



La situación actual de la Sanidad y la actuación de la Economía Social

El sistema de salud español que hay en la actualidad, con sus complejidades y particularidades de gestión y administración, juega un papel importante en la sociedad. Por ello, el papel de la Economía Social en el ámbito de la salud pública y privada resulta esencial a la hora de garantizar estos servicios sanitarios en el Estado de Bienestar. Pero, la gestión privada, solución a muchas de las carencias del sistema público, ¿puede abrir la brecha de desigualdades tanto entre los profesionales del sector como en la ciudadanía consumidora de los servicios?

Sumario

1-3: INTRODUCCIÓN

- **Sistemas Sanitarios en empresas de Economía Social.** José Carlos Guisado, miembro de la Junta Directiva de CEPES y presidente de la IHCO.

4-6: ALGUNOS MODELOS AUTONÓMICOS

- **El modelo de la Comunidad Valenciana.** Manuel Cervera, conseller de Sanitat de la Comunidad Valenciana.
- **El modelo de la Junta de Andalucía.** M^a Jesús Montero Cuadrado, consejera de Sanidad de la Junta de Andalucía.

7-9: OPINIÓN DE EXPERTOS

- **Aspectos negativos de las nuevas formas de gestión de la Sanidad.** Carmen Ortiz Ibáñez, presidenta de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

8-9: ESCENARIO INTERNACIONAL

- **El sistema sanitario en el Reino Unido.** Geraint Day, director de Gobierno Autónomo y Política Sanitaria.

10-15: OTROS MODELOS DE GESTIÓN PRIVADA. LA MEDICINA SOCIAL

- **La experiencia de SCIAS y Autogestió.** Ignacio Orce y Lluís Rodà, presidente de Autogestió y ex-presidente de SCIAS, respectivamente.
- **Lavinia S. Coop.** Francisco Ivorra Miralles, presidente.
- **Las mutualidades de asistencia sanitaria.** Eduard Espagnolo, presidente del Consejo de Administración de Quinta de Salut L'Aliança.

- **El modelo de MUFACE.** Pilar Calvo Pérez, subdirectora general para el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

16: MODELOS DE AUTOGESTIÓN SANITARIA PARA LA DEPENDENCIA

- **Cooperativa Los Milagros.**
- **Cooperativa Codezafra.**
- **Cooperativa Doctor August Pi i Sunyer.**

Sistemas sanitarios en empresas de Economía Social

JOSÉ CARLOS GUISADO

Miembro de la Junta Directiva de CEPES. Presidente de la Organización Internacional de Cooperativas Sanitarias (IHCO). CEO de la Fundación Espriu

El desconocimiento de las cooperativas sanitarias, aún ignoradas por gran parte de los posibles pacientes y usuarios de las mismas, sitúa a la Economía Social un paso atrás en el ámbito de la asistencia sanitaria de autogestión.

Las empresas y agentes de la Economía Social juegan un papel destacado en los Sistemas Sanitarios, tanto a nivel internacional, como en nuestro entorno español.

Este aserto, con ser cierto, no basta para que el conocimiento por parte de la ciudadanía y de las instituciones sea el adecuado, como lamentablemente es el

caso en una parte importante de las acciones de la Economía Social.

Y no hablo de que a muchos "se les llene la boca" con palabras grandilocuentes sobre la Economía Social, sino de un realidad indiscutible y demostrable "con los pies en el suelo".

Si empezamos por una de las partes más significadas de la Economía Social, las Mutuas, la propia definición incluida en la legislación que las regula incluye su función tanto de ausencia de ánimo de lucro, como sobre el papel social que desempeñan en el sistema. De hecho, se dice explícitamente que son asociaciones empresariales sin ánimo de lucro constituidas con el principal objeto de colaborar en la gestión de la Seguridad Social, en concreto en la gestión de las Contingencias de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (AT y EP) y en la gestión de la prestación económica de Incapacidad Temporal (IT) derivada de Contingencias Comunes.

Las mutuas de este tipo, unas 30 en España, se incluyen claramente en el concepto de Economía Social, asumiendo una responsabilidad mancomunada, que cuen-

(Continúa en pág. siguiente)

Patrocina:



Sistemas sanitarios en empresas de Economía Social

(Viene de pág. anterior) ta con la venta de que su financiación proviene de las cuotas a cargo exclusivo de las empresas, recaudadas para ellas por la Tesorería General de la Seguridad Social a las que hay que sumar otra parte de las cuotas por Contingencias Comunes, como contra-prestación por la gestión de la prestación económica de Incapacidad Temporal. Por otra parte, sus activos forman parte del patrimonio de la Seguridad Social.

LAS MUTUAS

De esta forma se constituye una parte muy importante de las prestaciones de nuestro Sistema Sanitario a través de empresas de la Economía Social, que incluso llegan a tener sus propias instalaciones asistenciales y hospitales, aunque sólo a los efectos de su función principal –la salud laboral–, de suerte que todo ciudadano las da por sentado (quién no conoce las Mutuas de Trabajo), pero sin darse cuenta de que no son empresas públicas, como refería al principio.

De todas formas, los usuarios-pacientes y todos en general entendemos la asistencia sanitaria como la referida a las enfermedades comunes (y accidentes no laborales, se dice en nuestro “contrato de seguro” público, obligatorio y extendido, en principio a casi la totalidad de la población española).

Aquí nos tenemos que referir al mayor componente de las empresas de la Economía Social, las cooperativas sanitarias, en este caso, que también juegan un papel poco conocido en nuestro sistema. Pero, ¿realmente existen las cooperativas sanitarias?

Hasta hace bien poco, ante una pregunta retórica como esta, usábamos el diccionario como herramienta de convicción, al entender que si un término estaba definido, su existencia material era palmaria.

Hoy, en la era de la información, usamos otro tipo de instrumentos y si buscamos en el conocido Google las palabras concatenadas “cooperativa sanitaria” nos encontramos con cerca de dos millones de referencias, a las que hay que sumar otro 1,8 millones, si hablamos de “cooperativas de salud”, sin contar con las cerca de 2,2 millones del término en inglés. Incluso haciendo una búsqueda mucho más depurada, las citas son cerca de 9.000.

Luego, ¡oh, extrema sorpresa!, las cooperativas sanitarias existen.

Dentro de las empresas de Economía Social, las cooperativas sanitarias juegan un papel muy poco conocido

La verdad es que esta demostración fáctica del siglo XXI, hubiese sido más fácil yendo a nuestras fuentes legislativas, donde el concepto está claramente contemplado, aunque de esa forma no hubiésemos podido saber que según el informe oficial de la ONU de 1996, que la Organización Internacional de Cooperativas Sanitarias (IHCO) está actualizando, hay “más de 100 millones de usuarios de cooperativas sanitarias en el mundo”.

Ciñéndonos a nuestro país, las cooperativas farmacéuticas, en su Asociación de Cooperativas Farmacéuticas (ACOFARMA) con más de 60 años a sus espaldas históricas, agrupa a más de 32 cooperativas farmacéuticas, constituidas por más de 18,000 socios (farmacias) y ha llegado a construir un modelo y referente de la unión del colectivo de profesionales far-

macéuticos, ejemplo de asociacionismo profesional, y que llega a distribuir el 85 por ciento de los productos farmacéuticos requeridos por la ciudadanía.

Este modelo, llamado en su sector mediterráneo, es un paradigma de la distribución farmacéutica, con factores claros de sostenibilidad y servicio, a más de acción social para sus afiliados.

COOPERATIVAS Y ENTIDADES

Con la madurez ya alcanzada, quizás sólo falte alguna aproximación al papel de los usuarios (pacientes-ciudadanos) en la faceta de dispensación, al estilo de lo realizado por Ophaco en Bélgica y otros países europeos, aunque la batalla actual de la Farmacia española está más por defender su propio modelo frente a directivas europeas que pretenden una modificación sustancial del mismo.

Y por fin llegamos a las entidades de asistencia sanitaria que todos entienden como tales, la de prestación de cuidados de salud y, más concretamente, las de los servicios de los profesionales de la Medicina y demás servicios relacionados.

Estas “compañías” sufren del tradicional desconocimiento de su esencia real cooperativa, al ser más conocidas por las empresas subsidiarias a través de las cuales realizan su actividad.

Es algo parecido a lo que sucede con marcas de distribución (comerciales) que todo el mundo conoce en el mercado (*Fagor*[®]) pero que poca gente relaciona con la entidad cooperativa que la sostiene (Corporación Mondragón). Curiosamente, el coloquialismo al que el público se refiere al hablar de entidades de asistencia sanitaria en general (“...tengo una mutua...”), a pesar de que en su origen histórico describe empresas de Economía Social, nada tienen que ver con la realidad. De hecho, la mayoría no son empresas mutuales y las de mayor

peso en el sector desde luego tampoco, con muy escasas excepciones.

El conocimiento de las cooperativas sanitarias prestadoras de asistencia adolece además de la escasa eficacia de los registros oficiales, en gran medida por la dispersión, al existir tantos registros como Comunidades Autónomas, por la diferente acepción que cada ley autonómica de cooperativas impone y por la falta de actualización de los mismos y del Registro Nacional, al menos en los datos publicados y accesibles.

Por tanto, los datos de que disponemos son más debidos al interés particular de algunos, entre los que nos contamos, que a estadísticas oficiales, nada creíbles por lo demás, como hemos tenido la ocasión de constatar personalmente.

Nuevamente, se demuestra en este sentido, la oportunidad y conveniencia de la iniciativa de IHCO, antes reseñada, con un arduo trabajo por delante.

EL MODELO DE ESPRIU

Existen algunas iniciativas cooperativas dispersas y, aunque eficientes, poco significativas en el contexto global nacional en Cataluña, Galicia, Andalucía y otras comunidades, sin poder definirnos sobre otras formas cooperativas, algunas agrupadas en cooperativas de trabajo asociado que reúnen a profesionales de la enfermería, odontólogos, etc., como tampoco sobre las asociaciones laborales, con una labor loable, más desde el punto de vista de generación de empleo o ingresos para sus socios que de la aportación al sistema sanitario que, desde luego, realizan.

La realidad es que el cooperativismo sanitario en España nace gracias a la figura de José Espriu Castelló, considerado como el padre incuestionable del movimiento, no sólo en nuestro país, sino a nivel internacional.

Y esto es así porque el doctor. Espriu propugnó un modelo único y reconocido como referente esencial y válido no sólo en países en vías de desarrollo, donde nadie niega el valor de las iniciativas cooperativas, sino también en sociedades desarrolladas, contribuyendo a la mejora social y sostenibilidad del sistema sanitario nacional, al desarrollo de los profesionales y a la reivindicación del papel, también fundamental, de los pacientes-usuarios-ciudadanos.

Espru fundó un modelo de autogestión que hoy siguen más de medio centenar de instituciones en España

Las instituciones por él fundadas, con más de 50 años de historia, han contribuido de manera definitiva al desarrollo de nuestro sistema, siendo pioneras en la colaboración con el Sistema Público, gracias a su papel en el desarrollo y sostenibilidad del modelo MUFACE, a la vez que permitía que la Medicina de calidad estuviera al alcance de todos y no sólo de unos pocos privilegiados, consiguiendo grandes logros "con el poco dinero de muchos".

Los grupos empresariales Lavinia-ASISA, Autogestió Sanitaria-ASC y SCIAS han liderado el sector con sus cerca de 200.000 socios, sin contar a los miembros de las entidades del mutualismo administrativo con los que mantienen una estrecha relación, el nivel de sus instalaciones y la calidad de sus servicios asistenciales. Es de especial consideración el ejemplo de cogestión entre profesionales y usuarios, máximo ideal al que Espriu aspiraba y que hoy es una realidad cotidiana en sus instituciones, constituyéndose como una

aspiración en muchos modelos de las cooperativas sanitarias en el mundo.

El lector tiene la oportunidad de conocer más en profundidad las realidades de las organizaciones del cooperativismo sanitario en este número, sin olvidar los marcos políticos que nos envuelven y sin que podamos dejar de decir unas palabras sobre las amenazas del entorno competitivo que nos rodea.

INFLUENCIAS FINANCIERAS

Como en casi todos los sectores, la influencia de los entramados económico-mercantiles también ha llegado a la Sanidad y la fuerte influencia de los poderes económicos comienza a dejarse notar en un sector tradicionalmente olvidado por ser considerado en tiempos sin posibilidades lucrativas.

La determinación de las cooperativas es al menos tan firme, si no más, y diariamente nos esforzamos en fórmulas innovadoras que faciliten la persistencia del modelo, aprovechando iniciativas de cooperación que aparecen en el horizonte cercano¹.

La convicción de la valía de nuestro empeño, de la importancia de la aportación cooperativa a la sostenibilidad del sistema sanitario global, siempre en peligro por sus dimensiones económicas y necesitado de una labor de trabajo compartido, aspectos reconocidos en importantes informes internacionales (ver Healthcast 2020 o DHA del Banco Mundial), sin otro interés que el de la propia Sociedad, con el esfuerzo común, como se recoge en el Programa de Promoción de la Salud de la OMS, al que pertenecemos, o en la reciente declaración conjunta de Tallinn (UE, OMS y Banco Mundial, junto a otros agentes), son nuestros avales y conforman nuestras esperanzas. ■

⁽¹⁾ Sobre las diferencias en la concertación pública en el mundo, el lector puede dirigirse a la "Declaración de Östersund" en la web de IHCO.

El modelo de la Comunidad Valenciana

MANUEL CERVERA

Conseller de Sanitat
de la Comunidad Valenciana.

Con el fin de integrar en los servicios de salud una gestión eficaz y centralizada, el Gobierno valenciano ha puesto en marcha la Agencia Valenciana de Salud, un órgano de gestión, organización y financiación de los servicios sanitarios en la Comunidad Valenciana.

En el año 2005, la Consejería de Sanidad de la Generalitat extendió a toda la red sanitaria la puesta en funcionamiento de un nuevo modelo de organización, gestión y financiación de la sanidad pública valenciana.

Los primeros pasos en la construcción de este modelo se iniciaron con el primer contrato de gestión de servicios públicos por concesión administrativa para el área de salud de Alzira. La concesión inició su actividad en el año 1999 y su cobertura, inicialmente limitada al ámbito de la asistencia especializada, incluyó también la atención primaria a partir del año 2002. Siguiendo la misma fórmula concesional, posteriormente se adjudicó la gestión del área de Torreveja. Ambas concesiones cumplían ya dos de las condiciones teóricas indispensables vinculadas al nuevo modelo: la integración de los niveles asistenciales y la financiación capitativa de esas unidades integradas.

Con la base de los principios teóricos iniciales y, visto el resultado de la puesta en marcha de las concesiones, se diseñó el nuevo modelo y se decidió extender su aplicación a toda la red sanitaria valenciana, con independencia de que la provisión de los servicios se realice con medios propios o a través de concesiones administrativas. Su aplicación efectiva comenzó en 2005 con la creación de los 22 departamentos de salud, a la vez que se adjudicaron la tercera (Denia), cuarta (Manises) y quinta concesión (Elx-Crevillent).

En este nuevo marco, se han lle-

vado a cabo una serie de cambios en la organización pública sanitaria valenciana que afectan a distintos ámbitos y que, a su vez, están estrechamente relacionados, entre los que destacamos los siguientes:

- **La descentralización** y separación entre el ente financiador y el provisor de servicios en base a una nueva estructura organizativa a partir de la cual los departamentos se convierten en los auténticos proveedores de salud de su población y están obligados a procurar la máxima integración de la asistencia sanitaria y la continuidad de cuidados a través de la coordinación de niveles asistenciales y los recursos existentes.

El nuevo modelo es el motor del desarrollo de una asistencia sanitaria integral y preventiva

Desde enero de 2005 se asigna un presupuesto global y único a cada departamento, que gozan así de mayor autonomía financiera y capacidad organizativa y, al mismo tiempo, asumen mayores responsabilidades en la gestión de los fondos económicos asignados.

Para la definición y seguimiento de los objetivos asistenciales, organizativos y económicos, desde 2005 se formaliza anualmente un acuerdo de gestión único entre la Agencia Valenciana de Salud (AVS) y cada de-



partamento que afecta a todas sus vertientes asistenciales, tanto de primaria como de especializada. Además, se vincula el cumplimiento de objetivos con la incentivación económica a los profesionales (productividad variable) y, a partir de 2006, estos resultados se incorporan a la carrera profesional del personal sanitario y no sanitario en todo el ámbito de la AVS.

- **La integración de los niveles de primaria y especializada**, entendida como una red coordinada de servicios que proporcionan la continuidad asistencial a una población determinada sobre cuya salud se es responsable y cuyos consumos sanitarios implican riesgo financiero. Para impulsar este cambio se han integrado los equipos directivos y se ha implantado la gerencia única en cada departamento de salud, estableciéndose un organigrama único por departamento,
- **La implantación del sistema de financiación capitativa** de la actividad asistencial, asignándose a cada departamento de salud un fondo económico por persona protegida equivalente al gasto medio teórico *per cápita* en

servicios de salud. Esta *cápita* se ajusta según determinadas características sociodemográficas y es independiente de la utilización real de los servicios sanitarios.

El modelo se complementa con un sistema de facturación intercentros para compensar al departamento el coste de la asistencia prestada a pacientes que no forman parte de su población protegida (pacientes de otros departamentos y desplazados del resto de España o de terceros países).

La Agencia Valenciana de Salud actúa como una cámara de compensación entre acreedores y deudores

Los movimientos de ingresos y gastos generados se reflejan en la cuenta de resultados, que constituye la nueva y verdadera herramienta de gestión de los departamentos. La Agencia Valenciana de Salud (AVS) actúa de cámara de compensación entre

los saldos deudores y acreedores de cada departamento, que vienen a mostrar la mayor o menor eficiencia en la gestión de cada uno.

Pese a que es pronto para valorar los resultados reales obtenidos, podemos afirmar que el impacto de estas acciones ha sido muy rápido en el ámbito de la gestión económica, ya que ha sido completamente asumido por toda la organización y, además, ha generado un crecimiento espectacular en las cifras de facturación por asistencia a población no protegida. En cuanto al ámbito asistencial, el nuevo modelo, más que un fin en sí mismo, está consolidándose como un medio que sirve de palanca y motor de cambio para la promoción y desarrollo de una asistencia integral y preventiva, la progresiva alineación de las formas de provisión sobre las necesidades y expectativas de la población y la puesta en marcha de medidas, muchas ya implementadas, para la mejora de la integración inter e intraniveles, la eficiencia y la eficacia y, finalmente, la accesibilidad y calidad de los servicios prestados al ciudadano. ■

El modelo de la Junta de Andalucía

M^ª JESÚS MONTERO CUADRADO

Consejera de Salud de la Junta de Andalucía

Una apuesta constante por la accesibilidad, la eficiencia y la innovación es, para la Junta de Andalucía, fundamental en su modelo de gestión sanitaria.

El sistema público de salud de la comunidad andaluza gira en torno a los principios de universalidad, equidad, gratuidad y provisión fundamentalmente pública. Todo ello sin menoscabo de fomentar la accesibilidad a los servicios y la calidad de los mismos, junto con una apuesta ineludible por la eficiencia y sostenibilidad, que son elementos imperativos de los servicios públicos para responder a las necesidades y requerimientos de una sociedad cada vez más consciente de sus derechos y más exigente con lo que recibe a través de sus impuestos.

Con estas premisas, y precisamente para mantener y potenciar un modelo de Sistema Nacional de Salud que la población andaluza y española tiene interiorizado como una conquista irrenunciable, hemos querido que la sanidad pública andaluza se configure como un servicio público cada vez más orientado al ciudadano, más accesible, más participativo y más transparente. Ello implica una apuesta constante por la **innovación, la calidad y la eficiencia** en todos los ámbitos, desde las propias fórmulas de gestión sanitaria, hasta la garantía de nuevos derechos, pasando por la potenciación de la investigación biomédica de excelencia, el impulso a la generación e intercambio del conocimiento o la extensión de las tecnologías de la información.

El modelo de gestión sanitaria de la comunidad andaluza aúna criterios

de calidad –con la puesta en marcha de un sistema de gestión por procesos– con otros que buscan la participación, la autonomía y la corresponsabilidad profesional –a través de la gestión clínica– y se complementa con una nueva forma de gestión de los profesionales –la gestión por competencias– en la que adquiere más importancia el “saber hacer” que el “tener” determinados conocimientos o aptitudes.

Todo ello inmerso en un modelo de servicios imprescindiblemente orientado a las necesidades de salud de ciudadanos y pacientes; que tiene que responder con agilidad a los cambios tan acelerados que está experimentando nuestra sociedad; y que tiene que contar, necesariamente, con los profesionales como verdaderos artífices de todo el progreso y todos los avances que se puedan ir produciendo, ya sea en el ámbito clínico, asistencial, de derechos, de trato, de intimidad, de eficiencia,...

El sistema sanitario andaluz se basa en los principios de universalidad, gratuidad y provisión

En este marco, dos de los elementos nucleares que conforman este modelo de gestión sanitaria, y que pueden ejemplificar y resumir muchos de los elementos claves del sistema sanitario andaluz son la **gestión clínica** y la alta resolución. La primera –la gestión clínica– porque es la mejor forma de trasladar el máximo nivel de decisión y corresponsabilidad a quienes toman las deci-

siones clínico-asistenciales. Ello se traduce en una mejor y más flexible (auto) organización del trabajo, tanto personal como en equipo, del rendimiento y del desempeño, a través del fomento de la cooperación y comunicación entre los profesionales, y del abordaje multidisciplinar.

Y, de otra parte, el concepto de **alta resolución** se orienta hacia la mejora de la accesibilidad, el confort y la calidad en la asistencia, y permite potenciar fórmulas como la consulta de acto único, el hospital de día o la cirugía mayor ambulatoria. Todas tienen como objetivo que el ciudadano vea resuelto su problema de salud en el menor plazo de tiempo posible, a través de un pronto diagnóstico y/o tratamiento, así como evitarle desplazamientos innecesarios. El aumento de la capacidad resolutoria se está trasladando tanto al ámbito de la atención hospitalaria y especializada como al de la atención primaria, el nivel más próximo a la ciudadanía y sobre el que gira la asistencia sanitaria. En este sentido, los centros de salud se hallan inmersos en un intenso proceso de incorporación de tecnologías y servicios que evitan traslados hasta los hospitales de referencia, o que, como es el caso de la prescripción electrónica, beneficia a pacientes y profesionales al unísono.

Junto con éstas, en el sistema público andaluz estamos potenciando otras muchas fórmulas y elementos innovadores en el ámbito de la organización, la asistencia, las infraestructuras, la gestión asistencial y la gestión de la salud pública. El objetivo no es otro que conseguir una sanidad pública más eficiente, de mayor calidad y cada vez más comprometida con el nivel de salud y bienestar de la población andaluza. ■

Aspectos **negativos** de las nuevas formas de gestión en la **Sanidad**

CARMEN ORTIZ IBÁÑEZ

Presidenta de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

Algunos modelos de gestión compartida entre entidades públicas y privadas pueden poner en peligro la calidad asistencial de hospitales y centros de salud.

La descentralización de la gestión de la Sanidad que se produjo en 2001, al finalizarse las transferencias, tiene como una de sus consecuencias la generalización de nuevas formas de gestión que van a permitir a la iniciativa privada hacerse más presente en la provisión de los servicios sanitarios.

Estos cambios se han producido desigualmente en las distintas comunidades autónomas, de manera que algunas, como Extremadura, mantienen un sistema sanitario que conserva la gestión pública en todas sus estructuras, y otras, como la de Madrid, están asistiendo a un proceso privatizador que repercute sobre los centros y los profesionales sanitarios.

Existen varios factores que influyen en este **deterioro de la calidad** de las prestaciones y de las condiciones laborales: la construcción de siete nuevos hospitales con la fórmula de iniciativa de financiación privada y otro por concesión administrativa va a resultar un sobre coste de cuatro o cinco veces sobre el sistema tradicional, lo que añadido a un presupuesto para sanidad que en el caso de Madrid es el menor del Estado en relación con el PIB y al hecho de que son empresas con ánimo de lucro, son factores que determinan las condiciones en las que se va a prestar la

asistencia sanitaria en la que prima la economía sobre la calidad.

Con estas nuevas fórmulas financiadas desaparece tanto la transparencia en el control de la gestión y del gasto, así como cualquier cauce de participación tanto ciudadana como profesional.

Las consecuencias son bien conocidas y existen numerosos trabajos, entre ellos de la OMS (2006), en los que se demuestra cómo los indicadores de salud empeoran tras la reforma, así se demostró en el Reino Unido, donde se llevó a cabo una experiencia similar.

La coexistencia de dos empresas gestoras en los hospitales dificulta la coordinación de servicios

Las **condiciones laborales** se van a ver afectadas por la tendencia en estos centros a disminuir los efectivos contratando menos personal y con cualificaciones inferiores para abaratar costes, lo que repercutirá en las prestaciones que se den a los pacientes.

En el momento actual, la mayor parte del personal sanitario contratado (médicos y enfermería) para los nuevos centros son personal trasladado de otros centros públicos en los que no han sido cubiertas sus vacantes y de los que siguen cobrando, hecho que supone un deterioro de estos centros así como una disminución presupuestaria impidiéndoles contratar nuevo personal, motivo por el cual las condiciones de los centros antiguos están siendo afectadas de forma negativa.

La **disminución de presupuestos** va a condicionar determinados procedimientos limitando las carteras de servicios que sumado al descontento de los trabajadores repercutirá en menos prestaciones, y un aumento de las listas de espera.

La coexistencia de dos empresas distintas en los nuevos hospitales dificulta la coordinación entre distintos servicios favoreciendo la aparición de infecciones hospitalarias, o dificultando la gestión de archivos e historias clínicas.

La reforma de alguna instalación es prácticamente imposible. ¿Quién se hace cargo de los gastos de la obra? ¿La comunidad autónoma? ¿La empresa constructora? ¿La empresa pública? y es necesario recordar que la concesión es por 30 años.

Es inevitable que se produzca la **revisión de protocolos** en función de la rentabilidad de determinados procedimientos y se ha constatado como en el Reino Unido, por ejemplo, se cuestionó en algún momento si un enfermo de cáncer de pulmón tenía derecho a recibir tratamiento, responsabilizándole a él de su enfermedad.

Problemas como las listas de espera que no sólo afectan a las esperas para intervenciones quirúrgicas, sino que en algunas comunidades autónomas como Madrid llegan a la AP (esperas de hasta siete días para acudir al médico general o al pediatra) convierten el sistema en inviable, potenciando el aseguramiento privado y con ello las desigualdades entre los ciudadanos, creando ciudadanos de primera y de segunda según su poder adquisitivo y, por tanto, favorecen que la atención sanitaria se convierta en un negocio para unos pocos a costa de la salud de todos. ■



El sistema sanitario en el Reino Unido



GERAINT DAY

Director de Gobierno Autónomo y Política Sanitaria (*Head of Devolved Government and Health Policy*), Institute of Directors, Londres, R.U.: www.iod.com/policy

La Administración sanitaria de Inglaterra ha ido modificando su modelo de gestión para dar lugar a un sistema más parecido al de las cooperativas y mutualidades, consiguiendo que los ciudadanos sean los propios directores, a nivel autonómico, de su sistema de salud.

El sistema sanitario del Reino Unido está dominado por el *National Health Service* (NHS, Servicio Nacional de Salud), organismo público financiado por el Estado, que celebró su 60º aniversario el día 5 de julio de 2008.

La mayor parte de la sanidad continúa siendo gratuita en el Reino Unido, financiándose a través de impuestos aplicados por el Gobierno de la nación. El paciente está obligado a pagar recetas y determinados servicios, aunque la atención dental se encuentra predominantemente en el sector privado. El Estado también desempeña una función importante en la formación y tamaño del personal sanitario.

Aproximadamente el 12 por ciento de la población cuenta con un seguro médico privado complementario. La población del Reino Unido (compuesta aproximadamente por 61 millones de personas) vive en cuatro naciones: Inglaterra (con un 84 por ciento de la población total), Escocia, (ocho por ciento), Gales (cinco por cien) e Irlanda del Norte (tres por cien). El parlamento británico ha transferido poderes políticos y administrativos a las naciones que componen el Reino Unido.

TRASFERENCIAS

Al igual que en el caso de España, estas transferencias han sido "asimétricas", lo cual significa que no todas las partes cuentan con los mismos poderes. Una de las naciones del Reino Unido, Inglaterra, no goza de poderes transferidos (aunque sí una parte importante de la misma: Londres), siendo el Parlamento y el Gobierno del Reino Unido quienes se encargan de las cuestiones que

afectan a esta nación.

El Servicio Nacional de Salud (NHS) es gestionado a escala local por organismos denominados *trusts* (fundaciones) y *boards* (consejos). La mayor parte de la atención primaria es proporcionada por los denominados *medical practitioners* (GP) (médicos de medicina general), sufragados por el NHS. Estos profesionales operan básicamente por grupos. Los pacientes no pueden acceder a la mayor parte del sistema de atención secundaria (por ejemplo, tratamiento cardiaco) sin pasar previamente por su GP, con la salvedad de aquellos que lo hacen a través de urgencias. La organización del NHS y la política sanitaria difiere según la parte del Reino Unido de que se trate ^{(1) (2) (3) (4)}.

La mayor parte de la sanidad inglesa es gratuita: el paciente está obligado a pagar recetas y algunos servicios

El Ministerio de Salud del Reino Unido (denominado *Department of Health - DH*) es responsable principalmente de Inglaterra, donde la atención secundaria corre a cargo de *NHS trusts* individuales. Éstos tienen una base geográfica, aunque en el caso de *trusts* especializados pueden cubrir la totalidad del país. La atención primaria y la puesta en servicio y financiación de la sanidad son responsabilidad de *Primary Care Trusts* (PCT - Fundaciones de Atención Primaria). Muchos de

los cambios que se han producido en la política sanitaria y en el NHS en los últimos años han sido impulsados por el DH. Entre estos está la creación de normas nacionales de salud; la fijación de objetivos en materia de listas de espera; la cuantificación del nivel de apoyo al NHS por parte del sector sanitario privado; y la determinación de las responsabilidades del NHS. Uno de los debates actuales se centra en la posibilidad de crear "policlínicas" que ofrezcan diversos tipos de atención primaria y algunos de los servicios de investigación y de otro tipo ofrecidos actualmente sólo por los hospitales del NHS. Asimismo, se está debatiendo si debe permitirse a las personas que reciben tratamiento del NHS realizar copagos para poder optar a una atención adicional a la proporcionada por este organismo.

ENTIDADES BENÉFICAS

Fue en Inglaterra donde el DH inició la conversión de parte del sistema de atención secundaria en un sistema cuyo gobierno se basa en el utilizado por las cooperativas y mutualidades. En 2003 se aprobó una ley que permitía la conversión de hospitales, instituciones de salud mental y otros *trusts* del NHS en "corporaciones de beneficio público", conocidas como *NHS foundation trusts*, que siguen formando parte del NHS. Al aplicar esta nueva política, el gobierno británico tuvo en consideración las experiencias de países como España. Al DH le preocupaba que hubiera demasiados intentos de "microgestionar" la enorme fuerza de trabajo y recursos del NHS desde el gobierno central. De manera que decidió intentar aumentar la gestión local, introduciendo al mismo tiempo un sistema de

mocrático de responsabilidad local. Por primera vez, las personas pueden convertirse en "miembros" de un *NHS foundation trust* de carácter local.

El *foundation trust* cuenta con un modelo de gobierno de dos niveles. Hay un consejo de "gobernadores" compuesto por residentes locales, empleados de la fundación y personas procedentes de organismos como el gobierno local, organizaciones sanitarias del sector terciario y organizaciones locales de financiación del NHS (las PCT). Los gobernado-

La gestión de servicios de atención secundaria se ha ido convirtiendo en un modelo utilizado por las cooperativas y mutuas

res designan (y pueden destituir) a los consejeros no ejecutivos del consejo de administración del *foundation trust*. Por el momento, más de la mitad de las fundaciones se han convertido en *NHS foundation trusts* y el número de sus miembros está creciendo. La adscripción es gratuita, y los miembros no reciben un trato preferente, aunque sí tienen la posibilidad de apuntarse a una lista para obtener información, tener una mayor participación y elegir a los gobernadores. En los próximos meses está prevista la publicación de un estudio oficial realizado por el DH acerca del progreso de los *foundation trusts*. También se habla de la posibilidad de ofrecer a las PCT una mayor responsabilidad local.

En **Escocia** hay 14 consejos de salud encargados de preparar y

ofrecer atención sanitaria del NHS. El Parlamento escocés publicó en junio propuestas para permitir elecciones a estos consejos de salud por primera vez, de manera que es posible que se produzcan avances semejantes a los experimentados por el modelo del *foundation trust*.

En **Gales**, diez fundaciones ofrecen atención secundaria, siendo veintidós los consejos de salud locales que encargan estos servicios. Existen planes para fusionar algunos de estos consejos, y el *Welsh Assembly Government* (Gobierno de la Asamblea Galesa) pretende también eliminar paulatinamente el uso de hospitales del sector privado de aquí a 2011.

Irlanda del Norte presenta una mayor integración de la atención sanitaria y social que el resto del Reino Unido (aunque Inglaterra dispone actualmente de un pequeño número de "*care trusts*" precisamente con ese cometido), pues cuenta con cinco consejos conjuntos de atención sanitaria y social. El *Northern Ireland Executive* (gobierno autónomo) desea reorganizar estos consejos, incluyendo la designación de delegados del gobierno de carácter local, y existen también planes para crear un órgano separado encargado de la atención sanitaria y social. El 60º aniversario de la atención sanitaria pública en el Reino Unido se caracteriza por la diversidad y el debate permanente. ■

(1) *UK Government's Department of Health* (Ministerio de Salud del Gobierno británico): www.dh.gov.uk.

(2) NHS Escocia: www.scotland.gov.uk/Topics/Health/NHS-Scotland.

(3) NHS Gales: <http://new.wales.gov.uk/topics/health/nhswales/?lang=en>.

(4) *Department of Health, Social Services and Public Protection, Northern Ireland Executive* (Ministerio de Salud, Servicios Sociales y Protección Pública del Gobierno Autónomo de Irlanda del Norte): www.dhsspsni.gov.uk.

La experiencia de **SCIAS** y **Autogestió**

DR. IGNACIO ORCE

Presidente de Autogestió

DR. LLUÍS RODÁ

Ex-presidente de SCIAS

La experiencia de **SCIAS** y **Autogestió**, una de las muy pocas cooperativas de servicios sanitarios de nuestro país, promulga un modelo de entendimiento entre usuarios y médicos.

De todos es sabido que en cualquier acto médico existen dos protagonistas: los propios médicos y los usuarios, como gustaba decir el fundador del cooperativismo sanitario, el doctor Joseph Espriu i Castelló.

Entendemos como cooperativismo sanitario el ensamble de las cooperativas que agrupan a cada uno de los dos protagonistas, médicos y enfermos, o potencialmente enfermos, haciendo posible la unión de esfuerzos y de medios de acción aplicables a una obra colectiva bajo un régimen de gestión directa que suprime al intermediario.

Por otro lado, el doctor Espriu siempre afirmó que el principio fundamental, que originó el nacimiento del cooperativismo sanitario, no es otro que **la autogestión del modelo asistencial por parte de sus dos únicos, auténticos e imprescindibles protagonistas**, que no son otros mas quienes trabajan en él y los que reciben el resultado de su labor. De no darse esta autogestión, no se da el cooperativismo sanitario como tal. Tendremos cooperativas de médicos y de usuarios, como puede haber cooperativas del taxi, de ferretería, de farmacia, etc, cada una de ellas con su objetivo social y empresarial determinado. Pero en nuestro

caso, ambas, las de los médicos y usuarios, persiguen un mismo fin social: **poder ejercer de legítimos protagonistas para conseguir una medicina social y colectiva satisfactoria**. En consecuencia, no tendría sentido alguno que reconociéndose co-protagonistas de la salud, no trabajasen unidos codo con codo, aunando esfuerzos, para lograr así el objetivo común. A esta forma de trabajar la hemos denominado cogestión, algo más implicado que lo que en el ámbito cooperativo se viene denominando intercooperación, ya que compromete a toma de decisiones compartidas en el día a día de ambas cooperativas, no sólo de acuerdos puntuales.

Ello supone una participación activa de los dos co-protagonistas, activa y al mismo nivel. Entendemos a igual responsabilidad, idéntica representatividad y compartida gestión. Esto que puede parecer un planteamiento filosófico. Podemos afirmar que es, sobre todo, fruto de una experiencia común, de un caminar juntos, de una vivencia real, de haber comprobado que de tú a tú podemos llegar muy lejos.

Venimos diciendo, desde tiempo, y estamos convencidos de ello, que **no es buena medicina aquella que contempla intereses privado o partidistas**, y que sólo aceptamos como tal medicina a aquella que contempla y respeta los intereses de los únicos protagonistas. A ambos nos mueven intereses comunes: restablecer la salud perdida mediante una gestión compartida que proporcione a trabajadores y enfermos la satisfacción noblemente deseada, justamente buscada y esperada.

Es evidente que puede haber excepciones en el cooperativismo sa-

nitario y en el resto de fórmulas o sistemas de salud. Alguien puede decir *"yo tengo una clientela contentísima, sintonizamos perfectamente, existe diálogo, etc."*. Y algún usuario también podría explicar: *"con mi médico estamos totalmente compenetrados, más que médico es amigo, etc."*.

Pero lo que estamos propugnando no es un entendimiento personal de casos y nombres concretos, no nos estamos refiriendo a honrosas excepciones, que hay muchas, llenas de calidad humana, sino **a un entendimiento entre dos colectivos (médicos y usuarios), a una estructura organizativa, jurídica y empresarial que lo posibilite**, que perdure en el tiempo por encima de las personas y que evite el desencanto que en las excepciones apuntadas se produce, irremisiblemente, cuando el médico encantador desaparece o cuando los usuarios comprensivos y hasta ahora enamorados se terminan.

Llegados a este punto, el lector puede preguntarse: ¿Es éste un método real? ¿Existe un cooperativismo sanitario que funcione? Pues si, en el territorio nacional cerca de dos millones de ciudadanos son atendidos por 25.000 médicos agrupados en dos cooperativas (Lavinia y Autogestió). En Cataluña, donde nace este movimiento, la cogestión médicos-usuarios viene operando desde hace más de 20 años, y en la actualidad la compañía aseguradora propiedad de los médicos es líder del sector. Asimismo, el Hospital de Barcelona, propiedad de la cooperativa de 190.000 usuarios, SCIAS, es referente en nuestra comunidad autónoma.

Con todo ello, podemos afirmar sin ningún rubor, **otra medicina es posible, es cuestión de que cada uno se erija en co-protagonista del acto médico.** ■

Lavinia Sociedad Cooperativa

FRANCISCO IVORRA MIRALLES
Presidente

Una entidad liderada y gobernada por médicos es lo que diferencia a Lavinia Sociedad Cooperativa de las demás entidades autogestoras.

Lavinia es una Sociedad Cooperativa, fundada en 1977 y formada por unos 20.000 médicos, con implantación en todas las comunidades autónomas del Estado español. Su misión es **la promoción y desarrollo del cooperativismo sanitario como fórmula idónea de organización, autogestión y diálogo**, no sólo para la generación de trabajo para los profesionales de la salud, sino con la visión de establecer un marco y modelo que permitan la práctica de una medicina socialmente satisfactoria, tanto para los profesionales como para los usuarios, facilitando su relación de confianza potenciando la libre elección.

Sus valores, que comparte con las demás instituciones integrantes de la Fundación Espriu, se basa en una síntesis de los iniciales de los Igualeños Médicos, adaptados a los de la cooperación internacional, representados por la Alianza Cooperativa Internacional (ACI) y los de la Economía Social en general.

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 e incluyendo el procurar la mejor formación y capacitación posible de los profesionales y gestores que desarrollen su trabajo en las cooperativas sanitarias.

El objetivo social de Lavinia S. Coop., se desarrolla a través de la propiedad al cien por cien de una aseguradora sanitaria, ASISA –necesaria por la imposibilidad legal de desarrollar esa actividad como cooperativa–, que permite a los socios el desarrollo de su actividad profesional y la defensa de su modelo sanitario.

ASISA, Asistencia Sanitaria Interprovincial Sociedad Anónima, es una compañía aseguradora propiedad al cien por cien de la cooperativa Lavinia, con sede en Madrid, y que ejerce su actividad en toda España. **Es una empresa creada, liderada y gobernada por médicos**, que posee una cultura propia, fuerte, orientada a la defensa de una medicina basada en la relación de confianza entre los verdaderos protagonistas del núcleo central de su actividad: el médico y el paciente.

Su personalidad jurídica de base cooperativa y la ausencia de ánimo de lucro, entendiendo éste como la obligación de retribuir el capital mediante dividendos, le han proporcionado una posición de liderazgo histórico en el sector. Gracias al compromiso permanente con el cuidado de la salud, a la profesionalidad y a la entrega de sus socios y a la fidelidad de sus asegurados.

De esta manera se constituye un grupo empresarial homogéneo que comparte economía y doctrina, uno de los referentes en el entorno nacional e internacional.

ASISA proporciona empleo a más de 30.000 profesionales sanitarios, presta servicios en 199 hospitales, de los cuales 16 son de su propiedad y dispone de 24.413 camas hospitalarias en las que atender al millón y medio de asegurados que confían en las prestaciones sanitarias y asistenciales que ofrece, siendo el

mayor grupo hospitalario no público en España.

Además, ASISA ha liderado desde sus inicios las fórmulas de colaboración público/privadas en la gestión de la asistencia sanitaria pública.

Es el principal proveedor de asistencia sanitaria del Mutualismo Administrativo de la Administración del Estado (MUFACE, ISFAS y MUGEJU) desde hace más de 30 años.

En la actualidad, gracias a la consolidación y maduración del Sistema Nacional de Salud, se han abierto nuevas vías de colaboración público/privada, siendo nuestra entidad cooperativa, a través de ASISA, la concesionaria de dos de los cinco proyectos de gestión privada de la Comunidad Valenciana, que incluyen la construcción de los hospitales de cada área. Uno ya en funcionamiento, el Hospital de Torrevieja, y otro en fase de construcción, en Elche. En ellos, se dará cobertura a más de 300.000 ciudadanos de manera habitual, con picos de asistencia de más de 630.000 personas.

En cuanto a la faceta de formación, nuestra entidad tiene firmados conciertos con distintas universidades, destacando la Autónoma y la Universidad Europea en Madrid, la Miguel Hernández, la de Alicante y la Universidad de Zaragoza, además de los cursos propios tanto a nivel de gestión como de actualización científico-técnica en nuestras propias instituciones. Con todo lo dicho, no se puede olvidar el aspecto de acción social solidaria llevada a cabo por nuestra entidad, **colaborando con ONG como Save the Children y liderando proyectos de colaboración para el desarrollo**, destacando la construcción de un hospital en Ruanda-Burundi y la promoción de estructuras sanitarias en Mozambique en conjunción con la Fundación Espriu. ■

Las mutualidades de asistencia sanitaria



EDUARD ESPAGNOLO

Presidente del Consejo de Administración de Quinta de Salut L'Aliança

Las mutualidades y aseguradoras, que hoy juegan un papel fundamental en la oferta de servicios sanitarios, van adaptándose a los nuevos tiempos, nuevas exigencias y nuevos consumidores.

El mutualismo, entendido como una forma de previsión social, surge del deseo y libre voluntad de una colectividad de personas de poner en común sus fuerzas para afrontar los riesgos sociales, esto es, "riesgos que pueden afectar a todas las personas y que están asociados al peligro de quedarse sin medios de subsistencia".

Nace y se desarrolla ante la actitud pasiva del Estado hacia los infortunios padecidos por la clase trabajadora. Esta fue la actitud propia del liberalismo político y económico dominante durante los siglos XVII, XVIII y XIX, que defendía la no intervención del Estado ante los problemas económicos y sociales.

Sin ningún tipo de dudas, **enfermedad y vejez fueron los dos principales riesgos identificados desde un buen principio** y, por tanto, **el foco de atención inicial y de especialización de las mutualidades.**

Lógicamente, la evolución del mutualismo ha estado, y continúa estando, muy condicionada por el papel que decide asumir el Estado para garantizar, regular y gestionar los mecanismos de cobertura de los

riesgos sociales. Hoy en día podemos considerar que los seguros sociales públicos y obligatorios (pensiones y desempleo), o los sistemas públicos alternativos de cobertura, esto es, **derechos de ciudadanía**

Hoy en día, el mutualismo es una actividad aseguradora sin afán de lucro

a cargo de los presupuestos generales y financiados vía impositiva (**salud y dependencia**), se han, o están siendo en el caso de la atención a la dependencia, universalizado.

Como consecuencia de ello, hoy en día el mutualismo es una actividad

aseguradora sin afán de lucro, complementaria a la Seguridad Social y a las coberturas públicas, con finalidad de protección mutua, que tiene por objeto la protección de los socios mutualistas y de las personas que estos designen como beneficiarios de las prestaciones, y que se organiza democráticamente por criterios de representatividad del socio. Una característica específica de las mutualidades de asistencia sanitaria, asociada al momento en que surgieron, es su clara orientación a garantizar la prestación de servicios. Es por ello que jugaron un papel muy importante en el desarrollo de la provisión de servicios de salud antes de que se desarrollara la red asistencial pública acompañando la extensión de la cobertura pública (del Seguro Obligatorio de Enfermedad del año 1943 al Sistema Nacional de Salud del año 1986).

Es por ello que las mutualidades de asistencia sanitaria han ido adaptándose al nuevo marco de coberturas públicas pudiendo identificar, en estos momentos, tres grandes tipos:

- a) Mutuas cuya actividad principal, aprovechando su red asistencial histórica, ha evolucionado **hacia la prestación de servicios asistenciales de cobertura pública** tanto de salud como de dependencia.
- b) Mutuas que continúan desarrollando su actividad principal como aseguradora y **que cuentan con un grupo asistencial privado propio, o ajeno con acuerdos estables y a largo plazo.**
- c) Mutuas que continúan desarrollando su actividad principal como aseguradora y que **no cuentan con ningún grupo asistencial privado de referencia.** Utilizan la red privada general.

En todos los casos, al tener ac-



tualmente un papel complementario al de la cobertura pública, han de hacerse atractivas potenciando una mejor accesibilidad, flexibilidad, rapidez resolutoria y atención personalizada.

El desarrollo de una oferta de calidad irá vinculado a unas exigencias predefinidas

En estos momentos en que en nuestro país se está afrontando el reto de garantizar la universalidad de la atención a la dependencia, conviene destacar el importante papel jugado por estas mutualidades en el desarrollo de la atención sanitaria, primero como sistema alternativo y actualmente como complementario. La construcción del nuevo sistema de atención a la dependencia será progresiva y estará condicionada por la capacidad y sostenibilidad de su financiación, y por el desarrollo de una oferta de servicios adaptada a los distintos

niveles de dependencia y con garantía de calidad.

Las mutualidades de previsión social **pueden, y deben, jugar un papel importante en esta construcción** tanto en su financiación, ofreciendo productos de ahorro-previsión, como en el desarrollo y gestión de la provisión de servicios.

Una vez más, **este papel vendrá determinado por la voluntad del Estado.** No tiene sentido ofrecer a nuestros socios productos de ahorro-previsión cuando, en el momento de recibir las prestaciones, vean mermar la financiación pública al determinarse el nivel de copago por el nivel de ingresos y considerarse dentro de éstos los provenientes de los distintos sistemas de ahorro-previsión.

El desarrollo de una oferta de calidad también irá vinculado a las exigencias de unos estándares predefinidos (acreditación), a la rigurosidad en combatir la economía sumergida y al primar, sobre todo en los niveles más severos de dependencia, la prestación directa de servicios muy por encima de las prestaciones económicas.

En este proyecto las mutualidades volveremos a estar **al servicio de la ciudadanía.** ■

El modelo de MUFACE

PILAR CALVO PÉREZ

Subdirectora general para el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Ex-jefe de área de Evaluación y Control de MUFACE.

El modelo de MUFACE, mitad público mitad privado, obedece a una serie de necesidades de gestión pública en una gama de servicios que en ocasiones, debe alimentarse del sistema privado.

Poco imaginó José Antonio Girón (ministro de Trabajo de Franco entre 1941 y 1957), cuando creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad, que aquel sistema de protección para asalariados con ingresos inferiores a 9.000 pesetas anuales se convertiría en el actual Sistema Nacional de Salud con cobertura cuasi universal, amplia cartera de prestaciones, y con financiación impositiva y no ligada a cotización laboral.

Asimismo, tampoco los artífices de MUFACE (Mutualidad de Funcionarios de la Administración Central del Estado) imaginaron que estaban creando un modelo. Su intención fundamental era resolver el problema de los empleados públicos, que no disponían de un sistema de protección. Paradójicamente, las ampliaciones de cobertura de los regímenes de Seguridad Social

no alcanzaban todavía a aquellos que las estaban estableciendo, los funcionarios.

En el año 1975, que es cuando se crea MUFACE, había más de 60 mutualidades funcionariales con una protección muy heterogénea y, en general, muy precaria. El colectivo era lo suficientemente grande para que el Instituto Nacional de Previsión no lo pudiera acoger. Era necesaria una alternativa.

Así, MUFACE nace para proteger a unos trabajadores que en aquel momento, no tan lejano, no tenían cobertura social. Este modelo dispone

MUFACE nace para proteger a unos trabajadores que no tenían cobertura social



en la actualidad de defensores a ultranza, que lo consideran muy eficiente y desean extenderlo a toda la población, y de detractores, que periódicamente solicitan su supresión por considerarlo una inequidad que favorece a un grupo de población. Ninguna de las dos posturas maximalistas tiene muchas posibilidades de prosperar.

En los momentos en que surgió MUFACE, el sistema público ya estaba muy asentado, los hospitales españoles de primer nivel tenían una alta calidad científica y la especialización vía MIR era una realidad. Por tanto, MUFACE no tenía que preocuparse por la docencia, la investigación u otros aspectos ya existentes.

Sin embargo, el elevado número del colectivo protegido y su dispersión por toda la geografía nacional, apoyó una infraestructura de sanidad privada que, sin su existencia, no habría prosperado. Esta existencia y su funcionamiento han posibilitado, a su vez, un crecimiento más ordenado de la Sanidad Pública, que ha podido concertar una parte de sus servicios con la red privada para hacer frente a las nuevas necesidades que iban apareciendo.

La infraestructura sanitaria privada existe, en gran medida, gracias al modelo MUFACE (recordemos que, en la actualidad, el gasto sanitario privado supone el 30 por ciento del gasto sanitario total de España). Eliminarlo "de un plumazo" supone desestabilizar el sector privado, que posiblemente desaparecería fuera de las grandes ciudades.

¿Cuáles son las características del modelo MUFACE?

- Los mutualistas **pueden elegir cada año si son atendidos por el sistema público o por algu-**



La mayor amenaza es el progresivo adelgazamiento de las competencias autonómicas

na de las entidades de seguro que suscriben el concierto.

Esta posibilidad de elección es, precisamente, la que produce elevados niveles de satisfacción.

- **Es un sistema público**, puesto que la financiación y el aseguramiento está en manos del Estado, aunque la provisión sea privada.
- **Está basado en un sistema transparente de concurso**, que se publica en el BOE, con una vigencia de tres años y al que se puede presentar cualquier aseguradora que acepte las normas.
- Se produce una **transferencia del riesgo financiero desde la Mutualidad a las entidades de seguro**, puesto que la cuota es fija por persona y estipulada anualmente.

- MUFACE **ejerce un control exhaustivo sobre las aseguradoras**, representando a los mutualistas cuando tienen reclamaciones contra ellas.

- El nacimiento como mutualidad y su persistencia como régimen de Seguridad Social (dispone de cobertura social y sociosanitaria) crean **un sentido de pertenencia a la misma entre los mutualistas** que no existe entre los usuarios del sistema público.

Es un **modelo de colaboración público-privado** distinto de cualquier otro que se establezca en el sistema sanitario, como el típico del concierto o los nuevos modelos que han establecido en la actualidad las comunidades autónomas.

La amenaza que se cierne sobre MUFACE en la actualidad no es la discusión acerca de su eficiencia o su inequidad, sino el progresivo adelgazamiento del Estado por las transferencias de competencias a las comunidades autónomas. ■

Cooperativa Los Milagros

Bajo la confluencia de la autogestión y las necesidades derivadas de la dependencia se crea la cooperativa Los Milagros.

Esta iniciativa está promovida por 124 cooperativistas que, con visión de futuro, empezaron a pagar sus cuotas a los 50 años. Derivó en la construcción de una residencia para jubilados en la que **sus socios tienen acceso a todos los servicios comunitarios, de ocio y sanitarios** que puedan necesitar.

A tan sólo dos kilómetros de Málaga, el complejo de esta residencia cuenta con numerosas instalaciones lúdicas que comparten espacio con las destinadas a ofrecer servicios de asistencia sanitaria, de modo que las consultas

médicas puedan realizarse en el propio centro sin necesidad de desplazamientos. Los servicios sanitarios que se presten **están totalmente ajustados a las necesidades de sus dueños y usuarios**, ya que son ellos mismos quienes deciden "cómo quieren que les cuiden".

El edificio consta, además de las instalaciones comunes, de una serie de apartamentos cuya titularidad corresponde a los cooperativistas. La titularidad de estos apartamentos es hereditaria, de forma que los hijos o los parientes que corresponda podrán trasladarse a la residencia en el momento en que cumplan los requisitos para residir en ella: tener más de 50 años y aceptar las normas de régimen interno que en su día aprobaron los fundadores.



Cooperativa Codezafra

Recogiendo el testigo de la experiencia anterior, de forma pionera en Extremadura, surge la cooperativa de consumidores y usuarios Codezafra, fundada por un grupo de vecinos de Zafra. La construcción del edificio residencial se prevé para finales de 2009 y, a semejanza de la cooperativa Los Milagros, sus usuarios-propietarios **podrán disfrutar de una serie de servicios socio-sanitarios comunes, que ellos mismos deciden cómo gestionar** sin renunciar a la independencia de vivir en su propia vivienda.

Esta iniciativa cuenta con el apoyo del Ayuntamiento de Valverde de Burguillos y de la Junta de Extremadura.

Cooperativa Doctor August Pi i Sunyer

En el año 1976, siguiendo la tradición mutualista del Alto Ampurdan, surgió en la Vila de Rosas (Alto Ampurdan), una nueva experiencia cooperativa que, bajo el nombre de "Dr. August Pi i Sunyer, S.C.C.L", construyó un complejo residencial para personas mayores, bajo el lema **"Ahorra para cuando seas mayor"**. Años más tarde, en 1992, comenzó a funcionar la residencia "Nova Vida", que junto con ocho *bungalows*, ha sido utilizada hasta nuestros días por nuestros mayores. En la actualidad cuenta, además, **con centro de día y,**

dada la demanda recibida, se está proyectando la construcción de 36 nuevos *bungalows*.

Los requisitos para obtener la condición de socio son: tener menos de 65 años, tener buena salud y hacer una aportación inicial de 150 euros. De esta forma, las personas que tengan la condición de socio podrán disfrutar de los servicios de la residencia cuando, por ejemplo, su estado físico requiera unas atenciones o bien cuando el socio tenga que recuperarse de una enfermedad.

Más información en: <http://www.coop-pisunyer.com>