



Revista de Ciencias Sociales (Ve)
ISSN: 1315-9518
cclemenz@luz.ve
Universidad del Zulia
Venezuela

Richer, Madeleine

Participación y organización comunitaria en el sector salud: Servicios sociales quebequense

Revista de Ciencias Sociales (Ve), vol. XI, núm. 2, mayo, 2005, pp. 347-359

Universidad del Zulia

Maracaibo, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28000210>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Participación y organización comunitaria en el sector salud: Servicios sociales quebequense

Richer, Madeleine*

Resumen

Este artículo analiza la participación ciudadana y de las organizaciones comunitarias en el sistema de salud de la provincia canadiense de Québec. La participación es un tema de gran relevancia para la democracia, y también para la eficiencia y la eficacia de los servicios públicos. En el sistema de salud quebequense coexisten diferentes modalidades de participación: participación consultiva de la población, a través de asambleas y foros públicos; participación decisional mediante cargos en los consejos de administración de los organismos regionales y los establecimientos de salud y servicios sociales. La integración de los servicios de salud y de los servicios sociales en el seno de una misma administración es un rasgo original del sistema quebequense. Otro rasgo distintivo es la importancia del movimiento social, llamado en Québec movimiento comunitario, que ha logrado hacer reconocer importantes innovaciones en el abordaje de los problemas sociales y de salud.

Palabras clave: Salud, participación, organización comunitaria, servicios sociales, Québec.

Community Participation and Organization in the Health Sector: Quebec Social Services

Abstract

This article analyzes citizen participation and community organizations in the health sector in the Canadian Province of Québec. Participation is a theme of great relevance in democracy, and also in the efficiency and efficacy of public services. In the Quebec health system different participation models co-exist: consultative citizen participation, assemblies and public forums, and decision making participation through representation in administrative councils in regional organizations, health installations and social services. The integration of health services and social services within its administration is an original facet of the Quebec system. Another distinctive characteristic is the importance of the social movement known as the Quebec Community Movement, which has achieved important recognition and innovation in the handling of social and health problems.

Key words: Health, participation, community organization, social services, Quebec.

Recibido: 05-04-26 • Aceptado: 05-07-01

* Profesora Titular. Investigadora del Centro de Estudios de la Empresa, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad del Zulia (LUZ). Editora de la Revista Cayapa. E-mail: mricher@cantv.net

Introducción

La participación es uno de los pilares de la gobernanza democrática. Existe hoy un consenso en la idea que toda acción pública debería ser un proceso abierto, llevado de manera a informar, escuchar y tomar en cuenta a los ciudadanos. Esta orientación no es sólo una cuestión ideológica, sino también una cuestión de eficacia. El consentimiento y la iniciativa de los ciudadanos son condiciones necesarias para alcanzar los objetivos gubernamentales, y contribuyen de manera importante a la eficiencia y eficacia de las acciones en materia de salud y servicios sociales.

Además de la participación de los ciudadanos en la regulación de los sistemas de salud y servicios sociales, organizaciones de la sociedad civil participan tanto en la prestación de los servicios de salud como en los servicios sociales. En Québec, como en otras sociedades, un gran número de estas organizaciones surgieron antes del establecimiento de los sistemas públicos de salud, bajo la forma de asociaciones de beneficencia, mutuales, cooperativas, y otras asociaciones de ayuda mutua. Con la creación de los sistemas públicos de salud, el sector asociativo pasa a atender necesidades no satisfechas por los servicios públicos, o a ofrecer servicios alternativos. Hoy, en el contexto de la crisis de los sistemas públicos de salud, por el envejecimiento de la población, el debilitamiento de los vínculos familiares y los crecientes costos asociados a la “revolución” tecnológica en el sector de la salud, las asociaciones de la sociedad civil están llamadas a asociarse al Estado para la prestación de servicios sociales y de salud.

En este artículo, luego de resumir las principales características del sistema canadiense y quebequense de salud y servicios sociales, se analizan los procesos de participa-

ción y organización comunitaria presentes en Québec a partir de la década de los 70. El sistema de salud y servicios sociales quebequense presenta interesantes innovaciones en materia de organización y participación comunitaria, surgidas en el contexto de los movimientos sociales y de la afirmación del Estado de bienestar a partir de la década de los 70.

El sistema público de salud en Canadá

En Canadá, la Ley Constitucional de 1867, da a las provincias la competencia exclusiva en materia de servicios de salud. Mientras el gobierno federal establece el marco legal y los principios básicos del sistema de salud, las diez provincias y los dos territorios que conforman el país tienen la responsabilidad de la administración, organización y prestación de los servicios de salud. Pero el gobierno federal puede intervenir en el financiamiento de programas de salud provinciales, para crear programas con financiamiento compartido con las provincias. El acceso a los programas federales con financiamiento compartido exigía el respeto por las provincias de cuatro principios básicos: la integralidad de los beneficios, la universalidad, la gestión pública y la transferibilidad de los beneficios entre las provincias. En 1977, los programas con financiamiento compartido fueron sustituidos por transferencias globales proporcionales a la población de cada provincia. Ya para ese momento todas las provincias habían creado sistemas universales y públicos de salud (modelo Beveridge), y la *Ley Canadiense sobre la Salud* de 1984 creaba un marco general normativo para garantizar cierta compatibilidad de los sistemas de salud provinciales, y su conformidad a principios fundamentales de integralidad, universalidad, gestión pública,

transferibilidad, y accesibilidad. El sistema de salud canadiense se caracteriza por una protección universal, con un financiamiento proveniente de la fiscalidad general. En virtud del principio de accesibilidad, la Ley de 1984 prohíbe el cobro al usuario y la sobrefacturación por los médicos y los establecimientos de servicios de salud, dado que las tarifas de los profesionales y establecimientos (1) son fijadas y pagadas por el Estado.

El sistema de salud quebequense

El establecimiento de la gratuidad de los servicios médicos se hizo de manera progresiva. Primero se creó un programa de seguro de hospitalización en 1961. Luego, al asumir un rol proactivo en el desarrollo económico y social de la provincia, el gobierno de Quebec emprendió una amplia reorganización del sector de la salud y los servicios sociales, en base a la *Ley sobre los Servicios de Salud y los Servicios Sociales* de 1971. Dos rasgos centrales de esta reorganización son la participación de la población en la fijación de las grandes orientaciones del sistema de salud y en la administración de los establecimientos y (Bergeron y Gagnon, 2003), así como en la integración de los servicios de salud y los servicios sociales en una misma administración. Aspecto éste recomendado por el Ministerio de Asuntos Sociales (MAS). Hoy Québec sigue siendo una de las únicas sociedades occidentales, y una de las pocas provincias canadienses, que mantienen esta integración.

El sistema de salud y servicios sociales creado con la reforma de 1971 está estructurado en tres niveles: un nivel central (el MAS), unos órganos regionales, los Consejos Regionales de Salud y Servicios Sociales (CRSSS) (2), y los establecimientos que prestan servicios de salud y servicios sociales. Estos son de diversos tipos:

1. Un nuevo tipo de institución, los *Centros Locales de Servicios Comunitarios* (CLSC), establecimientos de primera línea.
2. Los *Centros Hospitalarios* (CH), generales, especializados, psiquiátricos, y entre los cuales algunos poseen un departamento de Salud Comunitaria (DSC). Entre los hospitales especializados están los hospitales de cuidados prolongados, para los enfermos crónicos y las personas mayores no autónomas.
3. Los *Centros de Acogida* (CA), para los niños y adolescentes, y las personas discapacitadas, que no pueden ser atendidos por sus familias.
4. Los *Centros de Servicios Sociales* (CSS), que luego, con la reforma de 1991, desaparecieron al ser integrados sus funciones y su personal a los CLSC, y se convirtieron en *Centros de Protección de la Infancia y la Juventud* (CPEJ). La *Ley sobre la Protección de los Jóvenes*, de 1979, les confiere la misión de apoyar a los padres en el ejercicio de sus responsabilidades, y de decidir acerca de los niños señalados por estar en situaciones de peligro.
5. En 1990 se crea un nuevo tipo de establecimiento, los *Centros de Alojamiento y Cuidados Prolongados* (*CHSLD-Centres d'Hébergement et de Soins de Longue Durée*), que sustituyen los hospitales de cuidados prolongados y los hogares para personas mayores, y reciben parte de la clientela de los Centros de Acogida, formada por personas no autónomas.

Un enfoque de promoción y prevención, y de salud global: los Centros Locales de Servicios Comunitarios (CLSC)

Una de las instituciones más originales en el sistema de salud quebequense es el *Cen-*

tro Local de Servicios Comunitarios (CLSC). Los CLSC se inspiraron de una experiencia de los grupos populares de Montreal de los años 1960 en el campo de la salud, las *Clínicas Populares*. El interés que suscitaron las clínicas populares hizo que el Estado incorporara su funcionamiento para crear los CLSC. Los CLSC retomaron gran parte de las innovaciones de las Clínicas Populares, en particular la cogestión de los usuarios y del personal, la interdisciplinariedad, la prevención y la organización comunitaria (Lévesque, 1994). Los CLSC son el producto de una alianza entre una corriente de cuestionamiento de la organización del trabajo, en el sector sociosanitario, y una corriente crítica del modelo biomédico dominante, y de la dependencia que este modelo genera en los consumidores de servicios (Lévesque, 1988).

En su fase inicial de desarrollo, los CLSC son organizaciones cuyo funcionamiento difiere de manera importante de las instituciones públicas tradicionales del sector salud. En primer lugar, antes de ser una decisión del gobierno, la creación de un CLSC era el resultado de un proceso organizativo en una comunidad. La participación comunitaria era fundamental en la definición de los problemas, las necesidades locales y en la negociación con el Ministerio. La población local elegía los miembros del comité de fundación del CLSC, que se encargaba de realizar un análisis sistemático de las necesidades de la comunidad y de negociar con el Ministerio sobre los servicios a ofrecer y los recursos necesarios. El comité de fundación también era responsable de la contratación de un director general y de la formación del equipo de trabajo. La composición del consejo de administración reflejaba esta dinámica: formaban parte de él representantes de los usuarios y de los profesionales. Un ideal comunitario y participativo

animaba a los miembros de la dirección y del personal.

La organización del trabajo se caracterizaba por la formación de equipos multidisciplinarios autónomos para la planificación, ejecución y evaluación de los programas y del personal. En estos equipos, se hacía énfasis en la horizontalidad de las relaciones y en el intercambio de información entre las diferentes categorías de trabajadores.

A este tipo de relaciones de trabajo corresponden relaciones con los usuarios que son también novedosas. Se trata de relaciones sociocomunitarias que implican la participación activa de los usuarios a las orientaciones generales del CLSC. Esta participación se manifiesta a nivel de la representación de los usuarios en el consejo de administración, y también en los comités que se forman en torno a diferentes problemáticas.

La creación de los CLSC a inicios de la década 1970 consagró el carácter social de la prevención. El legislador decidió establecer un vínculo entre la salud y los factores sociales en un nuevo tipo de establecimiento, cercano a la población. Los CLSC tienen una importante dimensión territorial, y se volverán la institución más anclada en la dinámica de las comunidades locales (Fréchette y Baril, 1996). El enfoque comunitario se basa en la capacidad de las personas, individual y colectivamente, para mejorar sus condiciones de vida. Se desarrollan diversas formas de acción, como por ejemplo la creación de mesas de concertación, con la participación de representantes de instituciones públicas, privadas, comunitarias, en torno a determinados problemas, como por ejemplo el hambre y la malnutrición en las familias de bajos ingresos. También se crean comités de usuarios y profesionales para enfrentar problemas como la importancia de las caries en la población infantil:

estos comités definen planes de acción para aportar soluciones prácticas a los problemas. Otro modo de vinculación de los CLSC con las comunidades es la creación de grupos de autoayuda (personas discapacitadas, de la tercera edad, madres monoparentales, padres de adolescentes, de niños con dificultades de aprendizaje, entre otros), o de voluntarios, entre los que se puede mencionar: grupos de ayuda a personas con pérdida de autonomía, grupos de ayuda alimentaria, entre otros.

La evolución de los CLSC: de la experimentación a la normalización

De acuerdo con la Ley de Salud y Servicios Sociales de 1971, los CLSC eran el tipo de establecimiento responsable de los servicios de primera línea. Formaban parte de una nueva concepción de la medicina, la medicina global. Esta se diferenciaba de la medicina tradicional por su orientación preventiva, por considerar a la persona en su totalidad. En cuanto a las condiciones sociales y ambientales de su existencia (Lesemann, 1981). Las medidas para concretar este enfoque de medicina global incluían un sistema jerarquizado, basado en servicios de primera línea, una mayor delegación de los actos médicos a otros profesionales, la creación de equipos multidisciplinarios, y la sustitución progresiva del modo de remuneración por acto a otras modalidades como el salario. En los hospitales, se propone una organización que reduce considerablemente el poder formal de los médicos, al subordinarlos a una Dirección de Servicios Profesionales que agrupa médicos, enfermeras y paramédicos.

Los gremios médicos se opusieron con vigor a los CLSC, a la multidisciplinariedad, a la organización horizontal y a la participación

de los usuarios, y sobre todo a la salarización de los médicos. La Federación Médica de Québec incitó a sus miembros a agruparse en policlínicas para contrarrestar el desarrollo de los CLSC. Entonces, paralelamente al proceso de constitución de la red de CLSC se fueron creando numerosas clínicas en las cuales se agrupaban médicos generalistas y de diversas especialidades. Al estar cubiertas sus consultas por el seguro universal de salud, el usuario tenía un acceso gratuito a estos médicos al igual que a los servicios de los CLSC. Esta estrategia fue exitosa: en 1977 existían más de 350 clínicas médicas en Québec, agrupando unos 1500 médicos generalistas, en comparación con 72 CLSC y 111 médicos (Lesemann, 1981: 206). Los gremios médicos lograron conservar el modo de remuneración de los médicos por acto realizado, y no se convirtieron en asalariados. En cuanto a la organización del trabajo, los médicos y otros grupos profesionales eligieron perpetuar un modo de práctica profesional que favorece su autonomía antes que cooperar en el seno de equipos multidisciplinarios (Demers, 2003: 267).

Sin embargo, la red de CLSC logró completarse progresivamente. A finales de la década 80, existían 170 CLSC. La nueva Ley sobre los Servicios de Salud y los Servicios Sociales de 1991 confirma el CLSC como establecimiento de primera línea, pero la idea de hacer de ellos la única puerta de ingreso es abandonada: los CPEJ son responsables de la primera línea en su campo de actividad, y los hospitales seguirán recibiendo directamente a la gente que se presenta a las consultas externas y a las emergencias, y sobre todo, se reconoce el papel de los consultorios privados de médicos. Los CLSC han tenido una evolución difícil, que se explica por la competencia sostenida de los establecimientos privados, consultorios, policlínicas, de los hospitales públi-

cos, e igualmente por los horarios restringidos de los CLSC y por la existencia de servicios diferentes de un CLSC a otro.

Desde su creación, los CLSC han evolucionado desde una diversidad de intervenciones orientadas por necesidades locales, hacia la ejecución de grandes programas-marco, definidos por el Ministerio: un programa de servicios médicos y psicosociales generales, un programa de mantenimiento a domicilio, y cuatro programas especiales: niños y familias en situaciones de riesgo, jóvenes en dificultades, adultos con problemas de salud mental, y cada CLSC podía escoger un cuarto programa especial en función de una clientela particular (Bourque, 1988). Así, los CLSC vieron acentuarse su carácter de instituciones públicas, y han venido perdiendo algo de su carácter inicial de instrumentos de las comunidades locales. Con el tiempo, la acción comunitaria se ha hecho más circunscrita, y más que un vehículo de contestación se volvió un apoyo a los programas de servicios elaborados por el Ministerio. Sin embargo, el enfoque según el cual las condiciones sociales y económicas son fundamentales en el mejoramiento de la salud se ha mantenido hasta hoy como una de las orientaciones de base de la política de salud y servicios sociales, así como la articulación del CLSC con su entorno social. Y los CLSC se siguen distinguiendo de otros tipos de establecimientos por su enfoque comunitario y su responsabilidad territorial, que los lleva a mantener importantes vínculos con las organizaciones comunitarias y a buscar sinergias entre diferentes actores (Demers *et al.*, 1999).

La participación en el sistema de salud quebequense

Desde los orígenes del sistema público de salud a inicios de la década 1970, la participación apareció como un valor distintivo de este

sistema, un rasgo propiamente “constitutivo”. La proliferación de las iniciativas comunitarias hacia inevitable esta orientación, así como la emergencia de nuevos derechos individuales y colectivos, y la difusión de los ideales democráticos de los movimientos de salud pública.

Dos modalidades de participación, la participación decisional, para los usuarios de los establecimientos públicos, y la participación consultiva, para la población en general, se inscribieron entre los objetivos del sistema de salud y servicios sociales (Forest *et al.*, 2003).

Los profesionales de la salud, en particular los médicos y las enfermeras, siempre habían ejercido una influencia preponderante en los hospitales y en el sistema de salud en general. A partir de los años 1970, otras fuerzas van a manifestarse, con la sindicalización de los empleados y técnicos de la salud, por una parte, pero también en razón de la difusión de ideas favorables a una gestión menos jerárquica. Diversos arreglos institucionales se han ido creando para permitir la expresión de los puntos de vista y la participación a la gobernanza del sistema y de los establecimientos: desde los foros, los consejos y comités consultivos, hasta cargos asignados en los consejos de administración. Tres tipos de actores participan: los usuarios, los ciudadanos y el personal de los establecimientos.

En los inicios de la reforma de los servicios de salud y los servicios sociales, en 1971, se privilegió la participación de los usuarios en cada establecimiento, mediante los comités de usuarios. Pero luego, la negociación centralizada, a nivel del ministerio, de las condiciones de trabajo del conjunto del personal, así como la elaboración de herramientas de planificación presupuestaria uniformes, dejaron cada vez menos autonomía a la iniciativa local, que ésta viniera de los administradores, del personal o de los usuarios.

Entonces, veinte años mas tarde, en la *Ley sobre los servicios de salud y los servicios sociales* de 1991, se privilegió “la participación de todos los actores de los diferentes sectores de actividad de la vida colectiva cuya acción puede tener un impacto sobre la salud y el bienestar” (Art. 2.2.). La participación ciudadana se ejerce a nivel regional, mediante la elección de representantes de la población para formar parte de los consejos de administración de las *Corporaciones Regionales de Salud y Servicios Sociales*. Los representantes de la población forman la mayoría de los consejos de administración de las Corporaciones regionales. A nivel local, los establecimientos tienen un anclaje en su comunidad, gracias a la realización de asambleas públicas anuales, en las cuales se eligen los representantes de la comunidad en los consejos de administración. También a nivel de los establecimientos, generalmente los representantes de la comunidad ocupan la mayoría de los puestos de los consejos de administración. Pero se debe tomar en cuenta que el poder del consejo de administración tiene un carácter limitado, frente a las normas y reglas dictadas por el Ministerio y frente al poder de los gerentes y de los médicos en la gestión de los establecimientos (Gagnon y Bergeron, 1999).

En 2001, luego de tres décadas de participación, los principales beneficios de la participación se pueden resumir en tres grandes funciones (Forest *et al.*, 2003: 185):

- La participación permite obtener información sobre los valores y las preferencias de la población. Permite tomar mejores decisiones y encontrar un mayor apoyo en el momento de su ejecución.
- La participación permite la conciliación entre los diferentes grupos de intereses, al facilitar el diálogo y la comprensión mu-

tua. En esta óptica, la participación permite a los responsables administrativos y políticos ejercer un verdadero liderazgo social, en particular mediante la inclusión de grupos vulnerables en el proceso de decisión, al lado de los profesionales y de los demás actores habituales del sistema.

- La participación facilita la apropiación por la población de los servicios públicos que le son destinados y que ella financia con sus impuestos. Al establecerse las condiciones de una transferencia de conocimientos desde los responsables y los expertos hacia la población, se mejora la transparencia del proceso decisional.

Para ese mismo año, una nueva reforma del sistema de salud y servicios sociales introduce una modificación en el modo de designación de los miembros de los consejos de administración de los organismos regionales de salud y servicios sociales: los representantes de la población ya no son electos en asambleas públicas, sino nombrados por el gobierno por su competencia de gestión o su experiencia en organizaciones de salud, comunitarias o sindicales (Art. 397 de la *Ley sobre Servicios de Salud y Servicios Sociales* de 2001). También la Ley de 2001 crea un *Foro de la Población* en cada una de las regiones. Este foro debe estar conformado por 15 a 20 miembros designados por los consejos de administración de las *Corporaciones Regionales de Salud y Servicios Sociales*, previa consulta con el *Consejo Regional de Desarrollo* (3) de su región. Mediante esta consulta se define la composición del foro y los modos de consulta de los diversos organismos socioeconómicos para establecer una lista de nombres a partir de la cual serán designados los futuros miembros. El foro debe asegurar una representación equitativa según el sexo, los grupos de edad, los territorios geográficos, las diferentes co-

munidades culturales, étnicas y lingüísticas así como las características socioeconómicas de la población de la región (Forest *et al.*, 2003).

El foro debe representar a los ciudadanos, y hacer recomendaciones al consejo de administración. Por lo tanto es una entidad consultiva, una especie de comité de ciudadanos, que hace recomendaciones respecto de temas específicos, en nombre de la población de una región. Pero debe también organizar la consulta de la población, proponer modos de consulta originales y adaptados a las circunstancias locales. Estos Foros de ciudadanos son una modalidad de participación aún muy reciente, es demasiado temprano para evaluarlos, pero se puede pensar que el pequeño número de miembros, así como su forma de designación, pueden llevar a privilegiar ante todo las élites locales y los notables regionales (Forest *et al.*, 2003). Pero aunque la representatividad de los participantes sea una cuestión central, existen otros componentes de gran importancia en el proceso de participación, como lo son los procedimientos de consulta, la equidad en el acceso a la información, la comunicación de los contenidos en un lenguaje sencillo y accesible.

Las organizaciones comunitarias en el campo de la salud y los servicios sociales

En Québec numerosos grupos comunitarios realizan actividades vinculadas a la salud, y su número ha aumentado en los últimos veinte años. Si vemos la evolución de estos grupos, se observa que antes de la década de los sesenta, el mundo asociativo era formado ante todo por organizaciones de beneficencia y asociaciones vinculadas al uso del tiempo libre (deportes, cultura...). En el campo de la

salud, numerosos clubes sociales se involucraban en la colecta de fondos a favor de fundaciones que promueven la investigación sobre determinadas enfermedades, y la ayuda a las personas afectadas. En los años sesenta, surgieron nuevos grupos, los *Comités de Ciudadanos*, de carácter más político y reivindicativo, pero paralelamente a la acción reivindicativa, los comités de ciudadanos promovieron iniciativas autogestionarias de solución de diversos problemas sociales, mediante la creación de centros de servicios alternativos: guarderías populares, centros alimentarios, asociaciones cooperativas de economía familiar (ACEF), clínicas jurídicas, cooperativas de vivienda, así como clínicas populares. Antes de 1971, los servicios de salud públicos gratuitos se limitaban a la atención hospitalaria (seguro de hospitalización, desde 1961); la atención en consultorios médicos no era cubierta por el Estado. Las clínicas populares, creadas por grupos de usuarios y profesionales de la salud, se crearon para darles acceso a los servicios de salud a las personas de bajos ingresos, mediante tarifas módicas de afiliación y un alto componente de trabajo voluntario de profesionales de la salud y de miembros de las comunidades. Pero también los servicios de salud en las clínicas populares se diferencian de los que ofrecen las instituciones de salud tradicionales, por su enfoque sobre la salud, y sobre la organización del trabajo. Se vincula el estado de salud con las condiciones de vida individuales y colectivas, y se cuestiona el consumo individualizado y pasivo de los servicios de salud, la gestión burocrática y centralizada, y las limitaciones del modelo biomédico, centrado en el hospital, la especialización y la intensidad tecnológica. En estas clínicas populares alternativas, los médicos forman parte de equipos multidisciplinarios, y el trabajo se organiza de manera participativa,

a diferencia de la división rígida del trabajo y el predominio absoluto del médico que existen en los centros de salud tradicionales. Este modelo de las clínicas populares fue institucionalizado por el Estado mediante la creación de los CLSC.

En los años setenta, aparecieron los “nuevos movimientos sociales”, siendo los más importantes el feminismo y el movimiento ecológico, ambos directamente asociados a la salud. Para el *movimiento de mujeres*, dos temas predominaban desde los inicios, el trabajo y la salud. En materia de salud, un tema importante era el de la salud reproductiva, con la movilización de las mujeres en torno al acceso a la contracepción, al aborto libre y gratuito, a la humanización del nacimiento, al reconocimiento de la profesión de partera. El movimiento de mujeres también abordó el tema de las mujeres víctimas de violación y de violencia conyugal. El movimiento de mujeres está en el origen de importantes centros comunitarios de servicios, como los centros de salud de mujeres, y las casas-albergues para mujeres víctimas de violencia conyugal y sus hijos. Existen particularidades de la intervención feminista en el campo de la salud: de manera general, predomina la intervención de grupo por sobre la individual, y un enfoque social de los orígenes de los problemas de salud.

En el marco del *movimiento ecológico*, surgieron diversas críticas a la institución médica: demasiados medicamentos químicos, tendencia a recortar el cuerpo en partes, o visión biomédica en oposición al holismo que considera el organismo en su totalidad y no se separa el cuerpo del espíritu en el tratamiento de la enfermedad. Varias asociaciones se formaron en esta perspectiva: asociaciones de terapeutas alternativos que llevan a cabo acciones de educación e información, y constituyen

grupos de presión en función de un reconocimiento público. El movimiento ecológico se interesa por la salud pública y comunitaria, y denuncia diversas formas de contaminación del aire, el agua y el suelo, y sus efectos nefastos en la salud. En esta tendencia se pueden ubicar también los grupos de “antipsiquiatría”, que denunciaron el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos y ahora denuncian el abuso de los tratamientos químicos para los problemas de salud mental. Estos grupos crearon recursos alternativos, como comunidades terapéuticas, casas especializadas en desintoxicación, empresas de inserción social y laboral para personas con problemas de salud mental (Ver Vaillancourt *et al.*, 2005).

En los años ochenta y sobre todo noventa, se crearon numerosas asociaciones que se pueden calificar como “de ayuda mutua”, formadas por personas afectadas por un problema (alcoholismo, obesidad, drogadicción, entre otros.), o por familiares de personas con enfermedades o discapacidades, como la Sociedad Alzeimer de Québec, la Asociación de padres de niños ciegos, sólo por mencionar los más significativos. El aporte de esas asociaciones reside no solo en la formación y la información, sino en la posibilidad de intercambiar, de comunicar con otros que viven un problema similar. Los grupos activos en el campo del sida son ejemplares: la lucha contra el sida ha sido llevada esencialmente por el movimiento comunitario (Fortín, 2003: 213). Las asociaciones de homosexuales han sido muy activas en la prevención y la información, y en la organización de los cuidados a los enfermos, por ejemplo con la creación en Québec de una casa para personas enfermas del SIDA en fase terminal, ya en los años 1980. Este movimiento también ha ejercido numerosas presiones para orientar las políticas y luchar contra toda medida de carácter discriminatorio o

coercitivo en la prevención y el tratamiento de este complejo Síndrome.

Entre las organizaciones comunitarias presentes en la prestación de servicios sociales y de salud se encuentran las cooperativas: cooperativas de trabajo asociado en los servicios de ambulancias, en el cuidado de enfermos o personas mayores a domicilio, en la prestación de servicios de salud alternativos, y también cooperativas de usuarios y cooperativas de solidaridad (4) (ver Girard y Vézina, 2002).

Relaciones con el sistema público de salud

A partir de la década 80, existe un mayor reconocimiento por el Estado del aporte de las organizaciones comunitarias. Este reconocimiento está ligado a la retracción del Estado y a la modificación del papel que había asumido a principios de la década de los 70, es decir el de asumir la entera responsabilidad de los servicios de salud y de los servicios sociales.

Así, la *Ley sobre Salud y Servicios Sociales* de 1991 (Ley 120) reconoce la contribución de las organizaciones comunitarias a la misión del Estado en materia de salud y servicios sociales, y les otorga una participación en las estructuras consultivas y de planificación de los servicios. En el contexto de la descentralización, la creación de las *Corporaciones Regionales de Salud y Servicios Sociales* (CRSSS) ha suscitado la formación de mesas de concertación regionales de organismos comunitarios en todas las regiones administrativas, y de una mesa provincial de grupos comunitarios y voluntarios. La Ley 120 reconoce la autonomía de las organizaciones comunitarias en la definición de sus orientaciones. Se les ofrece un financiamiento mayor, y sobre una base trienal. Se les reserva el 20% de los puestos en los consejos de administración

de las CRSS, y son invitadas a participar en la elaboración de los Planes Regionales de Organización de Servicios (PROS).

A partir de los años 80 y sobre todo 90, los gobiernos (federal y provincial) desarrollan acciones significativas para controlar los déficits fiscales y disminuir o eliminar la deuda pública. La crisis de las finanzas públicas constituye el elemento central que explica la búsqueda de medios alternativos de prestación de servicios públicos (Restakis y Lindquist, 2001). Aunque el ahorro en costos constituya el primer argumento para justificar la estrategia gubernamental, existe también un interés por responder mejor a las necesidades de los ciudadanos. En función del principio de subsidiariedad, una mayor responsabilización del ciudadano y de la comunidad brinda un mayor dinamismo en la prestación de servicios (Vézina y Girard, 2002), y como lo sugieren Laville y Nyssens (2001), la movilización de la sociedad civil es también susceptible de generar vínculos sociales más fuertes. Los nuevos modos de prestación de servicios públicos significan también un mayor involucramiento de los trabajadores, con una mayor autonomía en la organización del trabajo.

El gobierno de Québec reconoce que la posibilidad de permanecer en su medio natural de vida constituye un factor positivo para la salud y bienestar, además de un ahorro en los costos de los servicios (MSSS, 1992). Pero para las personas que experimentan discapacidades permanentes o temporales, la permanencia en sus domicilios requiere de servicios de apoyo, que si no pueden ser garantizados por miembros de su familia, deben obtenerse de instituciones públicas (CLSC) o de agencias privadas. En años recientes, existe un importante incremento de la demanda de servicios a domicilio por el envejecimiento de la población, las transformaciones en la familia

y la política llamada “viraje ambulatorio”, que consistió en disminuir el tiempo de hospitalización de los pacientes, y reducir la institucionalización de personas mayores en pérdida de autonomía, de las personas discapacitadas sobre todo de las personas con problemas de salud mental, categorías que en el pasado, al no poder ser atendidas por sus familias, eran colocadas en instituciones. Para darle respuesta a estos problemas han surgido numerosas organizaciones de la economía social, particularmente cooperativas de trabajo, que satisfacen esta demanda creciente de servicios a domicilio. Hoy existen unas 103 organizaciones cooperativas y comunitarias que prestan servicios a domicilio, con 6000 trabajadores; ofrecen servicios a 62.400 clientes en toda la provincia (Vaillancourt *et al.*, 2005).

Conclusiones

La provincia canadiense de Québec se ha dotado desde inicios de la década 70 de un sistema público de salud y servicios sociales. Una originalidad de este sistema es la integración de los servicios de salud y los servicios sociales bajo una misma administración, el Ministerio de Salud y Servicios Sociales. La descentralización del sistema, que primero fue consultiva para transformarse en una descentralización de la gestión, con la creación de las Corporaciones Regionales de Salud y Servicios Sociales, crea condiciones favorables para la participación ciudadana. En todas las regiones, se han creado mesas de concertación regionales de organizaciones comunitarias. Desde los inicios del sistema existen mecanismos para la participación de la población: foros ciudadanos, asambleas públicas, comisiones de estudio (cada una de las Leyes de Salud y Servicios Sociales, de 1971, 1991 y 2001, ha sido elaborada luego de extensos procesos de

consulta realizados por las comisiones de estudio responsables de hacer recomendaciones al gobierno. En los consejos de administración de las Corporaciones Regionales, así como de los establecimientos de salud y servicios sociales, existen puestos reservados a los representantes de la población y de las organizaciones comunitarias. Existe un amplio abanico de organizaciones comunitarias en el campo de la salud y los servicios sociales. Estas organizaciones han aportado respuestas innovadoras a problemas sociales y de salud, logrando crear servicios que escapan a la lógica del lucro y a la lógica burocrática de los servicios públicos. En algunos casos, el Estado ha institucionalizado estas innovaciones, por ejemplo en el caso de las Clínicas Populares, cuyo enfoque ha sido incorporado a los CLSC creados en la década de los 70. En la actualidad, la retracción del Estado y el incremento de la demanda de servicios sociales y de salud han llevado a un mayor reconocimiento por el Estado de la contribución de las organizaciones comunitarias a la misión del Estado en materia de salud y servicios sociales, como co-productoras de servicios en un sistema plural de servicios en el que participan organismos públicos, privados y comunitarios. El reto para las organizaciones es el de conservar su autonomía y su identidad.

Notas

1. En la creación de los sistemas públicos de salud, los gremios médicos se opusieron con la mayor fuerza al establecimiento de una remuneración salarial de los médicos. La remuneración por acto médico les fue concedida luego de importantes enfrentamientos en varias provincias con las autoridades provinciales que veían en la remuneración por acto médico un factor de incremento en los costos del sistema.

2. Para cada una de las 12 regiones de la provincial, la *Ley sobre los Servicios de Salud y los Servicios Sociales* de 1971 crea un *Consejo Regional de Salud y Servicios Sociales (CRSSS)*. Estos organismos, de carácter ante todo consultivo en las décadas 1970 y 80, adquirieron progresivamente el carácter de organismos de gestión, y la nueva *Ley sobre Servicios de Salud y Servicios Sociales* de 1991 consagra la importancia de la descentralización hacia el nivel regional, con la transformación de los CRSSS en *Corporaciones Regionales de Salud y Servicios Sociales*.
3. Los Consejos Regionales de Desarrollo son organismos de concertación, formados por representantes de los diferentes sectores socioeconómicos de una región. Hacen recomendaciones al gobierno sobre políticas y programas relacionados con la región, elaboran estrategias de desarrollo regional, firman convenios con los gobiernos federal y provincial, administran fondos de desarrollo, etc.
4. La cooperativa de solidaridad agrupa varios tipos de miembros: miembros usuarios de los servicios producidos por la cooperativa, y miembros trabajadores. Además, incluye otro tipo de miembro, toda persona u organización que tenga un interés en el objeto de la cooperativa. Este último tipo de miembro se llama “miembro de apoyo”. Este nuevo tipo de cooperativa, inspirado del modelo italiano de las cooperativas sociales, es objeto de una Ley especial, la Ley No 90, en vigor en Québec desde junio 1997 (ver *Cayapa. Revista Venezolana de Economía Social*, 3, 6: 91-96).

Bibliografía citada

Bélanger, Paul, y Lévesque, Benoit (1988). “Une forme mouvementée de gestion du social”, **Revue Internationale**

d'Action Communautaire, no 19/59, Montreal: Pp. 49-64.

Bergeron, Pierre, y Gagnon, France (2003). “La prise en charge étatique de la santé au Québec: émergence et transformations”, en Lemieux, Vincent, Bergeron, Pierre, Bégin, Clermont y Bélanger, Gérard (2003). **Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux**. Québec, Les Presses de l’Université Laval.

Bourque, Denis (1988). “La mise au pas tranquille des CLSC”, **Nouvelles Pratiques Sociales**, vol. 1, no 1, Montreal, Pp. 43-67.

Demers, Louis (2003). “La profession médicale et l’Etat”, en Lemieux, Vincent, Bergeron, Pierre, Bégin, Clermont y Bélanger, Gérard (dir.) **Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux**. Quebec, Les Presses de l’Université Laval, Pp. 261-296.

Demers, Louis, Dumas, Albert, Bégin, Clermont (1999). “La gestion des établissements de santé au Québec”, en Bégin, Clermont, Bergeron, Pierre, Forest, Pierre-Gerlier y Lemieux, Vincent, **Le système de santé québécois: un modèle en transformation**. Montréal, Les Presses de l’Université de Montréal, Pp. 195-228.

Forest, Pierre-Gerlier, Abelson, Julia, Gauvin, François-Pierre, Martin, Elizabeth, Eyles, John (2003). “Participation et publics dans le système de santé au Québec”, en Lemieux, Vincent, Bergeron, Pierre, Bégin, Clermont y Bélanger, Gérard (2003), **Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux**. Québec, Les Presses de l’Université Laval, Pp. 175-200.

Fortin, Andrée (2003). “Les organismes et groupes communautaires”, en Lemieux, Vincent Bergeron, Pierre, Bégin, Clermont y Bélanger, Gérard (dir.) **Le**

- système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux.** Québec, Les Presses de l'Université Laval, Pp. 201-228
- Fréchette, Lucie et Baril, Louise (1996). "Re-donner à la prévention son caractère social : un enjeu en voie d'actualisation", **Nouvelles Pratiques Sociales**, Vol. 9, No 2, Pp 17-32.
- Gagnon, France y Bergeron, Pierre (1999). "Le champ contemporain de la santé publique", en Bégin, Clermont, Bergeron, Pierre, Forest, Pierre-Gerlier y Lemieux, Vincent, **Le système de santé québécois: un modèle en transformation**. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, Pp. 229-258.
- Girard, Jean-Pierre, y Vézina, Martine (2002). "Las organizaciones privadas sin fines de lucro en el campo sociosanitario: la innovación al servicio de los miembros". **Cayapa. Revista Venezolana de Economía Social**. Vol 2, No 4: Pp. 9-28.
- Laville, Jean-Louis y Nyssens, Marthe (2001). "Los Servicios Sociales entre las Asociaciones, el Estado y el Mercado", en Laville, Jean-Louis, Nyssens, Marthe y Sajardo Moreno, Antonia (eds.), **Economía Social y Servicios Sociales**, Valencia (España), CIRIEC-España, Pp.18-30.
- Lesemann, Frédéric (1981). **Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec**. Montréal, Editions coopératives Albert Saint-Martin.
- Lévesque, Benoit (1994). "Québec: des expériences à l'institutionnalisation", en EME, Bernard y Laville, Jean-Louis (dir.) **Cohésion sociale et emploi**. Paris, Desclée de Brouwer, Pp. 229-245.
- Lévesque, Benoit (1988). "Les CLSC et le renouvellement des pratiques sociales: une introduction au dossier sur les CLSC", **Nouvelles Pratiques Sociales**, vol. 1, no 1, Montréal: Pp. 33-42.
- Restakis, John y Lindquist, Evert A. (eds) (2001). **The Co-op Alternative. Civil Society and the Future of Public Services**. Toronto, L'Institut d'Administration Publique du Canada/The Institute of Public Administration of Canada.
- Vaillancourt, Yves (2005). "The Contribution of the Social Economy towards Healthy Social Policy Reforms in Canada: a Quebec Viewpoint", en Raphael, Dennis (ed.), **Social Determinants of Health. Canadian Perspectives**. Toronto, Canadian Scholars Press Inc. Pp. 311-329.
- Vézina, Martine et Girard, Jean-Pierre (2002). "Comme alternative à la prestation de services publics: l'exemple canadien". **RECMA. Revue Internationale de l'économie sociale**. No 286, Pp. 47-61.