

Alianza estratégica del cooperativismo de salud

Organizado por COMI de Argentina, y respondiendo a un especial pedido de UNIMED de Brasil y UNIMEC de Colombia, se realizó el pasado 11 de julio, en Buenos Aires, el Seminario de Alianza Estratégica del Cooperativismo de Salud. Participaron como disertantes los doctores: Edmundo Castilho, Antonio Martins Cortada, Dirceu Brandao Martins, de UNIMED; Mario Rueda Gómez, de UNIMEC y Héctor Lombardo, ministro de Salud del Gobierno Autónomo de la Ciudad. El doctor Ricardo López, director de COMI, fue panelista y, a la vez, coordinador del Encuentro. (Sobre el final del mismo, tuvo lugar un fecundo debate, en el que participaron, entre otros, Ernesto De Simone, síndico de CONINAGRO; Rafael Moliterno Neto, de UNIMED; Marcos Buchbinder, de IDELCOOP; Jaime Krawchik, FECOSARA y Néstor Serria, de la Mutual de Médicos Municipales) A continuación, brindamos los fragmentos más significativos de las intervenciones.

Ricardo López, presidente de COMI

Presentación

En primer lugar, quiero hacer las presentaciones: el doctor Edmundo Castilho es médico ginecólogo y obstetra, ha sido fundador y es presidente de UNIMED, que ya lleva más de 25 años de actuación en Brasil. Es también vicepresidente primero de la rama de salud de la Alianza Cooperativa Internacional, cuyo presidente es el doctor Kato, de Japón. Esta institución, se conoce con las siglas de IHCO.

El doctor Mario Rueda Gómez es cirujano, ha sido decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Colombia; y también presidente de la Academia de Cirugía de ese país. Quiero señalar que, realmente, son personalidades de relevancia y es un honor que estén con nosotros.

Este seminario recoge la inspiración de UNIMED de Brasil, que es una de las empresas cooperativas más grandes del país hermano, y una de las empresas de salud más grandes del mundo. Las autoridades de la misma, con las que nos unen principios cooperativos, vínculos históricos y afectivos, nos han solicitado que coordináramos este seminario, para explicar las bondades del desarrollo del modelo cooperativo de UNIMED en Brasil, así como también el desarrollo del emprendimiento conjunto con la Federación Médica de Colombia, en este país.

La idea de este encuentro es debatir las propuestas para América Latina de la IHCO, y tenemos aquí la posibilidad de contar para esto con autoridades de sectores importantes: las cooperativas de salud de la República Argentina; las mutuales de salud; el sector de la Banca Cooperativa; representaciones gremiales y médicas del país, y del doctor Héctor Lombardo, ministro de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

“De la unidad, nace la fuerza”

La salud en la Argentina atraviesa una crisis que es doble. En primer término, por este modelo neoliberal salvaje, que lleva a un profundo deterioro del nivel de vida de la

población. En segundo lugar, porque se está implementando un modelo en salud cuyo centro ideológico está representado en el Banco Mundial. Es un modelo regional para toda América Latina. Nosotros decimos que esto es una fotocopia, a la que en cada país le han puesto la bandera de ese lugar, y que produce serios problemas en la cobertura de salud de la población y una gran pauperización del trabajo médico.

Argentina tiene una vasta trayectoria científica y docente en salud, pero hoy atraviesa por una suerte de depresión profunda, dado que se han cambiado conceptos básicos, en los cuales todos nosotros nos hemos formado. Hoy se pretende que la medicina sea una mercancía más, se intenta desligar el rol del Estado, y se dice que la salud es un problema de los particulares. Así vemos que se rompe a diario con los criterios solidarios en salud, y nos toman a los médicos como parte del material descartable, entendiendo que la medicina es un negocio más, que debe ser concentrado en manos de pocos dueños.

Hasta ahora, es preciso decirlo, no han existido respuestas organizadas por parte de los sectores profesionales y, lamentablemente, tampoco por parte de los sectores políticos y de la población en general contra la aplicación salvaje de este modelo.

Sin embargo, en COMI venimos sosteniendo, aún siendo muy pequeños, que es posible otro modelo sobre la base del sector solidario en salud: las cooperativas, las mutuales y el sector gremial profesional. La experiencia cooperativa en otros sectores de la economía, aún golpeados por la globalización, como el cooperativismo de crédito y el agrario, muestra que otros intentos son posibles, pero sólo si entendemos que la gente quiere soluciones con principios, y no principios sin soluciones.

Desde hace varios años estamos debatiendo con otras fuerzas alternativas a este modelo, desde el punto de vista no sólo teórico, sino práctico. Las Jornadas de Cooperativismo Sanitario e 1993 y 1996, con la presencia del doctor Espriú, de España y con la colaboración de UNIMED; la creación del Sistema Integrado de Salud, SIS, y la Red SIS, que expresan la unión para concurrir en este proyecto de COMI, la Mutual de Médicos Municipales y la Empresa Programas de Salud, y la participación en la desregulación de las obras sociales con la obra social OSPESIGA, son algunos de estos emprendimientos exitosos. Hoy estamos tras la creación de la Obra Social de los Médicos, con la Unión de Mutuales Cooperativas y el sector gremial de la salud, y estrechando vínculos en forma creciente con el sector bancario y financiero cooperativo.

Más allá de que no estamos de acuerdo con las reglas de este modelo, y más allá de que creemos que esto es en salud, la aplicación de otro capítulo del modelo salvaje de globalización y de concentración, más allá de eso, mientras peleamos por otro modelo, la idea es poder participar, aún con reglas de juegos extrañas. Y la única forma de poder combatirlos es si estamos unidos.

Esperamos aprender de las experiencias exitosas del sector solidario en los países hermanos. Estamos viendo, en la Argentina y en el mundo, cómo los sectores del gran capital se unen para generar nuevas ganancias. Parecería ser que ellos a la hora de sentarse y acordar, tienen menos dificultades que aquellos grupos que hoy estamos desde el sector solidario. Debemos también aprender a unirnos nosotros. De la unidad, nace la fuerza.

Edmundo Castilho, presidente de UNIMED

“La enfermedad no es mercadería, la salud no es negocio”

Me gustaría presentar algunos conceptos que nos llevaron a lo largo de treinta años, a luchar contra la infiltración del mercantilismo en el área social, esencialmente, en el área de la salud.

Como ya fue dicho por el compañero Ricardo, soy médico, ginecólogo y obstetra, en actividad. Acostumbro decir que soy médico en primer lugar; después soy cooperativista y, en tercer lugar, soy usuario. Fui presidente del sindicato Asociación Gremial de los Médicos de la Ciudad de Santos, en un momento en que el gobierno brasileño, era representado por la dictadura militar y había una sucesión de leyes que provenían de proyectos realizados por los militares. Proyectos económicos, políticos y sociales, que contenían modificaciones estructurales importantes.

Una de ellas, la previsión social, que hasta ese momento estaba segmentada en función de las actividades profesionales, se integró en un único instituto, que es el Instituto de Previsión Social. El mismo tenía en sus estatutos la misión de ofrecer beneficios sociales, tipo jubilación, pensión, y beneficios asistenciales, incluso de orden facultativo en la medida en que hubiese disponibilidades.

El Instituto de Previsión estaba en una etapa económica difícil, pero tenía ciertos recursos y podía prestar determinada asistencia médica hospitalaria, que de repente pasó a ser confundido, con asistencialismo médico hospitalario.

La medicina en nuestro país, antes del Instituto de Previsión, era garantizada por la filantropía, hospitales filantrópicos ligados a la Iglesia Católica, que ofrecían asistencia, sin ningún bono, sin costo para los pacientes desposeídos. El que podía y tenía recursos, pagaba a veces de una manera generosa, y así la comunidad hacía justicia social por cuanta propia. Cuando nacieron esos institutos, lo hicieron en función del desarrollo industrial, principalmente en la región Centro- Sur de Brasil, porque surgió la figura del obrero, del trabajador, del operario, que no tenía dinero para ser paciente particular, pero se negaba a ser tratado como indigente. Entonces la Previsión Social se ocupaba de atender a los trabajadores urbanos, a los obreros, los operarios, y fue creada también la Previsión Rural. A partir de este momento los médicos pasaron a ser asalariados de esa previsión social, y les fue dicho que los indigentes no existían más y que un médico no necesitaba trabajar solidariamente en las santas casas de misericordia, para atender a los desposeídos.

Intermediarios al cinco por ciento

Con la unificación de la previsión social urbana, en 1966, que no tenía recursos propios para ofrecer directamente asistencia médico- hospitalaria a todos los trabajadores urbanos, surge la figura del intermediario de la asistencia médica a través del llamado Convenio Empresa, en que las industrias, reteniendo cerca del 5% del salario por empleado, tomaban a su cargo la prestación de la asistencia médica hospitalaria para sus empleados. Y así la previsión social se desligaba.

Pero como la finalidad de la empresa no era la asistencia médica, ésta transfería esa responsabilidad. El 5% que retenía a los trabajadores, se lo entregaba a un grupo de personas, médicos o no, que creaban una empresa de salud con ánimo de lucro, de ganancia, y brindaba atención médico hospitalaria. Como el objetivo de esas empresas era el lucro,

la calidad de la asistencia médica, era limitada por ese lucro, había limitación de los actos médicos una reducción drástica de todos sus costos para que el lucro fuera mayor.

La clase médica unida, a través de la Asociación Médica Brasileña, de la Federación Nacional de los Médicos, que congrega a los gremios, los sindicatos, y al Congreso Federal de Medicina, que reúne a los Consejos de Ética, iniciaron un combate contra el mercantilismo sólo que este combate no se acompañaba, en el campo práctico, con una propuesta concreta y real. Y todo cuestionamiento que no sea acompañado por una alternativa, cae en el vacío.

Entonces, en Santos, siendo yo presidente del Sindicato de Médicos, conjuntamente con otros compañeros definimos, sin ninguna comprensión del cooperativismo, que los médicos de allí debíamos crear una sociedad civil, sin ánimo de lucro, totalmente abierta a todos los médicos, para que éstos atendiesen en sus consultorios, dentro de un régimen de libre escuela, con la personalización del acto médico, en un esquema de prepago, para combatir el mercantilismo, que en aquella época ocupaba los espacios de una manera avasalladora, reduciendo drásticamente el rendimiento de los médicos y la calidad de esa asistencia.

Cooperativistas sin premeditación

De repente quedó muy claro para nosotros que habíamos entrado en un campo, el campo del cooperativismo, que la gente pasó, como médico, a definir que el cooperativismo puede ser tratado como una célula muy potente, y que a través del cooperativismo se puede hacer todo lo que la imaginación puede permitir.

Así creemos la Cooperativa de Trabajo de los Médicos de Santos, y hoy somos 370 cooperativas singulares, regadas por todo el país, regionalizadas en 34 federaciones, dentro de una confederación, y todo eso está integrado, congregado casi 90 mil médicos, dando atención en todo el país a cerca de 11 millones de usuarios. En Brasil la población es de 160 millones de habitantes, y de esos 160 millones, 40 son atendidos por los llamados Planes de Salud, de los cuales el sistema UNIMED, más otros que no practican ningún tipo de intermediación mercantil, atienden a la mitad de esa población.

La receta que viene del Banco Mundial, y de los centros del capitalismo salvaje, decide impulsar la promulgación de leyes que consagren la tesis de que la enfermedad es mercadería, que la asistencia de salud es comercio y que todo pasa a ser un instrumento de mercado. Nosotros estamos impidiendo que esto suceda, pese a la famosa globalización, con la famosa internacionalización, a través de su excelencia, el mercado que todo puede y todo hace, para una mayor concentración de riquezas.

Evidentemente, un movimiento que se inició con el objeto de defender la medicina, hoy tiene ambiciones mayores. Por consiguiente si los médicos éramos suficientemente competentes para crear todo ese complejo, también seríamos capaces de generar y desarrollar recursos.

Recursos en crecimiento

Abrimos entonces la Cooperativa de Crédito Mutuo, que es UNICRED, con resultados fantásticos, merced de lo cual nuestros propios recursos son reciclados dentro del sistema, y tenemos una red hospitalaria, una red de atención de urgencia, financiamos consultorios y tecnología; tenemos una red de información y comunicación que integra a esas 370 cooperativas, tenemos la tecnología de tarjetas magnéticas y de búsqueda de datos.

Para evitar el anarquismo del principio de autogestión, sin afectar el principio democrático de singularidad, creamos una constitución para que esa multiplicidad de singularidades no fuese anulada, pero si fuese sistematizada a través de normas para ser cumplidas por todos, para que nuestros productos fuesen no solamente locales o regionales, sino también nacionales.

Enseguida sentimos la necesidad de tener una aseguradora porque siempre la espada de Damocles estaba sobre nuestra cabeza, amenazándonos con esa legislación espuria, y la consagración de la enfermedad como mercadería, y si esto sucedía, nosotros tendríamos un instrumento capaz de impedir que nuestras cooperativas se transformasen, en función de esta ley, en meras prestadoras de servicios para las grandes intermediarias nacionales y multinacionales.

Brasil siempre aprendió mucho de la Argentina, en muchos campos, y uno de ellos es el cooperativismo. Porque el cooperativismo argentino siempre fue un cooperativismo desarrollado y nos ofreció muchos ejemplos de realizaciones, de creaciones a través de ideas y todo lo demás. Entonces el respeto que nosotros les manifestamos los compañeros inmersos en el cooperativismo, en el gremialismo tanto como en el mutualismo aquí en la Argentina, nos da la certeza de que vinimos aquí para debatir nuestros puntos de vista, y con seguridad vamos a aprender más de los que enseñamos.

Antonio Martins Cortada, de Acción de la Rama Salud de la ACI, y gerente para los Asuntos Internacionales de UNIMED, Brasil
“Realidad de la salud en América Latina”.

Nosotros tenemos aquí “dos sacos”, ya que al mismo tiempo que somos de UNIMED, una cooperativa de médicos, estamos representando a IHCO, que es la Organización Internacional de Cooperativas de Salud, y tenemos dos intereses, dos funciones diferentes: como IHCO, tenemos una posición mundial, y como UNIMED, tenemos una preocupación más específica, operacional, para América.

Voy a hablar un poco de la historia de IHCO, de cómo estamos trabajando, y hablaré un poco de cómo vemos la realidad internacional de la salud. El presidente de IHCO es el doctor George Kato de Japón, de una cooperativa de consumidores, el primer vicepresidente es el doctor Edmundo Castilho de Brasil, de una cooperativa de trabajadores, y el otro vicepresidente es el doctor Francisco Carreño, que viene por la Fundación Espriú y la CISA, que es una cooperativa de trabajadores, y también representa a cooperativas de consumidores.

El primer Encuentro de Cooperativas de Salud, se llevó a cabo en Japón en 1992, el Primer Encuentro de América, se realizó en San Pablo en 1995, un poco antes del Congreso de Cooperativismo de Manchester. UNIMED ha ido a Manchester, a partir de ese encuentro de San Pablo, con una representación de América para organizar un Comité, en el marco de ACI, destinado a trabajar en las cuestiones de salud. En Manchester esto fue aprobado, en setiembre de 1995, y hemos trabajado hasta noviembre del año pasado, cuando se consagró, en San José de Costa Rica, esta organización, con estos tres miembros que mencioné.

Los objetivos principistas de IHCO son: la promoción de cooperativas de salud, ser un foro para la discusión de los problemas solidarios en salud e intercambiar contactos e informaciones entre las organizaciones. Hemos entablado una relación muy estrecha con la Organización Mundial de la Salud, y estamos definiendo algunos programas con-

juntos para trabajar. La propia OMS y la Organización Internacional del Trabajo, han identificado en la cooperación y en la solidaridad, las alternativas más importantes para la cuestión de salud. Finalmente, estamos estableciendo los capítulos continentales, y eso es muy interesante, porque Asia tiene condiciones y realidades diferentes de América, para su organización, así como de Europa.

En América, en particular en Argentina y Uruguay, las mutuales tienen operaciones importantes en el área de salud. Por lo tanto, el capítulo continental debe considerar, no ser un capítulo de cooperativas de salud, sino que adoptar la forma de una organización americana de entidades solidarias en salud.

Los mismos problemas, distintas soluciones

Lo que hemos visto en este trabajo, es que las condiciones mundiales en salud, son muy semejantes en todos los continentes, aunque las soluciones sean un poco diferentes, las cuestiones son las mismas: problemas de costos, de insatisfacción del trabajador y de insatisfacción de los consumidores; sea en Asia, o en América.

En Asia, se está desarrollando la cooperación desde hace poco tiempo, y las condiciones allá parecen ser muy propicias para el desarrollo de cooperativas o de organizaciones comunitarias en salud. Países como Sri Lanka e India, están incentivando este tipo de organizaciones. Y esto se encuentra facilitado porque la acción pública en salud allá, no ha empezado, o ha empezado muy tarde, a diferencia de nosotros que hemos trabajado en esto a lo largo de todo este siglo. En Japón, hemos estado estudiando un poco la realidad de ellos. Todo el sistema de salud, casi todo, es privado con excepción de las clínicas de cirugía plástica, y está subordinado al sistema público, trabajan como si ofrecieran servicios al sistema público. La acción comunitaria, todavía, tiene un espacio muy importante, porque muchos de esos servicios son ofrecidos a través de cooperativas, que es donde se encuentra el doctor Kato como representante principal.

Como UNIMED es una organización de médicos, teníamos la preocupación de observar este aspecto, y vimos que los médicos son todos empleados y, aunque tienen una renta mensual razonable, hay insatisfacción, tanto de los consumidores como de los médicos, para las condiciones de calidad del servicio. Entonces, hemos visto que la cuestión del dinero, que es importante, no asegura la calidad ni tampoco la satisfacción de los agentes.

En Europa, debido a que tienen una población más homogénea y más dinero que nosotros, los sistemas públicos aún permanecen y son fuertes. Tiene costos extremadamente elevados, y se están volcando a las acciones solidarias, en pequeños sectores de los servicios, en casi todos los países. España que está más cooperativizando, tienen la dificultad de mantener los patrones de servicios a los que estaban habituados. Los médicos son empleados, y en muchos sitios en los que hemos estado, no están satisfechos, así como tampoco lo están los usuarios.

Y llegamos a América, que tiene características diferentes, y existen especificaciones para cada país. En nuestra realidad tenemos una falencia de todos los servicios públicos. Hay una clara reforma de los sistemas de salud. Hemos copiado el sistema europeo de bienestar social, y no tenemos más dinero. El dinero para nosotros se acabó. Estamos viendo a quienes tienen más plata, que son los ricos y ellos tienen una visión del mundo muy clara que es el negocio, del cual el agente principal es el Banco Mundial.

Las organizaciones de Estados Unidos o de Colombia están viniendo aquí, o están yendo a Chile y a Brasil. ¿Quién hace esto más rápido? Las organizaciones comerciales, que tienen la capacidad de decisión y el dinero subordinado a ellas.

“Terminar con nuestro aislamiento histórico”

Nosotros creemos que tenemos todas las condiciones para oponer una barrera, y ofrecer una alternativa mejor que la de ellos. Aunque tengamos especificidades en cada país, los agentes, los actores son muy parecidos. Por lo tanto, tenemos la convicción de que nuestro poder y nuestra capacidad, es también parecida o sirve en diferentes sitios. Los actores son conocidos por todos, las medicinas prepagas; las autogestiones, que son grupos de autoservicios, las aseguradoras y las cooperativas de salud de trabajadores o consumidores.

Aquí tenemos, como he dicho, dos aspectos de UNIMED: cooperativas de médicos, legítimas, con intereses corporativos también legítimos, y cooperativas de consumidores. Mejor dicho tres, porque también hemos promovido las cooperativas de consumidores para trabajar en la relación con los médicos. Hay doce cooperativas en Brasil que nosotros promovimos, con cerca de 350 mil consumidores, pequeños en comparación con UNIMED que tiene once millones.

¿Qué hemos hecho? Hemos visitado, viajado, conocido diversos países. Hemos hecho la promoción de la cooperación, de las acciones solidarias en salud, del modo en que sabemos hacerlo: en primer lugar hablando con los grupos médicos, o con los grupos solidarios, identificado los grupos que puedan trabajar o conducir el proceso.

Cerrar los espacios para la medicina industrial, o medicina comercial, es una preocupación central en este momento, pero esto no es posible, si no tenemos una acción concertada, si el trabajo no es organizado dentro de cada país, y a partir de allí, si no es coordinada entre los sistemas cooperativos nacionales. Por ejemplo, si los sistemas comerciales privados se establecen en Argentina con fuerza seremos débiles. Entonces, tenemos que tener acciones concertadas, si no son concertadas, si son cooperativas pequeñas, no sirve, no es suficiente para la nueva realidad.

¿Dé qué forma hemos hecho esto? Donde pudimos hemos involucrado a los principales grupos, sean de médicos o usuarios, y promovimos la acción de las estructuras nacionales. Estuvimos en Colombia, Paraguay, Bolivia, Venezuela, estamos aquí, participamos de ACI, y ASCOOP, como una manera de lograr elevar la voz. Nuestra preocupación entonces es fortalecer la acción mutua, sea a nivel nacional, local o internacional; ocupar espacios en Sudamérica, que es donde podemos hacerlo más fácilmente por la proximidad de cultura y asegurar la presencia en organismos cooperativos internacionales, como estamos haciendo.

La pregunta es, ¿terminaremos con nuestro histórico aislamiento? Nosotros somos muy operativos en Brasil, en UNIMED en particular, y esperamos la decisión de este Encuentro para que podamos trabajar en el futuro ustedes y nosotros, juntos, en la dirección explicada.

Doctor Mario Rueda Gómez, presidente de UNIMAC de Colombia

Unirse y crecer

Quiero traerles un saludo de la Cooperativa de Trabajo Médicos Asociados, FEMEC, creada en 1993, en Colombia, con el apoyo de UNIMED del Brasil, debido a la necesidad que tenía el cuerpo médico de organizarse con motivo de la reforma de la Constitución.

¿Por qué se creó FEMEC? En el año 1991 se aprobó la reforma de la Constitución política colombiana, que en el artículo 48 dice que “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección, coordinación, y control del Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Y se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social”.

Cuando se aprobó la Constitución yo presidía la Federación Médica Colombiana, allí vimos que vendrían grandes transformaciones, no sólo desde el punto de vista de legislación en salud, sino también desde el punto de vista del ejercicio profesional, que cambiaría totalmente, dado que al brindársele salud a toda la población se sacrificaría al cuerpo médico en sus honorarios.

“Con el apoyo de UNIMED”

Viajé a Brasil a conocer lo que era la Cooperativa Integral de Trabajo Médico Asociado de ese país, les pedía que me ayudaran, científica y tecnológicamente, a crear una cooperativa en Colombia, similar a la del Brasil. Recibí apoyo de UNIMED del Brasil, y pudimos así crear la Cooperativa Integral de Trabajo Médico. En esa forma, sesenta médicos visionarios, fundamos FEMEC, en agosto de 1993.

El objeto de crear la cooperativa fue el de unir al cuerpo médico colombiano, nosotros nos proponíamos restituirle al médico el carácter de liberal de su profesión, que ejerciera en sus consultorios, y no en los consultorios del seguro social que contratara por hora-mes hasta ese momento. Y también queríamos evitar intermediarios en la prestación de los servicios de salud, que cada médico se sintiera dueño de esa empresa que estábamos prontos a crear.

Cuando salió la ley 100, a finales de 1993, hacía ya seis meses que nosotros estábamos organizados como cooperativa.

La ley 100 reglamenta la seguridad social en Colombia, y establece que la salud será para toda la población bajo los principios de equidad, eficiencia, universalidad y solidaridad. Asegura la ampliación de la cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, incluyendo sectores sin capacidad económica suficiente tales como campesinos, indígenas, madres comunitarias y trabajadores independientes. Garantiza las prestaciones económicas en salud a quienes tienen una relación laboral, o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.

En esto se puede ver lo que era la seguridad social antes de la ley 100, y lo que es ahora luego de ella. Antes, la prestación en salud y el seguro económico, lo prestaban el Seguro Social y las Cajas de Previsión Social, ellos atendían pensiones, accidentes de trabajo, enfermedad profesional, enfermedad general, maternidad, invalidez y muerte. Hoy en día, la seguridad la prestan las Entidades Promotoras de Salud, EPS, que son cerca de treinta y, a excepción de dos, todas fueron creadas por los grupos económicos del país.

La nuestra, que la creó FEMEC, es la EPS UNIMEC, que yo presido, y la SALUDCOOP, que fue creada por un grupo de cooperativas, pero con otro sentido diferente al de apoyar al cuerpo médico; el sentido de SALUDCOOP, es el de apoyar a los beneficiarios, valiéndose de los bajos honorarios que les paga al cuerpo médico.

Se han creado treinta entidades diferentes para prestar la seguridad social que antes la prestaba un solo instituto, no sólo la salud está a cargo en las EPS, las administradoras de riesgo profesionales, están a cargo de las ARP, los accidentes, enfermedades de

trabajo, y enfermedades profesionales a cargo de la ATEP, los fondos de pensiones y cesantías aparte, y de los accidentes de tránsito se ocupa el SOAT.

La cobertura anterior era del 25%, no había competencia, las entidades eran del Estado, la cobertura era para el asalariado, por la Seguridad Social, para las familias por las Cajas de Compensación, y para los pobres por el Sistema Nacional de Salud.

Hoy en día, prevemos que la cobertura para el año 2010, debe ser total en el país, hay libre competencia, hay entidades privadas y del Estado que prestan atención en salud, hay cobertura familiar por las EPS, que antes era por las Cajas de Compensación Familiar, tanto en el régimen contributivo, que se le da a los que pueden pagar, a los empleados, como en el subsidiario que es para los de escasos recursos, a quienes subsidia el gobierno.

Se crearon nuevas instituciones, se creó un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en CNSSS, que es como una Junta Directiva del Ministerio de Salud, que antes no existía. El ministerio era omnipotente, hoy en día el Ministerio tiene una Junta Directiva. Y también se instituyó el Fondo de Solidaridad y Garantía, que es el FOSIGA, adonde van todos los aportes que hacen los trabajadores. Se crean las EPS, Empresas Promotoras de Salud, que van a atender el Plan Obligatorio de Salud. El POS es todo en salud, y lo tienen que prestar las Empresas Promotoras de Salud, es decir, atención médica, exámenes de laboratorio, hospitalizaciones, rayos X, todo en salud lo cubre el POS, con un precio muy económico.

En el año 1994, un año después de crear la cooperativa, pudimos comprar en Medellín, una empresa de medicina prepaga creada por los médicos de allí para que no fueran a quebrar porque estaba en mala situación. Y así inició FEMEC, con la compra de Salud Antiocha, en agosto de 1994, su carrera primero como empresa en medicina prepaga, y después, muy rápidamente, en enero de 1995, la convertimos en una Entidad Promotora de Salud.

“Alianzas estratégicas”

Ya dejábamos la medicina prepaga, y pasábamos a ser una EPS, pero como era una institución que requería mucho dinero, tuvimos que aliarnos con otras entidades para llegar a la suma que se necesitaba, y a la que los médicos solos no alcanzábamos. Hicimos una alianza estratégica primero con el Brasil, el doctor Edmundo Castilho muy gentilmente, nos cedió el (software), que era una exigencia del gobierno, y que entró a ser parte de nuestra compañía como una transferencia tecnológica, el (Siamed Plus), en septiembre de 1994. Nos aliamos también con Seguros Bolívar, que es la empresa más prestigiosa de seguros de Colombia; con Unicajas, que era la unión de las Cajas de Compensación Familiares, se acababa el trabajo de las Cajas, entonces teníamos que unirse a una EPS, y se unieron con nosotros, 45 clínicas y hospitales se unieron también económicamente. Y así pudimos llegar al capital que exigía el gobierno para crear una EPS, que es UNIMEC.

Hoy en día, UNIMEC ha crecido considerablemente, tenemos un millón 300 mil usuarios, y estamos afiliando más o menos 45 mil usuarios mensuales. Tenemos una recaudación que en 1994 fue de millón y medio de dólares, en 1995, ya fue de 50 millones de dólares y para este año será de alrededor de 160 millones de dólares. Es decir, de un millón y medio de dólares, hemos pasado a 160 millones de dólares en recaudación.

Nosotros, inicialmente, hicimos una cooperativa de odontólogos y otra de médicos. Los odontólogos tenían UNIODONTO, y los médicos FEMEC, después vimos que eran dos profesionales muy similares y unimos las dos cooperativas, eso nos ha hecho crecer

más, y creamos otras empresas, al estilo de UNIMED de Brasil, que nos dio el ejemplo. Así creamos USIMEC, que es una cooperativa de usuarios y UNIODONTO, entre otras.

UNIMEC, la cooperativa de usuario de servicios médicos, se crea en 1995, y actualmente tiene más de 900 cooperadores. Los objetivos son los de satisfacer las necesidades no cubiertas por la ley 100, mejorar en forma colectiva las que están cubiertas y servir de órgano auditor a UNIMEC.

USIFEN, lo creamos en 1996, con el objetivo de prestar servicios asistenciales para medios de diagnósticos, transporte de enfermos, de fomentar la creación de una clínica, de aseguradoras y de un banco. Hasta el momento tenemos servicios de diagnóstico en Bogotá, Medellín, Bucaramanga, Cali, Barranquilla, Neiva y Tuja. Entre los beneficios que FEMEC le da a sus cooperados está el trabajo asociado, es decir que los médicos y los odontólogos, tienen derecho a trabajar en la EPS. Y las tarifas que nosotros pagamos a estos profesionales en la EPS, se puede decir, que son un ciento por ciento mayores que las que paga el seguro social, y más o menos, un 80% mayores que las que pagan las otras EPS.

Hemos podido pagar mejor por no tener intermediarios con los cooperados. Quiero decirles que la EPS de los médicos, la UNIMEC, es de las treinta, la más grande después del Seguro Social que tiene 50 años de existencia y era única en el país, la que nosotros creamos tiene 1 millón 300 mil usuarios.

Los servicios que les damos a los cooperados son los del trabajo asociado, educación médica continua, educación cooperativa, una oficina de ahorro y crédito ya que en Colombia está permitido que una cooperativa de trabajo tenga una oficina de ahorro y crédito y haga captación del dinero de los socios, nosotros lo hacemos, y los médicos depositan sus ahorros en nuestra oficina. Y eso lo prestamos a los profesionales con un interés muy bajo, damos seguridad social a los médicos, que no la da la ley 100, y también créditos para la adquisición de vivienda, y facilidades para la dotación de consultorios.

Hemos educado a los médicos en una especialidad que no existía en Colombia, hoy en día es un postgrado de Gerencia de Calidad en Salud, hecho por UNIMEC, con la ayuda inicial de UNIMED del Brasil, que nos facilitó el personal que nos entrenara en auditoría médica, ya que eso no existía en Colombia. Hoy en día el postgrado de Gerencia de Calidad de Salud cuenta con la colaboración de la Escuela Colombiana de Medicina, y ya hay más de 200 médicos preparados en esta disciplina.

Héctor Lombardo, ministro de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ***“Un problema de todos”***

Me toca hoy hablar en nombre del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y es un privilegio estar aquí, porque creo que aquellos que tenemos que ver con el sector salud, debemos encarar con mucha seriedad el tiempo que viene.

Los problemas de muchos países, si bien los índices son muy diferentes, tienen similitudes en los desafíos a enfrentar en el campo de la salud. A nadie escapa que el desarrollo tecnológico, la nueva concepción de la atención, el mayor conocimiento, implican la necesidad de encarar de una manera distinta a la que lo hemos hecho, los problemas que la atención de la salud nos plantea. Y dependerá de las iniciativas ingeniosas que apliquemos, el que demos o no una respuesta a estos desafíos.

Desde nuestro lugar, estamos tratando de esbozar un plan de atención de la salud frente al área específica, que es la ciudad. Nuestra concepción, es que la salud no es un problema de algunos, es un problema de todos, pero no sólo de los que formamos parte del equipo de salud, es un problema de toda la sociedad, y todos tenemos que de alguna manera tratar de encontrar las soluciones.

Hay que reflexionar si con el desarrollo tecnológico, con el costo tan creciente que conlleva, no nos vamos a tener que replantear cuál va a ser el sistema que nos ayude a encontrar la respuesta al problema de la atención de la salud. Habrá que replantearse cuál será el rol de sector privado, cuál el del sector de la seguridad social, y cuál el del sector público.

Nosotros entendemos que no podemos decir que el sector privado no concurra a atender parte de las necesidades de salud. Esto, por supuesto, tiene que estar dado en una sociedad que tiene diferentes sistemas integrados. Si os preguntamos, y muy honestamente, ¿hasta cuando, la actividad de lucro, va a tener rol y función en el sector de la salud? ¿Cuánto podrá responder alguien privadamente, o un sector agrupado a un aspecto lucrativo, que cada vez va a dar demandas más, y va a hacer más difícil tratar de encontrar una respuesta a través de este mecanismo?

Entonces, sí esto es una realidad, lo que debemos ver es cómo incorporamos a los sectores de la solidaridad en el tratamiento de la salud, con una adecuada participación, de todos aquellos que tienen que ver en la investigación y en el desarrollo tecnológico, pero que no pueden estar olvidándose, de los integrantes del equipo de salud.

“La porción y la torta”

La experiencia que hemos tenido en nuestros países es que, cuando hubo que repartir la torta, se fue achicando hacia el recurso humano, y los otros sectores, los generadores de tecnología y de medicamentos, tuvieron más participación en el reparto. Esto no fue indicativo de que hubiéramos mejorado la salud de nuestras poblaciones. Por eso es importantísimo, que concurramos todos a encontrar respuestas adecuadas con un sentido solidario, porque la salud no puede escapar de esta concepción de la atención.

La salud no es una mercancía, y esto tenemos que entenderlo. No es algo que sea sólo para los sectores privilegiados, y que obtengan un buen cuidado de la salud, en detrimento de otros que no alcancen los índices lógicos de atención. Esto debe ser un común denominador, y en esto los sectores que trabajan con sentido solidario, tendrán que trabajar juntos y complementarse. Hay espacio para que el Estado tenga un rol significativo, y hay mucho espacio también, para que los otros sectores de la solidaridad, converjan y conversemos para encontrar respuestas adecuadas, porque en última instancia nos identifica el sentir de la prioridad de la atención y el cuidado de la salud.

Hemos tenido experiencias que no fueron demasiado útiles en el rendimiento de la inversión de la salud, caños de comunicación muy fluidos entre el sector privado y el sector de la seguridad social en la Argentina, hicieron que los cuerpos solidarios como el Estado y el sector solidario de la seguridad social, que debieron estar muy integrados, estuvieran absolutamente divorciados y, a la vez, mucho más identificados con sectores que concurrieron al lucro con la salud. Creo que llegó el momento en que, sin excluir a ninguno, nos sentemos a una mesa de discusión a elaborar proyectos.

Nosotros estamos propiciando que una vez que se apruebe la Ley de Salud, integremos el Consejo de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, donde podrá concurrir a dar su opinión, a sincerar sus posibilidades, sus proyectos, y a encontrar soluciones viables. Sabemos que podemos permitirnos el diálogo fecundo, el aporte de ideas que va a enriquecer la propuesta, pero lo que no nos podemos permitir, es que haya gente en nuestro universo, en nuestras ciudades, en nuestra América Latina, que se muere sólo porque alguien no está haciendo las cosas bien.

Nuestra intención, desde el Gobierno de la Ciudad, es empezar a generar una propuesta distinta que nos permita, a todos, complementar nuestros sistemas, y que apunte a mejorar la calidad de vida de cada uno de los individuos que viven en nuestra ciudad. Por eso hemos elaborado, una cosa inédita en un sistema como este, un plan médico de cabecera. La idea es ir enhebrando un sistema, que permita a los que no tienen ninguna cobertura, disfrutar del cuidado de la salud en la misma significación que el resto. Este es un avance hacia una etapa que tiene un objetivo: que es buscar un sentido de equidad para todos. Y equidad para todos, es realmente ponernos a todos en el mismo punto de partida, con la misma posibilidad de llegar a la meta final.

Quiero desearles que las tareas que están realizando tengan la posibilidad de llegar a pleno éxito, y que podamos incorporar aportes para un nuevo proyecto de salud, al cual debemos responder en estos principios filosóficos, que nosotros creo, compartimos plenamente. Muchas gracias.

Dirceu Brandao Martins, asesor de Planificación y Desarrollo de UNIMED *“Ni tanto Estado, ni tanto capital”*

Sobre lo que nosotros llamamos paradigmas para la salud, un profesor mío dijo una vez que “no todo lo que es lógico funciona, pero todo lo que funciona es lógico”. Y les voy a presentar una lógica que funciona. Para hablar de salud, tenemos que tomar en cuenta algunas cosas sólo como para tener una lógica de raciocinio. Desde el nacimiento, tenemos un significado de vida. Y la salud y la vida están unidas, tenemos que registrar también que el deseo de vivir es un bien individual, pero también es una responsabilidad personal, no es sólo un derecho, es también una obligación y la falta de la salud perjudica a la comunidad, entonces la salud y la vida son bienes colectivos.

En la salud y en la calidad de vida nosotros tenemos la fase médica. Los médicos tienen que defender la vida, y para eso ellos se apoyan en exámenes de laboratorio, en exámenes de imagen, rayos X, internaciones hospitalarias, también en otros profesionales como enfermeras, en los medicamentos. De esa forma, ellos tienen que defender la vida, y tienen con esto una responsabilidad social.

Es característico en la medicina, que si no hay una urgencia la agenda del médico se reduce, y esto es una eventual contradicción cuanto más prevención, menos trabajo para un médico y para los profesionales de la salud. Otra de las características de la medicina es que los médicos no pueden hacer los diagnósticos si el paciente no participa del diagnóstico, no hay un prestador del servicio y un receptor del servicio, son ambos, los dos, los que hacen el diagnóstico.

También es característico que médicos y pacientes quieran cierta tecnología. Y toda vez que se utiliza la tecnología, se aumentan los costos, y el círculo vicioso resulta que a

mayor costo se dificulta más la posibilidad de pagar de los pacientes. Este círculo que es una lógica mundial, está siendo hoy un problema de todo el mundo, y no es un problema, solamente, de los países más pobres.

Otro hecho es que el uso de la tecnología tiene una condición muy interesante, todos quieren la tecnología, sería muy difícil para alguien decirle a un paciente que él no tiene derecho a la tecnología, por más pobre que sea, ¿por qué? Porque la tecnología puede ser una cuestión de vida o muerte. Siempre aparece una nueva tecnología, sea en el área de medicamentos, de diagnósticos, y de tratamiento médico.

Desde la óptica que nos estamos colocando tenemos que discutir el financiamiento ¿Quién es que paga la cuenta? Siempre, las medidas colectivas como las vacunas, las paga el Estado, no hay posibilidad de hacer muchas cosas individuales, pero así mismo hay posibilidad con la comunidad organizada de protegerse.

“Tenemos presencia en 4500 ciudades”

El sistema UNIMED creció como cooperativa médica, porque 90% de sus afiliados está vinculado a empleadores que ofrecen esta atención a sus empleados, y a sus familiares. Fuera de las empresas hay muchas personas que tienen costumbre de tener una atención diferenciada. Los más ricos, por ejemplo, tienen otro funcionamiento.

Los banqueros, los ricos en Brasil, son el 3% de la sociedad. Nosotros estimamos que de 260 millones de habitantes de Brasil, sólo 5 millones utilizan otro financiamiento y buscan los médicos que quieren y los hospitales que quieren. Yo creo que en América Latina, en general estas condiciones para ricos sólo las tienen las ciudades más adelantadas, las más pequeñas, aunque tengan plata no tiene recursos disponibles, ya sea por falta de médicos o de tecnología.

En Brasil fue creado, por la convención de 1978, el Sistema Único de Salud, que ahora en 1997 sólo lo tenemos 132 ciudades de las 5700 ciudades en Brasil. UNIMED está presente en 4500 ciudades, en tanto el Sistema Único de Salud, que tiene la filosofía de la universalidad, la equidad, la integralidad, y la descentralización, sólo está en 132 ciudades. Eso no quiere decir que no haya atención pública, sino que esa atención pública esta fuera del Sistema Único de Salud, y está basado en una filosofía totalmente superada, donde el Ministerio de Salud presta servicios al ciudadano a través de una red privada o pública, y paga por procedimiento, generando mala atención, mal pago para los prestadores y mucha confusión y desperdicio.

Y con este tipo de financiamiento existe una paradoja, el médico quiere más honorarios, más tecnología, el paciente quiere corroborar el diagnóstico con otro profesional, y esto es más tecnología. Médico y paciente se unen para aumentar los costos y la realidad es que el Estado no tiene los recursos disponibles, entonces ¿qué sucede? El Estado limita el presupuesto, y toda vez que la atención de salud baja, el particular va a otros sistemas, y la rentabilidad de una empresa de salud, es tratada como la rentabilidad de cualquier otra empresa. Entonces sucede en Brasil, que las grandes empresas de medicina no llegan a las pequeñas ciudades, porque no compensa la ganancia, y los pacientes quedan sin atención, se estima en 40 millones de usuarios a los que no tienen servicio.

El médico y el paciente se enfrentan con una realidad, y ¿cómo equilibrar eso? Nuestra propuesta aquí, es cómo equilibrar la necesidad de tecnología para todos, el I-

mite del dinero, la capacidad de pagar de la gente relacionada con la calidad de la atención. Calidad en salud, no es calidad de recepciones en clínicas, la calidad es resolución, los pacientes quieren una solución para sus problemas.

El Banco Mundial, en su documento de 1994, estima que el 30% de las internaciones en Brasil fueron hechas sin necesidad ¿por qué? Las restricciones limitan la atención, voy a buscar un recurso público y no hay, entonces demoro la solución de mil problemas y este se agrava para el futuro. Falta de resolución, esto es así en toda América Latina, las personas buscan los recursos y, como no hay condiciones de atención, porque los médicos tienen que atender a veinte pacientes por hora, su diagnóstico no es bueno. O, si está hecho el diagnóstico, el ciudadano no tiene condiciones de cumplir el tratamiento, retorna al sistema, y el sistema entra en un círculo vicioso.

Entonces, esa parte de la vida que nosotros proponemos tiene algunos principios: primero, énfasis en la profesión del médico y en el diagnóstico; segundo, uso de la tecnología sólo cuando hay necesidad, y solamente el médico tiene capacidad de evaluar la necesidad; tercero, evitar el uso de la hospitalización sin necesidad, hay un hábito en Brasil de enviar a los pacientes al hospital para hacerle exámenes, esto es un desperdicio, amén que hoy existe peligro de adquirir infecciones hospitalarias.

Ejes de trabajo

Autonomía, independencia y estabilidad del profesional. El profesional que depende del salario, sea del Estado o de algún contrato, no tiene independencia de utilizar todos los recursos que él entienda necesarios en el momento.

Hay necesidad de dar **educación para la salud**, con los hábitos de vida, porque- disculpen-, fumar siempre será para un futuro una carga para la sociedad. Yo escuché que a igual tratamiento hospitalario de un fumador y de un no fumador, el del fumador cuesta un 30% más caro.

Resolución y no eficiencia. Hay que ver cuántas consultas tiene por día, cuántas hospitalizaciones, porque puede suceder que tenga muchas consultas, mucha atención, pero ninguna resolución. Lo importante es la resolución y no la eficiencia.

Riesgos financieros diluidos. Tienen que participar todos con los riesgos financieros, no hay posibilidad del Estado de asegurar toda la atención y mucho menos le es posible a la sociedad garantizar todos los recursos. Entonces, cada uno tiene que contribuir de acuerdo con sus posibilidades, sea como los más ricos buscando los recursos individualmente, sea los menos ricos, teniendo una atención colectiva. Y debe existir un concepto: todos deben pagar, para que pocos lo utilicen, nosotros no debemos tener como meta, que si yo pago tengo que usar los servicios médicos, yo debo pensar que cuando recurro al servicio médico es porque lo necesito, y no aquel que tiene una cartilla, una tarjeta y quiere hacerse diagnósticos de todas las especialidades. Hay personas que contratan un plan prepago y en los días siguientes buscan todos los médicos disponibles para consultar.

Es obvio, que yo pertenezco a una cooperativa, entonces nuestra propuesta es en el lenguaje de un cooperativista, nuestra propuesta es la cooperativa. Nosotros tenemos una propuesta cooperativa, un colectivo responsable, y no un colectivo reivindicatorio. Yo creo que la reivindicación política es necesaria, pero no resuelve los problemas.

Solidaridad, democracia, ética y transparencia. En el sistema cooperativo estas condiciones son las necesidades para que la cooperación sea real.

Autogestión y autocontrol. Ahí está lo más importante del cooperativismo. En el sistema cooperativista, las personas que componen la cooperativa tienen autogestión, para hacer la mejor aplicación de los recursos disponibles, y un alto control en las medidas, porque si alguien gasta más todos cargan con este costo adicional.

El cooperativismo no tiene ningún lucro, no tiene intermediario, no hay comercialización. Una cosa muy interesante que las personas, a veces no piensan, es que la cooperativa no presta servicios al cooperado, y el cooperado no usa los servicios de la cooperativa: la cooperativa es el cooperado.

No existe la relación cooperativa- cooperado, cooperado y cooperativa son la misma cosa. Se puede hacer una inversión compartida, si hay necesidad de adquirir un equipamiento más caro, los cooperados pueden cotizar. Las ganancias se reparten de acuerdo al trabajo, si la cooperativa es de trabajo, quien trabajó ganó más, quien no trabajó, no ganó.

En nuestras cooperativas de consumidores, de usuarios, los costos son planteados con criterios, con un estricto control, porque se pueden hacer cooperativas de usuarios con participación diferenciada de sus cooperados, en relación del trabajo de cada uno, se puede crear grupos dentro de la cooperativa donde la distribución de los costos pueden ser inversamente proporcional a los rendimientos. De todas formas, yo puedo tener una atención igual para todos con contribución diferenciada, según las posiciones de los cooperadores, eso en las cooperativas de consumo.

Cada comunidad, es una realidad única

UNIMED tiene una singularidad, en vez de ser una cooperativa nacional, cada cooperativa es local, entonces tienen un plan de salud, adecuado a cada comunidad, a la existencia o no de los recursos técnicos, a si tienen hospital o no tienen hospital. Los médicos establecen patrones de atención, en el sentido de su remuneración proporcional a capacidad de la gente de cada comunidad. Tenemos experiencia en los sectores más pobres, donde los médicos bajan sus honorarios, en beneficio de atender mayor cantidad de usuarios. Nosotros tenemos cooperativas que tienen 500 mil usuarios, y otras que tienen 5 mil usuarios, y tanto los 5 mil, como los 500 mil, reciben atención por parte de UNIMED. La cooperativa organiza a los médicos, para que todos trabajen dentro de patrones y reglas. Cada cooperativa tiene sus reglas, sus estatutos, y obligan a que sus cooperados tengan un comportamiento común.

Las cooperativas pueden hacer acuerdos. Nosotros tenemos la experiencia de algunas cooperativas locales que atienden a todos los habitantes de una comunidad, contratados por la alcaldía local. En ciudades pequeñas, de 4 mil o 5 mil habitantes, las cooperativas pueden hacer acuerdos con patronatos, para atender a sus empleados y familiares, pueden hacerlo con cooperativas de usuarios, cuando los ciudadanos individualmente se organizan en cooperativas de este tipo. Aquellos de lo que la cooperativa no dispone, lo contrata como servicio, si no tiene hospital, puede contratar un hospital, puede contratar laboratorios, farmacias, todo lo que sea necesario para complementar el trabajo médico.

Las cooperativas de médicos tienen diversos sistemas, tienen informática... tienen todo un sistema ¿para qué? Para reducir costos, y aumentar la eficiencia, y principalmente arriba a la resolución de los problemas. Existe un control de costos muy estricto, si un médico exagera

en la solicitud de exámenes, los demás médicos analizan si ese pedido es una necesidad o una acción irresponsable. Entonces, el sistema se autocontrola, se habla con ese profesional, para que no continúe en esa senda, porque eso representa un perjuicio para todo el grupo.

Por otra parte, los gastos de UNIMED tienen cálculo de riesgo, se trata de hacer cálculos, aproximados, que permitan los costos futuros, de tal forma que los usuarios se beneficien, se hacen los cálculos con mucho margen, para que todos se puedan atender. De otro modo, es un costo muy caro para la capacidad de pago de los ciudadanos.

Organizar a las bases

En los casos de las cooperativas de usuarios, tenemos como primera condición organizar sus bases, todos tienen un mismo objetivo, un estatuto con reglas para todos, se establecen reglas de comportamiento, si un usuario exagera en el uso de los servicios indebidamente, el grupo lo penaliza de la forma estatutaria que esté establecida.

No existe un problema en las grandes ciudades, no hay posibilidad de reunir a las personas, y lo que antiguamente hacían las mamás enseñando a sus hijas prevención y protección de la salud, hoy lo hacen las maestras o las organizaciones comunitarias. Entonces, si yo tengo una organización y de personas con un mismo interés, yo puedo establecer la educación y la prevención en grupo, y con eso optimizo y elevo los mensajes de protección y prevención de la salud.

Un grupo trae riesgos, sean financieros, sean de salud. Yo les decía también que nuestras cooperativas de usuarios tienen un buen sistema informático, buscan la forma en que un grupo así pueda llegar a satisfacer sus necesidades, adaptarse con sus locales, a su país y a sus condiciones económicas. Puede contratar cooperativas médicas, porque si la cooperativa de usuarios contrata a los médicos como asalariados, volvemos a lo que dije en un principio, que un médico queda sin libertad para trabajar como profesional. Si contrata otros servicios, nosotros tenemos experiencia en UNIMED, que las cooperativas de usuarios, el caso de San Pablo, más la cooperativa de médicos tienen un servicio de transporte aeromédico, ambas cooperativas se unieron para tener un servicio que permite el transporte por helicóptero y por avión, de sus cooperados, USUAL. Yo, por ejemplo, soy cooperado de la cooperativa de USUAL, y puedo tener con mi libreta de salud, es caso de transporte aeromédico, el servicio de la cooperativa de usuarios.

Las cooperativas médicas no deben tener farmacia, porque no es ético para un médico, que él mismo recomienda medicamentos. Entonces, las cooperativas de usuarios en el Brasil adquieren los medicamentos en sus farmacias, no sólo farmacias de medicamentos, también tienen equipamiento ortopédico, como muletas, sillas de ruedas, esto ayuda a controlar y abaratar costos.

Los pobres y el Banco Mundial

Yo quería volver sobre un tema del que ya hemos hablado hoy aquí, hay una corriente en el mundo que plantea que los límites de los financiamientos de costos de salud, tienen que ser establecidos por el Estado. Y los gobiernos no sólo no tienen la condición de proveer todos los recursos necesarios, sino que los que tienen los distribuyen mal. Entonces, sucede que cortan un presupuesto linealmente, y si una persona necesita algo más que lo se prevé en el presupuesto, no lo tiene, y otra que no lo necesita, le sobra. La mala gerencia de los Estados es una realidad, puede ser por su tamaño o por re-

cedad. En contrapartida, el Banco Mundial presenta lo siguiente: el Estado debe ofrecer a la población más pobre, una medicina muy simple, aquella para no dejarla morir, la primera atención, no una solución, nada que resuelva. Y el resto de la población tienen que ir al mercado, y los mecanismos del mercado, la oferta y la demanda, de rentabilidad y costo tienen que resolver los problemas. Esta ecuación, es una ecuación cruel, porque me crea la condición de no atender las necesidades si no son rentables.

Un ciudadano, que entra en una cooperativa, no va allá para ganar nada, él va a recibir beneficios, en una proporcionalidad adecuada, pero no va a recibir un beneficio especial. En el Estado en el que él no tiene ningún compromiso, tiene una atención, y el Estado paga sin saber a quién presta servicios, ni quién se lo está brindando. En la cooperativa él puede investigar quiénes son los médicos, así como ellos saber quiénes son sus pacientes, pueden reunirse, decidir destinar recursos para investigación, o para elevar hospitales, entonces el gerenciamiento tiene la misma intención.

Entonces, la propuesta que nosotros estamos haciendo es ni tanto Estado, ni tanto capital, pero sí una actividad económica, dentro de las reglas del cooperativismo, ajustadas a la situación de cada país.

Ricardo López Presidente de COMI ***“En todas las batallas”***

Cuando se habla de proyectos de salud en la Argentina, se tiende a decir que esto es una anarquía y, que el actual gobierno, en salud, no tiene ningún proyecto. La realidad es que detrás de una gran anarquía de información, existe- solapado- un proyecto que ha sido acordado con el Fondo Monetario Internacional y con el Banco Mundial. Esto está basado en los decretos 1141 y 1142 de 1995 del gobierno argentino. Durante la gestión del ministro Domingo Cavallo, la Argentina suscribió un acuerdo formal con el Banco Mundial, estableciendo la aplicación de una política de tres años hacia 1998. Cada tramo del cumplimiento del acuerdo significa la liberación, por parte del Fondo Mundial, de 130 millones de dólares.

Se dice que no hay objetivos, grave error, los objetivos que tiene este proyecto para la Argentina son: la fusión de las obras sociales, para reducir su cantidad; la puesta en vigencia de un programa médico obligatorio, esto implica un servicio mínimo, entre comillas, que todos los prestadores tendrían que dar; la regulación de la medicina prepaga, esto significa dar las reglas de juego, ¿cuál es el objetivo?: reducir todo a muy pocas empresas; la libre elección de los afiliados de las obras sociales y del PAMI, esto significa abrir el juego, para que la gente que hoy en día está dentro de coberturas que tienen alguna vinculación con el Estado, puedan acceder a los planes privados; la discriminación de la población con cobertura para subsidiar la demanda, y no la oferta, o sea que en vez de dar dinero a los hospitales, el gobierno pagaría a la gente que utilice los servicios de los hospitales; el desarrollo del hospital de autogestión, esto es entender al hospital público, como una unidad privada, con autarquía y administración propia; el fortalecimiento institucional del ente regulador, que es la Superintendencia de Salud, para que regule todo; y, entre otros, instalar los modelos prestacionales, a través de las cásitas. La cásita es para las prestaciones médicas, como el trabajo asalariado a ultranza, y el pago por hora médica sea para los profesionales.

En busca de los billetes

Argentina tiene un gasto anual de 20 mil millones de dólares, lo cual da 600 dólares por habitante y por año. Esto es, evidentemente, en lo que están interesados, en el reparto de esta torta, se dan cuenta la magnitud de la cifra, es el 7% del producto bruto interno del país. PAMI, con 4 millones de personas, representa aproximadamente un gasto anual en salud de 2400 millones. Las obras sociales, recaudan y movilizan 3.500 millones de dólares por año, el hospital público tiene una inversión aproximada de 4000 millones de dólares. El sector de los medicamentos, mueve 4.000 millones; y el sector privado, de la llamada medicina prepaga, sanatorios y demás, 3500. Obviamente que lo que se está buscando en esta reforma de salud es cómo todo esto va a parar al otro lado.

Conscientes de este modelo, nosotros, empezamos a discutir la posibilidad de otro modelo. En el año 1993, se hicieron aquí las primeras Jornadas de Cooperativismo Sanitario, con la presencia del doctor Espiriú. En el año 95 nació SIS; Sistema Integrado de Salud, una empresa de empresas, para poder jugar un papel de estas nuevas reglas de juego. En el año 96, hicimos las Segundas Jornadas de Cooperativismo Sanitario. En octubre hicimos el encuentro Cooperación en Salud; en noviembre COMI participó en la creación de la IHCO, en Costa Rica; en diciembre del año pasado hicimos el Encuentro de Dirigentes de Cooperativas y Mutuales de Salud, en Villa Carlos Paz, Córdoba. Y, en enero del 97, se conformó la red SIS de cooperativas y mutuales, en Buenos Aires; finalmente en abril se hizo la presentación de la obra social OSPESIGA, en Rosario.

Para este modelo, la salud debe estar en manos privadas. Nosotros seguimos reconociendo el rol del Estado, y no creemos que quine más paga, mejor salud tiene. Nosotros hablamos de la mantención de los principios solidarios. Estamos hablando de un concepto más amplio, que también implique la promoción de la salud.

Creamos este año OSPESIGA, Obra Social del Gas y Afines, en un intento de poder participar en todos los terrenos donde se libre esta competencia. Nuestro objetivo es quedar adentro de todas las batallas, mientras tratamos de conformar un modelo diferente. Actualmente, estamos tras el objetivo de crear la Obra Social de los Médicos, que reúna a lo que podemos llamar, los integrantes del sector solidario, que para nosotros son las cooperativas de prestadores y de usuarios, las mutuales de salud, el sector gremial y profesional agrupado, y el sector financiero vinculado al sector solidario, es decir, los bancos cooperativos. De esto se trata, y por este camino estamos transitando.

Alianza estratégica del cooperativismo de salud

ENTIDAD	REPRESENTANTE
UNIMED	Dr. Edmundo Castillo Dr. Rafael Moliterno Neto Sr. Dirceu Brandao Martins Sr. Antonio Martins Cortada
UNIMEC	Dr. Mario Rueda Gómez
IDELCOOP (Gabinete de Estudio y Promoción del Cooperativismo Sanitario)	Dr. Marcos Buchbinder
COMI	Dr. Ricardo López Dr. Guillermo Arlando Sr. Josef Komet
Fed. Coop. Misiones	Sr. Héctor Biale
Asoc. de Clínicas de Corrientes	Dr. Biaz
CONINAGRO	Sr. Ernesto De Simone
Comese (Coop. de Prov. de Serv. Para Médicos)	Dr. Luis Weisman Dr. Osvaldo Peré Vignau Dr. Ignacio Rosetti
Fed. Med. de Misiones	Dr. Armando Gabriel Ortiz
I.M.F.C.	Sr. Edgardo Fom
Fed. Médica Pcia. Bs. Aires	Dr. Raúl Baudino Dr. Norberto Gareía Dr. Juan C. Puzette Dr. Julio Drake
A.S.E.	Sr. Ricardo Fernández Sr. Víctor Hugo Piva
IHA Instituto Médico Asistencial (Rosario)	Dr. Rubén Settembrini
CAMI (Rosario)	Dr. Vicente Lanza
FECOSARA (Federación de Coop. de Salud de la Rep. Arg.)	Dr. Jaime Krawchak
Fed. Médica de Córdoba	Dr. Mario Tiburzi
Centro Gallego	Dr. Horacio Bargas
Banco Credicoop Coop. Ltda.	Sr. Juan Carlos Fiocca Lic. Leonardo Bieger
Cooperativa Médica de Necochea	Dr. Eduardo Escudero
Mutual de Méd. Municipales	Dr. Angel Acevedo Sr. Néstor Serria Sr. Julio Losso
COOPRES Coop. de Residentes y Especialistas Ltda. (Tucumán)	Dr. Ricardo Ochi Dr. Víctor Deiana
Femeca (Fed. Médica de la Cap. Fed.)	Dr. Antonio Di Nanno Dr. Roberto Serrano
Casa del Maestro y Prev. Soc. (Mendoza)	Sr. José Gagliardi
Fed. Médica de Misiones	Dr. Mario Plotz
Fed. de Coop. de Corrientes	Cdoa. Mónica Arnais Jorge Mesa
SANCOR Mutual (Salud)	Dr. Horacio Evans
Fed. de Mutuales de Salud (Rosario)	Dr. José Garriga
Unión Doc. Argentinos Soc. Mutual Argentina Inst. de Educación Coop.	Prof. Domingo Seimano Prof. Gustavo Frutas Prof. Claudia Penialva Dr. Alfredo Maiorano
Programa de Salud	Dr. Ernesto Katz
ACA Salud	Dr. Jorge Martinoli Sr. Rubén M. Sadoux
S.I.S. (Sistema Integrado de Salud)	Dr. Horacio Donato
Sanatorio Wilde	Dr. Adolfo Bischoff
Sindicato Médico Avellaneda	Dr. Federico Paulino
AMTA Asoc. Mutual Transporte Automotor	Dr. Pedro Pablo De Benedetto

Entidades invitadas que justificaron su inasistencia

Cooperativa Médica de Villa Carlos Paz
Cooperativa Médica de Río Cuarto
Asociación Médica Platense
Mutual Española de Bahía Blanca