

experiencias de las cooperativas de salud de américa: el caso de Canadá

Jean Pierre Girard¹

Primero, quisiera disculparme por no hablar en español o en portugués. También quisiera agradecer al responsable de esta conferencia por su amable invitación al Centro Cultural de la Cooperación. De hecho, estoy aquí también representando a la asociación cooperativa canadiense que es la Organización Cooperativa Anglo-Canadiense. Como canadiense que soy, el venir a Buenos Aires en este momento del año es para mí probar un poco lo que es la temporada estival, algo que es siempre bienvenido luego del fin de nuestro frío invierno. Por lo tanto estoy muy feliz de tener la oportunidad de compartir con ustedes algunos aspectos sobre el sistema de salud canadiense y sus desafíos para mejorar dicho sistema y el lugar de la opción cooperativa.

Luego de un primer acercamiento rápido al sistema de salud en Canadá y sus más importantes amenazas, me enfocaré en la agenda cooperativa en sus términos de mayor importancia y explicando el desarrollo cooperativo, según los datos actualizados de 2005. Después, me referiré a nuestra situación nacional en la que hay dos casos que muestran diferentes formas de organizar el sistema de salud cooperativo y finalmente los principales desafíos para el futuro del desarrollo del sector cooperativo de salud.

Antes que nada, como en otras políticas sociales, Canadá se ha inspirado en el modelo británico para desarrollar su sistema de salud. Por casi 15 años hemos tenido un sistema de carácter público. El gobierno federal es responsable de una parte del financiamiento de los costos de la salud y provee a través de la legislación -mediante la *Health Care Act*- los principios

(1) Research coordinator UQAM-CRISES. Researcher, lecturer University of Sherbrooke. Consultant in collectives enterprises. CCC and CCA representative IHCO.

fundamentales en donde el financiamiento del sistema de salud está basado. Por lo tanto, los gobiernos provinciales poseen la responsabilidad de conducir el sistema de salud y de asegurar el brindar un cuidado apropiado a la gente. En términos prácticos eso significa que todos los canadienses, sin importar su origen, su estrato social, lenguaje u otras distinciones, recibirá sin cargo una gama de servicios médicos. Esto es, como ustedes podrán suponer, algo de gran importancia; pero desde una perspectiva del día a día nuestro sistema de salud debe lidiar con igual problemas de importantes.

Una principal fuente de tensión entre los gobiernos federal y provinciales se da en cuanto al encastre entre las responsabilidades del gobierno provincial respecto de la salud y su participación en los recursos fiscales. Tras unos dramáticos recortes en los recursos federales durante un período de dos décadas, la situación parece haber mejorado en los últimos años. Pero aún estamos muy lejos del modelo de financiamiento bipartito en partes iguales (el *“fifty-fifty founding model”*). Por ejemplo en mi provincia, Québec, el gasto en salud representa cerca del 45% del total de los programas del gobierno provincial. Y algunos estudios muestran que este porcentaje se incrementará al 50% del presupuesto en un plazo de siete años. Como podrán suponer, se vuelve cada vez más arduo el salvar el sistema por entero y el asegurar un acceso funcional al servicio médico. Por “funcional” me refiero a un razonable acceso para cualquier consulta médica o cirugía a elección.

En consecuencia, es tiempo para una reforma. En la base de la reforma, el sistema tiene que enfrentar el desarrollo cooperativo en lo científico y tecnológico, incrementando su expansión y, como muestran estudios universitarios, con una “ideología competitiva”.

Mucho puede decirse acerca de ideologías, pero permítanme comentarles un caso particular relacionado a lo que llamamos “la ideología de los negocios” (*business ideology*) el cual es el lugar donde crece el “modelo de negocio” (*one-stand-shop model*). Por sexto año consecutivo parece que la salud privada está disminuyendo luego de haber pasado por un período de alza. Hay entonces una dura batalla entre las principales droguerías y las super-tiendas de farmacias a fin de poder construir o comprar sus propias clínicas y atraer a los médicos por un contrato de por lo menos cinco años. Por ejemplo, esto explica por qué más de 50 clínicas de atención médica que son de médicos han cerrado en los últimos meses, en los últimos años, en mi ciudad de Montreal. Algunas señales nos llevan a ver que esta moral está dada por un sistema

corrupto. Hasta el momento, este cambio de la atención primaria en salud ha hecho surgir preguntas importantes en Canadá, como por ejemplo preguntas éticas. ¿El doctor puede decir que es independiente en forma profesional, en su práctica médica? Por ejemplo, si hablamos de aumentar el énfasis en recetar medicamentos orientados a la prevención, tendremos muy buenas prácticas. Desde mi punto de vista, con respecto a la expansión de este nuevo modelo de negocio, como canadiense, necesitamos oponernos fuertemente a este modelo. Y hablando de las cooperativas en Canadá, en el sector de salud se ha ubicado en diferentes lugares y por diferentes personas este sistema, pero en pequeña escala y sin una dirección en común. Esto se debe a que hay redes muy bien desarrolladas en Canadá de cooperativas, como por ejemplo los servicios financieros en organizaciones federadas de consumidores, que implica 100 mil millones de dólares. Sin embargo, el número de cooperativas de salud es todavía bastante limitado.

Las cooperativas de atención a la salud son generalmente clínicas médicas, de cuidados domiciliarios, generalmente dedicados al cuidado de personas mayores que deciden quedarse a recibir atención en sus casas más que ir a vivir a residencias especializadas en el cuidado de los ancianos, y las del cuidado de la salud, por ejemplo, las ambulancias.

Es importante decir que todos los tipos de cooperativas pueden encontrarse, así que esto significa que hay cooperativas de los usuarios, de los trabajadores y de los productores, solamente en mi provincia, hay cooperativas solidarias o multiorganizadas. Hay razones importantes que están explicando el desarrollo de estas cooperativas en el cuidado de la salud. La primera importante de mencionar es una red de cooperativas médicas en Saskatchewan, en segundo lugar una de ambulancias en Québec, que es de trabajadores y representa una parte importante del programa allí y el tercero, que ha estado funcionando durante más de nueve años también en Québec, es una importante red de 44 cooperativas que han estado involucradas en el cuidado domiciliario y utilizan el sistema de multiorganización. Esta última red que está dedicada a los mayores es un caso muy interesante también. Tenemos en otras categorías de salud las de formación, que se dan por diferentes razones, por ejemplo, una cooperativa de trabajadores que se organizó en 1998 con el propósito de proveer educación e información de diferentes idiomas para mujeres pertenecientes a minorías en un proyecto hospitalario que estaba funcionando como una cooperativa de consumidores en las montañas Rocallosas, en Columbia Británica.

Siguiendo este camino de innovación, quiero mostrarles dos casos que muestran dos visiones de cómo puede manejarse una cooperativa de salud en forma exitosa. La Cooperativa de Salud de Helmer y la Red de Cooperativas de Salud de Saskatchewan. En el primer caso se dio en la vieja ciudad de Helmer, que integra desde hace tres años a la actualidad la ciudad de Gatineau, ubicado en frente de la capital Ottawa. Desde hace muchos años los habitantes de Helmer han sufrido la falta de atención primaria en la salud. En 2001, un grupo de líderes decidió presionar a las autoridades públicas regionales de salud, en orden de mejorar los servicios de atención en la salud, y poco tiempo después comenzaron a discutir con unos médicos que tenían una clínica muy importante en la zona y habían estado buscando durante mucho tiempo la forma de mejorar los servicios. Esos médicos querían vender la clínica pero asegurándose antes de que no la iban a cerrar ni trasladar a otra ubicación. En esta exploración que se realizó, este grupo de médicos y de líderes visitaron la Cooperativa de Salud de Saint Etienne, que es la cooperativa más antigua en Québec (esto significa cinco o seis años; empezó a trabajar en el '95), y vieron que la utilización de este modelo de cooperativa podía ser una muy buena manera de mejorar la base de quién iba a ser dueño y de dar un impulso a este proyecto. En el 2003 el plan de este negocio se había realizado y yo tuve la satisfacción y el desafío intelectual de participar en él.

Este plan tenía ideas innovadoras para mi país. Por ejemplo: para mantener asociados a los médicos tanto tiempo como fuera posible ellos financiarían la transacción con lo que llamamos un balance de rentas: la cooperativa iba a pagar el precio de venta durante 15 años, en vez de tener que endeudarse con un banco.

La cooperativa de Helmer utilizó este modelo que permite compartir el poder con tres grupos de personas: con aquellos que utilizan este servicio (los usuarios), con aquellos que trabajan allí (los trabajadores) y los miembros de apoyo, que incluían a los médicos. Esto es diferente de Saint Etienne y de otros proyectos cooperativistas puesto que en Canadá no empezó el proyecto de cero, ya que no había que contratar a los médicos ni construir una clínica porque ya tenían. Fue el primer caso en Canadá de una cooperativa que compró una clínica que ya existía. En este punto, la oferta de la clínica era de diferentes recursos, y como casi 40 mil pacientes estaban incluidos, los médicos eran pagados con servicio, con agencias de seguro médico, la mayor entrada de dinero llegaba por el alquiler del lugar y la pasión que tenían con respecto al servicio, y también por distintos servicios que no están cubiertos

por el seguro médico. En los siguientes meses la cooperativa trabajó para ser reconocida como una unidad de emergencia para tener aún más recursos que llegaran a ellos por la autoridad pública de salud.

En otra parte del país, casi a tres mil km al oeste de Helmer (es un país grande, recuérdelo) hay otros tipos de cooperativas de salud, como la de Saskatchewan. En 1962, durante una huelga de médicos, se tomó la decisión por parte de la autoridad médica local de colocar un grupo de ciudadanos que junto a un grupo de médicos con conciencia social comenzaron este grupo de cooperativas médicas, de clínicas comunitarias. Comenzaron cinco, incluyendo dos de las áreas más importantes de la provincia: Regina y Saskatoon. Las cinco clínicas podían usar el modo de cooperativas, pero aunque no lo hicieran, estaban regidas por los principios de la cooperación, incluyendo la membresía. Estos servicios sociales incluían importantes programas de prevención. Por ejemplo, dos de las clínicas al menos ofrecen servicios dirigidos a las comunidades aborígenes. La cooperativa dedicada a los aborígenes provee servicios a una comunidad aborigen muy pequeña en la zona, también hay un hospital que provee servicios de un pequeño avión allí. En Saskatoon la clínica es la única que está brindando servicios al área aborigen en ese lugar.

Este modelo es diferente (el de Saskatchewan y el de Helmer) desde muchos puntos de vista, pero dejen que me concentre en dos elementos que los separan: el primero es que fue subsidiado por el Estado casi todo el proyecto, el segundo es que los doctores reciben un salario. Varios años se dio que el movimiento cooperativo en Canadá estuvo al tanto de buscar modos de mejorar el sistema de salud; esto significa entre otras cosas participar activamente en el debate público. Algunas cooperativas importantes, incluyendo las de la Canadá francesa y su miembro Québec, también han adoptado una declaración de principios o una visión del sistema de salud; se reconoce que los factores socioeconómicos tienen influencia en la salud y, por supuesto, esto está relacionado con la declaración de la Organización Mundial de la Salud. El bienestar público y el interés colectivo requieren que el Estado mantenga una responsabilidad central al financiar y regular los servicios de atención de la salud.

Proveer servicios de salud debe ser motivado por el interés del usuario más que por el de las ganancias. La fórmula de cooperativa en la atención de la salud tiene que ser sensible a las necesidades, tiene que ser flexible, tiene

que promover una acción de responsabilidad por parte de los usuarios y de los proveedores. El desarrollo de cooperativas de salud como resultado de la persona de diferentes orígenes, y también en el 2001 con consulta con la Comisión del futuro del Cuidado de la Salud en Canadá, y con las cooperativas de salud en Canadá, pudieron presentar un borrador que sería útil para que el público pudiera entender la forma de manejar la atención de la salud desde el punto de vista cooperativo.

El desafío más importante con respecto al desarrollo de cooperativas de salud en mi país es el de compartir ideas entre los líderes. Trabajar para mejorar el reconocimiento de otras cooperativas que están bien desarrolladas, por ejemplo, el japonés, de cooperativas de consumidores sería una excelente inspiración. Todos juntos, tanto las cooperativas urbanas como las agrícolas como otras cubren a millones de japoneses -e incluyen tareas como prácticas de prevención- y son de las mejores en el mundo. Especialmente estoy pensando en el grupo de base denominado "*Hand Goup*" ("*Grupo de la Mano*"), el cual es un pequeño grupo a escala que reúne vecinos y practica lo que nosotros llamamos prevención activa, cuidando la presión sanguínea, etc.

La capacidad de traducir en una realización práctica la acción cooperativa en algunos problemas importantes, como por ejemplo, la falta de cuidados de atención médica en las zonas rurales, de dos mil o tres mil habitantes. Allí han ubicados una clínica cooperativa y se han recaudado más de 200 mil dólares en menos de tres meses para este proyecto.

Necesitamos abrir nuestras mentes y no concentrarnos tanto en temas particulares; la gente de otros lugares (comenzar una clínica en un pequeño pueblo), cuidar a las personas mayores y también lo hacen los ciudadanos de esos lugares.

Creo que esto es algo universal para el sistema cooperativo: necesitamos un mayor reconocimiento de los modelos cooperativos y también incrementar nuestra participación en el cuidado de la salud, el reconocimiento de los gobiernos y el de los profesionales de la salud, como los doctores. Por ejemplo, la conferencia en la que estamos participando hoy es una excelente forma de promover las cooperativas en gran escala. Muchísimas gracias.