

El Cooperativismo Sanitario

*Información sobre Cooperativas de Prestadores
y Usuarios Relacionadas con Actividades de Salud (*)*

*Liliana Vignau (**)*

El cooperativismo sanitario es una filosofía y una técnica de participación, de auto-gestión, de cogestión que incorpora a usuarios a prestadores profesionales, trabajadores de la salud a la marcha de la empresa cooperativa. Son los principios del cooperativismo los que proporcionan un marco referencial caracterizado por: a) ausencia de ánimo de lucro; b) solidaridad, ayuda mutua, fraternidad; c) grupo abierto a la incorporación de socios; d) gestión democrática y participada y e) preocupación por la educación y los emprendimientos societarios.

El cooperativismo sanitario tiene un modelo de asistencia sanitaria que constituye lo que se ha dado en llamar “características del cooperativismo sanitario”. Este modelo es a la vez personalista y comunitario y se diferencia del de la medicina privada con ánimo de lucro y sin participación, y de la salud pública que no reconoce suficiente participación e impone un sistema oficial.

Siguiendo a Soto ⁽¹⁾ estas características son:

1. Autogestión y autoorganización del sistema, es decir, modelo autónomo no impuesto abierto a cambios y modificaciones, pero siempre desde la democracia cooperativa, desde la voluntad de los usuarios o de los prestadores.

2. Asistencia no estatal/no privada. Se trata de un cooperativismo que se aleja del intervencionismo del Estado y suscribe principios antiautoritarios, en tanto los prestadores no desean ser funcionarios y los usuarios no quieren ser un número. También el cooperativismo sanitario se manifiesta como antiindividualista y contrario al liberalismo que postula una sanidad privada en la que los factores de lucro, negocio y comercialización priman.

3. Libre elección del profesional. Manifestación de libertad tanto de usuarios como de prestatarios, principio elemental de una medicina humanizada.

4. Pago por acto médico. Pago regulado por los médicos con la participación posible de los usuarios.

5. Capacidad instalada de propiedad cooperativa.

(*) Informe desarrollado para Pronatass-Salud-Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales.

(**) Socióloga – Consultora.

6. Habitación individual con derecho a acompañante para que el enfermo pueda enfrentar la soledad, la incertidumbre o el miedo en compañía.

7. Proyectos de medicina preventiva con todo lo que supone de educación y cultura sanitaria, así como de acciones directas y concretas en esa línea.

8. Educación sanitaria y cooperativa derivada de una parte del concepto de medicina preventiva y del principio cooperativista de la educación.

9. Participación en la gestión. Es una exigencia de la democracia interna cooperativa. Se ha de producir en todos los campos, económico, técnico, de personal, social, de contenidos en la asistencia sanitaria y en los grados o niveles que dispongan los Estatutos de las cooperativas.

10. Colaboración en la atención al sistema de la Seguridad Social.

El cooperativismo sanitario no se postula como substitutivo de la salud de los ciudadanos y ejercer la regulación y el control de las acciones de salud. También se entiende que salud pública no quiere decir exclusivamente sanidad estatal, sino que se debe reconocer el papel colaborador y participe de la medicina privada mediante convenios o acuerdos de partes.

Dentro del subsector privado, el cooperativismo sanitario supone “una fórmula intermedia entre lo público y lo privado”, ya que se trata de salud colectiva sin ánimo de lucro, gestionada con democracia y participación y concebida como servicio público, por lo que ha de tener un tratamiento preferencial y, por último, el cooperativismo sanitario garantiza una participación del usuario en la gestión de la asistencia sanitaria desde la elección del modelo hasta la atención concreta al enfermo.

Desde el punto de vista organizacional, el cooperativismo sanitario es cooperativismo de segundo grado ⁽²⁾. Las cooperativas de base son diferentes entre sí, en este caso una es de profesionales de la salud y otra es de consumidores de atención de la salud. Si bien diferentes, ambas son complementarias e imprescindibles. Para que el cooperativismo de segundo grado funcione es necesario que las cooperativas de base funcionen correctamente. Los objetivos que la cooperativa de 2º grado ha de buscar son, antes que nada, la coordinación de grupos, tendrá el papel de estado mayor, de control, en el que las únicas decisiones que se toman son las que afectan a la política general del grupo. Por este motivo, su contenido económico material tiene que ser mínimo: la cooperativa de segundo grado no necesita más aportaciones de socios, más capital ni más patrimonio que los mínimos, prácticamente simbólicos, que exija la ley. Todos los servicios deben ser realizados por trabajadores de alguna de las cooperativas de base.

Siguiendo a Espriú Castelo ⁽³⁾, inspirador del cooperativismo sanitario catalán, las ideas o principios básicos son los siguientes:

1) Unir los conceptos de medicina social, modelo de asistencia sanitaria y cooperativismo sanitario.

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

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

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

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

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

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

Estas ideas y principios básicos extraídos textualmente de la bibliografía nos sugieren algún interrogante al cual trataremos de dar respuesta: ¿En qué momento del proceso de desarrollo de experiencias de cooperativismo sanitario se hallan las cooperativas en nuestro país?

Las experiencias de cooperativas de prestadores y de usuarios.

Las jornadas llevadas a cabo en noviembre de 1993, (informe final enero '94, Vignau, Liliána), plantearon el inicio de un debate fundamental que abarca al conjunto de las Instituciones cooperativas: Cómo lograr, manteniendo los principios que guían el accionar cooperativo, desarrollar empresas que brinden servicios eficientes y de buena calidad.

El interés del Pronatass-salud es, como ya se señalara en el citado informe, reconocer otros actores que participan de la respuesta social en salud y que intentan diferenciarse de los subsistemas, privado y público, y de las obras sociales.

Para llevar a cabo esta tarea de doble reconocimiento se seleccionaron algunas instituciones representativas del sector cooperativo sanitario a las cuales se entrevistó.

Los temas centrales tratados en las entrevistas fueron los siguientes:

- 1) Tipo de Cooperativa,
- 2) Cantidad de asociados / abonados / usuarios,
- 3) Modelo prestador,
- 4) Controles, auditorías,
- 5) Acciones preventivas,
- 6) Actividades de capacitación,
- 7) Convenios con el Estado / Obras sociales,
- 8) Posibilidades de desarrollo del cooperativismo sanitario,
- 9) Financiamiento.

Fueron entrevistadas las siguientes instituciones:

- CAMI – Cooperativa Argentina de Medicina Integral. Cooperativa de prestadores de salud de la ciudad de Rosario.
- ACA – SALUD – Cooperativa de Servicios de salud para los productores agropecuarios asociados a las Cooperativas Agrarias nucleadas en la Asociación de Cooperativas Argentinas.
- COMI – Cooperativa Médica Integral. Cooperativa de prestadores de servicios de salud en la Capital Federal y el conurbano bonaerense.
- COMACO – Cooperativa de Obras y Servicios Públicos, Vivienda y Servicios Asistenciales Ltda. Martín Coronado.

1) C.A.M.I. – Cooperativa Argentina de Medicina Integral. Av. Pellegrini 1353, T.E.: 814640, C.P.: 2000, Rosario, Provincia de Santa Fe.

La entrevista se realizó el día 19 de marzo en la sede central. Participaron de la misma el Director Médico, Dr. Altshuler y el Gerente Sr. Domingo Lo Torto.

Se trata de una cooperativa de prestadores que se inició hace aproximadamente 25 años. Tiene capacidad instalada propia y también resuelven por contratación a terceros, algunas especialidades, sobre todo la alta complejidad.

El 90% de las demandas son atendidas con los propios recursos de CAMI. Las contrataciones a terceros se fueron incrementando a medida que los usuarios fueron demandando un modelo más medicalizado y con acceso a la alta complejidad.

Los afiliados pueden suscribir distintos planes y, por un pequeño adicional a la cuota, pueden acceder a la más alta complejidad con bajos costos. Se ofrece un plan familiar y otro plan familiar plus para alta complejidad a costos razonables que prevé el ingreso de grupos familiares con miembros mayores de 55 años.

C.A.M.I. ofrece a sus abonados una importante red de servicios con descuentos tales como : Turismo, Seguros de vida, accidentes, incendios, etc.. Brinda también a los asociados que tengan empleados en relación de dependencia, Seguros por accidentes laborales a muy bajo costo y atención médica de calidad.

Ha incorporado en el campo de la prevención algunos programas tales como el de Mujer-CAMI Ginecología que brinda servicios necesarios a la Salud reproductiva de las mujeres de distintos grupos etarios. También brinda cursos de psicoprofilaxis obstétrica y desarrolla acciones de prevención en odontología.

Mantiene convenios con Obras sociales, Pami entre otras. Recibe derivaciones de municipios y de la provincia en el área de Neonatología, para lo cual cuenta con Unidad de Terapia Intensiva Neonatal propia.

Se vincula con los abonados a través de un boletín “NotiCAMI” mensualmente.

Desarrolla actividades de capacitación de RRHH. Tal el caso de los cursos para auxiliares de enfermería, para lo cual firmó un convenio con la provincia de Santa Fe.

Suscribió un convenio con la Cooperativa de Vivienda de Rosario para beneficio de sus abonados.

Sostiene una Fundación para el estudio y divulgación de temas científicos.

Hasta aquí la descripción de los aspectos más salientes de esta cooperativa. EN el intercambio se manifestaron preocupaciones por la situación actual de las cooperativas, las cuales, al no poder conservar ciertas exenciones impositivas, deben competir en el mercado en las mismas condiciones que las empresas privadas de salud, lo cual les dificulta la posibilidad de sostener precios más ventajosos.

2) A.C.A. (Asociación de Cooperativas Argentinas)-Salud. 25 de mayo 122, Piso 3°, T.E.: 331-5758, Capital Federal.

La entrevista se llevó a cabo en las oficinas que ACA posee en la Capital Federal. Los entrevistados fueron el Gerente General de ACA-Salud, y el Coordinador de Servicios.

Asociación de Cooperativas Argentinas nuclea a sectores de medianos empresarios agropecuarios. Los asociados al sistema de salud en la Provincia de Buenos Aires son 47.200. Existe un convenio con Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires que establece una modalidad de pago por capitación. En el interior, con menor cantidad de afiliados, ACA-Salud contrata servicios de terceros.

Los servicios son ampliados por las Cooperativas adheridas a sus proveedores habituales.

En Capital Federal no existen afiliados, pero se resolvió instalar oficinas centrales del sistema en razón de la movilidad de los productores agropecuarios y sus familias hacia los centros de alta complejidad radicados en esta ciudad.

Además de las oficinas administrativas también se instalaron consultorios externos para atender a los abonados durante su permanencia en Buenos Aires.

El financiamiento del sistema se sostiene con la cuota que pagan los asociados. El 1% es inmovilizado para un fondo de trasplantes de órganos desde 1992.

Una familia tipo abona por un plan de máxima \$ 250, el de mínima, que incluye consulta ambulatoria, internación y cirugía asciende a % 9.

Los costos administrativos son bajos ya que resuelven con poco personal las tareas. Cuentan además con el apoyo de profesionales del servicio social, psicología y psicopedagogía para desarrollar lo que los entrevistados llaman el “apoyo logístico al paciente”, que consiste en el acompañamiento en todo el proceso de atención que requiera.

No encarar actividades de promoción y prevención de la salud. Envían, en oportunidades, comunicaciones escritas a los socios referidas a temas tales como sida, cólera.

El coordinador de servicios opina que es difícil sostener un sistema cooperativo “en su esencia” en salud. Los estudios de costos muestran que se duplican en la medicina privada y que en este sistema cooperativo se cubre al 100% de la cobertura.

Reconocen la existencia de organizaciones de la medicina prepaga en la competencia, entre ellas OSDE, muy bien administrada en el interior del país, y APS.

De lo expuesto se concluye que ACA-Salud es una institución intermedia que organiza la atención de la salud de los productores agropecuarios cooperativizados y sus proveedores.

3) COMI – Cooperativa Médica Integral. Domicilio: Almt. Juan F. Seguí 1995, T.E.: 583-2273, Capital Federal.

Fueron entrevistados la Lic. Beatriz Schtivelband a cargo de las Relaciones Institucionales de COMI y el Dr. Rafael Kurtzbar, presidente del Consejo de Administración de la Cooperativa.

En sus inicios (1972) COMI fue una cooperativa de trabajo en la cual no podía haber personal que no fuera asociado. Luego modificó sus estatutos y se convirtió en cooperativa de prestadores cuyo objetivo fue “vincular a prestadores del arte de curar con terceros que requieran servicios”, en este caso abonados y no socios.

El tema de cómo incorporar a los usuarios siempre se mantiene vigente, aunque se reconoce que hasta el momento primó el modelo prestador. Si bien lo puntual de cada usuario se solucionaba, en la actualidad se trabaja en lo que se llama la “óptica del usuario a través de investigaciones sistemáticas” que consiste en seguimientos puntuales en los cuales se reciben las críticas. Se ha iniciado con regularidad semanal una reunión de usuarios de COMI con el Presidente y la responsable de las relaciones institucionales a fin de conversar respecto a los servicios que se prestan y recibir aporte.

En cuanto a acciones de evaluación de los prestadores, se realizan seguimientos por especialidad en todo la red asistencial.

El padrón de asociados es de aproximadamente 500 socios profesionales médicos, odontólogos, bioquímicos, kinesiólogos, psicólogos. COMI no posee capacidad instalada propia, contratan con terceros. Los servicios se prestan en el área de Capital Federal y el conurbano bonaerense.

El gran desafío que afronta son los mayores costos. Una parte de los mismos se debe a un modelo de atención que registra sobreprestaciones. El equilibrio provendrá en la medida que los asociados de la cooperativa tomen conciencia a partir de la educación continua. Se realiza con los prestadores asociados un seguimiento gastos vs. Resultado de las prestaciones. Esta actividad forma parte de la educación continua.

El Dr. Rafael Kurtzbar al referirse a las reuniones semanales con usuarios “...hemos tenido oportunidad de tener en nuestra casa a decenas y decenas de abonados a los que invitamos para que con franqueza nos hicieran conocer su opinión acerca de los servicios y prestaciones que COMI les brinda. Les puedo asegurar que estos encuentros fueron de gran utilidad para nosotros. No sólo porque nos permitieron conocernos personalmente, sino sobre todo porque escuchar críticas y elogios a nuestra condición de prestadores de salud resultó como una especie de cable a tierra. Las críticas, nos han servido para enmendar y solucionar cuando de nosotros dependía, aquellos aspectos técnicos, administrativos o de atención, que nos fueron señalando. Los elogios para ratificar al conjunto de los colaboradores y profesionales sobre el correcto Camino recorrido”.⁴

A continuación detalla las medidas tomadas en el año 1993, entre ellas la creación de la cobertura nacional en todo el país y en todo el mundo; se suspendieron los incrementos en los abonos por el avance en la edad; se modificó el sistema de autorizaciones reemplazándolo por el de la llamada telefónica, desarrolló el sistema de información COMI y redimensionó el SUD (Servicio de Urgencias Domiciliarias).⁵

Realizan algunas actividades de capacitación a voluntariado, se otorgan becas para congresos, y se estableció un vademecum de COMI.

Se editó hasta 1981 la Revista “Enfoque terapéuticos” dirigida al tema de medicamentos. En la actualidad se edita un Boletín para prestadores y otro para los abonados al sistema “Compartiendo”, de aparición mensual, con contenidos de prevención de salud.

En cuanto a actividades preventivas, se halla en pleno funcionamiento un vacunatorio con el asesoramiento de dos destacados profesionales de COMI: el Dr. Pedro Cahn y la Dra. Mónica Waisman. Este servicio, donde se aplican todas las vacunas reglamentarias y aquellas ya reconocidas internacionalmente, está a disposición de todas las personas, sin límite de edad, abonadas o no. También se realiza un testeo que permite brindar información sobre niveles de glucemia y colesterol.

Se organizaron una serie de talleres de salud mental con aranceles diferenciados.

En cuanto a la relación de COMI con el Estado, es prácticamente inexistente. Hubo alguna presentación a licitaciones que no se ganaron. Se convinieron guardias domiciliarias con Obras Sociales y otros sistemas de prepago.

4) COMACO – Cooperativa de Obras y Servicios Públicos, Vivienda y Servicios Asistenciales Ltda., Martín Coronado.

La entrevista se desarrolló en la sede de la Cooperativa, en la localidad de Martín Coronado, Partido de Tres de Febrero. Incluyó una extensa descripción de la trayectoria de la Cooperativa y del nuevo proyecto de cooperativismo sanitario que encaran, que brindaron la Lic. Olga Tripodoro y el Dr. Salvador Pressavento integrantes de la Comisión de enlace de COMACO (Cooperativa de Usuarios) con COMI (Cooperativa de Prestadores); y una visita guiada a planta de tratamiento de residuos cloacales y potabilización de agua que favorece al conjunto de la comunidad de Martín Coronado.

El origen de la creación de la Institución tuvo que ver con la necesidad de resolver un problema de salud pública de la zona, ya que la ausencia de cloacas y agua potable provocaba la diseminación de enfermedades de origen hídrico.

Tienen un padrón de 6.000 abonados al servicio de cloacas y agua, por el cual se abona mensualmente entre \$ 11 y \$ 12.

Realizan actividades de promoción en la comunidad, para lo cual cuentan con un predio de propiedad de la Cooperativa, un lugar de carácter histórico que fue adquirido por los asociados a los efectos de su conservación y utilización en beneficio de los vecinos. Allí se realizan talleres, actividades recreativas, educativas, con distintos grupos etarios.

Otra actividad de promoción y prevención de la salud de la comunidad se desarrolló en el área de la planta de tratamiento de residuos cloacales y potabilización de agua, lindante con el Arroyo Morón. Allí se hallan radicadas dos villas de emergencia a las cuales se las provee de agua potable, previa instalación de cañería y canillas con el aporte de la mano de obra de los residentes de esos barrios.

Hubo a lo largo de los 24 años (1970 año de creación) de vida de la Cooperativa, iniciativas en cuanto a brindar asistencia a los asociados. En principio, se concretó un convenio con una salita de primeros auxilios municipal que brindaba asistencia de guardia, enfermería y vacunatorio. A posteriori se incorporaron los servicios de una empresa privada de emergencias, en la actualidad se halla en desarrollo un convenio con COMI que, en principio, brinda servicios de urgencias domiciliarias y de traslados y atención de urgencia médica y odontológica en los policlínicos que COMI posee en la Capital Federal, durante las 24 hs. del día. COSALUD es el nombre de este emprendimiento que es entendido como un enlace de ambas cooperativas, donde aúnan iniciativa y esfuerzo para brindar a las familias cooperativistas de Martín Coronado cobertura para urgencias y emergencias médico-odontológicas.

La experiencia de COMACO y COMI se constituye en pionera de cooperativismo sanitario en el área metropolitana.

Al decir de los entrevistados, el cooperativismo sanitario no resuelve los grandes problemas estructurales, sino aquellas situaciones pequeñas o medianas que pueden ser abordadas por una comunidad.

En su horizonte no se halla el gran hospital de alta complejidad, sino ir dando pasos en el sentido de brindar una medicina más cercana a las personas, para lo cual se apoyan en la trayectoria de COMI.

En el futuro, ambas instituciones de usuarios y prestadores pueden llegar a conformar la cooperativa de segundo grado que armonice los intereses de ambas.

De lo descripto se desprende que CAMI y COMI son cooperativas de prestadores de larga trayectoria, que debieron superar una suma de obstáculos que les impuso la inestabilidad política y sobre todo económica de nuestro país. La Kinesióloga Liliana Geijo, Consejera de COMI, en un interesante estudio referido al desarrollo histórico de la Institución ⁵, expresa: “En el año ’87 asistimos al fracaso del plan Austral con el resurgimiento de la inflación y el agravante de una dura recesión en curso, todo esto inmerso en la inestabilidad del gobierno democrático”, más adelante: “Podemos resumir los resultados negativos más importantes en: 1) Reducción y empobrecimientos de los segmentos de mercado que incluye a nuestros usuarios tradicionales de medicina familiar; 2) Reducción y empobrecimiento de las pequeñas y medianas empresas que son nuestros consumidores de la Medicina Laboral; 3) Concentración de capitales y tecnología en algunos competidores; 4) Descontento del personal por la persistente caída del poder adquisitivo de sus salarios; 5) Insatisfacción y deserciones de profesionales por bajos honorarios inevitables para la continuidad del sistema en el que COMI se desempeña”. “Entre el ’89 y el ’90 debíamos tomar la determinación de desactivar el Centro Médico de Av. San Martín (por su alto costo fijo) y comenzar una disminución de la dotación de personal y de la estructura edilicia y administrativa acorde a la realidad actual” ⁶. Vayan estos párrafos como ejemplos de alguna de las situaciones críticas que debió superar una Institución cooperativa.

COMACO resuelve un problema de salud cual es el saneamiento ambiental de la localidad de Martín Coronado y ha realizado pequeños emprendimientos de asistencia sanitaria hasta la actualidad, en que, por medio del convenio de enlace con COMI, comienzan a constituirse en el germen de una cooperativa sanitaria de segundo grado integrada en el germen de una cooperativa sanitaria de segundo grado integrada por una de usuarios y otra de prestadores. Esto constituye el “verdadero cooperativismo sanitario”.

En el caso de ACA-SALUD, se trata de una entidad intermedia que contrata servicios de terceros para la atención de los asociados de la Asociación de Cooperativas Argentinas.

En las Instituciones entrevistadas se registran problemas comunes, uno de los más importantes es el descenso de la participación de los asociados, que si bien utilizan los servicios que brindan las cooperativas, plantean dificultades al momento de participar en propuestas y toma de decisiones; la política económica, en algunos casos confiscatoria de emprendimientos solidarios, la fragmentación social y el individualismo, etc., todo ello atribuido a la “sistemática exaltación del utilitarismo más descarnado como motor del proceder individual y colectivo, que culmina sometiendo el presupuesto ético y moral de la conducta a la apremiante necesidad de obtener un rédito. Pragmatismo, posibilismo, eficientismo, muerte de las ideologías o fin de la historia, son algunos de los términos con que pretende revestirse de cierto aire de seriedad científica una cruda realidad: el progresivo resurgimiento de la fuerza y la violencia, física y psicológica, como forma de resolución de conflictos interpersonales y de gestión económico-social, con descrédito del derecho y la justicia y progresiva erosión del tejido social”.⁷

Desde Idelcoop se considera necesario “contribuir a generar la contracorriente que por confluencia obligada de esfuerzos aislados, vaya restaurando en todos los campos la capilaridad destruida, recreando las vinculaciones personales y los compromisos grupales, instalando nuevas formas de gestión solidaria que permitan apreciar y vivenciar otros valores, otras perspectivas, otro futuro, que se convierta en proyecto futuro”⁶

COMI reconoce, desde sus inicios, su vinculación con Cooperativas de Crédito y con el Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos. El apoyo doctrinario para la formación como cooperativistas lo brindo IDELCOOP Fundación de Educación, Investigación y Asistencia Técnica, con 20 años de trayectoria, que en la actualidad se continúa con su Gabinete de Estudio y Promoción del Cooperativismo Sanitario, que ha organizado dos eventos de gran importancia para el desarrollo del cooperativismo sanitario: Las Jornadas de noviembre de 1993 (Informe final consultora L. Vignau, enero de 1994), y el Curso de Capacitación y Formación de Multiplicadores del Cooperativismo Sanitario, entre marzo y junio de 1994, cumplimentando una de las llamadas “características del cooperativismo sanitario”, cual es la Educación sanitaria y cooperativa.

“El modelo del Cooperativismo Sanitario no es una mera organización. Conlleva un replanteo ético y democratización. Modifica una cultura milenaria. Implica un cambio de posicionamiento del usuario”.⁷ La concepción de la salud como un fin lleva implícita una visión filosófica que ubica al hombre en el centro del problema, por lo cual, el protagonismo del usuario en las prácticas de salud (tanto en lo asistencial como en lo organizativo) se convierte en un elemento claramente diferenciado de las concepciones autoritarias con respecto a las populares democráticas”⁸

Intentando responder al interrogante más arriba señalado, recogimos la experiencia de cuatro instituciones cooperativas de prestadores de salud y de servicios públicos de saneamiento ambiental.

En el caso de ACA-Salud, es cooperativa a partir del financiamiento por parte de los asociados a las Cooperativas de ACA, pero no reúnen ninguna otra característica, ni se plantean modificaciones al modelo prestador vigente. Se trata de una entidad intermedia, muy bien gerenciada.

CAMI es una cooperativa de prestadores, fuertemente afianzada en la ciudad del Rosario y su zona de influencia. Puede realizar convenios con el Estado municipal y provincial y en algunos rubros ya los concretó, pero hasta el momento no se plantea avanzar en la propuesta de una cooperativa de segundo grado.

La experiencia de COMI y COMACO a través de COSAUD es un buen comienzo de desarrollo del cooperativismo sanitario genuino, pero todavía no es más que eso, un buen comienzo.

La viabilidad de desarrollo del cooperativismo sanitario en los grandes centros urbanos de nuestro país, no estará necesariamente asociada a la posibilidad de contar con capacidad instalada propia, ya que en estas áreas se encuentra radicada la mayor oferta de la medicina privada, las obras sociales y el sector público. Puede integrarse complementando la deficiente atención por parte de las Obras Sociales y Hospitales Públicos a nivel de consultas y prácticas ambulatorias, que, por otra parte, son las que resuelven la mayor cantidad de necesidades de asistencia de la población.

También su desarrollo estará relacionado con la capacidad salarial de una franja importante de la población que esté en condiciones de demandar una atención centrada “en las personas”. Para ello, los emprendimientos cooperativos en salud deben sostener una educación continúa que permita remontar “la crisis del modelo de atención de la salud”, “...uno de cuyos factores generadores es el modelo médico dominante en el siglo XX”⁸ cuyos “caracteres estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-socialidad, mercantilismo y la eficacia pragmática”⁹. Es decir, no tiene en cuenta una medicina de las personas, unidades biopsicosociales, con historicidad, y sobre todo, y esto es importante al momento de pensar en emprendimientos cooperativos, genera gastos por sobreprestaciones, es decir, reproduce económicamente (mercantilismo), que se convierten en insostenibles para los presupuestos generados en los aportes solidarios de asociados.

Se dejó para el final el rol y responsabilidad del Estado en cuanto a favorecer el desarrollo del Cooperativismo Sanitario a través de medidas de carácter fiscal y crediticio que permitan el desenvolvimiento de los mismos; lo cual, de ninguna manera, eximirá a las Instituciones de la efectiva regulación y control que deberá ejercer el Estado a los efectos del cumplimiento de las políticas de salud.

La configuración histórica y los principios solidarios y democráticos, la cultura del esfuerzo y del trabajo de la base social cooperativista, la solidaridad y la ayuda mutua son fuerzas éticas de suprema importancia, que en las actuales circunstancias cobran relevancia. “Las organizaciones cooperativas tienen actualmente una gran vigencia, y constituyen una experiencia válida de gestión democrática y pueden ser una alternativa de gestión social, de protagonismo y de participación. La crisis de credibilidad sobre las

estructuras tradicionales les otorga a las organizaciones cooperativas una gran oportunidad como escenario de práctica concreta, de solidaridad, participación y democracia. El reconocimiento de estos atributos y su expresión concreta en la práctica pueden ser un aporte a la constitución de un nuevo tejido social, rasgo necesario para cualquier estrategia de desarrollo que posea como dimensión relevante el factor humano”.¹⁰

Bibliografía

1. Soto, Francisco Alonso: “La cogestión en la atención técnica del enfermo”, Idelcoop N° 80, julio-agosto 1993.
2. Santos Hernández: “Dos experiencias. Cooperativas de Segundo Grado”, Idelcoop N° 80, julio-agosto 1993.
3. Espriú Castelo. Idem 2.
4. Kurtzbart, Rafael: “Compartiendo”. Boletín Mensual para abonados de COMI, N° 4, octubre de 1993.
5. Geijo, Liliana: “COMI Una historia hacia el futuro”, Idelcoop N° 80, julio-agosto 1993.
6. “Otros valores, otras perspectivas, otro futuro”. Editorial Idelcoop N° 80, julio-agosto 1993.
7. Kurtzbart, Rafael: Exposición en la apertura de las Primeras Jornadas de Cooperativismo Sanitario. 4 y 5 de noviembre de 1993. Buenos Aires.
8. Kurtzbart, Rafael: “De cómo llegamos a concebir el cooperativismo sanitario”, Idelcoop N° 80, julio-agosto 1993.
9. Menendez, Eduardo: Prólogo al libro de Franco Basaglia y otros, “La salud de los trabajadores”. Ed. Nueva Imagen, 1978.
10. Petriella, Angel: “La organización cooperativa en el debate contemporáneo”. Mimeo.