

La Cooperativa de Usuarios de Salud en Seattle (EE. UU.)

*Marcos Buchbinder**

En el mes de septiembre de 1994 visité la cooperativa de atención médica de Seattle, en el Estado de Washington en los EE.UU.

¿Cuál era el interés que podía tener un argentino médico y cooperativista en esa visita? Los motivos podían ser múltiples, pero se destacaban por lo menos dos: a) esta cooperativa de usuarios de servicios de salud, había crecido enormemente y era uno de los proveedores importantes de atención médica no sólo en su Estado, sino también en todo el país y esto lo destacaba la prensa nacional y también las publicaciones cooperativistas del mundo; b) esta cooperativa se destacaba también por la calidad de las prestaciones tanto curativas como preventivas, cuestiones que tenían publicaciones frecuentes en la prensa médica de los EE.UU. Estos eran los fundamentos de nuestra expectativa y debo adelantar que esta fue satisfecha ampliamente.

Los orígenes

La GHC (Group Health Cooperative) fue fundada en el año 1945, en la ciudad de Seattle, capital del estado de Washington, EE.UU., por un grupo de personas que se enfrentaban ante un conjunto de problemas al que no le habían encontrado solución. En el país, resolver correctamente los problemas de atención médica, era sólo una aspiración para ricos. En los EE.UU., no existía el seguro nacional de salud, los seguros privados eran muy caros y concurrir al médico implicaba importantes erogaciones, a las que había que sumar los gastos en internación o estudios especiales o medicamentos. El tratamiento de una enfermedad importante podría significar el consumo del ahorro de toda un vida, la bancarrota para la familia, perder la vivienda, quedar endeudado para siempre, etc.

El grupo de personas que fundó la cooperativa, tenía experiencia de participación en otras organizaciones. Provenía de sindicatos, cooperativas, grupos de agricultores, etc. Estaban acostumbrados a trabajar junto a otra gente en objetivos comunes. En realidad, las raíces se deben buscar en la década del '30, una época en la que no había atención médica ni del gobierno ni de los empleadores. En esa época la gente que era miembro de las diversas cooperativas de consumo de la zona, comenzó a pensar en una cooperativa de atención de la salud como otro camino para que los consumidores pudieran obtener control sobre el manejo y costo de las necesidades de vida.

En 1929 se fundó una de las pocas cooperativas médicas en los EE.UU., por el Dr. M. Shadid. Este médico concurrió a Seattle para hacer propaganda de la idea. Ahí contactó con diferentes personas de la ciudad que se interesaron por la cuestión.

(*) *Médico de la Municipalidad de Buenos Aires. Asesor de COMI Coop. Ltda. Consejero de IDELCOOP.*

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial aquel grupo de personas, tuvo la visión de un sistema de atención médica cooperativo de tipo prepago. Aunque los miembros fundadores probablemente no hubieran podido medir el tamaño y alcances de GHC hoy en día, era de todas maneras un grupo de gente optimista y no esperaban el fracaso. Para la comunidad en general en aquel entonces, ese optimismo parecía injustificado. Los fundadores no tenían fuentes de provisión de capital. Los bancos dudaban en prestar dinero aun a los hospitales que funcionaban exitosamente, mucho menos lo harían con un grupo estructurado por un camino no tradicional como es una cooperativa.

Una tarea difícil inicial fue encontrar a los médicos que atenderían a los pacientes de la cooperativa. En aquellos tiempos, en los EE.UU. se consideraba que la esencia de la medicina en el país consistía en el pago por servicio. Es decir, cada acto médico (consulta, operaciones, etc.) debía ser pagado. No se concebía como adecuado ningún otro tipo de trato, como ser el trabajo por un sueldo, por un monto fijo, o una cápita. Cualquier trato que se hiciera fuera de la norma de pago por servicio, podría ser condenado por las organizaciones médicas, y los profesionales podrían ser condenados al ostracismo. Sin embargo, pudo ser localizado un grupo de médicos que consideró adecuadas las propuestas de la cooperativa y así se pudo constituir el primer equipo médico. Estos médicos fueron excluidos de las organizaciones médicas locales hasta 1951, en el que una resolución de la Suprema Corte del Estado ordenó la reincorporación de los médicos de la cooperativa. También en aquella época la cooperativa, sus fundadores y el equipo médico tuvo que sortear otro problema. En plena época del surgimiento del macarthismo se los acusó de izquierdistas y de prácticas reñidas con el modo de vida norteamericano.

La idea de organización de la atención médica por parte de la cooperativa era novedosa (aunque no fue inventada por ellos). El sistema habitual en los EE.UU. era que el paciente compraba un seguro de enfermedad y pagaba un premio anual. En caso de enfermedad, concurría al médico y el arreglo económico con este (o con el hospital, clínica, etc.) era pagar por los servicios que le otorgaban. Este sistema estimula la realización de procedimientos y prestaciones. Esto en muchos casos podía significar que se le hicieran al paciente tratamientos no claramente necesarios. Esta conducta no sólo perjudicaba a muchos pacientes, sino también producía inflación en el costo de seguro, en consecuencia en el costo de los premios y fue uno de los motores (no el único) que empujó hacia arriba el costo general de la atención médica en los EE.UU. Hay que tener en cuenta que en la concepción del seguro individual de salud, subyace el concepto que la salud es un problema del individuo y está en él decidir si quiere encararlo o no. Esta concepción coincide con la mitología del papel del individuo en la formación de los Estados Unidos. Aplicando estos criterios, en este país no existió el seguro nacional de salud. Porque, siempre siguiendo aquella concepción, sería una imposición y una restricción a las libertades individuales. Estos criterios contrastan con el que se siguió en los países desarrollados de Europa y Canadá, donde privó la concepción del cuidado de la salud como un deber y un derecho colectivo de la sociedad. La consecuencia fue la creación de los diversos sistemas nacionales en Europa y Canadá (seguro o servicios) que proveyeron atención de la salud a toda la población. Hoy en día se puede observar cómo en estos últimos países los indicadores de salud son mejores que en los EE.UU. y que, además, se gasta menos.

Como señalábamos anteriormente, el costo creciente de la medicina no estaba al alcance de gran cantidad de ciudadanos. Si observamos el sistema que estaba en vigencia, en los hechos había una separación entre el financiamiento de la atención médica, que

era manejado por grandes empresas de seguro y la prestación de la asistencia que estaba a cargo de médicos en forma individual o grandes hospitales o instituciones.

La propuesta de la cooperativa fue unir estos dos aspectos (la prestación de la atención médica y su financiamiento) en una sola organización. En consecuencia, lo que se creó fue una HMO (Health Maintenance Organization). Los asociados a la cooperativa pagaban para tener derecho a la atención médica, una cuota mensual. A cambio de ella, recibirían atención médica. La cooperativa contrataría médicos a quienes se les pagaría un sueldo. La cooperativa también construiría sus propias instituciones para internación o para tratamientos especiales y diagnóstico. Con esta metodología se intentaría bajar el costo de la atención médica mejorando su calidad.

¿Cuáles son los resultados a cincuenta años de distancia?

GHC es la más grande organización de atención de la salud gobernada por los consumidores en los EE.UU. Es una cooperativa. Tiene un Consejo de Administración de 11 miembros. Tiene casi 500.000 personas en cobertura. Una de cada 8 personas en el Estado. GHC es apreciada en todo el país como uno de los ejemplos de cómo puede, en las condiciones de los EE.UU., resolverse el problema de la atención médica, con alta calidad y a un costo razonable.

Los usuarios de GHC tienen derecho a ser atendidos por un médico de cabecera, que cuida su salud, tienen derecho a todos los servicios de una atención médica moderna que cubre todas las áreas de aquella y a una gama muy amplia de servicios preventivos. Y además, tienen derecho a participar en la conducción de los destinos de la cooperativa.

Participación de los consumidores

Los consumidores, tienen diversos caminos de participación. El sólo hecho de comprar un plan de atención médica, no otorga los derechos a participar en el gobierno de la cooperativa. Por lo tanto, a todo consumidor, como asimismo a los empleados, se los invita a ser asociados a la cooperativa. La condición inicial es abonar una tasa no retornable de US\$ 25. Los privilegios de los asociados se extienden automáticamente a todos los consumidores cubiertos por los planes individuales o familiares. Incluso los consumidores que están bajo un plan institucional, pueden ser asociados a la cooperativa.

Los asociados a la cooperativa tienen derecho a elegir y ser miembros del Consejo de Administración (tanto si el plan lo pagan ellos de su bolsillo o si lo paga el empleador), y pueden enviar proyectos de resolución y enmiendas al Reglamento, para ser considerados en la Asamblea Anual Ordinaria que se realiza todos los años, en Abril.

La cooperativa está gobernada por un Consejo de Administración electo, en la Asamblea Anual, por los asociados. Además, la cooperativa tiene una larga tradición de participación de los asociados en las tareas de conducción, no sólo a través de la elección y participación del Consejo de Administración, sino también en la red de organizaciones creadas a tal fin.

El Consejo de Administración, entre otras tareas, establece los alcances de los planes de atención de la salud, los términos de los contratos y los precios de los servicios de la Cooperativa, supervisa la viabilidad financiera de la cooperativa, contrata a los gerentes

ejecutivos, y establece las políticas y reglas en los que la cooperativa es conducida. Todos los miembros con derecho a voto pueden ser miembros del Consejo de Administración. Los empleados de la Cooperativa o quienes prestan servicios profesionales, pueden votar pero no ser consejeros. El Consejo de Administración tiene diversos comités permanentes o ad hoc para ayudar a establecer las políticas y reglas de la cooperativa. A los comités se les delega, por ejemplo, los objetivos comerciales a corto y largo plazo, las revisiones recomendadas de la política de la cooperativa, asegurar que la calidad de los servicios se mantenga alta, monitorear la viabilidad financiera de la GHC, y el desarrollo y supervisión de los programas cooperativos.

Esta estructura de comités permite que un amplio número de consumidores participen en la toma de decisiones. Muchos de los consumidores que están en los comités fueron elegidos por su experiencia en el área de la competencia de aquél. Los gerentes profesionales reciben valiosa información de estos consumidores sobre la viabilidad de los programas o en la metodología de la resolución de los problemas.

La mayoría de los comités están compuestos por consejeros, por otros consumidores (tanto asociados como no asociados), médicos (recomendados por el Director Médico) y gerentes (recomendados por el presidente y el Gerente general).

Se pueden mencionar algunos de los comités como el de **Auditoria** que supervisa la auditoria, tanto externa como interna, y recomienda políticas en la materia, especialmente sobre el tema de los riesgos financieros, el de **Finanzas** que supervisa los recursos financieros de la cooperativa, recomienda políticas en temas relacionados con los aspectos financieros del plan estratégico, el presupuesto anual, deudas, etc. El **Comité de Gobierno** recomienda políticas en temas relacionados con la Asamblea Anual, la estructura de gobierno, la educación cooperativa y sobre los grupos de interés especial. Supervisa los aspectos de gobierno del plan estratégico. Comité de **calidad de los servicios**, supervisa el desarrollo de las políticas relacionadas con la calidad concerniente a los servicios para internación y ambulatorios, provistos por la cooperativa y monitorea ciertos programas de salud.

Además, existen 3 Consejos Regionales que asesoran y asisten al Consejo de Administración en la conducción de los problemas de la región que incluyen la relación con el equipo médico, los hospitales, centros especializados. Estos consejos están también formados por consumidores, consejeros, y representantes de la administración, el cuerpo médico y de enfermería. Además, cada centro médico tiene un consejo de gobierno, que está compuesto por nueve miembros consumidores electos en asamblea, el gerente, el médico jefe, y el jefe de enfermería. Estos centros médicos, además, realizan su asamblea anual, donde se consideran los temas de interés para los consumidores que, en general, están relacionados con las funciones de gobierno de aquellos.

Además, los consumidores han formado grupos especiales sobre diversos temas, con el objetivo de influenciar las políticas de GHC. Por ejemplo, el de salud mental, que aboga por el mejoramiento y extensión de la atención psiquiátrica; el de atención a la tercera edad; o el de la mujer que aboga por las necesidades de salud de las mujeres de GHC en áreas como elección en la reproducción, educación menopáusica, educación nutricional, etc.

¿Cuáles son los motivos de quejas de los usuarios y cómo es en la práctica el mecanismo a través del cual, éstas pueden llegar a los organismos de conducción? Un motivo

habitual de queja es que se autoricen determinados tipos de trasplantes. Los planes de atención de la cooperativa cubren todos los aspectos de la atención médica. Incluso los trasplantes de órganos. Esta es una rama muy novedosa de la medicina y su costo es muy alto. La cooperativa cubre únicamente los trasplantes que han superado los pasos experimentales. No es raro que pacientes o sus familiares, reclamen la realización de algunas de estas operaciones todavía no probadas totalmente. Y, en consecuencia, llegan con el reclamo a los diversos comités y al propio Consejo de Administración. Los consejeros se reúnen reiteradamente con los pacientes y sus familiares tratando de llegar a un acuerdo que, en general, se logra.

Como señalamos anteriormente, la cooperativa es conducida por un Consejo de Administración de 11 miembros que es electo en una Asamblea Anual que se realiza durante la primavera. La asamblea del año 1994 fue citada en un día sábado, en el campus de la Universidad de Washington. En los hechos, se organiza como un evento de la ciudad, el folleto de invitación lo expresa así: "La asamblea anual es, en parte, una reunión de la ciudad, en parte un seminario, en parte una feria. Es también la ocasión para debatir temas que afectan el futuro de la cooperativa y de la comunidad. Además, Ud. puede elegir los miembros del consejo de administración de GHC, los 11 miembros del grupo de consumidores que establecerán las políticas para la cooperativa. Los temas estrella para la asamblea: resolución antiviolencia, que llama a tomar la iniciativa para construir una coalición de la comunidad para prevenir la violencia. También establece que la cooperativa sostenga una legislación que haría ilegal para personas menores de 21 años poseer o portar revólveres sin supervisión de un adulto". En el temario también se incluyen modificaciones del estatuto, la elección del consejo de administración. Todo esto realizado en un clima de picnic o de fiesta.

En la elección del Consejo de Administración no sólo votan los que están presentes en la Asamblea Anual, sino también los que quieran hacerlo por correo, a través de un sistema de doble sobre, que puede enviarse hasta 3 días antes de la realización de aquella.

¿Cómo se brinda la atención médica?

El plantel médico de GHC está compuesto por 900 médicos, en el que están representadas todas las especialidades. Estos 900 médicos que trabajan full time para la cooperativa, cobran a través de un salario, y aunque la cooperativa debió contratar otros grupos médicos para la atención de pacientes en zonas alejadas, aquellos son el núcleo central. Los médicos son seleccionados tratando que coincidan con la cultura de la cooperativa.

Luego de ser contratados, los médicos tienen el máximo monto de libertad en la toma de decisiones clínicas. El Dr. Truscott, jefe médico de la cooperativa, dice que los profesionales están motivados por objetivos personales más que por el dinero.

Luego de ser contratados, los médicos de GHC enfrentan un período probatorio de dos años, al final de los cuales un 10% de ellos abandona la cooperativa. La tasa de rotación de médicos es de un 2-3% en la cooperativa luego de los dos primeros años, un dato que está por abajo de la tasa nacional que es de un 5-12%.

Los médicos en la cooperativa tienen una evaluación anual que analiza seis categorías de temas:

* Calidad técnica de la atención: ¿Cómo es su competencia técnica?

* Calidad de servicios: ¿Cuánto tiempo le dedica a cada paciente? ¿Escuchan a sus pacientes?

* Manejo de la dinámica del consultorio: ¿Hacen esperar demasiado a cada paciente?

* Relaciones con los pares: ¿Cómo se llevan con los otros miembros del cuerpo médico?

* Contribución a la organización y a la comunidad: ¿Es el médico socialmente responsable? ¿Participan en los trabajos comunitarios en los comités o en su vecindario?

En GHC los médicos no tiene incentivos económicos para atender más pacientes que el que su tiempo de trabajo le permite. Esto ayuda a que tengan organizado su trabajo como para respetar el tiempo que se le dedica a cada paciente.

Es interesante señalar que en los EE.UU. existe un sistema de certificación para los médicos de la especialidad respectiva, que si bien no es una barrera para poder desempeñarse en las instituciones, un alto número de médicos certificados señala, en cierto aspecto, un criterio de búsqueda de la excelencia. GHC logró un alto nivel en este sentido, ya que el 90% de los médicos tienen el respectivo certificado, cuando para la nación el promedio es de un 60%.

Calidad de los servicios

Uno de los grandes desafíos de los últimos años para la cooperativa fue la de poder enfrentar el proceso de crisis de la atención de la salud y la necesidad de reducción de costos, manteniendo los niveles de calidad. Quienes dirigen GHC sostienen que las únicas instituciones que están en condiciones de poder cumplir este desideratum es el tipo de organización que tiene la cooperativa.

En 1992 un grupo de trabajo de la cooperativa desarrolló y recomendó políticas de actualización para mejorar la calidad en la actividad. Señala que la misión de GHC es elevar el bienestar de los pacientes y otros consumidores brindándoles atención de la salud y calidad y a un costo adecuado. La calidad tiene tres aspectos:

1. Calidad del trabajo clínico y técnico.
2. Calidad de los servicios recibidos, tal como son percibidos por los consumidores.
3. La calidad de la organización, sus sistemas y procesos.

En todos los niveles de la organización los principios y técnicas de la calidad total son aplicados como un medio principal para lograr cumplir la misión de GHC.

El análisis de algunos temas ponen en evidencia la preocupación de la cooperativa por mantener un alto nivel de calidad. Hemos elegido algunas cuestiones que pueden dar una idea de las preocupaciones y cómo se han resuelto:

Cesárea: La meta para el año 2000 del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos es que la tasa de cesáreas sea menor al 15%. La tasa de GHC para el período 91-92 es de 17,8% que es sustancialmente, más baja que la tasa nacional de 23,5%.

Nacimiento de niños de bajo peso: En la cooperativa la incidencia es de un 4%, mientras que en el Estado es de 5,1% y en el país es de 7%.

Mamografía: Más del 56% de las mujeres en GHC que tienen entre 52-65 años, se han realizado una mamografía en los últimos 2 años, y el 84% de las mujeres mayores de 50 años, han tenido por lo menos, una mamografía en sus vidas. La meta de los EE.UU. para el año 2000 es que el 60% de las mujeres mayores de 50 deban hacerse una mamografía en los 2 años previos.

Cáncer de mama avanzado: La tasa de cáncer de mama de baja evolución es una buena medida, de un programa de detección. La tasa en GHC de cánceres avanzados de mama de 3 cm o más, es de 5,8 por cada 10.000 mujeres mayores de 50 años. Puede compararse favorablemente con la tasa de la comunidad en general que es de 7,1 por 10.000.

Pap: Las tasas altas de Pap ayudan a reducir la incidencia de cáncer cervical invasivo. Un 59% de las mujeres en una encuesta hecha en 1991, mostró que se habían realizado un pap en los últimos 12 meses. El dato nacional comparable es de un 48%.

Vacuna contra la gripe: El programa de vacunación de GHC logró llegar con esta vacuna al 65% de las personas mayores de 65 años. La tasa de los EE.UU. fue de un 20%.

La cooperativa y las tareas de prevención

Para la cooperativa la prevención es una de las cuestiones principales. Incluso desde su fundación y también con el correr de los años, se planteó que esta sería una de las tareas que la distinguiría del resto de las organizaciones de atención médica de los Estados Unidos. Nos parece útil, por su elocuencia, la transcripción de la opinión de uno de los responsables del Departamento de Atención Preventiva de la cooperativa: "No sabemos si el costo de realizar el rastreo a millones de mujeres para descubrir los signos tempranos de un posible cáncer de mama, es menos caro que tratar los miles de casos de cáncer avanzados que se desarrollarían si los programas de rastreo no existirían. La mujer en la cual el cáncer temprano de mama es curado, puede vivir otros 20 años. Ella generará costos de atención médica durante todo el tiempo, y su muerte, cuando ello ocurra, puede no ser menos cara que haber muerto de cáncer. Pero así y todo, no se podría argumentar contra la inversión en este tipo de tratamiento preventivo. Nuestro énfasis es en el tratamiento apropiado y no en el costo en sí".

La cooperativa creó en 1983 el Centro de Promoción de la Salud. Este Centro es el núcleo de la Cooperativa para investigar, probar y ofrecer los programas preventivos que tengan que ver con los problemas comunes de salud, como el fumar y el colesterol, o temas urgentes de salud como el Sida y abuso de drogas.

El Centro desarrolla 40 programas diferentes que pueden encuadrarse en tres categorías:

* **Programas para mejorar la salud de los usuarios de GHC.** Dentro de este capítulo se pueden encontrar las actividades como el control de la hipertensión, control de la obesidad, la prevención de las formas avanzadas del cáncer de mama, programas para la tercera edad que tienen como objetivo que las personas conserven su salud y su independencia. Dentro de este grupo de tareas preventivas, se señala como muy importante la recepción de los nuevos asociados. La mayoría de los usuarios son adultos y niños

sanos. Aparte de los exámenes de rutina, estos usuarios contactan con la cooperativa solamente a través de los programas de promoción de la salud. Los nuevos usuarios reciben un llamado personal del Centro de Promoción de la Salud. Se los ayuda a seleccionar un Centro Médico y el médico personal de atención primaria. Para ayudarlos en la selección, los centros médicos envían información con el perfil biográfico de cada médico disponible. También, a cada nuevo usuario se le realiza una encuesta sobre los temas generales de salud, alimentación, hábitos, etc.

* **Programas que enfocan en la comunidad y en los sitios de trabajo.** La cooperativa tiene una larga tradición de trabajo en la comunidad. Un aspecto saliente de esta actividad es el que se desarrolla en diversas empresas, principalmente en lo que se refiere a ayudar en el cambio del estilo de vida: tratar de eliminar de los lugares públicos el hábito de fumar, el abuso de alcohol, y tratar de aumentar los períodos de ejercicio físico disminuyendo los hábitos de vida sedentaria.

* **Investigaciones para evaluar la eficacia de los esfuerzos en promoción de la salud.** Estas investigaciones se realizan con distintas organizaciones, como la Universidad de Washington, la Kellog Foundation, etc. Estas investigaciones no están referidas sólo al área de actividad de la GHC sino también en todo el país. Temas actuales de investigación son por ejemplo, la Evaluación de la promoción de la salud en la comunidad que se está realizando en 25 comunidades del oeste de los EE.UU., evaluación de los programas de salud para la tercera edad, prevención del Sida entre consumidores de drogas, estudios sobre los efectos adversos de las vacunas en niños, evaluación de los programas de screening de mama, etc..

En las cuestiones de prevención la cooperativa se fijó objetivos para el año 2000. Resaltamos la metas en algunos de los temas principales:

* **Uso del tabaco:** Bajar la prevalencia de uso de tabaco entre los adultos de GHC de un 20% a 12,5% para el año 2000.

* **Abuso de alcohol:** Reducir el consumo de alcohol entre las personas mayores de 14 años a un promedio anual no mayor de 8 litros de etanol (equivale a 1,2 copas por semana).

* **Cáncer de mama:** Reducir la incidencia de tumores de 3 cm de diámetro o más, de 58,3/100.000 a 50/100.000.

* **Cáncer de cuello de útero:** Disminuir la proporción de enfermedad de estadio avanzado de 1,5% a 1%.

* **Cáncer de colon y recto:** Reducir la mortalidad a no más de 13,2 por 100.000 (la cifra actual es de 14,4 por 100.000) personas.

* **Dietas con alto contenido en grasas:** Reducir el monto promedio de la grasa de la dieta de un 38% a un 30%.

* **Sida:** Confinar la prevalencia de infección HIV a no más de 800/100.000 personas (estimado en 400/100.000 para 1989). Incrementar en un 50% el número de adolescentes y adultos que son asesorados durante las visitas rutinarias sobre los riesgos relativos a la conducta sexual y abuso de drogas.

Iniciativas de servicios a la comunidad

Con la obligación moral de mejorar la salud de la comunidad, GHC estableció en 1983, como un medio de formalizar una relación a largo plazo entre la cooperativa y las clínicas comunitarias, el Programa de clínicas de la comunidad. En 1983 el Consejo de Administración aprobó una política en promoción de la salud que decía: "GHC debe asumir liderazgo y un rol de defensa del mejoramiento del estado de salud de sus miembros y del público en general".

Los principios planteados estaban en relación a necesidades reales de la población como la atención de población de riesgo sin protección, proveer de servicios de intervención temprana y preventivos y de promoción de la salud, servicios de atención primaria, intensificar las oportunidades de actividades voluntarias para los empleados, staff y consumidores de la cooperativa.

Atención a las personas sin hogar: este proyecto incluye diversas iniciativas como por ejemplo la formación de equipos para la atención de los niños de estas familias, para proveer atención curativa y preventiva, por ejemplo la provisión de vacunas, exámenes oftalmológicos, etc.

La decisión de la cooperativa de incluir no asociados en los alcances de su actividad, generó alguna controversia. Un pequeño número de críticas, tanto de asociados como de profesionales, sostenía que la cooperativa sólo debía servir a la población correspondiente. Por otro lado, mucha otra gente en la cooperativa expresó su acuerdo y orgullo para continuar enfocando también el trabajo en la comunidad. Con la iniciativa de trabajo con la comunidad se hizo una gran difusión dentro de la cooperativa y así, se hizo palpable el gran apoyo que tiene dentro de la cooperativa. Se daba, como ejemplo, con un programa de prevención del Sida. Este programa se manejó sobre la base de personal voluntario, y tenía como objeto el entrenamiento de jóvenes como educadores de sus pares en la información para la prevención. Esta actividad recibió una gran respuesta dentro de la organización, tanto entre los asociados como entre el personal de salud.

¿Cuáles son los beneficios de la iniciativa de trabajo con la comunidad?

* Mejorando el estado de salud de la comunidad, mejorará el estado de salud de los asociados. La cooperativa atiende uno de cada ocho habitantes de la zona.

* Algunas actividades, como la prevención del Sida, de los accidentes, el abuso de alcohol y drogas, el uso del tabaco, son mejor llevadas a través de tácticas basadas en la comunidad que benefician tanto a los asociados como a la comunidad en sentido amplio. Temas como las personas sin hogar, la mortalidad infantil, las enfermedades prevenibles por vacunas, y la violencia, afecta la calidad de vida de la comunidad en su conjunto.

Las finanzas de la GHC

La cooperativa se convirtió, en el correr de los años, en una de las instituciones importantes desde el punto de vista económico en el Estado. Además, es uno de los principales empleadores de la zona. El presupuesto anual de GHC es de alrededor de 900 millones de dólares. Este presupuesto es mayor que el que destina a salud la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. El ingreso de GHC proviene en un 11% de personas que se afilian Indivi-

dualmente a los planes de atención individual o familiar. El 85% de los afiliados a los planes de atención médica de la cooperativa tiene planes que son pagados total o parcialmente por el empleador. En general, son empleados de grandes empresas de la zona que han confiado en la cooperativa la atención del personal que tienen a cargo. Entre estas empresas se puede mencionar a los 50.000 empleados de la fábrica de aviones Boeing.

Debemos señalar un tema que es muy conocido: en los EE.UU. el costo de la atención médica persiste en un incremento anual, que es alarmante. En el último período analizado llegó a un 14% del Producto Bruto Interno. En los últimos años, la cuestión de la atención médica se convirtió en uno de los temas permanentes de la discusión en la opinión pública y fue uno de los temas principales de las últimas elecciones presidenciales. Los motivos de aquellas preocupaciones están, fundamentalmente, en relación al aumento incesante del costo de la atención médica y además, en que por lo menos un 18% de la población (35 millones de personas) no tienen cobertura de ningún tipo. Además, 50 millones de personas tienen cobertura insuficiente, que no llega a resolverles todos los problemas.

En ese clima de debate llama la atención la experiencia de la GHC que logró sostener un sistema durante 50 años, otorgando buena atención médica a precios razonables.

Entre los estudios que se realizaron para el análisis del costo, el de 1984 que financiado por el gobierno federal y realizado por la Rand Corporation, encontró que los ingresos de pacientes a hospitales para su internación fueron en GHC menores en un 40% que en los planes de pago por servicios y que los costos fueron un 25% menores.

Otros estudios efectuados en el Estado de Washington centraron en el monto de los gastos administrativos, dado que muchos consideran a la tasa de gastos administrativos como una muestra de cuánto se gasta en atención de los pacientes como lo opuesto al gasto en servicios médicos.

Cuanto más pequeño es el porcentaje, menos gasta el plan en costos administrativos comparado con los premios que recoge, y por otra parte, más gasta en la atención de la salud.

La cooperativa mostró consistentemente un gasto administrativo bajo comparando con otras HMO del Estado de Washington. Los datos de 1992 muestran que en GHC los gastos administrativos fueron de 7,5% mientras que en las otras HMO fue de 11,2%.

Un grupo de actuarios efectuó un estudio, también en el Estado, analizando qué hubiera pasado, desde el punto de vista económico, si toda la atención médica dispensada se hubiera hecho en un sistema similar al de la cooperativa. Los actuarios estimaron que el gasto per cápita bajo el modelo de la cooperativa sería de 1938 dólares por año. En cambio, bajo los distintos modelos de gran diversidad, dentro del Estado, el costo sería de US\$ 2449 por año. El modelo de la cooperativa ofreció casi un 21% de reducción en los costos.

En el último período, la situación económica en general empeoró y la cooperativa, a pesar de mantener las condiciones habituales de trabajo y tener balances adecuados, prevé que si no se efectúan modificaciones en sus gastos puede llegar a tener un balance negativo. Uno de los problemas estaría en que otras organizaciones de atención médica del Estado, también del tipo HMO (aunque no cooperativas), han logrado mejorar sus precios de venta y constituyen una competencia creciente. Ellos sostienen que uno de los contrape-

Los importantes para la Cooperativa es el costo fijo en hospitales. Según señalaban, en el último quinquenio, las tasas de internación han bajado, fundamentalmente, por las nuevas metodologías quirúrgicas, menor tiempo de internación en obstetricia, etc. Uno de los pasos próximos sería el mejoramiento de la eficiencia en hospitales.

Conclusiones

El debate sobre la reforma de salud en los EE.UU. encontró a la cooperativa en inmejorables condiciones. En el fondo, lo que se estaba planteando era una salida que, en términos generales, proponía algunas medidas que se asemejaban a la metodología empleada por GHC en los últimos 50 años. Este debate fortalecía las posiciones de la cooperativa y daba la perspectiva de un futuro de crecimiento y prestigio. El rechazo por el Congreso de las propuestas del Presidente Clinton crea una nueva situación que, según algunos analistas, en un futuro próximo volverá a revertirse.

La cooperativa se propone para el año 2000 los siguientes objetivos generales:

* Hacia el año 2000, GHC será la organización de atención de la salud mejor conducida de la nación.

* Tendrán los consumidores más satisfechos.

* La estructura dirigida por los consumidores será un modelo nacional para la provisión de atención de la salud de calidad y costo efectiva.

* Serán reconocidos nacionalmente por llegar, con atención médica de calidad, a todos los segmentos de población.

El análisis de la experiencia de la cooperativa es muy interesante para nosotros. De ninguna manera puede pretender imitarse, acriticamente, una experiencia en un contexto totalmente distinto. Se debe tener en cuenta que el lanzamiento del proyecto se hizo en condiciones de inexistencia de cualquier sistema de seguridad social, una sociedad donde el ingreso per cápita permitía perspectivas interesantes y una ausencia importante del Estado en las prestaciones médicas. Sin embargo, hay mucho para aprender, especialmente, el tesón y la confianza en el movimiento cooperativo de los fundadores y sus continuadores, la perspectiva del desarrollo de la calidad en las prestaciones, la confianza en las actividades preventivas, y fundamentalmente, la calidad de la participación de los usuarios en la conducción del sistema que, a nuestro entender, le da las características únicas que tiene la cooperativa.