



- ◆ Trabajo realizado por el equipo de la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

# **LA INTEGRACION DE LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS EN EL SECTOR DE LA SALUD: UNA SANIDAD PARTICIPATIVA**

por

JAVIER ITURRIOZ DEL CAMPO\*

## **RESUMEN**

El concepto actual de la salud incluye a un amplio conjunto de actividades relacionadas con la misma. Las imperfecciones en el actual sistema sanitario pueden solventarse mediante una sanidad en la que los usuarios y los profesionales de la salud actúen en igualdad de condiciones. La fórmula cooperativa, al funcionar bajo las reglas democráticas, se presenta como una posible solución. La actuación de las sociedades cooperativas en dicho sector se manifiesta de diferentes maneras, destacando las cooperativas de asistencia sanitaria y las de distribución farmacéutica. Para lograr una asistencia sanitaria participativa es necesario buscar una fórmula de integración entre estas cooperativas ya que en ellas se encuentran representados sus protagonistas. Entre las diferentes sistemas de integración, la cooperativa de segundo grado se presenta como una fórmula que permite una actuación coordinada para satisfacer los intereses de los socios de las cooperativas de base. Para ello, es fundamental establecer un reparto de poder en el que, manteniendo los principios cooperativos, se logre un equilibrio tanto por cooperativas como por colectivos.

---

\* Miembro de la Escuela de Estudios Cooperativos de la Universidad Complutense de Madrid y Profesor del Departamento de Economía de la Empresa en la Universidad San Pablo CEU.

## 1. INTRODUCCION

Tradicionalmente se tenía un concepto limitado y negativo de la salud, al considerar la misma como la ausencia de enfermedad. La paulatina mejora en la calidad de vida ha llevado a la acepción de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades».<sup>1</sup>

En consecuencia, si no nos limitamos a erradicar la enfermedad, es necesario tener en cuenta un conjunto de elementos que ejercen una importante influencia sobre la salud. Así, aspectos como la mejora del medio ambiente o la educación, son indispensables para lograr la eficacia de un buen Sistema de Salud. De esta manera se puede afirmar que un Sistema de Salud reúne a todos aquellos elementos que son capaces de influir sobre el estado de salud de las personas.

La actuación de las sociedades cooperativas en el ámbito de la salud se viene realizando fundamentalmente a través de las entidades de asistencia sanitaria, en sus diferentes manifestaciones, y mediante las sociedades cooperativas de distribución farmacéutica. La relación entre medicina y farmacia, y por lo tanto la existente entre la actividad realizada por ambas, abre una vía de integración en busca de sinergias positivas en el sector de la salud. La finalidad de esta integración puede identificarse con la recogida en un informe del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>2</sup> en el que se señalan un triple objetivo del sistema sanitario español: añadir años a la vida, añadir salud a la vida, y añadir vida a los años.

## 2. MANIFESTACIONES COOPERATIVAS EN EL SECTOR DE LA SALUD

Aunque el cuidado de la salud nace como una necesidad individual de todo hombre, el desarrollo de las profesiones relacionadas con la misma ha hecho surgir una serie de manifestaciones empresariales entre las que se encuentran las sociedades cooperativas. El concepto de sociedad cooperativa ha sido analizado por múltiples autores, así

---

<sup>1</sup> ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *Documentos básicos*, OMS, Ginebra, 1994, pág. 1.

<sup>2</sup> MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: *España: Sistema Nacional de Salud*, informes, ponencias y comunicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987, Madrid, pág. 9.

como por las diferentes normas legales que se han ocupado de estas sociedades.<sup>3</sup>

Tomando como base la actual Ley General de Cooperativas de 1987 las sociedades cooperativas del sector de la salud pueden definirse como:<sup>4</sup>

Sociedades, con capital variable y estructura y gestión democráticas, que asocian voluntariamente a personas con intereses o necesidades socio-económicas comunes, para desarrollar una actividad relacionada con la salud.

Cada uno de los elementos contenidos en la anterior definición es el resultado de la aplicación práctica de unos principios, denominados «principios cooperativos», recientemente reformulados en Manchester.<sup>5</sup> Las principales diferencias de estas sociedades con respecto a las empresas de capitales se ponen de manifiesto en dos aspectos:

- Mientras que en las cooperativas la retribución a los socios se realiza en proporción a su actividad, en las empresas de capitales se hace en función a la propiedad.
- En la toma de decisiones de las cooperativas cada socio tiene un voto, mientras que en las empresas de capitales el citado voto depende también de la participación en el capital.

Al considerar el sector de la salud como el que incluye a todas las entidades cuya actividad está directamente relacionada con la misma, se hace referencia a sociedades cooperativas que actúan en diferentes subsectores. Dentro de las citadas entidades hay que diferenciar entre las sociedades cooperativas de asistencia sanitaria y las

---

<sup>3</sup> Entre los diferentes estudios sobre la naturaleza de las sociedades cooperativas se encuentran J. GOMEZ CALERO: «Sobre la "mercantilidad" de las cooperativas», en *Revista de Derecho Mercantil*, núm. 137, Madrid, 1975; A. C. MORALES GUTIERREZ: «La necesidad de una referencia al entorno en el análisis de la empresa cooperativa», en VARIOS: *Boletín de Estudios y Documentación*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, primer trimestre, 1991, págs. 71-73, y C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: «Precisiones acerca de algunos tópicos confusos sobre la sociedad cooperativa», en VARIOS: *Tempori serviendum. Homenaje al Profesor Dr. Jaime Gil Aluja*, Milladoiro, Santiago de Compostela, 1992, pág. 155.

<sup>4</sup> España, Ley 3/1987, de 2 de abril de 1987, General de Cooperativas, *BOE*, núm. 84, de 8 de abril, artículo 1.1.

<sup>5</sup> ALIANZA COOPERATIVA INTERNACIONAL: «Declaración de la Alianza Cooperativa Internacional sobre la Identidad Cooperativa aprobada en Manchester en el XXXI Congreso de la ACI», *Revista de debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa*, núm. 19, octubre de 1995, págs. 38-41.

farmacéuticas. Además, no hay que olvidar que existen otras sociedades de igual naturaleza que por su actividad es posible incluir dentro del sector de la salud. En el último grupo pueden citarse a las sociedades cooperativas de servicios sociales, las de ambulancias, o aquellas de trabajo asociado que agrupan a cualquier colectivo relacionado con la salud.

### **A) Las sociedades cooperativas de asistencia sanitaria**

Las cooperativas sanitarias están expresamente reconocidas en la Ley General de Cooperativas de 1987, como «Cooperativas de Seguros cuya actividad empresarial consiste en cubrir riesgos relativos a la salud de sus socios o de los asegurados y de los beneficiarios de los mismos». <sup>6</sup> La misma normativa diferencia entre sociedades cooperativas sanitarias a prima fija, a prima variable y de trabajo asociado. Sin embargo, la reciente Ley Sobre Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, mediante disposición derogatoria, <sup>7</sup> elimina expresamente la posibilidad de que existan cooperativas de seguros de trabajo asociado.

A pesar de esta prohibición es posible la existencia de cooperativas de trabajo asociado que, siempre que asocien a personal relacionado con la salud pueden considerarse como de asistencia sanitaria, aunque no estén facultadas para realizar seguros.

Algunos autores sostienen que identificar a las cooperativas sanitarias únicamente con cooperativas de seguros de asistencia sanitaria supone un reconocimiento incompleto, al no incluir dentro de las mismas a las mencionadas de trabajo asociado, a las de instalaciones sanitarias, o a otras cooperativas de servicios en apoyo de la sanidad y la salud. <sup>8</sup>

Parte de la legislación autonómica comparte la anterior teoría, ya que recogen en su normativa como cooperativas sanitarias a las de instalaciones sanitarias. Estas sociedades, cuyo fin consiste en la gestión, administración y promoción de establecimientos destinados a la prestación de servicios sanitarios a sus socios y beneficiarios, son incluidas dentro de la Ley 3/1987 como cooperativas de hospitalización, dentro del grupo de consumidores y usuarios.

---

<sup>6</sup> España, Ley 3/1987..., *opus cit.*, artículo 144.1.

<sup>7</sup> España, Ley 30/1995, de 8 de noviembre, sobre Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, *BOE*, núm. 268, de 9 de noviembre, artículo, disposición derogatoria.

<sup>8</sup> F. ALONSO SOTO: *Ensayos sobre la Ley de Cooperativas*, UNED, Madrid, 1990, págs. 221-223.

Todas estas entidades van a ser consideradas como cooperativas de asistencia sanitaria, por lo que dentro de esta denominación se incluyen las cooperativas sanitarias de seguros, las cooperativas de asistencia sanitaria en la modalidad de trabajo asociado y las de instalaciones sanitarias u hospitalización.

a) *Cooperativas de seguros de asistencia sanitaria*

a') *A prima variable*

- Cubren riesgos de salud.
- Sólo cubren a sus socios (asegurados a la vez) y a los beneficiarios de éstos.
- En lo referente a la responsabilidad, los riesgos son cubiertos por cuenta común, mancomunadamente por los socios y de forma proporcional a los respectivos capitales asegurados en la cooperativa, limitándose a dicho importe.
- La cobertura económica de los riesgos producidos se realiza a través del cobro de derramas con posterioridad a los siniestros.

b') *A prima fija*

- Las dos primeras características de las cooperativas a prima variable se mantienen.
- La responsabilidad por las deudas sociales no alcanza a los socios, salvo que este aspecto se encuentre recogido en los estatutos, sin que pueda superar el importe de la prima anual.
- La cobertura económica de los riesgos asegurados se realiza mediante una prima pagadera al inicio del período del riesgo.

c') *Cooperativas sanitarias de Trabajo Asociado*

- No realizan actividad aseguradora.
- Los socios, fundamentalmente médicos, no responden personalmente de las deudas sociales salvo disposición en contra de los Estatutos.
- Los usuarios de salud no son socios.

d') *Cooperativas de hospitalización*

- Son cooperativas de consumidores y usuarios.
- Los socios son los propietarios de las instalaciones sanitarias, y los usuarios de las mismas.

## **B) Las cooperativas farmacéuticas**

Su actividad consiste en la distribución de especialidades farmacéuticas y sustancias medicinales, procedentes de los laboratorios, entre sus socios. Estos son farmacéuticos, en su mayor parte, titulares de oficinas de farmacia legalmente establecidas.

Se trata de entidades cuyo capital está en manos de farmacéuticos, y que se encuentran incluidas, tanto en la legislación estatal como en la autonómica, dentro de las cooperativas de servicios.

## **C) Otras sociedades cooperativas del sector de la salud**

La amplitud del sector de la salud permite acoger en su seno a todas aquellas entidades que realicen una actividad relacionada con la misma. Entre éstas pueden citarse a las siguientes sociedades cooperativas:

- Las cooperativas de ambulancias, incluidas dentro de las de servicios, y cuya actividad consiste en realizar el transporte de enfermos.
- Las cooperativas de servicios sociales, son sociedades cooperativas de trabajo asociado que se encargan de la atención a las personas menos favorecidas, incluidas algunas prestaciones sanitarias.<sup>9</sup> De esta forma se privatiza una actividad que inicialmente corresponde al Estado.<sup>10</sup>
- Todas aquellas sociedades cooperativas que agrupen, generalmente bajo la forma de trabajo asociado, a profesionales relacionados con este sector.

Por lo tanto, las sociedades cooperativas que actúan en el sector de la salud pueden clasificarse, atendiendo a su actividad y a su denominación dentro de la vigente Ley General de Cooperativas, según queda reflejado en el cuadro 1.

---

<sup>9</sup> Los diferentes servicios sociales en los que actúan las cooperativas se encuentran en E. SANCHEZ RUANO: «I fattori determinanti per la diffusione delle organizzazioni di economia sociale nell'ambito socio-sanitario. Il caso spagnolo», en VARIOS: *Innovazione e formazione nel settore socio-sanitario. Le nuove professionalità per l'economia sociale: il caso dell'Italia e della Spagna*, Franco Angeli, Milano, 1995, págs. 45 y 46.

<sup>10</sup> Véase M. MIGUEL BENITO: «Gestión privada de servicios públicos: Organizaciones empresariales en la encrucijada», ponencia presentada a las *Primeras Jornadas Europeas sobre Nuevos Modelos para la Gestión de Servicios Públicos*, Valencia, 1994.

CUADRO 1  
MODALIDADES DE COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD

ACTIVIDAD	COOPERATIVAS	CLASIFICACION LEY 3/1987
Asistencia sanitaria	S Prima fija	Seguros asistencia sanitaria
	E Prima variable	Seguros asist. sanitaria
	G Trabajo asociado	Trabajo asociado
	Hospitalización	Consumid. y usuarios
Farmacéutica	Farmacéuticas	Servicios
	Ambulancias	Servicios
Otras	Servicios sociales	Trabajo asociado
	Todas las relac. con la salud	

### 3. LA INTEGRACION EN EL SECTOR DE LA SALUD

En el sector de la salud hay que tener en cuenta las restricciones institucionales determinadas por la actuación directa que realiza el Estado, así como por el control que ejerce sobre algunos aspectos del mismo. Al analizar las características de la sanidad pública, y de la sanidad privada a través de entidades no cooperativas, se ponen de manifiesto diferentes imperfecciones tanto de orden financiero como en la prestación de servicios:<sup>11</sup>

- Por lo que respecta al aspecto financiero, la financiación pública conlleva importantes dosis de centralización y burocracia, que unidos al control presupuestario pueden afectar a la prestación de servicios. En cuanto a la financiación privada la superposición del máximo beneficio sobre la calidad de servicio puede llevar a situaciones similares.
- En la prestación de servicios, con la sanidad privada se consigue la descentralización, se eliminan las colas de espera, se favorece la libertad de elección del usuario, aunque también se descuidan algunas zonas geográficas. Por su parte la sanidad pública solventa este defecto, pero al controlar el gasto corre el riesgo de formar colas de espera y ofrecer un menor nivel de asistencia.

<sup>11</sup> Sobre este aspecto puede verse: E. ALBI, C. CONTRERAS, J. M. GONZALEZ-PARAMO e I. ZUBIRI: *Teoría de la Hacienda Pública*, Ariel Economía, Barcelona, 1992.



Ante la señalada imperfección una posible solución consiste en establecer una sanidad en la que participen sus diferentes protagonistas (tanto usuarios como profesionales) en igualdad de condiciones. En la misma, las sociedades cooperativas pueden jugar un papel fundamental ya que en éstas actúan los protagonistas de la salud con similares derechos y obligaciones. Por lo tanto, para lograr una sanidad participativa una posible alternativa consiste en buscar una forma de integración entre las diferentes sociedades cooperativas del sector de la salud.

#### **4. LA FORMULA COOPERATIVA EN LOS PROCESOS INTEGRADORES**

En el sector de la salud como en el resto de sectores la democracia es la regla fundamental en el funcionamiento económico del mercado. Esta situación queda deteriorada por la integración empresarial mediante la concentración de la producción y la consecuente reducción de oferta.

Para la restitución de la democracia económica del mercado, los conglomerados de sociedades cooperativas son una alternativa. Esto se debe a que en estas sociedades los acuerdos son tomados de forma democrática, y a que, aunque la capacidad de decisión disminuye, también se produce una internalización democrática entre las sociedades cooperativas que las componen.

En la concentración de las sociedades cooperativas hay que tener en cuenta dos aspectos fundamentales que la diferencian de la integración de otro tipo de entidades:<sup>12</sup>

- A) Todo proyecto de concentración cooperativa, ha de basarse en aspectos empresariales, buscando la viabilidad económico-financiera, y de forma simultánea funcionar bajo las reglas cooperativas. De esta forma se logra, en las sociedades cooperativas, una expectativa de sinergia que se concreta en mejores resultados para los socios que son los que toman la decisión sobre la concentración o no de la sociedad.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: «La concentración económico-empresarial (los conglomerados) de sociedades cooperativas», en VARIOS: *Las empresas públicas sociales y cooperativas en la nueva Europa*, CIRIEC-España, Valencia, 1994, pág. 431.

<sup>13</sup> C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: «La intercooperación como fin y como regla de la Economía Social», en VARIOS: *I Congreso de Economía Social de Galicia*, Dirección Xeral de Traballo de la Consellería de Traballo e Servizos Sociais, Santiago de Compostela, 1991, pág. 448.

- B) La intercooperación entre sociedades cooperativas se encuentra institucionalizada por el sexto de los principios cooperativos. Según el mismo, las citadas sociedades, con el fin de cumplir los intereses de sus miembros, deben colaborar con otras cooperativas.<sup>14</sup>

Las características del heterogéneo grupo de sociedades cooperativas del sector de la salud determina las posibles fórmulas aplicables para lograr una integración satisfactoria. Por ello resulta conveniente poner de manifiesto los posibles socios de estas entidades, así como la relación que existe entre las mismas.

#### **4.1. Los socios en las cooperativas del sector de la salud**

Mediante la integración hay que lograr satisfacer las necesidades de todos los colectivos que forman las sociedades cooperativas del sector de la salud. La Ley General de Cooperativas de 1987 determina la posibilidad de ser socio de una sociedad cooperativa de primer grado, tanto a las personas físicas como a las jurídicas.<sup>15</sup> Sin embargo, en las cooperativas de instalaciones sanitarias y de trabajo asociado, solamente pueden ser socios personas físicas.

La principal diferencia entre los socios de las cooperativas y los de las restantes sociedades, consiste en que los primeros, además de hacer su aportación al capital social, participan en la actividad cooperativizada. Esta actividad cooperativizada permite distinguir entre socios usuarios, socios trabajadores y socios de trabajo.

##### *A) Los socios usuarios*

Existen en todas las cooperativas del sector de la salud excepto en las de trabajo asociado. Su actividad cooperativizada consiste en la adquisición de los productos (bienes o servicios) de la cooperativa.

---

<sup>14</sup> ALIANZA COOPERATIVA INTERNACIONAL: «Declaración de...», *opus cit.*, pág. 39.

<sup>15</sup> Un análisis sobre este tema se encuentra en C. GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ: «Las personas jurídicas como socios de las sociedades cooperativas de primer grado o cooperativas propiamente dichas en España: Necesidad de una revisión legal», *Revista de Estudios Cooperativos*, núm. 60, págs. 61-75.

- a) Socios usuarios de las sociedades cooperativas de seguros de asistencia sanitaria

Como rasgo común en las cooperativas sanitarias a prima fija y variable los socios usuarios son los asegurados en la cooperativa para la cobertura de los riesgos relativos a su salud y a la de los beneficiarios de los mismos.

- b) Los socios usuarios de las cooperativas de instalaciones sanitarias

Los socios usuarios de las cooperativas de instalaciones sanitarias o de hospitalización, son los destinatarios de la asistencia sanitaria, por lo que pueden coincidir con los socios de las cooperativas sanitarias de seguros.

- c) Socios usuarios de las sociedades cooperativas farmacéuticas

Los socios usuarios de estas cooperativas se asocian para la mejora de sus actividades profesionales, fundamentalmente la distribución y suministro de servicios farmacéuticos. Aunque los Estatutos de las cooperativas farmacéuticas contienen diferentes cláusulas, todas son unánimes a la hora de admitir un único socio por oficina de farmacia. Los principales socios usuarios de estas entidades son los doctores o licenciados en farmacia con oficina de farmacia abierta al público. Sin embargo, y entre otros, también pueden ser socios los farmacéuticos con oficina de farmacia legalmente establecida, entre las que se incluyen las que pertenecen a instituciones hospitalarias.

## B) *Los socios de trabajo*

Son definidos en la Ley General de Cooperativas como los socios «personas físicas, cuya actividad cooperativizada consistirá en la prestación de su trabajo personal en la cooperativa».<sup>16</sup> Se trata, por lo tanto, de personas que asumen el doble papel de asalariados y socios de la cooperativa. La diferencia fundamental con los socios usuarios

---

<sup>16</sup> España, Ley 3/1987..., *opus cit.*, art. 30.1.

es que para los primeros, su participación en la actividad cooperativizada consiste en la prestación de su propio trabajo.<sup>17</sup>

En las sociedades cooperativas del sector de la salud tanto de primer grado, exceptuando las de trabajo asociado (también las de Explotación Comunitaria de la Tierra), como en las de segundo o ulterior grado es posible, si así lo prevén los Estatutos, la existencia de estos socios de trabajo,<sup>18</sup> que estarán formados por diferentes profesionales relacionados con la salud.

### C) *Los socios trabajadores*

Al igual que los socios de trabajo su actividad cooperativizada consiste en la prestación de su propio trabajo por lo que pueden identificarse con estos últimos. Sin embargo sólo existen en las cooperativas sanitarias de trabajo asociado, siendo en su mayor parte médicos, aunque también pueden serlo otros profesionales relacionados con la salud.

La posibilidad de que se den las distintas figuras de socio en las diferentes clases de sociedades cooperativas, son resumidas en el cuadro 2. Hay que destacar que la principal diferencia se encuentra en los socios trabajadores que únicamente aparecen en las sociedades cooperativas de trabajo asociado.

CUADRO 2  
POSIBLES SOCIOS EN LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS  
DEL SECTOR DE LA SALUD

		COOP SECTOR SALUD				
		CF	PF	PV	TA	IS
SOCIOS	Usuarios	SI	SI	SI	NO	SI
	de trabajo	NO	NO	NO	SI	NO
	trabajadores	SI	SI	SI	NO	SI

CF: Cooperativas farmacéuticas, TA: Trabajo asociado; PF: Seguros a prima fija; PV: Seguros a prima variable; IS: Instalaciones sanitarias.

<sup>17</sup> G. FAJARDO GARCIA: «Participación de los trabajadores en el régimen socioeconómico de la cooperativa», *Revista de Debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa*, núm. 7, julio-septiembre de 1989, págs. 145-146 y 160-164.

<sup>18</sup> El origen de la figura del socio de trabajo en la legislación cooperativa se encuentra analizado en N. PAZ CANALEJO: «Notas sobre la nueva figura del socio de trabajo», *Revista de Estudios Cooperativos*, núm. 48, mayo-agosto de 1979, págs. 25-54.

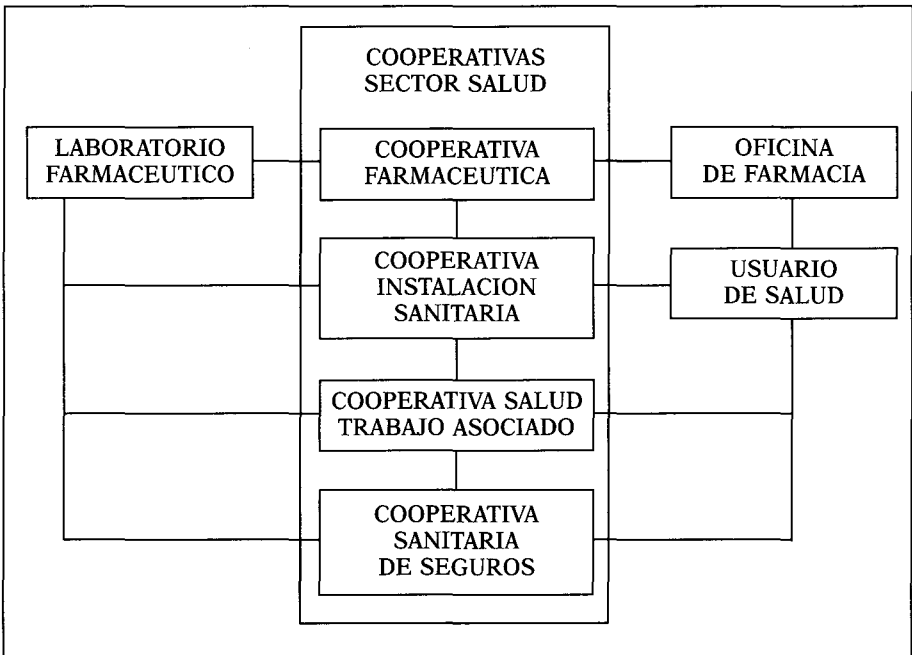
#### 4.2. Relación entre las sociedades cooperativas del sector de la salud

Aunque la variedad de sociedades cooperativas incluidas en el sector de la salud lleva implícita la realización de actividades diferenciadas, existe una relación en sus flujos, que puede ser utilizada como nexo de unión entre las mismas.

En concreto, el estudio de estas relaciones se realiza considerando a las sociedades cooperativas sanitarias de seguros, las de trabajo asociado, las de instalaciones sanitarias y las de distribución farmacéutica, aunque podría ampliarse a otras sociedades cooperativas cuya actuación se encuentre relacionada con el sector de la salud. La participación conjunta de los productos farmacéuticos y de la asistencia médica en el cuidado y prevención de la salud, hace surgir una serie de relaciones, que se ponen de manifiesto en el cuadro 3, para cada una de las sociedades cooperativas que actúan en el sector de la salud.

CUADRO 3

#### RELACIONES ENTRE LAS SOCIEDADES COOPERATIVAS DEL SECTOR DE LA SALUD



A) *Las cooperativas de distribución farmacéutica*

Su actividad principal, como mayorista, le lleva a mantener relaciones de compra y venta con los laboratorios farmacéuticos y con las oficinas de farmacia. Entre estas oficinas de farmacia se encuentran las pertenecientes a centros hospitalarios, incluidas las que son propiedad de las cooperativas de instalaciones sanitarias, con los que pueden realizar su actividad de distribución.

B) *Las cooperativas de instalaciones sanitarias*

Efectúan su actividad principal con los pacientes, que tienen el papel de socios. Su relación con las cooperativas de trabajo asociado puede realizarse utilizando el cuadro médico de las mismas como consultas externas, y las instalaciones sanitarias para atender aquellos procesos en los que sea necesario un centro hospitalario. Por su parte, los socios de estas cooperativas de instalaciones pueden ser asegurados de las de seguros a prima fija o variable.

C) *Las cooperativas sanitarias de trabajo asociado*

Su relación con las cooperativas de instalaciones ya ha quedado reflejada más arriba, y su posible vinculación con los laboratorios farmacéuticos se basa, únicamente, en la información que obtienen estos últimos de los médicos (socios trabajadores), al ser los encargados de recetar los diferentes medicamentos. Por lo que respecta a las de seguros, sus pueden ser los usuarios de las de trabajo asociado.

D) *Las cooperativas sanitarias de seguros*

Realizan su actividad aseguradora con los pacientes socios de la cooperativa. Estos socios son los usuarios de salud que pueden ser los mismos de las cooperativas de instalaciones sanitarias, y a la vez los clientes de las de trabajo asociado. Su relación con el subsector farmacéutico se produce dada la potestad para establecer la cobertura en este aspecto.

En el complejo entramado señalado, la salud es el nexo común, mientras que los protagonistas son los profesionales y los usuarios en sus diferentes manifestaciones. Sin embargo, el cuadro podría com-

plicarse si se introduce la actuación de otras sociedades y de instituciones públicas como es el caso de la Seguridad Social.

## **5. Las sociedades cooperativas de segundo grado de la salud**

Los objetivos de la integración de sociedades cooperativas del sector de la salud, pueden desdoblarse en dos grandes apartados: los fines sociales y los fines económicos.

### *A) Los objetivos sociales*

La salud, como nexo común entre este grupo de sociedades cooperativas, determina una serie de objetivos cuyo carácter social se manifiesta<sup>19</sup> en la búsqueda de una sanidad participativa. Esta se consigue cuando tanto los receptores de los servicios sanitarios como los profesionales encargados de realizar estas prestaciones lleguen a un acuerdo que favorezca a ambas partes, eliminando mediadores innecesarios cuyo único fin es buscar el lucro personal.

### *B) Los objetivos económicos*

La integración cooperativa tiene también una finalidad económica, con la que responde a las necesidades como empresa. Las funciones realizadas pueden ir desde la distribución en las mejores condiciones posibles, caso de las cooperativas farmacéuticas, a la eliminación del coste de los intermediarios o al acceso a las nuevas tecnologías, que son aplicables a todas las sociedades cooperativas del sector de la salud.

Para mantener la naturaleza que caracteriza a las sociedades cooperativas (fundamentalmente en la responsabilidad, el reparto de beneficios y la participación en la toma de decisiones), es necesario realizar conglomerados formados sólo por sociedades cooperativas. De todas formas, la posibilidad de vincularse con sociedades no cooperativas debe considerarse, aunque deben ser utilizadas únicamente

---

<sup>19</sup> Se adaptan los fines sociales al sector de la salud según los expresa A. MARTINEZ CHATERINA: «Asociacionismo cooperativo», en VARIOS: *Cooperativismo sanitario de segundo grado*, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1987, págs. 139 y 140.

como instrumentos integradores. Un claro ejemplo de este hecho se presenta actualmente en el sector de la salud mediante ASISA, una sociedad anónima propiedad de los socios de Lavinia sociedad cooperativa.

Entre las diferentes fórmulas de concentración la cooperativa de segundo grado permite incluir como socios a todas las cooperativas del sector de la salud, y con ello a los colectivos integrados en las mismas. Además, tanto esta cooperativa como las entidades asociadas, tienen naturaleza cooperativa con lo que se evita el problema de las posibles desviaciones en la misma. Dentro del análisis de estas cooperativas de segundo grado se estudian su naturaleza, características y fines, los diferentes colectivos integrados en las mismas, y la participación democrática en la toma de decisiones.

### **5.1. Naturaleza, características y fines de las sociedades cooperativas de segundo grado de la salud**

A las cooperativas de segundo y ulterior grado que incluyen como entidades de base a las diferentes sociedades cooperativas del sector de la salud (farmacéuticas y de asistencia sanitaria) y por lo tanto a los protagonistas de dicho sector, se las denomina a partir de ahora «sociedades cooperativas de segundo grado de la salud».

La vinculación entre la sociedad cooperativa de segundo grado y las cooperativas de base se fundamenta en dos aspectos: voluntariedad de las Asambleas Generales de las cooperativas miembros y la participación de éstas en el capital social de la primera.

- El acuerdo de formación de una sociedad cooperativa de segundo grado, tiene que ser aprobado en la Asamblea General de todas las cooperativas de base que vayan a integrar la misma, poniendo de manifiesto la voluntariedad de las sociedades cooperativas del sector de la salud implicadas.
- Participación en el capital social. Las sociedades cooperativas de base pueden participar ilimitadamente en el capital social de la de segundo grado. De esta manera se produce un efecto opuesto al de los tradicionales grupos de sociedades, en los que es la entidad coordinadora la que participa en el capital de las restantes.

Una nota fundamental que distingue a las cooperativas de segundo grado de la matriz de un grupo de empresas es que, mientras



esta última tiene un objetivo propio, la cooperativa de segundo grado presenta los mismos fines de las sociedades cooperativas de base integradas en la misma. Por lo tanto, la cooperativa de segundo grado guía su función coordinadora hacia los objetivos fijados por sus integrantes, en este caso las cooperativas del sector de la salud, a diferencia de la matriz de carácter mercantil que busca el beneficio propio.

## **5.2. Colectivos integrados en las sociedades cooperativas de segundo grado de la salud**

Al utilizar las sociedades cooperativas de segundo grado, como fórmula integradora del sector de la salud, éstas deben incluir como cooperativas de base a entidades con naturaleza diferente. En este sentido hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones previas:

- La relación entre las cooperativas farmacéuticas y el resto de los colectivos puede lograrse a través de las oficinas de farmacia establecidas en las instalaciones sanitarias propiedad de la cooperativa de consumo.
- Entre las diferentes fórmulas cooperativas de seguros hay que optar entre las modalidades de prima variable y de prima fija. Dadas las características del seguro de asistencia sanitaria y las limitaciones que se imponen a la modalidad de prima variable,<sup>20</sup> las de prima fija tienen importantes ventajas.

De esta forma y como se ha visto anteriormente se obtienen los siguientes colectivos:

- Los médicos y otro personal sanitario, socios trabajadores de las cooperativas sanitarias de trabajo asociado.
- Los usuarios de salud, socios de consumo de las cooperativas de instalaciones sanitarias, que a su vez son los socios asegurados de las cooperativas sanitarias de seguros y los pacientes de las de trabajo asociado.
- Las oficinas de farmacia de las instalaciones sanitarias propiedad de la cooperativa de consumo, como socios de una cooperativa de servicios.

---

<sup>20</sup> Las limitaciones a las cooperativas de seguros a prima variable se encuentran en España, Ley 30/1995..., *opus cit.*, artículo 4.9.

- Los posibles socios de trabajo de las cooperativas farmacéuticas, de instalaciones sanitarias y de seguros. A este colectivo podría unirse el personal no sanitario, socio trabajador de las cooperativas sanitarias de trabajo asociado.

Por último no hay que olvidar que, si lo prevén los Estatutos, las personas físicas cuya actividad consista en la prestación de su trabajo personal en la cooperativa de segundo grado pueden ser socios de trabajo de la misma.

Para lograr la autogestión participativa es necesario que los usuarios no se sientan como simples asegurados o pacientes, y que tanto los socios de trabajo como los socios trabajadores, sean o no médicos, no tengan la impresión de que únicamente son asalariados.

### **5.3. La participación democrática en la toma de decisiones. El principio de un hombre un voto**

La participación en las cooperativas de segundo grado de la salud de entidades con diferentes características plantea problemas en la distribución del poder. Las decisiones como conjunto deben tener en cuenta los planteamientos e intereses de todos los colectivos integrados, evitando entregar el control a uno de los grupos.

Para mantener el carácter democrático el procedimiento más apropiado parece ser el de igualdad de votos para cada sociedad cooperativa de base. Sin embargo, en el caso del sector de la salud esta cuestión se complica por la existencia de sociedades cooperativas con naturaleza, y actuación muy diferentes.

Hay que tener en cuenta que en las cooperativas de segundo grado se permite el voto múltiple, sin embargo solamente en las de crédito es posible establecer este voto en función de la participación en el capital. Los criterios para ponderación del voto aplicables son la relación con la actividad cooperativizada y el número de socios de la cooperativa asociada.<sup>21</sup>

Si se tuviera en cuenta el número de socios de cada entidad de base, las cooperativas de instalaciones sanitarias y la de seguros, por su mayor cantidad de socios, podrían imponer sus criterios sobre el

---

<sup>21</sup> Los criterios de proporcionalidad de voto se recogen en España, Ley 3/1987..., *opus cit.*, art. 47.2. Los citados criterios también son aplicables en la Asamblea constituyente, de sociedades cooperativas de segundo grado como se recoge en los artículos 9.1 y 9.2 de la misma ley.

resto. Además, la aparición de socios trabajadores y de trabajo por un lado, y socios usuarios por otro, hace necesario utilizar alguna fórmula de ponderación. Por ello una alternativa consiste en determinar las diferentes proporciones como base para cada colectivo y cooperativa.<sup>22</sup>

En el análisis realizado a continuación se sigue el criterio de la Ley General de Cooperativas a la hora de determinar el voto múltiple. Por lo tanto, si se consideran cooperativas con ámbito autonómico habría que ceñirse a los límites establecidos en cada una de ellas. Así, el tope fijado para las cooperativas con más de tres socios es de un tercio de los votos totales en poder de cada entidad socia.

A continuación se realiza una propuesta sobre el posible reparto del peso en la toma de decisiones fijado por cooperativa de base, y dentro de cada una de ellas los que corresponden a los diferentes colectivos que la forman (cuadro 4):

CUADRO 4  
PARTICIPACION DE LOS SOCIOS EN LAS DECISIONES  
DE LA COOPERATIVA DE SEGUNDO GRADO DE SALUD

DISTRIBUCION POR COOPERATIVAS		DISTRIBUCION POR COLECTIVOS	
ST. INST. SANIT. 10%	Coop. de Inst. San., 25%	ST. INST. SANIT. 10%	
Usuarios, 15%		Usuarios, 15%	30%
Usuarios, 15%	Coop. Sanitar. Seguros, 25%	Usuarios, 15%	
St. Inst. Sanit. 10%		St. Inst. Sanit. 10%	30%
St. Farmac., 7%	Coop. Farmac., 17%	St. Farmac., 7%	
Ofic. Farmac., 10%		Ofic. Farmac., 10%	10%
St. no sanitar., 3%	Coop. Sanitar. trabajo asoc., 33%	St. no sanitar., 3%	
Médicos, 30%		Médicos, 30%	30%

- La cooperativa sanitaria de trabajo asociado. Está formada por socios trabajadores (médicos y personal no sanitario). La participación del total no puede superar el 33 por ciento, que se reparte un 30 por ciento para los médicos y el 3 por ciento restante para los demás socios trabajadores.

<sup>22</sup> Sobre los métodos para determinar el voto utilizado en las principales sociedades cooperativas de segundo grado véase S. HERNANDEZ: *Macrocooperativas y cooperativismo sanitario*, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1990, págs. 205-212.

- La cooperativa de instalaciones sanitarias. Los socios son los usuarios de salud y socios de trabajo. Su participación total se fija en un 25 por ciento, que se reparte un 15 por ciento para los usuarios y un 10 por ciento para los restantes socios.
- La cooperativa de seguros a prima fija. Al igual que la anterior está formada por socios usuarios de salud (asegurados) y socios de trabajo. Su participación total también es del 25 por ciento que se reparte un 15 por ciento entre los primeros y un 10 por ciento para los últimos.
- La cooperativa de distribución farmacéutica. Se trata de una entidad complementaria, cuya finalidad es la de realizar el suministro a los servicios de farmacia de los centros sanitarios de las cooperativas de instalaciones sanitarias que atienden a los socios usuarios hospitalizados en estas últimas. A su vez los mencionados usuarios, son los asegurados de la de seguros. Esta complementariedad hace que su participación global sea del 17 por ciento, repartiéndose un 10 por ciento para las oficinas de farmacia socios, (pertenecientes a las cooperativas de instalaciones sanitarias), y el 7 por ciento restante para los socios de trabajo.

El reparto por sociedades cooperativas daría un 33 por ciento a la cooperativa sanitaria de trabajo asociado, un 25 por ciento a la de seguros, el mismo porcentaje a la de instalaciones sanitarias, mientras que el 17 por ciento restante se encuentra en manos de la de distribución farmacéutica. De esta forma ninguna de las cooperativas por sí misma puede adoptar acuerdos para los que es necesario más del 50 por ciento de los votos.<sup>23</sup>

Esta distribución permite además un equilibrio por colectivos. Así, los médicos tienen un 30 por ciento de los votos por su participación en la cooperativa de trabajo asociado. Idéntica cantidad se obtiene para los socios usuarios sumando el 15 por ciento de la participación de éstos en las cooperativas de seguros y de instalaciones sanitarias. También el 30 por ciento es la suma de los derechos de voto si se computan conjuntamente los socios trabajadores de las cooperativas de instalaciones sanitarias, de seguros y las farmacéuticas, y los socios de trabajo no sanitarios de las de trabajo asociado. El 10 por ciento restante estaría en manos de las oficinas de farmacia, o lo que

---

<sup>23</sup> El porcentaje del 50 por ciento de los votos es la cantidad mínima exigida por la Ley General de Cooperativas para adoptar acuerdos. La citada cuantía se eleva a dos tercios en determinados supuestos previstos en la citada ley.

es lo mismo de la cooperativa de instalaciones sanitarias (socios usuarios) como propietaria de la misma. Aunque esta circunstancia podría suponer una ventaja comparativa de los socios usuarios hay que tener en cuenta que la cooperativa farmacéutica defiende los intereses de la institución como tal, que no tienen porque coincidir exactamente con los de los socios usuarios. De todas formas la suma de este 10 por ciento con el 30 por ciento poseído directamente por los socios usuarios no es suficiente para poder tomar decisiones en el seno de la sociedad cooperativa de segundo grado.

Las citadas proporciones no deben tener un carácter rígido, ya que aunque hay que tratar de mantener la participación global de los diferentes colectivos, se establecen fórmulas para ponderar la participación de los socios de trabajo y los socios trabajadores no sanitarios, en función de la actividad cooperativizada en cada ejercicio. Además, puede que en algunas de las cooperativas no existan socios de trabajo lo que obligaría a modificar las proporciones sin alterar el equilibrio entre colectivos.

## BIBLIOGRAFIA

- ALBI, E.; CONTRERAS, C.; GONZALEZ-PARAMO, J. M., y ZUBIRI, I.: *Teoría de la Hacienda Pública*, Ariel Economía, Barcelona, 1992.
- ALIANZA COOPERATIVA INTERNACIONAL: «Declaración de la Alianza Cooperativa Internacional sobre la Identidad Cooperativa aprobada en Manchester en el XXXI Congreso de la ACI», *Revista de Debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa*, núm. 19, octubre de 1995.
- ALONSO SOTO, F.: *Ensayos sobre la Ley de Cooperativas*, UNED, Madrid, 1990.
- FAJARDO GARCIA, G.: «Participación de los trabajadores en el régimen socioeconómico de la cooperativa», *Revista de Debate sobre Economía Pública Social y Cooperativa*, núm. 7, junio-septiembre de 1989.
- GARCIA-GUTIERREZ FERNANDEZ, C.: «La concentración económico-empresarial (los conglomerados) de sociedades cooperativas», en VARIOS: *Las empresas públicas sociales y cooperativas en la nueva Europa*, CIRIEC-España, Valencia, 1994.
- «La intercooperación como fin y como regla de la Economía Social», en VARIOS: *I Congreso de Economía Social de Galicia*, Dirección Xeral de Trabajo de la Consellería de Trabajo e Servicios Sociais, Santiago de Compostela, 1991.
- «Precisiones acerca de algunos tópicos confusos sobre la Sociedad Cooperativa», en VARIOS: *Tempori Serviendum. Homenaje al Prof. Dr. Jaime Gil Aluja*, Milladoiro, Santiago de Compostela, 1992.
- «Las personas jurídicas como socios de las sociedades cooperativas de primer grado o cooperativas propiamente dichas en España: Necesidad de una revisión legal», *Revista de Estudios Cooperativos*, núm. 60, 1995.

- GOMEZ CALERO, J.: «Sobre la “mercantilidad” de las cooperativas», *Revista de Derecho Mercantil*, núm. 137, Madrid, 1975.
- HERNANDEZ, S.: *Macrocooperativas y cooperativismo sanitario*, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1990.
- MARTINEZ CHATERINA, A.: «Asociacionismo Cooperativo», en VARIOS: *Cooperativismo sanitario de segundo grado*, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1987.
- MIGUEL BENITO, M.: «Gestión privada de servicios públicos: Organizaciones empresariales en la encrucijada», Ponencia presentada a las *Primeras Jornadas Europeas Sobre Nuevos Modelos para la Gestión de Servicios Públicos*, Valencia, 1994.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: *España: Sistema Nacional de Salud*, Informes ponencias y comunicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987, Madrid.
- MORALES GUTIERREZ, A.C.: «La necesidad de una referencia al entorno en el análisis de la empresa cooperativa», en VARIOS: *Boletín de Estudios y Documentación*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Primer trimestre, 1991.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *Documentos Básicos*, OMS, Ginebra, 1994.
- PAZ CANALEJO, N.: «Notas sobre la nueva figura del socio de trabajo», *Revista de Estudios Cooperativos*, núm. 48, mayo-agosto de 1979.
- SANCHEZ RUANO, E.: «I fattori determinanti per la diffusione delle organizzazioni di economia sociale nell'ambito socio-sanitario. Il caso spagnolo», en VARIOS: *Innovazione e formazione nel settore socio-sanitario. Le nuove professionalità per l'economia sociale: il caso dell'Italia e della Spagna*, Franco Angeli, Milano, 1995.

### **Normas legales**

- ESPAÑA: Ley 3/1987, de 2 de abril de 1987, General de Cooperativas, *BOE*, núm. 84, de 8 de abril.
- ESPAÑA: Ley 30/1995, de 8 de noviembre, sobre Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, *BOE*, núm. 268, de 9 de noviembre.