



EL MOVIMIENTO DE COOPERATIVAS DE SALUD EN ESPAÑA Y EN EL MUNDO

Carlos Zarco

Director de la Fundación Espriu
y Presidente de la Organización Internacional de Cooperativas de Salud (IHCO)

Resumen

El origen de las cooperativas y mutuas de seguros en España tiene su inicio en el modelo del sistema igualatorio, más conocido como iguales. Durante el siglo XIX y buena parte del XX, este sistema fue el origen de las mutuas de seguros, de las cooperativas y de lo que se conocía en aquel momento como fondos de enfermedad. En la actualidad, las cooperativas de salud en España se agrupan en la Cooperativa Sanitaria de Galicia (COSAGA), el CES Clínicas en Madrid y la más importante de las cooperativas sanitarias españolas, que son aquellas que integran la Fundación Espriu. Otro tipo de cooperativas sanitarias son las farmacéuticas, que en España se han desarrollado básicamente como empresas de distribución con un enorme impacto en el sector. Esta experiencia cooperativa en la distribución farmacéutica data de principios del siglo XX. Su objetivo era garantizar que las farmacias de todo el país tuvieran acceso a las mismas referencias independientemente de tamaño o ubicación geográfica (rural o urbana). Por otro lado, en España, existen las mutuas de seguros, que a su vez se dividen entre mutualidades de previsión y mutualidades sociedades de seguros que colaboran con la seguridad social. Las mutualidades son compañías de seguros que proporcionan un tipo de seguro voluntario que complementa la seguridad social obligatoria.

Abstract

Cooperatives and mutual insurance companies in Spain have their origin in the 'igualatorio' system, better known as iguales. During the nineteenth century and much of the twentieth century, this system was the origin of mutual insurance societies, of cooperatives, and what was then known as sickness funds. At present, health cooperatives in Spain are grouped into the Cooperativa Sanitaria de Galicia (COSAGA), the CES Clínicas in Madrid and the most important of the Spanish health cooperatives, which are those in the Espriu Foundation. Another type of health cooperatives are the pharmaceutical ones, which in Spain have basically developed as retail companies with a huge impact on the sector. This cooperative experience in pharmaceutical retailing dates back to the beginning of the twentieth century. Its aim was to ensure that pharmacies throughout the country had access to the same items regardless of size or geographical location (rural or urban). Moreover, in Spain, there are mutual insurance societies, which in turn are divided between mutual benefit societies and mutual insurance companies that collaborate with social security. Mutual societies are insurance companies that provide a type of voluntary insurance that supplements mandatory social security.

1. Introducción

Creo, sin lugar a dudas, que la salud es una de las principales preocupaciones, si no la principal en la vida de las personas y por ello resulta muy natural que las personas nos agrupemos intentando dar respuesta a nuestras preocupaciones y necesidades en el campo de la salud.

En el área de la salud, existen distintos intereses a los que las cooperativas intentan dar solución. Por un lado, los pacientes quieren recibir la mejor asistencia sanitaria al menor coste posible. Para ello, existen dos caminos posibles: o bien asociarse, e incluso, si son el número suficiente de cooperativistas, ser los propietarios de los recursos asistenciales (hospitales, policlínicas, etc.). Pero como la asistencia sanitaria es muy costosa, también pueden intentar compartir riesgos, por lo que las cooperativas sanitarias pueden tomar el papel de aseguradoras.

Por otro lado, los profesionales de la sanidad también pueden intentar dar respuesta a sus necesidades creando una cooperativa que les proporcione puestos de trabajo de mejor calidad (trabajo asociado) o bien una cooperativa que les proporcione suministros o servicios, como el caso de la cooperativa que dispensa a los farmacéuticos (servicios).

Las cooperativas sanitarias, cuyo máximo impulsor en España fue el doctor Espriu, no fueron reconocidas como clase principal de cooperativa hasta la Ley General de Cooperativas de 1987, que, no obstante, las contemplaba únicamente en cuanto especie del género cooperativas de seguros: «Son Cooperativas Sanitarias las Cooperativas de Seguros cuya actividad empresarial consiste en cubrir riesgos relativos a la salud de sus socios o de los asegurados y de los beneficiarios de los mismos» (art. 144.1). Creo que la definición era bastante mejorable, y solo con la Ley de Cooperativas se realizó una definición que se ajustaba más a la realidad, definía a las cooperativas sanitarias como aquellas que «desarrollan su actividad en el área de la salud», y regula la figura mediante remisiones a la disciplina, según los casos, de las cooperativas de trabajo asociado, de las de servicios, de las de consumidores y usuarios, de las integrales o de las de seguros (art. 102).

El origen de las cooperativas y mutuas de seguros en España tiene su inicio en el modelo del sistema igualatorio, más conocido como «igualas». Durante el siglo XIX y buena parte del XX, este sistema fue el origen de las mutuas de seguros, de las cooperativas, y de lo que se conocía en aquel momento como «fondos de enfermedad».

En la actualidad, las cooperativas de salud en España se agrupan en la Cooperativa Sanitaria de Galicia (COSAGA), el CES Clínicas en Madrid y la más importante de las cooperativas sanitarias españolas, que son aquellas que integran la Fundación Espriu.

Otro tipo de cooperativas sanitarias son las cooperativas farmacéuticas, que en España se han desarrollado básicamente como empresas de distribución con un enorme impacto en el sector. Las cooperativas farmacéuticas son empresas con capital farmacéutico propiedad de las propias farmacias. Esta experiencia cooperativa en la distribución farmacéutica data de principios del siglo XX. Su objetivo era garantizar que las farmacias de todo el país tuvieran acceso a las mismas referencias independientemente de tamaño o ubicación geográfica (rural o urbana).

Por otro lado, en España, existen las mutuas de seguros que a su vez se dividen entre mutualidades de previsión y mutualidades sociedades de seguros que colaboran con la seguridad social. Las mutualidades son compañías de seguros que proporcionan un tipo de seguro voluntario que complementa la seguridad social obligatoria.

Las mutuas de seguros que colaboran con la seguridad social son entidades privadas sin fines de lucro, generalmente asociaciones de empresarios, establecidas con la autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, cuyo objetivo es la protección contra accidentes de trabajo y enfermedades.

2. Cooperativismo sanitario: la medicina social

2.1. La sanidad cooperativa en el contexto de los sistemas de salud

Las cooperativas sanitarias son empresas que desarrollan su actividad según una serie de principios y valores, comunes al resto de cooperativas, pero que están también condicionadas por el sistema de salud de su entorno.

La Organización Mundial de la Salud define un sistema de salud como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es mejorar la salud. Para ello le asigna cuatro funciones principales: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

Existen varios tipos de sistemas de salud y en cada país tienen características diferentes, según el nivel de regulación pública, los mecanismos de financiación, la cobertura que ofrecen a los ciudadanos y la naturaleza de las organizaciones que prestan los servicios, que pueden ser públicas, privadas, sin ánimo de lucro, etc. En función de la combinación de estos factores, se pueden establecer cuatro grandes grupos de sistemas de salud:

- Sistemas públicos con participación menor de los agentes privados.
- Sistemas públicos en los que se incluyen a los agentes privados sin ánimo de lucro.
- Sistemas destinados a proporcionar cobertura pública universal pero que en ocasiones no consiguen dar acceso a todos los grupos de población.
- Sistemas privados con prestación pública básica para colectivos con pocos ingresos.

La teoría económica demuestra que el sector sanitario está muy marcado por lo que los economistas denominan «fallos del mercado», que básicamente consisten en situaciones en las que el mercado no es capaz de asignar los recursos de manera eficiente.

Una de las principales ineficiencias está relacionada con los diferentes niveles de información con que cuentan los agentes implicados en el hecho asistencial. Al contrario que en la adquisición de un bien de consumo, del cual el consumidor tiene a su disposición toda la información, cuando el paciente acude a la consulta del médico debe confiar en los conocimientos y la experiencia del facultativo, y le resulta muy difícil como consumidor valorar y comparar el servicio que está recibiendo. Además, la incertidumbre acerca de la evolución de la enfermedad puede generar valoraciones poco objetivas. Esta información asimétrica influye en cómo se desarrolla la prestación del servicio y la transacción económica vinculada.

Generalmente, la Administración pública interviene para evitar estas ineficiencias, pero en numerosas ocasiones las regulaciones no han tenido todo el éxito que se esperaba. La teoría económica ha bautizado como «fallos del Estado» los desajustes presupuestarios o la falta de

incentivos que suelen afectar a la provisión pública de servicios sanitarios. Por ello la sanidad ha aglutinado tradicionalmente a organizaciones sin ánimo de lucro, siendo la cooperativa una fórmula organizativa muy adecuada para el sector.

Las políticas públicas sanitarias se basan principalmente en la descentralización y la privatización de la prestación de servicios. Las cooperativas reúnen ambas características ya que se trata de empresas que, sin ser públicas, no tienen como objetivo final obtener beneficios sino prestar el servicio de la mejor manera posible.

Las empresas convencionales se enfrentan, por su parte, a un problema nada desdeñable. La asistencia sanitaria ofrece buenas oportunidades de negocio a la empresa privada. Sin embargo, cuando se tiene que retribuir a los accionistas es difícil que una empresa encuentre incentivos para tener igual consideración con todos los pacientes, entre ellos, los colectivos con menos recursos o que generan más gasto.

Las cooperativas no solo se presentan como un modelo de empresa económicamente viable y que compite en el mercado igual o mejor que cualquier otro tipo. Además, son socialmente responsables, ya que la suya es una perspectiva a largo plazo: buscan la sostenibilidad social y económica debido a que el único inversor al que deben retribuir es a la sociedad. En el sector sanitario, las cooperativas han demostrado durante décadas su capacidad para superar los fallos del mercado y los fallos del estado, adaptándose tanto a sistemas de salud universales de carácter público como a sistemas de salud de carácter privado.

2.2. Sectores de actividad de las cooperativas de salud

Según la vigente Ley de Cooperativas española, estas sociedades se pueden clasificar de la siguiente forma:

- Cooperativas de trabajo asociado
- Cooperativas de consumidores y usuarios
- Cooperativas de viviendas
- Cooperativas agroalimentarias
- Cooperativas de explotación comunitaria de la tierra
- Cooperativas de servicios
- Cooperativas del mar
- Cooperativas de transportistas
- Cooperativas de seguros

- Cooperativas sanitarias
- Cooperativas de enseñanza
- Cooperativas de crédito

Teniendo en cuenta que cada vez es mayor la amplitud de actividades económicas vinculadas al ámbito de la salud, las cooperativas sanitarias desarrollan su actividad en diferentes subsectores, desde la asistencia sanitaria hasta la prestación de servicios sociales vinculados a la salud. El sector de actividad en el que opera la cooperativa es, en numerosas ocasiones, un factor que condiciona el perfil de los socios. Por ejemplo, en la atención médica, es frecuente que la cooperativa esté integrada por médicos, que se asocian bajo esta fórmula jurídica para desempeñar su profesión en unas condiciones laborales y económicas que aseguran su libertad de criterio profesional. También ocurre en otros colectivos profesionales vinculados a la sanidad, como es el caso de los cuidadores o de los conductores de ambulancias. Sin embargo, existen también notables ejemplos de cooperativas que nacen para cubrir las carencias de equipamiento sanitario de un territorio, en el que los usuarios de salud se unen para construir y gestionar hospitales.

Sin ánimo de exhaustividad, se refieren a continuación los principales sectores de actividad en los que participan las cooperativas de salud.

- *Atención sanitaria primaria y especializada:* cooperativas generalmente formadas por médicos o profesionales sanitarios que prestan servicios relacionados con el tratamiento y la cura de enfermedades.
- *Gestión de hospitales, centros de salud e instalaciones sanitarias diversas:* cooperativas en las que sus socios se proveen de los medios materiales y profesionales necesarios para ser atendidos en caso de padecer un problema de salud.
- *Seguros de salud:* cooperativas que ofrecen pólizas de seguro que dan derecho a la prestación directa de asistencia sanitaria o a la compensación económica de una cantidad estipulada en caso de padecer una enfermedad y de los costes de su tratamiento.
- *Asistencia sociosanitaria:* cooperativas que prestan servicios a colectivos que requieren cuidados, como asistencia domiciliaria a personas de la tercera edad o cuidados a personas enfermas con dificultades de movilidad.
- *Promoción, prevención y alfabetización en salud:* cooperativas cuya función es mejorar el bienestar y la salud de los ciudadanos y prevenir la aparición de enfermedades.
- *Farmacia:* cooperativas dedicadas a la distribución de medicamentos y productos sanitarios a través de un modelo que asegura la equidad en el acceso del paciente al medicamento.

2.3. Las ventajas del cooperativismo sanitario

La cooperativa es una fórmula empresarial, que al igual que otras estructuras jurídicas, participa en el mercado y debe ser competitiva para asegurar su viabilidad. La competitividad es una característica empresarial en la que intervienen numerosos factores, como por ejemplo la productividad, la eficiencia de sus procesos, la calidad de los servicios o el control de los costes.

En el caso de las cooperativas, se añaden otros factores propios de este modelo empresarial que favorecen la generación de ventajas competitivas.

La principal fuente de ventajas competitivas de la empresa cooperativa es la flexibilidad que les aporta su peculiar estructura de gobierno. Además, sin las restricciones que impone en otros modelos empresariales la obligación de maximizar el beneficio económico de los inversores, la prioridad de las cooperativas es atender las necesidades económicas o sociales, bien de un colectivo de personas específico, bien de la sociedad en general.

En el ámbito de la salud, las principales ventajas competitivas con las que cuentan las cooperativas están relacionadas con su capacidad para dar respuesta a nuevas necesidades que aparecen en la sociedad y para atraer recursos que de otra manera no se destinarían a la salud y el bienestar. Además, su flexibilidad favorece la innovación en el diseño y experimentación de nuevas estructuras organizativas dotándolas de especial eficacia para resistir y adaptarse a las crisis económicas.

La estructura de gobierno de las cooperativas, arraigada a la sociedad civil, las dota de la flexibilidad necesaria para conocer las nuevas necesidades que surgen en la sociedad e implementar la solución de manera rápida y efectiva.

Esta estructura favorece la descentralización y la cercanía a usuarios y profesionales, y permite resolver problemas con una perspectiva multidisciplinar en la que participan los diferentes grupos de interés.

Las cooperativas están en mejor disposición de detectar la demanda de nuevos servicios sanitarios y sociosanitarios que los proveedores públicos y los privados con ánimo de lucro, bien porque estos son incapaces de prestar el servicio o simplemente porque no están interesados en atender esa demanda.

En general, las cooperativas atienden la demanda de nuevos servicios en un periodo de tiempo más corto que los agentes públicos y con menor coste que las empresas convencionales. La fuerte vinculación de las cooperativas con los colectivos que son sus promotores o sus beneficiarios, favorece esta capacidad de respuesta rápida.

Esta vinculación se materializa en la característica participativa de los órganos de gobierno y de los equipos de gestión que reúnen a representantes de los diferentes grupos de interés implicados en el hecho asistencial.

El carácter intersectorial de las cooperativas favorece que estas puedan dar respuesta a un amplio rango de necesidades de forma muy dinámica. La predisposición a la intercooperación es una gran ventaja respecto a las empresas capitalistas para afrontar negociaciones y acuerdos con otras cooperativas

A menudo prestan servicios con rentabilidades muy reducidas o inciertas, en ocasiones negativas, que las empresas capitalistas no están interesadas en prestar y que la administración pública no puede afrontar.

Aplican políticas de discriminación positiva de precios, por la cual el mismo servicio tiene precios diferentes en función de las características del usuario, fomentando la solidaridad del colectivo respecto de los más desfavorecidos.

La capacidad para atraer recursos adicionales, como el trabajo voluntario, las aportaciones a fondo perdido, créditos a bajo tipo de interés o los beneficios fiscales, pueden ser elementos relevantes en la fase inicial de la cooperativa y en los procesos de emprendimiento.

En ocasiones, el crecimiento de la cooperativa obliga a adaptar la cultura empresarial, las estructuras de gobierno y los órganos de participación para mantener los valores y los principios cooperativos, favoreciendo la aparición de soluciones y estructuras organizativas innovadoras.

Es importante resaltar la tendencia creciente de cooperativas en las que participan diferentes grupos de interés, denominadas *multi-stakeholders*. Este modelo se caracteriza por integrar diferentes puntos de vista que habitualmente se encuentran en posiciones diferentes, cuando no opuestas. El compromiso conjunto de todos los actores implicados, consolida una relación de confianza entre ellos que contribuye a que se den mejoras en la calidad del servicio.

Durante la crisis de la economía mundial que empezó en 2008, las cooperativas mostraron una capacidad de resistencia comparativamente superior, a pesar de las considerables dificultades que la situación económica supuso para el normal funcionamiento de su actividad. Existen numerosos ejemplos de cooperativas de todos los sectores que soportaron las consecuencias de la crisis, incluso en el sector bancario, uno de los más afectados por la recesión.

2.4. El cooperativismo sanitario en España

Como mencionábamos en la introducción, la presencia de empresas cooperativas en el sector sanitario español es bastante relevante. Además de las entidades de la Fundación Espriu, que se tratarán en profundidad en el capítulo siguiente, hay que destacar la Cooperativa Sanitaria de Galicia y la fuerte implantación de las cooperativas farmacéuticas.

Ante la industrialización y el intrusismo que afectaba a la profesión farmacéutica a principios del siglo XX, se generó un movimiento asociacionista entre los farmacéuticos españoles, en línea con las tendencias de otros países cercanos, que cristalizó en la creación de cooperativas de distribución farmacéutica.

Su modelo estaba encaminado a facilitar el acceso de las oficinas de farmacia a todos los productos farmacéuticos en igualdad de condiciones y sin distinciones en función del tamaño o la situación geográfica de la farmacia.

En la actualidad, a este objetivo inicial se han añadido otros como la prestación de servicios informáticos y financieros a las oficinas de farmacia, o la creación de marcas propias, pero la distribución de medicamentos y productos sanitarios sigue siendo el pilar fundamental de la actividad de grupos empresariales como la Cooperativa Farmacéutica Española –Cofares– o la Asociación de Cooperativas Farmacéuticas –Acofarma–, en los que se concentra cerca del 70 % de la cuota de mercado del sector.

Por su parte, la Cooperativa Sanitaria de Galicia –Cosaga– es el resultado de la iniciativa de un grupo de profesionales vinculados a la sanidad. Constituidos en 1985 como cooperativa de trabajo asociado, iniciaron su actividad en un policlínico de Orense, que con los años se ha visto ampliado con nuevas instalaciones. También la fórmula jurídica ha evolucionado, convirtiéndose en una cooperativa de servicios, que en la actualidad es la propietaria del hospital de referencia de la provincia gallega.

3. El modelo de la Fundación Espriu

3.1. Origen e historia

Desde principios del siglo pasado existían en España algunas mutuas de seguros que proporcionaban asistencia médica a sus mutualistas, pero hasta 1934, año en que los médicos bilbaínos fundaron el primer igualatorio médico corporativo, no se empezó a desarrollar el seguro médico privado. Con dicha iniciativa se emprendía en el contexto de la sociedad urbana la experiencia de las igualas, propia del mundo rural.

La iguala era un incipiente seguro de enfermedad con cierta motivación social, que estaba implantado en España desde el siglo XVIII. Consistía en un convenio establecido entre los médicos asentados en los pueblos y sus habitantes. Las familias pagaban al médico una cantidad *igual*, y este les atendía en caso de enfermedad, sin necesidad de desembolso en ese momento.

Los igualatorios médicos surgen a raíz del progreso de la medicina y de la creciente especialización de los médicos, que requieren nuevas fórmulas organizativas.

El movimiento de igualatorios médicos iniciado en Bilbao se extendió a varias provincias y adquirió la suficiente relevancia para constituir en mayo de 1955, la Agrupación de Igualatorios Médicos Colegiales y Paracolegiales de España, que en 1979 se trasformaría en la Asociación Española de Igualatorios Médicos Colegiales y Paracolegiales.

El Colegio de Médicos de Barcelona se interesó por el funcionamiento del Igualatorio Médico Quirúrgico de Bilbao y encomendó al Dr. Josep Espriu, por entonces miembro de la

junta directiva del órgano colegiado, que estudiara su funcionamiento. Esta experiencia inspiró en 1957 la creación del Igualatorio de Barcelona al que se denominó *Assistència Sanitària Col·legial*.

Tras unos años de funcionamiento, el Dr. Espriu se propuso extender la experiencia al resto de provincias. En 1966, adquirió la propiedad de una pequeña clínica en la población de Badalona, a la que cambió el nombre por el de Asistencia Sanitaria Interprovincial Sociedad Anónima, Asisa. Esta empresa fue el instrumento jurídico empleado por el Dr. Espriu para expandir el modelo asegurador que había instaurado en Barcelona. El esfuerzo y la determinación del fundador de *Assistència Sanitària* llevaron a que en 1976 todo el Estado español contara con una red de entidades gestionadas por médicos sin más propósito que el de prestar servicios asistenciales según su concepción de la medicina social.

Sin embargo, los principios que inspiraban el funcionamiento de estas instituciones estaban amenazados por la figura de la sociedad anónima, que la legislación sobre seguro imponía obligatoriamente. Además, el tipo de atención sanitaria que el Dr. Espriu pretendía desarrollar requería que las instituciones se basaran en una fórmula jurídica que permitiera la gestión conjunta y el diálogo entre profesionales y usuarios de la sanidad, lo cual a la vez le permitía reunir los recursos económicos necesarios mediante aportaciones individuales mínimas. En el año 1974 se funda la cooperativa *Instal·lacions Assistencials Sanitàries Scias*, en la que los asegurados de *Assistència Sanitària Col·legial* se organizan como una cooperativa de usuarios. Dos años más tarde, se independiza política y económicamente Asisa y nace Lavinia Sociedad Cooperativa, que asume la propiedad de Asisa y agrupa a los médicos que la forman. En 1978 nace con el mismo fin la cooperativa *Autogestió Sanitària*, formada por los médicos de *Assistència Sanitària Col·legial*.

El movimiento cooperativo sanitario ya es una realidad en España que es necesario dar a conocer. Se organizan congresos y jornadas de debate en torno al futuro del cooperativismo sanitario y de las instituciones que lo forman. La necesidad de coordinar esfuerzos y de dar continuidad al desarrollo del modelo, propicia que las tres cooperativas mencionadas creen en 1983 el Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, organización precursora de la Fundación Espriu. Durante este periodo se organizaron anualmente las sucesivas Jornadas de Sanidad y Cooperativismo, unas sesiones de trabajo de las que surgieron las principales estrategias que hoy en día implementan las cooperativas de salud en nuestro país. También contribuyeron al desarrollo del cooperativismo sanitario durante estos años los trabajos teóricos elaborados con motivo del Premio Espriu, que incentivó fructíferamente la investigación en este ámbito.

En las habituales sesiones de trabajo del Gabinete de Estudios se fue desarrollando el germen de las relaciones internacionales. La inquietud por conocer el funcionamiento de otras organizaciones de fuera de nuestras fronteras con características similares a las que en España integraban lo que se denominaba cooperativismo sanitario fue determinante para que se entablaran contactos con cooperativas sanitarias de Rusia, de Canadá, de numerosos países

sudamericanos y de algunos del este asiático. Estos contactos estuvieron liderados generalmente por el Dr. Espriu con la inestimable colaboración del Dr. Salvador Mussons.

En 1989 la Fundación Espriu comienza su andadura como fundación privada para la promoción y desarrollo del cooperativismo sanitario. Las tres cooperativas sanitarias, Scias, Autogestió Sanitària y Lavinia configuran su patronato que estará presidido por el Dr. Espriu.

Un año más tarde, la Alianza Cooperativa Internacional (ACI) admitía como socio de pleno derecho a la Fundación Espriu y reconocía su representatividad en el sector sanitario, que por entonces estaba bastante disperso en el movimiento cooperativo internacional.

Desde la fundación que lleva su nombre, el Dr. Espriu se dedicó en cuerpo y alma a luchar por el reconocimiento internacional del cooperativismo sanitario. Estaba convencido que cooperativizar la sanidad podía ser una buena solución para los países menos desarrollados, con necesidades no atendidas eficazmente por los estados. Esta idea, madurada tras varios encuentros internacionales de cooperativas de salud, le llevó a promover junto a cooperativistas de Brasil y Japón, la constitución en 1997 de la Organización Internacional de Cooperativas de Salud (IHCO).

En 2001, la Fundación Espriu asumía el liderazgo internacional del cooperativismo sanitario de la mano del Dr. José Carlos Guisado, elegido presidente de la IHCO, dando paso a una etapa de máximo desarrollo de las cooperativas de salud y consolidando su posición en los centros de decisión al más alto nivel de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional de Trabajo (OIT).

En poco más de medio siglo, el cooperativismo sanitario había tomado forma y se había consolidado como un sistema sanitario equitativo, eficiente y de calidad, que permite la gestión conjunta de todos los interesados y que, como afirmaba habitualmente el Dr. Espriu, asegura que la pérdida de la salud no sea motivo de lucro para nadie.

3.2. El Dr. Josep Espriu, un médico avanzado a su tiempo

A nadie se le escapa que el alma mater de las instituciones de la Fundación Espriu es, precisamente, la persona que las creó, que le indicó los objetivos que debían seguir y la filosofía de fondo que debía inspirar sus actividades. Nos referimos, obviamente, al Dr. Espriu.

No resulta fácil describir, en el limitado espacio de estas páginas, su trayectoria y su carisma. El parecer unánime de sus compañeros y discípulos es que su forma de ser no dejaba indiferente. Son muchas las personas que reconocen que su encuentro con el Dr. Espriu cambió su vida para siempre. De hecho, era un hombre de carácter, que imprimía su forma de ser en las cosas que hacía. Por eso las instituciones por él creadas y su original forma de entender la profesión médica son hoy su principal legado.

El origen de esta forma de ser hay que buscarlo, en buena medida, en su trayectoria biográfica. El Dr. Espriu nació en 1914 en Santa Coloma de Farners, en el interior de la provincia de Girona. Allí pasó los primeros años de su vida, pero pronto se trasladaría a Barcelona, al obtener su padre una plaza de notario en la capital catalana. El otro escenario de su juventud sería la casa que la familia tenía en Arenys de Mar, una localidad costera cercana a Barcelona, donde pasaba largas estancias estivales. Fue en aquella época cuando padeció la prematura muerte de dos de sus hermanos. También fue testigo de la larga enfermedad de su hermano Salvador y él mismo tuvo períodos de convalecencia. Aquellas vivencias fueron definitivas para despertar su vocación por la medicina, para intentar evitar con ella la muerte y el sufrimiento que había presenciado durante su juventud.

No sería aquella la única experiencia dolorosa de su vida. Poco tiempo más tarde, cuando estudiaba cuarto curso de Medicina, la Guerra Civil le llevó a conocer un entorno de sufrimiento masivo. Él mismo atendió a muchos heridos en un improvisado y precario hospital de Barcelona. Fue ese el revulsivo que necesitaba para reafirmar su vocación, concretándola en una medicina al servicio de las personas.

Sin embargo, toda aquella devastación no le llevó a hacerse una idea trágica de la vida sino a afrontarla desde una concepción optimista sobre la persona y las relaciones humanas. Para el Dr. Espriu, todo ser humano tenía una dignidad intrínseca, que debía respetarse en cualquier circunstancia. También creía en la solidaridad y el diálogo como principios rectores de las relaciones sociales. «No creo en la fuerza del dinero sino de las ideas», había dicho en multitud de ocasiones.

De hecho, consideraba el ejercicio de la medicina como una vocación más que una profesión. Y las vocaciones se ejercen sin medida, es decir, con el tiempo y el esfuerzo que requieren. Por eso, cuando el Dr. Espriu se inició en el ejercicio de la medicina, pronto se caracterizó por dedicar a cada persona el tiempo que necesitaba. Su consulta se llenaba de personas que aguardaban su turno sin quejarse. Fue allí, entre la calidez de la atención personal que dispensaba, donde comenzó a pensar que la medicina que debía procurar para los demás, es la que desearía para él mismo.

Poco después empezó a trabajar para la Seguridad Social, aunque no sería por mucho tiempo. Nunca estuvo de acuerdo con el poco tiempo que podía dedicar a cada paciente, derivado del ritmo frenético del consultorio. Aquello le situó ante un difícil dilema: no quería continuar en la medicina pública, pero tampoco volver a otra estrictamente privada, destinada solo a las personas con alto poder adquisitivo.

Pronto encontraría la respuesta. En 1955, el Colegio de Médicos de Barcelona le envió a conocer la experiencia del Iguatorial de Médicos de Bilbao. En ella descubrió que se ofrecía a los pacientes la libre elección de médico y que, a estos, se les remuneraba por cada servicio prestado, lo que encajaba con su visión igualitaria de las personas y su concepción de la profesión. A su regreso a Barcelona, tuvo claro que había que reproducirla allí.

Otro de los rasgos que caracterizaban al Dr. Espriu era su enorme capacidad de trabajo. Sus colaboradores inmediatos dan cuenta de sus largas jornadas laborales. Sin ir más lejos, para crear Asisa, no dudó en recorrer la geografía española explicando los fundamentos de su sistema. Gracias a ese enorme esfuerzo se abrieron las 31 primeras delegaciones de la entidad.

También forjaría muchas de las amistades que le acompañarían durante toda su vida, derivadas de su profundo sentido de la amistad. Fruto de su carácter inquieto, también quiso buscar un modelo organizativo que garantizara la libre relación entre los profesionales y los usuarios de la medicina en su sistema socio-sanitario. Y lo encontró en el modelo cooperativo, que encajaba perfectamente con la concepción igualitaria de las personas, su valoración de la libertad humana y la necesidad de promover una colaboración solidaria entre ellas. Fue así como impulsó dos cooperativas de médicos y una de usuarios con las que consiguió sentar las bases de su original modelo, conocido como «sistema espriuano», en el que unos pueden ejercer dignamente su profesión y otros pueden recibir una atención sanitaria colectiva de calidad, gracias a la autogestión y autonomía de las entidades que los agrupan y a la colaboración eficaz de ambos tipos de cooperativas desde la libertad de criterio.

El Dr. Espriu fue siempre un hombre de gran audacia y adelantado a su tiempo, que tomó iniciativas pioneras que después fueron adoptadas por muchos otros. No solo fue pionero en la propia concepción de su sistema socio-sanitario sino que también, con su gran visión de futuro, adoptó y facilitó el desarrollo de las nuevas tecnologías en las entidades por él creadas. Con los años, gracias a la capacidad de relación que le aportaban su bondad, cultura y sentido del humor, quiso dar a conocer su original modelo de ejercer la medicina. Ese fue el motivo que le llevó a poner en marcha la Fundación Espriu, generando así un espacio estable de reflexión y de intercambio de experiencias sobre su modelo. Más tarde, consciente de la vocación universal de su original propuesta, impulsó personalmente la dimensión internacional.

Al llegar el otoño de su vida, dio una muestra más de su coherencia al favorecer el relevo generacional en las instituciones que él mismo había creado durante casi medio siglo de intenso trabajo, aunque se mantuvo siempre activo a pesar de las limitaciones que le imponía su enfermedad. El Dr. Espriu fue un hombre de una gran modestia, que llevó a cabo su obra sin esperar dinero u honores a cambio. Aun así, obtuvo muchos reconocimientos a lo largo de su vida. Fue distinguido con la Medalla al Mérito en el Trabajo del Ministerio, la Medalla President Macià de la Generalitat de Cataluña, el Emblema de Oro del Consejo General del Colegio de Médicos o el Premio Homenot Nacional de la Fundación Avedis Donabedian. También fue miembro honorario de la Real Academia Médico-Quirúrgica y numerario de la Real Academia de Medicina de Cataluña.

3.3. Las instituciones de la Fundación Espriu

La Fundación Espriu es el centro ideológico y estratégico de la actividad de una red de entidades que componen su patronato, siendo una especie de guardián de la filosofía del proyecto,

centralizando todas las actividades de las entidades en cuanto a la promoción y expansión del concepto de cooperativismo sanitario y siendo la protagonista de su proyección internacional. Así, la Fundación Espriu es un órgano independiente, que no mantiene dependencia funcional alguna sobre el resto de organizaciones, pero que es heredera del esfuerzo continuo para favorecer el trabajo conjunto y la colaboración entre las entidades del grupo.

Aunque la Fundación Espriu se constituye oficialmente en 1989, es el resultado de un proceso de desarrollo empresarial iniciado en la década de los años 50 del siglo pasado, en el que se han creado diferentes empresas cooperativas que han dado respuesta a las necesidades que en cada momento se planteaban, siempre con el doble objetivo de hacer accesible una asistencia sanitaria de calidad y facilitar a los médicos las mejores condiciones para desarrollar su profesión.

Centrada en la promoción y el desarrollo del cooperativismo sanitario, la Fundación Espriu edita publicaciones especializadas (principalmente, la revista *Compartir*, que actualmente tiene una tirada de 30.000 ejemplares, en tres idiomas, más la versión digital), organiza conferencias, seminarios y foros de debate, asesora y colabora con organizaciones vinculadas a la economía social y al cooperativismo sanitario, y realiza investigaciones y campañas de comunicación.

Las empresas que forman parte de la Fundación Espriu tienen como actividad principal la prestación de servicios sanitarios y el aseguramiento, pero sin dejar de lado la promoción y desarrollo del modelo ideado por el Dr. Espriu como exponente de su responsabilidad social.

Médicos y pacientes conforman los dos pilares básicos de cualquier modelo sanitario y es mucho más lo que les une que lo que les separa. La gestión sanitaria compartida entre profesionales y usuarios es posible y beneficiosa para ambas partes. Lo demuestra el modelo de cogestión desarrollado en Assistència Sanitària por las cooperativas Autogestió Sanitària y Instal·lacions Assistencials Sanitàries, Scias, que lleva 40 años funcionando con éxito en la provincia de Barcelona.

Era una de las convicciones del Dr. Espriu: los dos protagonistas principales del sistema sanitario son el médico y el paciente. A partir de esta certeza fue como concibió un nuevo modelo de gestión sanitaria en el que tanto profesionales como usuarios tuvieran el mismo peso y grado de participación en las decisiones más importantes. De este modo puso en marcha un movimiento cooperativo que cristalizó en 1989 con la inauguración del Hospital de Barcelona, centro perteneciente a la cooperativa Scias.

Assistència Sanitària engloba varias de entidades, pero tiene como pilares a dos sociedades cooperativas. Autogestió Sanitària, una cooperativa de servicios formada por médicos que posee la mayoría de las acciones de la compañía aseguradora Assistència Sanitària Col·legial. Scias, una cooperativa de usuarios, que es la propietaria de las instalaciones del Hospital de Barcelona.

Miembros destacados de los órganos de gobierno de la aseguradora y de las cooperativas constituyen la Comisión de Grupo que se reúne semanalmente para consensuar las principales decisiones, haciendo realidad la cogestión sanitaria.

En el ámbito estatal, Asisa mantiene el compromiso de ofrecer una asistencia sanitaria de calidad regida por la excelencia a través del impulso de un modelo sanitario propio, sin ánimo de lucro, basado en la reinversión y centrado en mejorar la salud y el bienestar de las personas.

La cooperativa Lavinia es la cabecera del grupo Asisa, compuesto a su vez por numerosas empresas. El control por la cooperativa de todas las entidades del grupo propicia la ausencia de rentabilidad mercantil, destinándose siempre los remanentes de cada ejercicio económico al beneficio y provecho de los socios, de los usuarios o de las propias instituciones, mejorándolas y garantizando su futuro.

En la actualidad, Asisa es una de las principales compañías del sector de la sanidad privada con más de 2,25 millones de asegurados, a los que ofrece la cobertura de su red asistencial

Esta red, configurada en torno al Grupo Hospitalario HLA, está compuesta por 15 hospitales, 32 centros médicos multiespecialidad y una red de 35 unidades de referencia en tratamientos de última generación.

4. Cooperativas de salud en el mundo

Las cooperativas son una realidad internacional presente en el sistema de salud de numerosos países, con diferentes modalidades, pero siempre con un objetivo común: mejorar la salud de los ciudadanos y facilitar la labor de los profesionales sanitarios.

Según datos de la Organización Internacional de Cooperativas de Salud (IHCO) y de la Alianza Cooperativa Internacional (ACI), cerca de 100 millones de hogares en todo el mundo tienen acceso a la salud gracias a las cooperativas. Se ha constatado la presencia de este modelo empresarial en el sistema de salud de 76 países, contabilizando más de 3.300 cooperativas sanitarias con una facturación global superior a los 15.000 millones de dólares.

4.1. Organización internacional de cooperativas de salud

El origen de la IHCO se debe buscar a finales del siglo pasado, cuando el entonces presidente de la ACI, Lars Marcus, reconocía la relevancia del cooperativismo en el sector sanitario. Hasta entonces, las organizaciones asociadas a la ACI que desarrollaban su labor en el ámbito de la salud, se integraban a escala internacional en las federaciones de consumo o de trabajo. Sin embargo, este esquema representativo dificultaba el avance dada la dispersión de las organizaciones.

En 1995, coincidiendo con su centenario, se celebró en Manchester el congreso de la ACI que por primera vez incluyó una conferencia dedicada a la salud cooperativa. De ese encuentro resultó la constitución de una comisión tripartita formada por Unimed de Brasil, el comité

médico de las cooperativas de Japón y la Fundación Espriu con el objetivo de avanzar en el desarrollo a escala internacional del cooperativismo sanitario.

Durante 1996, la comisión se reunió en varias ocasiones para definir cuáles serían los ejes de actuación de la nueva organización sectorial que querían constituir. Finalmente, en junio de ese año el consejo de la ACI aprobó la puesta en marcha de la IHCO. El 21 de noviembre de 1996 se celebró su asamblea fundacional en San José de Costa Rica.

El Dr. Shoji Kato, representante de las cooperativas de salud de Japón, asumió la responsabilidad de presidir los primeros pasos de la organización. Más tarde, en el año 2001, el Dr. José Carlos Guisado, en representación de la Fundación Espriu, relevó al japonés en la presidencia, liderando la organización hasta el año 2016.

Como máximo organismo de representación del cooperativismo sanitario, el objetivo de la IHCO es fomentar y defender el modelo sanitario cooperativo que reúne a profesionales y usuarios de la sanidad para conciliar los desajustes entre la oferta y la demanda sanitaria, buscando la implicación solidaria de todos los colectivos vinculados a la salud, que mediante una gestión de costes responsable alcance la máxima calidad en la actividad asistencial.

Para ello se constituye como un foro de encuentro que favorece el intercambio de experiencias y la colaboración entre cooperativas de salud de todo el mundo. Entre sus funciones, ser fuente de conocimiento sobre la naturaleza y el papel de las cooperativas de salud, y su voz ante organismos internacionales, especialmente las diferentes secciones de las Naciones Unidas, los gobiernos nacionales, los medios de comunicación y la opinión pública.

4.2. Experiencias cooperativas internacionales

Como ya se ha mencionado anteriormente, el cooperativismo sanitario es una realidad internacional presente en numerosos países. Sin embargo, su implementación ha seguido diferentes caminos, en función del contexto histórico y socioeconómico y de las necesidades específicas que buscaba satisfacer.

Actualmente es relevante el debate en torno a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios frente a retos como el incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, con el consiguiente aumento de la demanda de servicios de salud provocado por la cronificación de ciertas patologías y la mayor necesidad de cuidados. El aumento del gasto sanitario como consecuencia de este proceso presiona a los sistemas nacionales de salud, poniendo en riesgo su sostenibilidad.

En la historia reciente, las cooperativas sanitarias han demostrado que tienen gran capacidad de adaptación a los nuevos contextos socioeconómicos, y su idoneidad a la hora de dar afrontar retos, como lo es la sostenibilidad de los sistemas de salud. Las peculiaridades del mercado sanitario hacen que las organizaciones sin ánimo de lucro sean especialmente eficientes

en ese contexto. La cooperativa es un modelo de empresa que compete en el mercado como cualquier otra, pero que no tiene que retribuir a sus accionistas y, por tanto, reinvierte todos sus beneficios en mejorar los servicios, asegurando su sostenibilidad.

Las cooperativas son capaces de adaptarse a modelos sanitarios muy diferentes. Esta flexibilidad se debe en gran parte a que su sistema de gobernanza está enfocado a la búsqueda de soluciones a las necesidades de las personas y de la sociedad en general, lo que les permite reinventarse y evolucionar ante nuevos problemas.

En función de las necesidades que buscan atender, las cooperativas toman diferentes formas:

- Cooperativas de trabajo que tienen como principal objetivo generar empleo en condiciones dignas para los profesionales de la sanidad y permitir que los médicos ejerzan su profesión libremente sin condicionantes económicos que puedan afectar a su criterio profesional. Como se ha visto anteriormente, existen experiencias de este tipo en España, pero también las hay en Argentina y Australia.
- Cooperativas de producción, como por ejemplo las farmacéuticas, que cuentan con el 20 % del mercado de distribución de medicamentos en Bélgica, el 70 % en España y 10,5 % en Italia.
- Cooperativas de consumo o de usuarios que, ante las carencias en la cobertura sanitaria pública, las dificultades económicas para acceder a la sanidad privada o la falta de asistencia para determinados colectivos, gestionan sus propios servicios asistenciales. Hay ejemplos de este tipo de cooperativas en Japón, Singapur o Canadá.
- Cooperativas en las que participan diferentes grupos de interés. Son las denominadas *multi-stakeholder*, de las que son un buen ejemplo las cooperativas sociales italianas o, en España, la cooperativa que gestiona el Hospital de Barcelona.

La diversidad y flexibilidad de las cooperativas sanitarias se pone de manifiesto en numerosas experiencias internacionales. En Argentina, las cooperativas se dedican principalmente a la atención primaria, la enfermería y los servicios farmacéuticos y surgen como respuesta a un contexto social y económico en el que casi el 50 % de la población no tiene acceso a la sanidad.

Merece la pena destacar también un fenómeno propio de este país. Tras la crisis de 2001, numerosas empresas sanitarias privadas tuvieron problemas financieros y sus propietarios iniciaron procesos de quiebra. Gran parte de estas entidades se recuperaron en forma de cooperativas creadas por los profesionales que trabajaban en ellas, manteniendo así sus puestos de trabajo y mejorando el sistema sanitario.

En Australia, los médicos de medicina general desarrollan su profesión como autónomos o asociados en pequeñas empresas. En los años 90, algunas grandes inversores y multinacionales irrumpieron en el mercado sanitario haciéndose con el control de las consultas de los médicos. La reacción de los facultativos a este fenómeno fue unirse en forma de cooperativas para poder competir en términos de escala y de eficiencia, manteniendo a la vez la independencia y la capacidad de ejercer según sus criterios profesionales y sin presiones externas.

En Brasil, las cooperativas ocupan la mayor parte del mercado, siendo Unimed la red de atención médica más extensa de Brasil y el sistema de trabajo cooperativo médico más grande del mundo. El cooperativismo sanitario, que está presente en el 85 % del territorio nacional, representa el 32 % del mercado de salud privado. El éxito del cooperativismo sanitario en Brasil se debe a su fuerte aceptación en la sociedad; la mejor remuneración y valoración de los profesionales; las buenas relaciones con organizaciones no gubernamentales y entidades públicas; y la difusión de los valores y principios cooperativos muy apreciados por la sociedad brasileña.

Las cooperativas tienen una larga tradición en el sistema sanitario de Japón y su función y actividades están recogidas en la legislación del país desde los años 40 del siglo XX. Las cooperativas de salud y bienestar, como se denominan literalmente en el país asiático, son básicamente organizaciones que agrupan a usuarios residentes en un área geográfica o en una comunidad con el objetivo de gestionar la asistencia sanitaria de sus miembros. Es un modelo diferente al brasileño o al australiano, en el que la iniciativa parte de los profesionales. En Japón, aunque hoy en día los profesionales forman parte de la entidad, las cooperativas surgen como una fórmula de organización ciudadana para solucionar las necesidades de asistencia sanitaria de las personas.

En Europa cabe destacar el ejemplo de las cooperativas farmacéuticas belgas. Existen 616 farmacias de titularidad cooperativa, el 12 % del total de farmacias en Bélgica, agrupadas en 15 cooperativas que abastecen el 20 % del mercado farmacéutico no hospitalario. Su principal misión es proveer al consumidor de productos farmacéuticos de la mejor calidad a un precio justo y accesible. Su origen se remonta a 1880 y durante el siglo XX tuvieron un fuerte desarrollo. Hoy en día generan una facturación anual de aproximadamente 600 millones de euros y satisfacen las necesidades de medicamentos, dispositivos médicos, nutrición especializada y otros productos de salud de 2,2 millones de personas. Proporcionan empleo directa o indirectamente a más de 3.500 personas, incluidos 1.000 farmacéuticos.

En el caso de Italia, el cooperativismo está encaminado hacia un sistema integrado de asistencia primaria; denominado la tercera vía de la cooperación. Su apuesta es por un sistema que gire en torno al ciudadano y que tenga al paciente en el centro de la actividad. Está basado en el modelo universal de protección de la salud, y su objetivo es formar parte del estado del bienestar. En la actualidad existen alrededor de 11.000 cooperativas activas en el sector sanitario en Italia, con una facturación total de alrededor de 15.300 millones de euros, que generan más de 368.000 empleos directos.