

Las organizaciones privadas sin fines de lucro en el campo sociosanitario: la innovación al servicio de los miembros¹

RESUMEN: Este texto presenta una nueva modalidad de organización de los servicios de salud y servicios sociales en el Québec, la empresa colectiva. Forma organizacional nueva en este sector de actividad, la empresa colectiva es presentada como una innovación institucional, y también en el orden organizacional. Su original estructura de gobernanza da lugar a prácticas organizacionales innovadoras, en particular en materia de financiamiento. Para llegar a esta conclusión, los autores empiezan por presentar el lugar de la empresa colectiva en el sistema de salud tradicional, entre la empresa pública clásica y la corporación privada con fines de lucro. Aunque ocupe todavía un lugar poco importante, este tipo de organización tiene un reconocimiento cada vez mayor a nivel internacional, y también en el Québec, como lo muestran varios documentos oficiales. Los autores exponen los rasgos distintivos y comunes de las cooperativas en el sector de la salud, sin dejar de recordar la variedad de las formas que adoptan en relación al carácter de las funciones que ejercen y de las actividades organizadas en forma colectiva. Se ilustra el ejemplo del Québec a partir de dos estudios de casos. Conscientes de que el potencial de desarro-

Artículos

Jean-Pierre Girard

Profesor, Programa MBA para cuadros, especializado en gestión de empresas colectivas. Université du Québec à Montréal.

Martine Vézina

Profesora, Ecole des Hautes Etudes Commerciales de Montréal.

llo de estas organizaciones se ve frenado por las críticas formuladas a este modelo, los autores presentan los límites y los riesgos que se señalan generalmente (desconstrucción del sector público, sustitución, privatización de los servicios de salud y eventual recuperación de estas organizaciones por el sector privado, dificultades para el reclutamiento de médicos, disminución en la participación de los usuarios con el crecimiento del tamaño. En conclusión, los autores subrayan el carácter estructurante de este tipo de organización para la comunidad en la cual funciona, cuando su creación resulta de la movilización de múltiples redes diversificadas y extensas que seguirán velando por que sus decisiones sean coherentes con su misión de servicio a los usuarios.

Palabras claves: innovación institucional, empresas colectivas, organizaciones sin fines de lucro, organización nueva, servicios de salud y servicios sociales.

Introducción

En el Japón, entre el 15 y 20% de los ciudadanos utilizan regularmente los servicios y recursos de una u otra de las dos redes de cooperativas de salud. Estas cooperativas son reconocidas por realizar acciones particularmente originales en materia de prevención. En España, la Fundación Espriu agrupa cooperativas de médicos y cooperativas de usuarios que explotan diversos recursos en salud entre las cuales un hospital de 22 pisos ubicado en Barcelona. Un poco más de 20.000 médicos son asociados a estas organizaciones. La filosofía de la Fundación es fomentar un diálogo constante entre el médico y sus pacientes. En Suecia, después de experimentar un modelo de desarrollo muy estatal en materia de salud, se observan nuevas formas de partenariados entre nuevos actores en este terreno, las autoridades municipales y el movimiento cooperativo: una parte importante de esas acciones, sean servicios de salud y/o de alojamiento está orientada hacia las personas mayores o en pérdida de autonomía. En el Québec, en un lapso de 6 años, una cooperativa de salud ubicada en una municipalidad de 4.000 habitantes ha visto el número de historias médicas superar los 15.000 usuarios. Por otra parte, en esta provincia francófona del Canadá, durante los años noventa, muchas veces de manera muy discreta, varias decenas de otras empresas colectivas han surgido en el sector de la salud y de los servicios sociales. Paralelamente, mutuales de salud se desarrollan a un ritmo sostenido desde hace unos diez años en varios países africanos, permitiendo mediante programas de seguros colectivos el acceso a los servicios de salud para poblaciones que no tienen las capacidades financieras para pagar dichos servicios desde una base individual.

Sobre este tema amplio que merecería un tratamiento más profundo, este artículo quiere sin embargo exponer diversos niveles de contribución de las empresas colectivas en la evolución de los sistemas de salud, y más específicamente en lo referente a la experimentación y a la innovación. A pesar de que las experiencias extranjeras son ricas en enseñanzas, en particular en relación a la prevención, este texto analiza

esencialmente experiencias quebequenses recientes de empresas colectivas en el campo de la salud y de los servicios sociales. El análisis de estas experiencias revela una fuerte capacidad para innovar tanto en el plano institucional como organizacional. Centrada en la satisfacción de las necesidades de sus miembros-clientes y otorgándoles un espacio importante a los usuarios en su gobernanza, la empresa colectiva en el sector de la salud y los servicios sociales aparece entonces como una forma moderna de organización en un sector aún marcado por un paradigma de gestión que coloca al productor (el médico) en el centro de la organización.

La empresa colectiva : entre el Estado y el mercado

La reflexión sobre las transformaciones del sistema de salud no es propia al Quebec ni al Canadá; interpela la gran mayoría de los países. En los intercambios sobre el tema, la polarización del debate en torno a los modelos público y privado es recurrente. Que se trate de regulación, financiamiento o prestación de los servicios, el sistema de salud es generalmente concebido como un arbitraje o un compromiso entre estos dos tipos de actores, entre estos dos modos de concebir la organización del sistema de salud. Según el contexto, el espacio público ocupará entonces un lugar más o menos dominante, siendo el espacio residual ocupado por las organizaciones privadas.

Sigue entonces algo que termina por pertenecer al cliché, es decir, un aparato estatal pesado, jerárquico, cuya eficiencia en los resultados es a veces dudosa y sobre la cual, confrontado a una burocracia rígida, el usuario promedio tiene poca influencia en el plano de la orientación y de las actividades realizadas. Del lado privado, si bien se le reconoce a este sector una productividad generalmente superior, se reprocha una discriminación socioeconómica de los usuarios “genéticamente” inscrita en el código de funcionamiento de las empresas con fines lucrativos. Además, como lo demuestra el caso de los Estados Unidos, la ocupación de un lugar importante de empresas privadas con finalidad mercantil en el campo de la salud genera costos de administración muy elevados, sin hablar de los márgenes de beneficios.

Pero las cosas cambian. Se reconoce cada vez más el aporte de las empresas colectivas en el campo de la salud. La Organización de las Naciones Unidas publicó en 1997 un interesante retrato internacional de la presencia de las cooperativas en el campo de la salud y los servicios sociales. Esta publicación tenía como propósito demostrar las formas originales y diversificadas que pueden tomar las cooperativas en este campo : cooperativas de consumidores, cooperativas de productores, cooperativas mixtas, cooperativas de primer nivel, cooperativas que agrupan empresas, clínicas cooperativas, farmacias cooperativas, etc. (United Nations, 1997).

La Organización Mundial de la Salud sigue un itinerario similar cuando en el marco de sus trabajos relativos a la salud pública, desde la conferencia de Ottawa (1986), hasta la de México (2000), otorga un espacio creciente a las organizaciones

de la sociedad civil; reconocimiento de un grupo de consultores formado por organizaciones no gubernamentales (ONG) internacionales entre las cuales la *International Health Co-operative Organization* (IHCO), creación de una dirección general dedicada a las organizaciones sin fines de lucro, etc. (O'Byrne, 2001). La Oficina Internacional del Trabajo está por su parte, firmemente involucrada en la promoción y desarrollo de mutuales de salud en los países en desarrollo particularmente a través de dos programas, STEP (Stratégies et techniques d'exclusion sociale de la pauvreté) y ACOPAM (Apoyo Asociativo y Cooperativo a las Iniciativas de Desarrollo en la base). Se reconoce por otra parte la contribución de las mutuales a la vida social y a la sociedad civil de sus países, dos componentes importantes de la cohesión social y del capital social (Atim, 2000). El Banco Mundial reconoce igualmente, aunque más tímidamente, el aporte de estas mutuales como factor facilitador del acceso a los servicios de salud en Africa Subsahariana (Banco Mundial, 1995). En el Québec, en 1999, un grupo de trabajo sobre el financiamiento del sistema de salud (conocido como el Grupo Arpin) también abogó por este tercer actor. « Una de las visiones simplificadoras que importa disipar es la identificación sin matices de lo colectivo con el Estado y por otra parte la identificación de lo privado con los mecanismos del mercado y el único principio del lucro (...) En el plano internacional, buscando superar la dicotomía publico-privado, se habla hoy de economía mixta de la salud. Se distingue cada vez más, en el seno del sector privado, un subsector sin fines de lucro o de vocación comunitaria, cuyo rol parece ser intermediario entre el sector privado con fines de lucro tradicional y el del sector público » (Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé du Québec, 1999).

¿Por qué este reconocimiento? A pesar de que aún no ocupe sino un espacio reducido en la reflexión sobre las transformaciones de los sistemas de salud, la empresa colectiva contiene un potencial de innovación y de experimentación importante. Se puede pensar en los mecanismos implementados por algunas de ellas con vistas a favorecer una mejor adecuación entre el carácter y el modo de prestación de los servicios por una parte, y las necesidades específicas de una población, por otra parte. Más aún, en regiones menos industrializadas tales, como, algunos países del continente africano, estas formas de organizaciones colectivas, y particularmente las mutuales de seguro de salud de tipo comunitario, constituyen para un porcentaje importante de la población, la única manera de acceder a servicios de salud organizados.

Los rasgos distintivos de las empresas colectivas en el sector de la salud

Las empresas colectivas en el campo de la salud presentan varias características que las distinguen de las organizaciones tradicionalmente activas en este sector. Si tomamos el caso del Quebec, se observa que estas empresas colectivas adoptan

estatutos jurídicos diferenciados, generalmente un marco legal cooperativo o de organización sin fines de lucro (OSFL). Independientemente de su naturaleza jurídica, las cooperativas y las OSFL del sector de la salud y de los servicios sociales presentan semejanzas en cuanto a su finalidad, su propiedad, las reglas para la toma de decisiones, así como los criterios de reclutamiento de sus miembros-usuarios.

Como punto de partida, estas organizaciones se inscriben en una **finalidad de uso**. No se interesan por maximizar el rendimiento de los capitales invertidos, y tienen más bien como misión optimizar el rendimiento de uso, satisfacer las necesidades de los usuarios, en términos de servicios producidos, accesibilidad, calidad de la prestación, etc. En estas organizaciones, el capital sólo ocupa una función instrumental, y, si se generan excedentes, éstos son reinvertidos en la organización para mejorar sus actividades, o redistribuidos a los miembros-usuarios en proporción de la utilización que hicieron de los servicios. Las empresas colectivas en el campo de la salud tienen como rasgo común ser la **propiedad colectiva** de sus miembros-usuarios. Su membresía puede contarse por cientos, incluso miles o cientos de miles de personas, en el caso de mutuales de salud en algunas regiones del mundo, por ejemplo. En materia de gobernanza, las empresas colectivas en el sector de la salud responden a **reglas democráticas** según las cuales el reparto del poder de decisión no depende de la importancia de la inversión financiera del miembro en la organización, sino que sigue una regla igualitaria « un miembro = un voto ». Finalmente, el principio de **adhesión libre y voluntaria** significa que las empresas colectivas no practican la discriminación en el ingreso, todos los individuos calificados en relación con la actividad de la empresa son automática y obligatoriamente admitidos². En general basta expresar la voluntad de participar en el respeto de los reglamentos de la organización. Y a la inversa, ningún individuo puede ser obligado a adherirse.

Aunque similares en muchos aspectos, las empresas colectivas del sector de la salud presentan una variedad de configuraciones organizacionales con respecto a la naturaleza de la membresía y de las actividades realizadas. En lo que concierne más específicamente a las cooperativas, siguiendo la experiencia observada en varias regiones del mundo, los **miembros-propietarios** son a veces los usuarios de los servicios, los trabajadores o los prestatarios de los servicios (por ejemplo los médicos). Como lo muestra el cuadro 1, una cuarta figura es la de una membresía mixta. La organización colectiva es formada entonces por usuarios o prestatarios, dejando a veces un espacio de influencia a otros tipos de actores, individuales o corporativos (municipalidad, institución financiera, etc.) interesados por la actividad de la empresa (United Nations, 1997). En el Québec, la formación de estas organizaciones de membresía mixta es prevista en el marco de la Ley de Cooperativas (Québec, 1997), que les otorga el estatus de « cooperativas de solidaridad ».

Cuadro 1
Las configuraciones de cooperativas según las disposiciones de la Ley sobre las Cooperativas (Québec)

Tipo de cooperativa	Socios
De usuarios o de consumo	Usuarios de los servicios
De trabajadores	Asalariados
De productores	Proveedores (de servicios, materias primas, etc.)
De solidaridad	Usuarios de los servicios, asalariados y otros individuos u organismos interesados por la actividad de la cooperativa

Tal como se observa en el cuadro 2, las empresas colectivas ocupan igualmente espacios y funciones variados en el campo de la salud. El financiamiento (seguro) y la prestación de servicios de salud son las dos principales funciones que ejercen, y algunas combinan los dos tipos de actividad. Es el caso de algunas *Health Maintenance Organizations* (HMO) norteamericanas de carácter cooperativo que ofrecen simultáneamente una cobertura de seguro y la prestación de servicios de salud. Independientemente de las funciones que ejercen, pueden ser constituidas por una membresía homogénea – usuarios o productores- o mixta.

Cuadro 2
Tipología de las funciones ejercidas por las empresas colectivas en el sector de la salud³

Función (es) Principal(es)	Características	Ejemplos
Seguro médico	Mutuales agrupando afiliados a partir de: - la pertenencia a un grupo socioprofesional - la pertenencia a un territorio	-Mutual de los agentes del tesoro del Burkina (MUATB), Burkina Faso -Unión comunal de los grupos mutualistas de Sirarou (UCGM Sirarou), Benin
Prestación de servicios	-Oferta directa de servicios de salud -Oferta indirecta de servicios de salud	-Cooperativa de salud (usuarios): HCA of JCCU, Japon -Cooperativa de salud (productores médicos) UNIMED, Brasil* -Cooperativa de salud conjunta (usuarios y productores) SCIAS, España y Coopesana, Costa Rica -Cooperativas de técnicos-ambulancieros (trabajadores), Québec
Seguro médico y prestación de servicios	-Combinación de las funciones de seguro médico y prestación de servicios	-HMO cooperativo: <i>Puget Sound Health Group</i> , Seattle, USA -Mutual y centro de salud: MUTEC, Mali

* Aunque esta organización ejerza en primer lugar la función de prestación de servicios, pone igualmente a disposición de sus miembros y clientes servicios de seguro.

La empresa colectiva : ¿un modelo transitorio ?

Aunque haya demostrado su validez en varias regiones del mundo, algunos siguen cuestionando la pertinencia, pero sobre todo la perennidad del modelo de la organización colectiva privada en el universo de la salud. Uno de los argumentos al respecto sostiene que este tipo de organización no puede mantener una identidad propia, en la frontera entre la empresa controlada por el Estado y la empresa controlada por sus accionistas, subrayando así el riesgo de verla un día asimilada, e incluso recuperada por el actor público o privado con fines de lucro. En efecto, debemos constatar que las grandes mutuales de protección social creadas en el siglo XIX en Europa se volvieron, a lo largo del tiempo, casi-agencias del Estado (Vienney, 1994). Por otra parte, algunas mutuales han tomado el camino de la desmutualización (Société-Conseil Maheux-Noiseux, 1989), al adoptar un estatus jurídico de sociedad de capital-acción⁴.

Otras mutuales, como la SSQ en el Québec, decidieron, en un momento de su historia, negociar un viraje mayor para adaptarse a las necesidades cambiantes de sus miembros. En el Québec de los años 1940, preocupado por un acceso difícil a los servicios de salud de sus conciudadanos, el doctor Jacques Tremblay decidía crear, en el barrio Saint-Sauveur de la ciudad de Québec, la Cooperativa de Salud de Québec, que permitía a sus miembros, mediante el pago regular de una prima, tener acceso a la expertise de un médico. A mediados de los años 1950, la cooperativa se transformó en una mutual de seguro, al desarrollar productos de seguro-salario y seguro de vida. La implantación por el Estado del programa de seguro de hospitalización, en 1961, incita la SSQ a modificar de nuevo su oferta de servicios, eliminando el seguro de salud para evitar duplicar los servicios ofrecidos por el Estado (Ouellet et Vallières, 1984). Adaptándose a las necesidades cambiantes de sus miembros y al nuevo programa de seguro-medicinas implementado por el Estado, la SSQ propone desde hace algunos años, un programa de seguro-medicinas complementario.

La historia de algunas organizaciones colectivas en el sector de la salud nos ilustra igualmente sobre su preocupación por refinar el modelo mediante una interpenetración de los universos público y colectivo. Es el caso de organizaciones de salud de primera línea en el Québec. En el contexto de la agitación social que caracterizó los años 1960 en el Québec, varias clínicas populares surgieron. Querían diferenciarse de los consultorios privados de los médicos y de su enfoque curativo, y practicar una medicina más orientada hacia la prevención y ofreciendo un poder decisional más importante a los usuarios (Boivin, 1988). A principios de los años 1970, inspirado en las recomendaciones de la Comisión Castonguay-Nepveu, el Estado quebequense implanta la red de los Centros Locales de Servicios Comunitarios (CLSC). El desarrollo de esta red se traduce, en la práctica, en la recuperación por el Estado del modelo de organización colectiva de los servicios de salud y los servicios sociales. Sólo la Clínica Comunitaria de Pointe-St-Charles, en Montreal, sobrevivirá en parte a este proceso de estatización de los servicios de primera línea. Sin embargo, un cuarto

de siglo más tarde, en 1995, ciudadanos de la municipalidad de St-Etienne-des-Grès, privados de servicios de salud cercanos, retomaron la práctica cooperativa al crear la cooperativa de servicios de salud Les Grès⁵. Estos ejemplos ilustran el paso de un modelo de organización colectivo, a una forma pública de prestación de servicios de salud, siendo luego retomado el modelo colectivo pero para responder a necesidades contemporáneas.

Así, más allá de la asimilación o desaparición de la organización colectiva en el sector de la salud, la historia muestra cierta recurrencia de este modo de prestación de servicios así como una capacidad de adaptación del modelo a las problemáticas sociales e institucionales. La sección que sigue presenta dos modelos contemporáneos de organizaciones colectivas en el sector de la salud y los servicios sociales.

Modelos colectivos innovadores en el Québec

Desde finales de los años 1980, una nueva generación de empresas colectivas, cooperativas y organizaciones sin fines de lucro (OSFL), ha surgido en el campo de la salud y los servicios sociales. Estas organizaciones se diferencian de las anteriores en cuanto a las actividades realizadas y el carácter de su membresía.

En lo que se refiere a las cooperativas, un primer grupo de empresas surgió en el sector del transporte por ambulancias. Estas cooperativas, creadas con el apoyo de la central sindical CSN, tenían como objetivo “civilizar” un sector reconocido por sus difíciles relaciones de trabajo (Comeau, 1991). Las cinco cooperativas de trabajo, creadas entonces en igual número de regiones del Québec, gradualmente han consolidado el conjunto del sector, y esta red constituye ahora la mayor empresa de ambulancias del Québec.

Es igualmente a principios de los años 1990 cuando aparecen las primeras cooperativas activas en los servicios a domicilio para las personas mayores. Su rol de proveedoras de servicios domésticos a domicilio (preparación de comidas y limpieza) era por otra parte reconocido en las prioridades de acciones de un gran encuentro multipartita (Estado, sindicatos, patronos, movimiento comunitario, movimiento cooperativo), la Cumbre sobre la economía y el empleo de 1996. Este reconocimiento abrió la puerta a la creación de un programa de ayuda gubernamental, el Programa de Exoneración Fiscal para los Servicios de Ayuda Doméstica (PEFSAD), que desde entonces permitió la creación de un centenar de empresas de economía social en servicios a domicilio (EESAD) que se distribuyen, de manera casi igual, entre los estatutos de OSFL y de cooperativas. En 1996, las cooperativas así creadas se estructuraron más formalmente en una red provincial, la Federación de cooperativas de servicios a domicilio del Québec.

Bajo otra forma, la iniciativa de los residentes de la localidad de St-Etienne-des-Grès, en 1995, ha permitido el desarrollo de un concepto innovador de cooperativa de servicios de salud que ha sido replicado en otros lugares. Pues luego de su crea-

ción, otras cooperativas del mismo tipo han sido creadas. También se han desarrollado otros modelos organizacionales, pero aún no han sido reproducidos. Por ejemplo, la cooperativa de solidaridad en cuidados enfermeros *Multi-Santé* del Québec metropolitano, la cooperativa de medicina alternativa *Santé Globale* ubicada en Montreal, así como la Cooperativa de trabajadores del *Pavillon de Beauharnois*, residencia cooperativa para personas mayores (Girard y Garon, 2000). Con la excepción de las cooperativas de servicios a domicilio que nacieron en el marco de un programa gubernamental particular, el PEFSAD, estas otras cooperativas nacieron esencialmente de la voluntad y del compromiso de actores locales, que reinventaron el modelo cooperativo, en muchos aspectos. El cuadro 3 presenta el perfil de las cooperativas activas en el campo de la salud y los servicios sociales.

Cuadro 3
Las cooperativas en el campo de la salud y los servicios sociales
Québec 2002⁶

Sector de actividad	Tipos de cooperativas (número)
Cooperativas de servicios de salud	Usuarios <ul style="list-style-type: none"> • Cooperativas de servicios de salud (5) Solidaridad <ul style="list-style-type: none"> • Cooperativa de cuidados a enfermeros (1) Trabajadores <ul style="list-style-type: none"> • Cooperativa de medicina alternativa (1) • Cooperativas de técnicos ambulancieros (5) • Cooperativa de hospedaje de larga duración⁷ (1)
Cooperativas de servicios sociales	Usuarios <ul style="list-style-type: none"> • Cooperativas de servicios a domicilio (11) Solidaridad <ul style="list-style-type: none"> • Cooperativas de servicios à domicilio (27) Trabajadores <ul style="list-style-type: none"> • Cooperativas de servicios a domicilio (3)

En los párrafos que siguen, presentamos más en detalle dos modelos quebequenses innovadores en materia de prestación de servicios de salud y servicios sociales: las cooperativas de servicios de salud y las cooperativas de servicios a domicilio.

Las cooperativas de servicios de salud

En un sector reglamentado como lo es el de la salud, la creación de la cooperativa de servicios de salud *Les Grès* representa una hazaña y el producto de una

fuerte determinación de actores locales. Privados de servicios de salud luego de la jubilación del único médico activo en la localidad de Saint-Etienne-des-Grès, los residentes de esta municipalidad de 4.000 habitantes ubicada en la Mauricie, entre Trois-Rivières y Shawinigan, hacen primero un llamado a sus dirigentes locales para resolver el problema de esta ausencia de servicios esenciales. El resultado revela un fuerte nivel de innovación y experimentación: crear una cooperativa en el campo de la salud que tendría como misión operar una clínica alquilando espacios a profesionales, creando así un entorno favorable a la práctica médica. Los promotores de este proyecto ambicioso para una pequeña localidad, sin equivalente en el Québec y además ubicado en un espacio ocupado en su totalidad por el Estado y el sector privado con fines lucrativos, iban a tener que demostrar una gran imaginación para superar los numerosos obstáculos que se presentaron en el camino hacia la concretización de este proyecto.

Así es como, desde los inicios, las autoridades gubernamentales expresaron serias reservas sobre la pertinencia de la emisión de una normativa para la realización de este tipo de proyecto, ya que, desde el punto de vista de los funcionarios del Estado, su objeto no parecía lo suficientemente claro, considerando que no se trataba de ofrecer directamente un servicio sino más bien de facilitar el acceso a un servicio. Luego de repetidas representaciones, se reconoció finalmente su carácter innovador y experimental, y se aceptó otorgar el estatus de cooperativa al grupo de promotores. La creación de la cooperativa *Les Grès* es el resultado de una coalición de líderes locales. Su pertinencia y el reconocimiento de su importancia estratégica para el futuro de la localidad han originado una fuerte movilización de los actores locales (autoridades municipales, director de la Caja Popular, clero, etc.) y un aporte de recursos (prestamo de personal, plazo para la cancelación de los impuestos municipales, crédito hipotecario en condiciones ventajosas, donaciones, etc.). A este respecto, el liderazgo de la municipalidad, pero sobre todo del director general de la caja ha contribuido sustancialmente a la realización del proyecto.

El éxito de un proyecto de esta naturaleza descansa en gran parte en la capacidad de los promotores para movilizar un sector importante de la población en torno a un compromiso concreto y duradero. En el caso de la cooperativa *Les Grès*, los líderes demostraron una gran creatividad al utilizar los recursos colectivos existentes para asegurar la promoción del proyecto. Así, además de los firmantes de una petición, se puso a contribución la red de socios de otra cooperativa, la Caja Popular de la localidad, para acelerar y facilitar el proceso de reclutamiento de los socios. Así, muy rápidamente, la cooperativa llegó a superar los mil miembros.

Sin duda, uno de los aspectos más originales del proyecto ha sido su modo de financiamiento. En una voluntad de separarse claramente del Estado, los promotores favorecieron una independencia económica de la cooperativa, que debía conseguir por sí sola el capital necesario para la construcción del inmueble. Luego debía poder financiar las operaciones corrientes mediante el alquiler de los locales. Así los mismos socios aseguraron el financiamiento del proyecto. Sin esperar la participación de un

tercero, en este caso el Estado, los mismos socios contribuyeron a la capitalización de la empresa en la magnitud de 125.000\$, bajo la forma de certificados reembolsables. Constituyeron así un capital inicial para la construcción de la clínica. El resto del monto necesario para la inversión inicial, calculada en algo más de 700.000 \$ ha sido objeto de un préstamo hipotecario. La estructura de gobernanza que caracteriza esta organización es igualmente inédita en el universo de la prestación de los servicios de salud. Más que una simple asamblea de información, como en el caso de los CLSC, la cooperativa está bajo la autoridad última de la asamblea general de miembros, asamblea decisional. La cooperativa *Les Grès* ha desarrollado el concepto de consejo de administración ampliado, siendo este último formado por varias partes interesadas, y en particular representantes de los ciudadanos, la municipalidad, la Caja Popular y un médico. Así, este órgano decisional adquiere igualmente el carácter de un lugar de diálogo entre ciudadanos y profesionales de la salud (Comeau y Girard, 2000).

Finalmente, en lugar de limitarse a las necesidades médicas inmediatas que estuvieron en el origen del proyecto, los promotores ampliaron el campo de acción de la cooperativa al desarrollar una clínica multiservicios que permite a los ciudadanos satisfacer en un mismo lugar varias de sus necesidades en materia de salud. Esta configuración adaptada y ampliada de oferta de servicios de salud dio entonces origen a una clínica, propiedad de la cooperativa y administrada por ella, que agrupa los servicios de una farmacia, un psicólogo, un odontólogo, un centro óptico, una clínica de fisioterapia, así como consultorios médicos. Entre estos servicios, sólo la fisioterapia es ofrecida directamente por la cooperativa; los demás profesionales, incluidos los médicos, son inquilinos⁸.

Luego de seis años de operación, los resultados superan, y de lejos, las expectativas de los promotores. El número de historias médicas sobrepasa las 15.000. Este éxito ha incitado a los dirigentes de la organización a abrir un centro de servicios en otra municipalidad. Además, persiguiendo el desarrollo de sus actividades, en función de la evolución continua de las necesidades de sus miembros, la cooperativa *Les Grès* obtuvo un contrato de gestión para una casa de hospedaje de personas mayores de unas veinte camas. La obtención de un financiamiento público en 2002, sumado a una campaña de financiamiento, permitirá a esta cooperativa, en los próximos años, duplicar la superficie de su clínica principal. Hay que mencionar la asociación de la municipalidad a este proyecto, al comprometerse en arrendar una parte del nuevo inmueble para la instalación de una biblioteca municipal.

La experiencia de la cooperativa *Les Grès* no quedó aislada. Ha inspirado otros grupos que hicieron adaptaciones locales de este modelo. Así, en St-Cyrille de Wendover, cerca de Drummondville, los dirigentes de la cooperativa de servicios de salud prefirieron a la construcción de una nueva clínica, la adquisición de un pequeño hospital modular. Desplazado de la bahía James⁹, fue rearmado en el pueblo. Allí también el apoyo de la Caja Popular local ha constituido una condición de primera importancia en la realización del proyecto (Assoumou N'dong y Girard, 2000).

Tomando en cuenta las necesidades actuales de ciertas poblaciones, estas experiencias de cooperativas de servicios de salud podrían repetirse. Un sondeo, realizado en 1996 con la colaboración de la Unión de Municipalidades Regionales de Distritos del Québec, en las municipalidades de entre 1000 y 10 000 habitantes, demuestra que más de un centenar de estas municipalidades no disponen de servicios de salud cercanos (Girard, 1997).

Las cooperativas de servicios a domicilio

Luego de la Cumbre sobre la Economía y el Empleo de 1996, como lo recuerda un documento sobre el espacio de acción de la economía social, el desarrollo, en todas las regiones del Québec, de empresas de economía social de ayuda doméstica quería responder a tres objetivos principales:

“- Movilizar los actores locales para ofrecer servicios de calidad que respondan a las necesidades de ayuda de las personas en pérdida de autonomía, en particular para asegurar el mantenimiento a domicilio de estas personas.

- Asegurar la accesibilidad de estos servicios para los más pobres, por medio de tarifas apropiadas.

- Crear empleo duradero sin sustituir a los CLSC, a la vez que se lucha contra el trabajo informal” (*Chantier de l'économie sociale*, 2001).

El centenar de empresas de economía social de ayuda a domicilio que surgieron luego de 1996 han permitido crear más de 4.000 empleos y servir a 35.000 personas. Los datos que siguen están referidos más específicamente a las empresas que tienen un estatus cooperativo, o sea unas cuarenta organizaciones.

La actividad de las cooperativas de servicios a domicilio se concentra principalmente en la ayuda doméstica. La mayoría de estas, es decir veintisiete, adoptaron el estatus de cooperativas de solidaridad. Esto, de por sí, constituye una importante innovación. Pues este concepto rompe con el modelo tradicional de la cooperativa formada por un solo tipo de socios (usuarios o trabajadores). La cooperativa de solidaridad descansa más bien en la adhesión de miembros que mantienen con ella relaciones de diferentes tipos (usuarios de los servicios, trabajadores, etc.). Se trata entonces de una modalidad de gobernanza que obliga a arbitrajes y compromisos entre intereses que no son siempre compatibles, al menos a corto plazo (Girard 2001).

La naturaleza de los servicios ofrecidos por las cooperativas de servicios a domicilio ha sido objeto de ciertas adaptaciones originales. Así, frente a la evolución de las necesidades de sus miembros, algunas cooperativas no han vacilado en **ampliar su oferta de servicios** para incluir la asistencia y los cuidados a las personas. Es la orientación adoptada por la cooperativa de solidaridad *L'Interville*, en Cap-de-la-

Madeleine (Assoumou N'dong y Girard, 2000). Por su parte, privilegiando la intercooperación, la *Cooperativa de la Rive-Sud*, ubicada en Lévis, ha desarrollado un partenariado con la cooperativa de servicios de enfermeros de su localidad para ofrecer estos servicios (Girard y Garon, 2000).

La integración de nuevos servicios puede igualmente llevar a nuevas alternativas. Por ejemplo el envejecimiento de los miembros-usuarios de las cooperativas de servicios a domicilio ha conducido a la expresión de nuevas necesidades, entre ellas la de mudar su vivienda para agruparse en un mismo lugar. Inscribiéndose en esta lógica del servicio a los usuarios, la *Cooperativa de servicios a domicilio de L'Islet Nord-Sud* adquirió un inmueble capaz de contener una decena de unidades de vivienda y ofrece algunos servicios de asistencia para permitir a sus miembros semi-autónomos obtener una nueva vivienda más adaptada a sus necesidades. Este tipo de diversificación, en armonía con las necesidades de los miembros, tiene según toda probabilidad, un impacto positivo sobre la cohesión social (Girard, 2002). Esta cooperativa se involucró igualmente en un partenariado con las autoridades públicas de la salud de esta región, para ofrecer locales que serían alquilados a médicos.

Esta red de las cooperativas de servicios a domicilio demuestra una preocupación marcada por la prestación de servicios de calidad. La Federación de Cooperativas de Servicios a Domicilio del Québec ha completado la creación de un programa de certificación con la colaboración del Consejo Quebequense de Certificación¹⁰. Y el informe de una reciente comisión de estudio sobre la organización de los servicios de salud reconoce que una tal acreditación constituye realmente una garantía de calidad en la prestación de los servicios (Fédération, 2001).

Finalmente, estas organizaciones tienen una tendencia más natural a movilizar coparticipantes en la realización de su misión. Así, a título ilustrativo, el asociarse con la importante red de cooperativas de servicios financieros, el Movimiento Desjardins, ha permitido establecer una dinámica partenarial con varias de sus instancias. Numerosos jubilados del Movimiento Desjardins, el mayor empleador privado del Québec, se han involucrado en el proceso de arranque y la administración de cooperativas de servicios a domicilio. A nivel local, varias Cajas han brindado su apoyo mediante la puesta a disposición de recursos humanos y materiales, o las donaciones. Uno de los componentes corporativos del Movimiento Desjardins, Desjardins Seguridad Financiera, ha desarrollado para estas cooperativas un programa a la medida que prevé un apoyo financiero inicial a cambio del cual la cooperativa se compromete a hacer la promoción de algunos de sus productos de seguros.

Sobre algunas críticas del modelo colectivo

El modelo de organización colectiva en el campo de la prestación de servicios sociales y de salud es aún joven y relativamente embrionario, y sin embargo ya suscita reservas importantes de algunos actores del entorno institucional en el cual se inscri-

be. Entre estas, se puede observar cierto temor a que este modelo colectivo privado lleve finalmente a una **“desconstrucción” del sector público**, y en particular a un debilitamiento, incluso a un cuestionamiento, del rol y la pertinencia de los Centros Locales de Servicios Comunitarios (CLSC). Sin embargo, porque la organización colectiva, propiedad de sus usuarios, se inscribe en una lógica comunitaria cercana a la del sector público, su lógica de acción y de desarrollo es más compatible y complementaria de este último que de la empresa con fines de lucro.

Para otros, la empresa colectiva en el campo de la salud y los servicios sociales constituiría una amenaza para los empleos estables y bien remunerados de la función pública. Mientras uno de los objetivos del programa de ayuda al desarrollo de empresas de la economía social en el campo de los servicios a domicilio era luchar contra el trabajo informal y contribuir al desarrollo del empleo, se teme en algunos círculos, que los empleos así creados no sean más que una **sustitución**, con condiciones de trabajo menos ventajosas, de los empleos ya existentes en el sector público. Pero datos recientes sugieren que, en el campo de los servicios a domicilio, a pesar de la creación desde 1996 de miles de empleos en el seno de empresas colectivas, lejos de disminuir, los empleos en los CLSC han conocido un ligero aumento. Se teme también que estas organizaciones, en particular en el campo de los servicios a domicilio, hagan la competencia a los CLSC en un área que es de la competencia de estas instituciones, o sea la ayuda y los cuidados a las personas (Bousquet, 2000). Finalmente, en filigrana de los temores ya mencionados, se evoca de una manera más general, a través de este debate en torno a la pertinencia del modelo colectivo, una preferencia por la privatización de los servicios de salud. A este respecto, los partidarios del modelo colectivo de prestación de los servicios sociales y de salud se inscriben en una línea de pensamiento que distingue la privatización de las estructuras de prestación de los servicios de salud, de la disminución de la cobertura pública de ciertos servicios, lo que son dos cosas muy diferentes.

En el espíritu, definido arriba, de un modo transitorio de prestación de servicios, permanece el riesgo de que la organización colectiva sea eventualmente recuperada por la empresa con fines de lucro, una vez completado el trabajo de desarrollo del mercado. Pues en la corta y reciente historia de las cooperativas de servicios de salud en el Québec, se encuentra al menos un caso de cooperativa, que luego de años de esfuerzos para reclutar médicos e iniciar sus operaciones, se vio obligada a poner fin a sus actividades luego que los médicos hayan decidido instalarse más bien en locales alquilados a la municipalidad por una gran empresa farmacéutica.

Este último caso ilustra igualmente las dificultades a las cuales son confrontadas las empresas colectivas cuando se trata de reclutar médicos. Las cooperativas de servicios de salud sufren igualmente el problema del reclutamiento de médicos para trabajar en regiones del interior. Como lo revela un caso de empresa colectiva ubicada en las afueras de la ciudad de Rimouski, puede invertirse una energía considerable para luego sólo cosechar resultados mediocres (Girard y Garon, 2000).

Finalmente, aunque una de las características distintivas de la empresa colectiva reside en una estructura de gobernanza en la cual predominan los usuarios de sus servicios, no es menos cierto que el crecimiento de la membresía y de las actividades constituyen, para toda decisión democrática, un desafío al mantenimiento de la participación de los usuarios en las decisiones.

Conclusión

Este texto ha permitido presentar una nueva modalidad de organización de los servicios de salud y los servicios sociales, la empresa colectiva. Esta forma organizacional de propiedad colectiva, original en este campo en el Québec pero probada en otras regiones del mundo y en otros sectores de actividad económica, se ubica entre los polos clásicos que son la empresa pública y la corporación privada con fines de lucro. La empresa colectiva constituye, desde este punto de vista, una innovación institucional tanto desde el punto de vista del sistema de salud y servicios sociales quebequenses como a la luz de la práctica de las empresas quebequenses en general. Pues las organizaciones colectivas en el sector de los servicios a domicilio han sido entre las primeras en adoptar modelos de propiedad colectiva con diversos tipos de socios, como la cooperativa de solidaridad, rompiendo así con la tradición quebequense de membresía homogénea.

Las empresas colectivas del sector de la salud y los servicios sociales demuestran también innovación organizacional. Su estructura de gobernanza, democrática en la base (asamblea general formada por todos los miembros) y abierta a un conjunto de actores (internos o externos, usuarios o no, etc.) interesados por sus actividades, es susceptible de favorecer un enfoque más integrado y una pertinencia de su actividad en la comunidad. Además, esta variedad de integrantes contribuye en mejorar la calidad de las decisiones y asegurar cierta movilización en su ejecución, como lo demuestran las dos ilustraciones presentadas arriba.

El carácter a la vez privado y colectivo, así como la doble relación de uso y de propiedad (Vienney, 1994) que mantiene el miembro con su cooperativa marca fuertemente la filosofía de desarrollo de estas organizaciones. La organización colectiva combina el espíritu empresarial típico del sector privado y una lógica de acción colectiva que converge hacia el interés general característico de las empresas públicas. Esta lógica, más pluralista, se inscribe en la misión misma de la empresa colectiva cuyo objetivo es primero y ante todo satisfacer las necesidades de sus miembros.

Tal como lo ilustran algunas experiencias a las cuales hicimos referencia arriba, el eje de desarrollo estratégico de estas organizaciones sigue una lógica según la cual las necesidades del miembro-usuario están en el centro de las decisiones tomadas. La valorización del capital financiero suscrito es subordinada a la maximización del servicio a los miembros, dentro de las exigencias de rentabilidad. Aquí, las actividades de la empresa colectiva no son el reflejo del potencial del

mercado, sino de las necesidades expresadas por los propietarios-usuarios, lo que puede llevar a la escogencia de actividades muy diferenciadas e incluso no rentables en el mercado.

Las empresas colectivas en el sector de la salud y los servicios sociales poseen activos valiosos, formados por una red de colaboradores extendida y diversificada. La emergencia de una empresa colectiva en el sector de la salud y los servicios sociales es necesariamente el resultado de la movilización de múltiples redes de actores que contribuyen al proyecto mediante el aporte de competencias y recursos específicos, en calidad y en cantidad. Estas competencias “externalizadas” confieren igualmente a la empresa colectiva una gran capacidad de adaptación a las necesidades emergentes de sus usuarios. Las empresas colectivas se nutren entonces de los recursos de su comunidad en un proceso de ajuste continuo de sus actividades. Sin embargo, esta dinámica partenarial que hace accesible, a un bajo costo, una reserva de recursos casi inagotables, no es ajena a la misión misma de la organización como actor local. Objetivos a la vez transparentes y compatibles hacen más fácil y natural el ejercicio del partenariado con la comunidad (Vézina y Legrand, 2002).

Así, la empresa colectiva combina un conjunto de innovaciones. Propone muchas veces una oferta de servicios innovadora con respecto a las organizaciones públicas y privadas con fines de lucro, pero no es principalmente bajo este ángulo que demuestra su creatividad. Su originalidad proviene más bien de la configuración inhabitual de un conjunto de dimensiones organizacionales (posición en el universo de la salud y los servicios sociales, financiamiento, gobernanza, etc.), y de relaciones con el entorno (partenariados, etc.), y sobre todo de su capacidad para responder a necesidades no tomadas en cuenta por las organizaciones existentes. Y en esta materia no sólo se encarga de prestar servicios tradicionales, sino que para la empresa colectiva la noción misma de necesidad cubre una realidad más amplia, y al mismo tiempo juega un rol de movilización en la comunidad.

Innovación institucional e innovación organizacional, la empresa colectiva en el sector de la salud y los servicios sociales se presenta como una forma de organización moderna que posee ciertas ventajas en este espacio de experimentación y desarrollo que está creciendo en el universo de la prestación de servicios de salud. En este sentido, la recomendación del Grupo Arpin de un mayor reconocimiento por las autoridades públicas, de la contribución de estas empresas colectivas, encuentra todo su significado (Groupe, 1999). Sería muy difícil prever con exactitud lo que será nuestro sistema de salud dentro de algunos años. En la encrucijada de numerosas problemáticas (incremento de las necesidades y de los costos, importancia creciente de las tecnologías de la información incluyendo la tele-medicina, etc.), “preso” de las posiciones de algunos grandes actores institucionales (médicos, aparato administrativo y sindicatos), este sistema debería ser más permeable a la innovación, en particular cuando interpela otro actor importante, el usuario. ¿No podría el bien público, el interés común en el campo de la salud, pasar por una mayor complementariedad

entre la economía pública, la economía social y cooperativa, como lo propone Lorendahl (1997), al evocar la construcción posible de un nuevo modelo sueco de desarrollo?.

Notas

- ¹ Adaptación del artículo de Girard J.-P. y M. Vézina (2002), «Les entreprises collectives dans le secteur de la santé: innovation institutionnelle et innovation organisationnelle», *Montréal, Gestion, revue internationale de gestion*, vol 27, no 3, p. 44-52.
- ² Con el objetivo de protegerse de algunos comportamientos oportunistas susceptibles de causar perjuicios a la organización, algunas mutuales de salud africanas exigen que la adhesión sea de tipo familiar más que individual (Atim, 2000).
- ³ Los datos son tomados de United Nations (1997), Comeau et Girard (1996) et Atim (2000)
- ⁴ Algunos trabajos cuestionan por otra parte este argumento como motivación profunda del movimiento de desmutualización de las grandes mutuales. Ver, al respecto, la excelente publicación de la ACME (2001) que hace una crítica apretada de esta « supuesta » necesidad de las mutuales de desmutualizarse para mejorar su capitalización.
- ⁷ Esta experiencia se discute más extensamente en otra sección de este texto.
- ⁸ Adaptado de Girard et Garon, 2000.
- ⁹ Esta cooperativa desarrolló igualmente un programa de servicios enfermeros.
- ¹⁰ Algunos se sorprenden de que los médicos que ejercen en las cooperativas de servicios de salud no sean asalariados. Hay que saber que en el Québec, fuera de los CLSC, los médicos son empresarios individuales cuyos honorarios son directamente reembolsados por el Estado (RAMQ). La situación de la provincia de Saskatchewan (Canadá) difiere considerablemente a este respecto. Allí el Estado no opera directamente establecimientos públicos de salud de primera línea, como los CLSC en el Québec, y los médicos activos en el seno de las cinco cooperativas de salud actualmente en operación son asalariados de estas organizaciones que por otra parte reciben un apoyo financiero de la provincia para sus gastos de funcionamiento (Assoumou N'Dong et Girard, 2000).
- ¹¹ Donde había sido instalado, en una región despoblada, para prestar servicios al personal que trabajaba en la construcción de una importante represa hidroeléctrica (nota de la trad.)
- ¹² Una primera cooperativa ha sido certificada en 2001.

Bibliografía

ACME (2001). «Valuing Our Mutuality», Altrincham.

ASSOUMOU N'DONG, F., GIRARD, J.-P. (2000). *Développement coopératif comparé, Québec-Saskatchewan: Les formes organisationnelles des coopératives dans le domaine de la santé; la capitalisation des coopératives dans le secteur agro-alimentaire*. Sherbrooke, IRECUS, Université de Sherbrooke, Cahiers de recherche IREC 00-02, 138 p.

ATIM, C. (2000). *Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre*. USAID, Partnerships for Health Reform, Bureau International du Travail, BIT/STEP, BIT/ACOPAM, Alliance nationale des mutualités Chrétiennes de Belgique (ANMC), Solidarité Mondiale (WSM), 69 p.

BANQUE MONDIALE (1995). *Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance*. Washington D.C., 111 p.

BOIVIN, R. (1988). *Histoire de la Clinique des citoyens de Saint-Jacques (1968-1988)*. Montréal, VLB Éditeur, 259 p.

BOUSQUET, R. (2000). « Aide domestique et économie sociale. Remue-ménage ». *Recto-Verso*, mars-avril, p. 22-25.

CHANTIER DE L'ÉCONOMIE SOCIALE (2001). *De nouveau, nous osons... Document de positionnement stratégique*. Montréal, 26 p.

COMEAU, Y. (1991). « Les coopératives ambulancières au Québec ». Montréal, *Possibles*, vol. 15, no 3, p. 93-100.

COMEAU, Y., GIRARD, J.-P. (2000), «Une comparaison entre divers établissements de services de première ligne en santé au Québec (Canada)». *Annals of Public and Cooperative Economics/Annales de l'économie publique sociale et coopérative*, vol.71, no 3, septembre: 319-345.

COMEAU, Y., GIRARD, J.-P. (1996) *Les coopératives de santé dans le monde: une pratique préventive et éducative de la santé*. Montréal, Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM), Cahier de recherche, no 0396-074, 138 p.

- COMPARTIR (2002). «The participation of physicians and users in health management»
The Espriú Foundation Magazine, primavera 2002, no 44.
- FEDERATION DES COOPÉRATIVES DE SERVICES À DOMICILE DU QUÉBEC (2002),
Rapport annuel 2001, Lévis, 21 p.
- FEDERATION DES COOPÉRATIVES DE SERVICES À DOMICILE DU QUÉBEC (2001),
Rapport annuel 2000, Lévis, 21 p.
- GIRARD, J.-P. (2002). «Social cohesion, governance and the Development of Health
and Social Care Co-operatives». Genève, *Review of International Cooperation*,
vol. 95, no 1 : 58-64
- GIRARD, J.-P. (2001). « Cooperative tra sperimentazione e istituzionalizzazione ».
Impresa sociale, no 56, marzo-abril: 8-22.
- GIRARD, J.-P. (1997). *État de la disponibilité des services de santé au Québec, une
réflexion sur la contribution de modèles d'entreprises collectives à un virage
santé par et pour les citoyens*. Montréal, Chaire de coopération Guy-Bernier
(UQAM), *Cahier de recherche*, no 0197-081, 49 p.
- GIRARD, J-P, GARON, I. (2000), *Les coopératives dans le domaine socio-sanitaire au
Québec: portrait de la situation*. Montréal et Québec, *Cahier de recherche*,
Chaire de coopération Guy-Bernier (UQAM) et Direction des coopératives,
Ministère de l'Industrie et du Commerce, gouvernement du Québec, 43 p.
- GIRARD, J-P et VÉZINA, M. (2002).« Les entreprises collectives dans le secteur de la
santé : Innovation institutionnelle et innovation organisationnelle ». Montréal,
Gestion, revue internationale de gestion, vol 27, no 3: 44-52
- GROUPE DE TRAVAIL SUR LA COMPLEMENTARITÉ DU SECTEUR PRIVÉ DANS
LA POURSUITE DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX DU SYSTÈME DE
SANTÉ DU QUÉBEC (1999), *Rapport du groupe de travail*, Québec, 117 p. et
annexes.
- JÖNSSON, P.-O., MÖRNER WERNER, M. (2002). « Health promotion and health
prevention – anew field with future challenges for health co-operatives? »,
IHCO News, Newsletter of the International Health Co-operative Organisation,
1/02 : 4-5

- LORENDAHL, B. (1997). « L'intégration de l'économie publique et de l'économie sociale et coopérative : vers un nouveau modèle suédois? » en L. MONNIER y B. THIRY (dir.) *Mutations structurelles et intérêt général. Vers quels nouveaux paradigmes pour l'économie publique, sociale et coopérative ?*, Bruxelles, CIRIEC International et De Boeck Université: 73-88.
- O'BYRNE, D. (2001). « WHO and Health Promotion: Working with Co-operatives and Others NGO's » Organización Mundial de la Salud, ponencia presentada en el *International Health Co-operative Seminar*, Seul (Corea), 13 de octubre.
- OUELLET, L., VALLIÈRES, M. (1986). *SSQ mutuelle d'assurance-groupe 1944-198. L'histoire d'un succès collectif*, Ste-Foy, SSQ mutuelle d'assurance-groupe, 147 p.
- QUÉBEC (1997), « Loi sur les coopératives ». L.R.Q., chapitre C-67.2, Éditeur officiel du Québec.
- SOCIÉTÉ-CONSEIL MAHEUX-NOISEUX (1989). *Les enjeux de la démutualisation*. Informe de investigación preparado para el Consejo de la Cooperación del Québec y el Consejo Canadiense de la Cooperación, 123 p.
- UNITED NATIONS (1997). *Cooperative Enterprise in the Health and Social Care Sectors, A global survey*, New-York, 176 p.
- VAILLANCOURT, Y. (1996). « Sortir de l'alternative entre privatisation et étatisation dans la santé et les services sociaux » en B. Eme, J-L. Laville, L. Favreau et Y. Vaillancourt, *Société civile, État et Économie plurielle*, Paris/Montréal, CRIDA/CRISES, pp. 147-224.
- VÉZINA, M., LEGRAND, C. (2002). « Capacités dynamiques et gestion frontalière : Le cas d'une institution financière québécoise », ponencia presentada en el marco del congreso anual de la *Association internationale de management stratégique*, Paris, mai 2002.
- VIENNEY, C. (1994). *L'économie sociale*. Paris, La Découverte, 124 p.