

Historia de la cooperativa de salud comunal (*)

En 1947, un pequeño grupo de pioneros fundaron la Cooperativa de Salud Comunal de Puget Sound, un plan cuya operativa y administración corría por cuenta del consumidor y que ofrecía un amplio servicio médico pre-pago. En “Seattle - del Pasado al Presente”, Roger Sale describe a las Cooperativas como un símbolo de crecimiento y oportunidad en Seattle. Sale destaca que la cooperativa se desarrolló a partir del deseo de la gente del lugar de hacer en forma colectiva lo que no podían hacer por separado: asegurarse un servicio médico organizado y dirigido por los propios usuarios.

Hoy día, esta cooperativa es la mayor organización de servicio médico de este tipo, con más de 270.000 asociados, dos hospitales y once médicos de área. La historia de la cooperativa no es sin embargo, la de un crecimiento y progreso serenos. Su crónica está llena de crisis, confrontaciones y difíciles compromisos. Es una historia de accidentes afortunados e improvisaciones. Pero por sobre todo ello, es una historia sobre la gente. Dice el Dr. William A. MacColl, un pediatra que ha estado asociado a la Cooperativa, desde que ésta comenzó a operar, donde ha jugado un rol importante en su desarrollo: “Hay probablemente unas mil personas sin cuyos dedicados esfuerzos la Cooperativa de Salud Comunal nunca podría haberse iniciado”.

Sin duda, algo del fervor y la dedicación de aquellos cooperadores iniciales se originó en circunstancias históricas. La depresión de los años '30 era un penoso y reciente recuerdo. Por causa del mismo, muchos americanos estaban deseosos de reexaminar las estructuras sociales básicas y considerar nuevas propuestas para viejos problemas. Más que antes, la gente pudo ver el valor del esfuerzo conjunto hacia un común objetivo. Además, la idea de las cooperativas no resultaba nueva o inusual. Ya en los primeros años de la década del '40, existían en el Estado de Washington muchas prosperas cooperativas de comercialización, consumo y crédito. No existía ninguna cooperativa de servicios médicos, pero si un gran número de prácticas medicas por contrato, desde 1920.

“El servicio médico por contrato de las décadas de los años '20 y '30 era bastante simple”, explica el Dr. MacColl, “Un doctor se presentaba al dueño de un aserradero o a un industrial y decía: Atenderé a sus empleados por un dólar per capita al mes. Un buen número de doctores tenia gran cantidad de estos contratos y algunos no ofrecían el mejor nivel en el servicio. Probablemente el 30 o 40 % de los trabajadores en el área estaban incluidos bajo el servicio contratado de no mas del 10 ó 15 %, de los profesionales médicos. Habían constituido casi un monopolio. La Asociación Médica Americana y la Sociedad Médica Local se opusieron violentamente a estas prácticas, en parte por la mala calidad del servicio y en parte por la limitación del mercado libre. La Sociedad tomó una resolución declarando no ética la práctica médica por contrato”.

Sin embargo, un grupo de doctores que actuaba fuera de la Asociación Hospitalaria y de Clínicas del Oeste en Tacoma no prestó demasiada atención a la desaprobación de la

(*) Traducido de una publicación estadounidense.

Sociedad Médica en Seattle. En 1931, cuando consideraron que el momento era propicio fueron adelante, y abrieron una clínica en Seattle, a la que llamaron Clínica de Seguridad Médica. Con el tiempo vendieron la clínica a un hombre de negocios. La clínica prosperó en las áreas de auge de la Segunda Guerra Mundial dado que la misma llevó a Seattle un número adicional de operarios de astilleros y talleres de aviación. Después de la guerra sin embargo, la población de obreros industriales decreció. Para 1945 el administrador de la Clínica de Seguridad Médica, que incluía para entonces a 15 profesionales y el Hospital de San Lucas, decidió que no había futuro en la medicina por contrato. Vendió toda la operación a cinco de los médicos del cuerpo profesional. El Dr. Mac Coll era uno de ellos: “Pronto nos dimos cuenta”, recuerda, “que el ser un buen médico no convertía necesariamente a un hombre en un administrador”. Para 1946 los asuntos de la clínica estaban vacilantes.

Mientras la Clínica de Seguridad Médica cambiaba de mano, un pequeño grupo de gente de diversos medios sociales y económicos se estaba organizando para promover la idea de una cooperativa medica de propiedad de los usuarios y administrada por ellos mismos para obtener servicio en lugar de ganancias.

El grupo incluía a obreros, como Tom Bevau de la Unión de Aero-Mecánicos, 751 granjeros como Lilly Taylor y Ella Williams, y organizadores de otras cooperativas como Addison Shaudy de la Cooperativa de Puget Sound y Mitchell del Centro de Abastecimiento del Pacífico. También había profesionales como el abogado Jack Cluck e intelectuales y activistas como Mendel Nieder, quien a pesar de verse obligado a permanecer en cama reiteradamente por una afección cardíaca, se las ingenió para exhortar a mucha gente a que se uniera en este primer esfuerzo para organizar la Cooperativa.

Un catalizador para la formación de la cooperativa fue el Dr. Michael Shadid de Elk City, Oklahoma. En 1945 viajó al Estado de Washington en un viaje expositivo coordinado por Bob Mitchell del Centro de Abastecimiento del Pacífico y co-patrocinado por la Unión de Aero-Mecánicos y el Almacén de Consumo Cooperativo de Rainier. Como organizador de la primera cooperativa medica en los EE.UU, el Dr. Shadid estaba bien calificado como una autoridad en el tema. En 1930, fundó el Hospital Cooperativo de la Unión de Granjeros en Elk City, Oklahoma y consiguió que la experiencia resultase exitosa a pesar de la Depresión, la firme oposición de la sociedad médica del condado (*), la falta de suficiente número de doctores interesados en su empresa y la pobreza general de la gente del área.

El mensaje del Dr. Shadid fue escuchado en Seattle. Hizo que, el sueño de la cooperativa de servicio médico bajo control de los propios usuarios pareciera un objetivo práctico y con posibilidades reales. Después de su encuentro con el Dr. Shadid, los organizadores originales formaron para dar forma a los estatutos de la cooperativa, procurando el consejo legal de una firma largamente asociada con cooperativas, Hciaghton, Cluck, Coughlin y Henry. Los organizadores también se abocaron a la recaudación de dinero y pronto 400 familias se comprometieron con u\$s 100.- cada una.

En “Practica grupal y Servicio Médico Pre-pago” el Dr. MacColl resume lo que esos tempranos realizadores fueron posteriormente: “Deseaban un sistema de atención medica familiar bajo un programa organizado en el cual los intereses del paciente y el medico fuesen paralelos y dirigidos hacia la finalidad de ofrecer buena atención, protección de

(*) *Sólo la intervención de la poderosa Unión de Granjeros y del Gobernador del Estado impidió que la Sociedad privase al Dr. Shadid de su licencia.*

la salud y servicios preventivos. Deseaban que todo el sistema fuese sostenido por pagos mensuales de un grupo de gente lo suficientemente amplio como para poder suscribir el costo de los servicios deseados”.

La Cooperativa tomó como filosofía rectora los cuatro principios básicos desarrollados en 1844 por un pequeño grupo de tejedores de Rochdale, Inglaterra:

- 1) Asociación libre, sin trato preferencial para los que fueron primeros socios;
- 2) Control democrático con un veto por cada miembro;
- 3) Ningún tipo de discriminación injusta, ya fuese religiosa, racial, política, etc.;
- 4) Funcionamiento dirigido a brindar servicio antes que ganancia.

A esta altura, la Cooperativa tenía un plan y algún rudimentario respaldo financiero. Sus organizadores necesitaban encontrar una forma de poner su plan en funcionamiento - debían encontrar médicos que desearan trabajar con ellos y medios para que el profesional pudiera desempeñarse.

Mientras la búsqueda se llevaba a cabo, los residentes de Kirkland decidieron que no estaban conformes con la atención médica que recibían y llamaron a una reunión de la comunidad. Recuerda el abogado Jack Cluck: “En el panel estaban el Sr. Messenger de la Administración de Seguridad Social, un estipendio para servicio médico otorgado por la Real Sociedad Médica del Condado; yo mismo representando a la Cooperativa, y un joven doctor llamado Sandy MacColl de un lugar llamado Clínica de Seguridad Médica. Hablamos sobre las erogaciones de la atención sanitaria y la audiencia terminó abalanzándose sobre el médico que representaba a la Sociedad Médica del Condado. Tuvo suerte de lograr salir de allí entero”.

Comenta MacColl: “La Cooperativa que Jack describió esa noche atrajo mi interés. Después del debate, ambos salimos a tomar una cerveza y a discutir las posibilidades de fusionar nuestras actividades. La Cooperativa era una organización dispuesta en busca de médicos y medios y la Clínica de Seguridad Médica era una organización de doctores con medios adecuados, que buscaba administradores y una base de población. Parecía casi inevitable que ambas se unieran”.

Después de muchas discusiones y debates, la Cooperativa estuvo en condiciones de comprar la Clínica de Seguridad y el Hospital de San Lucas a los médicos que hasta entonces eran sus propietarios y a su vez los médicos accedieron a trabajar para la Cooperativa por un sueldo. Para reunir el dinero adicional necesario para efectuar un primer pago, cada uno de los directores de la Cooperativa firmó pagares personales, algunos aun hipotecando sus casas para hacerlo. Además, ofrecieron a cada una de las familias que ya habían integrado una cuota societaria de u\$s 100.-, la posibilidad de volverse atrás si así lo deseaban y recibir de vuelta su dinero. Aproximadamente 330 familias de las 400 originales perseveraron en su decisión. La Cooperativa de Salud Comunal se convirtió en realidad el 1° de enero de 1947. Un hospital y una clínica provistos de un personal de 16 médicos entraban en funcionamiento, listas para proveer a sus miembros de una amplia cobertura de alta calidad.

Antagonismos con la Sociedad Médica.

La Cooperativa de Salud Comunal inició su actividad y comenzó a prosperar. La desaprobación que desde hacía tiempo manifestaba la Real Sociedad Médica del Condado por cualquier tipo de práctica por contrato se endureció en una activa oposición hacia

la Cooperativa. Sus médicos fueron excluidos como miembros de sociedades médicas locales y nacionales, de posiciones en el personal de hospitales, de clases de educación de postgrado y de la posibilidad de obtener certificados de especialización aunque estuviesen habilitados por otros medios.

Sin el hospital de San Lucas, adquirido como parte de la Clínica de Seguridad Médica, a la Cooperativa le hubiera resultada difícil funcionar. A los médicos de su personal no se les permitía atender sus propios pacientes en ninguno de los hospitales del área. Cualquier miembro de la Cooperativa que necesitara hospitalización hubiera debido ser trasladado para su tratamiento a cualquier especialista fuera del personal médico de la Cooperativa. Esta hubiera perdido control sobre la calidad del cuidado que el paciente recibiera, la duración del periodo de hospitalización, los procedimientos médicos y los costos.

“Nuestros médicos trataron de negociar con la Sociedad Médica durante años sin lograr resultados”, comenta Hilde Birnbaum, quien sirvió 23 años en el Consejo de Administración de C.S.C. y cuatro años como presidente de la misma. “La política de la Sociedad Médica nos hizo difícil reclutar nuevos profesionales y puso trabas a nuestra aceptación por parte de la comunidad durante mucho tiempo. Finalmente, algunos cooperadores miembros de la C.S.C. manifestaron ante el Consejo que querían que demandáramos a la Sociedad Médica”.

El Consejo decidió ir a la corte en 1950. La Cooperativa tuvo como abogado a uno de sus propios miembros, Jack Cluk, un libertario civil acostumbrado a representar a cooperativas y al poder público. Un juicio de dos meses en la Corte Superior concluyó con un veredicto a favor de la Sociedad Médica. Sin embargo, un año después la Corte Suprema del Estado unánimemente revocó el veredicto original. Se ordenó a la Sociedad Médica desistir de su boicot. Ya no podía excluir a los profesionales médicos de la práctica hospitalaria y de ser miembro de dicha Sociedad simplemente porque ejercieran dentro de un plan de pre-pago. La Cooperativa obtuvo una gran victoria y junto con Cluk había establecido un precedente legal que ha beneficiado a consumidores a través de todo el país, que han tratado de organizar sus propios programas de servicio médico.

Hoy en día, más del 75 % de los profesionales médicos de la C.S.C. son miembros de la Real Sociedad Médica del Condado. El Dr. William F. Spence, interno y oncólogo de la Cooperativa, sirvió en 1913 como 91° Presidente de la Sociedad y el Dr. Roberto Bordeau, cirujano, actuó durante varios periodos en el Consejo de Administración de la misma.

Pero los problemas de la Cooperativa no se solucionaron simplemente porque hubieran ganado la disputa con la Sociedad Médica. En realidad, los años que siguieron a la decisión de la Suprema Corte del Estado en favor de la Cooperativa podrían bien ser considerados como los más difíciles que tuvo que afrontar.

Problemas de organización

Con el desarrollo llegaron problemas cada vez más complejos. Un buen ejemplo fue una disputa entre el Directorio y el personal médico sobre el procedimiento a seguir en la contratación y despido de los profesionales.

El cuerpo médico pensaba que debía ser de su decisión que profesional debía ser contratado y cual despido. El Directorio consideraba que él debía dar la palabra definitiva sobre toda cuestión relacionada con el personal. La disputa hizo erupción cuando un médico que había sido despedido por el cuerpo médico apeló ante el Directorio.

Aunque el Directorio no reincorporó al médico en cuestión, le permitió renunciar, le acordó un pago adicional de seis meses y reconvino al cuerpo médico por excederse en su autoridad. También tuvieron encontronazos sobre varias e importantes decisiones subsecuentes respecto del personal. Hacia 1953, después de que el Directorio forzó al administrador general de la cooperativa a renunciar, a pesar de las protestas del personal médico, el conflicto estalló en crisis.

Por varios años Hilde Birnbaum había estado viajando con su esposo. Regresó a Seattle y a la Cooperativa durante este periodo. “El tono de las reuniones de Directorio era entonces terrible”, recuerda. “Se aullaban unos a otros y golpeaban los puños sobre la mesa. Todos gritaban, nadie escuchaba”.

El Directorio constituyó una comisión temporaria, formada por abogados y doctores, para resolver las disputas. Esta comisión recomendó el nombramiento conjunto por parte del Directorio y del plantel médico, de un único director ejecutivo como administrador.

Se nombró al Dr. MacColl, quien aceptó a regañadientes, dejando en claro que consideraba este nombramiento como temporario y que deseaba que el Directorio continuara con la búsqueda para un reemplazo permanente.

“El Directorio necesitaba un interprete profesional que evaluara para ellos las pautas y nivel de calidad en la atención médica”, comenta el Dr. MacColl. “El plantel médico por su parte necesitaba de alguien que a su vez también pudiese interpretar las necesidades de la política administrativa: yo satisfacía ambos requerimientos. Pese los siguientes 3 años tratando de apaciguar los ánimos de todos, de mantener la paz y al mismo tiempo llevar adelante la tarea de la Cooperativa”.

"La Cooperativa crecía rápidamente por entonces y debíamos lograr expansión para satisfacer la demanda", comenta un miembro del Directorio.

"El Directorio, el Director Actuante Dr. MacColl y el plantel médico debían caminar cautelosamente en un campo minado de asuntos explosivos de manera que la cooperativa pudiese continuar brindando un servicio médico de primera línea a un número creciente de asociados. Una mirada retrospectiva indica que algunas personas avanzaron por el campo minado mucho mejor que otras. Unos pocos estaban continuamente en un estado de indignación respecto de asuntos sin resolver. Pasamos un montón de tiempo oyendo a personas arrebatadas, tanta del plantel médico como del Directorio, encolerizadas unas contra otras. Se hizo claro entonces que se necesitaba un mecanismo que permitiera resolver los asuntos controvertidos presentándolos en una forma lógica y discutidos ya sus méritos”.

Ese mecanismo resultó ser el Comité para la Conferencia de Enlace. Se estableció en 1954 sobre una base permanente, aligerando así las presiones del Directorio, el plantel médico y el Director actuante. La Conferencia de Enlace está constituida por igual número de miembros de ambas partes. Es responsable de mantener las relaciones profesionales entre la Cooperativa y el cuerpo médico. Todos los asuntos polémicos, tales como la contratación del personal, salarios, decisiones del personal médico, relaciones medico-paciente, calidad del servicio médico, se analizan primero en el seno del comité, que trata de alcanzar decisiones aceptables tanto para el Directorio como para el personal médico.

El Comité para la Conferencia de Enlace forjó una unión y reinstauró el espíritu de compromiso y respeto que originalmente había caracterizado a la Cooperativa, desde

sus comienzos. Se constituye así en un símbolo de lo que significa la cooperativa: diversos grupos que se unen en un esfuerzo por alcanzar un objetivo común: brindar un servicio de atención de la salud amplio y bajo el control del propio consumidor.

Crecimiento: una espada de doble filo.

La estabilidad y los buenos resultados trajeron aparejados otros problemas. Un tema que fue simultáneamente signo de prosperidad y causa de inquietud fue el crecimiento.

“Pasamos de 600 miembros en 1947 a una asociación de casi 300.000, hoy en día”, dice Hilde Birnbaum. “Nuestro presupuesto operativo creció de la nada a más de u\$s 100 millones anuales. Pero, algunos miembros protestaban con cierta frecuencia que estábamos creciendo demasiado y perdiendo en este proceso el espíritu cooperativo que nos animaba. Otros creían que los intentos para disminuir este crecimiento conducirían en última instancia al estancamiento y el incremento de costos. El Directorio trató de planificar para el futuro pero durante los años 50 y 60 con frecuencia el crecimiento parecía controlarnos a nosotros en lugar de ser a la inversa”. “Debíamos actuar en forma equilibrada - recuerda otro miembro del Directorio - planificando cuidadosamente para asegurar que el número de asociados no sobrepasara la capacidad de servicios y personal. Por el otro lado, no queríamos estructurar mayores servicios hasta que hubiera una necesidad establecida”.

La necesidad de expandir los servicios parecía de nunca acabar

La Cooperativa remodeló el viejo Hospital San Lucas en Capitol Hill por lo menos dos veces antes de anexar un ala y finalmente construir un nuevo hospital al lado.

Pero la Cooperativa no tenía simplemente la intención de expandirse en una monolítica institución en Capitol Hill. Desde sus mismos comienzos, el Directorio planeó desarrollar centros médicos de área, posibilitando a la gente la obtención de servicios en los lugares donde trabajaban y vivían.

El número creciente de afiliados forzó este plan a sus límites. Los centros médicos de área no pedían ser construidos lo suficientemente rápido como para responder a la demanda. Particularmente, en los años 60, los medios en Capitol Hill resultaron sobrepasados siendo éste uno de los factores causantes de algún conflicto con el Consejo Comunal de dicha ciudad. “Queríamos asegurarnos de que la Cooperativa de Salud Comunal no transformase a Capitol Hill en un gran hospital o algo peor, en un gran lugar de estacionamiento para el hospital”, comenta un residente de la localidad. Gradualmente los centros médicos de área fueron construidos y comenzaron a cubrir los servicios de sus propias comunidades. Se adquirió un Centro médico en Renton en 1950 y nuevos medios se construyeron en Northgate en 1958, en Burien en 1964 y en Olive Way en 1969. En 1971, se construyó el Centro de Salud Familiar de Capitol Hill separadamente del Hospital. Lynnwood tuvo su Centro en 1971, Olympia en 1972, Eastside en 1974 y Federal Way en 1975. El Hospital y Centro Especializado de Eastside fue construido en 1977 COMO una continuación del plan de la Cooperativa de descentralizar los servicios para mantener una atención personal y factible de ser manejada.

Para evitar, sin embargo, una duplicación costosa, algunos servicios debieron continuar centralizados. En 1977 en Renton se construyó un Centro de Distribución y Servicios de Mantenimiento, punto medio de apoyo logístico para el sistema de la cooperativa. El centro contiene un laboratorio de alto volumen, un centro de manufacturación de elementos ópticos,

una imprenta, una unidad de elaboración de productos farmacéuticos, un centro de cómputos, un depósito de almacenamiento de suministros de farmacia y un área de archivo de datos.

Financiación

La expansión de los medios de la cooperativa es destacable considerando que ni los aportes de sus miembros ni las cuotas de sus asociados cubrían los costos de la expansión edilicia y el respaldo financiero externo que la Cooperativa podía obtener no era mucho, hasta 1967 en que le fue otorgada una pequeña subvención por parte del Fondo Federal Hill-Burton.

Rudy Malzan, quien manejó las finanzas de la Cooperativa desde la fundación hasta su retiro en 1974, recuerda la frustración de tratar de obtener un préstamo bancario: “Nadie nos tomaba en consideración”, dice “Las instituciones financieras en esos días, no consideraban como riesgos aconsejables a las organizaciones sin fines de lucro, especialmente hospitales e iglesias. Mirando la cuestión desde su punto de vista no los puedo culpar. Si nosotros caíamos en incumplimiento, ¿cómo podrían ellos recuperar un hospital”?.

Afortunadamente esta falta inicial de interés por parte del mundo financiero no resultó ser un factor crítico en la historia de la cooperativa. Sus miembros afrontaron esta circunstancia adquiriendo bonos para financiar los costos de construcción. De la primera serie de bonos de 1947, que ayudó a los inicios de la Cooperativa de Salud Comunal, a los bonos de la Serie S, que se adquieren ahora, estos han provisto a la cooperativa de una alternativa ante los préstamos a altos intereses o inobtenibles de las instituciones financieras.

Prosperidad más que finanzas

Naturalmente, habían otros factores determinantes de la prosperidad de la Cooperativa además de la habilidad para generar su propio financiamiento. Uno de los más importantes era la calidad de gente que la Cooperativa había atraído, tanto en el Directorio, su administración y personal médico. La Cooperativa de Salud Comunal se convirtió para muchos no sólo en un método innovador de brindar servicio médico, sino en un mayor compromiso con la vida. Jim Evens, primer presidente de la cooperativa, habló sobre la mucha gente que había virtualmente vivido la Cooperativa de Salud Comunal, poniendo considerable impulso, energía y talento en hacer que funcionara aun en los momentos en que esto pareció una tarea ingrata y árida.

¿Qué los atrajo? El Dr. Ward Miles, médico integrante de la familia de la cooperativa desde 1954 y jefe del plantel médico en el Centro Médico Olimpia desde su apertura hasta su renuncia en 1975, tiene algunas ideas sobre el tema.

“La Cooperativa me ofreció la chance de ejercer en una comunidad, junto a otros doctores y no en competición con ellos”, dice. “Los médicos de la Cooperativa de Salud Comunal piensan en términos de una comunidad a la que brindar atención más que a individuos que nos pagan cuando se enferman. Lo que generalmente ocurre en la medicina americana es que cada doctor se preocupa de brindar la debida atención a sus propios pacientes. En la cooperativa intentamos pensar que tenemos la responsabilidad de cuidar de toda nuestra población y no cada doctor cuidar de sus pacientes solamente e ignorar al resto”.

“Otra cosa - la cooperativa le paga a la gente que trabaja en ella sobre la base de su preparación y su experiencia. Esto es muy diferente de la práctica tradicional donde los cirujanos están siempre en el tope de la escala y los médicos de familia al final”.

“La Cooperativa de Salud Comunal es una clase diferente de organización”, continúa. “Su estructura ha sido flexible, su manejo compartido entre el directorio, la administración y el plantel médico. Ningún grupo ha predominado”.

Hilde Birnbaum tiene una visión similar. “La cooperativa es una organización fascinante”, dice. “Nosotros hemos tenido que desarrollar nuestro propio camino y nunca tuvimos modelos o estrategias establecidas para seguir. Hoy, cuando nos reunimos con la Comisión de Enlace de Acreditación nos dicen que no somos diferentes y nosotras contestamos que sí. No pueden entender del todo como todas las partes - asociados, estructura del distrito, Directorio, comités de Directorio, personal médico y administradores - convienen juntos”.

“El control por parte del consumidor es lo que convierte a la Cooperativa de Salud Comunal única entre las organizaciones para el mantenimiento de la salud”, afirma el Dr. William MacColl, pediatra asociado con la cooperativa desde sus comienzos. “A los efectos de establecer comparaciones, observemos otros planes de servicio prepago, dirigidos por directorios que se perpetúan a sí mismos en lugar de directorios elegidos por los consumidores. Si un grupo de consumidores plantease a ese directorio la necesidad de una clínica de salud mental, se les sugeriría probablemente dirigirse a los servicios comunitarios. Cuando los miembros de la Cooperativa de Salud Comunal se interesaron en la formación de un servicio de este tipo, se organizaron junto con gente del distrito y llevaron la propuesta al Directorio. El Directorio de turno encargó a un comité la elaboración de un informe de posibilidades y luego los consumidores presentaron su propuesta en la reunión anual de asociados, donde fue aprobada. Lo mismo ocurrió con la cobertura de práctica anticonceptiva. Los consumidores la pedían, se organizaron, convencieron a otros y la obtuvieron por veto popular. La cooperativa no es de ninguna manera una organización perfecta pero la gente que se preocupa puede tener impacto aquí”.

Presente y Futuro.

La exploración y la evaluación continúan en la cooperativa. A nivel nacional, organizaciones de salud como la Cooperativa de Salud Comunal están ya a la vista de la opinión pública. Es más, la gente comprometida con la Cooperativa de Salud Comunal, la más grande y próspera en este tipo de planes de salud, no parece pasar demasiado tiempo pateándose unos a otros. Se habla mucho más sobre los desafíos futuros que sobre los logros del pasado.

Don Brennan, primer vicepresidente ejecutivo de la Cooperativa ve un cambio en las estrategias que la cooperativa está usando en la planificación para el futuro. “En el pasado, la cooperativa ha tenido una acelerada norma de crecimiento”, explica. “La planificación procuraba responder a este crecimiento, y en esos días significó construir más medios. Hoy día, el real desafío no es tanto incrementar los medios sino concentrarse en la planificación de la capacidad para brindar la atención médica. Los medios resultan ser una consecuencia de la forma en que se brinda atención a la salud en lugar de ser a la inversa”.

Brennan cree que la Cooperativa debería continuar delegando mayor responsabilidad a los centros médicos de área. “Es la mejor manera de continuar dejando espacio para el crecimiento y aun así, al mismo tiempo, evitar la despersonalización de una gran institución”.

“Calidad de atención, control de costos, y la satisfacción del consumidor son temas claves”, continúa Brennan. “La atención debe ser amplia y brindarse a los niveles apropiados. Esto significa que no sólo nuestra política de detección temprana y diagnóstico es una im-

portante estrategia de prevención en salud, sino también que debemos hacer más para educar a los consumidores para que mantengan y mejoren su salud ellos mismos”.

“Gastamos u\$s 80 millones/año en atender a la gente y un par de cientos de miles de dólares tratando de educarla sobre cómo usar el sistema y cómo administrarse propia atención. Debemos lograr un mayor compromiso hacia la educación en el cuidado de la salud. Mientras los consumidores confían en nosotros para brindarles la atención que podrían administrarse a sí mismos, y tratar enfermedades que podrían ser fácilmente prevenidas con cambios en el estilo de vida, los costos en la atención médica van a continuar elevándose”.

“La satisfacción del paciente es otro tema extremadamente importante. Los pacientes desean que continuemos en la búsqueda de caminos para una mejor evaluación en la calidad en la atención médica. Desean que dicha atención sea oportuna y quieren ser tratados con cortesía y respeto. Desean poder solicitar una cita para cuando la necesitan y tener su propio médico personal”.

“Continuamos trabajando duro para mejorar nuestro sistema a fin de hacerlo más accesible y conforme a éstos intereses”.