



ISSN 1850-2512 (impreso)
ISSN 1850-2547 (en línea)

UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Documentos de Trabajo

Departamento de Investigación
Area de Estudios en Cooperativismo y Mutualismo

El desempeño de las cooperativas y mutuales de
salud en la Argentina - Nuevos desafíos -

Nº 149

Alicia Susana Rovella

Departamento de Investigaciones

Junio 2006

ISBN 950-717-019-5

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

Para citar este documento:

Rovella, Alicia Susana (2006). El desempeño de las cooperativas y mutuales de salud en la Argentina - Nuevos desafíos -.

Documento de Trabajo N° 149, Universidad de Belgrano. Disponible en la red:

http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/149_rovella.pdf

Índice

Presentación	5
Breve reseña del sistema sanitario argentino	5
Situación actual de la salud en la Argentina	6
Las mutuales y cooperativas en el sistema sanitario argentino	7
Anexos:	
1.- Liga Antituberculosa Mutualista entre el Personal del Ferrocarril Central Argentino	11
2.- Las mutualidades en la lucha contra las enfermedades venéreas	13
3.- Estadística sobre mutuales en 1916	14
4.- Prevenir y curar	15
5.- Estadística de mutuales y cooperativas de salud a marzo de 2006	17
Bibliografía	18

Presentación

El presente trabajo está dedicado a la acción que cooperativas y mutuales desarrollan en el campo de la salud. El mismo tiene como base una monografía que con el título «*El desempeño de las cooperativas de salud en la Argentina*» fue presentado en el III Encuentro de Investigadores Latinoamericanos de Cooperativismo convocado por la Alianza Cooperativa Internacional realizado los días 28, 29 y 30 de abril de 2004 en la sede de la Universidade do Vale do Rio dos Sinos –UNISINOS–, São Leopoldo, Porto Alegre, Brasil. Esa ponencia fue enriquecida con la incorporación de la participación que tienen las mutuales en el sector salud.

La autora, Alicia Susana Rovella, es doctora en Sociología por la Universidad de Belgrano. Es docente, investigadora, consultora en temas de políticas sociales y miembro de la SADE (Society for Advancement of Socio-Economics). Ha presentado trabajos a congresos y seminarios sobre temas de salud, SIDA y juventud; habitualmente publica artículos en diarios del país y del exterior.

Breve reseña del sistema sanitario argentino

El sistema de la salud en la Argentina es brindado por el Estado, las obras sociales sindicales, las empresas de medicina prepaga y las cooperativas y mutuales de salud organizadas por los propios futuros usuarios de los servicios.

La característica de estas dos últimas modalidades es que los asociados se integran voluntariamente para recibir el servicio de atención médica en sus diversas especialidades. Sus directivos surgen del mismo colectivo por elección de la masa social. Ello tiene suma importancia porque se debería cumplir con el principio de solidaridad y equidad en las prestaciones. Algunas de esas instituciones tienen consultorios propios y clínicas de internación. Otras funcionan como prepagas, derivando a otros hospitales a sus asociados.

El principio de solidaridad, en cualquiera de esas dos modalidades tendría que contemplar la atención preventiva de los asociados porque lo importante es tener socios sanos y no socios enfermos. Lamentablemente, este concepto no es comprendido por los dirigentes quienes, frecuentemente, actúan con el asociado como si fuera un «cliente» de la entidad.

El principio de equidad se cumple brindando a cada socio la cantidad de servicios que él hubiera pactado con la organización, como contraprestación del pago de las cuotas sociales.

Es en la construcción de sociedades más justas y equitativas donde desarrollan las mutuales y cooperativas una tarea muy trascendente porque, en el caso específico de la mutualidad, son las verdaderas generadoras de los servicios hoy comprendidos en la seguridad social.

En 1918, cuando termina la Primer Guerra Mundial, se producen en el mundo diferentes movimientos sociales de distinto carácter ideológico, tanto de las corrientes sociales cristianas como las corrientes denominadas socialistas y libertarias, cada una con su interpretación de la historia, del presente y del futuro, en lo que hace a las condiciones culturales y educativas como a las condiciones económicas y laborales.

Lo interesante de destacar es que todas esas corrientes intentaron encontrar instrumentos institucionales que le permitieran a la gente disponer de los sistemas de protección social, de servicios mutuales de ayuda recíproca.

Hacia 1932, en Inglaterra se ponía el acento en la importancia que tenía que los estados asumieran responsabilidades muy definidas.

Después de la Segunda Guerra Mundial, la comunidad toda se replantea la necesidad de crear condiciones más justas frente al sufrimiento, al dolor y al castigo que representó la guerra. Se recrea la Liga de las Naciones constituida en Naciones Unidas, y se crea la Asociación Internacional de la Seguridad Social, la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otros organismos, todos, en alguna medida, para analizar, discutir, asesorar y facilitar el desarrollo de determinados servicios.

Es así como se fueron generando distintos modelos de servicios de seguridad social. En América latina, de acuerdo a los compromisos que fueron adquiriendo los países en tratados internacionales en el marco de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales, Uruguay es el país que más asumió el rol de estado garantizador de la seguridad social, ya sea la salud social, la jubilación, pero con un peso muy fuerte en las mutuales y cooperativas.

En un segundo término esta tarea la cumplió la Argentina, a partir de 1945-46 con la presidencia de Juan Domingo Perón, cuando se crea la primera dirección nacional de salud del país, y luego una secretaría de salud que pasa a ser cuerpo del Ministerio de Salud, a cuyo frente estuvo Ramón Carrillo, quien creó la red de hospitales públicos más grande del país, la más numerosa de América.

Después de 1955, y en coincidencia con algunos cambios que se dan en el mundo, desde la OMS, y en el caso de América la OPS (Organización Panamericana de la Salud), comienza a insistirse en que algunos servicios son deficitarios. Es decir, se va tratando de modificar la idea de la protección social, la idea de la seguridad social, de la justicia social por la idea de costo-beneficio.

Cabe señalar, como sostiene el historiador argentino Héctor Recalde, las reacciones de los grupos dirigentes ante la «cuestión social». En este aspecto el investigador ha podido comprobar que el higienismo parte de la política del Estado nacional a partir del último cuarto de siglo XIX, y que el núcleo más selecto de sus representantes integraba el elenco dirigente.»

A partir de la década del '60 se paraliza en la Argentina el desarrollo de lo que había impulsado Carrillo, comienza a perder espacio la presencia del estado en los hospitales públicos y de la función pública, empieza a crecer la actividad privada y, sobre todo, la actividad privada lucrativa.

Las mutuales en el año 1945 registraban el 27% de la población cubierta en la Capital Federal por sus servicios. Poco después comienza a detenerse y a aparecer la constitución del sector privado lucrativo.

En el año 1968-69 (con el gobierno en poder del General Juan Carlos Onganía), se suscribe la famosa ley Nº 18.610 de obras sociales, se crea el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales), ahora ex INOS, se establece el aporte obligatorio empleado-empleador y, en 1970, se plantea en el país una modalidad de trabajo de prestaciones de servicios que cambia estructuralmente el sistema: el contrato por capitación.

Los sindicatos van gradualmente desactivando los sanatorios y clínicas que tenían. Les resulta más cómodo contratar servicios. En 1980, el servicio de salud de las obras sociales comienza a hacer agua, por la contratación por capitación, por la dificultad de un control de calidad, de gastos y de consumos.

Por otra parte, la situación de los hospitales públicos es cada vez de mayor deterioro, así el servicio de salud ha pasado a ser un servicio de costo-beneficio sin condición social.

Toda esta situación provoca que la gente intente buscar soluciones, y es allí donde la mutualidad comienza a retomar su espacio. A partir de la década del '80 la gente se organiza en los barrios, en las empresas, en las colectividades, y lo hace desde un servicio de enfermería hasta un centro de alta complejidad.

Situación actual de la salud en la Argentina

El gasto de los argentinos en su sistema de salud se ha estimado en más de 20.000 millones de pesos anuales, pero con resultados poco satisfactorios. Esta cantidad ha representado el 7% del PBI ó 600 dólares al año por habitante. Es una cifra alta con relación al resto de América latina, pero baja respecto a lo que gastan los países desarrollados. En Estados Unidos llega al 14% y en Canadá al 9,9% del PBI.

El gasto de salud en la Argentina lo financian el Estado y los propios usuarios.

Según un informe elaborado por la Oficina Regional del Banco Mundial (BM) fechado en noviembre de 2002, «la Argentina es un país que ha sobresalido en América latina por su alto índice de desarrollo humano. En salud, el país se ha distinguido por su alto nivel de gasto, su extensa oferta de prestaciones y el alto

desarrollo tecnológico» memoriza el documento. Pero al referirse al momento actual dice que « el impacto de la actual crisis sobre el sector salud puede explicarse por cuatro factores principales: el deterioro progresivo en el financiamiento de los diferentes subsistemas; un aumento en los costos de los medicamentos e insumos biomédicos importados como consecuencia de la devaluación; el incremento de la demanda de servicios en la red pública hospitalaria; y un mayor riesgo epidemiológico, consecuencia del deterioro en las condiciones socioeconómicas de gran parte de la población».

El PAMI (Plan Asistencia Médica Integral), que se financia con aportes de los trabajadores y empleadores, presenta un panorama catastrófico, ya que la situación financiera y las prestaciones del PAMI, que cubre a más de 3,2 millones de argentinos (entre ellos, el 91% de los ciudadanos mayores de 65 años) tampoco es buena debido a la caída de un 40% en la recaudación, y, como consecuencia de las deudas con proveedores, los servicios asistenciales han sufrido permanentes cortes.

Es importante destacar, que en la Argentina, desde siempre, el hospital público prestó sus servicios en forma absolutamente gratuita y sus recursos surgían de los presupuestos nacional, provincial o municipal. Pero en los hospitales se atienden los que no pueden acceder a ningún otro tipo de servicio, y según el informe del Banco Mundial «los hospitales públicos, que se estima deben cubrir aproximadamente a 15 millones de argentinos que no cuentan con un seguro de salud (el 40% de la población), enfrentan simultáneamente un retraso en el flujo normal de fondos y el incremento en la demanda de servicios».

Históricamente, la producción de salud se ha debido, sobre todo, a una acción política, es decir a una toma de decisiones que podríamos denominar de «prevención primaria», esto es, a la reducción de los problemas básicos de salud pública, tal como lo son el agua corriente, la salubridad o las vacunaciones masivas. Resueltos esos problemas, los cambios adicionales en el nivel de salud de la población son producidos por el crecimiento de un sector de profesionales y especialistas médicos y por un proceso de comercialización de los servicios médicos. Traspasados estos estadios, la organización y planificación sanitarias, es decir, el desarrollo de un sistema sanitario complejo es un factor decisivo para explicar el nivel cualitativo y cuantitativo de salud de una población. Esta es la etapa de «prevención secundaria». Es así, como la estructura de servicios sanitarios puede llegar a ser la variable independiente que define el nivel de salud de la población en mayor medida que el crecimiento económico o el grado de urbanización.

De este modo, el tema adquiere relevancia en momentos en que en Argentina los hospitales públicos no dan abasto, las obras sociales tienen servicios deficientes y las prepagas son inalcanzables para la gran mayoría de la población.

Esto demuestra la precaria situación del sistema sanitario en nuestro país, y la necesidad imperiosa del desarrollo de políticas que posibiliten la equidad y la promoción de la salud.

Hoy en día, ya siglo XXI, la mutualidad se ha reinstalado en la sociedad, está presente como servicio comunitario.

Las mutuales y cooperativas en el sistema sanitario argentino

La cooperación es una actividad eminentemente social, los actores que intervienen en el proceso cooperativo determinarán la inclusión diferenciada de los grupos, pero sin posibilidades de exclusión de los asociados, ya que son los que constituyen la médula de la organización cooperativa y mutualista, y su razón de ser como destinatarios de los servicios.*

Se realizó un estudio descriptivo e interpretativo con el propósito de analizar la situación real de las cooperativas de salud que nos ha permitido visualizar la situación de estas organizaciones, y determinar sus necesidades a través de un **Diagnóstico de Situación Social** basado en las debilidades y fortalezas del sector, con lo cual, se puede llegar a establecer las políticas necesarias para dar satisfacción a las diversas demandas. Esto va más allá de la información como cuantificación monetaria o de personas involucradas, sino que abarca, también, la evaluación del impacto social como medición global, donde toman importancia

* Según la «Declaración sobre la Identidad Cooperativa», de la ACI (Alianza Cooperativa Internacional) de 1995, una cooperativa es una asociación autónoma de personas que se unen voluntariamente para satisfacer sus necesidades y aspiraciones económicas, sociales y culturales comunes por medio de una empresa de propiedad conjunta democráticamente gestionada.

las motivaciones de los actores sociales y las valoraciones adoptadas por los integrantes de las empresas cooperativas y mutualistas.

Se trata del análisis de una situación real, tomada de la experiencia y el alcance de la investigación fue microsocial poniendo énfasis en el funcionamiento de los servicios y en la participación de los actores, y se focalizó en:

- Identificación de los problemas.
- Características de la estructura organizacional.
- Alcances del recurso humano en salud.
- Funcionamiento de las redes sociales: servicio sanitario y comunidad.

Del trabajo realizado surgen propuestas específicas para afianzar el sistema implementado por las organizaciones, ya que en la actualidad el mejoramiento de la calidad se transformó en una obligación. Casi todos los pacientes y trabajadores de salud saben que la atención de los servicios se puede mejorar. Cabe señalar que, por desconocimiento de la importancia del tema o por costos, las mutuales y cooperativas no se dedican a realizar medicina preventiva.

La reforma del sistema de salud solo se puede considerar como un éxito si la calidad de los servicios mejora como resultado de los cambios.

Para este trabajo se tomó la definición de **calidad*** de la Organización Mundial de la Salud. Esta comprende:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgo para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final en los indicadores de salud.

La mejora de calidad se logrará a través de un proceso continuo de planificación, evaluación y mejora. Avanzar en este sentido requiere un cambio de cultura de la organización basada en los siguientes principios:

- Enfoque en la satisfacción de las necesidades y en las expectativas de las personas.
- Mejora continua.
- Participación de las personas y de los miembros del equipo de salud en la búsqueda permanente de servicios de calidad creciente.
- Red social de aprendizaje e intercambio.

En el caso estudiado de las mutuales de salud, se identificaron varios problemas y debilidades. El aspecto crítico parece ser la falta de vínculos entre los diferentes ámbitos que conforman la institución. Las acciones de cada unidad se cumplen en forma autónoma, por lo que se hace imperioso la construcción de vínculos en el plano organizacional, para lograr una visión compartida y tener un fin común no sólo en forma meramente declamativa.

La conformación del trabajo en equipo implica crear relaciones basadas en la comunicación, en la confianza y en el apoyo mutuo para de esta forma lograr coherencia en los procesos.

Se observó cierta falta de disposición de información. Ante el requerimiento acerca de estadísticas sobre los tipos de dolencias por las cuales concurren los socios a las consultas, se estableció la existencia de debilidades en la calidad del proceso de ingreso e integridad de la base de datos.

Todo lo expresado nos lleva a sostener que la calidad de la gestión promueve el cambio institucional. Con respecto al tema de gestión de las cooperativas y mutuales, Peter Davis sostenía que:

* Para nuestro trabajo, se entiende como calidad en la gestión un estilo de mejoramiento continuo en el desempeño de las organizaciones en su conjunto. En este enfoque se considera que la calidad se define, se construye y se gestiona.

- Se forman para satisfacer necesidades comunes, sociales y culturales de los integrantes, quienes asociados libremente crean empresas de propiedad común, democráticamente gestionadas (ACI);
- Para resolver los problemas que les plantea el entorno y que individualmente no pueden resolver;
- Cuentan con un entorno de empresarios (por ejemplo los proveedores), empleados, usuarios y clientes no asociados y también la comunidad en que están inmersas. Todos esos sectores y personas son los interesados en la vida y desarrollo de las cooperativas/mutuales (como de cualquier empresa) aunque no pueden incidir sobre sus decisiones;
- Esto implica que los funcionarios contratados deberán estar imbuidos de los valores y principios* de las cooperativas para poder encontrar las soluciones prácticas adecuadas.

A la crisis en la que nuestro país está sumergido se agrega la demanda justificada de una atención de la más alta calidad posible.

Esta realidad obliga a nuestras autoridades a un estudio pormenorizado de las variables que inciden en el rubro «**calidad de atención**», y cómo modificarlas para que, sin necesidad de inversiones importantes, se pueda mejorar el servicio brindado.

El derecho a la calidad en la atención de la salud fue incorporado en el movimiento global de los derechos humanos, y los gobiernos se ven enfrentados a demandas crecientes de mejores servicios.

Por otra parte, los cambios introducidos en las últimas décadas en los sistemas económicos y sociales determinaron que las políticas en el área de salud se vieran influenciadas por las pautas de «gerenciamiento de los recursos».

Así, siendo limitadas las posibilidades económicas, las mejoras en la calidad de atención debieran producirse a partir de una optimización de los recursos existentes, especialmente el humano.

Lógicamente, la utilización racional y adecuada del mismo es indispensable para poder brindar la mejor atención, a un costo que la comunidad pueda afrontar.

La observación de la realidad muestra, por el contrario, que este es uno de los aspectos más deficitarios de estas organizaciones de salud.

Implícito en este enfoque, se encuentra el concepto de que el personal de salud no es un insumo que, tal como los financieros y físicos, contribuye a desarrollar actividades de salud, sino que es también un producto del mismo sistema.

A partir de estas «ideas fuerza» será necesario contar con un Diagnóstico de Situación Social para que, a través de una planificación científicamente establecida, se pueda aprovechar el recurso humano con el mejor resultado posible.

Para ello es imprescindible definir qué se entiende por **recurso humano** en salud, así como conocer las variables que influyen en su rendimiento: formas de organizarlo, metodología de estímulo, modelos de trabajo individual y colectivo, factores que influyen en sus componentes (salud del equipo de salud), y criterios para desarrollar una política efectiva de recurso humano.

Recurso Humano en Salud: es el conjunto de aptitudes, conocimientos, motivaciones y comportamientos de que disponen, o desarrollarán en el futuro, los habitantes de una comunidad para la atención de su salud.

Personal de Salud: sería el recurso humano que presta servicios en instituciones del sector salud y que, en gran parte, ha recibido o está recibiendo adiestramiento específico.

* La cooperativas se basan en los valores de autoayuda, autorresponsabilidad, democracia, igualdad, equidad y solidaridad. En la tradición de los fundadores, los socios de las cooperativas sostienen los valores éticos de honestidad, apertura, responsabilidad social y preocupación por los demás. Los principios cooperativos son pautas generales por medio de los cuales las cooperativas ponen en práctica sus valores.

La unidad funcional del recurso humano en el equipo de salud está conformado por profesionales y personal no profesional mancomunado en el desarrollo de las actividades necesarias para el logro de los objetivos propuestos: la atención de la SALUD.

La aplicación del Diagnóstico de Situación Social al recurso humano evalúa :

- Aspectos referidos a la planta física
- Distribución de recursos
- Relaciones con superiores
- Trabajo y organización del equipo
- Capacitación del personal
- Aspectos comunicacionales entre pares, intersectoriales y con los pacientes

Este tipo de evaluación muestra, mayoritariamente, que los principales motivos de insatisfacción son las dificultades con la cantidad y distribución de los recursos humanos y físicos, como también la falta de reconocimiento al esfuerzo personal; y se evidencia mediana satisfacción de los niveles de capacitación, de la actuación de la conducción y la organización general.

En los modelos de organización que nos ocupa, mutuales y cooperativas de salud, el trabajo interdisciplinario y las redes de atención son otra alternativa para la crisis en recurso humano.

Los procesos de transformación imponen la necesidad de acercarse a ellos desde nuevos «paradigmas» teóricos, desde una concepción sistémica. Es decir, donde la persona es vista como la totalidad que es.

El rol de los dirigentes de estas organizaciones sociales, mutuales y cooperativas, va más allá de lo que deben cumplir los directores de las empresas de capital. La mayor preocupación de los directores de empresas es obtener el mayor lucro posible para el capital invertido. El dirigente de una organización social tiene que velar por los recursos de la empresa o institución y también, especialmente, por sus asociados porque éstos son el principal sostén de esas organizaciones.

Es fundamental el rol del liderazgo en la acción por participación. Para que el trabajo de las cooperativas y mutuales de salud no sea encarado como un mito, deben propiciarse instancias de entrenamiento progresivo en relaciones humanas, educar para el saber transdisciplinario, trabajar la conciencia grupal para la construcción de una ética compartida y establecer claridad en los objetivos para poder crear servicios que hoy la ciudadanía y la comunidad reclama.

La prestación del servicio de salud de las cooperativas y mutuales a través de una red (sistema abierto y multicéntrico) posibilita la potenciación de los recursos que se poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Ubica a la salud en el microsistema comunitario, donde el valor de la solidaridad permite multiplicar los recursos humanos, técnicos y financieros, ayudando a encontrar respuestas a la problemática de las personas, familias, grupos sociales.

En este contexto social argentino, las mutuales y cooperativas de salud pueden ser la respuesta organizada optimizando el recurso, potenciándolo y distribuyéndolo en forma equitativa, eficaz y racional. Pero estas organizaciones deberán tener especial cuidado de no burocratizarse, creando superestructuras formales sin objetivos ni operatividad.

Este esquema conceptual nos lleva a pensar que los rígidos modelos cuantitativos no serán útiles para definir las necesidades ni para satisfacer la demanda, sino que se requerirá un modelo cualitativo que permita asociar la organización con las formas prestacionales, así como la definición de roles, responsabilidades y preparación de dirigentes y personal, para lograr la mejor atención posible con los recursos de que se disponen. No importa cuántos son, sino qué características deben tener, y cómo se relacionarán entre sí y con la población a la que sirven.

Más allá de describir la situación se torna imperioso el intento de la búsqueda de soluciones, ya que si de solidaridad y equidad se habla, no se puede asistir pasivamente al declive de las condiciones de vida. Todo diagnóstico es insuficiente si la identificación de problemas no trae aparejada una tentativa de solución.

De lo expuesto se deduce la importancia de un **quiebre paradigmático**, un cambio en la visión de cuáles deben ser las misiones y funciones de las cooperativas y mutuales de salud. Un ejemplo en este sentido lo está dando la Federación Argentina de Entidades Solidarias de Salud (FAESS) que está integrada por usuarios y prestadores de salud entre los cuales concurren cooperativas y mutuales junto a los hospitales públicos, como puede verse en el Anexo 4.

Anexos

Los anexos 1, 2 y 3 que se incorporan a continuación forman parte de la investigación que están realizando Felipe Rodolfo Arella y Santiago José Arella «Aporte documental sobre el mutualismo argentino».

El anexo 4 es la reproducción de un artículo del periodista Jorge Vilas publicado por la Revista CABAL en su edición Julio/Agosto 2005.

El anexo 5 se realizó sobre los datos suministrados por el INAES (Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social).

Anexo 1.

Liga Antituberculosa Mutualista entre el Personal del Ferro – Carril Central Argentino.

Los datos que aportamos fueron obtenidos de la Memoria y Balance Ejercicio 1938 - 1941

Esta mutual se fundó el 17 de julio de 1934 con el nombre de «*Liga Antituberculosa entre el Personal del Ferro Carril Central Argentino*» y tuvo personería jurídica el 12 de septiembre de 1936.

Cumplía funciones mutualistas entre sus asociados, y por esa razón, para adecuarse a las disposiciones del decreto reglamentario del 29 de abril de 1938, reformó su estatuto incorporando la palabra «Mutualista», quedando su nombre definitivamente de la manera siguiente: LIGA ANTITUBERCULOSA MUTUALISTA ENTRE EL PERSONAL DEL FERROCARRIL CENTRAL ARGENTINO, siendo esa modificación aprobada por el Poder Ejecutivo Nacional el 29 de julio de 1941.

Su finalidad primordial era asistir a los trabajadores de la empresa ferroviaria afectados de tuberculosis, extendiendo sus servicios a los familiares de sus asociados.

La entidad cubría todas las regiones en las cuales funcionaba el ferrocarril Central Argentino y contaba con más de 15.000 asociados, debido a lo cual estaba estructurada en 12 distritos: Buenos Aires, Pergamino, Venado Tuerto, Rosario, Casilda, Cañada de Gómez, Villa María, Córdoba, Gálvez, Tucumán, La Banda y Ceres.

La comisión directiva tenía dos representantes de la empresa FCCA y dos representantes gremiales, uno por La Fraternidad y el otro por la Unión Ferroviaria, además de los otros miembros asociados de la mutual.

En la referida Memoria hay un párrafo interesante:

Ha sido desgraciadamente necesario la aparición del mal evidenciado en sí mismo, o en el compañero de tareas dentro de los distintos lugares de trabajo y en la extensa red que abarca la acción de la Liga para que la idea que los ferroviarios del Central Argentino tenían de los que representa en el orden general el pavoroso problema médico social de la tuberculosis se completara con la comprobación cercana de la más cruda realidad y para que al despertar así la conciencia individual y colectiva se hiciera más obligada la contribución de la ínfima cuota mensual de una moneda para afrontar la lucha contra la cruel enfermedad.

La asistencia médica se prestaba en los dispensarios de Buenos Aires y Rosario, en los consultorios de los especialistas de las ciudades de Córdoba y Tucumán, o en los sanatorios y hospitales de las otras cabeceras de distritos.

Por su parte la empresa ponía a disposición de la mutual sus propios profesionales médicos.

Los socios contaban, además, con un servicio de asistencia social. Los enfermos recibían atención odontológica por considerarla un complemento necesario para la cura de la tuberculosis.

También se realizaban investigaciones sistemáticas sobre sífilis ya que en muchos casos está oculta y dificulta o prolonga el tratamiento de los enfermos cuando no acarrea complicaciones lamentables y ciertamente peligrosas para la salud y la vida de las personas que la sufren

Anexo 2.

Las mutualidades en la lucha contra las enfermedades venéreas

Ponencia presentada por el Dr. Ángel M. Giménez en el Congreso de la Mutualidad
Publicado en «La Semana Médica», Imprenta de Obras de E. Spinillo, Córdoba, 1918

Las sociedades de socorros mutuos, en el concepto corriente de organizaciones de asistencia médica, no deben concretar su misión a dar médico, medicamentos, subsidios, etc., a sus asociados, sino que deben perseguir un propósito más elevado, educador del pueblo, capacitándolo para su propio gobierno, en las prácticas de la solidaridad social, de donde salgan enseñanzas que orienten al hombre en la lucha por la vida.

Concretarlas a cuidar enfermos, es llegar tarde, cuando el mal es irreparable y se debe sufrir las consecuencias, que se manifiestan luego en las finanzas sociales con el recargo de los gastos.

Si a medida que la higiene progresa, con los grandes descubrimientos científicos y sus aplicaciones prácticas, haciendo desaparecer hasta lo que ayer eran pavorosos problemas, busquemos más en ella, que en la medicina práctica, la corrección a grandes males.

Habremos salvado muchas vidas, evitando días de dolor y de tristeza y las mutualidades habrán realizado una excelente operación financiera.

¿Qué otro significado tienen en las ciudades las redes de cloacas y de aguas corrientes en contra de la difusión de la fiebre tifoidea? ¿Acaso no ha desaparecido la viruela con la implantación de la vacunación obligatoria? ¿Y qué hemos de decir del aire y la luz repartida a domicilio con la vivienda higiénica y barata, con los barrios, jardines y las plazas en la lucha contra la tuberculosis? ¿No es todo esto mejor que la discusión científica, que la fórmula prescrita después de grandes consultas, del último específico, de la última *novitá* que nos trae la prensa científica? ¿No ha hecho más por la salud del pueblo, la enseñanza de anatomía, fisiología e higiene en la escuela primaria, o la legislación social del trabajo, reduciendo la jornada o mejorando las condiciones de vida obrera?

Y en medio de estos múltiples problemas de medicina e higiene social, resueltos o a resolverse, se encuentra uno, quizás más terrible que el alcoholismo, la lepra y la tuberculosis y que hace estragos en las sociedades modernas: *las enfermedades venéreas*.

Sus dos principales: la sífilis y la blenorragia, llenan las estadísticas de los hospitales, recargan los gastos de la colectividad, en el sostenimiento de los asilos que albergan a los desvalidos por su causa; que atacan a los individuos por largo tiempo, incapacitándolos temporal o definitivamente para el trabajo; que en la familia es una traba para el matrimonio, o es un motivo de contagio, con todas sus consecuencias: la esterilidad, los abortos, los nacidos muertos o muertos al poco tiempo de nacer, o los que sobreviven con sus distrofias, arrastrando una existencia miserable que va a pesar sobre la sociedad.

¿Se han ocupado las sociedades de socorros mutuos del problema de las enfermedades venéreas? Podemos decir con toda franqueza: no! En las mutualidades honestas se sorprenderán las comisiones administrativas del recargo de los gastos, les llamará la atención que cada año les aumente el número de enfermos crónicos, no siempre ancianos en su decadencia fisiológica, sino jóvenes en la plenitud de su vida, fulminados por una paraplegia, una hemiplegia o una nefritis. La sociedad honesta y fiel cumplidora de las prescripciones de sus estatutos, pagará las pensiones reglamentarias y... la situación seguirá igual. (págs. 5 y 6)

[Luego de una serie de consideración más sobre el problema que causan las enfermedades venéreas en la población, Giménez presenta al Congreso de la Mutualidad la declaración siguiente]

Declaración:

En este sentido propongo que el Congreso de la Mutualidad ha la siguiente declaración:

- 1° Las sociedades de socorros mutuos deben prestar asistencia médica a los enfermos venéreos, dándoles los mismos beneficios que a los atacados de enfermedades comunes.
- 2° Las Sociedades que excluyan de estos beneficios a esta clase de enfermos, el Estado deberá negarles personería jurídica, prohibir su funcionamiento y quitarles los beneficios que pudiera conceder por leyes generales.
- 3° Las Sociedades harán una activa propaganda por medio de sus boletines, hojas volantes o al dorso de sus formularios para recetas, para hacer conocer por medio de instrucciones claras y precisas sobre los peligros de las enfermedades venéreas y su profilaxis.

Anexo 3.**Estadística sobre mutuales en 1916**

De la obra *Tratado de Economía social y Mutualismo Argentino*, de Pablo Bartolomé Nasino, extraemos la siguiente información correspondiente al año 1916 (pág. 159).

Distribución regional de las asociaciones mutuales al 31 de diciembre de 1916

Distrito	N° de Mutuales	Mutuales con registro médico	Porcentaje
Capital Federal	194	98	51
Prov. Buenos Aires	518	357	69
« Santa Fe	138	83	60
« Entre Ríos	68	47	69
« Córdoba	62	33	53
« Corrientes	44	22	50
« Tucumán	9	7	78
« Mendoza	11	7	64
« Salta	6	3	50
« San Juan	9	7	78
« Catamarca	5	5	100
« San Luis	9	5	55
« Sgo. Del Estero	4	2	50
« Jujuy	7	2	29
« Rioja	4	2	50
Territ. de La Pampa	17	13	76
« « Chubut	6	5	83
« « Misiones	4	2	50
« « Santa Cruz	2	0	0
« « Chaco	3	2	67
« « Río Negro	1	0	0
« « Neuquén	2	1	50
« « Formosa	1	0	0
Totales	1.124	703	63

Anexo 4

FAESS: Prevenir y curar

Por Jorge Vilas

Nacida hace poco más de cuatro años la Federación Argentina de Entidades Solidarias de Salud (FAESS) ostenta una marca de origen: la conjunción en un mismo proyecto de usuarios y prestadores de servicios de salud.

Se trata de la primera experiencia de este tipo en la Argentina, en la que usuarios, a través de cooperativas y mutuales de distintos servicios, y prestadores, organizados en colegios médicos, asociaciones profesionales, y entidades gremiales, abren surcos nuevos, hacen camino al andar.

«Entendimos que había que cambiar algunos paradigmas. Por ejemplo, lo primero es virar de la atención de la enfermedad a la promoción de la salud, esto implica un cambio cultural de los médicos y de los usuarios. La segunda cuestión es apuntar con firmeza hacia la atención primaria, que no cubre todo, pero resuelve el 80% de los problemas. Y la tercera cuestión es que la medicina dejó de ser cuestión exclusiva de los médicos y la tecnología, la participación del usuario en salud es imprescindible. Podemos decir que la experiencia de incorporación de usuarios agranda la cancha, no la achica», afirma Ricardo López, presidente de FAESS, sintetizando los principios fundacionales de la iniciativa surgida a partir de un acuerdo entre el Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos y la Confederación Cooperativa de la República Argentina.

De interés social

FAESS nuclea hoy a 55 asociadas (federaciones y cooperativas de servicios públicos, entidades gremiales médicas, y mutuales), entre otras, Cabal, Face, Fecotel, Fencap, Comi, Femeba, Cooperativa Medica de Necochea, y mantiene en su consejo de administración una representación igualitaria de usuarios y prestadores.

Su apuesta inicial fue el desarrollo de los Centros de Atención Primaria Unisol (marca identificatoria de los productos y servicios de FAESS, representa la conjunción de las palabras unión solidaria), desarrollados por la entidad junto a cooperativas de servicios públicos en Mariano Acosta (Buenos Aires), Dos de Mayo (Misiones), María Juana y San Gregorio (Santa Fe). En este último caso, la gestión cooperativa se integró al hospital público del pequeño poblado rural del sur santafesino. El Centro Unisol de San Gregorio encarna una experiencia notable de interacción del cooperativismo con el Estado. Allí, el pequeño hospital público contaba en 2001 con solo cinco médicos, y no cubría las necesidades de los pobladores, que debían recurrir a la localidad de Venado Tuerto para la atención primaria de la salud. A través de FAESS y la cooperativa telefónica local, el nosocomio se transformó en el Hospital Samco San Gregorio convenio Unisol, en la actualidad trabajan allí 32 profesionales, y se incorporaron la mayoría de las especialidades médicas. La gestión es compartida por la cooperativa con el municipio local y el gobierno provincial.

Dicho y hecho

«Queríamos demostrar que la atención primaria no es igual a la asistencia primaria. Asistencia es tratar de asistir las necesidades básicas, esperar que la gente sea atendida cuando se enferme. La atención primaria en cambio consiste en poner el foco en la salud y en la gente, ir a buscar al paciente sin esperar que se enferme, y educarlo para que sea partícipe del cuidado de su propia salud», explica López. Bajo este principio funcionan los cuatro centros primarios, se realizan permanentes campañas de prevención, y durante el pasado mes de junio se llevó a cabo en Dos de Mayo, junto a la cooperativa de electricidad, el municipio local, y la Universidad Maimónides, un gran relevamiento, que alcanzó al 8% de la población del distrito. En una semana de trabajo, más de mil cien personas pasaron por los distintos centros dispuestos para la toma de muestras, análisis, encuestas y charlas informativas que formaron parte de esta etapa del programa – titulado «*Por un municipio más saludable*»- que apunta a lograr cambios favorables en los indicadores sanitarios de la zona, en un proyecto a 2 años. Para ello, se dispondrán visitas mensuales de especialistas

con el objetivo de crear conciencia en torno de algunos cambios de hábitos y conductas que favorecerán la prevención de distintas problemáticas, al tiempo que las autoridades locales implementarán distintas políticas que apunten a resolver las principales cuestiones que surjan del relevamiento. «Para nosotros la salud no se mide por la cantidad de médicos, por las camas, o por las clínicas, sino por los indicadores sanitarios, -aclara López- y la Argentina no tiene buenos indicadores, por el contrario, registra altas tasas de mortalidad infantil y materna, por encima de los países vecinos. Creo que en el rubro primario, en un lapso de 4 años, hemos dado el ejemplo de que se puede hacer asistencia primaria con las cooperativas, que los usuarios pueden manejar emprendimientos, que médicos y usuarios pueden interactuar con el objetivo de preservar la salud. También creamos más de un centenar de puestos de trabajo, 70 de ellos médicos», explica el presidente de FAESS, quien coordina el equipo de trasplante cardíaco del Hospital Elizalde (ex Casa Cuna), al tiempo que desarrolla una vasta labor dirigencial en el movimiento cooperativo nucleado en el Instituto Movilizador de Fondos Cooperativos.

Más allá de las fronteras FAESS también recibió reconocimientos. En abril, representantes de la entidad argentina participaron en una reunión de la Organización Internacional de Cooperativas de Salud (IHCO) en Barcelona, invitados para exponer la experiencia desarrollada. Interesó a tal punto lo hecho en la Argentina, que FAESS fue propuesta para ser incorporada al organismo de conducción de la entidad internacional (lo que se efectuará en septiembre de este año, en la Asamblea de la Alianza Cooperativa Internacional), compartiendo el espacio con las cooperativas de salud de Brasil, Canadá, Japón, España, Suecia, Reino Unido, Malasia y Portugal, entre otros.

Ahora, al alcance de todos

FAESS abordó además otro aspecto de la cobertura de salud, el extremo opuesto a la atención primaria, la alta complejidad. Y lo hizo a través de un sistema solidario concebido a partir de una cápita base que permite atender trasplantes de órganos, cirugías cardíacas, neurocirugías, angioplastias, prótesis. Sin embargo, no se trata este servicio de FAESS de un mero seguro, donde la única variable que se tiene en cuenta es la económica, sino que incluye lo prestacional, el asesoramiento tan necesario cuando se presenta una situación límite. «Acompañamos al paciente y su familia, ya hemos cubierto más de cien eventos y mil trescientas prótesis, incluyendo, cuando es necesario, la contención del grupo familiar. Muchas veces cuando hay que trasladar pacientes del interior a las grandes ciudades, hasta nos ocupamos de la hotelería». Este servicio, que surge de la unión de pequeñas contribuciones que sumadas permiten afrontar los elevados costos de las sofisticadas prácticas, se prestaba hasta hace poco solo a instituciones, pero por decisión del consejo de administración de la federación, teniendo en cuenta la experiencia acumulada, se lanza ahora a los asociados de las entidades adheridas, y llega de esta manera a los socios de Cabal, una de las cooperativas fundadoras de FAESS.

Las perspectivas de crecimiento de este original proyecto no se agotan en la atención primaria y la alta complejidad. FAESS desarrolla una experiencia de atención integral en la provincia de Entre Ríos, junto a la Federación de Almaceneros de la provincia. Allí se aplica el plan Unisol Integral, cuyo desarrollo es requerido en distintas zonas de la Argentina por las cooperativas adheridas a la federación. «Creo que la etapa de poder ofrecer al sector cooperativo prestaciones integrales de salud está comenzando», afirma López.

La situación del sector salud está, como casi todo en la Argentina, en crisis. En ese marco, el sector solidario plantea una alternativa real, concreta, viable y exitosa, que responde a su historia y a las necesidades de la comunidad. Usuarios y prestadores trabajan juntos en pos de multiplicar el alcance de esta nueva forma de prestar servicios de salud, distinta, solidaria, humanista.

Anexo 5

Mutuales y cooperativas de salud a marzo de 2006

Según información estadística del Instituto Nacional de Asociativismo y economía social (INAES), se encuentra registrada en el país 104 cooperativas que brindan directamente servicios de atención de salud. Se incluyen en ese total tanto a las organizaciones que brindan ese servicio exclusivamente, como otras que son multiactivas, siendo la atención médica un servicio más de los contemplados en su objeto social.

El INAES tiene registradas 2.133 mutuales de salud y 69 de medicina integral.

Es importante señalar que el organismo oficial está realizando un re empadronamiento nacional de cooperativas y mutuales con la finalidad de conocer cuál es la cantidad de entidades en actividad y el tipo de prestaciones que brindan, por lo cual se deberán tomar las cifras señaladas como provisorias.

Bibliografía

- **Arter, D.:** *Auditorías de Calidad*, Editorial Díaz de Santos, Madrid, 1993.
- **Arella, Felipe Rodolfo y Arella, Santiago José:** *Aporte documental sobre el mutualismo argentino. Proyectos legislativos y conceptos doctrinarios.*, (en preparación).
- **Bartomeo, A.:** *Gerenciamiento hospitalario*, Artes Gráficas Yerbal, Buenos Aires, 1999.
- **Di Carlo, E. y equipo:** *Trabajo social con grupos y redes*, Editorial Lumen Humanitas - Universidad Nacional de Mar del Plata, 1997.
- **Giddens, Anthony:** *El capitalismo y la moderna teoría social*, Editorial Labor, Barcelona, 1994.
- **Isikawa, K.:** *¿Qué es el control de calidad?*, Grupo Editorial Norma, Buenos Aires, 1994.
- **Masiello, Oscar.** *Historia y doctrina del cooperativismo y mutuales*, Escuela de Estudios Cooperativos de Rosario, Universidad Católica de Santa Fe, 1996.
- **Nasino, Pablo: Bartolomé:** *Tratado de Economía Social y Mutualismo Argentino*, Estudio Gráfico Franco, Buenos Aires, 1919.
- **OPS/OMS.** *Bioética. Temas y perspectivas*, Publicación Científica. N° 527, Washington DC, 1990.
- **Osborne, D. y Gaebler, T.** *La reinención del gobierno. La influencia del espíritu empresarial en el sector público.* Paidós, Barcelona, 1995.
- **Rovella, Alicia Susana – Arella, Felipe Rodolfo:** *Diagnóstico de Situación Social*, Universidad de Belgrano, Departamento de Investigación, Documento de Trabajo, N° 137, Buenos Aires, 2006.
- **Sonis, Abraham:** *Medicina sanitaria y administración de la salud*, Tomo II, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1990..
- **Stake, Robert:** *Investigación con estudio de casos*, Ediciones Morata S.L., Madrid, 1998.

