

Lecciones de una década de reformas sanitarias en los países postcomunistas^(*)

Antonio Durán^a, Ana Rico^b

^aTécnicas de Salud. ^bObservatorio Europeo de Sistemas Sanitarios

Resumen

Objetivos: La finalidad del artículo es evaluar las reformas sanitarias llevadas a cabo en los países del Centro y el Este de Europa durante la última década. Para ello: a) se estudian los retos sanitarios y sociales en la región; b) se describen las relaciones entre instituciones internacionales y políticos nacionales en el proceso de reforma; c) se examina la implantación de reformas en Atención Primaria; d) se evalúan los resultados preliminares de las reformas; y por último, e) se proponen algunas estrategias de re-orientación de las reformas en la región.

Metodología: Revisión de la literatura y trabajo de campo en la región.

Resultados: El diferencial de mortalidad entre Europa Occidental y Oriental aumentó rápidamente durante la transición económica y política en los 90. Los problemas heredados del anterior sistema se exacerban debido a la crisis. Las instituciones internacionales, y en particular el Banco Mundial, dominaron la agenda política, y como consecuencia, los objetivos de reforma (que se desarrollaron y ejecutaron a un ritmo muy rápido) respondieron más a esquemas teóricos e ideológicos a priori que a las necesidades sanitarias y a los problemas prácticos de la oferta sanitaria en la región. Un ejemplo es la privatización y descentralización municipal de la atención primaria, que al menos inicialmente, han contribuido a exacerbar los problemas de coordinación entre niveles, la crisis financiera de las aseguradoras, y las restricciones al acceso.

Conclusiones: Es necesaria una re-orientación de las estrategias de reforma sanitaria en la región para adaptarlas a los problemas específicos del contexto social y político en estos países. El momento es el adecuado dada la recuperación económica que se inició en la mayor parte de la región desde finales de los 90.

Palabras clave: Postcomunismo. Europa del Este. Salud en países postcomunistas. Reformas sanitarias. Sistemas sanitarios.

Summary

Objectives: The aim of the article is to evaluate health care reform in Central and Eastern Europe during the last decade. To this end, we a) study the specific health and social problems in the region; b) describe the relationships between international and national political actors in the reform process;

^(*) El contenido de los cuadros de texto incluidos en el artículo se basan, en parte, en la traducción directa de fragmentos de un trabajo anterior, Rico (2002) Primary care in pre-accession countries. Integrado en Mackee et al (2004).

c) examine the implementation of reforms in primary care; d) evaluate the preliminary results of these reforms; and e) propose some strategies to re-orient health care reform in the region.

Methodology: Literature review and field-work in the region.

Results: The mortality gap between Eastern and Western Europe increased rapidly during the economic and political transition in the 1990s, which also exacerbated the problems inherited from the previous system. International institutions, and in particular, the World Bank, dominated the health policy agenda. As a consequence, reform goals (which were rapidly approved and implemented), responded more to theoretical and ideological schemes than to the health care needs and supply problems in the region. An example is the privatisation and municipal decentralization of primary care. At least initially, these reforms have contributed to exacerbate coordination problems, the financial crisis of insurance funds, and access restrictions.

Conclusions: Health care reform strategies should be re-oriented to adapt them to the specific social and political problems of these countries. The current conjuncture is appropriate given the economic recovery initiated in most of these countries in the late 1990s.

Key words: Post-communism. East Europe. Health in post-communist countries. Health Care Reforms. Health Care Systems.

Introducción

La caída del muro de Berlín en 1989 constituyó el final de uno de los mayores experimentos de ingeniería social que la historia haya conocido: la estatización completa de la economía y su dirección por un partido único encargado (según su propia declaración) de llevar a la sociedad mundial a la liberación de las imperfecciones del mercado. Por extensión, el indudable fracaso que el rechazo del comunismo en la calle y en las urnas significaba abría un proceso de reconstrucción económica, así como de transición y reforma política con pocos precedentes en una población de varios cientos de millones de personas (Yergin y Stanislaw, 1998).

El presente artículo intenta hacer un avance de la experiencia en los últimos 10-12 años desde que la caída del llamado “Bloque del Este” desatara el proceso, en particular en el sector salud. Obviamente, tan corto espacio de tiempo no debería llevar a conclusiones apresuradas. La intención del presente texto es simplemente aportar un dibujo a trazos gruesos de un problema probablemente poco conocido en nuestro país: la interacción entre transición económica y reforma sanitaria en estos países. Debido a la amplitud temporal y territorial del problema que se analiza, puede haber en el texto generalizaciones no suficientemente matizadas. Los autores son conscientes de que al hablar de su propia experiencia pueden incurrir en subjetividades.

Por todo ello pedimos, explícitamente, disculpas al lector.

Problemas heredados y transición económica en el Bloque del Este

Debe decirse enseguida que, salvo notorias excepciones, la mayoría de las opiniones coinciden en que la capacidad del sector salud para abordar las nuevas necesidades derivadas de la transición a la economía de mercado y la democracia ha sido más bien pobre (Figueras et al, 2001). En parte, ese resultado está ligado a una situación de partida cuya gravedad hoy se asume que en su momento fue probablemente infravalorada.

El contexto fuera del sistema sanitario

En términos generales, la situación de los países ex-comunistas al inicio de la transición se caracterizaba por:

- Un aparato productivo arruinado y obsoleto. Fábricas enteras se hallaron de pronto ociosas no sólo por su baja productividad comparativa con los países occidentales, sino por la baja calidad de sus productos
- Una sociedad desmoralizada. Muchos coinciden en identificar las televisadas olimpiadas de Munich de 1976 como

la primera vez en que el Este de Europa pudo ver masivamente que lo que sus dirigentes les decían sobre la calidad de vida, la vivienda, los coches, parques, etc. al otro lado del muro no se ajustaba a la realidad. Progresivamente, muchas personas que habían creído sinceramente en la validez del experimento tuvieron que afrontar la realidad del fracaso del sistema, la revelación de los inaceptables niveles de represión política, la existencia de ventajas inaceptables por parte de la burocracia comunista, etc. (Preker y Feachem, 1995).

Los cambios políticos subsiguientes debilitaron aún más los eslabones de una cadena de comercio y transacciones económicas en el marco del COMECON que dio el golpe final a esos países. El rango de descenso del PIB en los antiguos países comunistas de los años subsiguientes fue de moderado (10% en Polonia, consecuencia de los precoces ajustes de los gobiernos de Solidarnosc) a brutal (una pérdida del PIB del 70% en Tajikistán o del 50% en Georgia). Diez años después muchos de los países seguían sin haber recuperado su PIB de 1989. Las figuras 1 y 2 dan una idea de la seriedad del problema.

La crisis económica generó además un debilitamiento rápido de la capacidad del Estado, como pone de manifiesto el des-

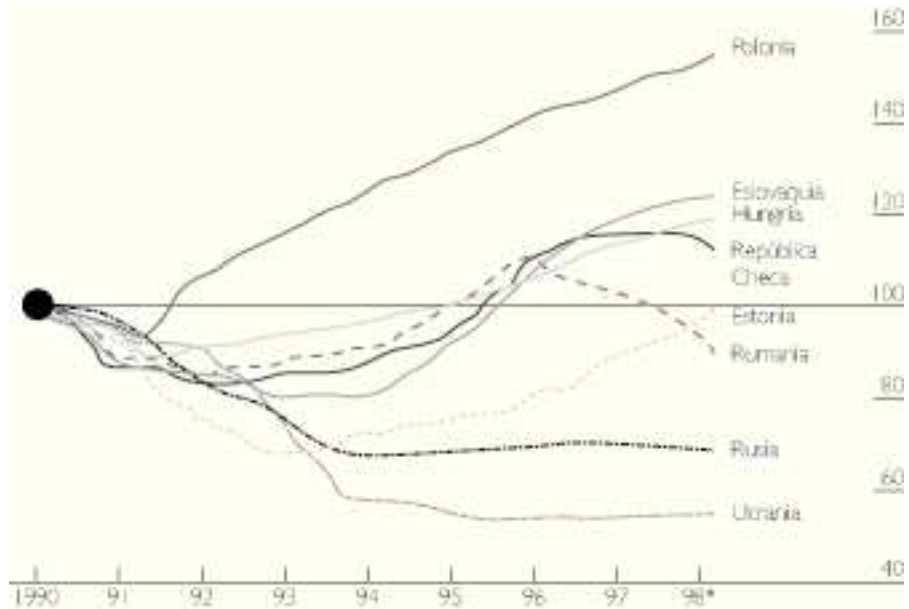


Figura 1. PIB a PPP en Europa del este (1990 = 100). *Estimado.
Fuente: World Bank; EIU, 1999.

censo brusco en la recaudación de impuestos (fig. 3). Ello produjo una crisis social de dimensiones extraordinarias, con generalización del paro y la pobreza. Es importante, sin embargo, entender la especificidad europea de esta situación. A diferencia de Latinoamérica, África o Asia, donde la evolución de la pobreza había sido lenta y profunda, los factores arriba anunciados generaron en los países ex-comunistas una crisis aguda, inesperada y sin precedentes. La pérdida de población de esos países (tabla I) fue in-

mediata, dando pie a una fuga de cerebros que a su vez complicaba las posibilidades de recuperación.

La pérdida de población refleja también el impacto implacable y sorprendentemente inmediato de la transición económica en términos de indicadores de salud, lo que condujo al empeoramiento repentino de un patrón de distanciamiento de los países europeos occidentales (fig. 4).

A ras de suelo, además, la paradoja crítica era que las expectativas de la gente

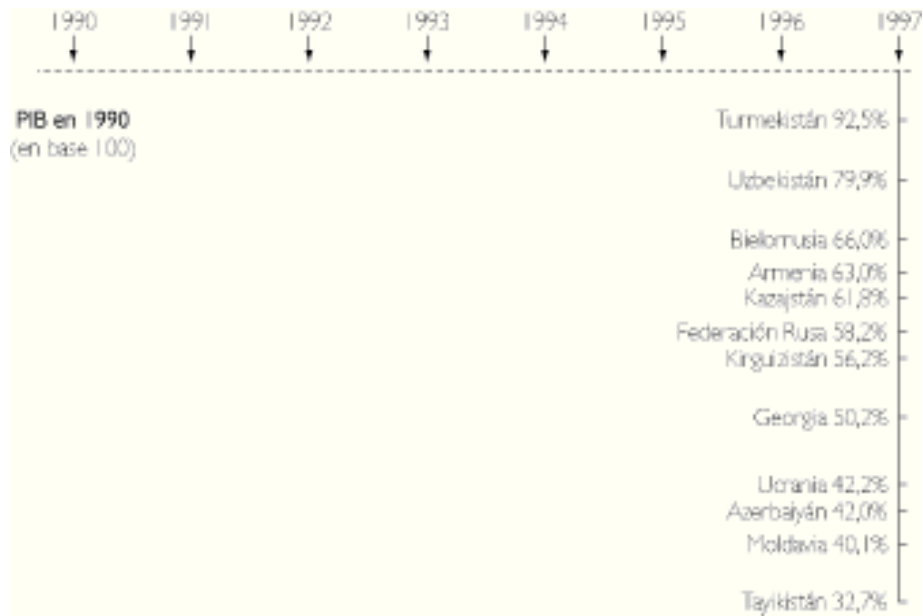


Figura 2. PIB en la antigua URSS, 1990-1997.

Fuente: Human Development Report for Central and Eastern Europe and the CIS 1999 (UNDP).

en esos países eran mayores que nunca en un momento en que los gobiernos no podían dedicar al sector los recursos necesarios, siquiera en términos de gastos corrientes; las indispensables inversiones de reconstrucción y reforma eran sencillamente impensables (Duran et al, 2002). Para complicar la situación, la frecuente aparición de turbulencias políticas, la poca estabilidad de los gobiernos en algunos países (ni uno sólo ha repetido mandato en Europa del Este por segunda vez), y la “excesiva” estabilidad en

otros (sólo perdió el poder en las repúblicas centroasiáticas de la ex-URSS), conformaron un contexto político inadecuado para abordar las reformas estructurales en los sistemas sanitarios, cuya necesidad se hacía más urgente a medida que avanzaba la transición económica y política.

La situación en el sector sanitario

El fracaso fue especialmente difícil de asumir por parte del sistema sanitario. El

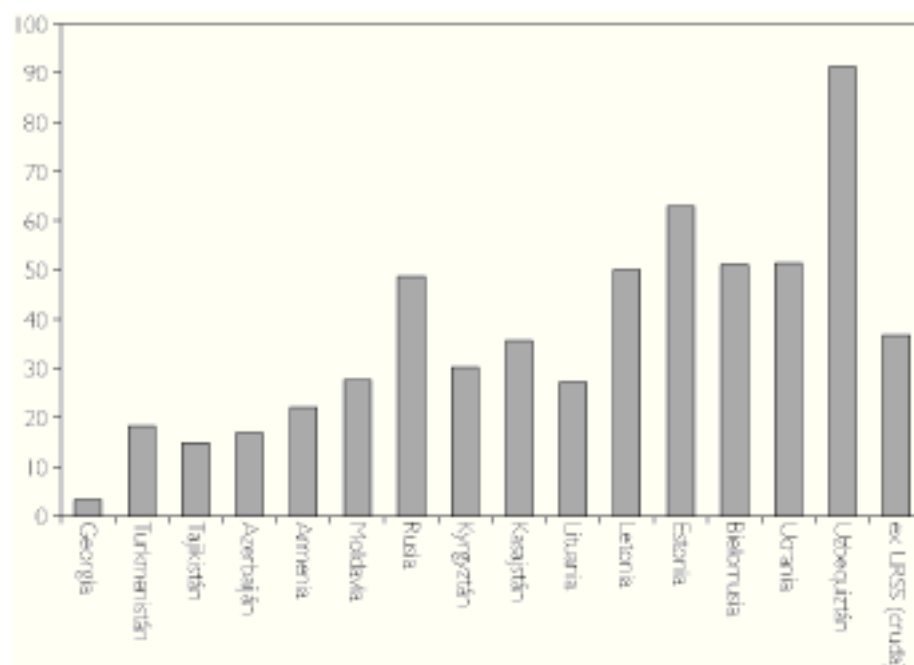


Figura 3. Descenso en la recaudación de impuestos. Antigua Unión Soviética 1991-1995 (1991 = 100).
Fuente: Ensor T; Thompson R. Developing Social Insurance in Eastern Europe. Health Policy 1998; 43:203-18.

País	1990	2001
Albania	3,28	3,11
Bosnia	4,47	3,77
Bulgaria	8,99	8,1
Croacia	4,77	4,43
Rumania	23,20	22,4
Rusia	147,91	143,76

Fuente: WHO-EURO, 2002, HFA Database.

Tabla 1. Población en algunos PCEE, 1990-2000, en millones

sistema de los partidos comunistas había conseguido algunos éxitos importantes en su lucha contra las enfermedades infecciosas y en actividades relacionadas con bienes públicos de bajo coste de efectividad, fuertemente ligadas a la centralización política (vacunaciones, control de aguas y saneamiento básico, etc.) el mismo mecanismo por el que el régimen de Castro, en Cuba, consiguió un notorio prestigio tras 1959) (Field, 1957). Cuando habían triunfado en esos campos, sus

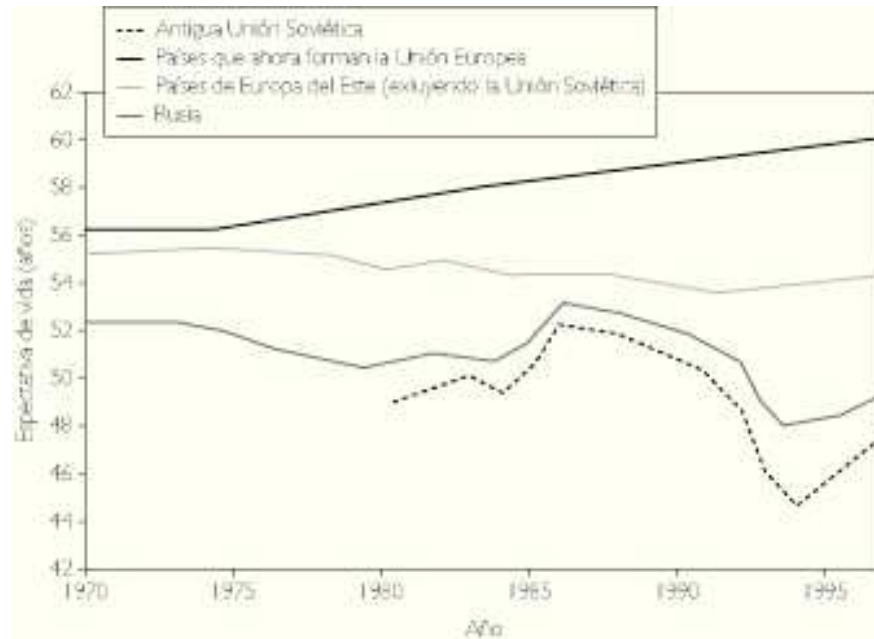


Figura 4. Expectativa de vida en Europa, 1970-1995. Varones.

Fuente: Marmot M, Bobak M. *International comparators and poverty and health in Europe*. *BMJ* 2000;321:1124-8.

sociedades les mostraban un rechazo frontal, en parte por causas ajenas al sector, que no es exagerado decir que les dejó estupefactos y sin capacidad de reacción.

Varios factores importantes deben ser tenidos en cuenta:

– Cabe destacar que el sistema sanitario comunista siempre estuvo comparativamente subfinanciado hasta su caída (2%-3% de un PIB mucho menor frente a un 6%-8% en Occidente). La razón de

ello fue la existencia de otras prioridades (en particular, la industrialización) y un concepto erróneo del sector sanitario como “no productivo”. Aunque no existen datos fiables de las tres primeras décadas tras la Segunda Guerra Mundial, la situación a finales de los años ochenta y principios de los noventa habla por sí misma (fig. 5).

– Aun así, en el terreno de la prestación de servicios personales el bajo coste de producción de los recursos huma-

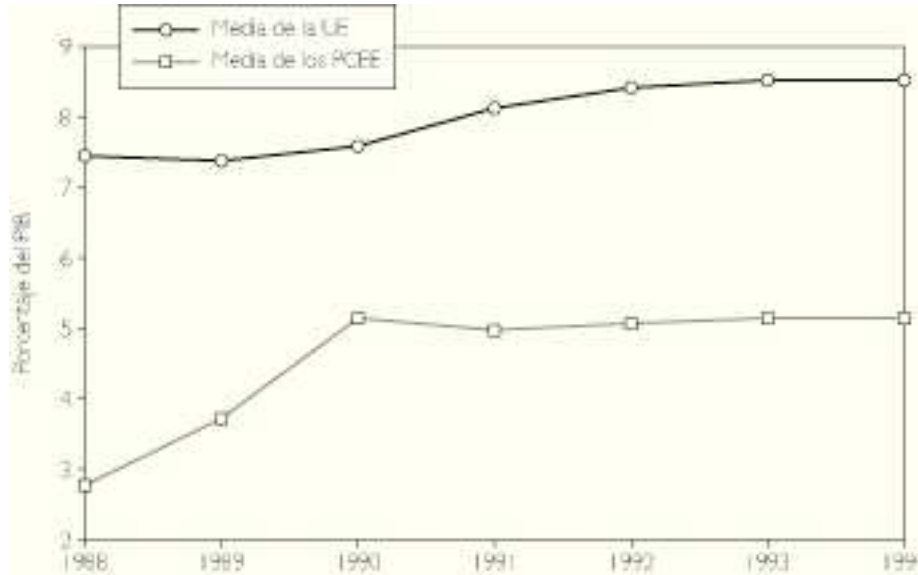


Figura 5. Tendencias en el gasto sanitario como fracción del PIB (%) en la Unión Europea y los países del centro y este de Europa, 1988-1994.

Fuente: WHO Regional Office for Europe, Health for All database, 1998.

nos y su baja retribución, posibles por el control político y policial, permitieron la provisión masiva de personal médico y paramédico. Ello fue especialmente aplicado a la medicina especializada, que los partidos comunistas (¡y Franco!) ofertaron copiosamente en forma de ambulatorios gigantescos. Las camas hospitalarias, por su parte, se reducían casi literalmente al mueble físico y una generosa dotación de personal, pero carente de tecnología. La Atención Primaria y comunitaria permanecieron débi-

les, fragmentadas organizativa y territorialmente, y subordinadas a la atención especializada. En las áreas rurales, además, la atención ambulatoria ha permanecido en muchos países en manos de asistentes locales paramédicos sin formación suficiente (Healey and McKee, 1997).

– El drenaje de recursos destinados al complejo militar-industrial en la década de los ochenta para intentar responder al empujón tecnológico de la coalición Reagan-Thatcher-Kohl significó una

agravación de la situación. Condenó al sector sanitario de los países comunistas a una profundización de la sequía financiera y desató la práctica generalizada de exigencia de pago bajo cuerda por parte de los profesionales en busca de rentas. Ni que decir tiene que este hecho firmaba la “sentencia de muerte” en términos de deslegitimación del sistema ante la población.

La transición económica supuso un marcado agravamiento de estas tensiones, al traer consigo una sequía financiera sin precedentes y un aumento repentino de las necesidades sanitarias de la población. Resulta especialmente preocupante el aumento de nuevos tipos de desigualdad, y en particular la acumulación de factores de riesgo derivados de la transición económica (tales como el desempleo, la pobreza, la inseguridad económica y la pérdida progresiva del control sobre el entorno y del apoyo comunitario) en los grupos más débiles. Ello explica que el aumento súbito de la mortalidad a partir de 1989 se concentre principalmente en los varones jóvenes de baja renta que viven en entornos urbanos, y por la vía de la combinación letal entre malnutrición y altas dosis de alcohol (McKee and Shkolnikov, 2001; Marmot and Bobak, 2000; Mackenbach et al., 1999; Hofmarcher, 1998).

Estrategias de reforma durante los años 90

La intervención de las instituciones internacionales

El hecho cierto es que, por muchas razones, derrumbada la URSS como su columna vertebral, esos países quedaron en manos de la ayuda que las instituciones financieras y políticas internacionales les quisieran prestar. Siendo realistas, más allá de las buenas palabras, habría sido simplemente ingenuo esperar que el desenlace de lo que había sido una guerra (fría, si se quiere, pero guerra al fin y al cabo) llevase a los vencedores de la misma a favorecer soluciones políticamente neutrales. Las potencias occidentales, comprensiblemente, pusieron en marcha una serie de mecanismos encaminados, entre otras cosas, a garantizar la irreversibilidad política de su victoria, mientras se ayudaba a las poblaciones a sobrellevar la crisis de la transición.

Escapa al ámbito de este documento el análisis con detalle los grandes alineamientos político-financieros y comerciales que enmarcaron la respuesta de Occidente a través del Fondo Monetario Internacional e instituciones similares; nos restringiremos a valorar la actuación de las agencias de Naciones Unidas directamente relacionadas con la salud.

Por su especificidad, también se hará una breve mención del papel de la Unión Europea. El sistema de Naciones Unidas se encontró en una posición difícil desde varios puntos de vista. En el plano organizativo, debía responder a los problemas específicos de los numerosos estados miembros surgidos de los cambios arriba citados. La Oficina Europea de la Organización Mundial de la salud (OMS), en particular, vio crecer el número de sus estados miembros de 29 en 1989 a 51 a partir de entonces (por los nuevos miembros surgidos de la escisión de la URSS, de Checoslovaquia y de Yugoslavia).

Sin embargo, la propia cultura de la organización constituyó un factor específico de lastre a este respecto: concebida tras la Segunda Guerra Mundial para mediar entre los dos grandes bloques, se había dotado de una estructura vertical jerarquizada y segmentada por programas temáticos (el modelo dominante en las organizaciones jerárquicas de décadas anteriores). El éxito conseguido en la erradicación de la viruela a finales de los setenta (precisamente una tarea para la cual la centralización jerárquica era positiva) contribuyó a posponer, si no impedir la necesaria actualización y reestructuración organizativa que habría sido indispensable para abordar con éxi-

to los nuevos retos. El énfasis obsesivo que los recién nacidos países pusieron en diferenciarse de la situación anterior, junto con las necesidades sanitarias distintas derivadas del impacto de la transición económica y política en la salud de los diferentes grupos sociales planteaba la necesidad de una agilidad organizativa y de una versatilidad intelectual de las que la OMS estaba francamente escasa. En franjas enteras de su burocracia pervivían los esquemas y métodos de la época anterior.

En el plano político, además, acusada más o menos abiertamente de apoyar las doctrinas emanadas del Este desde que a mediados de los setenta su director general, Hafdan Mahler, importara de China (según sus propias palabras) la doctrina de Atención Primaria de Salud, nunca fue dotada de los recursos necesarios para afrontar la tarea que se le abría. La escandalosa falta de liderazgo de Hiroshi Nakajima (el Director General que le sucedió) acabó de paralizar a la organización. En consecuencia, la OMS respondió con poca convicción y con menos recursos. En principio, mantuvo sus programas "verticales" ("multi-países"). Pasados unos años, cuando la necesidad de presencia en los países se hizo ineludible, en 1993 optó -reconocidamente por problemas financieros- por instalar

en los países únicamente cuadros nacionales sin cualificación en forma de oficinas de enlace dotadas con un profesional nacional y su secretaria (y en ocasiones, un chofer). Esta mezcla de enfoques generó una trayectoria bastante errática, causa de una influencia verdaderamente baja. Sin tiempo para reaccionar, además, vio como su papel de liderazgo en el terreno sanitario era cuestionado de facto por la irrupción en 1993 del Banco Mundial mediante el Informe *Invertir en Salud*.

Buscando apoyar técnicamente la generación de créditos específicos, el Banco se pobló de economistas, epidemiólogos, demógrafos y otros expertos en Ciencias Sociales directamente contratados por las Universidades Occidentales más prestigiosas. Este perfil técnico mucho más actualizado vino a sumarse a la importante ventaja competitiva derivada de su condición de Banco (esto es, de encargado de conceder los créditos). La actuación del Banco dejó pocas dudas desde el principio sobre el carácter político del mandato recibido: imponer un tipo de reforma sanitaria muy concreto a cambio del necesario apoyo financiero.

En términos precisos, la agenda del Banco se basaba en tres reformas radicales en el lado de la oferta en el sector sanitario, con el objetivo de fomentar la desintegración vertical y la competencia

de mercado: a) introducción de mutuas públicas o privadas de seguros inspirados en el modelo alemán; b) privatización de una parte de la provisión, en concreto de la atención primaria de salud, la asistencia dental y una parte sustancial de los medios de diagnóstico extrahospitalarios; c) descentralización política y fiscal basada en los municipios (atención primaria y comunitaria). El Banco Mundial no dudó en mantener esta agenda pese a repetidos avisos de la comunidad científicotécnica, en el sentido que su posición se alejaba de la evidencia acumulada por las ciencias sociales acerca del impacto de la privatización y la descentralización municipal en el sector sanitario, corroborada por la experiencia de un par de décadas en los países en vías de desarrollo. A pesar de ello, el Banco se embarca en un proceso de privatización radical del sector, muy rápido y no temperado por la experiencia práctica sobre el terreno (cuadro 1); lo mismo sucede en cuanto a la descentralización municipal, basada en niveles de autonomía fiscal que hacia finales de los años noventa representaba ya casi el doble de la media de los países de la OCDE.

Otras agencias de la ONU, como UNICEF, UNDP y también UNHCR en los casos de guerras, han estado presentes en el sector salud. Su actuación, sin

La privatización de los centros y servicios sanitarios públicos a profesionales, asociaciones y empresas independientes ha sido un tema de reforma de gran prioridad política a lo largo y ancho de la región, en parte debido a su popularidad en las sociedades postcomunistas, y en parte debido a la generosidad de los créditos internacionales orientados a promoverla. El empuje de la privatización se ha plasmado en la adopción de reformas rápidas en esta dirección en varios países de la región europea, empezando por la Atención Primaria. La literatura existente en este campo permite seguir el diferente ritmo y profundidad de la reforma en estos países. La República Checa en 1991, junto con Eslovenia en 1992, fueron países pioneros en este proceso. En 1994 un tercio de los médicos de familia checos ejercían ya como profesionales privados bajo contrato con el sector público; y en 1998 la cifra ascendía a dos tercios (Groenewegen et al, 2001). En Eslovenia, entre 1992 y 1996 pasaron al sector privado dos tercios de los médicos de familia (Istenic, 1998); y en 1999 la implementación de la reforma cubría ya al 100% de los médicos (Markota et al, 2001).

En Eslovaquia y Rumanía la reforma comenzó a implantarse en 1993-1994, pero progresó a ritmos diferentes. En Rumanía la aproximación fue más experimental y progresiva, y por ello considerablemente más modesta desde un punto de vista técnico. Para empezar, se pilotó durante 4 años, y en un 20% de los distritos, un plan de reforma integral de la Atención Primaria, que complementaba la privatización con mecanismos contractuales y sistemas de pago novedosos, así como con una inyección de recursos humanos y financieros. En 1998 tras una evaluación detallada de los resultados se abandonaron algunos de los objetivos iniciales (como garantizar un mayor porcentaje de recursos para la atención primaria o un mayor equilibrio rural/urbano), para acomodar nuevas presiones presupuestarias, y se modificaron de manera acorde algunas de las herramientas regulatorias y retributivas introducidas en la primera etapa. A partir de ahí, el nuevo plan de reforma comenzó a ser implementado de un modo gradual en todo el territorio, sujeto a evaluaciones y replanteamientos regulares en el ámbito nacional y local (Vladescu y Radelescu, 2001).

Desde mediados de los noventa, sin embargo, la trayectoria de la reforma en la región se caracteriza más bien por la privatización apresurada sin experimentación, evaluación o regulación previa. En Eslovaquia la privatización de la Primaria se completó en dos años (Jurgova, 1998). En Bulgaria, como en otros países de influencia soviética, la privatización se inició ya en el siglo veintiuno, pero se implantó también a un ritmo vertiginoso (Tanushev, 2000).

Fuente: McKee et al, 2004.

Cuadro 1. *El proceso de privatización de la Atención Primaria en la Europa postcomunista*

embargo, ha sido siempre esporádica, ligada a programas concretos en su ámbito de competencia (la infancia, los refugiados, etc.), pero sin intención de hacer frente al reto de replantear el sistema sanitario heredado.

Fuera de las Naciones Unidas, la Unión Europea tampoco ha tenido una actuación de fondo. Desde el principio se limitó a dar dinero para equipo e instala-

ciones, y sobre todo, para formación a países concretos. A tal efecto creó el programa PHARE (que toma el nombre de Polonia y Hungría) y luego intervino en toda la región, principalmente en los países en etapa de pre-acceso a la Unión Europea (cuadro 2). Es importante señalar que por desgracia para los países postcomunistas, los propios países europeos occidentales se hallaban poco equipados

El apoyo de las instituciones internacionales a la formación de los médicos de cabecera como especialistas en medicina familiar y comunitaria puede destacarse en este campo por su importancia estratégica para conseguir uno de los objetivos centrales de las reformas en la región: el refuerzo de la Atención Primaria (Oreskovic, 1998). De hecho, las mejoras en este campo han sido fomentadas a través del apoyo técnico y financiero de todas las instituciones internacionales implicadas en la región, incluyendo el Banco Mundial, la OMS, la Unión Europea y el *Open Society Institute*.

Un ejemplo interesante en este campo ha sido el programa PHARE de la Unión Europea. En Atención Primaria las ayudas se han concentrado de un modo selectivo en dos tipos de proyectos. En primer lugar, intervenciones integrales que aúnan reformas en los mecanismos de financiación, de contratación, de control de calidad y de los sistemas de información en Atención Primaria. Un ejemplo en este campo es la bien documentada experiencia eslovaca (Grielen et al, 2000) semejante a la promovida por el Banco Mundial en Rumanía (cuadro 1).

Los fondos europeos se utilizan, en segundo lugar, para mejorar la formación en Atención Primaria en dos tipos de subprogramas. De un lado, becas para financiar la formación clínica y de gestión de los médicos de familia en las Universidades y centros sanitarios de varios países de la Unión, especialmente en Gran Bretaña. De otro, ayudas para la creación de nuevos programas, cátedras, departamentos y centros de formación graduada y postgraduada en Atención Primaria. Jack et al (1998) y Goranov (1998) describen brevemente la implantación del programa en Hungría y Bulgaria respectivamente. Los casos de Polonia, Rumanía y Eslovenia están documentados en los varios capítulos sobre el tema incluidos en Goicoetxea (1997).

A pesar del objetivo compartido de reforzar la Atención Primaria, las estrategias que las instituciones internacionales han favorecido sobre el terreno han sido a menudo diversas, cambiantes, y caracterizadas por una descoordinación considerable. Por ejemplo, en Bosnia existieron tres proyectos de formación de cabecera superpuestos y no coordinados entre sí de 1996-1998. Las evaluaciones en este sector coinciden en señalar además que las intervenciones en formación deben ir acompañadas de políticas explícitas de reintegración e incentivación de los profesionales en el mercado de trabajo a su regreso. Los costes de no hacerlo de este modo pueden ser importantes, como ha puesto de manifiesto la emigración masiva de los profesionales mejor formados (con fondos públicos) de la Europa postcomunista a otros países en busca de mejores salarios y condiciones de trabajo.

Fuente: McKee et al, 2004. (En prensa.)

Cuadro 2. El refuerzo de la Atención Primaria y el programa EU PHARE

en 1989 para ayudarles, más allá de las transferencias económicas en sí. Se estaban viendo de pronto sometidos a unas presiones (nuevos retos demográficos, enfermedades emergentes y reemergentes, desarrollos tecnológicos y expectativas sociales) que en algunos casos lanzaron proyectos de reforma de los sistemas aún no acabados (Holanda, por ejemplo, empezó en 1986 su inconclusa

reforma, por no hablar de la inglesa o la española).

Cualquiera que fuese la razón, y más allá de las cuestiones ideológicas inmediatas, no había consenso sobre cómo abordar esa ayuda. Vale la pena señalar que el apoyo occidental se ha visto canalizado no sólo a través de las agencias internacionales, sino también a través de donaciones directas, en una nada despre-

ciable proporción a través de ONG. Sustanciales cantidades de dinero han sido donadas a organizaciones como Médicos sin Fronteras, Médicos del Mundo, etc. Sobre el terreno, y sin menosprecio del entusiasmo desplegado, el resultado ha sido, en todo caso, una ayuda con mejores intenciones que resultados. Y comprensiblemente, desde luego (¡por la propia naturaleza de las cosas!), el impacto de las ONGs sobre el rediseño de los sistemas sanitarios postcomunistas ha sido prácticamente nulo.

Evaluación preliminar de las reformas

El cuadro de conjunto de la ayuda occidental quizás ha tenido más oscuros que claros. Junto al indudable efecto beneficioso de la renovación tecnológica y la formación de decenas de buenos cuadros en técnicas de gestión hasta entonces completamente desconocidas en esos países, no han sido infrecuentes los programas literalmente superpuestos sin coordinación ni evaluación suficiente. No debe infravalorarse tampoco la repercusión de estas prácticas sobre la corrupción; en medio de una grave crisis económica, muchos nacionales tampoco han hecho ascos al abundante dinero fácil que los proyectos occidentales les ofrecían, dada la escasa monitorización ini-

cial del destino de los fondos (Enser y Duran, 2002). Dado que las ayudas financieras en la región han sido principalmente por la vía de créditos del Banco Mundial, el diseño de los proyectos de reforma ha supuesto una presión adicional sobre los escasos y menguantes presupuestos sanitarios públicos. Todo ello ha contribuido a disminuir la efectividad y aceptabilidad de lo propuesto por las organizaciones internacionales.

Durante la primera mitad de los años noventa, las estrategias de reforma promovidas por las instituciones internacionales respondieron más a esquemas teóricos e ideológicos *a priori* que a la evolución de las necesidades sanitarias y a los problemas heredados del sistema sanitario. El diferencial de mortalidad entre Europa Occidental y Oriental aumentó rápidamente durante la mayor parte de los noventa, debido principalmente a las consecuencias sociales de la transición económica y política. Los problemas heredados del anterior sistema sanitario se exacerban debido a la crisis. Dadas sus causas, parece razonable defender que el abordaje adecuado del aumento en las necesidades de salud requería una respuesta principalmente por la vía del refuerzo de la Atención Primaria y comunitaria, la prevención, y las iniciativas de lucha contra la pobreza.

Sin embargo, como ya hemos comentado, en un primer momento las prioridades fueron otras. La introducción muy rápida de reformas radicales a nivel “macro” (competencia entre aseguradoras, privatización, descentralización), sin un desarrollo simultáneo de los correspondientes instrumentos “micro” ensayados con éxito en otros países (ajuste de riesgo, topes en los pagos a proveedores y otros incentivos, regulación de precios, contabilidad analítica, gestión clínica, etc.), y en un contexto de aumento muy rápido de las necesidades de salud, trajo como resultado un aumento sin precedentes de la utilización y el gasto. El efecto combinado de la crisis económica y de la inestabilidad financiera desatada por las reformas resulta en la quiebra financiera de autoridades sanitarias, aseguradoras y proveedores en toda la región.

La consecuencia más directa es la introducción de restricciones importantes en el acceso, tanto a través de regulación (números máximos de visitas financiadas al año) como por la vía del aumento de los copagos formales e informales. Como resultado, desde mediados de los noventa la financiación asistencial en esos países recae ahora en proporciones muy altas directamente sobre el pago directo por parte de los ciudadanos (por ejemplo, un 29 % en Polonia, un 42 % en Ka-

zakistan, un 52 % en Rusia y más del 80 % en Georgia y Azerbaijón), lo que tiene consecuencias graves en términos de equidad y sostenibilidad de los sistemas. Las barreras al acceso han resultado también en una disminución general de las tasas de utilización de servicios, y en un endeudamiento progresivo de los grupos más vulnerables de la población (Lewis 2000).

Durante la segunda mitad de los noventa, y como consecuencia de las alarmantes consecuencias de la primera ola de reformas, el Banco Mundial inicia un cierto cambio de rumbo en sus objetivos de intervención, que en el ámbito sanitario se traducen en medidas de estabilización financiera y procesos de reintegración de aseguradoras y proveedores. Además, el aumento del protagonismo de la Atención Primaria y comunitaria ha constituido un objetivo político unánime en la región, y claramente priorizado por las instituciones internacionales. A pesar de la frecuente descoordinación entre iniciativas y programas de intervención, las medidas utilizadas están dentro del repertorio clásico utilizado en los países occidentales unas décadas antes: el aumento de la dotación presupuestaria y de los recursos humanos, la mejora en las infraestructuras educativas y en los programas de formación, el monopolio

Probablemente, el efecto más cuestionable de la descentralización municipal de la Atención Primaria, es que al quedar la atención hospitalaria en manos de agencias centrales y regionales, ha supuesto la introducción de barreras en la coordinación entre niveles, imprescindible para garantizar que la transferencia de tareas y responsabilidades al primer nivel se realice con éxito. En la mayoría de los países, además, la privatización ha supuesto la desintegración horizontal de los equipos multidisciplinares que operaban en este ámbito; y ello ha repercutido en algunos casos en el paso de las competencias de atención sociosanitaria del Ministerio de Sanidad a otros Ministerios (Svav, 1997; Markota et al., 1999). La evidencia existente para los países exyugoslavos y para los países escandinavos pone de manifiesto que la descentralización municipal puede exacerbar los problemas presupuestarios y de recursos humanos en Atención Primaria, en un contexto caracterizado por la competencia creciente entre niveles de gobierno por fondos públicos racionados (Jarvelin, 2001; Goicoetxea, 1997; Svab, 1997). Existe también evidencia fragmentaria y un amplio consenso en torno al hecho de que la descentralización y la privatización pueden fomentar la inflación de costes, especialmente bajo mecanismos de financiación y pago inadecuados. Ambas reformas comparten también la desventaja crítica de promover las desigualdades, especialmente en situaciones de insuficiencia presupuestaria crónica.

Ello no significa necesariamente, en cualquier caso, que ambas reformas no ofrezcan potencial de mejora para estos países. De hecho, varios países de la región, como Hungría, la República Checa, Polonia y los países Bálticos, han sido recientemente señalados como ejemplos de cómo la descentralización puede contribuir al desarrollo cuando se desarrolla bajo un marco regulatorio coherente y detallado en el diseño de micro incentivos, y con financiación central suficiente (Wetzel, 2001; Wetzel and Papp, 2000). En la misma dirección apuntan los resultados existentes sobre privatización de la Primaria en Eslovenia que subrayan el potencial de aumento de la satisfacción de los ciudadanos (Kersnik, 2000; Istenic, 1998), cuando el aumento de la autonomía financiera de los profesionales se acompaña de una expansión efectiva de los recursos financieros, humanos, organizativos y de poder de la Atención Primaria.

Fuente: MacKee et al, 2004. (En prensa.)

Cuadro 3. Interacciones conflictivas entre objetivos de reforma

de la función de filtro y puerta de entrada en el sistema, la integración horizontal con otros proveedores de Atención Primaria, la autonomía de gestión, los pagos capítativos con suplementos en base al pago por acto, y otros conceptos y la orientación comunitaria (McKee et al, 2004).

La evidencia preliminar disponible sugiere que a pesar de la orientación estratégica adecuada, las reformas en este campo no han tenido los resultados esperados. Primero y principal, debido al

efecto combinado de la escasez de recursos, el aumento de las necesidades y las restricciones en el acceso. Una segunda área de sombras se refiere a los efectos indeseados de otras reformas paralelas, como la privatización horizontal y la descentralización municipal sobre el objetivo de promover la Atención Primaria (cuadro 3).

Los esfuerzos realizados en los países de la región para efectuar una redistribución de recursos financieros y humanos hacia este ámbito han tenido escaso

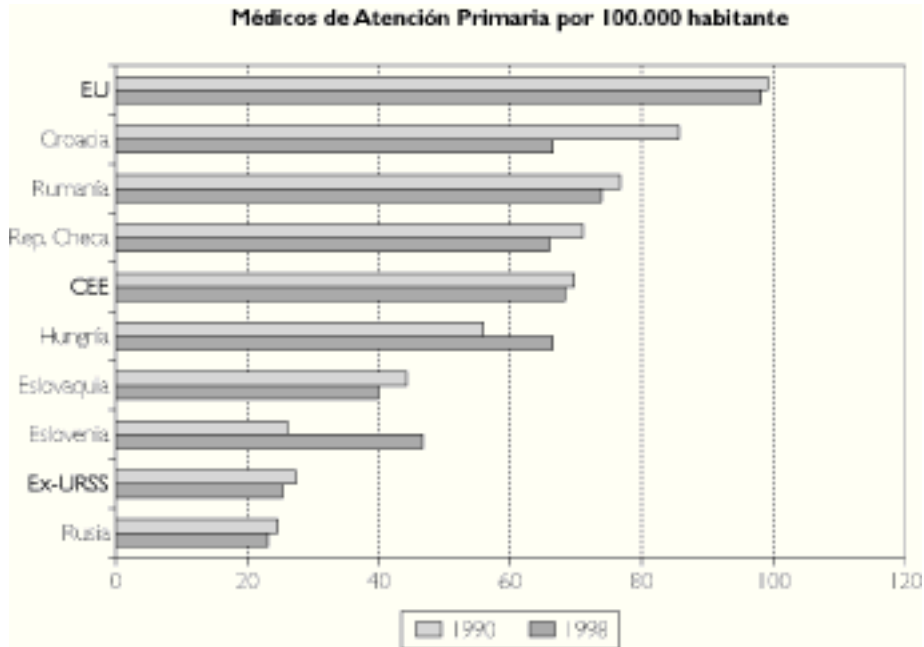


Figura 6. Evolución de los recursos humanos en Atención Primaria, 1990-1997.
Fuente: Health For All (HFA) database 2000, WHO-Europe.

éxito, debido principalmente a las barreras estructurales derivadas de la herencia hospitalocentrista soviética, compartidas en mayor medida en todos los sistemas sanitarios del mundo. Además, la quiebra financiera de aseguradoras públicas y privadas ha supuesto frecuentemente una reducción relativa de los recursos disponibles a este nivel, con menor músculo profesional y político. Un indicador crudo de la evolución en este campo es el descenso generalizado en el

peso relativo de los médicos de familia sobre el total (Reamy, 1997), así como en los ratios de médicos de familia por habitante en varios países de la región durante los noventa (fig. 6). Una versión más detallada del proceso político de implementación de las iniciativas de promoción de la Atención Primaria puede obtenerse a través del análisis desarrollado por Vladescu y Radelescu (2001) del interesante experimento de desarrollo integral de la Atención Primaria llevado a cabo en Ru-

manía, y de su fracaso relativo bajo la presión de reducciones bruscas en los presupuestos públicos.

En conclusión, pues, las reformas sanitarias impulsadas por las instituciones internacionales se enfrentaron (y en parte contribuyeron a agravar), durante este período, a una espiral relativamente intratable de aumento en la gravedad y complejidad de los problemas sanitarios en un contexto de creciente debilitamiento de los recursos públicos y de exacerbabión de las tensiones estructurales de los sistemas sanitarios sobredimensionados y obsoletos heredados del período anterior.

Presente y futuro de las estrategias de intervención en la región

En los últimos años parecen observarse signos importantes de esperanza en la evolución de esos países (por muchos matices que se le quiera poner a la afirmación) que se comentan a continuación. El factor decisivo es que ahora hay más y mejor información sobre los procesos en Europa del Este y Asia Central. Pese a los muchos errores cometidos, la persistencia de indicadores de salud aún decepcionantes, los incrementos de costes y un cierto sentido de cansancio tras las sucesivas olas de reformas, lo cierto

es que las poblaciones de los países postcomunistas siguen usando sus sistemas masivamente y confiando en lo fundamental de ellos. Es lo que puede derivarse de las cifras anuales de contacto con el médico de cabecera y utilización de los hospitales.

En segundo lugar se ha producido un proceso masivo de aprendizaje sobre desarrollo de la política sanitaria en el cambio de siglo y un análisis funcional de sistemas a nivel internacional, incluida la creación de una “caja de herramientas” para la reforma (ver, por ejemplo, el paquete informático *Policy Making* producido en 1995 por Michael Reid y David Cooper, así como la producción del Observatorio Europeo de Reformas Sanitarias [disponible en: www.observatory.dk]). Tercero, en los últimos años las grandes agencias internacionales afortunadamente parecen estar cambiando sus posicionamientos. La OMS, por ejemplo, ha mejorado su enfoque. De entrada, Gro Harlem Brundtland ha impulsado durante su mandato una agenda mucho menos dogmática que las anteriores, afrontando incluso acusaciones (no fundadas, en nuestra opinión) de estarse plegando a los intereses de las compañías farmacéuticas y de electromedicina (Horton 2002).

Tanto el Informe Mundial de la Salud, publicado en año 2000, como el Informe

de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, en diciembre de 2001, abren nuevas y prometedoras vías teóricas y prácticas. En la Región Europea, Marc Danzon, el Director Regional que sustituyó en el 2000 el mandato de 15 años de Jo Asvall, fue elegido con una agenda expresa de volcarse hacia las necesidades de los países miembros. Un ejemplo interesante de este cambio de orientación era ya la creación en 1999 de dos centros de investigación orientados a mejorar la información disponible sobre los sistemas y reformas sanitarias en los más de 40 países de la región europea: el Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios, con varios centros en Europa, y el Centro para la Promoción de la Atención Integrada cofinanciado por el gobierno catalán en Barcelona.

El Banco Mundial, por su parte, está corrigiendo y empieza a considerar explícitamente aspectos inauditos hasta hace sólo un par de años en cuanto a la necesidad de respetar el contexto y los procesos políticos de cada país. Sólo ahora acaba de empezar a poner en duda su altivamente defendida agenda, algo que la comunidad internacional ha acogido no sin sorna en algunos casos (“Sustaining Hope; Is the World Bank Turning Marxist?” *The Economist*: August 24, 2002; p. 56). El cambio de orientación es

el resultado de un proceso de maduración algo más largo dentro del Banco en torno a los resultados obtenidos en varias líneas de investigación novedosas en ciencias sociales, y especialmente en economía, como la capacidad de gobierno, la descentralización, la distribución de la renta, el capital social o la corrupción. Se agradece la transparencia con la que investigaciones y debates se ponen a la disposición del público en la excelente página web del Banco (disponible en: www.worldbank.org).

La UE ha desaparecido prácticamente del terreno de las reformas sanitarias para concentrarse en preparar el acceso de un alto número de países, según la agenda pactada en Sevilla en junio de 2002. En el marco de la ampliación prevista para el año 2004 ha emprendido un esfuerzo de homogeneización normativa en el campo de la salud pública y de desarrollo de los recursos humanos. También hay que destacar algunos proyectos prometedores en el campo de la homogenización de los sistemas de información, que empezaron con mucho impulso hacia finales de los noventa pero no siempre progresaron con el mismo empuje durante la década siguiente (como por ejemplo Health Data 2000 o el proyecto ISARE sobre información a nivel regional).

A la vista de la experiencia la solución a los problemas que aquejan a los países post-comunistas europeos y centroasiáticos sólo puede pasar por:

– Asegurar que la financiación deja de estar basada en los *inputs* para pasar a dotar de recursos sólo proyectos con resultados esperados cuantificados.

– Integrar en la medida de lo posible toda la ayuda extranjera en cada país y evitar la duplicación.

– Fomentar el sentido de posesión de la reforma por parte de los nacionales e involucrarlos financieramente en alguna medida en los proyectos.

– Seleccionar los terrenos de intervención con un carácter mucho más estratégico que hasta ahora.

– Diseñar paquetes integrales de reforma que tengan en cuenta todos los campos afectados por las reformas y procesos de implantación que dejen espacio y tiempo para la experimentación y la evaluación.

El reto que se plantea sigue siendo formidable; cómo se aborde en los próximos años marcará la diferencia.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Bobak M, et al. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social Science and medicine* 2000;51(9):1343-50.

Duran A, et al. Report on the Negative Experiences in Transition Countries. Technical Report n.º 8, World Bank Project on Bulgaria (Health Sector Reform Loan N.º 4565 Bul), Washington: World Bank, 2002.

Ensor T, Duran A. Fraud and Corruption as Challenges to Effective Regulation in the Health Sector. Regulating Entrepreneurial Behaviour in the Health Sector. Open University Press and European Observatory on Health Systems, 2002.

EUI-The Economist Intelligence Unit. Socioeconomic indicators. London: EIU, 1999.

Field M. Doctor and Patient in Soviet Russia. Cambridge: Harvard University Press, 1957.

Goicoetxea J. Primary health care development in southern Europe and its relevance to the countries of Central and Eastern Europe, World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen: The Office, 1993.

Groenewegen PP, Dixon J, Boerma WGW. The regulatory environment of general practice: an international perspective. In: Richard B, Saltman Reinhard B, Mossialos E, editors. Regulating

- entrepreneurial behaviour in European health care systems. Open University Press, 2002.
- Horton R. WHO, the Casualties and Compromises of Renewal? *The Lancet* 2002;359:1605-11.
- Jack, B, Nagy A, Varga Z. Health care reform in central and eastern Europe. *European Journal of General Practice* 1997;3:152-8.
- León DA. Common threads: underlying components of inequalities in mortality between and within countries., Socioeconomic inequalities in health. In: Leon D, Walt G, editors. Oxford, 2001; pp. 58-88.
- Mackenbach JP, Kunst AE, et al. Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study. *American Journal of Public Health* 1999; 89(12):1800-6.
- Markota M, Svab I, Sarain K. Slovenian experience of health care reform. *Croatian Medical Journal* 2001;40 (2): 190-4.
- Marmot M, Bobak M. International comparators and poverty and health in Europe. *BMJ* 2000;321:1124-8.
- McKee M, MacLehose L, Rico A. Health care needs and reform trends. In: McKee M, MacLehose L, Busse R, editors. *Health reform in pre-accession countries*. Buckingham: Open University Press, 2004. (In press).
- McKee M, Shkolnikov V. Understanding the toll of premature death among men in eastern Europe. *BMJ* 2001; 323(7320):1051-5.
- Pikhart H, Bobak M, et al. Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. *Journal of Epidemiological Community Health* 2001;55(9):624-30.
- Preker A, Feachem R. Market Mechanisms and the Health Sector in Central and Eastern Europe? *World Bank Technical Papers* 1995;293:18-43.
- Preker A, Jacab M, Schneider M. Health Financing Reforms in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union. In: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J, editors. *Funding health care in Europe*. European Observatory Series. Buckingham: Open University Press, 2002.
- Putz J. Primary health care reform in Poland. In: Goicoetxea J, editor. *Primary health care development in southern Europe: and its relevance to the countries of Central and Eastern Europe*. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen: The Office, 1993.
- Svab I. Reform of primary health care in Slovenia. In: Goicoetxea J, editor. *Primary health care development in southern Europe: Relevance to the countries of*

- Central and Eastern Europe. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen: The Office, 1993.
- Walberg P, McKee M, Shkolnikov V, Chenet L, Leon DA. Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. *BMJ* 1998;317:312-8.
- WHO-World Health Organization Regional Office For Europe. Health For All Database. Copenhagen: WHO, 2000.
- Yergin D, Stanislaw J. *The Commanding Heights*. New York: Simon and Schuster, 1998.