

# EL COOPERATIVISMO EN EL SECTOR SALUD: ¿UNA OPORTUNIDAD PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA?

**ROBERTO NUÑO SOLINÍS**

Deusto Business School Health. Universidad de Deusto.

**SANTIAGO MERINO HERNÁNDEZ**

Consejo Superior de Cooperativas de Euskadi.

**MARISA MERINO HERNÁNDEZ**

OSI Tolosaldea de Osakidetza.

## SUMARIO

1. LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

2. EL COOPERATIVISMO COMO MODELO DE AUTOGESTIÓN.

3. PANORAMA INTERNACIONAL DEL COOPERATIVISMO SANITARIO.

4. IMPACTO DEL MODELO DE COOPERATIVISMO SANITARIO.

5. IMPLICACIONES.

6. BIBLIOGRAFÍA.

## PALABRAS CLAVE

*Economía social, sanidad, salud, autogestión profesional, cooperativismo, sostenibilidad.*

## RESUMEN

*Las organizaciones sanitarias son complejas, cambiantes e intensivas en conocimiento. Para coordinarse mejor con otras organizaciones, mejorar sus resultados y para ser sostenibles es preciso aplicar modelos innovadores que faciliten la implicación de los profesionales. Los modelos organizativos que transfieren capacidades de gestión a los profesionales propician la mejora y la innovación.*

*En este contexto, la fórmula cooperativa se presenta como una opción interesante, por la ausencia de ánimo de lucro, preocupación por la comunidad, capacidad para autorregular recursos, y por la reinversión de beneficios en el desarrollo de la propia entidad.*

*En este artículo se reflexiona sobre el cooperativismo de trabajo asociado como modelo de autogestión y su aplicación en el ámbito sanitario.*

*El fundamento, la estructura y las ideas del cooperativismo se muestran adecuados para aplicarlas en entornos sanitarios, mejorando la implicación y satisfacción de los profesionales, y la eficiencia global del sistema, contribuyendo a su sostenibilidad. Sin embargo, es muy limitada la evidencia disponible sobre el impacto del cooperativismo en la coordinación sociosanitaria, siendo un tema que requiere ser investigado.*

## KEYWORDS

*Social economy, health, sustainability, professional self-management, health and social care coordination, cooperativism.*

## ABSTRACT

*Health organizations are complex, changing and knowledge-intensive. To be better coordinated with other organizations, to improve their results and be sustainable it is necessary to implement innovative approaches to facilitate the involvement of professionals. Organizational models that transfer management capabilities to professionals foster improvement and innovation.*

*In this context, the cooperative formula is seen as an interesting option, due to the absence of any profit motive, concern for the community, the ability to self-regulate resources and the reinvesting of profits in the development of the actual organization.*

*This article reflects on the worker cooperative movement as a self-management model and its application in the health field.*

*The basis, structure and ideas of cooperativism are shown to be suitable for application in health care settings, improving the involvement and satisfaction of professionals, as well as overall system efficiency, and thereby contributing to their sustainability. However, available evidence on the impact of cooperativism in health and social care coordination is very limited, being an issue that needs to be investigated.*

## 1. LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

La sostenibilidad del Sistema Sanitario español es un aspecto que preocupa a todos los agentes del sector. Desde el año 2008, esta preocupación ha ido en aumento motivada por el inicio de la profunda crisis económica que hemos padecido.

Las amenazas a la sostenibilidad son múltiples, diversas y complejas. Los sistemas social y sanitario de España afrontan una de las mayores tasas de envejecimiento y cronicidad de toda Europa. Una verdad incómoda que va a seguir en crecimiento en los próximos años y que ahora mismo se traduce en que un 91,3% de la mortalidad y el 86% de los años de vida perdidos en nuestro país es atribuible a las enfermedades crónicas (Haro et al, 2014). Además del impacto en términos de salud, el impacto económico es considerable, siendo los enfermos crónicos, en particular los crónicos complejos, los que requieren una mayor dedicación de recursos por parte del sistema sanitario (Glynn et al, 2011). Este hecho se manifiesta en tensiones para la sostenibilidad de la sanidad pública.

Una lógica de solidaridad intergeneracional hace inasumible su funcionamiento en base a déficits acumulados con las consecuencias de endeudamiento que suponen. Así, frente a propuestas de huida hacia adelante y más de lo mismo, existen planteamientos innovadores que emergen del propio sistema y que buscan la transformación del mismo garantizando sus pilares básicos. Ignorarlos, tratarlos como meras mejoras incrementales, o esterilizarlos en origen, es sembrar las bases para una disrupción masiva y de consecuencias impredecibles

que llegará, más temprano que tarde, desde sectores ajenos a la sanidad. Por el contrario, fertilizar esas semillas de cambio y tratarlas con mimo puede permitir sincronizar los cambios organizativos y tecnológicos y propiciar un cambio masivo, pero no traumático.

Si analizamos la situación previa a la crisis, se aprecia que en las últimas décadas el crecimiento del gasto sanitario fue en aumento año tras año. Este crecimiento era una respuesta, principalmente, a la presión que ejercen diferentes factores de oferta y demanda del Sistema Sanitario. Esta presión, lejos de disminuir en un futuro próximo, se prevé seguirá en aumento.

Desde la parte de la demanda ya hemos mencionado el cambio demográfico y el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, pero además hay que considerar el cambio en las expectativas ciudadanas. Así, se observa un paciente más exigente y más demandante del sistema sanitario, y, por otra, se constata un mayor número de usuarios que demandan tener un rol más activo en el manejo de su enfermedad y reclaman una mayor participación en las decisiones que atañen a su salud y una mayor involucración en el cuidado de su enfermedad.

Junto a los factores de demanda, existen otros que están relacionados directamente con la oferta. Estos factores son la evolución de la medicina y las tecnologías sanitarias, la propia complejidad del sector y la fragmentación asistencial.

La medicina y las tecnologías sanitarias están revolucionando el sector. La innovación tecnológica (incluida la farmacológica) es el principal

factor de presión al alza del gasto sanitario con ejemplos paradigmáticos como las nuevas terapias para la hepatitis C o fármacos oncológicos de muy elevado coste. Otro factor es la complejidad del sistema sanitario. Esta característica de los sistemas sanitarios, su complejidad, hace que cualquier cambio, innovación, o modificación sea difícil y requiera tiempo para su implementación.

Otro factor intrínseco del sistema es la propia fragmentación de los cuidados y de la atención. Así, se identifican dos tipos de fragmentación en los sistemas sanitarios, por una parte, la fragmentación dentro del continuo asistencial con una cultura sanitaria todavía hoy muy centrada en el manejo clínico en detrimento del ámbito preventivo-promocional. Y por otra parte, la fragmentación entre los ámbitos social y sanitario. Esta falta de coordinación sociosanitaria, dificulta la circulación fluida y sin interrupciones del paciente por el sistema produciéndose en muchas ocasiones duplicidades y vacíos de atención que impactan en su evolución y resultados.

En síntesis, se puede afirmar que todos los factores expuestos anteriormente, junto a otros adicionales, presionan al alza el gasto en los sistemas sanitarios. Por ejemplo, algunas de las estimaciones disponibles, señalaban que en términos de financiación, en un escenario de inacción, el presupuesto sanitario deberá crecer en torno a un 45% hasta 2020 [Informe Cronos, 2013] (base 2011) para atender al incremento de la demanda. Sin embargo, el presupuesto sanitario ha descendido de forma apreciable (en torno a 10.000 millones de euros) durante los años de la crisis en nuestro país.

## 2. EL COOPERATIVISMO COMO MODELO DE AUTOGESTIÓN.

A la hora de acotar el término “cooperativa”, existen diferentes acepciones. Una cooperativa puede definirse como: “una asociación autónoma de personas unidas de manera voluntaria para cumplir sus aspiraciones y necesidades económicas, sociales y culturales a través de una organización gestionada conjuntamente y de manera democrática por sus miembros”. Su objetivo fundamental es contribuir al bienestar de sus miembros a través de un proceso de ayuda mutua o autoayuda.

Las cooperativas de trabajadores han sido objeto de interés a partir de la última crisis por tratarse de organizaciones con formas de gobernanza alternativas que son, no sólo capaces de generar riqueza sino también empleo, desarrollo y cohesión local (Cheney et al, 2014).

Las cooperativas se encuentran en multitud de sectores de la actividad económica. Como ya hemos adelantado, la cooperativa es una forma de organización empresarial basada en la estructura y funcionamiento democráticos. Su actividad se desarrolla atendiendo a los principios cooperativos, aceptados y regulados en los ámbitos autonómico, estatal e internacional: la adhesión voluntaria y abierta de los socios (puerta siempre abierta), la gestión democrática (una persona=un voto), la participación económica de los socios (participación en los beneficios en función del trabajo del socio y no de su capital), la educación, formación e información (escuela de democracia económica) y el interés por la comunidad (desarrollo sostenible y compromiso democrático con lo local).

Si por algo se caracteriza el modelo cooperativo es por recoger en su seno una serie de valores y normas de comportamiento ético que deben guiar a los cooperativistas en la toma de decisiones, tanto en las tareas de gobierno interno (órganos sociales, órganos directivos y de gestión, socios/as), como externo (relaciones con grupos de interés, trabajadores, clientes, proveedores, instituciones y sociedad en general). Estos valores tienen su plasmación concreta en todas y cada una de las acciones que se realizan en la Cooperativa, y en particular en los cuatro ámbitos de actuación siguientes: los órganos sociales, órganos directivos y de gestión, los socios y la propia sociedad. Lo que no cabe duda es que algunos de estos valores, como por ejemplo la veracidad y transparencia en todas las actuaciones; la visión empresarial y a largo plazo; la responsabilidad, compromiso e implicación con la Cooperativa; la cooperación y trabajo en equipo entre los socios, y la lealtad con los clientes, proveedores e instituciones, son aspectos genéricos que luego tienen su concreción en una serie de comportamientos que definen igualmente el modelo cooperativo.

La Cooperativa, y en concreto sus órganos sociales, se caracterizan por promover y salvaguardar la igualdad y la equidad, garantizando a todos el derecho al sufragio tanto activo como pasivo, la distribución de la riqueza siempre de forma proporcional a la actividad cooperativizada desarrollada, en la lucha contra el absentismo laboral y en la conciliación familiar. Las Cooperativas, a diferencia de otros modelos empresariales –incluso del resto de familias de la Economía Social–, presentan órganos sociales que ayudan a la gestión transparente y democrática de la sociedad. Así, la Comisión de Vigilancia es el órgano –de carácter interno y

elegido por la Asamblea General– responsable de certificar la veracidad de las cuentas, la situación económica de la Cooperativa, la supervisión de la legalidad de todos los acuerdos sociales y la documentación social de la sociedad. Por otro lado, el Consejo Social es el órgano representativo de los socios en materia laboral, siendo sus funciones la información y el asesoramiento, participando de manera activa en las decisiones laborales de la sociedad. Por último, el Comité de Recursos, también elegido por la Asamblea General, tiene como misión ejercer de segunda instancia o de revisar de los acuerdos disciplinarios y sancionadores de la Cooperativa, así como cualquier tipo de acuerdo de los diferentes órganos sociales, buscando siempre la ecuanimidad y la justicia.

El tercer ámbito que queremos destacar es el referente a la activación de los socios (el componente humano) en el proyecto empresarial, dejando constancia que la incorporación al proyecto implica la adhesión al mismo en el marco del hecho diferencial cooperativo, lo que conlleva una identificación con los principios, valores y objetivos; al tiempo que se activa el socio no solamente en la obligación de la realización de la actividad cooperativizada, sino también en la participación activa, crítica y positiva en el proyecto; sin olvidar la asunción de los cargos para los que fuera elegido como máxima materialización de la participación en el hecho empresarial.

Además, no podemos obviar cómo la Cooperativa apuesta por una política no sólo de crecimiento, sino también de desarrollo, contribuye al desarrollo sostenible medioambiental, crea y mantiene empleo de calidad y más estable que otras fórmulas empresariales, y aplica los Fondos Sociales –de obligada dotación– a destinos

orientados a impulsar valores y desarrollos económicos, sociales y culturales que repercutan en toda la comunidad donde está ubicada.

Por último, el movimiento cooperativo tiene unas señas de identidad reconocidas vinculadas con la calidad, las buenas prácticas, la profesionalidad, el prestigio, su compromiso con el desarrollo de la sociedad, etc. que los propios responsables de la planificación y organización de los servicios públicos ven un mercado natural de intervención para el movimiento cooperativo derivado de su naturaleza no lucrativa, sus principios inspiradores y el proyecto social en cuanto empresa.

### 3. PANORAMA INTERNACIONAL DEL COOPERATIVISMO SANITARIO.

En muchos países industrializados, las cooperativas de salud, en su sentido más amplio, han surgido como mecanismo alternativo de provisión de servicios sanitarios. Así en los años 60 en Japón, unas 6.000 cooperativas agrícolas proveían servicios sanitarios subvencionados por el gobierno a sus miembros. El fenómeno siguió creciendo como consecuencia de la falta de servicios sanitarios adecuados, sobre todo para las comunidades de bajos ingresos que no se podían permitir el acceso a estructuras de sanitarias, ni públicas ni privadas. En algunos países europeos, al igual que ocurrió en Estados Unidos y Canadá, las cooperativas se constituyeron como respuesta al encarecimiento de costes en el sector sanitario o como consecuencia de las deficiencias en la prestación de servicios sanitarios.

Por ello, el sector salud es uno de los ámbitos en los que el movimiento cooperativo tiene un alto grado de desarrollo a nivel mundial. Se

estima que las cooperativas en el sector de la salud operan en más de 50 países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo, sirviendo a unos 100 millones de hogares de todo el mundo (Rajasekharan, 2003). A la hora de clasificar las cooperativas de salud, se suele distinguir al menos entre cooperativas propiedad de proveedores que normalmente están formadas por personal sanitario (médicos, enfermeras,...) que desean ofrecer una amplia gama de servicios sanitarios a los usuarios; y cooperativas propiedad de usuarios, constituidas por los miembros de una comunidad para satisfacer sus necesidades de salud.

Las cooperativas propiedad de proveedores se han desarrollado extensamente en países como Brasil. La cooperativa Unimed, considerada una de las mayores cooperativas médicas del mundo (Rabelais, 2001), congrega a unos 109.000 médicos cooperativistas, ofreciendo sus servicios a 18 millones de personas. En Europa, Italia es otro de los grandes exponentes del movimiento cooperativo médico a nivel internacional, donde se estima que alrededor del 13% del gasto público en asistencia sanitaria y social se destina a financiar los servicios prestados por las cooperativas. Otros países como Reino Unido, Suecia, Finlandia, Alemania o Portugal hay experiencias de cooperativismo sanitario.

En España, el cooperativismo sanitario es un gran desconocido, quizá con la excepción del conjunto de organizaciones desarrolladas a partir de la iniciativa del Dr. Josep Espriu en Cataluña. En forma sintética se trata de una cooperativa de proveedores en el que los miembros son médicos y propietarios y proveen servicios sanitarios a un colectivo específico de clientes, que contratan los servicios a dicha cooperativa

a través de distintas fórmulas contractuales. Es un tipo de cooperativa promovida por parte de sus propietarios, los proveedores, pero orientada al usuario-cliente; es una especie de "cooperativa sanitaria integrada" formada por tres cooperativas: una cooperativa de trabajo de médicos que agrupa 5.000 socios "Autogestión Sanitaria Sociedad Cooperativa"; una cooperativa de consumo, la "Sociedad Cooperativa de Instalaciones Asistenciales" y una cooperativa de médicos de ámbito estatal de segundo nivel denominada "Lavinia Sdad. Cooperativa" que agrupa a más de 20.000 médicos. Las tres cooperativas formaron en 1989 la Fundación Espriu con el objeto de promover el cooperativismo sanitario. Otras sociedades cooperativas como Cooperativa Sanitaria de Galicia (COSAGA) y las clínicas CES en Madrid son menos conocidas. Recientemente se ha constituido la sociedad Cooperativa Pediatría de los Pirineos que opera en Cataluña.

También el cooperativismo tiene un peso importante en la distribución farmacéutica en el cual existían 32 organizaciones con una cifra de negocio de 3.635 millones de euros en 2013. Por su parte, en el sector social si existe una abundancia de cooperativas en torno a 400 organizaciones, algunas de la importancia de Claros en Andalucía con 4.000 trabajadores, y otras del grupo Mondragón en Euskadi, o Servicios Sociales Integrados también en el País Vasco que da empleo a casi 500 trabajadoras. Asimismo Mondragon como corporación agrupa a 110 cooperativas con más de 80.000 trabajadores en sectores industriales, financieros, distribución, etc. y dispone de una unidad denominada Mondragon Health para el desarrollo de actividad en el sector salud, si bien no realiza provisión sanitaria directa.

Dado que el objeto de este trabajo es el posible rol de las cooperativas de trabajo asociado como modelo organizativo de autogestión profesional que contribuya a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud español, nos interesa conocer si las cooperativas existentes proveen servicios sanitarios con financiación pública, excluyendo a las organizaciones que operan bajo financiación privada.

Aunque no hay una abundancia de fuentes de información al respecto, tanto el grupo originado en Cataluña en torno a la iniciativa del Dr. Espriu, como COSAGA o Pediatría del Pirineus tienen actividad con financiación pública, pero podríamos calificar estas experiencias como marginales en términos de volumen presupuestario y de visibilidad en el sistema. Asimismo, estas iniciativas no han sido evaluadas de forma comparativa con otros modelos de organización y provisión. Por ese motivo, hemos recurrido a la literatura internacional para conocer el impacto comparado del cooperativismo sanitario.

#### **4. IMPACTO DEL MODELO DE COOPERATIVISMO SANITARIO.**

Fruto de una revisión realizada en 2013, se pudo comprobar que existen pocos estudios que comparen el impacto del cooperativismo con otros modelos organizativos en sanidad, si bien algunos de los estudios aportan resultados de interés como vamos a ver a continuación.

En términos de eficiencia, el estudio de Gauri et al. (2004) proporciona unos resultados comparados muy relevantes de la implantación y despliegue modelo cooperativo en Costa Rica. En primer lugar, muestra que en el modelo

cooperativo emerge un modelo prestacional diferenciado más enfocado al desarrollo de la primaria y de la resolutiveidad, es decir las cooperativas responden al esquema de financiación –vía contratos-programa- adoptando un modelo prestacional más eficiente sin comprometer la calidad del servicio (supervisada mediante auditorías y monitorización de indicadores).

En materia de bienestar laboral de los profesionales, un estudio realizado en Italia (Zotti et al, 2008) investigó si las causas que subyacen al estrés ocupacional eran mayores en organizaciones públicas en comparación con organizaciones cooperativas. Según los autores, la estructura y el modo de operar de las organizaciones moldean la manera en la que las personas interactúan y llevan a cabo sus tareas. Sus resultados confirman mayores niveles de estrés (agotamiento emocional y despersonalización) en los trabajadores pertenecientes a las organizaciones sanitarias públicas en comparación con los profesionales pertenecientes a las cooperativas sanitarias. Así, establecen que los sistemas públicos de provisión de servicios sanitarios requieren del logro de objetivos conflictivos que acaban produciendo sensaciones de tensión constante, confusión respecto a las prioridades y desorientación. Por su parte, las cooperativas, caracterizadas por tener estructuras más simples y soportar menos rigideces jerárquicas, están en mejor disposición de actuar de manera más flexible y de respetar la individualidad tanto del usuario como del trabajador. Además, el estudio muestra cómo los trabajadores de las cooperativas tienen una imagen más clara de los valores y objetivos de la organización, que apoya en mayor medida que las organizaciones públicas la innovación y las nuevas ideas, posiblemente como resultado de su régimen jurídico y como consecuencia de

su adaptación al entorno. Finalmente, los autores establecen que la cooperativa, basada en los valores de ayuda mutua y solidaridad, es un caso ejemplar de generación de actividad económica en un entorno social y un sistema de valores que cambia su prioridad de la búsqueda del objetivo individual hacia la producción de beneficios colectivos, que fomenta entre sus miembros trabajadores el desarrollo de lazos de reciprocidad y acciones y objetivos compartidos.

En lo relativo al control y participación en el entorno laboral, en Suecia se llevó a cabo un estudio (Höckertin 2008) en el que se comparaban las percepciones de profesionales trabajadores en centros geriátricos en relación al control y a la participación en su organización, distinguiendo tres tipos: organizaciones públicas, organizaciones privadas y cooperativas. El “control” y la posibilidad de “participación” son dos de los factores que determinan las condiciones psicosociales de trabajo y que pueden tener un efecto relevante en la salud del mismo. Así, el control, se entiende como la capacidad del individuo de decidir las tareas a llevar a cabo y de establecer la manera de hacerlo. Por su parte, la participación se refiere a la implicación en el proceso de toma de decisiones y se relaciona con las oportunidades con que cuentan los trabajadores de que sus opiniones sean escuchadas con relación a cuestiones laborales, y la información y el apoyo recibido por parte de los gestores. Los resultados del estudio establecieron la relación entre la tipología (basada en la titularidad) de las organizaciones y las condiciones psicosociales de trabajo a través del factor de la participación, que mostró valores significativamente más altos en las cooperativas que en las otras dos organizaciones analizadas. Se demostró que los empleados

de las cooperativas tenían más oportunidades para influenciar decisiones relativas a su entorno laboral que en el caso de la organización pública y la privada.

No hemos localizado estudios empíricos sobre el efecto del cooperativismo en la coordinación socio sanitaria. En un contexto de sociedad sobre envejecida y con altísima prevalencia de cronicidad y multimorbilidad, el modelo socio sanitario que conocemos tiene que cambiar. Continuamos con un modelo hospitalocéntrico, en el que seguimos ingresando en exceso a pacientes mayores que se relacionan con el sistema por la puerta de urgencias (un 5% o menos que causan el 50% de las hospitalizaciones no programadas), las tasas de reingresos y de hospitalizaciones evitables son mejorables, las complicaciones por infecciones y eventos adversos intrahospitalarios prolongan las estancias, el hospital de agudos es el entorno de fallecimiento más habitual pese a no ser el preferido ni el deseable, y un largo etcétera. Frente a esta situación se viene defendiendo el domicilio como centro de atención y existe riqueza de experiencias cooperativas en la atención domiciliaria de carácter social, como, por ejemplo, las home care cooperatives de EEUU (Whitaker et al, 2005), o las ya mencionadas con actividad de ayuda a domicilio en España como Claros y SSI. Estas organizaciones poseen la capilaridad para extender y coordinar servicios en el hogar que cubran necesidades múltiples sanitarias y sociales, además de contar con las ya reseñadas ventajas de ser cooperativas en el plano organizativo. Sin embargo, topan con las dificultades de la escasa coordinación entre ambos sistemas.

Así, en cuanto a la accesibilidad, el sistema de salud tiene una fuerte cobertura geográfica,

con un elevado peso de la atención primaria y con una cartera de servicios robusta y estructurada. Por su parte, los servicios sociales presentan una mayor complejidad en su organización interna y accesibilidad para el paciente. Están gestionados por múltiples entidades y administraciones, su acceso se realiza por diferentes vías y su cartera de servicios es valorada de manera diferente según el contexto. El entramado de agentes, roles y responsabilidades de los sistemas sociales crea por tanto barreras para la coordinación de la atención entre los servicios sociales y el sistema de salud. A este hecho se le une un cierto grado de opacidad y de desconocimiento que se tiene desde la ciudadanía sobre los servicios de protección social que ofrece cada entidad local. Respecto a la financiación, ambos sistemas se nutren principalmente de presupuestos públicos. El sistema sanitario cuenta con un presupuesto ampliamente mayor y con una correspondiente cartera de servicios mucho más desarrollada. Existe además una diferente percepción de la gratuidad de estos servicios por parte de la población, que consiste en la apreciación de que el sistema sanitario no supone coste alguno para los usuarios mientras que el sistema social, en cambio, responde a una financiación mixta donde el paciente contribuye a sufragar los gastos (sistema de copago) en función del tipo de servicio y la capacidad económica de que disponga.

Ante esa situación y de no mediar importantes cambios estratégicos, normativos y financieros (como puede ser la fusión de Consejerías y servicios sanitarios y sociales con desarrollo de estrategias integradas de salud y bienestar y presupuesto conjunto) podemos asistir a interesantes experiencias de coordinación de base, pero serán contexto-dependientes,

casi personas-dependientes y muy difícilmente sostenibles o escalables. Es importante que se avance en una transformación del modelo de prestación sociosanitaria que favorezca la coordinación sociosanitaria y que permita desarrollar el potencial de los modelos organizativos que pueden brindar servicios de forma más coste-efectiva, integrada y centrada en la persona, sobre todo en entornos como el domiciliario, que vienen perdiendo peso en la actividad de la atención primaria de la sanidad pública desde hace años.

## 5. IMPLICACIONES.

A partir de la investigación realizada tan sólo hemos encontrado indicios de los efectos positivos del modelo cooperativo en un entorno de sanidad pública. Pese a tratarse de estudios muy limitados y contextuales si aportan una base en favor del modelo cooperativo que justificaría más investigación en la materia, sobre todo teniendo en consideración la fuerza del cooperativismo en otros sectores de actividad en España, país en el que la economía social supone un 12% del PIB y genera 2,2 millones de empleos. No sólo eso, sino que se ha demostrado que los lugares donde el modelo cooperativo tiene más presencia relativa tienen mejores indicadores de progreso y cohesión social y se han demostrado más resilientes ante la crisis económica (CECOP, 2012).

En una sanidad pública que afronta los desafíos de la incorporación de la innovación, de la sostenibilidad y de mejorar la satisfacción de los profesionales sanitarios, pilotar modelos organizativos innovadores que faciliten la implicación de los profesionales y propicien un nuevo estilo de relaciones laborales adquiere sentido (Saratxaga, 2007), ya que los modelos

organizativos que transfieren capacidades de gestión a los profesionales propician la mejora y la innovación. En este contexto, la fórmula cooperativa se presenta como una opción interesante, por la ausencia de ánimo de lucro, preocupación por la comunidad, capacidad para autorregular recursos, y por la reinversión de beneficios en el desarrollo de la propia entidad. Más aún, supone una tercera vía a evaluar para superar el debate público-privado que ha servido de freno a la innovación organizativa en la provisión sanitaria en España en el que las jerarquías y burocracias tradicionales del sector público sanitario en España sólo han servido para generar esferas de trabajo con reglas que han alimentado un modelo fragmentado y poco centrado en las necesidades de los pacientes. Décadas de funcionamiento con esas reglas, no han permitido generar un compromiso genuino de los profesionales con la organización, en el mejor de los casos, y han contribuido a quemar a un número importante de profesionales clínicos, en el peor de ellos.

Un cambio de este tipo requiere un nuevo estilo de liderazgo compartido en el sector, capaz de movilizar a la organización a todos los niveles, definiendo un rumbo y transmitiendo pasión y compromiso. También permite propiciar la autogestión profesional, y el desarrollo y desenvolvimiento de los profesionales sanitarios como auténticos trabajadores del conocimiento.

En definitiva, el fundamento, la estructura y las ideas del cooperativismo se muestran adecuados para aplicarlas en entornos sanitarios, existiendo indicios de que puede mejorar la implicación y satisfacción de los profesionales, y la eficiencia global del sistema, con potencial contribución a su sostenibilidad.

## 6. BIBLIOGRAFÍA.

BCG. Informe Cronos (2013). Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos. <http://www.thebostonconsultinggroup.es/documents/file165265.pdf>

CECOP (2012). The resilience of the cooperative model.

Cheney G., Santa Cruz I., Peredo A.M., Nazareno E. (2014). Worker cooperatives as an organizational alternative: Challenges, achievements and promise in business governance and ownership. *Organization*. 21: 591-603

Gauri V., Cercone J., Briceño R. (2004) Separating financing from provision: evidence from 10 years of partnership with health cooperatives in Costa Rica. *Health Policy Plan*. 19(5):292-301.

Glynn L.G., Valderas J.M., Healy P., Burke E., Newell J., Gillespie P., Murphy A.W. (2011). The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Fam Pract*. 28: 516-523.

Haro J., Tyrovolas S., Garin N., Diaz-Torne C., Carmona L., Riera L., Perez-Ruiz F., Murray C. (2014). The burden of disease in Spain: results from the global burden of disease study 2010. *BMC Med*. 5;12(1):236.

Höckertin C. (2008). Control and participation for employees within geriatric care: does ownership make a difference? *Work*, 30, 137-147.

Rabelais C.M. (2001). Unimed: historia e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4):999-1008.

Rajasekharan K., Razum O. (2003). Health co-operatives: review of international experiences. *Croatian Medical Journal*. 44(5); 568-575.

Saratxaga K. (2007). Un nuevo estilo de relaciones para el cambio organizacional pendiente. Madrid: Prentice-Hall.

Whitaker et al, (2005). Home Care Cooperatives <http://www.uwcc.wisc.edu/info/health/homecare.pdf>

Zotti A.M., Omarini G., Ragazzoni P. (2008). Can the type of organisational structure affect individual well-being in health and social welfare occupations?. *Giornale italiano di medicina del lavoro et ergonomia*. Supplemento A. *Psicologia*; 30(1), A44-A51.