juicio que seguramente va a crecer en los años por venir y va a ser un elemento gravativo de los sistemas de atención médica. Por ejemplo la experiencia de los médicos obstetras de los Estados Unidos que se tienen que asegurar por primas de 40 mil dólares para poder prestar, y evidentemente quien se asegura por 40 mil dólares va a trasladar estos costos a sus honorarios. Frente a esta práctica, a esta industria del juicio surge la propuesta de: bueno, asegurémonos, pero si nos aseguramos contra la mala praxis le estamos dando servida la mesa a los abogados para que el día de mañana nos hagan juicio. O sea, no alentemos la industria del juicio sino que la pauta puede ser un mecanismo frenador de esto que a mi entender es perverso en lo que se refiere a un sistema de atención médica.

**Kga. Liliana Geijo \*\***: Lo que discutimos en la Comisión fue fundamentalmente que lo que realizaban las auditorías en general era la valoración de estos distintos aspectos que nosotros decíamos integraban la atención médica que eran: la estructura del proceso y el resultado. Pero la conclusión más importante a que arribamos en este aspecto fue que incorporábamos con esta discusión del nuevo modelo además de estos aspectos, la opinión del usuario. Entonces lo que nosotros decíamos era que lo que había que modificar era no solamente la valoración del proceso médico a través de la opinión de los técnicos sino que había que empezar a tener en cuenta en esa auditoría la opinión del paciente. O sea qué calificación daba el paciente al tipo de atención que recibía, y que este debía ser quizá el rasgo distintivo de este modelo, un poco diferente de la auditoría clásica que valoraba el proceso de acuerdo a esta manera anterior citada.

---

(\*) *Representante de la Cooperativa Médica Previmed de Carlos Paz, Córdoba.*

(\*\*) *Miembro del Concejo de Administración de COMI (Cooperativa de Medicina Integral), Bs. As.*

**Dr. Alberto García \*** Habría que agregar un concepto global que integre la opinión del usuario como parte del control, y no la auditoría ya sea puramente técnica y la opinión en todo caso separadamente y esto en los servicios. Me parece que esto sería un elemento a introducir porque particularmente los médicos somos sumamente resistentes frente a este tipo de cosas y creo que en un modelo cooperativo habría que empezar a discutirlo desde ya.

**Sra. Irma Martínez** Cuando nosotros evaluábamos el tema de la opinión del usuario y hablábamos de la auditoría tradicional, auditoría médica, después compatibilizamos tratando de ver que esto era una cooperativa de prestadores y además una cooperativa de usuarios, cada uno debía tener su auditoría, la parte técnica la suya, nosotros los usuarios la nuestra y ambos confluir en algo que se llame **Comité de Auditoría** o lo que sea donde cada uno diga lo que tenga que decir. Porque si bien nosotros consideramos que los usuarios tenemos mucho que decir y a veces criticar a la parte prestadora, y que por ahí la parte prestadora, la parte médica piensa que está por encima de todo lo que es el paciente, también hay que pensar que el médico le tiene que comentar lo que le pasa en su interior. O sea no es cuestión de poner lo que le pasa al usuario o al paciente, sino también tener un ámbito de discusión donde ambos médicos y los usuarios puedan contarse sus problemas y compartir sus cosas.

### **Comisión N° 3**

**Coordinador: Dr. Marcos Buchbinder\*\***

*El cooperativismo sanitario frente a la medicina privada, las obras sociales y la salud pública*

En el trabajo de la Comisión participaron compañeros de diversas cooperativas que prácticamente representan a diversos sectores del país incluido Capital y Gran Buenos Aires. Entonces al comienzo del trabajo de la Comisión se leyó un documento previo que habíamos preparado en Bs. As., luego intervinieron otros compañeros que desarrollaron también exposiciones sobre el conjunto global de los problemas planteados. Se hizo un debate extenso, muy rico donde hubo controversias. Del resultado de todo eso se elaboró por consenso el siguiente dictamen:

- La Comisión considera que el Cooperativismo de Salud debe adoptar su accionar de acuerdo a las necesidades reales de la gente en su contexto. En ese contexto es imprescindible el estudio de las situaciones concretas.

- La Comisión considera que el **Estado es responsable** ante el tema salud, y señaló que no es admisible que se laven las manos ante un problema de tal magnitud.

- La Comisión consideró que es necesario priorizar la **participación real** de la gente en el tema salud y en el cooperativismo de salud en particular. También expresó la necesidad de ahondar aún más los mecanismos participativos.

- Se señaló también la necesidad de la relación del movimiento cooperativo de salud con las otras variantes de atención de la salud, preservando los valores básicos de la coope-

---

(\*) Asociado de COMI. Buenos Aires.

(\*\*) Asesor Asistencial de COMI (Cooperativa de Medicina Integral) Bs. As.

ración. Se señaló que esta relación debe ser especialmente estrecha con el sistema de la seguridad social. También el movimiento cooperativo de salud debe estrechar los lazos con el mutualismo de salud. Se consideró además como básico la **integración solidaria** con las otras ramas del cooperativismo en general.

- El cooperativismo de salud debe participar activamente en la defensa del movimiento cooperativo en general. Ante la existencia real de **prejuicios** del sector usuarios ante los prestadores de salud, la Comisión considera que es necesario construir un nuevo modelo de relación dentro de las formas cooperativas entre prestadores y usuarios.

Se considera así mismo la necesidad de estrechar **relaciones** entre las cooperativas de salud de nuestro país, con el objetivo de conocernos, intercambiar experiencias, ayudarnos y además establecer acciones concretas en común como el relevamiento de los recursos en general, la alta tecnología en particular, el intercambio de prestaciones, la elaboración en común de un nuevo nomenclador para la medicina cooperativa, la confección de un vademécum de medicamentos, etc.

- Se consideró esencial el avance en la **educación** popular, y en la educación cooperativa en particular.

- La Comisión debe señalar que en nuestro país las condiciones están dadas para el desarrollo del movimiento cooperativo de salud.

- La Comisión recomienda que las conclusiones de cada Comisión, se giren a cada uno de los participantes del movimiento cooperativo en general y también a las cooperativas de salud participantes y no participantes en las Jornadas.

#### **Comisión N° 4**

***Coordinador: Cont. Daniel Lezama***

##### *Organización administrativa de una cooperativa de usuarios*

La Comisión administrativa elaboró una serie de conclusiones a partir de un trabajo previo que viene realizando y que se basó fundamentalmente en el análisis de los siguientes puntos.

Se analizaron distintos modelos cooperativos sanitarios, se definieron los principios básicos sobre los que debería desarrollarse los **modelos organizativos** de la cooperativa de usuarios, se estudiaron los **objetivos prestacionales** de ambas cooperativas, se estudiaron distintas **estructuras** de tipo **funcional** de la cooperativa de usuarios tanto en el momento inicial como en un futuro, cuando esta cooperativa se encuentre comercialmente consolidada. Se analizaron las principales funciones de los departamentos característicos de entidades u organizaciones de salud. Se analizaron los principales **flujos de información** entre las cooperativas de usuarios y de prestadores y por último se analizó la incidencia de los **costos internos** organizaciones de salud y determinaciones de **precios**.

En función a todos estos puntos la Comisión arribó a las siguientes conclusiones:

1) Efectuar un estudio de factibilidad tanto operativa, como económica y financiera de cada proyecto de microemprendimiento cooperativo. Para ello proponemos realizar:

- a) una evaluación socio- económica de la población;
- b) un estudio de necesidades básicas a satisfacer y sus prioridades;
- c) análisis de la composición étnica de la población;
- d) definición del o los productos a ofrecer y sus precios de venta.

2) Definir una estructura con criterios de racionalización y eficiencia administrativa y de acuerdo a los siguientes principios tradicionales y modernos de desarrollo organizativo:

### **Principios tradicionales**

- a) Carácter específico y dinámico.

La estructura debe ser diseñada a la medida de las características específicas de la organización y prevenirse su desarrollo futuro.

- b) Orientación hacia los objetivos organizativos. La estructura eficiente orienta y condiciona los objetivos partir los de la organización.

- c) Dimensión de la organización. Equilibrio entre el sobre dimensionamiento.

- d) Asignación de autoridad y responsabilidad. La responsabilidad no se delega sino que se comparte. Unidad de conducción y alcance del control. Las unidades o individuos que dependen de un puesto no deben exceder del número que este puede controlar como así mismo el uno sobre uno.

### **Principios modernos**

- a) **Calidad en la fuente.** La calidad debe ser creada al inicio del proceso y no controlada al final.

- b) **Valor agregado.** Eliminar aquellas tareas que no agregan un beneficio al producto terminado, para ello basta en preguntarnos por qué se hace y qué pasa si no lo hacemos.

- c) **Producto final.** Cada función debe ser responsable por un producto con valor en sí mismo, o sea implica identificar a cada sector con un producto terminado con valor agregado.

Esto en lo que respecta a las conclusiones acerca de los e principios.

- 3) Asignar los **recursos** necesarios acorde a la estructura antes mencionada y definida en el punto dos.

- 4) Lograr la **interacción** e **integración** del modelo cooperativo sanitario a través de la conectividad de los sistemas de comunicación y sus flujos de información.

- 5) Instrumentar **sistemas estadísticos** que permitan determinar consumos y tasas de usos para analizar su racionalidad.

- 6) Evaluar en forma sistémica el posicionamiento de los **costos y precios** con respecto a los estándar de mercado a fin a de lograr tanto una medicina de alta calidad al menor costo posible, cuanto a la optimización de las ecuaciones costo efectividad y costo beneficio.



**Sr. Alberto De Petri:** Lo que yo propondría es que tomando un poco el ejemplo que dio la experiencia española sería posible conformar una entidad de segundo grado pero tomando cooperativas de prestadores, de usuarios y una cooperativa de administradores en salud. Que no tendría una función netamente técnica sino que podría ser un lugar de transferencia de conocimiento en cuanto al manejo administrativo pero en forma sencilla, de manera que el usuario, el prestador y el técnico trabajen en forma conjunta elaborando un proyecto, un plan y al mismo tiempo actuando como equilibradores entre prestadores y usuarios.

**Cont. Daniel Lezama:** Creo que el tema lo había charlado en la Comisión y era una de las alternativas que habíamos visto. Vimos varias, una era esa y otra era que con respecto al asesoramiento a la organización de todo este proyecto quizá tampoco hacía falta formar una cooperativa con asesores sino contratar los asesores para que organicen. En cuanto al punto de tener una tercera opinión para desempatar en los casos de discordia o de enfrentamiento de intereses, nosotros habíamos pensado que la cooperativa de segundo grado era el seno ideal dónde se dirimían este tipo de problemas y que quizás hubiese algún miembro del movimiento cooperativo que no represente ni a la cooperativa de usuarios ni a la cooperativa de prestadores que pudiese dirimir cualquier conflicto.

Digamos que son alternativas válidas las propuestas y creo que son tan válidas como esta, son casos alternativos.

**Sr. Héctor Aragona \*:** Yo para que no se preste a confusión un principio básico cooperativista solicitaría a la Comisión Administrativa el cambio de un término utilizado dos veces en el informe que es la palabra “venta”, se hablaba de precio de venta si no me falla la memoria, yo diría el **costo de reintegro de gastos**. Tengamos en cuenta que la cooperativa entre sus miembros no vende, la figura legal es el acto cooperativo, entonces yo pediría, si la Comisión está de acuerdo, hacer un cambio de orden semántica. O sea no estoy objetando el fondo sino un problema semántica.

**Dr. Rafael Kurtzbart:** Yo creo que la observación es correcta para lo que hace al servicio que presta la cooperativa de usuarios para con los mismos usuarios. Para el servicio que presta la cooperativa de prestadores a los abonados a la misma es válido la utilización del término de precio de venta, porque no son socios de la cooperativa de prestadores sino que son abonados. Y esto dependerá del modelo final que se diseñe, en el modelo barcelonés la cooperativa de prestadores a sus abonados le fija un precio. En cambio es válida la observación para el uso del servicio del hospital como infraestructura de internación, que ese sí es un servicio para los propios dueños de la cooperativa de usuarios.

**Sr. Héctor Aragona:** La Ley de cooperativas nacional habla de acto de comercio no solamente a aquel que se efectúa entre una cooperativa y sus asociados sino inclusive a aquel que se efectúa entre cooperativas.

**Dr. Rafael Kurtzbart:** En este caso no se trataría de un acto entre cooperativas, sino entre la cooperativa de prestadores y abonados a ese servicio que es totalmente distinto, son terceros individuales no otras cooperativas. Pero dependerá del modelo que se llegue a desarrollar.

---

(\*) Integrante de COMACO (Cooperativa de Obras y Servicios Públicos de Martín Coronado). Pcia. Bs. As.

**Dr. Ricardo López \***: Con respecto a la realidad de la presencia de la gente del interior uno tenía originariamente una idea de que esto iba a ser una cosa probablemente local. Pero aquí se ha presentado la gente del interior que tiene una serie de inquietudes y creo que se va a plantear la creación de cooperativas de usuarios y/o de prestadores locales en forma rápida. Por ejemplo, me han dicho: “y bueno por qué no nos ayudan algún lugar a formar una cooperativa de prestadores, nosotros los usuarios vamos a ver si lo podemos formar”. Este es tema que lo dejo planteado como inquietud que si en un futuro nos vamos a encontrar con varias cooperativas locales de usuarios y eventualmente más de una de prestadores. Todo aquello que apuntamos hoy en su estructura y en su forma de nacimiento nos va a ayudar después en las cooperativas madres de usuarios y de prestadores. Así que yo sugeriría tener en cuenta esto y en este sentido un mensaje, y es que el cooperativismo fundamentalmente se crea desde abajo y no desde una estructura que uno piense que va a ser muy buena pero que luego no tiene la capacidad real de decisión. Yo planteo que en este proceso va a haber que seguir muy de cerca si la estructura es nacional o tiene visas de ser nacional y qué va pasando en cada uno de los lugares, porque sino pueden aparecer cooperativas fantasmas, pueden ser cooperativas que no sean cooperativa etc., etc., así que yo creo que el grupo de educadores de Idelcoop, la escuela de formación de dirigentes de cooperativismo sanitario tendrá que contemplar esto y la gente que está en la administración y que tiene los conocimientos técnicos y legales tendrá que apoyarnos para que realmente la confluencia sea todo un proceso democrático.

**Dr. Salvador Presavento**: Quería acotar lo que dijo anteriormente el compañero Aragona respecto de la cuestión semántica. Yo comparto las dos opiniones porque posiblemente no sepamos si en algún momento esta cooperativa de prestadores también tenga la posibilidad de otras alternativas. Entonces me parece que podría ser compatible que exista la palabra precio de venta y/o como dijo el Sr. Aragona, que tenga que ver con el costo justo o el precio justo y no con el precio de venta. O sea los dos términos no se contraponen.

**Sr. Alberto De Petri**: ¿Cómo definiríamos el retorno en el caso del usuario?

**Dr. Rafael Kurtzbart**: Bueno esto es justamente lo que crea una diferencia muy significativa entre **cooperativismo de consumo** en general y el **cooperativismo sanitario**. Que si bien es un cooperativismo de consumo de un determinado tipo de servicio, quien más consume no es quien mayor retorno tiene. De manera que el mecanismo en realidad del retorno se da, creo yo, en un incremento de la capitalización que permita desarrollar infraestructura. No hay un **premio al consumo** al que más se enferme.

No sé si el Dr. Espriú quiere hacer algún tipo de comentario sobre esta particularidad del cooperativismo sanitario como una forma de cooperativismo de consumo distinta.

**Dr. Espriú**: Como cada cual que es libre tiene su opinión. Me pareció válida la opinión de Rafael pero yo les voy a decir la mía que no he conseguido todavía que se implante en el consumo nuestro, en el consumo sanitario. Y lo había dicho y lo había dicho apasionadamente casi, que aunque no sea económicamente simpático digamos, por la terminología también por una cosa semántica, yo lo que he propugnado es que los socios que tengan que utilizar su hospital a la salida tengan que pasar por administración pero no para pagar sino para cobrar a cuenta, sería una manera de un anticipo a un retorno cooperativo que a final de año se reajustaría. Y esto sería de una atracción de socios

---

(\* ) *Secretario del Concejo de Administración de COMI (Cooperativa de Medicina Integral), Bs. As.*

enorme. Es decir cómo va este hospital cooperativo, o todos están locos o yo no lo entiendo, cuando iba a salir me han dicho pase usted por administración, y pensaba ahora ya tendrás un extra, y no, no, me han dicho usted ha estado aquí diez días, diez por 500 pesetas aquí van 5.000 pesetas y que le veamos lo más tarde posible.

Claro yo no creo que todavía esté como para ingresar en un manicomio pero siempre me había atraído la idea porque me había siempre fastidiado la idea de que después de pasar la enfermedad y de salir tambaleando tenías que pasar por administración a hacer lo que dicen en mi tierra el “gesto”. Que es pagar. En cambio pasar por la administración para que el gesto fuera al revés, dirías, hombre pero no está mal esto del cooperativismo.

**Sra. Irma Martínez** Este tema de que si debe ir precio venta o debe ir otro nombre también está relacionado con lo decía recién desde por allí atrás de cómo es esto del cooperativismo. Es importante decir que los cooperativistas siempre creemos necesario que sea de abajo hacia arriba, cuestión que muchas veces se da y otras no. De abajo hacia arriba por lo general se da el trabajo, las bases trabajan, llevan arriba los proyectos, arriba pueden estar consustanciados o no y puede pasar que el proyecto termine en algo como no termine en nada. Y cuando se da al revés pasa lo mismo, porque al no hacerse con la sensibilidad de la gente, de la base, de la gente que tiene la necesidad puede pasar exactamente lo mismo. El proyecto muy bonito muy teórico, elaborado desde arriba pero que no cumple las funciones que precisa la gente, o lo que la gente requiere tampoco sirve, o sea que debe ser una cuestión de ida y vuelta.

Por ejemplo, si yo tengo una cooperativa y tengo socios debo, saber que en esa cooperativa tiene que tener una participación el asociado, eso quiere decir que en mi funcionamiento, en mi administración en algún momento me debe evaluar, ya sea mediante una Asamblea de Socios o por representación de socios. Cuando yo tengo socios y esa parte no está, soy una cooperativa a medias. Y la otra cuestión que está en el movimiento cooperativo es que hay un excedente, nosotros lo podemos devolver en dinero o hacerlo en obras. O sea que hay muchas cosas para hacer dentro del cooperativismo, y que a veces uno confunde la palabra, entonces dice: - “no, yo soy usuario”, a mí en lo particular no me gusta, yo soy asociado cooperativa, soy socio y dueño de la cooperativa, ser usuario es usar una cosa que puede ser de otro. En la cooperativa los socios somos los dueños de la empresa cooperativa, que también por ahí se confunde con decir estamos en contra de la actividad privada, las cooperativas somos empresas privadas, distintas a una sociedad anónima con fines de lucro, pero somos una empresa privada. O sea que hay muchas cosas que no estamos acostumbrados a decir, que tenemos miedo o que confundimos. Y una de las cosas importantes en el cooperativismo es también reconocer que si bien somos una cooperativa donde debe haber un equilibrio, una organización donde debe haber un equilibrio entre lo social y lo económico no debe ser tampoco que una de las cosas sea mucho más alta que la otra. Y en ese sentido digo que no es malo que nosotros hablemos de presupuestos, que entendamos, que sepamos y analicemos la parte contable porque somos una empresa, la que debe por lo menos tener un equilibrio, no somos una entidad de beneficencia. Entonces cuando nosotros tenemos en claro que nuestra cooperativa, que nuestra organización, de la cual somos los dueños tiene que tener el equilibrio necesario para que funcione económicamente y socialmente habremos defendido una empresa que sirva para la gente; de la otra forma seremos una institución muy linda, muy solidaria pero que no tiene los mecanismos económicos para desarrollarse. Por eso es que a veces uno se confunde con este tema de la empresa privada si sirve o no sirve, somos una empresa privada nosotros también.

**Dr. Rafael Kurtzbart:** Quería hacer un comentario sobre la intervención del Dr. Espriú que no deja de asombrarnos con el nivel de creatividad. Porque realmente sólo él podría con su autoridad plantear un tema con un giro de 180 grados de cómo cualquiera de nosotros lo podría realmente pensar. De cualquier manera creo que esto quizá puede ser aplicable para una cooperativa de acreedores de salud en donde la función económica de la misma está fundamentalmente vinculada a un acto de la complejidad que implica una internación. Si nuestras cooperativas de acreedores de salud se formaran alrededor de objetivos económicos mucho más pequeños y más simples como puede ser a lo mejor contar con un Centro de Diagnóstico donde cualquiera vaya a hacerse una glucemia o un hemograma, esto podría llevar sin ninguna duda a que cada hemograma significara para la cooperativa en definitiva el doble de su costo, o una erogación de su capital acumulado que poco le permitiría durar por un problema de control del consumo de los servicios. En cambio quizá aquella que tenga como prestación la internación hospitalaria, puede inclusive hasta hacer jugar un aspecto solidario con aquel que requirió de una internación, y seguramente después de su internación requerirá de alguna ayuda económica para poder sobrepasar su post-operatorio o su post-infarto, pero evidentemente creo que esto depende también del objeto específico que tome la cooperativa de acreedores de salud. La posibilidad de generar una respuesta de este tipo o que en definitiva este excedente posible en la cooperativa de acreedores se revierta en nuevas instalaciones y nuevos servicios que también es un modo sin duda de retribuir y que si esto logra mantener igual cantidad de dinero mensual de aporte, sin duda va también a ser un elemento diferenciador que permita decir: ¿qué cosa esto del Cooperativismo sanitario no?.

**Dr. Espriú:** Quería felicitarles y está un poco en relación a mi primera intervención, felicitar la labor de las Comisiones, y sobre todo yo me marcharé pudiendo decir que sin estatutos, sin autorización ni nada he visto funcionar una magnífica cooperativa de segundo grado, donde había médicos y donde había usuarios. Está muy bien la labor que ustedes han hecho, pero si se llamaran a Asamblea piensen que lo bueno es que cooperativas que hagan ustedes tengan una autenticidad en su Asamblea y esto que están haciendo hoy, yo no soy asambleísta porque entonces el gobierno de la institución es muy difícil, pero sí también soy absolutamente contrario a que la Asamblea cumpla lo que suele decir la Ley una vez al año, porque en una vez al año los asambleístas no tienen endiablada idea de lo que, en mi tierra y quizás aquí también, llaman día a día, saber de que va el asunto. En cambio ustedes están dando una lección sin darse cuenta, magnífica, yo lo único que me atrevería casi a pedir: no abrumen la tarea del primer momento, hagan una escala de valores y la escala de valores es empezar a andar, y luego reúnanse tantas veces como quieran sobre todo al principio, que entonces sí que se puede ser asambleario, y usted con su lista, y usted con la suya, y usted con la suya, decir de esto que yo hablé aquel día que vino el loco de Espriú de esto todavía no hemos hablado. Porque sino muchas veces la cosa queda atascada en unos estatutos y entre ruegos y preguntas la gente ya está cansada ya está aburrida, nadie ruega, nadie pregunta y a comer se ha dicho y a ver el fútbol. Están dando ustedes un ejemplo como no tienen idea, aprovéchenlo, pero no lo quieran hacer todo hoy diría yo, hagan lo esencial hoy, y no olviden todo lo que han dicho porque para mí todo lo que han dicho, lo que han hecho ustedes hoy, para mí es admirable con todos sus aciertos incluidas todas sus posibles equivocaciones. Y llegará un día en que ustedes mismos dirán pues aquello de los 100 dólares de Espriú por cada día de estancia, porque ojalá tendrán el dinero y porque ojalá podrán reír como ahora. Y porque ojalá habrá un sabio, un administrativo, que no lo pondrá como gasto del hospital sino que esto irá incluido en gastos de propaganda, porque hará que se sepa que hay un hospital que es de donde sales, sales con más dinero que con el que has entrado, habrá cola, a lo mejor, digo yo.

## Comisión N° 5

*Coordinador: Lic. Eduardo Fuks*

### *Marco jurídico y legal de organización e integración en cooperativismo sanitario*

**Dr. Eduardo Fuks:** El nombre de esta Comisión es el enmarcamiento, el continente de un contenido, el contenido es el cooperativismo sanitario.

Como pueden advertir ambos, continente y contenido son elementos sumamente vastos como para tratarlos, es relativamente fácil enmarcar o escribir un proyecto cuando hay un contenido ya predeterminado, pueden existir diversas formas, puede haber una cooperativa de usuarios directamente o puede haber pasos intermedios. Esos pasos intermedios puede ser la formación de pequeñas cooperativas, puede ser la formación de cooperativas **integradas** de prestadores y usuarios, puede haber o no la posibilidad de **segundo grado** que la integre a estas, es decir puede haber diversos proyectos en danza y la función del enmarcamiento sería esto se puede, o esto no se puede o cómo se hace, falta el qué se hace todavía, está la meta pero no sabemos definir qué.

Por eso no fue fácil elaborar o trabajar sobre algo concreto y se decidió hacer un enmarcamiento general, sobre todo porque los que integrábamos la Comisión en su mayoría somos abogados y necesitábamos la orientación médica, tuvimos por suerte la presencia del Dr. López que nos dio un marco general del proyecto que estamos tratando.

Es decir nos hizo un planteo de las razones que llevan a la creación de una cooperativa de usuarios, y nos pareció prudente compartirlo con ustedes, aunque seguramente ustedes ya lo saben, pero nos pareció prudente que tengamos un idioma común sobre qué es lo que se está buscando; y porque para legislar, que en definitiva hacer un estatuto es eso, es legislar, tenemos que saber qué es lo que se está legislando.

En ese sentido llegamos a, no sé si son conclusiones pero por lo menos a afirmaciones, que las necesidades son de los usuarios y no de los médicos en la creación de esa cooperativa. Que la medicina ha cambiado en las últimas dos décadas, por qué, porque existe un extraordinario crecimiento tecnológico y ese crecimiento tecnológico ha hecho que el médico ya no tenga el protagonismo que tenía no hace demasiado tiempo y pase a ser un engranaje o un agente más. También cambió el usuario, porque el usuario sabe de medicina, el usuario concurre al médico y no se somete simplemente a su conocimiento, sino que exige. Han cambiado también los costos de la medicina, porque la medicina ha hecho que se viva más y se viva mejor y eso implica que haya más necesidad de requerimientos médicos. En definitiva el paciente pasó a ser más que un paciente un cliente.

Frente a este cuadro en nuestro país ¿qué está pasando?.

Entonces nos planteamos el tema de la existencia del hospital público. En el hospital público el paciente ¿tiene alguna posibilidad de controlar la calidad de la medicina que se le entrega?. No. no tiene. Es más, se habló del proyecto actual, también mercantilista, de que el Estado se hará cargo como hasta ahora de la medicina de los indigentes, pero no a través de la subvención al hospital sino a través del pago de la prestación que el hospital brinde al indigente.

Además del hospital público también tenemos las obras sociales, donde el usuario es un forzoso usuario, por nuestras Leyes hay un descuento compulsivo del salario, un por-

centaje de él debe ir a su obra social. ¿Puede controlar la medicina que recibe? No, tampoco. El único modo que tiene sería, como dijimos en la Comisión, sacar los dirigentes gremiales que tiene, y eso a poco que ahondemos nuestra historia sabemos como es.

Una tercera posibilidad es la medicina prepaga que está en crisis, se citó el caso de una prepaga muy grande que no hace mucho nos ha dado algunas sorpresas. De cualquier manera la posibilidad que tiene el usuario de controlar la medicina tampoco es demasiada, porque lo único que puede hacer es simplemente retirarse de esa prepaga e irse a otra.

Entonces frente a estos problemas ¿qué hacer? Y ahí es dónde se plantea la necesidad de la cooperativa de usuarios. Porque el usuario va a poder no sólo controlar los costos sino controlar la medicina que recibe.

De modo que se decidió que la solución posible para esta acreencia de la salud es la cooperativa de usuarios.

La cooperativa de usuarios del modo barcelonés como hemos aprendido en estas Jornadas, puede ser un modelo, pero puede haber otros, y ahí es donde se nos presenta a quienes tenemos que regular desde el punto de vista jurídico, se nos presenta el problema de cuál o qué proyecto hay que elaborar, porque no sabemos cuál es el medio mejor.

Desechamos un trabajo elaborado que de cualquier manera se va a agregar al informe porque está presentado, que es si cooperativa o mutual. Porque entendimos que no era el momento el día de hoy trabajar sobre este tema. Lo mismo otro trabajo sobre la situación de los socios y lo mismo sobre la posibilidad que a Ley argentina sobre la escisión de cooperativas.

Partimos de algunos supuestos que son arbitrarios y que admiten por supuesto otras formas, pero que nos parecieron elementos de trabajo viables como para exponerlos en esta tarde.

Un camino para llegar a la meta es lo que se do en llamar los micro emprendimientos, es decir la creación o el aprovechamiento de cooperativas que estarían formadas para dar prestaciones de salud en el camino intermedio hacia la posterior creación de una cooperativa de usuarios. Es decir ese número de cooperativas desaparecerían algún día para dar lugar a la creación de una nueva cooperativa, que sería la cooperativa de usuarios. Si se diera ese fenómeno, ¿la Ley argentina lo permite?. Sí, lo permite. El proceso de **integración** de ese tipo en donde varias cooperativas se unen en una distinta y desaparecen como tales se llama **fusión** y está legislado en la Ley de Cooperativas.

El otro camino que nos planteamos es que las cooperativas que hoy existen como promotores con sus propios asociados, amén de personas individuales que se sumen al proyecto, directamente armen la cooperativa de usuarios. En ese caso simplemente se aplica la Legislación argentina sobre **creación** de cooperativas, es decir no ofrece mayores inconvenientes.

Resumiendo, habría en la meta final de la cooperativa de usuarios hoy dos caminos posibles amén de otros que pudieran existir: creación de cooperativas nuevas o aprovechamiento de cooperativas que existan con miras a que un día se fusionen y den lugar a la cooperativa de usuarios, u el otro camino que directamente se la cree en la actualidad.

Y luego avanzamos sobre la posibilidad o el supuesto de que ya existen ambas cooperativas: la cooperativa de prestadores, como se dijo en Comisión serían COMI o CAMI, en el caso de Rosario, amén de otras que pudiera haber y la existencia de la cooperativa de usuarios. Ya superamos la etapa anterior supongamos existe, entonces cómo se unen esas cooperativas. La unión, la integración se haría a través de una cooperativa de segundo grado, entonces la pregunta que surge es si la Ley nuestra permite la cooperativa de segundo grado, la respuesta es sí. Tiene una serie de requisitos que también están elaborados en un trabajo muy técnico del que quiero destacar que a diferencia de la Ley española que exige 3 cooperativas de primer grado, la nuestra exige 7. Y está explicada la filosofía de nuestra legislación del por qué 7 y no menos, la explicación radica en el número mínimo del funcionamiento del quórum del Consejo Directivo.

Bueno a grandes rasgos sería esta la elaboración que hizo la Comisión del encuadre jurídico del proyecto.

**Dr. Jorge Herrou:** Se mencionó la necesidad genérica de incluir a todo el movimiento cooperativo, pero específicamente alertar a la Banca cooperativa de algo que puede ser muy importante en el período inmediato. Es decir se habla de que el seguro de salud termine siendo esto, un seguro de salud y se habla también de que probablemente ese seguro de salud va a tener que reunir todos los requisitos que prevee la Ley de seguros que son garantías muy importantes de fondos existentes, que liquidarían prácticamente la posibilidad de ser prestadoras. Si los bancos extra nacionales, caso del City Bank, están muy preocupados en este momento girando alrededor del tema de la salud porque se trata de un negocio que ronda el 7% del PBI, entonces yo creo que hay que pedirles a los **bancos cooperativos** que con suma urgencia, estudien la factibilidad de apoyar a través de sus entidades bancarias a todo esto que es el **cooperativismo sanitario** para facilitar a la salida cooperativa una posibilidad real competitiva frente a lo que se nos va a venir desde otro lado. Se hizo también mención a que parece ser que un banco brasilero muy importante a partir de 1994 vendría a ofertar seguros de salud en forma masiva. Entonces frente a esto ¿qué vamos a hacer? ¿cómo va a competir el cooperativismo sanitario frente a estos monstruos? Y bueno, ofertando la Banca cooperativa, yo creo que hay que pedirles a los compañeros de los bancos cooperativos que tomen esto con suma urgencia y valoración, porque aparte es un negocio más del que puede ser prestador el Banco cooperativo, es decir nadie pide que el Banco cooperativo vaya a subsidiar ni hacer beneficencia. Ellos harán sus números que les tendrán que ser positivos, pero en apoyo a una salida que es democrática, que es popular y que va a sustentarse en la salud y no en la enfermedad, porque todos los otros negocios están sustentados en la enfermedad.

Creo que hay que hacer una llamada urgente de atención a la Banca cooperativa a ver cómo se puede integrar a este proceso.

**Dr. López:** En algún momento se va a tener que estudiar en concreto una capitalización, un comienzo de capitalización para la construcción de esto, pero mientras tanto hay gente del interior que necesita tener coberturas de salud en este momento. Así como la gente de Martín Coronado decía que mucha gente pagaba cuando le llegaba el caño, hay mucha gente que va a ser complicado no teniendo en este momento cubierto el tema de salud. Hay que pensar también que en este proceso, mientras se está armando la cooperativa de usuarios, cómo aquellos que hoy aportan a esa cooperativa tienen alguna fórmula a través de los cooperativistas de cubrir su propia situación de salud de la cual hoy están carentes en forma total o parcial, esto es un esfuerzo a la imaginación.

Bueno, yo diría de seguir el consejo del Dr. Espriú de no pretender forzar la máquina y hasta acá hemos llegado con lo que hemos podido elaborar y que realmente ha sido muchísimo y no quiero adelantarme a las palabras del cierre que seran en breves minutos.

## Cierre de Jornadas

**Dr. Kurtzbart:** En la reunión con las delegaciones del interior comentaba que a veces las cosas son por propuesta y a veces son por resultado. La propuesta fue las Primeras Jornadas de Cooperativismo y Salud y el resultado fueron las Primeras Jornadas **Nacionales** de Cooperativismo y Salud. Tenemos que decir que esto tiene un valor enorme desde el punto de vista del enriquecimiento del debate porque el aporte del interior del país ha sido sobre todo el aporte de cooperativas de usuarios, que son el componente esencial para poder establecer un diálogo que construya realmente la alternativa a la que estamos convocando. El enriquecimiento que ofrece la visión de estas cooperativas de servicios, de electricidad, de obras públicas de distintos lugares del país, de crédito algunas de ellas, realmente han significado una activación del pensamiento que ha dado como resultado cinco informes de sendas comisiones realmente de un nivel que hay que destacar.

Del interior han participado: Cooperar, la Cooperativa de Servicios para el Cuidado Integral de la Salud de Mar del Plata, la Cooperativa Eléctrica de Mar del Plata, el Banco de La Ribera de Ramayo, la Cooperativa Médica Tres Cerritos de Salta, COMACO Cooperativa de Servicios y Obras Públicas de Martín Coronado, Previmed, Cooperativa de Medicina Integral de Carlos Paz, la Cooperativa Integral de Obras Públicas de Carlos Paz, COBISE la Cooperativa de Bioquímica de Santiago del Estero, la Cooperativa Eléctrica y de Salud de Necochea, COFARAL Cooperativa Farmacéutica de Tucumán, Banco Coopesur Cooperativo Limitado de Bahía Blanca, CAMI Cooperativa Argentina de Medicina Integral de Rosario, la Cooperadora del Hospital de Escobar. Han participado en total 43 delegados de cooperativas del interior, han pasado 182 personas por las Jornadas y han participado 85 personas del trabajo de elaboración de las Comisiones. Consideramos que el balance es ampliamente satisfactorio, ha superado ampliamente las expectativas y esto realmente da pie y es estímulo para los **planes del año '94** que sin duda pasa por dos vertientes, por la vertiente de **concreción de las primeras experiencias de cooperativismo sanitario** y por la vertiente de la **formación de los cuadros organizadores** en cooperativismo sanitario que será una de las tareas fundamentales tomará a su cargo el **Gabinete de Estudio y Promoción Cooperativismo Sanitario de Idelcoop**.

Yo diría que hay un nuevo glosario en el movimiento operativo, que tiene que ver con cobertura, con prevención e inversión para la salud, tecnología, integración, modelo presta cartera fija, medicina personalizado, prestación, libre elección, uso racional del servicio, estructura, médico de cabecera, etc. realmente un diccionario nuevo que hay que aprender y que hoy hemos dado los primeros pasos en construir un lenguaje que hasta ahora no era un lenguaje habitual en el movimiento cooperativo. Creo que el lenguaje justamente va a permitir comunicarnos, y este llamado que hacía el amigo de Carlos Paz, a que la Banca Cooperativa asuma este desafío del nuevo camino a recorrer en cooperativismo sanitario forma parte también poder tener un lenguaje en el cual podamos entendernos e resto del movimiento cooperativo. Yo creo que la presencia numerosas cooperativas de servicios, -todavía pocas de crédito, pero es un camino que estamos iniciando-, realmente va a permitir que este lenguaje en común posibilite responder a convocatoria de construir una alternativa. Sólo me resta agradecerles y que cada uno vuelva a sus lugares para continuar trabajo que hoy simplemente comienza. Muchas gracias.



**Dr. Kurtzbart:** Vamos a tener el cierre definitivo de la nada a cargo del Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos de Fondos Cooperativos a través de su Secretario el Sr. Floreal Gorini.

**Floreal Gorini:** Muchas gracias por la invitación a e estas importantes Jornadas organizadas por Idelcoop y a auspiciadas por otras entidades cooperativas, entre ellas nuestro Instituto. Esperamos de esta Jornada la elaboración de un nuevo proyecto que apunte a ayudar a resolver uno de los problemas más serios que tiene nuestro país.

Problema que se ha agudizado porque la salud, así como la educación, son las víctimas primeras de estos planes de ajuste con que el sistema capitalista somete a los pueblos que domina y que explota. Han participado representantes de otras cooperativas, de nuestro Idelcoop, del Instituto y el trabajo que ustedes han desarrollado en estos días va a ser examinado, estudiado, así como también vamos a recoger las invitaciones que se hicieron a la participación de la Banca Cooperativa a la cual el Instituto está en forma muy directa vinculado. Es decir que el trabajo de ustedes va a servirnos para seguir analizando con los compañeros de COMI, de las otras cooperativas -la mayoría de estas asociadas al Instituto-, las conclusiones a que ustedes han arribado para que sirvan realmente en la elaboración de una alternativa sobre el tema de la salud.

De cualquier manera, quiero advertir que la filosofía que inspira la acción del Instituto, es no dejar de reclamar la necesaria presencia del Estado en un servicio tan importante como la salud. Creo que podemos desarrollar proyectos importantes, como lo hemos hecho en el sector del agro en nuestro país, en el sector del crédito, y experiencias internacionales como las que ustedes han considerado aquí de la cooperativa de Barcelona, que al tema de la salud ha hecho un aporte trascendente de carácter universal. Nosotros recogeremos todo esto, lo examinaremos, pero nunca dejaremos de exigir que el Estado asuma el rol fundamental que debe dar al problema de la atención de la salud.

Ustedes saben que todos los proyectos necesitan de los recursos monetarios. Los proyectos de nuclear los aportes cooperativos para los distintos emprendimientos, es una de las grandes dificultades que tenemos en nuestro país para poder avanzar en materia de desarrollo cooperativo. Y la legislación argentina de muchos años atrás previó formas de financiamiento para estas necesidades que hoy están siendo retaceadas, eliminadas de las normas de los distintos Ministerios, y en consecuencia nos encontramos en una desprotección total.

Creo que es importante lo que ustedes han hecho, el esfuerzo de elaborar una alternativa, pero a mismo conscientes que si no logramos motivar a que des público se ayude a estos proyectos, avanzar en este sentido va a ser muy dificultoso.

Tenemos que decir, además, que en distinto desde el Estado hemos visto dificultado nuestro movimiento cooperativo de crédito es el mejor ejemplo. Su desarrollo fue mérito de la acción de los cooperadores q todo su esfuerzo, su voluntad, su abnegación p niveles de desarrollo importante. Al alcanzar esos niveles, comenzamos a tener la oposición del gran interés de los monopolios financieros, que crearon obstáculos que canalizaron de resoluciones estatales. Este es otro de los lugares en que tendremos que dar batalla. Como aquí alcancé a es otra parte es casi un lugar común, los grandes intereses financieros tienen puestos sus ojos en la explotación d nuestro país, como lo están haciendo en otras partes del mundo. Nuestro accionar cooperativo debe ser oponernos a esos grupos, pero al mismo tiempo, buscar el compromiso del Estado, porque el Estado nos pertenece, el Estado es debe servir

al pueblo. La acción conjunta de la cooperación con su acción solidaria, con su accionar sin fines de lucro mancomunarse con la acción del Estado. En tanto, bienvenida esta iniciativa de ustedes, no dejamos de tener redes y habremos de cooperar, a través de nuestras organizaciones adheridas, en el estudio y esperemos en la con proyecto que pueda ser una alternativa a la tan urgente necesidad como es la atención de la salud en nuestro país. Muchas gracias y felicitaciones por el éxito de las Jornadas.

**Dr. Kurtzbart:** Finalmente yo quisiera pedirle que se despida de los que estamos aquí, nos volveremos a ver pero creo que todos estamos esperando un poco su reflexión acerca de lo que aquí ha vivido.

**Dr. Espriú:** Aunque no se cuántas horas. no sé... muchas, demasiadas, y pido perdón por ello, he hecho uso de la palabra, ahora no lo esperaba, no por ganas de irme como dicen en mi tierra: "a la francesa", sin decirles adiós. Sino porque y no es dar ninguna lección a nadie, en un acto de clausura habla el Presidente -y para mí el Presidente es el Dr. Rafael Kurtzbart-, y que hablaba él y que aquí se ha acabado y por lo tanto yo pensaba esta vez te liberas de darles la lata. Pero no niego que me sabía mal irme a la francesa, no me voy, dejo aquí mucho, y diré en mi tierra que en estas últimas palabras he intentado darles las gracias, ya no por su acogida, no por su amabilidad, no por su bondad, no por todo lo que ustedes pueden presumir que yo tengo que agradecer y que agradezco, sino porque me marchó sabiendo mucho más cooperativismo que el que sabía antes. Por lo tanto me marchó con la certeza de que se marcha un discípulo que tiene que volver a su país y que, llegando allí, voy a ver si ya que progresa tanto la medicina, dejo tanto aquí, que lo primero que haré seguramente será pedir hora a mi cirujano del corazón y le pediré: oiga usted que hace todas estas barbaridades que me ha hecho a mi, no podríamos poner un bypass de unos cuantos kilómetros que me dejara unido permanentemente a aquella gente con la que he convivido unos días inolvidables.

Yo les felicito a ustedes por su labor y juro, y es muy difícil jurar si no estás muy seguro, que no miento, que he aprendido mucho, que han conseguido ustedes mucho, que conseguirán mucho, que se abrumarán o les abrumarán las felicitaciones que irán recibiendo, y que por el tiempo que me quede de vivir yo diría que cada día pensaré en ustedes, en su magnífica patria, en su magnífica ciudad y los que son del interior que desconozco también tengo noticia del bellissimo interior. Gracias por haberme escuchado, perdón por las latas que he dado, pero que quede muy claro que he aprendido mucho, que les felicito y que dejaré aquí, sobre todo si mi cirujano sigue siendo lo hábil como lo ha sido por dos veces, una comunicación muy en la que irá algo que saldrá de mi corazón y que será de sangre que es lo mejor que les puedo ofrecer. Gracias por todo lo que me llevo, muchas gracias.