

Acerca de la transferencia de experiencias del oeste al este europeo. Algunos errores evitables al asesorar sobre reformas sanitarias

Antonio Durán^a / Juan Gérvas^b

^aTécnicos de Salud S.A., Sevilla, España; ^bEquipo CESCA, Madrid, España.

(About the transfer of Western experiences to the Eastern Europe. Some avoidable errors when advising on health-care reforms)

Introducción

El fracaso de la experiencia comunista en los países del este europeo dio pie a la intervención del mundo occidental en todos los ámbitos de la organización social en dichos países, desde la economía a la salud. Sin embargo, y sin quererlo, a veces ignorante en su origen y a veces arrogante en su destino, el viento del oeste ha provocado daños. Hubo aciertos (el primero y básico, responder a la necesidad de ayuda), errores inevitables (ligados a la falta de preparación para una situación brusca e insólita de desmoronamiento de un «imperio»), y errores probablemente evitables. Por todo ello, la transición a la economía de mercado y la organización política democrática fue más dura de lo esperado, y en algunos países todavía no ha terminado¹. Aun a riesgo de sobresimplificar, en el sector de la salud se provocó una morbilidad y mortalidad evitables y el descrédito del sistema sanitario²⁻⁵. Desde el punto de vista de la racionalidad, algunos vicios se siguen arrastrando, como la escasa implantación de la «nueva» atención primaria y el excesivo peso de los hospitales y los especialistas.

Nunca se sabrá si hubiera sido posible otro curso de acción, dadas las circunstancias. Pero al menos queda el recurso al estudio de los errores más obvios y evitables, que se repiten frecuentemente en las intervenciones de los países desarrollados. Tal análisis es el objetivo de este trabajo, que intenta hallar apli-

caciones al ámbito español y poner énfasis en la atención primaria de salud. Para dicho análisis se han utilizado las publicaciones ad hoc que se citan, la colección completa de los informes del Observatorio Europeo de la Organización Mundial de la Salud, Copenhague (Health Care Systems in Transition), así como el conocimiento de campo directo de los autores, a través de su actividad de consultoría internacional.

Situación de partida

La respuesta, en términos de servicios de salud, que las autoridades de la antigua Unión de Repúblicas Soviéticas Socialistas (URSS; Rusia más las naciones integradas europeas y asiáticas, desde los países bálticos a Uzbequistán), y del bloque comunista de Europa del este (Polonia, Hungría, Bulgaria, etc.), dieron a las necesidades de salud fue bastante homogénea. Durante más de 7 décadas en la URSS, y 4 en Europa central, hubo un sistema sanitario pensado para dar respuesta sobre todo a las enfermedades infecciosas. En síntesis, la anquilosis de esta «solución universal» se mostró definitiva cuando los países superaron el punto de inflexión epidemiológica que sus primeros logros acrecentaron, y hubieron de afrontar enfermedades sociales multicausales «crónicas», para las que el modelo no tenía respuesta. En ese contexto, el sistema sanitario perdió apoyo social, político y financiero, y se desmoronó¹.

La rígida estructura sanitaria subsistía, además, con recursos escasos (una financiación que nunca llegó al 3% del PIB, en tanto los países de la OCDE gastaban en torno al 6%, ya desde una década antes de la caída del «Muro de Berlín»)^{1,6}. Intentaba responder a las necesidades (casi) sin profesionales de la gestión, con un exceso de especialistas (p. ej., hasta 281 especialidades reconocidas en Georgia), agrupados por «progra-

Correspondencia: Juan Gérvas.

Equipo CESCA.

Travesía de la Playa, 3. 28730 Buitrago del Lozoya. Madrid. España.

Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

Recibido: 8 de febrero de 2006.

Aceptado: 30 de mayo de 2006.

mas verticales», poco versátiles, con un exceso de camas de hospitales de agudos (sin que la voz «cama» fuera nunca asimilable a la empleada en los países occidentales), y con pocas y poco cualificadas enfermeras. La atención primaria propiamente dicha (con un médico a cargo de la población) se reducía tan sólo a algunas áreas rurales remotas. Las policlínicas (los «centros de salud») respondían con la derivación masiva (hasta el 30%, comparada con el 7% en España y el Reino Unido) a los problemas de los pacientes, lo que alimentaba el hospitalocentrismo del sistema^{7,8}.

El sistema se rompió, sobre todo, cuando los médicos perdieron sus expectativas profesionales (por la escasa remuneración y la casi nula inversión en renovación de medios y edificios desde la década de 1960), y la población abandonó la esperanza de recibir atención de calidad, gratis en el punto de servicio. Los profesionales sanitarios, que nunca ganaron más que un obrero especializado, recurrieron al cobro «bajo cuerda», en negro, lo que hoy todavía es una lacra masiva en todos estos países. Esta lacra no es exclusiva de los países del Este, pues existió en España hasta finales de la década de 1990, sobre todo en áreas rurales, como Galicia, y pervive hoy en otros países occidentales, como Grecia⁹. Ese cobro ilegal significó una barrera económica que discriminó a casi toda la población, en tanto las élites (como políticos, militares, policías y metalúrgicos) tenían sistemas sanitarios aparte, lo que parece una más que notable exhibición de cinismo político para una sociedad oficialmente basada en la igualdad⁵. Cuando se empezaron a producir los masivos cambios que constituirían el fin de los países comunistas en Europa en 1989, dichas sociedades se encontraron con una estructura económica arruinada y obsoleta, un sistema sanitario empobrecido, unos profesionales sin expectativas y una sociedad desmoralizada.

La transición y sus errores evitables

La brusca caída de los regímenes comunistas en la década de 1990 dejó un vacío agravado por falta de experiencia en situaciones semejantes. Además, el fracaso del aparato del Estado (p. ej., incapaz de recaudar impuestos) coincidía con un aumento brusco de las expectativas de la población, propio de las situaciones de cambio social^{2,4}. Así, en una situación de pobreza en la que incluso se perdió el «colchón» social del antiguo régimen, sin casi tejido productivo, las aspiraciones a un sistema sanitario a «lo occidental» señalaban a Alemania como modelo¹⁰⁻¹³. Aún produce sorpresa leer las descripciones de las aspiraciones «inmediatas» de esos países a un sistema bismarckiano, fundado en la Seguridad Social con mutuas de obreros y empresa-

rios, que librara a los recursos estatales de la pesada carga sanitaria y destinase recursos «finalistas» al sector, sin interferencias políticas^{10,14,15}. Un sistema sanitario que diera libertad y autonomía a los médicos como profesionales independientes, y permitiese a la población la libre elección de médico, con acceso directo al especialista, y un copago «razonable». En la persecución de este ideal se produjeron, en nuestra opinión y al menos, 7 errores importantes.

El abandono abrupto del sistema previo

Puesto que se abominaba de la herencia comunista, políticos y ciudadanos, consultores y agencias internacionales rechazaron de plano la organización sanitaria^{1,10,16}. La idea era hacer tabla rasa y empezar de cero, dando por hecho que era imposible el cambio de una economía planificada a una economía de mercado conservando nada del sistema sanitario soviético, siquiera temporalmente¹⁰. En la esperanza del cambio se abandonó toda atención a la estructura y al personal (que pasó meses sin sueldo, y años sin directrices ni apoyo). En pocas palabras, se habló de reforma, pero se hizo una ruptura.

Visto con perspectiva, hubiera sido más prudente prestar atención a los centros y profesionales existentes, a su accesibilidad, y a garantizar un mínimo de asistencia a los ciudadanos, especialmente a los más pobres (p. ej., en Georgia había un servicio de evacuación urgente con helicópteros del ejército para las aldeas de zonas montañosas, que suelen quedar aisladas por la nieve hasta 6 meses; su abandono sin alternativa condenó a la muerte a los pacientes con emergencias vitales).

Como no podía ser de otro modo, por la política de tabla rasa, hubo países, como Hungría y la República Checa, donde la aplicación improvisada de competencia entre aseguradoras, mecanismos de pago para incentivar la productividad de los profesionales, etc., llevaron a los sistemas al borde de la bancarrota^{1,17}. Paradójicamente, sólo la intervención estatal (que tanto se rechazaba) mediante la inyección de enormes cantidades de dinero a posteriori pudo salvar del colapso el sistema sanitario de esos países. En muy pocos sitios se llevaron a cabo ensayos piloto que ofrecieran lecciones antes de imponer cambios decisivos (y donde se hicieron, como en Rumania, se confundieron con maniobras dilatorias de gobiernos conservadores poscomunistas para mantener el poder)^{1,6}.

Evidentemente, nunca es fácil transitar de una estructura rígida con financiación estatal a otra a través de mutuas, o privada, o de médicos funcionarios asalariados a considerarlos profesionales independientes con pago por acto o capitación^{6,10,11,17-19}. El modelo del

Durán A et al. Acerca de la transferencia de experiencias del oeste al este europeo. Algunos errores evitables al asesorar sobre reformas sanitarias

médico general inglés que administra un presupuesto público no era el más fácil de copiar, y mucho menos el del alemán (al que era obvio que incluso con un esquema de seguros había que «fijar» una población, como se ha hecho a comienzos del siglo XXI)^{1,12,17}. Incluso reconociendo las diferencias en la situación de partida, basta imaginar lo que sería en España un cambio tal en la atención primaria. Un cambio brusco se evitó precisamente en la reforma de la atención primaria española de 1984, que aprovechó lo previo como ladrillos básicos del nuevo edificio (p. ej., la existencia de un listado de pacientes, «cupo», por médico general, y un pago por capitación).

La creencia ingenua en la democracia política como sistema que conlleva, per se, la solución de los problemas sociales

La experiencia española enseña que la democracia no es sólo un sistema organizativo, ni el simple establecimiento de elecciones y partidos políticos, ni la separación de poderes, ni la libertad de prensa, ni la libertad de expresión. Es, sobre todo, una forma negociada de resolución de problemas con respeto a las minorías, sobre la que hay que construir paso a paso soluciones de transferencias de recursos entre grupos sociales que no siempre son sencillos de articular. La democracia es, asimismo, un *ethos*, un conjunto de valores a los que se adhieren los ciudadanos y los políticos. El indobritánico Amartya Sen, premio Nobel de Economía, habla de 5 libertades clave para el desarrollo democrático: libertades políticas (p. ej., prensa, reunión), facilidades económicas (comercio, distribución), oportunidades sociales (educación, salud), garantías de transparencia (evitar corrupción) y seguridad protectora (paro, pensiones)²⁰. Son esos valores los que facilitan la convivencia y el reparto de recursos, de forma que los distintos intereses se compensen entre sí y resulten tolerables las soluciones «menos malas» a que se llega²¹.

La existencia formal de la democracia, en una situación de carencia de estos valores, no soluciona ningún problema social; tampoco los del sistema sanitario. Una democracia limitada a sus expresiones rituales, como elecciones y demás, provoca «falsas soluciones», excesivamente beneficiosas para algunos, y suele acarrear nepotismo, corrupción y abusos de grupos de presión varios. No es raro, así, que el clima político se hiciera inmanejable, con turbulencias y cambios que hacían imposible mantener una reforma sanitaria (que requiere plazos razonablemente dilatados y ciclos políticos con una relativa estabilidad)^{1,16,19,22}. La constancia en el apoyo político (de partidos políticos de signo distinto) a un proceso tan complejo es una de las claves del éxito de la reforma sanitaria de la atención pri-

maria en España, si se la compara con la de Portugal, por ejemplo.

La omnipresencia de la corrupción, fomentada por la privatización sin poder de regulación

Todos los países precisan gobiernos eficaces, que mantengan el imperio de la ley, tengan el monopolio de la fuerza, ejerzan el control efectivo de todo el territorio, sean percibidos como legítimos, y puedan proporcionar servicios públicos e infraestructuras esenciales, para lo cual dispongan de capacidad de regulación. Esa regulación debe ser ejercida, sin embargo, con estricto respeto a los derechos de los ciudadanos y de los agentes sociales, sin permitir a nadie «extraer beneficio privado de detentar una posición pública». La corrupción desmoraliza, fomenta el mal gobierno, provoca pobreza y dificulta el establecimiento de la democracia²³.

La conducta intachable del regulador es especialmente importante cuando se fomenta la privatización, pues la corrupción es un caldo de cultivo muy pernicioso para dicha opción^{16,19,24}. Muy a favor de la privatización por razones ideológicas, sin embargo, la ayuda internacional para la reforma sanitaria en esos países tardó demasiado tiempo en reaccionar contra (y en algunos casos quizá convivió con) la corrupción. Con ello se contribuía al círculo vicioso que ha llevado a los países ex comunistas a ser incluidos por Transparencia Internacional entre los «suspensos» en lo que respecta a percepción de corrupción^{25,26}.

La corrupción en sanidad es un problema universal en los sistemas sanitarios²⁶. En nuestro país es una cuestión prácticamente no estudiada, aunque España ha hecho importantes progresos en la lucha contra la corrupción en las últimas décadas. Ahora bien, sería ingenuo asumir que ha desaparecido de nuestros hospitales y centros de salud (aunque sin duda es, en todo caso, incomparablemente menor que la existente en los países poscomunistas). Especular qué pasaría en un escenario de privatizaciones del sistema sanitario español escapa al ámbito de este documento.

La «ideologización» de las propuestas en ausencia de un modelo experimentado de reforma

Por múltiples razones (a fin de cuentas, se trataba del final de la «guerra fría» que uno de los dos bandos había ganado), las reformas sociales en los países poscomunistas se aplicaron desde una perspectiva de uniformidad en la que dominaban los programas de libe-

realización, estabilización y privatización, aplicados con más criterio ideológico que inteligencia práctica¹.

Obviando la experiencia de los países de la OCDE (donde el gasto sanitario público supera siempre con mucho al gasto privado), o el ejemplo de los países nórdicos (con un sector público muy potente, compatible con ser los líderes mundiales en lo referente a competitividad, innovación y falta de corrupción), pareció «olvidarse» que la privatización recomendable debería ser siempre moderada al principio. Aplicando de forma rígida la –por otra parte discutible– mayor eficiencia de lo privado frente a lo público, se aplicaron fórmulas privatizadoras masivas y rápidas en un contexto de crisis económica y volatilidad política²¹⁻²⁴. Ello condujo al ya citado abandono total del sistema previo, y a la extensión de la corrupción^{25,26}.

El principal desajuste se produjo en la reforma de la atención primaria, aceptada a cambio de apoyo financiero pero rechazada por la mayoría de la «clase médica»^{19,27-29}. Además, se acompañó de una descentralización política y fiscal a los municipios, lo que en el fondo significaba liberar lastre de los presupuestos centrales, y dejar la reforma en manos de lo que cada municipio pudiera dedicar a atención primaria¹⁶. En muchos casos, la atención primaria se aplicó (y se sigue aplicando) no como un programa horizontal polivalente, capaz de dar respuesta a los problemas de salud de la población, sino como un programa vertical más, del tipo de los previamente existentes en el mundo comunista orientados a servir problemas y clientes concretos (tuberculosis, mujer, niños, etc.). De hecho, por ejemplo, se han introducido programas como el «tratamiento directamente observado» para combatir la tuberculosis, típico de atención primaria, dependiendo de los especialistas de las estructuras verticales a cargo de los «programas» de tuberculosis⁸.

La tensión entre una organización sanitaria vertical (basada en especialistas) y otra horizontal (basada en generalistas, en la atención primaria) es mundial, y existe también en España y los países occidentales³⁰. El problema en los países del Este es que la atención primaria de salud parece condenada a librar una batalla por su supervivencia (más que por su desarrollo), dadas las diferencias de recursos en cada subsector.

Énfasis excesivo en los aspectos de «contenido» de la reforma, con abandono de los de «proceso»

La reforma del sistema sanitario no se hace en un laboratorio, sino en un país y un contexto socioeconómico determinados. Los sistemas expresan una historia, una cultura, una situación económica y unas relaciones de poder entre diversos grupos. Son, pues, el resultado «posible» de múltiples intereses (legítimos y

espurios) de múltiples actores, bien profesionales –médicos, enfermeras y farmacéuticos– bien industria especializada, y demás. Por ello, en toda reforma es tan importante el contenido (¿qué se propone?) como el proceso que se sugiere para conseguirlo (¿de qué modo hacerlo aceptable para los actores del sistema?)³¹.

La reforma sanitaria, pues, tendría que centrarse simultáneamente en diseñar un contenido y un proceso de desarrollo para lograr el cambio (el camino a recorrer: la secuencia de pasos dados, la velocidad global del cambio, la duración de la reforma, sus efectos secundarios, los espacios de negociación, etc.). Por ejemplo, es un error obvio formar con dinero del programa PHARE, de la Unión Europea, a los mejores médicos generales (húngaros, polacos, etc.) según el modelo británico y holandés y no ofrecerles un marco de trabajo mínimamente atractivo^{1,13,27-29}. La mayoría, en consecuencia, emigró tras recibir la formación, o se cambió de sector, en busca de mejores retribuciones.

Además de identificar los objetivos deseables, por tanto, las reformas sanitarias requieren un análisis cuidadoso del contexto político, profesional y social. Sin dicho análisis se pueden ignorar intereses legítimos y espurios, enfrentándose innecesariamente a potenciales aliados. En el caso que nos ocupa, fue lo que sucedió con los intereses de miles de profesionales y de cientos de instituciones, que pronto se hicieron sensibles a la nostalgia del «hospitalocentrismo», llegando a apoyar en ocasiones a verdaderos paladines de la corrupción y el nepotismo. El heredado «hospitalocentrismo» del sistema hizo el resto, convirtiendo en inviable (con alguna excepción, como Eslovenia y Estonia) una reforma procoordinación que favoreciera el papel de la atención primaria como opción global y puerta de entrada^{1,2,13,15,32,33}.

Las consecuencias del citado predominio ideológico en los argumentos de los reformadores (falta de un razonamiento estratégico global, y de atención al proceso de reforma) se agravaron ante la carencia de un grupo profesional nacional formado, responsable socialmente. La reforma quedó reducida, en muchos casos, a puras discusiones de «principios» abstractos. La situación política precisaba de una respuesta política, que faltó^{5,19,34,35}.

En España, la reforma de la atención primaria tuvo también una fuerte carga ideológica y un sesgo en pro del «contenido» (con escaso énfasis en el necesario aspecto «procoordinación» de ésta). Sólo la estabilidad global de la economía (con el consiguiente margen para satisfacer a los demás sectores del sistema, especialmente el hospitalario y el farmacéutico) permitió un margen de maniobra que no puso en peligro su supervivencia (aunque el precio que se pagó fue un alargamiento enorme de los plazos inicialmente previstos para acabar la reforma).

Durán A et al. Acerca de la transferencia de experiencias del oeste al este europeo. Algunos errores evitables al asesorar sobre reformas sanitarias

La rápida, radical (excesiva) descentralización municipal en el sector sanitario

La descentralización tiene múltiples ventajas teóricas, al acercar la decisión y los recursos al sitio donde se plasman las necesidades, por lo que se supone que debe facilitar su resolución mediante la participación y la democracia^{16,36}. En el este europeo y en Asia Central, como se señaló, la descentralización municipal se promovió en nombre de la mejora de la eficiencia y para responder a las demandas sanitarias locales. Como en el caso de los otros 2 pilares de la reforma (privatización de la provisión y financiación del sistema a través de mutuas públicas y privadas), políticos, ciudadanos, y agencias y consultores internacionales expresaban el rechazo al poder central absoluto previo (que ignoraba las circunstancias locales)^{1,16,19,36}.

En la práctica, sin embargo, la experiencia en países desarrollados ya había avisado de que la descentralización sólo debe hacerse con las precauciones debidas, con normas claras y con suficiente dotación presupuestaria. Si en el sector sanitario se transfiere la responsabilidad pero no la capacidad de respuesta —la autoridad y el dinero necesarios—, la descentralización municipal lleva a su parálisis y a graves problemas de equidad (entre regiones ricas y pobres, y entre el medio urbano y el rural). Los casos de Letonia, Lituania y Rusia, en particular, fueron una repetición dramática de ese error. Como sucedió con la privatización, la descentralización se llevó en los países europeos del Este mucho más allá de lo logrado en décadas en los países desarrollados de la Unión Europea^{19,37}.

Por las razones antes explicadas, además, la mayoría de las veces se transfirió la atención primaria, pero no la atención hospitalaria (que se aseguraba así los únicos recursos «oficiales» disponibles). La consecuencia fue que quien se vio expuesto a la falta de recursos y al descrédito consiguiente fue (¡es!) justo el nivel más próximo a las necesidades de la población. En España, el proceso de descentralización a las comunidades autónomas (no a los ayuntamientos), se ha hecho con un nivel razonable de recursos y competencias y, aunque persisten graves problemas de coordinación y cohesión, parece haber sido positivo en su conjunto³⁸.

Falta de acuerdo y coordinación en la práctica entre múltiples agencias y consultores internacionales

Es difícil saber qué fracción de responsabilidad tienen en la evolución de los acontecimientos de los países poscomunistas las organizaciones y los consultores internacionales encargados de aportar la inteligencia necesaria para conducir los procesos de reforma. De

una parte, es obvio que, en tanto son portadores de dinero y conocimiento, su influencia no ha sido desdeñable. Siendo realistas, sin embargo, resulta también cierto que la situación en esos países respondía a condicionantes profundos y potentes. Condicionantes más intensos que las doctrinas que distintas agencias y consultores internacionales pudieran desplegar en discusiones con un número limitado de burócratas e intermediarios (interesados sobre todo en su propia supervivencia, como cabe deducir del caos social, los problemas económicos, y la absoluta falta de gobierno que se vivió en muchos de estos países).

Con esta reserva sobre la fuerza de los condicionantes locales, cabe reprochar a las organizaciones internacionales, a los países occidentales y a otras agencias (la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, la Unión Europea, Estados Unidos y agencias bilaterales como GTZ, USAID, DFID, SiDA, CIDA, múltiples organizaciones no gubernamentales, y demás) haber actuado con un notable grado de torpeza y falta de coordinación. Torpeza derivada del interés por defender su respectiva «propia filosofía», traducida en una negativa obcecada a coordinarse sobre el terreno y a buscar enfoques pragmáticos de «común denominador». Curiosamente, el desarrollo de la atención primaria fue un objetivo formalmente compartido por todas las agencias y consultores, pero los condicionantes financieros y de organización eliminaron con torpeza en la práctica cualquier posibilidad de trabajo fructífero.

Además, en la primera década de reformas en el Este europeo, la influencia de las modas en el panorama sanitario hizo que se fiaran demasiadas expectativas a la «compra estratégica», sobre lo que había poco conocimiento empírico. Simplificando mucho, se recomendó a países arruinados y desmoralizados, como solución cuasi-mágica, hacer lo que muchos países occidentales no han sido capaces de hacer: desarrollar una función de compra estratégica en la que un fondo (mutua) privado o público sería capaz de determinar eficientemente qué servicios contratar o comprar, pres-tados por quién, para qué población, de qué calidad, a qué costes, y en qué estructura y con qué gestión (¡como si España, Estados Unidos, Francia, Italia y Suiza, por ejemplo, lo hubieran logrado!).

El resultado fue la creación de un número variable de «fondos del seguro sanitario» que acabaron en la ruina, o controlados directamente por los respectivos ministerios de hacienda (p. ej., Albania, Armenia, Bosnia, Bulgaria, Hungría, y Kazajstán). O, con el mismo resultado, la creación de seguros privados que en esencia produjeron monumentales desfalcos al no poder honrar sus compromisos de financiación (República Checa, y Rusia como ejemplos). Sólo Estonia y Kirguizistán (y en otra dimensión, con muchos más recursos, Eslovenia) han avanzado en esa dirección de forma sólida y sostenida¹.

Durán A et al. Acerca de la transferencia de experiencias del oeste al este europeo. Algunos errores evitables al asesorar sobre reformas sanitarias

Posteriormente, el énfasis ha cambiado a la «función de tutela o rectoría» (*stewardship*), más centrado en hacer conscientes a las autoridades públicas de la importancia de «hacer bien lo posible»^{35,39,40}. Se recomienda pasar de la rigidez al pragmatismo, pero de nuevo se supone que los agentes sociales serán capaces de poner en contexto las recomendaciones. Quizá en muchas de ellas vuelve a haber un importante componente de moda y teoría, y poco de evaluación de experiencias prácticas. La pregunta es: si la mano invisible del mercado tiene dificultad para determinar los servicios necesarios, ¿puede hacerlo mejor el burócrata «sabio»? Y sobre todo, ¿puede hacerlo un «sabio» sin experiencias analizadas, sin fundamento empírico, sin evaluación paralela?

En definitiva, es difícil saber qué parte de la indudable mejora de la situación en los últimos años es imputable a un mejor asesoramiento de las instancias internacionales y qué a la mejora de la situación económica y política (ampliación de la Unión Europea, ayudas económicas masivas, formación de cuadros gestores en el extranjero, implantación de industria y servicios «desplazados» del oeste al este en busca de la disminución de costes, y demás). En España, la Organización Mundial de la Salud fue la agencia más influyente en la reforma de la atención primaria, en la pasada década de los ochenta, con los centros de salud finlandeses (y cubanos) como modelo.

Conclusión

Los sistemas sanitarios son «hijos» de sus países respectivos, y reflejan la historia y la cultura de éstos. Expresan, también, un equilibrio entre intereses contrapuestos en el esfuerzo de responder a las necesidades en salud mediante la financiación y producción de servicios, la generación de los recursos precisos, y la regulación de dichos sistemas. El derrumbe de la organización soviética del centro y el este de Europa provocó un verdadero experimento social al que no se dio la mejor respuesta, y ello generó una tragedia, el descrédito de la reforma y el aumento de la mortalidad, la morbilidad y el sufrimiento^{1,3,4,8,41-44}. Lamentablemente, por ahora no hay una exigencia ética ni legal para la revisión y evaluación de estos «experimentos», en los que muchas veces se recomiendan y aplican medidas no ensayadas previamente, o de eficacia dudosa^{40,45,46}.

En nuestro análisis contamos con la ventaja de valorar aciertos y errores «a toro pasado», a posteriori, lo que ayuda mucho, pero puede ofuscar al dar oportunidad de enfatizar el «ya lo decía yo», y de endurecer el juicio global. Sin embargo, nuestra evaluación global no es pesimista (además, el ingreso en la Unión Europea de muchos de esos países está contribuyen-

do decisivamente a su normalización democrática, económica y social), aunque la historia confirma que son frecuentes los errores señalados^{16,24,36}, y creemos que es una obligación ética el aprender de la experiencia⁴⁰.

Por ello, lo más sorprendente, quizá, es la escasa evaluación del trabajo realizado en los países ex-comunistas, donde algunos errores han sido «clásicos». Parafraseando a Newton, «las cosas suceden como si» no se quisiera evaluar las reformas, lo que aumenta el peligro de cometer los mismos errores en situaciones (razonablemente) similares, en el presente y en el futuro. Llama la atención que en tanto el análisis de la secuencia lógica (identificación de un problema, recomendación para resolverlo, decisión, cambio en la estructura y el proceso, y resolución, empeoramiento o estancamiento del problema) se enseña en las escuelas de negocios y se aplica en la industria privada, el sector a cargo de la ayuda sanitaria internacional se muestra remiso a aprender de las experiencias pasadas^{36,40}. Seguimos careciendo de una urdimbre que nos permita comprender en su contexto las consecuencias de las distintas alternativas propuestas. Pero seguimos apelando a la solidaridad (¿caridad?) de los ciudadanos occidentales para que mitiguen el sufrimiento de los países de ingresos bajos con sus impuestos, como si tuviéramos soluciones ensayadas (y analizadas).

Respecto a toda reforma sanitaria, y con independencia de quién la sugiera o imponga, y de los objetivos implícitos y explícitos de ésta, nuestra recomendación es que sin evaluación paralela y final debería ser vista como falta de ética, e inaceptable⁴⁰. El problema está bastante extendido y quizá sirva de ejemplo la reforma de la atención primaria en España, que nunca ha sido evaluada rigurosamente (y por ello sólo puede ser recomendada como modelo con las debidas precauciones). Pero ya se sabe que «mal de muchos» no es precisamente una idea con la que irse a dormir tranquilo a la cama.

Conflictos de interés

Los autores han intervenido como consultores en varios de los países citados en este trabajo, para varias de las agencias cuya actividad se analiza en el mismo.

Agradecimientos

Este estudio fue financiado por la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial y Fundación de Ciencias de la Salud, con el patrocinio del Ministerio de Sanidad y Consumo, y GSK.

Este texto se elaboró a partir del cuarto taller presencial de los Seminarios sobre Innovación en Atención Primaria, que en 2005 se dedicó a la coordinación entre primaria y especializada. Se celebró en Madrid, en octubre de 2005, y fue ponente del mismo Antonio Durán, y coordinador Juan Gérvas. Los asistentes al taller ayudaron con sus preguntas y co-

Durán A et al. Acerca de la transferencia de experiencias del oeste al este europeo. Algunos errores evitables al asesorar sobre reformas sanitarias

mentarios a centrar la cuestión tratada. Los errores y omisiones, si los hubiera, son responsabilidad de los autores. Asistieron a dicho taller médicos de atención primaria y salubristas; por orden alfabético del primer apellido: Fernando A. Alonso Pérez, Josep Casajuana Brunet, Felipe Chavida, Jesús Domínguez Velázquez, Luis Miguel García Olmos, Nieves Gómez Moreno, Javier González Medel, Fernando Malmierca Sánchez, Sergio Minué, Ángel Otero Puime, Rafael de Pablo González, Luis Palomo Cobos, Raimundo Pastor Sánchez, Mercedes Pérez Fernández, Miguel Ángel Ripoll Lozano, Ángel Ruiz Téllez, Francisco Toquero de la Torre, Juan Simó Miñana, José Manuel Solla Camino, y José Ramón Vázquez Díaz.

Bibliografía

1. Durán A, Rico A. Lecciones de una década de reformas sanitarias en los países postcomunistas. *Rev Adm Sanit.* 2003;1:403-24.
2. Makara P. Health promotion in eastern Europe: a regional case study of economic reform and health development. *Health Promotion Int.* 1998;13:177-81.
3. Chen M, Mastilica M. Health care reform in Croatia: for better or for worse? *Am J Public Health.* 1998;88:1156-60.
4. Stone R. Stress: the invisible hand in eastern Europe's death rates. *Science.* 2000;288:1732-3.
5. Vagero D. Equity and efficiency in health reform. A European view. *Soc Sci Med.* 1994;39:1203-10.
6. D'Intignano B. Health systems in flux as East meets West. *World Health Forum.* 1992;13:38-42.
7. Ensor T. Options for health sector funding. En: Witter S, Ensor T, editors. *An introduction to health economics for Eastern Europe and the former Soviet Union.* Chichester: Wiley and Sons; 1997.
8. Floyd L, Hutubessy R, Samyshkin Y, Korobitsyn A, Fedorin I, Volchenkov G, et al. Health-systems efficiency in the Russian Federation: tuberculosis control. *Bull WHO.* 2006;84:43-51.
9. Tountas Y, Karnaki P, Pavi E, Souliotis K. The «unexpected» growth of the private health sector in Greece. *Health Policy.* 2005;74:2005:167-80.
10. Chinchon M. Health sector reforms in central and eastern Europe: paradigm reversed? *Int Labour Rev.* 1991;130:311-27.
11. Deppe HU, Oreskovic S. Back to Europe: back to Bismarck? *Int J Health Services.* 1996;26:777-802.
12. Saltman R, Figueras J. *European health care reforms. Analysis of current strategies.* Copenhagen: WHO Europe; 1997.
13. Jack B, Nagy A, Varga Z. Health care reform in central and eastern Europe. *Eur J Gen Pract.* 1997;3:152-8.
14. Raffel MW, Raffel NK. Czechoslovakia's changing health care system. *Public Health Reports.* 1992;107:636-43.
15. Tymowska K. Health care under transformation in Poland. *Health Policy.* 2001;56:85-98.
16. Menon S. Decentralization and health care in the former Yugoslav Republic of Macedonia. *Int J Health Plann Mgmt.* 2006;21:3-21.
17. Massaro TA, Nemeč J, Kalman I. Health system reform in the Czech Republic. Policy lessons from the initial experience of the General Health Insurance Company. *JAMA.* 1994;271:1870-4.
18. Burger EJ, Field MG, Twigg JL. From assurance to insurance in Russian health care: the problematic transition. *Am J Public Health.* 1998;88:755-8.
19. Baillie HW, Costello MM, West DJ. Privatization, social structures and delivery of health in the Slovak Republic. *J Health Adm Educ.* 1998;16:243-53.
20. Sen A. *Development as freedom.* Oxford: OUP; 1999.
21. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. *Getting health care reform right.* Oxford: OUP; 2004.
22. Jurgova E. The transposition of Slovak health care system and its influence on primary care services. *Eur J Gen Pract.* 1998;4:34-6.
23. Ensor T, Durán A. Fraud and corruption as challenges to effective regulation in the health care sector. En: *Regulating entrepreneurial behaviour in the health sector.* Oxford: OUP; 2002.
24. Sen K, Koivusalo M. Health care reforms and developing countries. A critical overview. *Int J Health Plann Mgmt.* 1998;13:199-215.
25. Transparency International. *Índice de Percepción de la Corrupción de Transparency International 2005.* Berlín: Transparency International; 2005 [citado 8 May 2006] Disponible en: www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi/2005/media_pack
26. Dyer O. New report on corruption in health. *Bull WHO.* 2006;84:84-5.
27. Goranov MN, Balaskova MI. General practice in Bulgaria. *Eur J Gen Pract.* 1998;4:37-8.
28. Windak A. The return of old family doctors in the new Europe. *Eur J Gen Pract.* 1998;4:168-70.
29. Whitehouse CR. The development of family medicine training in Poland. A decade of European cooperation. *Eur J Gen Pract.* 2000;6:23-6.
30. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health.* 2004;94:1864-74.
31. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Planning.* 1994;9:353-70.
32. Svab I. Primary health care reform in Slovenia: first results. *Social Sci Med.* 1995;41:141-4.
33. Markota M, Svab I, Sarain K. Slovenian experience of health care reform. *Croatian Med J.* 2001;40:190-4.
34. Cleaves P. Implementation amidst scarcity and apathy political power and policy design. En: Grindle M, editor. *Politician policy implementation in the third world.* Princeton: Princeton University Press; 1980.
35. Durán A. *Políticas y sistemas sanitarios.* Granada: EASP; 2004.
36. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal reforms have failed in Latin America. *Health Policy.* 2005;71:83-96.
37. Abel-Smith B, Figueras J, Holland J, McKee M, Mossialos E. *Choices in health policy. An agenda for the European Union.* Aldershot: Dartmouth; 1995.
38. López-Casasnovas G, Rico A. La descentralización, ¿parte del problema sanitario o de su solución? *Gac Sanit.* 2003;17:319-26.
39. OMS. *Informe Mundial de la Salud 2000. Sistemas sanitarios: mejorar el desempeño.* Genève: OMS; 2000.
40. Daniels N. Toward ethical review of health system transformations. *Am J Public Health.* 2006;96:447-51.
41. Vienomen M, Jankauskiene D, Vask A. Towards evidence-based health care reform. *Bull WHO.* 1999;77:44-7.
42. Razum H, Jahn A, Snow R. Maternal mortality in the former East Germany before and after reunification: changes in risk by marital status. *BMJ.* 1999;319:1104-5.
43. Nolte E. The health impact of German unification: still much to learn. *J Epidemiol Community Health.* 2000;54:568.
44. McKee M, Shkolnikov V. Understanding the toll of premature death among men in eastern Europe. *BMJ.* 2001;323:1051-5.
45. Goicoetxea J, editor. *Primary health care development in southern Europe and its relevance to the countries of central and eastern Europe.* Copenhagen: WHO-Europe; 2003.
46. McKee M, MacLehose L, Busse R, editors. *Health reform in pre-accesion countries.* Buckingham: OUP; 2004.